

"GIZA
ESKUBIDEEI
BURUZKO
JARDUNALDIAK"
BILDUMA

COLECCIÓN
"JORNADAS
SOBRE
DERECHOS
HUMANOS"

EUSKADIN OSASUN MENTALARI EMATEN ZAION ARRETA.
GAIARI HELTZEKO EREDUA, DAUDEN BALIABIDEAK,
ANTZEMANDAKO BEHARRAK ETA SISTEMEN ARTEKO KOORDINAZIOA

LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN EUSKADI.
MODELO DE ABORDAJE, RECURSOS EXISTENTES,
NECESIDADES DETECTADAS Y COORDINACIÓN ENTRE SISTEMAS



ararteko
Herriaren Defendatzaila
Defensoría del Pueblo

www.ararteko.eus

26

**“GIZA ESKUBIDEEI
BURUZKO JARDUNALDIAK”
BILDUMA**

**COLECCIÓN
“JORNADAS SOBRE
DERECHOS HUMANOS”**



**EUSKADIN OSASUN MENTALARI EMATEN ZAION ARRETA.
GAIARI HELTZEKO EREDUA, DAUDEN BALIABIDEAK,
ANTZEMANDAKO BEHARRAK ETA
SISTEMEN ARTEKO KOORDINAZIOA**

***LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN EUSKADI.
MODELO DE ABORDAJE, RECURSOS EXISTENTES,
NECESIDADES DETECTADAS Y
COORDINACIÓN ENTRE SISTEMAS***

XLI. Uda Ikastaroak
XLI Cursos de Verano

XXXIV. Europar Ikastaroak – UPV/EHU 2022
XXXIV Cursos Europeos – UPV/EHU 2022



Vitoria-Gasteiz
2022

Lan hau [Aitortu.4.0 Nazioartekoa \(CC BY 4.0\)](#) lizentziapean dago



Lan honen **bibliografia-erregistroa** [Arartekoko liburutegiaren katalogoan](#) aurki daiteke

Arartekoaren argitalpenak eskuratzeko:

- [web gunean](#)
- [posta elektronikoz](#) eskatuz
- aurrez aurre gure hiru bulegoetako batean, idatziz (Prado 9, 01005 Vitoria-Gasteiz) edo telefonoz (945 13 51 18)

Esta obra está bajo una licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](#)



Un **registro bibliográfico** de esta obra puede consultarse en el [catálogo de la biblioteca del Ararteko](#)

Para acceder a las publicaciones del Ararteko:

- en la [web](#)
- mediante solicitud por [correo electrónico](#)
- presencialmente en cualquiera de las tres oficinas, por escrito (Prado 9, 01005 Vitoria-Gasteiz) o por teléfono (945 13 51 18)

ARARTEKO

Diseinua, maketazioa eta inpresioa / Diseño, maquetación e impresión:
GU design



AURKIBIDEA

ÍNDICE

HASIERA / APERTURA..... 11*(Manuel Lezertua - Arartekoa / Ararteko)***I. PONENTZIA / PONENCIA I:****EL TRASTORNO MENTAL: LUCES Y SOMBRAS. ALGUNAS PROPUESTAS 19***(Mariano Hernández - Tetuango [Madrid] Osasun Mentaleko Zerbitzuko buru ohia / Exjefe del Servicio de Salud Mental de Tetuán [Madrid])***II. PONENTZIA / PONENCIA II:****CUIDADOS DE LA “PSICOPATOLOGÍA” EN EL SIGLO XXI: TRES MODELOS Y DOS ALTERNATIVAS EN RUMBO DE COLISIÓN..... 35***(Jorge Luis Tizón - Kataluniako Generalitateko Osasun Mentaleko Plan Zuzentzaileko Batzorde Iraunkorreko kide izan zen, baita komunitateko osasunaren arloan artatu eta prebenitzeko talde pilotu batzuetakoa ere. Ramón Lull Unibertsitateko irakaslea [Bartzelona] / Exmiembro de la Comisión Permanente del Plan Director de Salud Mental de la Generalitat de Catalunya y de diversos equipos piloto de atención y prevención en salud comunitaria. Profesor de la Universidad Ramón Lull [Barcelona])***I. MAHAI-INGURUA / MESA REDONDA I:****EUSKADIKO OSASUN MENTALA ARTATZEKO EREDUARI HURBILTZEA / APROXIMACIÓN AL MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN EUSKADI****• LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EUSKADI 73***(José Antonio de la Rica - Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko arreta soziosanitarioko zuzendaria / Director de atención sociosanitaria del Departamento de Salud del Gobierno Vasco)***• LAS INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA..... 81***(Fernando González - Bizkaiko Osasun Mentaleko Sareko Haur eta Nerabeen Osasun Mentalaren Zerbitzuko burua / Jefe del Servicio de Salud Mental de Niños y Adolescentes de la Red de Salud Mental de Bizkaia)***• APROXIMACIÓN AL MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN EUSKADI: LAS INTERVENCIONES CON ADULTOS 91***(Luis Pacheco - Bilbo Eskualdeko Zerbitzuko burua. Bizkaiko Osasun Mentaleko Sarea. Osakidetza / Jefe de Servicio de la Comarca Bilbao. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza)***• ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN. CONSULTAS DE ENLACE CON OTRAS ESPECIALIDADES Y URGENCIAS ... 103***(Ana González-Pinto - Arabako ESiko Psikiatriako burua. Psikiatria eta Osasun Mentaleko Espainiako Fundazioko lehendakaria / Jefa de Psiquiatría de OSI Araba. Presidenta de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental)*

II. MAHAI-INGURUA / MESA REDONDA II:

PREBENITZEA ETA GOIZ ARTATU ETA DETEKTATZEA / PREVENCIÓN Y ATENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA

- **LA CONEXIÓN A LA VIDA COMO MEDIDA PREVENTIVA PARA LA SALUD MENTAL Y ANTE EL SUICIDIO** 113
(Manuel Hernanz - Psikologo klinikoa / *Psicólogo clínico*)
- **LA ATENCIÓN PRIMARIA RECEPTORA DEL MALESTAR Y DEL TRASTORNO MENTAL**..... 125
(Ander Retolaza - Bizkaiko Osasun Mentaleko Zentroko burua / *Jefe de Centro de Salud Mental de Bizkaia*)
- **DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMÁTICA MENTAL (GRAVE) EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA**..... 133
(Ana María Jiménez - Psikiatria eta Osasun Mentaleko Zerbitzua [Alcázar de San Juan] / *Servicio de Psiquiatría y Salud Mental [Alcázar de San Juan]*)
- **LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN RED “COMPARTIENDO CASOS”. VISIÓN HOLÍSTICA DEL SUJETO**..... 141
(Cristina Erasquin - Irungo Osasun Mentaleko Unitateko psikiatra-burua. Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sarea. Osakidetza / *Psiquiatra-jefe de la Unidad de Salud Mental de Irun. Red Salud Mental Gipuzkoa. Osakidetza*)

III. MAHAI-INGURUA / MESA REDONDA III:

OSASUN MENTALA ARTATZEKO, SEKTOREEN ARTEKO KOORDINAZIOA BEHAR DA POLITIKA PUBLIKOETAN / NECESIDAD DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

- **SALUD MENTAL E INTEGRACIÓN DE SERVICIOS: DESAFÍOS, ENFOQUES Y PROPUESTAS..... 153**
(Fernando Fantova - Gizarte-aholkularia / Consultor social)
- **SALUD MENTAL Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA: COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOS SERVICIOS SOCIALES 161**
(José Uriarte - Bizkaiko Osasun Mentaleko Sareko helduen programako burua / Jefe del programa de adultos de la Red de Salud Mental de Bizkaia)
- **LA IMPORTANCIA DE LA RED SOCIAL Y DE LA VIVIENDA PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL 169**
(María José Cano - FEDEAFESeko gerentea / Gerente de FEDEAFES)
- **NECESIDADES DE MEJORA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL Y CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y LA COORDINACIÓN CON OTROS SISTEMAS..... 177**
(Garbiñe Delgado - Balorazio, artatze eta jarraipen prozesuaren arduraduna indarkeria matxistaren biktimak diren emakumeak Gizarteratzeko eta Artatzeko Zerbitzuan. Gipuzkoako Foru Aldundia / Responsable del proceso de valoración, atención y seguimiento del Servicio de Inclusión Social y Atención a las mujeres víctimas de violencia machista. Diputación Foral de Gipuzkoa)
- **PROBLEMAS DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA 189**
(Gotzon Villaño - Arabako Osasun Mentaleko Sareko gizarte-langilea / Trabajador social en Red de Salud Mental de Araba)



HASIERA *APERTURA*



◀ Aurrekoa ikusi
Vista anterior

Lehenik, agur esan eta ongietorria egin nahi dizuet hizlarioi eta, fisikoki eta streaming bidez, gurekin zaudeten guztioi EHU-ren Uda Ikastaroen barruan Arartekoak antolatu duen ikastaro honetan. Bereziki eskertu nahi dut Laura Vozmediano hemen egotea, Graduaren eta Hezkuntza Berrikuntzaren arloko errektoreordea baita, eta ikastaro hau egin ahal izateko eman digun laguntza eta babesa.

Osasunaren Mundu Erakundeak (OME)) honela definitzen du **osasun mentala**: “ongizate egoera bat. Egoera horretan, norbanakoa bere gaitasunez jabetzen da, bizitzako tentsio normalei aurre egin diezaikeke, modu produktibo eta emankorrean lan egin dezake eta bere komunitateari ekarpen bat egiteko gauza da”.

Joan den ekainaren 16an, erakunde horrek bere txostenik osoena argitaratu du men-

Quiero, en primer lugar, saludar y dar la bienvenida a los y las ponentes y a todas las personas que nos acompañan, tanto físicamente como en streaming, en este curso organizado por el Ararteko, en el marco de los Cursos de Verano de la UPV/EHU. Quiero agradecer muy especialmente la presencia de Laura Vozmediano, que es vicerrectora de Grado e Innovación Educativa de la UPV, y su colaboración y apoyo para que este curso pueda celebrarse.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la **salud mental** como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

El pasado 16 de junio, este organismo ha publicado su informe más completo [sobre](#)

de hasieratik munduan izan den [osasun mentalari buruz](#). Lan zehatz horrek plan nagusi bat eskaintzen die gobernuari, erakunde akademikoari, osasun arloko profesionalei, gizarte zibilari eta osasun mentala eraldatzeko laguntzeko helburua duten beste eragile batzuei.

Txosten hori aurkeztean, horren zuzendariak, **Tedros Adhanom doktoreak** hauxe adierazi zuen: "Osasun mentalaren eta osasun publikoaren, giza eskubideen eta garapen sozioekonomikoaren arteko lotura bereizezinez adierazten dute osasun mentalari buruzko politikak eta praktikak eraldatzeak benetako onura handiak ekar diezazkieketela mundu osoko pertsonari, komunitatei eta herrialdeei. Osasun mentalean inbertitzea denontzat hobekia diren bidez eta etorkizunean inbertitzea da".

Txosten horretan, jarduteko hainbat gomendio egin dira, eta "eraldatzeko hiru bidetan" multzokatu:

- 1. Osasun mentalari ematen diogun balioan eta konpromisoan sakontzea, ez bakarrik arlo horretako inbertsioak areagotuz**, baizik eta baita ere botere publikoen konpromisoaren bitartez, nabarmentasunean oinarritutako politikak eta jardunbideak formulatuz eta informatzeko eta bilakaera aztertzeke sistema sendoak ezarri.
- 2. Osasun mentalean eragiten duten inguruak berriz antolatzea, hala nola etxeak, komunitateak, eskolak, lantokiak, osasun-arretarako**

[la salud mental](#) en el mundo desde principios de siglo. Este detallado trabajo ofrece un plan maestro a los gobiernos, las instituciones académicas, los profesionales de la salud, la sociedad civil y otros agentes implicados que tengan por objeto ayudar al mundo a transformar la salud mental.

En la presentación de este informe, su director general, **Dr. Tedros Adhanom** señaló que "Los vínculos indisolubles entre la salud mental y la salud pública, los derechos humanos y el desarrollo socioeconómico significan que transformar las políticas y prácticas con respecto a la salud mental puede arrojar beneficios reales y considerables para las personas, las comunidades y los países de todo el mundo. La inversión en salud mental es una inversión en una vida y un futuro mejores para todos".

En el informe se formulan varias recomendaciones de actuación, que se agrupan en tres "vías de transformación":

- 1. Profundizar en el valor y el compromiso que atribuimos a la salud mental, no sólo aumentando las inversiones en este ámbito**, sino también a través del compromiso de los poderes públicos, formulando políticas y prácticas basadas en la evidencia y estableciendo sistemas sólidos de información y seguimiento.
- 2. Reorganizar los entornos que influyen en la salud mental, como los hogares, las comunidades, las escuelas, los lugares de trabajo,**

zerbitzuak edo inguru naturala, sektoreen arteko lankidetzaz sustatuz, batez ere osasun mentalaren alderdi sozial eta estruktural erabakigarriak ulertzeko, eta arriskuak gutxitzeko moduan esku hartuz.

- 3. Osasun mentalari ematen zaion arreta indartuz, osasun mentaleko arreta eskaintzen eta jasotzen duten pertsonak, tokiak eta modalitateak aldatuz, elkarrekin lotutako zerbitzuen sare komunitarioak ezarriz** eta ohiko nahasmendu mentala artatzeko dauden aukerak dibertsifikatuz eta areagotuz, esate baterako, depresioa eta antsietatea, onura-kostuaren ratio oso altua baitaukatete.

Osasun mentalaren garrantzia honetan datza: osasun mentalik izan ezean, pertsona bat ezin da gizartean ondo moldatu, eta sarritan horrek arriskuan jartzen du pertsonaren osasun fisikoa, kronikoak izan daitezkeen patologiak eta gaixotasunak sortuz.

Osasun mentalarekin zerikusia duten arazoak eta nahasmenduak hainbat mailatan agertzen dira. Maila horiek giza eskubideei eta osasun- eta gizarte-zerbitzuei dagozkie, eta horien elkargunean, eremu sozio-sanitarioari.

Printzipio horiek guztiak daude Arartekoak diziplina anitzeko topaketa hau osasun mentalari ematen zaion arreta jorrazteko hartu duten erabakiaren atzean, eta

los servicios de atención de salud o el medio natural, fomentando la colaboración intersectorial, especialmente para comprender los determinantes sociales y estructurales de la salud mental, e intervenir de forma que reduzcan riesgos.

- 3. Reforzar la atención de salud mental cambiando los lugares, modalidades y personas que ofrecen y reciben atención de salud mental, estableciendo redes comunitarias de servicios interconectados** y diversificando y ampliando las opciones de atención para los trastornos mentales habituales, como la depresión y la ansiedad, que tienen una ratio muy alta de beneficio-costos.

La importancia de la salud mental radica en que en su ausencia, la persona es incapaz de desenvolverse adecuadamente en la sociedad, y a menudo compromete la salud física de la persona, generando patologías y enfermedades que pueden llegar a ser crónicas.

Las dificultades y trastornos relacionados con la salud mental tienen presencia en diferentes planos que conciernen a los derechos humanos y a los sistemas de salud y de servicios sociales, y en su intersección, al espacio socio-sanitario.

Todos estos principios se encuentran detrás de la decisión del Ararteko de dedicar este encuentro multidisciplinar y plural a la atención a la salud mental,

eztabaidarako eta gogoetarako gune bat sortzean.

Erronka handi horren aurrean, pertsonen osasunarekin zerikusia duen edozertan bezalaxe, arazo horiek prebenitu nahi badira, ezinbestean berretsi behar da oso garrantzitsua dela ahalik eta goizen antze-man eta artatzea; horregatik, alderdi horiek toki nabarmena dute ikastaro honetan.

Gainera, aztertu nahi ditugu osasun mentaleko arrisku-egoerei heltzeko eredua eta EAEn kalitateko laguntza bermatzeko ezarritako dagoen osasun- eta gizarte-arretarako ibilbidea, baita lehen mailako arretak prozesu horretan duen zeregina ere.

COVID-19aren pandemiak sortu duen gizarte- eta osasun-egoerak biztanle guztiei eragin die. Osasun fisikoko arazoek, isolamenduak, gizarte-harremanik ez izateak, norberaren bizitzarekin bateragarri egiteko zailtasunak, ohitura-aldaketek, laneko arazoek, eta abarrek “ondorioak izan dituzte” biztanleriaren osasun mentalean.

Alabaina, gizarte-krisi gehienetan gertatu ohi den bezala, bereziki eragiten die alderdi fisikoan nahiz psikologikoan eta arlo sozialean ahulenak direnei, are gehiago lan-prekarietate egoeran baldin badaude eta komunitatean edo familian laguntza-sarerik ez badaukate.

Osasun mentala bizitzako aro guztietan da garrantzitsua, haurtzarotik eta nerabe-

generando un espacio para el debate y la reflexión.

En este importante reto, como en todo lo que afecta a la salud de las personas, la necesidad de actuar en la prevención de estos problemas conduce necesariamente a ratificar la importancia de su detección y atención precoz; por ello estos aspectos tienen un espacio destacado en el curso.

Nos proponemos, además, analizar el modelo de abordaje de las situaciones de riesgo para la salud mental y el itinerario de atención sanitaria y social implantado en la CAE para garantizar una asistencia de calidad, así como el papel que en ese proceso juega la atención primaria.

La situación social y sanitaria que ha generado la pandemia por el COVID-19 ha afectado a toda la población. Los problemas de salud física, el aislamiento, la falta de contacto social, la dificultad en la conciliación con la vida personal, los cambios de hábitos, los problemas laborales, etc., han “pasado factura” a la salud mental de la población.

Pero, como en la mayoría de las crisis sociales, ha afectado especialmente a las personas más vulnerables, tanto en lo físico como en lo psicológico y en lo social, más aún en estados de precariedad laboral y cuando no se dispone de redes de apoyo comunitarias o familiares.

La **salud mental** es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la

zarotik helduarora eta zahartzarora, eta ikastaro honetan ikuspegi horiek ere eman nahi izan ditugu.

Gure uda ikastaroen ibilbide historikoa ezagutzen duzuenok badakizue, gaiak aukeratzean, gai jakin batzuen abstrakzioa egiten saiatzen garela, izan ere, horiek normalean erakundean jasotzen diren banakako kexen bidez antzematen dira, baina, horrexegatik, ezin izaten dira behar bezain sakon aztertu. Adibide gisa, azken urteotan jorrotutako gaiak aipatu nahiko nituzke: [Herritarrengandik hurbilago egongo den administrazioarentz aurrera egiteko tresnak](#); [Nahi gabeko bakardadea](#); [Pertsonen eskubideak bizitzaren bukaeran](#); [Haurrenganako sexu-abusuak](#); [Europa, asilo lurraldea?](#); edo [Euskal gazteen zailtasunak beren hiritar eskubideak egiaz baliatzeko](#).

Edizio honetan, helburua da elkarrekin hausnartzea administrazio publikoek zer ekintza abiarazi edo indartu behar dituzten pertsonak orok “ahalik eta osasun mailarik onena” izateko duen eskubidea ahalbidetzeko. Eskubide hori osasun publikoko ekintzek bermatu behar dute.

Horretarako, bi egun hauetan, adituen talde handi baten (zehazki, 15 adituren) ekarpenak, eskarmentua eta ezagutza zabalak izango ditugu.

Hori dela eta, agurtzeko eta ongietorria emateko hitz labur hauek bukatu baino

adolescencia hasta la edad adulta y la vejez y en este curso hemos querido también aportar estas visiones.

Como ya sabéis quienes conocéis la trayectoria histórica de nuestros cursos de verano, en la elección de los temas, tratamos de hacer abstracción de cuestiones que habitualmente son detectadas a través de las quejas o reclamaciones individuales que se reciben en la institución, pero que, por ello, no se han podido analizar con la suficiente profundidad. A modo de ejemplo, quisiera citar las temáticas abordadas en los últimos años: [Instrumentos para avanzar hacia una administración más cercana a la ciudadanía](#); [La soledad no buscada](#); [Los derechos de las personas al final de la vida](#); [El abuso sexual infantil](#); [Europa, ¿tierra de asilo?](#); o [Dificultades de la juventud vasca para el ejercicio efectivo de sus derechos de ciudadanía](#).

Se trata, en esta edición, de reflexionar juntos sobre aquellas acciones a emprender o intensificar por parte de las administraciones públicas para favorecer el derecho de toda persona al disfrute del “más alto nivel posible de salud”, derecho que debe estar garantizado por las acciones en salud pública.

Para ello contaremos, durante estas dos jornadas, con las aportaciones, experiencia y amplios conocimientos de un nutrido grupo de personas expertas, concretamente 15.

No puedo ni debo finalizar estas breves palabras de bienvenida y presentación sin

lehen, nire aitortza eta esker ona erakutsi nahi diet euskal osasun sisteman eta gizarte arloan konpromiso eta erantzukizun pertsonal handiarekin lan egiten duten pertsona guztiei, beren zereginak betetzen dituztenean herritarren osasun fisiko eta mentala erdigunean egon dadin, lelo honi esanahia emanez: *ez utzi inor atzean* (Garapen Jasangarrirako 2030eko Agendako promesa nagusia eta eraldatzailea), horren 3. helburuarekin (Osasuna eta Ongizatea) zuzenean lotuta baitago.

Horrexegatik dira hain garrantzitsuak zuen presentzia eta ekarpenak: adituenak, erakundeak eta gizarte-erakundeak. Horrexegatik eman nahi izan diogu eduki hori topaketa honi, batez ere parte hartzeko ikastaroa izatea nahi dugulako. Eskerrik asko denoi, ikastaroko helburuak betetzen laguntzeagatik.

Milesker.

aprovechar la ocasión para manifestar mi testimonio de gratitud a todas las personas que desde el sistema vasco de salud y del ámbito social trabajan con un gran compromiso y responsabilidad personal para que la salud física y mental de la ciudadanía ocupe un espacio central en el ejercicio de sus tareas, dotando de contenido al lema de *no dejar a nadie atrás* (promesa central y transformadora de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible), con cuyo objetivo 3, Salud y Bienestar está directamente interrelacionado.

Por ello es tan importante su presencia y sus aportaciones: las de las personas expertas, la de las instituciones y organizaciones sociales. A ello obedece el contenido que hemos querido dar a este encuentro, que pretendemos sea eminentemente participativo. Gracias a todas y todos por su colaboración para que podamos cumplir con los objetivos del curso.

Milesker.

Manuel Lezertua

Arartekoa / Ararteko

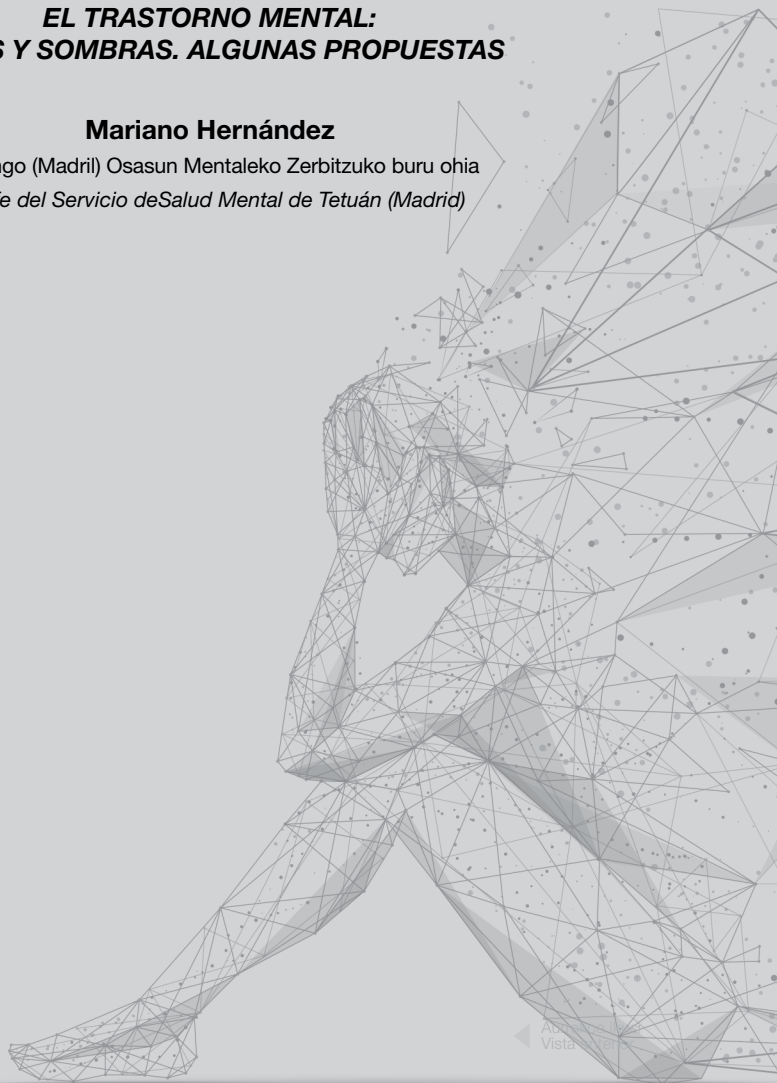


I. PONENTZIA *PONENCIA I*

EL TRASTORNO MENTAL: LUCES Y SOMBRAS. ALGUNAS PROPUESTAS

Mariano Hernández

Tetuango (Madri) Osasun Mentaleko Zerbitzuko buru ohia
Exjefe del Servicio de Salud Mental de Tetuán (Madrid)



1. Introducción. Sobre los orígenes, procedencias, procesos de gestación de la situación actual

La reforma psiquiátrica, que planteó la desinstitucionalización de los pacientes mentales, el cierre de los manicomios-hospitales psiquiátricos y la construcción de redes de servicios de salud mental comunitarios, fue uno de los proyectos colectivos más atrevidos de las sociedades occidentales en la segunda mitad del siglo XX, aún en marcha. Lo animó el espíritu solidario y un tanto optimista y utópico que impregnó estas sociedades a la salida de horror de la Segunda Guerra Mundial. Este ambicioso proyecto se extendió por todo el Occidente democrático y fue un claro exponente de la estrecha dependencia que la psiquiatría y disciplinas de lo “psi” mantienen con los principios, valores e ingredientes socioculturales y políticos. Esta es también la razón por la que España se incorporó tardíamente al proceso, que en tiempos de autarquía solo podía ser reivindicado desde la confrontación hostil con las administraciones públicas y el poder político de la Dictadura. Y una buena demostración también de esa dependencia de los saberes y prácticas psiquiátricas de los valores socioculturales y políticos es el cambio en los valores y prácticas, que aparentando estar asentadas en fundamento científicos, lo estaban en creencia y valores socioculturales: si en tiempos de Pinel y el alienismo las buenas prácticas consistían en el aislamiento del enfermo, en la nueva era las buenas prácticas consistirán en garantizar la inserción comunitaria del sujeto (*la libertà è terapeutica*, se leía en los muros del San Giovanni triestino en tiempos de Basaglia, que rápidamente pasó a ser consigna en tantos escenarios de desinstitucionalización).

Este proceso desinstitucionalizador se resume de forma muy clara en una consigna tan fácil de formular como difícil de trasladar a la práctica: “del hospital a la comunidad”⁽¹⁾ o al área/territorio. Consigna que impregna el documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, de 1985, y “oficialmente” asumida en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad (LGS), que a su vez determina con toda claridad otros elementos clave para la reforma que se inicia oficialmente 1986 al aprobarse la LGS: equiparación del enfermo psiquiátrico y de la psiquiatría con cualquier otro paciente y cualquier otra especialidad médica. Psiquiatría en los hospitales generales, atención comunitaria, rehabilitación y prevención, participación.

2. A día de hoy, 36 años después del inicio oficial de la reforma, reconocemos algunos avances muy importantes: junto a aspectos de estancamiento y circunstancias de dificultad o de riesgo para el porvenir de la salud mental de los individuos y las sociedades. En una apretada síntesis podemos decir que, globalmente, se ha producido un cumplimiento parcial de los objetivos planteados en la reforma: se han cerrado los hospitales psiquiátricos públicos de Andalucía, Asturias, Canarias, Navarra (aunque aquí persisten hospitales psiquiátricos privados concertados). Además de la experiencia de cierre y transformación en servicios de salud mental comunitarios del que fuera manicomio de referencia nacional, el hospital Santa Isabel de Leganés (Madrid), se han abierto unidades de psiquiatría con atención a urgencias en prácticamente todos los hospitales generales y se ha producido un despliegue de servicios de salud mental comunitarios para todas las edades, y de rehabilitación psicosocial, formados por equipos multidisciplinares en conexión (con desigual fortuna) con la atención primaria de salud y los servicios sociales generales. Por el momento, nos vale como muestra señalar algunas luces-buenas prácticas, las sombras y algunos indicadores del amplio territorio de claroscuros, de luces y sombras.

2.1. Entre las luces, reconocemos la generalización de equipos de salud mental comunitaria, así como los programas de hospital de día y de una red muy variable de dispositivos de rehabilitación psicosocial, de modo que podemos identificar un amplio elenco de buenas prácticas en los servicios públicos, que han demostrado los beneficios de que los servicios se orienten hacia las necesidades del paciente para la realización de una vida con sentido y significado personal e interpersonal, más allá del círculo cerrado de síntomas-diagnóstico –tratamiento– que suele implicar desempoderamiento, estigma, desconexión social y una colección de renuncias tan involuntarias como inevitables en tantos casos. Entre estas iniciativas contamos con:

- a) Programas de atención comunitaria intensiva, como son los equipos de tratamiento comunitario asertivo, los equipos de apoyo sociocomunitarios o los programas de hospitalización a domicilio. El programa referente al Tratamiento Asertivo Comunitario “TAC”⁽²⁾. El primer equipo TAC en España se puso en marcha en Avilés en 1999, de modo que cuenta ya con amplia experiencia que ha dado pie a desarrollar este tipo de equipos en otras comunidades (Andalucía, Canarias, Murcia o Bizkaia) o inspirado otras fórmulas que lo desarrollan de forma parcial, incompleta (ej.: los equipos de apoyo sociocomunitario en la Comunidad de Madrid, donde no cuentan con personal sanitario, sino con profesionales de lo psicosocial) o los Planes de Servicios Individualizados-PSI para atención a domicilio en Cataluña.

En lo referente al TAC, el programa original surgió en el condado de Madison en Wisconsin, tras un interesante proceso liderado por Leo Stein y Anne Test, que se inició después de que el primero hubiera realizado una estancia en París, donde conoció los beneficios de “la toma a cargo” de los pacientes (mismos profesionales atienden al paciente en los distintos momentos y lugares/contextos de su periplo asistencial, sin hacer “derivaciones”) y la sectorización. En Madison desarrollaron un bonito e interesante

proceso de articulación de medidas para evitar la hospitalización de pacientes graves y garantizar la mejor atención posible en su propio contexto. En síntesis, los equipos de TAC se caracterizan por atender los distintos tipos de necesidades (materiales, de supervivencia, de vivienda; convivencia, ocio, formación o trabajo y necesidades clínicas...). Sin entrar ahora en evaluación detallada, la experiencia española es muy positiva en la misma línea que otras experiencias internacionales, en cuanto a reducción de frecuencia y tiempo de hospitalización, inserción-arraigo social y calidad de vida de pacientes con afectación clínica grave. La expectativa debiera ser la ampliación del número de equipos y su generalización en las distintas CC. AA.

En Madrid, la experiencia de los análogos “equipos de apoyo sociocomunitario” (1 equipo formado por psicólogo, educadores y dos educadores sociales en cada distrito sanitario-equipo de salud mental) rinde también muy buenos resultados, si bien asumiendo menos competencias y trabajando en estrecha colaboración con los equipos de salud mental.

En cuanto a la hospitalización domiciliaria, es una experiencia más reciente, que consiste en atender en domicilio a personas en situación de crisis que eventualmente podrían requerir ingreso, cuando se puede contar con la colaboración familiar, a quienes también se apoya para la mejor atención al paciente. Existen estas experiencias en Castellón, Alcalá de Henares, Madrid, Galicia y proyectos en Cataluña.

- b) Iniciativas de empoderamiento de los pacientes/usuarios de los servicios, en línea con las propuestas del movimiento de recuperación, propiciando participación y protagonismo de los usuarios en las actividades de los servicios y en acciones comunitarias.

En España, la recepción y extensión de esta nueva perspectiva (que algunos definen como nuevo paradigma) de comprensión y respuesta a los problemas graves de salud mental está siendo irregular, poco decidida y un tanto controvertida, en parte por las propias controversias asociadas al término recuperación al que se han dado distintas acepciones. Por mi parte, sigo la línea que me parece más auténtica y prometedora también, que globalmente se resume bastante bien en dos publicaciones en castellano relativamente recientes: una de la AEN⁽³⁾ y otra de la AMRP⁽⁴⁾. En un sentido, se refiere a la actitud de los afectados por el problema y su facultad para actuar en pro de su propia autodeterminación sin tener que atenerse a los dictados impuestos por los profesionales, y está detrás de cierto activismo social y político de usuarios, exusuarios y supervivientes de la psiquiatría. En otro sentido, que es sobre el que puedo opinar, se trata de abrir espacios donde el protagonismo de los afectados sea cada vez mayor, saliendo de los roles tradicionales de usuarios que cumplimentan los programas de terapia o de rehabilitación para pasar a ocupar espacios de protagonismo, a menudo compartiéndolo con profesionales. Se trata de reconocer que hay dos fuentes y dos recorridos muy distintos para adquirir competencia en intervenciones en salud mental: la profesional, clásica, que se adquiere mediante formación académica; y la adquirida por experiencia propia, en primera persona, por haber vivido en propia carne la enfer-

medad y sus consecuencias, y haberlo afrontado y haber aprendido tanto de ello. Surgen así dos tipos de expertos: por formación académica y por experiencia. El experto por experiencia está llamado a ejercer un mayor protagonismo en la vida de los servicios en los próximos años. Este protagonismo puede darse en la planificación, en la evaluación o en el desarrollo de programas de rehabilitación, por ejemplo, o de formación. En algunos lugares del mundo se han establecido sistemas de formación complementaria y de acreditación para que estos expertos por experiencia propia puedan acceder a ser contratados para trabajar en dispositivos de salud mental o en actividades de formación. En este último aspecto es destacable el proyecto EMILIA⁽⁵⁾ y en otros aspectos me remito a dos que conozco más de cerca: el proyecto mentor, que se lleva a cabo en los programas de rehabilitación psicosocial de Carabanchel⁽⁶⁾, y la experiencia EducaThyssen⁽⁶⁾. Son tipos de programas en amplia expansión, de los que pronto merecerá la pena catalogar para extraer las mejores prácticas y difundir para mayor extensión del aprendizaje.

- c) Frecuente oferta de apoyo a las familias de pacientes más afectados, incluyendo los grupos multifamiliares. Estos programas están ampliamente extendidos, aunque siguen siendo insuficientes, pues a muchas familias no les llega ese apoyo. A resaltar los grupos de autoayuda (generalmente gestionados por los propios interesados y sus asociaciones de familiares) y los grupos multifamiliares, generalmente promovidos y conducidos por profesionales, que trabajan con grupos abiertos en los que participan afectados, familiares y allegados⁽⁷⁾.

En mi opinión, estas actividades están en momento de requerir evaluación y extensión, quizás de mejorar en lo posible la metodología, facilitando la máxima accesibilidad de los interesados.

- d) Algunos programas de apoyo a las personas más afectadas, como es la figura del asistente personal, aprovechando opciones que proporciona la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Apoyo a la Dependencia. La figura del asistente personal para promover y hacer efectiva en la práctica mayor autonomía y calidad de vida de personas con discapacidad derivada de problemas de salud mental es una oportunidad muy desigualmente aprovechada en distintas comunidades autónomas, siendo Castilla-León y País Vasco las que lo han desarrollado de forma más clara y extensa.

Es importante señalar que esta figura tiene doble juego, pues por un lado es una prestación que puede proporcionar aspectos muy positivos para quien la recibe, pero por otra parte es una oportunidad laboral para algunas personas que, por efectos limitantes de problemas de salud mental, no pueden acceder a muchos tipos de trabajo y sí pueden rendir bien como asistentes personales de otras personas con discapacidad.

- e) Algunos programas de atención a personas sin hogar. Aun reconociendo que el verdadero tratamiento de este problema es erradicar la pobreza, valoramos como de

gran compromiso y calidad algunos programas dirigidos a esta población, con formato muy comunitario y adecuado a las necesidades específicas de esta población.

Al igual que sucede en tantas ciudades del mundo occidental desarrollado y rico, la pobreza, los “sin hogar” forman parte del paisaje normalizado y aparentemente asumido sin mayor indignación por la mayoría de la población. Entre ello, los problemas de salud mental son muy frecuentes y se presentan con alta prevalencia en estas poblaciones. Las respuestas dadas por nuestras administraciones están en la línea de las que se vienen produciendo en otras ciudades europeas: proporcionar atención mediante equipos de profesionales que trabajan en la calle y se adaptan al máximo para responder a sus necesidades, a la vez que promueven activar los circuitos de inclusión, el acceso a atención normalizada, a vivienda (prestigio cada vez mayor de los programas *housing first*), a trabajo, etc.

En la mayor parte de los casos los equipos de atención en salud mental a las personas sin hogar se organizan tipo ETAC, de los que antes hablamos, y suelen ser muy cualificados. Mientras tanto, nuestra sociedad va generando más pobreza, más población en riesgo de exclusión. ¿Seguiremos generando más equipos especializados para tratar el sufrimiento mental de las personas que van quedando fuera de juego?

- f) La reciente reforma del Código Civil modifica sustancialmente la protección jurídica de las personas con discapacidad por problemas de salud mental.

Sin poder ahora entrar en detalles, la reciente modificación del Código Civil introduce cambios principalmente en lo que a principios y valores se refiere, y cambios en las prácticas cotidianas, cuyos resultados habrá que valorar con el paso del tiempo.

De momento, damos la bienvenida a la adecuación de nuestra legislación a la Convención de Naciones Unidas por los Derechos de las Personas con Discapacidad (New York, enero de 2006) y a los valores más claramente proclamados: frente a la tradicional hegemonía del “paternalismo”, se erige el predominio de la autonomía, lo que implica la abolición del concepto de incapacidad y de la correspondiente tutela (el tutor decide por ti) para reconocer la capacidad del discapacitado para tomar decisiones y la obligación de que se le presten los apoyos que precise (a modo de curatela) con muy excepcionales excepciones.

- g) Iniciativas en pro de la eliminación de prácticas coercitivas en las unidades de hospitalización (ej.: manifiesto de Cartagena –contención cero–)⁽⁸⁾.

En consonancia con la necesidad de acentuar el cuidado por el respeto a los derechos de los pacientes cuando se encuentran en situaciones de crisis u otras formas de necesidad de tratamiento, y para contrarrestar y poner fin a la creciente tendencia al uso de medidas coercitivas (tales como contención mecánica o aislamiento, u otras formas de limitación de movimientos o privación de derechos, a uso de pertenencias, a recibir

visitas...), una de las iniciativas más relevantes ha sido el promover cambios de actitud en los profesionales y los servicios hacia la consecución del objetivo “contenciones 0”, como se plasmó en el llamado “manifiesto de Cartagena (suscrito por AEN-Profesionales de Salud Mental junto con la asociación de usuarios En Primera Persona, Veus y Confederación Salud Mental España). En la misma línea cabría señalar el trabajo más sistemático y cuasi exhaustivo en la elaboración de un texto llamado “Cuaderno Técnico” sobre contenciones⁽⁹⁾.

- h) El vigor del activismo de usuarios y/o supervivientes. El activismo de los afectados se inició internacionalmente en los años setenta del siglo XX y ha venido produciendo un rastro muy intenso de creatividad, compromiso, capacidad de aceptación (de uno mismo, del grupo, de las dificultades, de las posibilidades de desplegar vida más allá del diagnóstico e incluso más allá la “enfermedad”, aun cuando nunca sabemos si existe y en qué consiste). En nuestro ámbito, se ha venido generando una amplia producción literaria, de corte autobiográfico, y otras muchas manifestaciones muy creativas que dan cuenta de la vitalidad del movimiento de usuarios, exusuarios y supervivientes de la psiquiatría (ej.: ENUSP, Primera Vocal, Orgullo Loco, Flipas, Activament...) mediante la generalización de los GAM (grupos de ayuda mutua) y acciones reivindicativas exigiendo respeto de derechos, cambios legislativos y distintas formas de trabajar por su autodeterminación y calidad de vida⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾.
- i) Programas activos frente al estigma. Ampliamente desarrollados por todo el territorio, en las distintas CC. AA. y con muy distinta calidad e impacto. Me parece oportuno ahora señalar que existe una cátedra contra el estigma en la Universidad Complutense de Madrid, que ha convocado y resultó los dos últimos años un premio académico al mejor TFM desarrollado en esa universidad dedicado a investigar alguno de los diversos aspectos del estigma.
- j) Actividades preventivas. Tan ampliamente proclamadas (por su relevancia) y reclamadas como escasamente puestas en práctica. Sin poder tampoco entrar ahora en detalle, valga como muestra del poderoso impacto que pueden llegar a tener esta reciente revisión que nos recuerda que el sufrir violencia o distintas formas de abuso durante la infancia puede multiplicar (por 2, por 3 o incluso por más) el padecimiento de psicosis u otros trastornos graves años más tarde, y que evitar el abuso y violencia a los niños podría reducir al 50% la patología mental grave en jóvenes y adultos (<https://elpais.com/salud-y-bienestar/2022-06-13/por-que-las-enfermedades-mentales-se-pueden-prevenir.html>).

2.2. En la zona oscura de sombras reconocemos:

- a) La escasa dotación e implantación de dispositivos y programas de atención a problemas de salud mental de niños y adolescentes. De tremenda importancia, que no entro a considerar en detalle por ser motivo de una ponencia específica, no dejaré de señalar

que uno de los efectos más potentes de la pandemia y su huella en el sentir de la gente y en el imaginario de tanta gente es que puso de manifiesto el alto grado de sufrimiento (emocional, mental) de niñas, niños y adolescentes, que se ha puesto de manifiesto con la exacerbación de morbilidad en la dimensión de la salud mental, con especial relevancia en el aumento de autolesiones, conductas y gestos autolíticos.

- b) Carencia de programas de atención a personas mayores. Existen muy escasos programas específicos para atención a personas mayores con problemas de salud mental.
- c) Las malas condiciones de habitabilidad de la mayoría de las unidades de hospitalización psiquiátrica en hospital general, donde predominan prácticas coercitivas injustificables, además de una cada vez más reconocida deshumanización (o así me parece deducir de las constantes apelaciones por parte de administradores, políticos y gestores a trabajar por la “humanización” de las unidades) (ej.: cuando se despoja de todas sus pertenencias al paciente, las barreras a las visitas familiares y a la cooperación de las familias y allegados en la marcha de la unidad). Por algo entre los usuarios “concienciados” se reclama cada vez más el que puedan disponer de acceso a “unidades de atención en crisis” no medicalizadas, fuera del hospital. Detrás de esta reclamación hay una cuestión conceptual de gran calado: las descompensaciones psicopatológicas, los episodios psicóticos, ¿se entienden y se atiende mejor desde la perspectiva de la enfermedad o desde la perspectiva de la “crisis personal”? En mi opinión, es necesario un amplio debate sobre esta cuestión para redefinir el tipo de dispositivos que mejor pueden ayudar a la recuperación del sujeto/paciente.
- d) El abandono de la atención a la salud mental de la población incluida en el circuito penal penitenciario, problema del que nos venimos ocupando hace años, con reciente actualización y al que desde Euskadi se están produciendo algunas aportaciones interesantes, aunque muy lejos de dejar bien resulta la cuestión.
- e) Persistencia de formas de discriminación y procesos de exclusión.
- f) Graves problemas en atención a patología dual (trastorno mental y dependencia-abuso de sustancias), problema en el que ahora no entramos.

2.3. En una amplia penumbra de claroscuros podemos identificar:

- a) La situación del acceso al trabajo de pacientes con discapacidad derivada de problemas de salud mental: las escasas experiencias de inserción laboral del colectivo afectado por discapacidad derivada de problemas de salud mental. Lo sitúo en zona de “claroscuros”, porque aunque el colectivo de personas con discapacidad derivada de problemas de salud mental sigue siendo el menos insertado laboralmente, están creciendo los intentos por salir de este abandono y disponemos cada vez más de experiencias que demuestran la viabilidad de que estas personas se mantengan la-

boralmente activas⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾. Hay algunas experiencias de incorporación de personas en procesos de recuperación por problemas de salud mental a trabajo remunerado (sean formatos de trabajo con apoyo, centros especiales de empleo o trabajo normalizado), si bien es un terreno plagado de sombras, pues predominan las barreras de acceso y hay escasísima población trabajando.

- b) Las intervenciones psicoterapéuticas, con riesgo de asfixia ante la falta de apoyo institucional para garantizar estas prestaciones, devaluadas a los ojos de muchos gerentes que prefieren facilitar la opción farmacológica, por ser de más fácil gestión, a pesar de su carestía y riesgos de daños/iatrogenias. Va dándose un goteo de provisión de recursos para intervenciones psicoterapéuticas, pero el discurso, el criterio gerencial sigue imponiéndose, de modo que es más probable que se proporcione acceso a nuevos psicofármacos, aunque el precios sean exponencialmente mayores que los anteriores y el beneficio terapéutico frente a ellos sea poco claro o inexistente. Sin embargo, facilitar nuevos recursos psicosociales o de psicoterapia sigue encontrando muchas barreras para su puesta en marcha⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾.
- c) Aquellos programas o intervenciones de rehabilitación psicosocial, afectados por la rutina, y la desobjetivización de las tareas que obvian la implicación activa de los interesados. Muy poco centrada en la persona, sus necesidades, recursos, aspiraciones, proyectos y contexto.

La rehabilitación psicosocial ha sido, y sigue siendo, una gran aportación (en el área técnica-organizativa y también en cuanto a valores y principios se refiere) para entender y atender las necesidades de los pacientes, de las personas con problemas de salud mental graves y persistentes, a nivel internacional y también en España. El desarrollo de esta dimensión de la atención ha contribuido a proporcionar “ciudadanía”, acceso a vida “normalizada” a varios miles de personas procedentes de atascos y atrapamientos psicóticos de diversa entidad. Y nos felicitamos por ello y aprendemos. Pero también es cierto que persisten, a través de la geografía hispana, otras muchas actividades rutinariamente definidas como de rehabilitación, que manteniendo formatos de soporte –apoyo inespecífico a personas con funcionamiento psicosocial precario–, repiten sin apenas variaciones rutinas o educativas que están muy lejos de conectar con los verdaderos intereses y motivaciones subyacentes de las personas a quienes se dirigen. Han hecho del mantenimiento de las actividades su objetivo principal y a menudo único, y parecen haber dimitido del compromiso intersubjetivo y contextualizado de la actividad profesional rehabilitadora. Decimos entonces, en esos casos, que esa rehabilitación es a-biográfica (se desinteresa por la biografía de los pacientes) y a-narrativa (por la misma razón), y no debiera llamarse propiamente rehabilitación.

Aún hay otros aspectos inquietantes en el área de la rehabilitación psicosocial. Los encontramos en aquellos dispositivos de rehabilitación en contexto de hospital, por ejemplo, las Unidades Hospitalarias de Rehabilitación o de Tratamiento y Rehabilitación, como también se denominan en otras ocasiones. Importa señalar el hecho de que en algunas CC. AA.

(ej.: en Madrid) se accede a ellas cada vez de forma más frecuente mediante ingresos involuntarios con su correspondiente autorización judicial. Y nos preguntamos: ¿qué grado de artificio, de autoengaño o de distorsión del lenguaje y de los conceptos estamos haciendo cuando ingresamos bajo tutela judicial, involuntariamente a un sujeto para que voluntariamente haga todo lo posible por sacar lo mejor de sí mismo y con los demás en pro de su recuperación? Cuando uno explora un poco la realidad subyacente, pronto encontramos el déficit de atención ambulatoria, la escasez de programas de atención intensiva en la comunidad, por lo que ante la “cronicidad” de los problemas, los clínicos, los familiares, etc. miran hacia remedios coercitivos de aislamiento y control, si bien con la esperanza de que una vez allí dentro opere la magia y el sujeto encuentre su mejor camino de recuperación (a veces sucede). Aquí tenemos otro motivo para pensar que queda mucho por hacer y por deshacer.

3. Observaciones particulares y reflexiones sobre nuestro quehacer en el mundo complejo: lo que pretendimos, lo que nos encontramos y la que se nos viene encima.

La mayor parte de lo expuesto en el texto de esta ponencia pretende una aproximación a los resultados del “gran proyecto” de desinstitucionalización y construcción de redes de servicios de salud mental comunitarios. Pero en la segunda mitad del siglo XX y principios del XXI se han ido produciendo cambios muy significativos en la sociedad, modos de vida, valores y principios reguladores, novedades tecnológicas de gran impacto social, que han influido/están influyendo de forma potente en el lugar y las funciones de la psiquiatría (y de la psicología clínica y de las profesiones afines) y de la salud mental. Imposible entrar al detalle, pero creo imprescindible señalar rasgos y dirección a la que apuntan los cambios, los problemas y las oportunidades, quizás. En síntesis:

3.1. La psiquiatría y la salud mental, de forma distinta, y eventualmente confundidas como si fueran una misma cosa, se han venido viendo abocadas a asumir el encargo social de “curar” las supuestas enfermedades derivadas de tantas insatisfacciones, incumplimientos de falsas promesas de felicidad y sueños rotos (el “engaño consumista”), hastíos y sufrimientos, cuando no los efectos de la explotación económica en los contextos de trabajo, de la violencia física (incluida la de género), o tantas formas de violencia simbólica (como las distintas formas de acoso, sean en vivo y en directo, o mediante ciberacoso). Lo que caracteriza a nuestra época no es solamente el tipo de conflicto y los modos y maneras de sufrir del hombre y la mujer contemporáneos, que tienen un indudable interés antropológico y político, sino la vigencia de potentes procedimientos de “alquimia”, conceptual, gramatical, semántica, que tienen como resultado final que los efectos de estos conflictos en el sujeto individual se rotulan como síntomas de enfermedad, de enfermedad mental (sea depresión, trastorno adaptativo, fobias...). De este modo, se produce y se concreta la “medicalización” y la “psiquiatrización” de los conflictos sociales (y económicos y políticos). El fenómeno es complejo y cuenta con amplia bibliografía que lo describe y analiza⁽²¹⁾⁽²⁴⁾. Quizás por el momento nos sirve de guía conceptual los siguientes aspectos:

- a) Después de muchos años con escasas novedades farmacológicas, 30 años después de que los primeros neurolépticos y antidepresivos vinieran en auxilio de la nueva psiquiatría, que quería ser más científica y más democrática y moderna, también el Prozac y los nuevos ISRS vinieron en su auxilio, no sin tributo añadido y quizás cierta dosis de engaño y trampa. Los nuevos “antidepresivos” encontraron amplias y acumulativas indicaciones en el ancho espectro de las quejas: depresión, ansiedad, fobias, obsesiones, temores, duelos, impulsividad, viejas y nuevas adicciones (a las compras, al sexo, a Internet o a los videojuegos).
- b) Hegemonía de la cultura DSM, con su inevitable comorbilidad, banalización diagnóstica y psiquiatrización de tantos problemas del vivir, ha logrado crear la ilusión de que conocemos, acotamos, identificamos (en categorías diagnósticas) y tratamos los problemas con “limpieza quirúrgica”, sin despeinarnos, sin tener que avivar la reflexión, la indagación experiencial, ni navegar por la siempre incierta hermenéutica, para aquilatar el sentido y significado de lo vivido y de los “síntomas”. Basta categorizar y “aplicar el algoritmo”.
- c) Pronto se desarrolló una epidemiología *ad hoc* que nos hizo ver que casi la mitad de la población padecía síntomas que cumplían criterios diagnósticos en alguna categoría DSM –instrumento esencial para la nueva “cultura” psiquiatrizada– y simultáneamente una epidemiología que hacía ver que al médico de atención primaria le llovían las depresiones “mitigadas” y una amplia variedad de trastornos entre sus consultantes que no llegaba a reconocer. Enseguida la alianza academia-industria les fue ayudando a ver el amplísimo escenario para desplegar el cada vez más diversificado arsenal farmacéutico para repartir entre las y los atribulados consultantes de atención primaria que podrían beneficiarse de la nueva química.
- d) Todo ello en un contexto reiteradamente bautizado como neoliberalismo, caracterizado por un progresivo individualismo, además de consumismo, competitividad, escaso prestigio de la solidaridad, retirada de las viejas instituciones de amparo-ayuda, desde la familia a las organizaciones sociales y sindicales. El resultado, haciendo un poco de caricatura, es que el hombre o la mujer se quedan solos, más solos que la una, en lo que Robert Castell denominó individualismo en negativo (frente a la romántica exaltación del viejo individualismo liberal). Hasta el momento, la psiquiatría, sin haber dimitido del todo, no ha sabido/no ha podido plantear respuestas de validez poblacional, de modo que, como recientemente afirmaba la escritora Marina Perezagua en otro artículo reciente, “la psiquiatría ha llegado a la conclusión de que es más fácil cambiar al individuo que cambiar el mundo, aunque esto signifique medicar a una persona sana para que se ajuste a un mundo enloquecido” (<https://elpais.com/opinion/2022-06-18/teta-que-la-mano-no-cubre.html>).
- e) Y en medio de todo encontramos una interesada alianza entre universidad e industria farmacéutica, compartida como el desinterés por la psicopatología y por investigar la

dimensión psicosocial del sufrir o del enfermar mental: se entregan con entusiasmo a la producción de nuevas moléculas que puedan tener acomodo en el mercado (complementariamente al *mongering*, producción de nuevas “enfermedades”, al menos nuevos rótulos diagnósticos a los que dirigir los nuevos fármacos), con muy marcados intereses en su proyección en el mercado. Las medias verdades, los silenciamientos de efectos negativos o de iatrogenia asociada al uso continuado de los fármacos y al no uso de otras formas de tratar (psicoterapia, intervenciones psicosociales), incluso los engaños y sesgos múltiples van siendo desvelados con desigual escándalo. Una de sus derivas más evidentes es haber suplido la intervención comunitaria por la ampliación del mercado del psicofármaco hacia esos territorios “comunitarios” al hacer la psiquiatría más cercana a la comunidad, hasta el punto de que muchos analistas consideran que la salud mental comunitaria ha consistido principalmente en poner la “solución farmacológica” al alcance de la población general para mitigar los efectos del vivir, cuando vivir duele, desconsuela o agota. Y también a considerar el efecto deletéreo de la alianza entre universidad e industria farmacéutica que tiene hegemonía en muchos ámbitos de la formación de los profesionales y genera identidades profesionales incapaces de operar en el contexto comunitario.

3.2. Los determinantes sociales de la salud, tan importantes en salud pública y salud general, apenas han sido tenidos en cuenta en la planificación de servicios ni en la formación de los profesionales, a pesar de su relevancia en la salud mental, ya que aquí la permeabilidad hacia aspectos de contextos socioculturales es crucial (tanto o más que la alimentación o la higiene para la salud general), como es la provisión de afectos, abusos y negligencias.

- a) Una particularidad es la vigencia en atención a salud mental, tanto o más que en atención primaria o en otros contextos de atención, de la llamada ley de cuidados inversos. Formulada por Julian Tudor Hart en 1971 en el contexto de la atención primaria (él y su mujer ejercían en el medio rural inglés), afirma que respondiendo sin más a las demandas de atención según se fueran produciendo, los profesionales y los servicios acaban prestando más y mejor atención y cuidados a quienes menos lo necesitan. Hoy sabemos que estos quizás reciban otro tipo de daño por exceso de exploraciones, pruebas o tratamiento innecesarios (iatrogenia). La desatención de la ley de cuidados inversos está detrás de la existencia de tantos grupos en circunstancias de exclusión que reciben la peor atención aun cuando sean quienes más lo necesitan (ej.: población sin hogar y con enfermedad mental o población en el circuito penal penitenciario).
- b) Otra particularidad es la iatrogenia que puede derivarse de confundir psiquiatría (atención clínica a las personas con problemas-trastornos mentales) y la salud mental como área que se interesa por la promoción y la atención a la vulnerabilidad, que requiere la implicación de otras muchas agencias distintas a la sanitaria. Tratar una función o circunstancia vulnerable como si se tratara de una enfermedad es una forma de iatrogenia de efectos difíciles de calcular.

4. Algunas propuestas

Espero que leyendo entre líneas se adviertan propuestas implícitas a lo largo del texto (reforzar buenas prácticas; evitar iatrogenias; no regatear esfuerzos en la defensa de los derechos de los pacientes; mantener un espíritu crítico, riguroso y comprometido con las necesidades de los pacientes usuarios, especialmente los más graves, los más vulnerables y con quienes viven en mayor precariedad). En cualquier caso, me interesa proponer explícitamente algunas líneas a cuidar especialmente de cara al futuro:

Hemos de redefinir las dimensiones y contenidos de los saberes y las prácticas relativas a la salud mental, rescatando lo mejor de la psicopatología relacional⁽²⁵⁾ y activar el necesario diálogo ampliado (a 6 interlocutores, hexálogo) entre profesionales, pacientes usuarios de servicios, familiares afectados, población general, gestores y responsables de servicios públicos, universidad y centros de investigación, medios de comunicación y las posibles alianzas entre sí para llevar a la práctica los cambios⁽²⁶⁾.

Rescatar la investigación sobre psicopatología psicosocial-relacional, investigación clínica, epidemiológica y cualitativa, de forma diferenciada de los intereses de la industria farmacéutica. Y no perder de vista nuestro compromiso de equidad y eficiencia, más allá del consumismo⁽²⁷⁾.

Dar empuje, aliento y fundamento (clínico y epistemológico) a las prácticas enroladas en la óptica de la recuperación, dando máxima relevancia al desarrollo del experto por experiencia y a una cultura mestiza de profesionales y usuarios muy prometedora⁽²⁸⁾.

Y no olvidar ampliar ese mestizaje a otras áreas de creatividad, como es el encuentro de la clínica de lo mental, de lo “psico”, y las artes y la literatura, como son los seminarios de “escritura y psiquiatría “ que desarrollamos en la Universidad Carlos-III, o nuevas exploraciones sobre formas de ser y de experimentar la existencia, como es el caso de las indagaciones acerca del “yo disidente” en la vida, en la literatura y en la psicopatología⁽²⁹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

⁽¹⁾ Desviat, M. (1994). La reforma psiquiátrica. DOR. Madrid.

⁽²⁾ Hernández Monsalve, M. (2000). Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización ¿y algo más? En: Rivas F. La psicosis en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.

⁽³⁾ Hernández Monsalve, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2017; 37(131): 171-187. (Dossier La Recuperación a debate).

- (4) Maone, A. y D'Avanzo, B. (2015). Recuperación. Recovery: nuevos paradigmas de salud mental. Psimática. Madrid.
- (5) Rosillo, M. (2018). La experiencia del apoyo mutuo en los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), el "programa mentor" del servicio. Norte de Salud Mental, 2018; vol. 15, núm. 59: 103-114.
- (6) Abad A.; Díez, N.; Ferreras, R.; Gamoneda, A.; Hernández, M.; Salazar, M.; y Simó, S. (2021). Museo, arte y cultura como escenarios y recursos para el bienestar y la participación. Experiencias de recuperación en salud mental. Museo Nacional Thyssen Bornemisza. Madrid.
- (7) Salomón, J. y Simond, H.D. (2013). Grupos de terapia multifamiliar. ¿Qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen? Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.
- (8) Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción. (2016). <https://amsm.es/2016/07/04/manifiesto-de-cartagena-por-unos-servicios-de-salud-mental-respetuosos-con-los-derechos-humanos-y-libres-de-coercion/>.
- (9) Beviá, B. y Bono, A. (coords.). (2017). Coerción y salud mental: revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental. Cuadernos Técnicos; 20. AEN-Profesionales de Salud Mental. Madrid.
- (10) Xarxa GAM y Rojo, H (2018). Otra mirada al sistema de salud mental. Una manera de entender el conflicto. Descontrol. Barcelona.
- (11) Hernández Monsalve, M. y Herrera Valencia, R. (2003). Atención a la salud mental de la población reclusa. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.
- (12) Hernández Monsalve, M. (2011). Enfermedad mental y delito. Una perspectiva europea. Rev. Documentación Social. Madrid.
- (13) Hernández Monsalve, M. (2020). Salud mental en la ruta penal-penitenciaria pre y post covid19. Norte de Salud Mental, 2020; 17 (63): 38-46.
- (14) Markez, I.; Pérez, E.; y Pareja, V. Género y adiciones en el mundo penitenciario. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2022; 42 (140): 169-186.
- (15) Pérez Martínez, E. y Hernández Monsalve, M. (2022). Alternativas al encarcelamiento de las personas con problemas de salud mental: experiencias internacionales. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2022; 42 (140): 251-270.

- ⁽¹⁶⁾ González, D. (2008). La Fageda. Història d'una bogeria. La Magrana.
- ⁽¹⁷⁾ López Sánchez, L. y otros. (2021). La inclusión laboral de personas con trastorno mental grave en la Región de Murcia: el proceso Euroempleo. Servicio Murciano de Salud. Murcia.
- ⁽¹⁸⁾ López Álvarez, M. (2021). Mirando atrás para seguir avanzando. Herder Editorial. Barcelona.
- ⁽¹⁹⁾ Fernández Liria, A.; Hernández Monsalve, M.; y Rodríguez Vega, B. (1997). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental. Madrid.
- ⁽²⁰⁾ Hernández Monsalve, M. y Nieto Degregori, P. (coords.). (2011). Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis. Grupo 5. Madrid.
- ⁽²¹⁾ Fernández Liria, A. (2018). Locura de la Psiquiatría. Desclée De Brouwer. Bilbao.
- ⁽²²⁾ Cipriano, P. (2019). Las metamorfosis de la Psiquiatría. Enclave de Libros. Madrid.
- ⁽²³⁾ Saraceno, B. (2020). Sobre la pobreza de la psiquiatría. Herder Editorial. Barcelona.
- ⁽²⁴⁾ Davies, J. (2021). Sedados. Cómo el capitalismo moderno creó la crisis de salud mental. Capitán Swing. Madrid.
- ⁽²⁵⁾ Tizón, J.L. (2018, 2019). Apuntes para una psicopatología basada en la relación I, II, III. Herder Editorial. Barcelona.
- ⁽²⁶⁾ Rodríguez Pulido, F. y Hernández Monsalve, M. (2021). Un plan de acción urgente para la atención a la salud mental del país: un acuerdo para el bienestar de las personas. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2021; 139: 9-14.
- ⁽²⁷⁾ Hernández Monsalve, M. (1998). Dilemas en psiquiatría: entre el consumismo, la eficiencia y la equidad. En Neoliberalismo vs Democracia. Álvarez Uria comp. La Piqueta. Madrid.
- ⁽²⁸⁾ Huerta, R. (2020). Locuras en primera persona. Subjetividades, experiencias, activismos. Catarata. Madrid.
- ⁽²⁹⁾ Martínez Pérez-Canales, A. y Hernández Monsalve, M. (2015). Literaria(mente). El yo disidente. UNO Editorial.

II. PONENTZIA PONENTIA II

CUIDADOS DE LA “PSICOPATOLOGÍA” EN EL SIGLO XXI: TRES MODELOS Y DOS ALTERNATIVAS EN RUMBO DE COLISIÓN

Jorge Luis Tizón

Kataluniako Generalitateko Osasun Mentaleko Plan Zuzentzaileko Batzorde Iraunkorrekoko kide izan zen, baita komunitateko osasunaren arloan artatu eta prebenitzeko talde pilotu batzuetakoa ere. Ramón Llull Unibertsitateko irakaslea (Bartzelona)

Exmiembro de la Comisión Permanente del Plan Director de Salud Mental de la Generalitat de Catalunya y de diversos equipos piloto de atención y prevención en salud comunitaria. Profesor de la Universidad Ramón Llull (Barcelona)



Resumen

Desde el arranque de la crisis económica que estalló en 2008 hemos podido vislumbrar un notable cambio en los “cuidados de la psicopatología” (o “atención psiquiátrica”), particularmente en nuestro entorno europeo. Para nuestra discusión aquí, propongo considerar que, al menos en la península ibérica, están en liza dos perspectivas de futuro bien diferentes para la atención a la “Psicopatología aplicada” o para esos “Cuidados comunitarios a la psicopatología”:

- Por un lado, el modelo dominante en los documentos y en las proclamas, un modelo que, con mayores o menores correcciones ideológicas se ha llamado de “Psiquiatría Comunitaria” o “Atención comunitaria a la salud mental”, ciertamente necesitado de urgentes reformas y que en muchos lugares y sectores no ha superado aún (o está regresando) hacia una “Psiquiatría para pobres” o “Psiquiatría de beneficencia”.
- Por otro lado, la alternativa que combina ese modelo de “Psiquiatría para pobres” más o menos “*aggiornado*” con un modelo que podríamos llamar “neoliberal”.

Ambas alternativas (y los tres modelos), además de sus diferenciales sociales e ideológico-políticas, poseen diferencias también en otros campos, que me gustaría introducir en la discusión: diferencias teóricas, epistemológicas, técnicas y prácticas, y tanto en la concepción de la psicopatología que suponen, como en los procesos de institucionalización en los cuales se concretan. Aunque, en último término, ninguna de ellas va a poderse consolidar sin un importante cambio social y sin crisis sociales, con los sufrimientos personales e institucionales que estas conllevan.

Summary

Since the start of the economic crisis that broke out in 2008, we have been able to glimpse a notable change in “psychopathology care” or “psychiatric care”, particularly in our European environment. For our discussion here, I propose to consider that, at least in

the Iberian Peninsula, two very different future perspectives are at stake for the attention to “Applied Psychopathology” or for those “Community Cares for Psychopathology”:

- On the one hand, the dominant model in the documents and in the proclamations, a model that, with greater or lesser ideological corrections, has been called “Community Psychiatry” or “Community Mental Health Care”, certainly in need of urgent reforms and that in many places and sectors it has not yet overcome (or is returning) to a “Psychiatry for the poor” or “Charity Psychiatry”.
- On the other hand, the alternative that combines this model of “Psychiatry for the poor” more or less “updated” with a model that we could call “neoliberal”.

Both alternatives (and the three models), in addition to their social and ideological-political differentials, also have differences in other fields, which I would like to introduce in the discussion: theoretical, epistemological, technical and practical differences both in the conception of psychopathology that presupposes as well as in the institutionalization processes in which they materialize. Although, ultimately, none of them will be able to consolidate without significant social change and without social crises, with the personal and institutional suffering that these entail.

Una coyuntura de crisis

Desde el arranque de la crisis económica que estalló en 2008 hemos podido vislumbrar un notable cambio en los “cuidados de la psicopatología” o “atención psiquiátrica”, particularmente en nuestro entorno europeo. El cambio de siglo había venido con la ilusión de una “Psiquiatría comunitaria” que campaba en todos los documentos sobre el tema en el Sur de Europa. Sin embargo, no era esa la realidad ni las políticas sanitarias realmente aplicadas, algo que quedó patente con el estallido en 2008 de la crisis económica, agravada después por la crisis de la pandemia de la COVID y por la guerra de “todos contra Ucrania”, en la mismísima Europa, a pesar de la realidad de la gravísima crisis climática ya declarada a nivel mundial. Cualquier observador imparcial que deseara informarse sobre nuestras realidades sociales podía ya entrever una materialización dentro de la sanidad de esos conflictos, materialización que se ha ido haciendo cada vez más clara y patente, aunque con diferencias, desde luego, entre los diferentes países y territorios de nuestro entorno: si bien se seguía hablando en los mismos términos, en realidad se estaban desarrollando transformaciones sanitarias muy potentes, guiadas por perspectivas y modelos también diferentes.

En realidad, solo en nuestros días estamos pudiendo atisbar la profundidad del cambio de perspectiva que se está imponiendo en la “atención a la psicopatología”, “psicopatología aplicada” o “psiquiatría pública” dominante¹⁻⁷. Si bien durante finales del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, por presiones de los movimientos sociales y culturales, se desarrollaron toda una serie de conocimientos y modelos como el movimiento de la

higiene mental, la “psiquiatría social” o el psicoanálisis, que intentaban cuidar y reparar a los seres humanos (y, en último término, a la “fuerza de trabajo” cualificada), el clima de derechización y el auge del nazismo y el fascismo y sus necesidades de control social hicieron emerger toda una serie de sistemas coercitivos, orientados al control social de la psicopatología y a la “eugenesia”. El triunfo de las potencias aliadas en la segunda guerra mundial, que dio lugar a nuevos alientos “comunitarios”, fue seguido demasiado cerca por la guerra fría, lo que supuso un nuevo hincapié en el control ideológico y social. Además, los sistemas de contención y resiliencia de la “salud mental” tradicionales y comunitarios fueron siendo sustituidos por sistemas profesionalizados, dando lugar a un nuevo auge del profesionalismo de este ámbito, al desarrollo de la “psiquiatría como especialidad médica” o de la psicoterapia breve. La posibilidad regresiva era tan grave en nuestro campo que pronto aparecieron los movimientos opuestos de la desinstitucionalización, la rehabilitación, la “salud mental comunitaria”, la salud mental en APS, las nuevas terapias...

Ese conflicto, sin embargo, hacía patente la apertura de un nuevo espacio para la mercantilización y la institucionalización mercantilizada características de nuestro sistema social: el ámbito de las emociones y el desarrollo psicosocial humano. Por eso evolucionan a partir de ahí fenómenos como los del uso “cosmético” de los psicofármacos, las técnicas de regulación emocional, las atenciones crecientemente profesionalizadas para las crisis, duelos, pérdidas y, en general toda una tendencia técnico-pragmática a la que nos solemos referir con el término de “*Psiquiatría biocomercial*” basada en su correspondiente “*Psicopatología biocomercial*” (los DSM). A pesar de su relativo fracaso, la “década del cerebro (1990-2000)” intentó proporcionar un apoyo técnico-científico para esos postulados.

En los primeros decenios del siglo XXI, la atención a la salud mental y sus trastornos, como otros muchos campos, viene marcada por los TTIP (*Transatlantic Trade & Investment Partnership*)⁵, un acuerdo comercial en continua gestación y desarrollo bajo el dominio de los centros de poder económicos norteamericanos con sus decididos intentos de desregulación neoliberal para crear nuevas mercancías y mercados globalizados entre los que se incluyen los temas de salud y salud (mental). Su tendencia radical es la extensión a la salud y la salud (mental) del modelo *librecambista* (mal llamado neoliberal). Eso ha de significar una drástica disminución de la protección social “pública” o estatal y abrir nuevos mercados ante la crisis del sistema mediante la desarticulación de los servicios de protección social y de salud⁶. A nivel teórico e ideológico, el predominio de la ideología “neoliberal”, es decir, del dogma ideológico que contempla cada familia e individuo como entes “autónomos, libres y aislados”, promueve la profesionalización a ultranza, basada en la “autonomía del paciente” (sin cuidados integrales como base), el uso de “terapias manualizadas”, la generalización del uso de psicofármacos para la vida cotidiana, el *mindfulness*, el *coaching* y una oferta de servicios mercantilizada al extremo, marcadas por la “gestión clínica” y en esa supuesta “autonomía del paciente”; todo ello encuadrado dentro de la “biblia biocomercial”: el DSM-5⁹. Pero también se desarrollan en estos años el movimiento del “*recovery*” y nuevas formas de comunitarismo frente al profesionalismo neoliberal y la oferta de servicios mercantilizada al extremo.

La perspectiva “biocomercial” de tal controversia político-pragmática tiene también su fundamentación teórica y hasta epistemológica con “la biblia” del DSM, centenares de libros y miles de artículos de apoyo a la psiquiatría biocomercial, y de estudios como los del “*Mental Health Gap*” y “*Global Burden of Mental Disease*”¹⁰⁻¹², pero también de intentos más o menos alternativos tales como el IAPT¹³ en el Reino Unido o bien toda la difusión de perspectivas como las de “inteligencia emocional”¹⁴, el movimiento Global por la Salud Mental y sus múltiples formas y ramificaciones¹⁵, los nuevos sistemas de atención a la psicopatología promovidos en los países europeos, tales como el NAT, el OD, AMBIT¹³⁻¹⁸, etc. Sin embargo, la tendencia creciente durante todo el siglo ha sido el progresivo desarrollo y dominio sobre la economía (y, por supuesto, sobre la economía de la salud) del tratado comercial *TTIP* (*Transatlantic Trade & Investment Partnership*) con las consecuencias obligadas del fracaso de las reformas sanitarias del presidente Obama y la generalización de las privatizaciones en salud y servicios sociales en toda Europa.

Discerniendo modelos y alternativas

Provisionalmente, para nuestra discusión aquí, propongo considerar que, al menos en la Península Ibérica, han quedado en liza dos perspectivas de futuro bien diferentes para la atención a la “Psicopatología aplicada” o para esos “Cuidados comunitarios a la psicopatología”: Ambas perspectivas tienen en común una realidad ya bien visible: El establecimiento o re-establecimiento del modelo de la “Psiquiatría para pobres” o de “Psiquiatría de beneficencia” más o menos “*aggiornado*”-- y con bases no religiosas, sino religiosamente farmacológicas¹⁻⁷. Pero esa es una realidad institucional que coexiste por un lado con el modelo dominante en los documentos y en las proclamas, un modelo que, con mayores o menores correcciones ideológicas, se ha llamado de “Psiquiatría Comunitaria” o “Atención comunitaria a la salud mental”, ciertamente necesitado de urgentes reformas -- y no solo del término^{19-21,6,7*1}.

Por otro lado, no ha dejado de desarrollarse otro modelo con el que no contaban las planificaciones del siglo XX: El de una salud mental orientada no al servicio público, sino al negocio privado o corporativo. Una perspectiva o modelo (ideológico y social, pero con apoyos científico-técnicos), que se ha mostrado capaz de “racionalizar” y “re-organizar” la atención a los trastornos mentales “no tan graves” y “graves” y capaz de grandes transformaciones de la asistencia tanto en los servicios públicos como privados. Una perspectiva y tal vez un “modelo” que, además, se muestra dispuesta a enfocar un nuevo “cambio de misión” (y de paradigma asistencial) para la “asistencia psiquiátrica”, que entroncaría con los cambios anteriores de la asistencia de inspiración tecnológica, al menos desde la diferenciación de los primeros manicomios: El paradigma que admite

* 1 A nivel meramente descriptivo, y sin ánimo de reconceptualizar los dos términos, intentaré mantener el acrónimo ACSM (Atención Comunitaria a la Salud Mental) más para un modelo de servicios y asistencia y el acrónimo ASMC (Atención a la Salud Mental Comunitaria) para un componente ineludible de cualquier política social cuidadora y democrática para con la población. Es evidente que la ASMC debe incluir siempre un modelo y unos servicios del tipo ACSM.

que hoy la "asistencia psiquiátrica" ya ha superado la fase de sustitución de los sistemas de cuidados comunitarios por los profesionalizados y puede centrarse en atender a los problemas "psiquiátricos" y emocionales de la población mediante la apertura de nuevos ámbitos de institucionalización-mercantilización compensatorios de la crisis del sistema social^{4,5,7}. Es la perspectiva o alternativa neoliberal de la atención a la psicopatología y a los sufrimientos emocionales de la población, algunos de cuyos elementos fundamentales esquematizo en la tabla 1.

Esas dos orientaciones o perspectivas, convertidas en realidades cada vez más tangibles, están hoy lo suficientemente consolidadas como para que en muchas de nuestras CCAA podamos hablar de la convivencia de una "Psiquiatría para pobres" con recursos, iniciativas e impulsos de una "Psiquiatría comunitaria", y con recursos de salud mental privados y orientados a los beneficios, no solo para las clases subalternas, sino en especial para clases medias y dominantes. Podríamos hablar, un poco hiperbólicamente, de una "Psiquiatría neo-liberal" para designar este modelo. En realidad, el modelo de la "atención comunitaria a la salud mental", necesitado de reformulaciones urgentes, parece estar siendo cada vez más arrinconado en España y en Europa por la perspectiva neoliberal y por sus iniciativas y organizaciones de gestión para esa atención psiquiátrica. Iniciativas, organizaciones y dinámica institucional y cultural dominados por los intereses (legales en nuestros países) de hacer negocios también con la salud (¿Y por qué no con la salud mental?).

Dada la profundidad de la inclusión de nuestros sistemas de salud en esas perspectivas y en el modelo neo-liberal, no es una cuestión que pueda zanjarse con dogmas o declaraciones "pro-público" o "pro-privado" hoy en día. Incluyo las tablas 2 y 3 para que podamos todos repasar hasta qué extremo esas perspectivas está extendidas en nuestras formaciones sociales y, a mi entender, deben ser tenidas en cuenta incluso para un replanteamiento serio de la "Atención a la Salud Mental Comunitaria" actualizada. No todo lo que se ha llamado "privatización" es un error, un problema o una forma de retardar los necesarios avances, aunque muchos pensemos que no será con el triunfo del dogma librecambista (mal llamado neoliberal) como vamos a poder rehacer y redimensionar nuestros sistemas comunitarios de asistencia a la salud mental y la provisión de sus servicios. Algo que reconocen incluso los más encumbrados y científicos gestores de tal sistema, como, por ejemplo, Thomas Insel, director durante más de una decena de años del NIMH (*National Institute of Mental Health*), el más poderoso instituto de investigación del mundo, quien, según sus propias palabras²² ha llegado a administrar más de 20.000 millones de dólares públicos para la investigación en salud mental en los USA.

Para facilitar la reflexión y la discusión, se me ha ocurrido traer aquí las palabras textuales del propio Insel, publicadas muy recientemente (2022), un investigador y autor con el que nos separan perspectivas teóricas, epistemológicas y prácticas profundas. Precisamente por eso he querido citarlas aquí con la esperanza de que precisamente por su punto de partida, altamente diferente del propio, pero también altamente coherente y altamente sugestivo, puedan estimular nuestra discusión y la toma de conciencia de

la realidad de uno de los modelos de los que vamos a hablar y, también, de sus limitaciones... Por eso prefiero no usar aquí mis palabras, sino las del propio Insel²², autor e investigador que se define a sí mismo como “el psiquiatra de la nación durante más de una década”, al ser el director del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los EE. UU. Gracias a sus datos sobre la situación de la psicopatología y la psiquiatría biológicas y a su amplia información y medios^{22*2}, puede valorar los hallazgos de la RMF de alta resolución en personas con depresión, de cómo los “niños con esquizofrenia” (?) muestran conexiones y ramificaciones anormales de sus neuronas o también de los cambios epigenéticos como marcadores de estrés en ratones de laboratorio... Asimismo, aporta un cúmulo de evidencias sobre los éxitos de otras investigaciones, razones de más para que los ciudadanos norteamericanos “deberían estar agradecidos por la correcta administración de esos millardos de dólares”.

Pero Insel inmediatamente apostilla: Esas investigaciones “deberían habernos ayudado a doblegar las curvas ascendentes de la muerte y la discapacidad de los “enfermos mentales”, *pero no lo hemos logrado porque entendimos mal el problema. Nuestro enfoque actual es un desastre en muchos frentes*”²².

En efecto, ya la OMS en 2003¹⁰ había vaticinado “los asombrosos costes de la epidemia de “enfermedades mentales”^{*3}: “De ser una aflicción relativamente rara hace solo 60 años, la “enfermedad mental” es ahora una preocupación de todos”. El cambio de las tasas de “enfermedad mental discapacitadora” entre los adultos estadounidenses se había multiplicado por seis entre 1955 y 2007, y la “plaga de “enfermedades mentales discapacitantes” ha sido especialmente dura para los jóvenes de los EE. UU., con un increíble aumento de 35 veces entre 1997 y 2007. Esto hará que las enfermedades mentales sean la “principal causa de discapacidad en los niños” en los Estados Unidos, aunque, detalle significativo, solo el 50% de los “diagnosticados” de “*mental disorder*” habían sido evaluado por un profesional de la salud mental²³.

En la tabla 1 esquematizo alguno de ellos datos aportados por Insel en este mismo año 2022:

* 2 Y a sus propias experiencias personales. Como él mismo informa (2022), “Mi hijo lucha contra el TDAH y mi hija, adicta a las dietas, casi muere de anorexia nerviosa”.

* 3 Desde mi perspectiva teórica y epistemológica no es correcto ya hoy hablar de “enfermedad mental” y “comorbilidad (de enfermedades mentales)”. Son tan sólo metáforas que, para colmo, ni tan siquiera tienen el apoyo de las clasificaciones psiquiátricas, a pesar de que, por influencia ideológica, siguen dominando el lenguaje tanto de nuestros medios profesionales como no profesionales. Un trastorno mental, emocional o psicológico, no es “una enfermedad” y, menos aún, una “enfermedad mental”^{*3.7}.

Tabla 1. Algunos datos sobre la SM y sus dispositivos en los USA según Th. Insel y el NIMH (2022)²²

Adultos en tratamiento en dispositivos de atención a la SM	<ul style="list-style-type: none"> • 14,4% de los adultos (35 millones).
Adolescentes en tratamiento en dispositivos de atención a la SM	<ul style="list-style-type: none"> • 14,7% de los adolescentes (3,6 millones).
Padece un TM 1/5 de los norteamericanos	<ul style="list-style-type: none"> • 20% de la población con TM. • Y según una encuesta anual del gobierno, hay más niños y adultos en tratamiento ambulatorio que nunca.
Padecen un Trastorno Mental Grave (TMG)	<ul style="list-style-type: none"> • 5% de los norteamericanos adultos. • 6% de los niños.
Costes	<ul style="list-style-type: none"> • Ya en 2013 los TM llegaron a ser la "condición médica" más costosa para el "sistema de salud". • Más de 200 billones de coste, el 7,5% de todos los gastos médicos. • Algo que ha aumentado después con la epidemia de opioides y la pandemia de la COVID-19. • El programa comunitario de SM consume el equivalente de 10 billones de dólares de 2020.
Las DISCAPACIDADES e Incapacidades laborales por TM	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentaron un 43% en 25 años (1990-2016), a pesar de esos gastos espectaculares. • Las discapacidades por TM son el grupo diagnóstico mayor entre los <65 años en los USA. • Es la primera causa de años perdidos por discapacidad. • Hay más de 2 millones de pensionistas por TM en California, la quinta economía mundial.
SUICIDIOS	<ul style="list-style-type: none"> • 47.000 cada año. • (El equivalente de un tiroteo de masas con 129 muertos por día). • Un suicidio cada 11 minutos.
MORTALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas con TM del sistema público mueren entre 15 y 30 años antes que el resto de la población.
SINHOGARISMO	<ul style="list-style-type: none"> • 553.000 personas están sin hogar en Estados Unidos en una noche cualquiera.(El equivalente de un tiroteo de masas con 129 muertos por día). • El 25% de ellos padece un TM.
TRANSINSTITUCIONALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 1965 y 2010 hay una clara correlación entre el cierre de camas psiquiátricas y el aumento de encarcelados.
PRESCRIPCIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Desde 2001, las recetas de psicofármacos se han multiplicado por 2. • 1/6 adultos estadounidenses consume una droga psiquiátrica. • Según el CDC, el 5,2% de los niños estadounidenses entre las edades de dos y diecisiete años están tomando estimulantes, como Ritalin, para el TDAH.
REFLEXIÓN:	<ul style="list-style-type: none"> • el aumento del 33% en la mortalidad • el aumento del 43% en la morbilidad • el coste de \$ 200 mil millones • el aumento de 12.000 muertes
	<ul style="list-style-type: none"> • Hacen pensar que <i>Este sistema de enfermedad-enfermo fue construido por compañías de seguros y compañías farmacéuticas y, en una medida limitada, por proveedores.</i> • Pero <i>No fue construido para los pacientes, las familias o las comunidades.</i>

Y todo ello sin que incluyamos en la tabla 1 los datos, difíciles de verificar, de los muertos por alcoholismo, suicidios y/o homicidios favorecidos por psicofármacos y drogas psicoactivas. Tampoco los terribles resultados de la “epidemia de los opioides” en los USA, con la difusión al por mayor de supuestos medicamentos como la metadona/metasedín, la buprenorfina/naloxona, la oxicodona/naloxona y el fentanilo (EFG), causantes de la reciente y mortífera epidemia de adicciones en los USA: Solo en 2016 murieron por sobredosis más de 64.000 estadounidenses y desde 2015 se dan más muertes por opioides en los Estados Unidos cada año que por accidentes automovilísticos y armas, lo cual ha conseguido que desde 2015 la esperanza de vida se contraiga en ese país por primera vez desde la Segunda Guerra Mundial. En agosto de 2019, un tribunal del estado de Oklahoma condenó al gigante farmacéutico *Johnson & Johnson* a un pago compensatorio de 572 millones de dólares por la crisis de los opioides. El conjunto de las “seis hermanas” (principales empresas USA fabricantes de opioides) enfrentan pleitos por más de 20 billones de dólares. Solo *Purdue Pharma*, la principal fabricante de oxicodona, puede enfrentar pleitos por valor de 12.000 millones de dólares, lo que le ha llevado a una quiebra financiera, posiblemente fraudulenta también.

El conjunto de datos anteriores es lo que ha empujado al propio Insel a declarar que la “crisis de la SM” es una crisis de los “Sistemas de SM”: “*necesitamos cambiar urgentemente nuestro sistema de “salud mental” y atender más a los sistemas comunitarios y sociales de cuidados.*

Es decir, que Th. Insel, a pesar de su especialización en la neurobiología de los TM, en cuanto a sistemas de cuidados se inclina en esos momentos no por el modelo “neoliberal” dominante en los USA, y cuyas características resumo en la tabla 2, sino por una perspectiva comunitaria y una psicopatología que tenga en cuenta el contexto psicosocial y cultural del “mamífero humano”, algo que hemos intentado desarrollar, aunque con una integración biopsicosocial diferente, en los cuatro volúmenes de nuestra “Psicopatología basada en la relación”⁷. A partir de ahí, todo hay que decirlo, defiende como alternativa la entrada masiva de la “revolución tecnológica” en los cuidados y técnicas de esa salud mental comunitaria, algo en lo que ya están interesadas e invirtiendo grandes sumas las cuatro grandes empresas tecnológicas mundiales: *Alibaba, Apple, Amazon y Alphabet* (al menos una de ellas, *Alphabet Verily*, considera que la salud mental ya es su prioridad). Eso es lo que Th. Insel llama la revolución *Community 2.0*, basada en técnicas como *Woebot*, un chatbot que proporciona una versión de terapia cognitivo- conductual en línea; una “revolución” que, según su perspectiva, debería basarse en el conjunto de técnicas que llama “*Digital Phenotyping*”^{22*4}, que suponen la entrada masiva en la salud mental comunitaria de los negocios tecnológicos y las empresas tecnológicas.

* 4 ¿Una ampliación asistencial de la *Psicopolítica digital*?

Tabla 2. La perspectiva Neo-Liberal (*neo-librecambista*) de la "Psicopatología Aplicada" o del "tratamiento de la psicopatología"

A nivel teórico	<ul style="list-style-type: none"> • Estimula la autonomía, la identidad, la reafirmación, la autoestima, las "emociones positivas", las capacidades e iniciativas de personas, grupos, instituciones, empresas. • Mayores impulsos para la iniciativa. • Que, además, coinciden con los aspectos teóricos de la Psicología y la Psiquiatría de reforzar la identidad, el <i>self</i>, la autoestima, las "emociones positivas"... • Y con la Psicología social dominante (no la alternativa).
A nivel epistemológico	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanicismo más o menos actualizado. • Biologismo (salvo excepciones) y monismo causal. • Mucho más comprensible y asimilable para gestores, políticos y población general.
A nivel técnico	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor claridad en la organización de protocolos, tratamientos, algoritmos... • Y para su difusión y venta (económica o comunicacional). • Y, por lo tanto, con mayores capacidades de retroalimentación y autoalimentación. • Buena coordinación técnica con la Medicina bióloga y privada.
A nivel pragmático	<ul style="list-style-type: none"> • Importantes cambios en la organización de servicios, en su presentación, en la organización cronológica de las atenciones, en la estética de los servicios, en la consecución de fondos, en el cumplimiento laboral, en la definición de tareas, roles, variedad y clasificación de los puestos de trabajo y de sus gratificaciones... • Eficiencia (coste/beneficio). • Buena coordinación pragmática con la Medicina bióloga y privada. • Apoyo real de los medios de difusión y propaganda.
A nivel ideológico	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyada por la ideología neoliberal (los que fracasan y se marginan es porque no han sido capaces: psicosis, Menores Altamente Vulnerables, marginados, <i>Sin techo, Skid Row y New Orly</i>, refugiados...). • Hay que ayudar a toda la humanidad, pero con limitaciones: La primero es ayudar a los propios (países, clases medias, países WEIRD...). • Coincide muy adecuadamente con la <i>democracia realmente existente</i> y su dominio actual por la derecha y la extrema derecha.

Pero hablando de negocios y de la sanidad como un negocio, hemos de deshacer otro entuerto o confusión generalizada: El que asimila privatización con corrupción. Aquí tan solo podemos mencionar de pasada este tema, pero como es indispensable hacerlo, intentaré resumirlo con los conceptos aportados por las tablas 3 y 4 y la bibliografía recomendada²⁴⁻³¹.

Tabla 3. La interrelación público-privado en la provisión de servicios sanitarios según el objeto, la cobertura, la propiedad y la gestión (modificada de²⁷)

8 Modalidades	Objeto	Cobertura	Propiedad	Gestión	Ejemplos
Gestión directa pública	Servicios específicos o atención integral	Pública	Pública administrativa	Pública tradicional o gerencial	
Provisión de servicios públicos por entidad pública con gestión empresarial	Servicios específicos		Entidad pública con autonomía	Empresarial en entorno público	
Provisión de servicios públicos por entidad privada			Entidad privada con o sin ánimo de lucro	Privada	
Atención integral pública en área geográfica por entidad pública con gestión empresarial	Atención integral		Entidad pública con autonomía	Empresarial en entorno público	
Atención integral pública en área geográfica por entidad privada		Entidad privada con o sin ánimo de lucro	Privada		
Provisión de servicios privados por entidades privadas			Privada		
Provisión de servicios privados complementarios para entidades públicas	Servicios específicos	Privada	Pública administrativa o e. pública con autonomía	Pública tradicional o gerencial	
Provisión de servicios privados sustitutivos de entidades públicas				Empresarial en entorno público	

Incluyo aquí esa tabla 3 al menos por dos motivos. Uno, para hacer patente que la entrada de capital privado en la sanidad pública ni es ocasional, ni es en una sola modalidad, ni es siempre corrupta y corrompedora, ni es algo nuevo en nuestros sistemas sanitarios, incluso públicos y europeos... Lo que tal vez sea nuevo es que en algunas Comunidades Autónomas como Catalunya y Madrid, como poco, la modalidades privadas de salud mental sean las dominantes. Pero en todo caso, me interesa particularmente lo que esas tablas económicas apuntan porque nos recuerdan un hecho, sin demonizarlo por sistema: la realidad de que esos miles de combinaciones (al menos, las combinaciones matemáticas de 26 elementos tomados de 5 en 5) ya han sido aplicadas en nuestros sistemas de salud mental y, en estos momentos, están desarrollándose de forma masiva^{6,22}. De ahí que tengan especial relevancia las observaciones de que, a pesar de todo, necesitamos cambiar urgentemente nuestro "sistema de salud mental" atendiendo mucho más a la organización social, algo que defendemos desde el modelo de "atención a la salud mental comunitaria" desde hace decenios^{3,7,15,16,17}.

Pero hay que tener en cuenta que no es la única alternativa. La persistencia y desarrollo del modelo neoliberal ha de suponer (y está ya suponiendo) el aumento de las muertes como "reguladoras" de un sistema basado en la consolidación de dos grupos de ciudadanos marginados "de por vida" por nuestros sistemas supuestamente públicos. En efecto, para mantener hoy el "ejército laboral de reserva" ("preariado", parados, "sumergidos", inmigrantes, dependientes parciales...), un amplio grupo social en nuestras sociedades "opulentas", parece cada vez más necesario correr el "riesgo calculado" de desarrollar grupos humanos que cada vez más recuerdan a los *épsilon* de la novela de Aldous Huxley "Un mundo feliz": los marginados dependientes adictos al sistema de salud.

Solemos pensar tan solo en los dos extremos de la tabla 4, lo cual supone un empobrecimiento de nuestras discusiones, nuestras propuestas y nuestras evaluaciones. En realidad, a menudo se está discutiendo sobre una coyuntura asistencial que no existe en la Europa actual y/o sobre un extremo que aún no existe de forma generalizada aunque se está intentado imponer y desarrollar mediante el TTIP. Pero no puedo profundizar aquí en este tema, porque hay mejores expertos en el mismo y cada territorio tiene su propia experiencia en estos últimos decenios. Tomando apartados de las tablas 1 y 2 se están contraponiendo el modelo de la "gestión pública directa de todos los servicios de SM", inexistente ya en Europa, con el modelo de provisión pública y con interés de lucro de todos los servicios de SM de una comunidad, estado federal o Estado nacional, un modelo que tampoco es dominante en la Europa actual, aunque lleve decenios desarrollándose...

Porque, para poder seguir adelante, deberíamos recordar con respecto al tema de la provisión de servicios de salud mental que, como en toda provisión de servicios privados que se da en una "economía social de mercado" como la nuestra (es decir, en una economía capitalista, basada en la libre circulación del capital), el problema no es tanto de modalidades de gestión, sino de democracia: No toda entrada de capital privado es corrupta o inadecuada... El problema es la auditoría o control democrático de esa colaboración de

capitales privados y que la misma pueda estar presidida ni más ni menos que por los criterios democráticos básicos³¹ de equidad, libertad y participación. Eso tiene que significar: 1. Libertad de expresión: Nadie puede limitar el derecho de los demás a plantear sus propuestas y opciones para la acción colectiva. 2. Garantías de equidad (o al menos, de igualdad) en los mecanismos de toma de decisiones para la población y en el acceso a la información. 3. Condición de transparencia, información y difusión de la información y las inversiones. 4. Capacidad de participación racional real en las deliberaciones colectivas, con participación política y económica. Si esas condiciones no se cumplen en las auditorías (como ha pasado en nuestro país a lo largo de decenios) podemos afirmar entonces que esa provisión de servicios no está democráticamente regulada y, por tanto, que tarde o temprano acarreará corrupciones, ilegalidades y, desde el principio, insolidaridad social. Por eso insistimos que el tema de la provisión de servicios no es un tema tan solo de ideologías políticas, económicas o gerenciales, sino un tema de democracia (real) o no.

Como resultado, y esquematizando la cuestión como resumen en la tabla 4, podríamos sostener que hoy existen dos alternativas (que no modelos) para los “cuidados de la psicopatología” en nuestras sociedades: Por un lado, la que combina la “Psiquiatría para pobres” real con un modelo comunitario atención a la salud mental que no llegó a desarrollarse, que hoy está en regresión, y que, en todo caso, necesita urgentes reformas. Por otro lado, el modelo que en extremo podemos llamar “neoliberal”, coincidente en líneas generales con la “Psiquiatría biocomercial”, que combina una perspectiva biológica con otros componentes científico-técnicos dominantes y que también sostiene la institucionalización de una “Psiquiatría para pobres”, además de una “atención a la salud mental” diferenciada para clases medias y altas.

A medio plazo no es posible que nuestras sociedades puedan sostener indefinidamente el conflicto entre esas dos perspectivas y esos tres modelos: Hoy ya se aprecia que van “en rumbo de colisión”. Cada una tiene sus ventajas e inconvenientes, como intentaré apuntar para esta reunión y espero que desarrollen mis compañeros y todos ustedes. No podemos dogmatizar sobre ninguno de ellos y menos aún si tenemos en cuenta el bienestar de la población, pero también el tipo de organización e ideologías políticas en las que se desarrolla hoy ese conflicto de perspectivas y las implicaciones y conflictos sociales que la defensa de cada una de las dos trae aparejados.

Diferentes ámbitos, diferentes futuros

Ambas alternativas (y los tres modelos), además de sus diferenciales sociales e ideológico-políticos, poseen diferencias también en otros campos, que me gustaría introducir en la discusión: Por un lado, diferencias teóricas, epistemológicas, técnicas y prácticas en la concepción de la psicopatología que conllevan^{4,7,15-21,32-35}. Por otro, diferencias también a los mismos niveles en cuanto a la psicociología y a la dinámica institucional con

la que se fundamentan y desarrollan (tabla 4). En tercer lugar, son causa y consecuencia de políticas y organizaciones sociales diferentes. Y, por último, aunque sea lo más importante, el conflicto entre alternativas está dando lugar a diversos tipos de sufrimientos, en diversos grupos sociales y, por tanto, tiene diferente repercusión en los medios de comunicación, en las instituciones políticas y en la ideología social.

Tabla 4. Tres modelos en liza dentro de las dos perspectivas para la "Psicopatología aplicada" en el siglo XXI en España

	Neo-Liberal	"Psiquiatría para pobres"	"Modelo Comunitario"
A nivel teórico	<p>Autonomizante individualista. Como la Psicología y la Ideología que les sirven de base.</p> <p>Impulsor de la iniciativa empresarial.</p> <p>En relación con la Psicología social dominante (no la alternativa).</p>	<p>Heteronomía.</p> <p>Caridad/beneficencia.</p> <p>Organizaciones empobrecidas//Negocios encubiertos.</p> <p>Necesitada de reformas y control.</p> <p>Despreciada a nivel teórico e ideológico.</p> <p>Dedicada a reponer la fuerza de trabajo y disminuir la alarma social por la "derrota social".</p> <p>Desprecio de lo psicológico, las dinámicas sociales y personales y la dinámica de grupos.</p>	<p>Autonomizante pero dentro de los lazos solidarios y los contextos y grupos sociales.</p> <p>Promotora de cambios sociales.</p> <p>Tradicionalmente "enemiga" de los negocios privados.</p> <p>Orientada hacia otro modelo social.</p> <p>Basada en una Psicología actualizada, pero su Ps. Social es minoritaria.</p>
A nivel epistemológico	<p>Mecanicismo más o menos actualizado.</p> <p>Biologismo y monismo causal.</p> <p>Mucho más comprensible y asimilable para gestores, políticos y población general.</p>	<p>Organicismo-biologismo.</p> <p>Monismo materialista.</p> <p>Desprecio por la integración medicina-psicología.</p>	<p>Constructivismo y construccionismo basado en la dinámica social.</p> <p>Integrar aportes de tres ciencias.</p> <p>Abiertamente relacionada con la ideología transformadora y la ética de los cuidados.</p>
A nivel técnico	<p>Organización de protocolos, MBE, tratamientos, algoritmos, procesos mucho más definidos...</p> <p>Facilidades para su difusión y venta.</p> <p>Más coordinado con la medicina bióloga y tecnificada.</p>	<p>Procesos menos definidos. Pero por la tradición y el sin MBE-ABP.</p> <p>Utilización mecanicista de los conocimientos sociales y psicosociales.</p> <p>Simplicidad teórico-técnica.</p>	<p>Enorme diversidad de protocolos, sistemas de cuidados, algoritmos, procesos...</p> <p>Dificultades para la aceptación de los mismos a nivel de media, políticos, población...</p>

<p>A nivel pragmático</p>	<p>Ha producido cambios innegables en la organización de servicios, en su presentación, en las listas de espera, en la estética de los servicios, en la consecución de fondos (corruptos y no corruptos), en la organización laboral, en la definición de tareas, roles, variedad y clasificación de los puestos de trabajo y de sus gratificaciones... Eficiencia (coste//beneficio). Mejor coordinada con las instituciones y organizaciones sanitarias. Apoyo real de los medios de difusión y propaganda.</p>	<p>Modelo “barato”(?). Servicios fácilmente “organizables”, controlables. Enormes retrasos y disparidades en la atención. Enorme retraso en la aplicación de tecnologías avanzadas: Psicoterapia especializada, tecnologías CHIME, etc. Muy útil para el control de los “<i>épsilon</i>” de <i>Huxley</i>, de los marginados y los sumergidos y del “Ejército Laboral de Reserva”.</p>	<p>Dificultades para la organización de servicios según la ACSM. Choques con la política, los políticos y las organizaciones reales. Problemas de organización del trabajo, sindicales y con los grupos de presión... Sin apoyo de los medios de información. Dificultades de coordinación interservicios.</p>
<p>A nivel Ideológico</p>	<p>Apoyada por la ideología neoliberal. Hay que ayudar a toda la población, pero con limitaciones: La primero es ayudar a los propios (países, clases medias, países WEIRD...). Coincide muy adecuadamente con la <i>democracia realmente existente</i> y su dominio actual por la D y E-D.</p>	<p>Fundamental para el “ejército industrial de reserva”, los “sumergidos” y períodos de vida del precariado. Justificación ideológica de las desigualdades. Retroacción ideológica: los que lo hacen mal, fracasan. Insostenible desde el p.v. ecológico. “<i>La Asistencia Sanitaria es un derecho Universal</i>” (pero qué A.S.?).</p>	<p>Integrada en las ideologías SD y alternativas: ecologismo, feminismo, internacionalismo... Integrada en las ideologías del cambio social. ... pero en un momento de “<i>melancolía de la izquierda</i>”.</p>

La alternativa comunitarista

El otro modelo, el modelo comunitario, ha sido definido en diversas ocasiones, incluso en nuestro país, sobre todo con su organización de servicios^{4,15,19-21,32-39}. A menudo prefiero hablar de la *alternativa comunitarista* para hacer hincapié en que no es un solo modelo, sino varios submodelos con diverso grado de desarrollo teórico y con más o menos relativo apoyo real en la comunidad y en sus organizaciones^{4-6, 15}.

No podemos desarrollar aquí sus diversas variantes teóricas, técnico-clínicas y pragmáticas, pero me gustaría proporcionar un recordatorio de por dónde deberían ir hoy en día sus líneas maestras.

A *nivel teórico-clínico*, por ejemplo, creo que hay que admitir que hoy partimos de una medicalización abusiva e ineficiente (sobre todo, de la infancia) y que eso debería orientarnos hacia otro modelo de “Psicopatología”, “Psicopatología aplicada” o “Atención a los trastornos

de la salud mental”. Eso significaría desarrollar y aplicar una **“psicopatología” basada en la relación** y el **desarrollo biopsicosocial**, muy apoyada en la interacción individuo-allegados-sociedad, pero que tenga en cuenta el mundo interno, la mentalización y la experiencia personal^{7,36-39}. Una psico(pato)logía alternativa y unos servicios que, por tanto, a nivel pragmático, partan más que de diagnósticos medicalizados, biocomerciales, de los factores de riesgo y factores de protección individuales, familiares y sociales, y en el ecosistema relacional tanto como el ecosistema biológico del ser humano: con sus transiciones y crisis^{7,36-39}.

Una Psico(pato)logía que hoy puede desarrollarse y ser **aplicada porque la integración Bio-Psico-Social hoy es posible y está progresando**⁴⁰⁻⁴⁵. Por ejemplo, como hoy el desarrollo de las neurociencias y su vinculación con la psicología y la psicopsicología es más acorde y menos problematizado, podemos apuntar que tal integración teórica deba pivotar sobre la emoción y en sus correlatos sociales y neuro-científicos y, por tanto, en una organización de los factores de protección (por ejemplo, de los “niveles comunitarios para la contención” y las *funciones parentales de la familia*^{7,46}).

Eso ha de significar, incluso a nivel teórico, **una búsqueda activa de la integración inter-servicios** y con la comunidad y, por tanto, de perspectivas como el dialoguismo^{17,47}, la atención comunitaria a la salud mental, servicios orientados a los **cuidados** y al desarrollo (no a los “tratamientos”)^{17, 19-22, 47}...

A nivel clínico el principio básico será entonces el que ha definido el modelo escandinavo de los “Diálogos abiertos” y “Diálogos anticipatorios”: *“No hay familias multiproblemáticas, sino familias multiservicios”*⁷, que me he permitido actualizar al principio clínico de que *“No hay familias multiproblemáticas, sino servicios multiproblemáticos y des-integrados*. Eso significa hoy una serie de consecuencias clínicas:

1. **Modelos** de atención a la SM y de cuidados (que no “tratamiento”) de sus trastornos que se apoyen en una **“psicopatología basada en la relación”**.
2. **Prevención primaria, secundaria, terciaria... y “cuaternaria”** (decidida apuesta por la prevención y asistencia comunitaristas, vigilando las sevicias de determinadas “prevenciones en SM” en realidad profesionalistas y medicalizadoras).
3. **Modelos de Cuidados Integrados, tipo TAN, TIANC o CIANC** (Cuidados Integrales Adaptados a las Necesidades del Paciente, su Familia y allegados en la Comunidad)^{7,9,16,17,46-58}.
4. Significa darle una importancia crucial al **trabajo en red**, al trabajo en “unidades funcionales” y al uso adecuado de las TIC para el desarrollo individual y comunitario^{7,36}.
5. Lo cual significa que la clínica ha de incluir, además de los tiempos de consulta, visita y sesiones, tiempos de equipo, tiempos de supervisión y tiempos y espacios adecuados liberados para la ACSM.

6. Significa que la clínica deberá basarse más que en omnipotentes y masivos tratamientos, en el estímulo y desarrollo de los factores de protección o niveles de contención y en el cuidado de los factores de riesgo, tanto a nivel individual como familiar y comunitario. Tal ha de ser el objetivo de los diagnósticos, y no abstrusas y cada vez más problemáticas clasificaciones médico-botánicas⁷.
7. En nuestra sociedad y cultura, eso significa hoy una particular atención y contención de las **funciones mar-parentales**.
8. Dedicando las mayores atenciones a la creación de **conexiones significativas** que, a pesar de las dificultades, puedan facilitar a individuos y familias conexión, esperanza, identidad, sentido de la vida y autonomía o, más simple y llanamente, **un lugar en el mundo** (*de la diversidad*).
9. Por tanto, dando especial importancia en la clínica, a la *prevención y a los cuidados precoces*: por ejemplo, atendiendo especialmente a los programas preventivos de diadas en riesgo, psicoterapias padres-hijos, ayudas domiciliarias a las familias en riesgo con hijos, teniendo muy en cuenta la “ley de cuidados inversos” de Tudor Hart y avisos similares, dando la voz a los adolescentes en vez de patologizarlos y estigmatizarlos a nivel social...
10. Con **visitas/tratamiento a domicilio** en todos los casos graves, “diálogos anticipatorios” (DA) y “diálogos abiertos” (OD).
11. Frente a “derivaciones proyectivas” deseadas por múltiples servicios, profesionales y familias, insistir en técnicas tales como la **“participación del pronóstico”** y en las decisiones compartidas, por ejemplo con programas que pudieran inspirarse del **SHARE** de la APS⁵⁷.
12. Lo que obliga a profundizar y mejorar el trabajo (y la **formación**) **de los equipos a nivel de técnicas de entrevista y técnicas de cuidados individuales, familiares y grupales**.
13. Como obliga a buscar los sistemas grupales y organizacionales para que los equipos se constituyan en auténticos **“grupos de trabajo”** y con espacios propios para discusión, formación y supervisión dentro del horario laboral, espacios que con las tres crisis sucesivas hemos ido dejando que desaparezcan de los equipos.
14. Trabajos en **unidad funcional** y en **red**, proactivos, con la participación de las familias afectadas, “a domicilio” siempre que sea necesario (modelos de “unidad funcional”, “Diálogos anticipatorios” y “Diálogo abierto”^{44,47,52,56-60,32}).

15. **Trabajos comunitarios planificados dentro de la organización laboral:** Salas de espera y medios de comunicación digital cuidados, visita al barrio y sus instituciones para todo nuevo miembro, implicación del equipo de SM en el "diagnóstico de salud de la zona" junto con la APS y los SS, tiempos reservados para las reuniones de Red, la formación en red y las Unidades Funcionales para casos complejos y concretos.
16. **Obligación como equipo de participar en la comunicación científica** de los problemas y avances clínicos.

A nivel ideológico eso ha de significar no solo una actitud activa en contra de la medicalización, en todas sus variantes, sino también en el desarrollo de principios como el "*decrecimiento sostenible*" en profesionalismo y un *comunitarismo real*, con dialoguismo, integración de servicios y cambio de jerarquías de poder. Pero la serie de principios ideológicos necesarios para la actualización de un modelo comunitario solo los resumimos aquí con la tabla 5, encareciendo la lectura de las obras citadas^{1,4,7,15,16,32-37,52-60}.

Tabla 5. Algunos PRINCIPIOS IDEOLÓGICOS clave para la atención a la salud (mental) y la psicopatología desde una perspectiva renovada de la ASMC

PRINCIPIOS IDEOLÓGICOS	
1.	Ecologismo radical:
a.	Humanidad globalizada: teniendo en cuenta la crisis migratoria, el feminismo del 99% y otras globalizaciones de la humanidad.
b.	Ecosistemas geoglobalizados: teniendo en cuenta la crisis climática y las posibles crisis pandémicas...
2.	Comunitarismo real: dialoguismo, integración de servicios y cambio de jerarquías de poder.
3.	Actitud activa anti-biologismo y anti-medicalización (no anti-medicina) y, por tanto:
a.	Evitar especialmente la " <i>cronificación medicalizada</i> " por ejemplo, a base de pseudo-diagnósticos y yatrogenia.
b.	Evitar especialmente la <i>medicalización de la infancia</i> .
4.	En general, aplicar el principio de la " <i>mínima profesionalización necesaria</i> ".
5.	Basado en el principio ecológico del "decrecimiento sostenible" en profesionalización.
6.	Cuidado de los " <i>niveles no profesionalizados para la contención</i> ".
7.	" <i>Más tiempo con los hijos, disfrutando de ellos</i> ", es el programa preventivo fundamental y básico: por primera vez en la historia podemos tener hijos solo si queremos, pero hay otras actividades humanas creativas.
8.	Revalorización de la política para mejorar la asistencia (en general, y mucho más para la asistencia comunitarista). De la política parlamentaria y no parlamentaria: Habrá que oponerse a la <i>ideología neo-liberal</i> , los "recortes-estafa" y a los privatizadores corruptos. " <i>¡Es la política, hombre, es la política!</i> ".
9.	Gestión pública no significa gestión funcionarizada , pero sí auditorías frecuentes y realmente democráticas.
10.	Oponerse a los "shocks del miedo" del autoritarismo en todas sus formas ^{76,77} : El miedo y la autocensura introyectados son los principales paralizadores de los cambios, en especial en los países "postindustriales".

Como ustedes puede observar, cada uno de esos principios teóricos y clínicos afectan

directamente cada uno de los apartados del curso que aquí nos tiene convocados^{*5}, dedicados a reflexionar sobre cómo atender mejor la salud mental de los 2.177.654 habitantes que Euskadi poseía en el 2022. Así, al plantarse las intervenciones en la infancia y en la adolescencia tendremos que replantarnos muy seriamente la prevención y la psicoterapia; las intervenciones con adultos están transidas de esta problemática en todos sus aspectos, como muy bien acaba de resumir el Dr. Mariano Hernández¹⁹; las intervenciones hospitalarias se hallan sujetas hoy a un importantes replanteamiento: ¿Servicios de urgencias hospitalarios o, salvo excepciones, “residencias para crisis”; “hospitales de día”, “Equipos clínicos de Intervención Domiciliaria (ECID)”, intervenciones tipo AMBIT, intervenciones tipo asertivo-comunitario con residencia para crisis...? ¿Servicios de ingreso u “hospitales de día” y servicios para crisis y residenciales tipo Soteria y Healing Homes?

Su apartado sobre “La conexión a la vida como medida preventiva para la salud mental y ante el suicidio” nos remite directamente a cómo se están gestionando/privatizando esos servicios, los condicionantes de tales privatizaciones, su concesión y la formación sobre el tema de los servicios adjudicatarios... Los varios puntos de su programa que hacen referencia a la APS y a los servicios de APS como receptores del malestar y el trastorno psíquico forzosamente han de partir de la realidad organizativa de la debacle (intencionalmente planeada) de la APS. La importancia de la detección precoz de los trastornos ha de hacernos pensar en el *para qué y para quién*: Por ejemplo, ¿para medicalizar aún a más población como está sucediendo masivamente con los jóvenes y niños españoles “sujetos a medidas”? ¿O habrá que buscar una ampliación, reorganización y una formación más eficaces y eficientes de los equipos dedicados a esos niños y adolescentes, a menudo hijos del precariado, los sumergidos, los vulnerables, los padres ya dependientes-medicalizados?

La importancia del *trabajo en red* “compartiendo casos” deberían remitirnos, como poco, a nuestras necesidades de conceptualización^{3,7,19,36,46,52}. No existe una red comunitaria si no cumple al menos cinco características: 1. Reuniones periódicas de representantes de todos los servicios (APS, SS, SM, pedagógicos, ONG...). 2. En las que se realiza el “diagnóstico de salud” de la zona. 3. Se trazan planes y medidas tanto preventivas como de cuidados para los tipos de casos más frecuentes. 4. Se hace formación conjunta, inter-servicios. 5. Y se crean ocasionalmente “unidades funcionales de atención” pasajeras para los casos concretos más complejos.

Hablarán ustedes de salud mental e integración de servicios: desafíos, enfoques y propuestas, y eso ha de llevarles a partir de la realidad de nuestros problemáticos y des-integrados servicios. Un ejemplo de ello es la (pobre) coordinación entre sanidad y servicios sociales, otro de los temas que ustedes discutirán: ¡Cuánto hemos de aprender unos servicios de otros y unos profesionales de otros y de la comunidad en este campo! De ahí que ya hace años esté interesado en difundir al menos los principios de trabajo de modelos como “Open dialogue” y AMBIT^{16-18,47,58}. Todos tenemos mucho que aprender

* 5 Seguiré aquí, punto por punto, los apartados planteados en el programa del curso en el cual se insertaba esta ponencia introductoria.

unos de otros y no es que recibo que haya profesionales que, supuestamente, no acuden a las reuniones de red ni a las de unidad funcional "porque ya saben lo que tienen que saber". También psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas y médicos tenemos mucho que aprender de otros servicios y de la comunidad. Al menos, el aprendizaje democrático de que no hay una jerarquía previa en las reuniones de red, en las reuniones Open Dialogue o en las Unidades funcionales. Que la jerarquía debe marcarla la posición en la comunidad y la capacidad de ayuda.

Reflexionarán ustedes también sobre la importancia de la red social y de la vivienda para la atención a la salud mental: un tema clave en un año en el cual se esperan (¡otra vez!) entre 60 y 100.000 desahucios de familias enteras, y en especial, de familias vulnerables. Como suelo decir en estos casos, tangamos que cuenta que "*¡Es la política, hombre, es la política...!*". Algo similar tendrán que considerar ustedes al hablar de las necesidades de mejora del sistema en la atención a las personas en situación de exclusión social y con problemas de salud mental, y la coordinación con otros sistemas: O se plantean la realidad de hasta qué extremo sigue existiendo una "Psiquiatría para pobres", diferente de la "atención a la salud mental para las clases medias y pudientes", o solo seguiremos haciendo literatura bienpensante... Algo que ha llegado a un extremo mortal en miles de personas del otro problema que ustedes tratarán: los problemas de coordinación sociosanitaria. Ahí habrá que enfocar y tratar de repensar el vidrioso tema de la organización y gestión de nuestras residencias para la tercera edad y la realidad, ya apoyada por estudios concretos, de que la masiva medicalización de nuestros "ancianos pobres" (¡pobres ancianos!) ha llevado a la muerte a miles de ellos por la depresión de sus capacidades respiratorias producidas por los neurolépticos y benzodiacepinas que ingerían masivamente y al por mayor^{65,66}...

Concretando la perspectiva comunitaria: Algunos ejemplos de organizaciones específicas a desarrollar

A modo de mero inventario apresurado, y no sistemático, les insistiré en que esa perspectiva comunitaria hoy, si queremos que sea una perspectiva realista y actualizada, debería pensar al menos en dispositivos y técnicas como los que enumeraré a continuación (y otras muchas, ya que solo les hablaré de las que he tenido experiencia profesional o contacto directo: eso significa que solo son una pequeña porción de las que necesitamos tener en cuenta).

Para la ACSM y la ASMC de la infancia, habrá que desarrollar sistemas como las UFAP (Unidades funcionales de prevención y atención a la primera infancia y a las diadas de riesgo, unidades inter y multiservicios y multiprofesionales estables⁶⁰); ampliar y reforzar la promoción de la salud mental en las infancias de riesgo y reforzar el (enorme) papel terapéutico de la prevención en general y de los programas de visitas domiciliarias para las diadas de riesgo; mantener como pieza indispensable sin la cual no existe ACSM del trabajo en red con sus cinco componentes, citados más arriba; el trabajo grupal, pero con formación previa y específica, y, en particular, apoyando a los grupos de pares en temas

como el acoso (programa KIVA⁵⁹ y otros), pero también en otros muchas problemáticas infantiles, así como los grupos de expresión⁶⁰, escenoterapia, psicodrama y otras técnicas con “mediadores terapéuticos” pero científica y técnicamente organizadas (musicoterapia, terapias de base corporal, psicomotricidad, arteterapia...)⁶¹; habría que formarse y difundir programas como los de “OPEN Dialogue”, los “Diálogos anticipatorios”, programas tipo AMBIT o tipo EAPPP, ECID y otros programas-sistemas terapéuticos proactivos; habría que extender y replantear los programas de Talleres y atención abierta sobre SM en Colegios e Institutos, pero no empobrecidos y “abaratados”; habría que insistir en los programas de integración SM-Educación como el de Helsinki, que Pirkko Turpeinen⁶² implantó ya hace años y como poco, de programas tipo “Salud y escuela” no empobrecidos ni técnica ni profesionalmente; habría que insistir en la formación en técnicas de ayuda familiar, de pareja y de padres-niños breves, pero con formación intensiva previa de los terapeutas... Desde luego, habría que revitalizar, valorar y reforzar el papel social de los equipos de protección de la infancia en riesgo, incluidos los de internamiento y/o acogida, proporcionándoles una asignación de recursos y personal adecuada en números, formación y apoyo para su difícil trabajo...

Para relanzar la ACSM y la ASMC de los adolescentes, como poco habría que desarrollar auténticos equipos de atención preventiva y precoz del riesgo de psicosis y TMG (tipo NAT, EAPPP, TIANC, OD, etc); poner en marcha programas preventivos para las adolescencias en riesgo tipo *Nous Cims*; reforzar el (enorme) papel terapéutico de la prevención; formarse en la práctica de Grupos de Adolescentes (con temas específicos), formarse y aplicar técnicas tipo OD, AD, AMBIT, EAPPP, ECID, PTM-PAS⁶³, Terapias Asertivo-Comunitarias, CHIME-D y otros programas-sistemas terapéuticos proactivos⁶⁴; poner en marcha programas activos frente al estigma, que si queremos que sean eficaces no pueden partir del dogma biocomercial del DSM... También los nuevos modelos de psicoterapia: TCC, terapias basadas en la mentalización, terapias basadas en la transferencia, psicoterapias breves y estructuradas (PBE)⁶⁰, terapias basadas en el apego y/o en la mar-parentalidad, terapia de aceptación y compromiso, psicoanálisis relacional...

En cuanto a las técnicas grupales, habrá que desarrollar modelos diferentes de grupos psico-educativos (por ejemplo, ampliados por adecuadas “dinámicas grupales” posteriores y con posibilidad de ser continuados por “grupos multifamiliares” y “terapias familiares” específicas)^{60,7,36}.

Para este trabajo con adolescentes y jóvenes habrá que buscar y formarse en la colaboración asistencial, docente y organizativa con los usuarios, pacientes expertos, familiares... Habrá que desarrollar exponencialmente (i) los programas y servicios de orientación y formación laboral y de trabajo, protegido o no. Y para los adolescentes de alto riesgo, para evitar o disminuir la realidad de la trans-intitucionalización es imprescindible revitalizar el papel social de los equipos de protección de la adolescencia en riesgo, incluidos los de internamiento y/o acogida^{78,79}. Eso significa una asignación de recursos adecuada y

espacios para la formación y contención emocional de su personal...

Para relanzar la ACSM y la ASMC de los adultos, como poco habría que desarrollar auténticos equipos de atención preventiva y precoz del riesgo de psicosis y TMG (Tipo NAT, EAPPP, OD, etc.); desarrollar enormemente la colaboración asistencial, docente y organizativa con los usuarios, pacientes expertos, "familiares de", acompañantes terapéuticos (AT)... Habría que replantearse y desarrollar programas activos frente al estigma y Programas de "empoderamiento" de los usuarios, dos objetivos que no son posibles sin desarrollar exponencialmente (i) los programas y servicios de orientación y formación laboral y de trabajo, protegido o no^{1,19}.

Sin olvidar la necesidad de formación en psicoterapia y en nuevos modelos de psicoterapia, cuya práctica debería multiplicarse al menos por 5 en los años futuros, lo que implica entre 3 y 5 veces más psicoterapeutas en los servicios públicos, pero con supervisión y evaluación sería y comunitaria... Eso significa tener muy en cuenta la psicoterapia en la necesaria formación y extensión de los MIR y PIR, pero también de modelos como OD, AD, AMBIT, EAPPP, ECID, PTM-PAS, TAC y CHIME-D y otros programas-sistemas terapéuticos proactivos y/o de adaptaciones no empobrecidas de los mismos...

A nivel grupal, para los adultos es imprescindible trabajar por el desarrollo de diversos tipos de Grupos psicoeducativos "no adoctrinadores", GAM, grupos de PST... Todo ello corre parejo con la necesidad de desarrollar las técnicas de ayuda familiar, de pareja y programas tipo "hijos de", pero con formación intensiva previa de los terapeutas^{46-48,52}...

En el campo de los ingresos es imprescindible una reflexión y replanteamiento globales de los mismos que reparta los ingresos en servicios hospitalarios con "instituciones blandas" para los ingresos: en parte, mediante la "hospitalización a domicilio" también en salud mental, redistribuyendo y reorganizando equipamientos tales como ECID, AMBIT, Hospitales de DÍA (¿"Hospitales" de día o "Residencias para crisis"?), otros modelos de ingreso tipo Sotería, Healing Homes o derivados... Eso significa todo un replanteamiento de los "Hospitales" de Día (denominación incluida) y Centros de Día.

Sin olvidar desarrollar las alternativas al encarcelamiento en los problemas de TM (y en general), la atención especial a la trans-institucionalización y los sin-techo...

Para relanzar la ACSM y la ASMC de los ancianos y la tercera y cuarta edades habría que comenzar con re-implantar y desarrollar los programas de jubilación y preparación para la jubilación, que ya se hicieron en nuestro país y que, al parecer, han dejado de tenerse en cuenta tanto por las empresas como por parte de la seguridad social e incluso por parte de la población... Son especialmente útiles para jubilados vulnerables y altamente vulnerables, cada vez más frecuentes en nuestros países...

Necesitamos un amplio desarrollo de técnicas adaptadas a esas edades humanas como las técnicas de ayuda familiar (pero con formación intensiva previa de los terapeutas), los

grupos psicoeducativos no adoctrinadores, GAM, grupos de PST.... Una gerontología y una gerontopsiquiatría dignas de tal nombre, programas de geronto-psicoterapia y programas de Acompañantes Terapéuticos y Asistentes Personales...

Habrà que replantearse y desarrollar enormemente la colaboración asistencial, docente y organizativa con los usuarios, pacientes expertos, familiares de... De ahí la necesidad de desarrollar por un lado, programas de "empoderamiento" de estos usuarios y, por otro, y urgentemente, nuevos modelos residenciales y de evitación de la institucionalización masiva: programas asertivo-comunitarios también en este campo, centros de día y similares, núcleos profesionalizados en la comunidad, núcleos en la comunidad semiprofessionalizados, residencias autogestionadas, residencias con cuidadores voluntarios, pero supervisados, vinculación ancianidad-infancia y ancianidad-adolescencia... Eso habría de suponer un replanteamiento de los centros "socio-sanitarios" para convertirlos en instituciones especialmente "blandas" para los ingresos (de todo tipo, no solo de salud mental) y especialmente bien dotados de personal, y de personal formado, contenido en espacios grupales y formativos, bien reconocido y remunerado, rotatorio dado el desgaste profesional al que se halla sometido...

Todo un catálogo y toda una lista que nos pueden parecer interminables... Ciertamente. Pero imprescindibles si se quiere trabajar, en la realidad y no solo en las soflamas, por una ACSM y un ASMC. Lo contrario, a nuestro entender, hoy significa tan solo formas de "escurrir el bulto" para seguir confundiendo a la población con la existencia de unos supuestos servicios de comunitarios para la atención a la salud mental... Porque también en nuestro país, y no solo en los USA, se está dando, y cada vez de forma más dramática, esa confrontación de alternativas para la "atención a la salud mental" de la población y para la "psicopatología aplicada" (a menudo reducida inconsistentemente ya con el término "Psiquiatría comunitaria"). Y para que quede claro que para el futuro sostenible solo hay un modelo, no hay más que revisar las aportaciones como las de Saraceno¹⁵, López¹ o Püras^{32,33}. Cuando la ONU quiso conocer las posibilidades de ese futuro (la ONU y, no una organización mucho más dominada por los intereses norteamericanos y empresariales como es la OMS), nombró un Relator Especial de la ONU para que redactara un informe sobre cómo adoptar un enfoque alternativo al modelo biomédico para promover la salud mental. Y Dainius Püras, de la Universidad de Vilnius, por encargo de la ONU redactó un informe cuyos puntos más relevantes para el tema que nos ocupa he resumido en la tabla 6.

Tabla 6

El Relator Especial de la ONU insta a adoptar un enfoque alternativo al modelo biomédico para promover la salud mental (Dainius Pūras, Consultor de la ONU. Universidad de Vilnius³²)

Para la Promoción de la SM hay que tener en cuenta que:

1. Es un tema transversal, interdepartamental ineludible.
2. No solo biomédico, sino Bio-Psico-Social.
3. Las desigualdades son el obstáculo clave en la SM.
4. Los dispositivos deben ser disponibles, asequibles, aceptables, de calidad.
5. Atajando primero las brechas de clase social, etnia, migración...
6. Apoyando a Niños, Padres y Familias.
7. Disminuyendo la hipermedicalización.
8. Factores tales como la violencia, el acoso y las experiencias adversas en la Infancia se tratan con políticas ecológicas.
9. Cuidado del suicidio desde una perspectiva relacional.
10. Prevención de la coerción y la violencia en los sistemas de SM*⁶.
11. Financiación sostenible de alternativas al modelo biomédico y de la coerción.
12. Sin olvidar que, por los desequilibrios del poder, predomina hoy un uso sesgado de la “evidencia científica”.

Algunas conclusiones atendiendo al futuro inmediato

Espero haber mostrado al menos de forma esquemática –y seguro que tan solo parcialmente–, esas dos alternativas en liza y los tres modelos teórico-organizativos que coexisten hoy dentro de ellas (y con una coexistencia cada vez menos pacífica). No me autocensuraré al admitir que, en último término, ninguna de esas alternativas va a poderse consolidar sin un importante cambio social y sin crisis sociales, con los sufrimientos que estas conllevan. Tanto la regresiva-“yoísta” como la progresiva-comunitarista.

Pero nos hallamos en una coyuntura concreta a nivel histórico y económico-cultural mundial. Un momento en el que los países WEIRD o “del hemisferio norte” (entre los que dicen que nos encontramos) están actuando como una isla de resistencia (y genocidio) de la mayoría de los países y poblaciones del planeta. Espero no tener que desarrollar más el tema: Basta con pararse a pensar quienes mueren a miles hoy y dónde. Mas, como ya predecía Eurípides, en “Las troyanas”, en el siglo VI a.e.c.⁸², esa situación de exportación de guerras, hambre, desigualdades y muertes no puede mantenerse sin la corrupción progresiva y la degradación interna de nuestras democracias, tan visible ya en este momento tanto en los USA como en EU. Por eso, previendo que la crisis económica del 2008, seguida de la crisis de la COVID-19 y de las consecuencias de la guerra en Europa, no pasarán sin crisis socioeconómicas y movimientos sociales, he procurado imaginarme para ustedes el “qué hacer” en los tiempos que vienen; las *alternativas para tiempos no-comunitaristas*. Porque

* 6 ¿La hipermedicalización de la infancia no es una violencia, añadimos nosotros?”

existen amplios riesgos de que el próximo futuro no se halle dominado a nivel ideológico y económico-social por el comunitarismo y la extensión de la democracia real, como apuntan ya numerosas informaciones, estudios e investigaciones^{23,65-75,6}, **sino dominado por los especuladores financieros, la degradación democrática y el autoritarismo.**

Pero también se puede crecer “en los tiempos oscuros”. Y si se concreta esa realidad para nuestros países, para la otrora “democrática y opulenta Europa”, eso no significa que tengamos que retirarnos, apagar velas y dar por falso y fenecido el modelo de la ACSM y la obligación de todos de luchar por la SMC (salud mental comunitaria). Para esos tiempos, si son los que predominaren, les propongo *seguir realizando experiencias comunitarias serias, profundas y descentralizadas...* Y que sean apoyadas por la administración: Tanto a ustedes como a los gestores, aunque sean los gestores neo-liberales, les interesan esas experiencias autogestionarias profundas^{1,7,15,33,80,81}. Desde la perspectiva de la ACSM, interesaría que fueran muchas, como poco las nombradas más arriba, para que se introdujera una situación de “realidades alternativas”, y se fuera implantando progresivamente una “**política de las cien flores**”. Pero para ello:

- **No den por perdida la confrontación política.**
- Y sobre todo, en el campo de la **auditoría de servicios y concesiones** (los que sí que gastaban “por encima de sus posibilidades” se autoconcedieron, solo en España, más de 60.000 millones de subvención y resultaron muy deficientes gestores de sus empresas).
- **La Ideología cuenta:** En buena medida, la eficacia y eficiencia de nuestro sistema de salud ha tenido que ver con la firmeza ideológica de sus legisladores, fundadores y componentes, hoy en trance de jubilación. Y ello a pesar de nuestros errores, banderías e insuficiencias, en este campo como en otros.
- **¡Que no les cuenten cuentos!**: Lo más eficiente, solidario y ético, es la ACSM... Pero puede no ser posible implantarla a corto plazo.
- **Lo barato es caro:** La medicalización no sale barata, empobrecer los protocolos no sale más barato... Según nuestra experiencia, atender de forma integral a una familia con un miembro con psicosis supuso para el EAPPP^{46,52} entre 4’5-5’62 horas/semana/paciente o familia (de asistencia directa). Abaratar esos equipos y convertirlos en programas “baratitos” ha servido, fundamentalmente... para extender la medicalización.
- **Al César lo que es del César:** Se puede atender (no medicalizar, sino atender) a partes importantes de la población: En el caso de nuestras 8 Unidades para la Salud Mental comunitaria de algunos barrios de Barcelona, llegamos a atender al 26,4% de los censados^{52,80}. Porque atender no es lo mismo que crear dependencias, medicalizar o estigmatizar, desde luego, algo que deberían tener muy en cuenta gestores y directivos que utilizan para sus proyectos solo bibliografía anglosajona... y sin tener en cuenta la parte del contexto que Insel y el NIMH sí que tienen en cuenta. No se fíen de los planes, planificaciones

y estudios de esos "avanzados investigadores": proponen un sistema tan poco eficiente como el que Insel describe. Y si no, fíjense si piden a los equipos anteriores, y más si eran "equipos-piloto", fíjense si les han pedido sus "materiales de mostrador" y clínicos, sus circuitos, formularios, protocolos... (Mi experiencia tanto en los propios equipos como en otros muchos que he conocido, es que los nuevos equipos, cada vez más privados, comienzan a trabajar o rotan en sus puestos y "programas" sin haber leído las publicaciones de los que les precedieron con esas poblaciones, sin tener en cuenta sus trabajos previos, sin tener en cuenta sus resultados y autocríticas... ¡Vaya eficiencia, en particular para equipos que, como más o menos privatizados, se reclaman de "más eficientes"!).

- **No acepten duros a 4 pesetas:** El EAPPP se "abarató" con los "Servicios de Atención Precoz a las Psicosis"^{46,50-52}; un programa tan renovador como "Salut i Escola", en Catalunya, se intentó "abaratarse" haciendo desaparecer a los psicoterapeutas y la supervisión de su funcionamiento (con el resultado inicial de que los creadores de tal programa decidimos desvincularnos de él). Como ahora se está haciendo con modelos de trabajo como los Equipos Clínicos de Intervención Domiciliaria (ECID), la "Terapia Asertivo-Comunitaria" (TAC), que les acaba de mencionar el Dr. Hernández Monsalve, los modelos *Open Dialogue*, *Anticipatory Dialogue* y AMBIT, etc. A nivel de ejemplos tal vez anecdóticos, pero reveladores, no se sientan en un modelo ACSM si a cada nuevo miembro del equipo no se le hace uno varios "paseos por el barrio" y por sus instituciones, si no pasa al menos una semana en la "sala de espera" del propio equipo, al menos en su hora más "lúcida", si no existen para las actividades comunitarias espacios cronológicos (en las agendas) y arquitectónicos (en el servicio: Como poco, una sala de grupos grandes y una sala de grupos pequeños, además de los consabidos despachos, en los cuales debe ser posible por tamaño una visita de "familia ampliada", etc.).
- **Prepárense para trabajar duro (mucho y con conflictos éticos):** ¡Qué es eso de aceptar visitas de 10 minutos, o que, como muestran las investigaciones en los EE. UU., los psiquiatras norteamericanos usen la "terapia por la palabra" (no la psicoterapia; tan solo, la "terapia por la palabra" (?) en menos del 7% de sus visitas! No es de recibo aceptar hoy que se diga que se está trabajando por la ACSM y aceptemos esos límites probablemente ilegales y desde luego, deontológicamente cuestionables del tiempo y los espacios; que no reivindicemos al menos triplicar los psicoterapeutas bien formados para nuestra asistencia pública, rotación voluntaria del personal de los servicios "duros", atención a la continuidad asistencial, atención especial a la vinculación pacientes-clínicos (y en especial con pacientes graves, donde el apego básico suele estar alterado), etc.
- Decíamos más arriba que, si la coyuntura social y sociopolítica resulta desfavorable, es fundamental mantener para la ASMC una "**política de las cien flores**"⁷⁷⁻⁸¹, en especial si predominan los modelos o alternativas neoliberales y del negocio y la especulación privados, como ya está ocurriendo^{6,65-76}. Eso significa también que en más de una ocasión nuestros servicios, nuestros planes o nuestros esfuerzos podrán fracasar... y no nos quedará más que la postura de Kavafis, cuando exhortaba con "*Ofrendad flores a los rebeldes si fracasan*"...

Pero ahí tendríamos que tener cuidado nuevamente con el adversario que tenemos “en casa”, dentro de la línea comunitarista y de la ACSM. “*Oñrendad flores a los rebeldes si fracasan*”... si han hecho bien su trabajo, su esfuerzo y lo han evaluado y permitido evaluar. Y ahí nuestro peor enemigo es el verbalismo y la autocomplacencia que impiden las evaluaciones serias. En nuestros días y ámbitos, el relativismo ético y cultural, el culturalismo, el panglosismo y el nihilismo epistemológico han asaltado no solo las redes, los medios de “comunicación” y las universidades, sino también los centros “pensantes” de una parte de la izquierda “alternativa”, tendiendo a expresarse con sus habituales correlatos de verbalismo, desprecio por los valores de claridad conceptual y lingüística, del rigor teórico y de la actualización epistemológica.

A menudo se identifica ese maremágnum ideológico, lingüístico y ético como “el pensamiento de izquierdas”, la “psiquiatría alternativa”, la ACSM/ASMC o “el futuro de la reforma psiquiátrica”. Lejos de ese relativismo científico, técnico y lingüístico, ya han visto que les propongo pensar con modelos teóricos, bases epistemológicas y principios técnicos y clínicos lo más definidos posible y evaluables. En definitiva, para evitar resultar otra vez nuestros peores enemigos, el enemigo dentro de la casa, necesitamos recuperar lo que decía una vieja una consigna de los años 70, que hoy debería convertirse en “meme”: Necesitamos profesionales solidarios y competentes para disminuir las brechas de marginación y ayudar realmente a las personas con problemas de salud mental o en riesgo de estarlo. Y para eso, necesitamos ser y mostrarnos “solidarios y competentes”. Todo un reto para las posturas alternativas hoy.

Alguna bibliografía introductoria citada sobre sistemas y modelos de Atención en SM

1. López-Álvarez, M. (2021). Mirando atrás para seguir avanzando: Una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención a la salud mental. Barcelona: Herder-3p.
2. Read, J. y Dillon, J. (2016). (COMP.) Modelos de locura II: Barcelona: Herder; 2016.
3. Tizón, J.L. (2015). Modelo biopsicosocial, epistemología y psicopatología: ¿Es posible construir modelos asistenciales integradores sin una Psico(pato)logía basada en la relación? En Gay E., del Río F., Carmona J. El sujeto de la conducta, el sujeto de la relación, el sujeto en la sociedad actual. Madrid: Asoc. Española de Neuropsiquiatría (pp. 29-53).
4. Fernández-Liria, A. (2018). Locura de la Psiquiatría: Apuntes para una crítica de la Psiquiatría y la “salud mental”. Bilbao: Desclee de Brower.
5. Cohen, B. (2016). Psychiatric Hegemony: A Marxist Theory of Mental Illness. London: Palgrave-MacMillan.

6. Navarro, V. (2020). Pandemia, economía y estado del bienestar: Causas, consecuencias y alternativas posibles ante la pandemia de coronavirus. www.vnavarro.org.
7. Tizón, J.L. (2018). Apuntes para una Psicopatología basada en la Relación: Variaciones Psicopatológicas. Vol. 1: Psicopatología General. Barcelona: Herder.
8. European Commission. (2015). The Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP). EU: Brussels, 2015, https://trade.ec.europa.eu/doclib/docs/2014/may/tradoc_152462.pdf.
9. British Psychological Society (2012). DSM-5: The future of Psychiatric Diagnosis. BPS response to American Psychiatric Association. London: BPS; 2012.
10. World Health Organization. (2008). The Global burden of Disease: 2016 update. http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/.
11. World Health Organization; Wahlbeck, K.; Anderson, P.; & Basu, S. (2011). Impact of economic crisis on mental health. Copenhagen: WHO-OMS. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf.
12. World Health Organization. Draft Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. Ginebra: WHO; 2012, (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_8-en.pdf).
13. CSIP (2008). Choice and Access Team. Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Commissioning Toolkit. London: CSIP.
14. Goleman, D. (2015). El cerebro y la inteligencia emocional: nuevos descubrimientos. B de Books.
15. Saraceno, B. (2018). Discurso global, sufrimientos locales: Análisis crítico del Movimiento por la salud mental global. Barcelona: Herder-3P; 2018.
16. Alanen, Y.O. (1999). Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment. London: Karnac (traducido en Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2004).
17. Seikkula, J. y Arnkil, T.E. (2016). Encuentros terapéuticos en la red social. Barcelona: Herder-3P.
18. Fuggle, P.; Bevington, D.; Cracknell, L.; Hanley, J.; Hare, S.; Lincoln, J.;... & Zlotowitz, S. (2015). The Adolescent Mentalization-based Integrative Treatment (AMBIT) approach to outcome evaluation and manualization: adopting a learning organization approach. *Clinical child psychology and psychiatry*, 20(3), 419-435.

19. Hernández-Monsalve, M. (2022). El trastorno mental: luces y sombras. Algunas propuestas. Ponencia en el Curso de la UPV/EHU y el Ararteko (defensoría del pueblo) dentro de los cursos Europeos sobre “La atención a la salud mental en Euskadi. Modelo de abordaje, recursos existentes, necesidades detectadas y coordinación entre sistemas”. Donostia-San Sebastián, 7-8 julio, 2022.
20. Desviat, M. y Moreno, A. (editores). (2012). Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Madrid: Asoc. Española de Neuropsiquiatría. Estudios.
21. Aparicio V. y Angosto T. (2015). El componente de salud mental en el Hospital General. Madrid: AEN.
22. Insel, Th. (2022). Healing: our path from mental illness to mental health. New York: Penguin, 2022.
23. Whitaker, R (2010). Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. New York: Crown/ Random House, 2010.
24. Camps, V. et al. (2015). La interacción público-privado. Informes de la Fundació Víctor Grífols i Lucas 06. Barcelona.
25. Camps, V. (2015). Presentación: Sostener la equidad. Informes de la Fundació Víctor Grífols i Lucas 06, La interacción público-privado. Barcelona, 2015 (pp. 77-93).
26. European Commission (2014). Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health. Health and Economic Analysis for an evaluation of the Public- Private Partnerships in Health Care Delivery across Europe, 2014. https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/003_assessmentstudyppt_en_0.pdf.
27. Fusté, J. (2015). La interacción público-privada en la atención sanitaria. Informes de la Fundació Víctor Grífols i Lucas 06, La interacción público-privado. Barcelona: 2015 (pp. 121-141).
28. Blog Nada es Gratis. (2022). Sèrie de post sobre gestió pública o privada de serveis sanitaris. <http://nadaesgratis.es/?p=27213>.
29. Mental Health Police Group: The London School of Economics & Mental Health Police Group. (2006). The Depression Report: A new Deal for Depression and Anxiety Disorders. London School of Economics: <http://eprints.lse.ac.uk/818/>.
30. Puyol, A. (2015). Ética, eficiencia y gestión privada de la sanidad pública. Informes de la Fundació Víctor Grífols i Lucas 06, La interacción público-privado. Barcelona 2015 (pp. 109-121).

31. Quintanilla, M.A. (2020). *Filosofía Ciudadana*. Madrid: Trotta.
32. Püras, D. (2015). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Asamblea General de la OMS, Consejo de Derechos Humanos, 29º período de sesiones. Ginebra: OMS.
33. U.N. Human Rights Council. (2017). Report of the special rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. <https://digitallibrary.un.org/record/1298436>.
34. Equipo CESCA (2022). Seminario de Innovación en Atención Primaria (Edición Toledo): "Atención Primaria en España: dónde estamos y dónde queremos ir". <http://equipo-cesca.org/wp-content/uploads/2022/06/Atenci%C3%B3n-primaria-en-Espa%C3%B1a-siap-7-Toledo.pdf> (vistada en junio de 2022).
35. Equipo CESCA (2022). Seminario de Innovación en Atención Primaria "La ética de las pequeñas cosas". <http://equipocesca.org/resumenes-de-las-ponencias-en-el-seminario-sobre-etica-de-las-pequenas-cosas-celebrado-en-toledo-en-su-fase-presencial-los-dias-9-y-10-de-junio-de-2022/> <http://equipocesca.org/atencion-primaria-en-espana-donde-estamos-y-a-donde-queremos-ir/>. Consultada el 13 de julio de 2022.
36. Tizón, J.L. (2020). Apuntes para una Psicopatología basada en la Relación: Variaciones Psicopatológicas. Vol. 4: Las relaciones paranoides, la des-integración psicótica y la inestabilidad emocional "límite". Barcelona: Herder; 2020 (527 páginas).
37. Fonagy P. (2018). *Attachment theory and psychoanalysis*. London: 2018; Routledge.
38. Pujol, A. y Segura, A. (2017). *Introgenia y medicina defensiva*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas 42. Barcelona: Fundació Grífols.
39. Tizón, J.L. (2020). *Salud mental en tiempos de crisis: Reflexiones desde una pandemia*. Barcelona: Herder.
40. Bentall, R. (2012). *Medicalizando la mente: ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: Herder-3P.
41. Debbané, M.; Salaminios, G.; Luyten, P.; Badoud, D.; Armando, M.; Tozzi, A.S.; et ál. (2016). Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. *Frontiers in Human Neuroscience* 2016; 10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4992687/>.

42. Joseph, J. (2021). Esquizofrenia y genética. El final de una ilusión. Barcelona, Herder-3P.
43. Moncrieff, J. (2013). Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos. Barcelona: Herder-3P.
44. Pfaff, D.W. (2017). El cerebro altruista: Por qué somos naturalmente buenos. Barcelona: Herder-3P.
45. Shonkoff, J.P.; Garner, A.S.; & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2010-2011 (Siegel, B.S.; Dobbins, M.I.; Earls, M.F.; Garner, A.S.; McGuinn, L.; Pascoe, J.; y Wood, D.L.) The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress, *Pediatrics* 12, 2012, pp. 129-232.
46. Tizón, J.L. (2014). Familia y psicosis: Cómo ayudar en el tratamiento. Barcelona: Herder.
47. Seikkula, J. y Arnkil, T.E. (2019). Diálogos abiertos y anticipaciones. Respetando la Alteridad en el Momento Presente. Barcelona-3P.
48. Aaltonen, J.; Seikkula, J.; & Lehtinen, K. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*, 3(3), 179-191.
49. Insel, Th. (2013). NIMH Director's Blog: Transforming Diagnosis. April, 29, 2013. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>. Visitada en enero-2015.
50. Tizón, J.L. (2017). Acerca de una perspectiva menos reduccionista y estigmatizadora de las psicosis y "la locura": Consolidando el paradigma biopsicosocial. Prólogo al libro de John Read y Jacqui Dillon (comps.) "Modelos de locura, (II)". Barcelona: Herder (pp. 23-39).
51. Tizón, J.L. (2015). Avanzando hacia formas de ayuda a las psicosis más integrales (y democráticas). Prólogo al libro de Pamela Fuller Sobrevivir, existir, vivir: La terapia en cada fase de la psicosis grave. Barcelona: Herder-3P (pp. 15-25).
52. Tizón, J.L. (2013). Entender las psicosis: Hacia un enfoque integrador. Barcelona: Herder.
53. Williams, P. (2014), El quinto principio. Experiencias en el límite. Barcelona: Herder-3P.
54. Bouchery, E.E.; Barna, M.; Babalola, E.; Friend, D.; Brown, J.D.; Blyler, C.; & Ireys, H.T. (2018). The effectiveness of a peer-Staffed crisis respite program as an alternative to hospitalization. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 69(10), 1.069-1.074.

55. Ciompi, L. (2017). Soteria Berne: 32 years of experience. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry, and Psychotherapy*, 168(1), 10-13.
56. Mosher, L.R.; Hendrix, V.; & Fort, D.C. (2004). *Soteria: through madness to deliverance*. Xlibris Corporation.
57. Pacheco, V. y Carvajal, A. (2018) ¡Practica SHARE! El arte de compartir decisiones en el encuentro clínico. En SEMFYC <https://www.semfyc.es/practica-share-el-arte-de-compartir-decisiones-en-el-encuentro-clinico/>. Visitada el 22 de julio de 2022.
58. Tizón, J.L. (2019). Dialogar sobre las diferencias. Prólogo a la Edición española del libro de Seikkula, J. y Arnkil, T.E. Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas: Respetando la alteridad en el momento presente. Barcelona: Herder-3P; 2019 (pp. 11-23).
59. Salmivalli, C. & Poskiparta, E. (2012). Making bullying prevention a priority in Finnish schools: The KiVa antibullying program. *New directions for youth development*, 2012(133), 41-53.
60. Tizón, J.L.; San-José, J.; y Nadal, D. (1997-2000). Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Volumen I: Protocolos asistenciales para adultos. Volumen II. Atención a la Infancia. Técnicas Grupales. Protocolos Preventivos. Barcelona: Herder.
61. Brun, A. (2009). *Mediaciones terapéuticas y psicosis infantil*. Barcelona: Herder.
62. Turpeinen-Saari, P. (2006). *Adolescencia, creatividad y psicosis*. Barcelona: Herder-3P.
63. Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J.; Dillon, J.; Harper, D.; Kinderman, P.; Longden, E.; Pilgrim, D.; & Read, J. (2018). *The Power –Threat– Meaning Framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society, 2018.
64. Maone, A. & D’Avanzo, B. (2015). *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*. Milan: Raffaello Cortina Editore.
65. Navarro, V. (2020). *Pandemia, economía y estado del bienestar: Causas, consecuencias y alternativas posibles ante la pandemia de coronavirus*. www.vnavarro.org, visitada en junio de 2022. Disponible en también en Google.
66. Thomas, K.T.; Gebeloff, R.; & Silver-Greenberg, J. (2021). *Phony diagnoses hide high rates of drugging at nursing homes*. *New York Times-Health*. Oct. 15, 2021.
67. *AEN Catalunya y 32 Societats Catalanes en relació amb la Salut Mental (2021)*. Comunicat per a la Fundació de la marató de Tv3 per avançar en la salut mental comunitària i superar reduccionismes en salut. Descargable en COPC o AEN. Visitado en julio 2021.

68. Eisenberg, L. (2001). Asistencia Sanitaria con ánimo de lucro y relación médico-paciente. (¿Es el mercado compatible con la excelencia en Medicina?). *Psiquiatría Pública* 2001; 12: 9-19.
69. Eisenberg, L. & Guttmacher, L.B. (2010). Were we all asleep at the switch? A personal reminiscence of psychiatry from 1940 to 2010. *Acta Psychiatrica Scan* 2010, 122: 89-102. DOI: 10.1111/j-1600-0447.2010.01544.x.
70. Zelaieta, A. (2022). Grant Thornton, la consultora detrás del plan para desmantelar la Atención Primaria de Osakidetza. *El Salto Diario*, 14 de junio, 2022. También en https://www.elsaltodiario.com/salud/grant-thornton-consultora-detras-del-plan-de-got-zone-sagardui-para-el-cambio-cultural-de-osakidetza/?utm_medium=social&utm_campaign=web&utm_source=telegram, visitada en julio de 2022.
71. Rico, E. (2021). Los fondos de inversión hacen negocio con la salud mental a través de las principales empresas de residencias. *InfoLibre*, 27-sep.-2021. También en https://www.infolibre.es/noticias/politica/2021/09/27/los_fondos_apoderan_del_negocio_salud_mental_traves_las_grandes_empresas_residencias_mayores_124880_1012.html, visitada en julio de 2022.
72. Roberts, D. (2022). Every Mass Shooting share One Thing in Common & It is not weapons. Posted in Manasquan, NJ --Ammoland.com, 21-april-2013. Visitada en julio de 2022. <https://www.ammoland.com/2013/04/every-mass-shooting-in-the-last-20-years-shares-psychootropic-drugs/#axzz7WScNO8Z>.
73. Markez, I. (2015). *Violencia colectiva y salud mental*. Madrid: Editorial Grupo 5.
74. Simó, J. (2022). Salud, dinero y Atención Primaria. Publicado en <https://saludineroop.blogspot.com/2022/07/rememorando-proposito-del-manifiesto.html?fbclid=IwAR1ENkfg9KKWfSJfdiOwKijBrFBSqu8QvHYWqP1BJEk1MUubRI-iiQZYhas>. Consultado el 13 julio 2022.
75. Hernández-Monsalve, M. y Nieto, P. (2011). *Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis*. Madrid: Grupo 5.
76. Klein, N. (2007). *The shock doctrine: The rise of disaster capitalism*. Macmillan.
77. Tizón, J.L. (2015). *Psicopatología del Poder: Un ensayo sobre la perversión y la corrupción*. Barcelona: Herder.
78. Gobierno Vasco. (2017). *Actualización del BALORA*. Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Vitoria-Gasteiz, 2017.

79. Area de Drets Socials (dir.). (2017). Els Processos Tècnics dels Equips d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (EAlA). Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2017.
80. Tizón J.L.; Ferrando, J.; Artigue, J.; Parra, B.; Parés, A.; Gomá, M.; Pérez, C.; Pareja, F.; Sorribes, M.; Marzari, B.; Quijada, Y.; & Catalá, L. (2009). Neighborhood differences in psychoses: Prevalence of psychotic disorders in two socially-differentiated metropolitan areas of Barcelona. *Schizophrenia Research* (2009); 112(1-3): 143-148. (doi: 10.1016/j.schres.2009.04.008).
81. Camps, C. y Profitós, J. (2019). Un model de referencia en l'àmbit europeu. Dossier El model gironí d'assistència psiquiàtrica. *Revista de Girona* 313: 86-89.
82. Eurípides. *Las troyanas*. Adaptación de Jean Paul Sartre. Madrid: Losada, 2017.



I. MAHAI-INGURUA *MESA REDONDA I*

**EUSKADIKO OSASUN MENTALA
ARTATZEKO EREDUARI HURBILTZEA**

***APROXIMACIÓN AL MODELO DE ATENCIÓN
A LA SALUD MENTAL EN EUSKADI***



LA ATENCION DE LA SALUD MENTAL EN EUSKADI

JOSÉ ANTONIO DE LA RICA

Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko
arreta soziosanitarioko zuzendaria /
*Director de atención sociosanitaria del
Departamento de Salud del Gobierno Vasco*

“Se estima que unos 450 millones de personas en el mundo padecen un trastorno mental o de comportamiento en un momento dado de su vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos. Globalmente, el 12% de ellos se deben únicamente a la depresión.

Los trastornos mentales son frecuentes o comunes en todos los países, ocasionan un enorme sufrimiento, dificultan la capacidad de aprendizaje de los niños e interfieren significativamente en la vida de las personas que los padecen. Además de la discapacidad y mortalidad prematura por suicidio que a veces originan, tienden también a producir el aislamiento social de quienes los padecen.

Los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Se estima que en una de cada cuatro familias hay al menos una persona con trastornos mentales. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. La depresión unipolar figura como tercera causa de carga de enfermedad, detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, explicando el 6% de la carga causada por todas las enfermedades”.

La visión general de la salud mental, pese a la contundencia de los datos objetivos en cuanto a prevalencia, incidencia y morbimortalidad, sufre un suerte de distorsión concep-

tual caracterizada precisamente por el progresivo alejamiento de los datos, que nos hablan de trastornos mentales, hacia situaciones inespecíficas que tienen que ver con los que se identifican como “problemas de salud mental” en un contexto indiferenciado y sociológico.

Para entender esta distorsión, centrada en la evolución de los discursos sociales, hay que atender a la conceptualización de la enfermedad mental y a tres giros significativos que han acontecido principalmente a lo largo del siglo XX.

El primero de los giros arranca en el principio de siglo y en el ámbito de la confluencia de diversos factores científicos, filosóficos, sociales, políticos y sobre todo morales. El pensamiento emergente de esta confluencia cuestiona la formulación que se hacía de la locura como entidad indeterminada, con connotaciones morales y una evolución irreversible y peligrosa para el sujeto y su entorno. La actuación ante estas circunstancias había sido sistemáticamente el asilamiento y el aislamiento de las personas que portaban dicha condición. La evolución del pensamiento social y los hallazgos científicos van progresivamente ubicando estos estados “morales” en el modelo de enfermedad y por lo tanto susceptible de un abordaje médico y de cuidados asociado a la existencia de una patología.

Esta evolución marcó la transformación de los asilos como entidades de custodia y aislamiento en hospitales psiquiátricos o manicomios, sin transformar su política de internamientos pero con una nueva perspectiva en la que el diagnóstico clínico y social abre posibilidades de retorno a la comunidad y de solución de los problemas derivados a través del tratamiento físico, psíquico e institucional.

El siguiente giro acontece en el década de los 60-70 por los avances en los tratamientos farmacológicos y psicológicos, en el registro científico, y por los movimientos contraculturales, en el social, que cuestionan la idoneidad del marco institucional para el tratamiento de los trastornos mentales y plantean el modelo comunitario como referencia asistencial universal postulando la asistencia en la comunidad como requisito indispensable para el abordaje normalizado, curativo y desestigmatizante.

El elemento más definitorio de esta transición está en el cierre de los hospitales psiquiátricos, la ubicación de los recursos de asistencia psiquiátrica y salud mental en la comunidad y el retorno de las personas internadas a la comunidad con las tensiones, oportunidades y dramas que todos conocemos y sobre todo con la visualización de las reivindicaciones de las personas con enfermedad mental como personas con igualdad de derechos respecto a la población sana.

El tercer giro se da a finales del siglo pasado y principios de nuestro siglo con la emergencia del modelo de recuperación como alma del modelo comunitario, no solo es la ubicación de los recursos la que cambia sino también el modelo de relación entre las personas con un trastorno mental y los profesionales que les atienden. Se amplía no solo el campo conceptual sino que debe cambiar el ámbito organizativo y prestacional.

Este último giro aún no ha concluido, de hecho seguimos en una confluencia lenta de los tres, dentro de la dinámica de la evolución social y científica de los modelos, las políticas y los discursos sociales.

Podemos seguir perfectamente esta deriva en el contexto histórico de la Asistencia psiquiátrica y la salud mental con la evolución de los modelos organizativos y asistenciales en Euskadi.

No hay que ser muy mayor para haber vivido en primera persona la emergencia de estos cambios conceptuales y también la modernidad y capacidad visionaria que el pensamiento estratégico ha tenido en Euskadi.

Haciendo un brevísimos repaso histórico localizamos el primer giro con la creación de hospitales psiquiátricos en la geografía vasca, algunos de ellos centenarios y en los que, en la más pura visión asilar, se generaban internamientos indefinidos y vidas truncadas. Estos hospitales, tres en Bizkaia, uno en Araba/Álava y tres en Gipuzkoa, con miles de camas, no fueron ajenos a los cambios culturales que después de la segunda guerra mundial acontecían en Europa y en ellos se fue gestando tanto la desinstitucionalización como el germen de lo que posteriormente sería el modelo comunitario. A pesar de todo, su dependencia de las Diputaciones forales y de Órdenes religiosas no los ubicaba en el ámbito sanitario sino en el de la beneficencia, marcando el estilo de los mismos.

Hay tres hitos significativos y fundacionales que predeterminan y catalizan lo que posteriormente ha sido la asistencia psiquiátrica en Euskadi hasta nuestros días.

La publicación en el año 1983 del **Plan de asistencia psiquiátrica y Salud mental de Euskadi**, que con la dirección del Profesor Julián de Ajuriaguerra, prestigioso psiquiatra infantil vasco con ejercicio profesional en Suiza, coordina un grupo de profesionales que redactan un documento en el que se asienta, bajo el concepto de la psiquiatría comunitaria, la transición del modelo manicomial al modelo comunitario. Este Plan, previo al informe de la comisión para la Reforma psiquiátrica en España, publicado en año 1986, es pionero en determinados conceptos de una modernidad evidente como la necesidad de criterios de sectorización, la aportación de una financiación suficiente, un dirección/coordiación única de carácter estratégico, la integración de la salud mental con el resto de recursos de salud y en un ámbito concreto la reducción de camas en hospitales psiquiátricos, el fomento de la externalización con programas multidisciplinares de rehabilitación o el reciclaje y formación de profesionales.

El segundo hito en esta línea fue la **integración de todos los recursos de asistencia psiquiátrica y salud mental dentro de la estructura del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza en el año 1986**, que a través de los tres programas de adulto, infantojuvenil y adicciones, marca una línea de no retorno.

El tercer hito lo constituye la aprobación de la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, que en su capítulo tres, recoge las conclusiones del informe de sobre la reforma psiquiátrica y establece el ámbito comunitario como preferente en la prestación de la asistencia psiquiátrica con la atención hospitalaria dentro de la estructura de los hospitales generales: los servicios de psiquiatría.

No obstante hay que hacer mención a que, a pesar de estos elementos estratégicos, hay fuerzas históricas centrifugas que han orientado de forma evidente la deriva territorial en la creación de las redes de salud mental y los recursos asignados a las mismas.

Algunas de ellas son de carácter político como la abolición de los fueros tras la Guerra Civil en Bizkaia y Gipuzkoa, “*provincias traidoras*”, y el mantenimiento de los mismos en Araba/Álava, este empoderamiento de la sociedad alavesa con un carácter fuertemente social y comunitario, posiciona, durante la Transición, a Araba/Álava como uno de los ejemplos más relevante en la desinstitucionalización e implantación del modelo comunitario.

Por lo tanto, parte de las actuales diferencias que podemos observar entre los territorios entierran sus raíces en el recorrido histórico-político y son los mimbres con los que a partir de la década de los 80 se ha ido construyendo la red de salud mental de Euskadi.

En este devenir se han producido avances significativos en la dirección estratégica y táctica de la asistencia psiquiátrica y la salud mental que hay que mencionar:

En el año 1990 se publican dos documentos estratégicos de gran relevancia. **Servicios de salud mental: Plan estratégico y Servicios de Salud mental: bases técnicas**, elaborados por los profesionales que en los distintos territorios lideran la implantación del modelo comunitario: José Martín Zurimendi, José Ignacio Zuazo y José Luis Arrese. Estos documentos íntimamente relacionados establecen cuales deben ser las bases las bases técnicas y las definiciones en la implantación y desarrollo de los recursos de salud mental atendiendo a una visión estratégica y equilibrada. Estos documentos, durante ese periodo de crecimiento de la red de salud mental en el ámbito comunitario, en la creación de servicios de psiquiatría en Hospital general y en las primeras propuestas de recursos de carácter sociosanitario, fueron una referencia conceptual para establecer los itinerarios de coordinación de recursos.

En el año 2004 se publica el **Plan estratégico de Asistencia psiquiátrica y Salud mental 2004/2008**, liderado por Álvaro Iruin, jefe de servicio de salud mental y asistencia psiquiátrica de Osakidetza, introduce los elementos no solamente descriptivos sino de gestión y calidad en la implantación de los servicios de salud mental orientando los mismos hacia la gestión clínica. En ese periodo, de forma sincrónica con el resto de organizaciones de Osakidetza pero de forma muy significativa en el ámbito de la salud mental, se produce la incorporación de los recursos de salud mental a las certificaciones de calidad siendo en muchas ocasiones pioneras en la implantación de las mismas.

En el año 2007 se crea el Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi y se convierte, como órgano colegiado con la participación del ámbito institucional, profesional y asociativo, en la referencia para el Departamento de Salud y para Osakidetza en la planificación y visión estratégica de la salud mental. Su primera encomienda es la elaboración de una estrategia de salud mental, que tiene como elemento orientador la estrategia de salud mental del Sistema nacional de salud, publicada ese mismo año. Se publica la **Estrategia de salud mental 2010**, en la que existe un alineamiento explícito con el modelo comunitario en sus características principales así como la introducción de las líneas de promoción de la salud mental, prevención de las enfermedades psiquiátricas, lucha contra el estigma o coordinación sociosanitaria, entre otras, que hablan de su carácter integral.

En el año 2016 se elaboran, por parte del Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi, **una serie de documentos monográficos**, 16, sobre aquellos temas que se priorizan como emergentes o complejos, y que constituyen retos asistenciales u organizativos. Estos documentos aportan una serie de recomendaciones que han tenido una presencia determinante para la elaboración de propuestas concretas o la implementación de recursos asistenciales, como estrategia de prevención de suicidio en Euskadi de año 2019, la creación de una comisión interinstitucional para la lucha contra el estigma o la incorporación de recursos de alta intensidad en salud mental infantojuvenil a lo largo de estos años.

Esta constante actualización sustentada en un órgano de representación estable en sus características institucionales y variable en cuanto a su composición para adaptarse a las distintas circunstancias y relevos que se producen en el ámbito institucional y profesional, se enfrenta en estos momentos ante una serie de retos, algunos de ellos derivados de la situación postpandémica, que se sustanciarán en la nueva propuesta estratégica que el consejo tiene en estos momentos como labor principal.

Como elementos homogeneizadores y generales, la prestación asistencial, que predetermina la distribución de recursos, se hace a través de 4 programas:

Programa del adulto. Es el programa más extenso, con la inclusión de todas patologías psiquiátricas y con una diferenciación general que puede ser la atención al trastorno mental común, con un ámbito asistencial preferente en la atención primaria y el trastorno mental grave con una prestación que implica a los servicios psiquiátricos especializados, comunitarios y hospitalarios, y al ámbito sociosanitario.

Programa infantojuvenil. Para la atención a las patologías psiquiátricas desde los 0 a los 18 años, con recursos específicos tanto comunitarios como hospitalarios y sociosanitarios, y que implica una relación muy estrecha con el sistema educativo.

Programa de adicciones. Para la atención a las adicciones y con la emergencia imparable del concepto de la patología dual en las últimas décadas. Mencionar que Euskadi junto con Navarra son las dos únicas comunidades en las que la prestación asistencial de

las adicciones está incorporada dentro sistema de salud a todos los efectos. Aun así, también hay que mencionar que el recorrido sociosanitario de las personas con adicciones, con una presencia fundamental del tercer sector, es una columna vertebral en el itinerario asistencial de las mismas.

En el año 1989 se crea, por iniciativa parlamentaria, el **programa de trastornos de conducta alimentaria**, antes incluida en el programa de adulto y por el que se dotan recursos específicos para la atención intensiva a las situaciones complejas de las personas con trastornos de la conducta alimentaria.

Teniendo como telón de fondo la existencia de estos cuatro programas la Red de Salud Mental de Euskadi, aporta una variedad de ecosistemas asistenciales con sus características propias en un nivel organizativo y orgánico:

Las redes de salud mental

Son organizaciones que integran a los hospitales psiquiátricos públicos con unidades de agudos, subagudos y rehabilitación, a los centros de salud mental con sus respectivos programas de adultos (trastorno mental común y trastorno mental grave, adicciones, trastornos de la conducta alimentaria), infantojuvenil y adicciones así como programas de alta intensidad como los programas de tratamiento asertivos comunitario y los hospitales de día.

Las organizaciones sanitarias integradas

Dentro de las cuales está la atención primaria, que de una forma generalista es la puerta de entrada para la patología psiquiátrica y asume la gestión clínica del trastorno mental común, y los servicios de psiquiatría, con unidades específicas para adultos e infantojuvenil además de la prestación de diversos programas en consultas externas y dispositivos de alta intensidad como hospitales de día.

Los recursos sociosanitarios

Son recursos orientados a los itinerarios asistenciales en trastorno mental grave, de competencia foral y cofinanciación sociosanitaria; a las adicciones, a través del tercer sector y financiación sanitaria y como recursos auxiliares, pero centrales en el itinerario terapéutico; a otros como los ocupacionales y de empleo, de financiación social.

Esta distribución organizativa, ha ido creciendo a lo largo de estas décadas y generando una gran variedad de ecosistemas, producto de las oportunidades y las necesidades locales, por ello hay recursos que en principio deben tener un marco orgánico en alguna de las instituciones descritas pero está prestado por otra. Hay una gran variedad de ejemplos.

Este contexto se caracteriza por la diversificación en la cartera de prestaciones entre organizaciones y territorios, fruto de oportunidades organizacionales diversas, pero siempre

con una línea maestra, orientada asistencialmente por el modelo comunitario, que preside la estrategia global de organizaciones y programas.

La persistencia de situaciones que pertenecen a modelos asistenciales anclados en el pasado, como las estancias prolongadas en hospitales psiquiátricos, se dan simultáneamente con el desarrollo y la práctica del modelo comunitario y en muchas ocasiones con un enfoque orientado a la recuperación, este escenario nos enfrenta a una situación compleja cuyo reto es adecuar, organizativa y asistencialmente, las prestaciones a las necesidades del paciente y difundir y compartir las buenas prácticas.

El diagnóstico de la situación dista mucho de ser simple, al asentarse en culturas fuertemente implantadas y las soluciones deben atender a esta multilateralidad. Esta discusión se da en ausencia de una dirección ejecutiva-estratégica que aúne las distintas organizaciones prestadoras, que poseen una autonomía y un grado de descentralización muy elevado y que, en algunos casos como en los recursos sociosanitarios, pertenecen incluso a otras administraciones distintas a la sanitaria.

Por todo ello, la labor de consenso debe ser el eje en el que pivote todo el debate. El Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi está llamado a tener una labor catalizadora en estas cuestiones. Siendo este uno de los grandes debates, a buen seguro la adopción de un consenso que incorpore los elementos virtuosos y haga una lectura radical y crítica de la ineficiencia será un nuevo hito en nuestro sistema.

La estrategia de salud mental debe servir de punto de encuentro para estas tensiones y debe incorporar los principales retos en los que actualmente nos movemos, uno de los cuales es la presencia de un circuito asistencial sociosanitario, que escapa a la competencia de la gestión sanitaria y que implica un compromiso profesional y ético con una visión longitudinal de la enfermedad mental sobre todo en sus aspectos de cronicidad y gravedad. En esta línea en la que la financiación de estos recursos sociosanitarios es un elemento de competencia foral, hay que destacar que la realidad en la que nos movemos es la existencia de recursos sanitarios que ejercen una función sociosanitaria. Hay que dar pasos para que los recursos hospitalarios de larga estancia puedan ser el germen de la cofinanciación colaborativa de recursos sociosanitarios e implantados en la comunidad, cumpliendo la misión que tenemos asignada, como sistema y como profesionales: acompañar al paciente en su itinerario terapéutico.

Hacer dos últimas precisiones. La primera sobre la sostenibilidad del sistema asistencial, íntimamente relacionada con dos aspectos estratégicos que han tenido una presencia menor, tanto en la red de salud mental como en las propuestas de salud en general: la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. El desarrollar líneas potentes e integradas en la salud pública y en el plan de salud y con una presencia en todas las políticas públicas, debe implicar el avance de actuaciones claves para el desarrollo de una buena salud mental y una saludable capacidad de resiliencia. Este es un ámbito de competencia general, que no pertenece en exclusiva ni prioritariamente al sistema asis-

tencial, pero se puede aventurar que sin él persistiremos en una visión asistencialista de la salud mental que, además de ser inasumible, será ineficiente y seguramente errónea.

Y este tema lleva a otro de rabiosa actualidad como es la presencia, en los medios y también en el diálogo social, del malestar emocional como objeto de intervención en salud. Este es un debate amplio y de características casi filosóficas pero por centrar algunos términos seguramente habría que diferenciar lo que es un problema de salud, en un sentido amplio y holístico, el malestar emocional evidentemente nos sitúa en un espacio de insatisfacción y percepción negativa de la realidad y de nosotros mismos, y lo que es un problema asistencial, en el sentido en que el malestar emocional debe ser tratado como una entidad achacable a una causalidad patológica y por lo tanto susceptible de un tratamiento en el campo sanitario. La conversión de los servicios de salud en receptores indiscriminados del malestar puede derivar precisamente en la psicologización o la psiquiatrización, incluso con elementos de iatrogenia, de vivencias que aunque dolorosas forman parte de la normalidad y deben ser incorporadas como parte de los malestares de la vida cotidiana y asumidas desde nuestra resiliencia y capacidad de afrontamiento.

El espacio de la salud mental puede ser ese espacio asistencial en el que se toma conciencia de nuestras limitaciones en el afrontamiento de los problemas y nos posiciona para su resolución, pero sería erróneo postular ese espacio como el que soluciona esos problemas. Este debate debemos asumirlo no desde la negación de ese malestar, pero si desde la prudencia, la cercanía y la responsabilidad profesional y organizativa. Volviendo al inicio, hay problemas de salud mental que ni son trastornos psiquiátricos, ni tan siquiera son de salud mental, son simplemente problemas. Enfrentarnos a este dilema y saber dar respuestas es uno de los grandes retos a los que nos enfrentamos.

LAS INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

FERNANDO GONZÁLEZ

Bizkaiko Osasun Mentaleko Sareko Haur eta Nerabeen Osasun Mentalaren
Zerbitzuko burua / *Jefe del Servicio de Salud Mental de Niños y Adolescentes
de la Red de Salud Mental de Bizkaia*

Introducción

La atención en salud mental en los tres territorios está organizada, por un lado, en las redes de salud mental que se encargan de la atención ambulatoria, siguiendo un modelo comunitario, y por otro, en los servicios de Psiquiatría de los hospitales generales dependientes de las Organizaciones Sanitarias Integradas-OSI.

El modelo comunitario se basa en un desarrollo de servicios prioritariamente en el ámbito cercano a las personas que precisan atención, y en el que las estancias hospitalarias se reducen a lo indispensable. Contempla no solo las necesidades asistenciales sanitarias, sino todos los elementos que deben garantizar la cobertura y el apoyo comunitario, especialmente a las personas afectadas por problemas de salud mental graves, más vulnerables y en riesgo de exclusión, incluyendo el alojamiento, el acceso al trabajo y la ocupación, la protección de sus derechos y la cobertura de necesidades económicas básicas.

Esto implica desarrollar programas de atención al Trastorno Mental Grave (TMG); ampliar recursos comunitarios alternativos a la hospitalización (HD y ETAC), adecuar el número y tipo de camas hospitalarias, y coordinar el ámbito sociosanitario para desarrollar recursos de integración social.

En lo referente a infancia y adolescencia, las redes organizan la atención comunitaria en centros de salud mental infantil y de la adolescencia (4 en Bizkaia, 1 en Gipuzkoa y 2 en Araba/Álava; estos dos territorios cuentan además con profesionales de atención específica a infancia en varios centros de salud mental de adultos) y dispositivos intermedios con

atención más intensiva (hospitales de día y centros terapéuticos educativos). La hospitalización psiquiátrica se realiza en las unidades de hospitalización breve específicas para menores de 18 años en el Hospital Universitario de Basurto (Bizkaia) 8 camas; Hospital Universitario Donostia (Gipuzkoa) 8 camas y Hospital Universitario de Araba (Araba/Álava) 6 camas. Estas unidades desarrollan tareas de Interconsulta y consultas externas. En el caso de Bizkaia hay un hospital de día dependiente de la Unidad de Hospitalización de la OSI Bilbao-Basurto con 15 plazas. En el Hospital de Galdakao se cuenta con un equipo que funciona a modo de hospital de día con 8 plazas. Asimismo, en el Hospital Universitario de Cruces hay una psiquiatra que desarrolla el programa de interconsulta infantil. Las urgencias de menores son atendidas tanto en los CSM NA y hospital de día (en su horario de apertura: mañanas y una tarde a la semana) como en los servicios de urgencia hospitalaria las 24 horas.

Servicio de Salud Mental de Niños y Adolescentes. Red de Salud Mental de Bizkaia

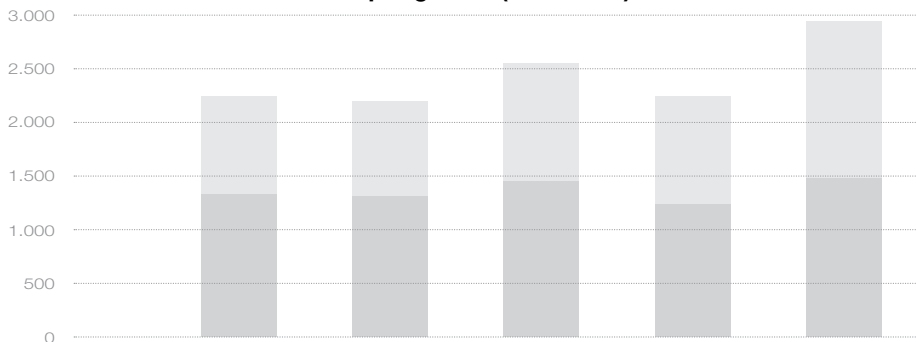
A continuación, se pasa a describir los recursos asistenciales de la Red de Salud Mental de Bizkaia, donde el autor desarrolla sus tareas asistenciales y de gestión. Aunque con algunas variaciones, en los otros territorios la organización y el funcionamiento es bastante similar.

Provee la atención comunitaria a toda la población usuaria menor de 18 años (aprox. 170.000) y sus familias. La población total de Euskadi es de 2.200.000 habitantes. La franja de edad menor de 20 años supone aprox. 200.000 en Bizkaia, en Araba/Álava 63.000 y en Gipuzkoa 136.000.

Dispositivos y organización asistencial:

- Centros de salud mental niños-adolescentes CSM NA (uno por cada comarca: Bilbao, Berrualdea-Galdakao, Eskerraldea-Barakaldo, Uribe-Getxo).
 - Compuestos por equipos de 8-9 facultativos (psiquiatras, psicólogos clínicos), trabajador social y administrativa/o (en cada comarca).
 - Programa general ambulatorio: atención a problemas psicológicos/psiquiátricos en las diferentes edades hasta 18 años: infancia temprana, periodo escolar, adolescentes.
 - Programa de atención a trastornos graves del desarrollo (0-10 años) (trastorno mental grave de niños y adolescentes).
- Hospital de día de adolescentes supracomarcal (30-40 plazas). Situado en Bilbao.
- Centros terapéutico educativo: supracomarcal (en colaboración con el Departamento de Educación), que da atención psicológica/psiquiátrica y educativo/pedagógica a niños y adolescentes. Dos unidades: edad 6-12 años y 12 a 16 años (20 plazas).
- Programa Adintxikoak de atención a problemas de salud mental en menores tutelados por el Servicio de Infancia de la Diputación Foral de Bizkaia.

CSM NA Inicios por género (2017-2021)

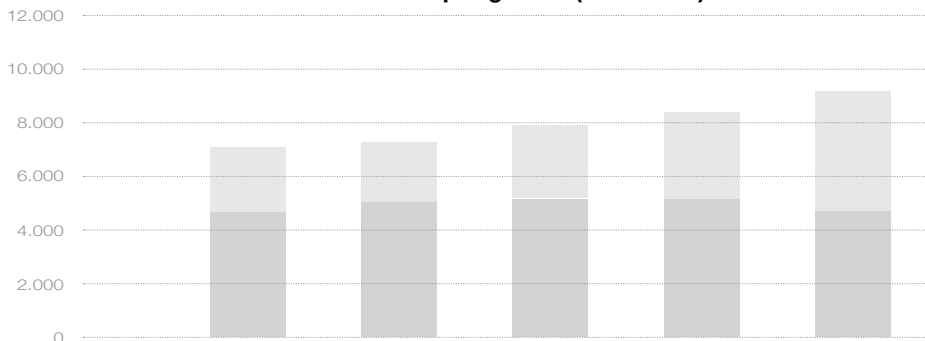


	2017	2018	2019	2020	2021
Mujer	898	881	1.067	990	1.418
Hombre	1.375	1.360	1.482	1.297	1.493

Inicios CSM NA

	2017	2018	2019	2020	2021
Total	2.270	2.239	2.549	2.272	2.911

CSM NA Pacientes en total por género (2017-2021)



	2017	2018	2019	2020	2021
Mujer	2.458	2.507	2.835	3.059	3.815
Hombre	4.763	4.898	5.081	5.183	5.726

Pacientes total

	2017	2018	2019	2020	2021
CSM NA	7.243	7.423	7.938	8.215	9.668

Programa general ambulatorio

Actividades asistenciales:

- Acogida y primeras consultas: Atención a pacientes nuevos y reinicios por un facultativo en un plazo menor de 30 días (demora >30 días por debajo del 5%). Se plantea continuar manteniendo este objetivo (se ha visto afectado por el significativo incremento de las demandas desde el inicio de la pandemia en 2020) como de buena calidad en la accesibilidad a la atención. Atención a los casos urgentes en el plazo de 24 horas y a los preferentes en el plazo máximo de 1 semana. Los pacientes dados de alta desde otras estructuras intermedias o de hospitalización, considerados también preferentes, serán atendidos en el plazo de 48 horas.
- Evaluación y diagnóstico: Se mantiene como objetivo completar y hacer constar el diagnóstico, así como el Plan de Atención Individualizado en la historia clínica al cabo de 3 consultas.
- Modalidades específicas de intervención terapéutico-asistencial: En la actualidad el mayor porcentaje de actividad de los facultativos se centra en consultas de orientación y seguimiento, en una proporción moderada acompañada de farmacoterapia complementaria. Abordajes de psicoterapia individual o familiar se realizan en una proporción baja, a pesar de la orientación, formación, y acreditación en algunos casos, de los profesionales. En varios centros se realizan, de manera estable desde hace años, actividades grupales dirigidas a la población adolescente fundamentalmente.

Dentro de las actividades del Programa Ambulatorio General se incluyen las relacionadas con el Programa Jóvenes y Alcohol, y el Plan de Prevención del Suicidio que forman parte de las prioridades del Departamento de Salud.

Programa de Trastornos Graves del Desarrollo (trastorno mental grave niños-adolescentes TMG NA)

El objetivo central es atender a niños entre 0 y 10 años que presenten trastornos graves en su desarrollo o signos de riesgo grave de padecerlos; evaluarlos lo más tempranamente; trabajar desde una perspectiva terapéutica con la familia y coordinarse con los diversos agentes sociosanitarios relacionados con el niño: pediatra (neuropediatra, atención temprana), centro escolar y berritzegune, así como Servicios Sociales si se precisa. La coordinación y colaboración con APNABI (Asociación de Familias de Personas con Trastornos del Espectro Autista de Bizkaia) es otra de las tareas que realiza.

La dotación es de una plaza y media de facultativo (psiquiatra o psicólogo clínico), esto es, unas 56 horas semanales. La propia organización y funcionamiento específico de cada equipo ha configurado el modo de desarrollar esta tarea dentro del programa. En 2 CSM

(Bilbao y Eskerraldea) son dos facultativos los que se dedican al programa, mientras en los otros 2 CSM se ha dividido dicha actividad entre 3 o 4 que se dedican a tiempo parcial compatibilizándola con su participación en el Programa General ambulatorio. Asimismo, tienen la colaboración a tiempo parcial de la Trabajadora Social del CSM NA correspondiente. Se cuenta con la participación de residentes de Psicología Clínica y Psiquiatría, y alumnos pre y postgrado.

Las modalidades de intervención son consultas de evaluación y diagnóstico, terapias padres-hijo, terapias grupales de juego y familiares y consultas terapéuticas individuales. Se considera un indicador de calidad, y es una de las acciones propuestas para generalizar como parte del proceso de evaluación y diagnóstico, la tasación de escalas de desarrollo.

Desde 2015 se realiza una evaluación anual (ha sido imposible estos 2 últimos años debido al impacto de la pandemia en la asistencia) de resultados del programa con indicadores basados en la evolución de los pacientes que se han incluido en el programa y que, tras la realización de un Plan de Atención Individualizada PAI, reciben abordajes terapéuticos más intensivos. Estos son mayoritariamente mediante grupos de observación y tratamiento a través del juego, y en la medida de lo posible apoyo a los padres, bien individualmente o en grupo multifamiliar en varios de los centros. Como indicador cuantitativo para la evaluación se ha tomado el PAI que incluye tres escalas cuantificables: escala psicopatológica, escala familiar y escala escolar.

Por último, se realiza, de manera estable, actividad de formación continuada una vez al mes 2 horas (presencial o telemática) en la que participan los profesionales del programa de los 4 CSM NA de la red.

Hospital de Día de Adolescentes

El Hospital de Día en Salud Mental y Psiquiatría es un recurso asistencial de tratamiento intensivo y de tiempo limitado de los trastornos mentales graves. Se trata de un dispositivo alternativo a la hospitalización psiquiátrica que propone al paciente un rol activo y participativo en su propio proceso de tratamiento.

El hospital de día es un dispositivo para el tratamiento de adolescentes con psicopatología individual y/o familiar severo que bloquea su evolución hacia la vida adulta. Especialmente indicado para aquellos adolescentes en los que la patología aún no esté del todo estructurada. Permite una intervención terapéutica intensiva, de tiempo limitado, donde cabe aunar diferentes perspectivas profesionales (clínica, psicoeducativa, escolar y social), así como diferentes modelos de intervención psicoterapéutica.

Situado en Bilbao, atiende a adolescentes entre 12 y 17 años que pueden ser derivados desde los 4 CSM NA de la Red. Los locales tienen una distribución con despachos y espacios amplios que permiten realizar actividades tanto individuales como grupos y talleres

diversos, que son modalidades de intervención terapéutica prioritarias en este dispositivo.

El equipo se compone de una psiquiatra, una psicóloga clínica y una enfermera de Salud Mental con formación en infancia y adolescencia; 3 educadores psicosociales; una docente del Departamento de Educación; apoyo de vigilante jurado a media jornada; apoyo de trabajadores sociales y auxiliares administrativos de los CSM NA de referencia; supervisión del jefe de servicio.

Diagnósticos clínicos incluidos:

- Trastornos generalizados del desarrollo.
- Descompensaciones psicóticas.
- Trastornos de personalidad (problemas de conducta).
- Trastornos afectivos (emocionales) graves de la infancia.
- Trastornos de la conducta alimentaria.

Factores de riesgo y gravedad:

- Gravedad relacionada con el consumo de servicios y recursos. Hospitalizaciones repetidas.
- Situaciones psicosociales asociadas. Menores en hogares de infancia.
- Abandono de actividades formativas o escolares. Aislamiento en domicilio.
- Consumos perjudiciales, conductas transgresoras moderadas.

Desarrollo del Plan de Atención Individualizada (PAI). Se establecerá adaptado a cada paciente y familia, y podrá constar de diferentes elementos:

- Talleres grupales psicoeducativos, en los que se trabajará de forma transversal la comunicación, el desarrollo personal, el bienestar físico y emocional.
- Grupos para favorecer la mentalización.
- Actividades de socialización y participación en recursos comunitarios del entorno.
- Actividad docente.
- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia grupal.
- Revisión y actualización del tratamiento farmacológico.
- Cuidados de enfermería.
- Intervención y apoyo a las familias: terapia familiar, grupo de padres.
- Intervención en crisis.
- Coordinaciones con los distintos dispositivos educativos y sociales.

Criterios de inclusión: edad: 12-18 años y aceptación y compromiso de la familia, o tutores.

Capacidad asistencial: 30 plazas (15 alta intensidad, resto tiempo parcial, transición al alta, grupos terapéuticos por la tarde) pudiendo ampliarse con ciertas condiciones.

Tiempo de tratamiento: 12 a 18 meses.

La eficiencia a corto y medio plazo del dispositivo se evaluará en base a evitar hospitalizaciones, conseguir que adolescentes inhibidos que no salen de su domicilio acudan a este recurso y retomen la interacción con iguales, pudiendo asimismo atender situaciones de crisis. Paralelamente se buscará lograr la reincorporación de los pacientes a proyectos formativos adaptados a sus competencias. Teniendo en cuenta la perspectiva de la terapia familiar, otro objetivo al alta es favorecer dinámicas familiares más sanas y facilitar una mejor comprensión de la psicopatología de los hijos/as por parte de los padres.

Centro Terapéutico Educativo

De carácter supracomarcal, está situado en Ortuella. Hay otros 2 centros terapéutico educativos en Araba/Álava y Gipuzkoa.

Se crea a partir de un convenio entre los departamentos de Educación y el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, ambos del Gobierno Vasco. El Departamento de Educación asume las tareas educativas de desarrollo curricular, tutorías y seguimiento de las actividades escolares, así como la coordinación con centros escolares y berritzegunes (equipos de orientación pedagógica). El Servicio Vasco de Salud-Osakidetza asume las tareas asistenciales y terapéuticas en el centro, supervisión clínica y coordinación de actuaciones con el resto de la red asistencial (CSM NA).

Es un dispositivo en el que se atienden niños y adolescentes entre 6 y 16 años (alumnos de Enseñanza Primaria y Secundaria) que debido a la gravedad de su trastorno mental o del desarrollo no pueden seguir la enseñanza ordinaria.

Los criterios de inclusión desde el punto de vista clínico como educativo son:

- Trastornos de la organización de la personalidad (por inestabilidad emocional y límite).
- Trastornos del estado de ánimo y conductuales asociados a los anteriores.
- Trastornos del espectro autista con posibilidades de evolución mediante medidas terapéuticas intensivas.
- Trastornos graves del vínculo.
- Deben de ser trastornos clínicos que no responden a tratamiento ambulatorio y conllevan un malestar o inadaptación significativa en contextos normalizados y que se consideren movilizables a nivel mental mediante terapia intensiva y continuada.
- Absentismo grave en relación a psicopatología importante. No acude a la mayoría de las clases semanales durante un tiempo prolongado superior a 1 mes.
- Comportamiento de aislamiento, sin vínculos significativos con adultos o iguales, pasividad en el ámbito de la clase y en espacios y tiempos fuera de la clase. Se han aplicado las medidas o apoyos previstos para el alumnado de necesidades educativas específicas y esta situación perdura.
- Comportamiento significativamente disruptivo que impide una escolarización de calidad. Se han aplicado las medidas o apoyos previstos para el alumnado de necesidades educativas específicas y esta situación perdura.

Está dividido en dos unidades: 6-11 años y 12-16 años. El periodo de atención es de un curso escolar.

La composición de los equipos es:

- Equipo clínico para cada una de las dos unidades: psiquiatra infantil a media jornada, psicólogo clínico y enfermera.
- Equipo educativo: 2 pedagogos, 2 maestros y 2 técnicos de apoyo educativo (auxiliares).

Además, hay una directora y una coordinadora educativos, y un director médico, en este caso el jefe de Servicio de Salud Mental de Niños y Adolescentes, que tiene también tarea de supervisor clínico.

Programa de Atención a Menores Tutelados por el Servicio de Infancia del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia (Adintxikikoak)

Es un programa de atención psiquiátrica y psicológica para el diagnóstico y tratamiento de niños, niñas y adolescentes en situaciones de grave desprotección. Fue creado por el Consejo Sociosanitario de Bizkaia en 2005.

La derivación de cada caso al programa es consensuada por el coordinador de caso en el Servicio de Infancia y el psiquiatra/psicólogo del CSM NA de referencia que le corresponda según lugar de residencia. Las solicitudes de primeras consultas las harán los padres, acogedores, guardadores o coordinadores de caso y se dirigirán al Trabajador Social del CSM NA de referencia.

Los coordinadores/as de caso realizarán su informe-propuesta de derivación a la Comisión de Protección a la Infancia y Adolescencia del Servicio de Infancia del Departamento de Acción Social, que deberá aprobar su derivación al CSM NA correspondiente que será quien haga finalmente la indicación clínica de remisión al programa Adintxikikoak para diagnóstico o tratamiento.

Objetivo general: mejorar la salud mental de un colectivo de menores en grave riesgo psicopatológico derivado de la situación de desprotección.

Objetivos específicos:

- Responder a la demanda de este grupo de menores, con características específicas debido a la situación de desprotección y con desarrollo evolutivo personal fuera de su ámbito familiar, mediante intervenciones terapéuticas especializadas.
- Asesorar al personal de atención directa (educadores) con los menores en sus unidades de convivencia y/o el desarrollo de planes de coordinación para la intervención conjunta.

Modalidades de atención:

- Intervenciones directas: intervenciones terapéuticas breves, psicoterapias individuales, psicoterapias grupales y otras modalidades de atención en grupo, tratamientos psicofarmacológicos e intervenciones con familias.
- Intervenciones con personal de atención directa (educadores): asesoramiento clínico especializado. La conveniencia y la oportunidad de este tipo de intervenciones, tanto con los equipos educativos como con las familias acogedoras, deberá ser clarificada y consensuada con los coordinadores de caso.

En la actualidad este programa está centralizado en el CSM NA de la comarca Bilbao y tiene una dedicación de 2 facultativos (psiquiatra y psicóloga clínica) con el apoyo de la trabajadora social de dicho centro. Se lleva a cabo una evaluación periódica del programa por parte de la dirección médica, del jefe de servicio de niños-adolescentes y los profesionales del programa.

Objetivos y retos para el futuro

- Mantener las condiciones de accesibilidad: tiempo de demora.
- Homogeneizar intervenciones terapéuticas contrastadas en todos los CSM NA: grupos de niños/as y familias en el programa de TMG NA, grupos de adolescentes, intervenciones limitadas en el tiempo con objetivos psicoterapéuticos focales, consultas de orientación con familias.
- Consolidar la evaluación de resultados de los programas específicos: hospital de día de adolescentes y TMG NA basados en la evolución de los pacientes.
- Fomentar planes de promoción y prevención en salud mental. Avanzar en la coordinación y colaboración con atención primaria y recursos educativos. Consolidar y sistematizar la colaboración con centros de salud de atención primaria mediante sectorización de las comarcas y sesiones clínicas.
- Fomentar la colaboración con recursos sociocomunitarios (servicios sociales, educadores).

Referencias

- Plan de gestión asistencial 2021. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza.
- Plan estratégico 2018-2021. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza.
- Red de Salud Mental de Bizkaia. Guía de gestión 2020. <https://www.euskalit.net/buscador/memorias/RSMB2020.pdf>.
- Aproximación a la atención de la salud mental de la infancia, adolescencia, juventud y vejez en la CAPV desde la perspectiva del Ararteko: retos y oportunidades. Estudio del Ararteko. Noviembre de 2012.

- Estrategia en salud mental de la CAPV 2010. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/mental/estrategiaSalud-Mental.pdf.

APROXIMACIÓN AL MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN EUSKADI: LAS INTERVENCIONES CON ADULTOS

LUIS PACHECO

Bilbo Eskualdeko Zerbitzuko burua. Bizkaiko Osasun Mentaleko Sarea. Osakidetza / Jefe de Servicio de la Comarca Bilbao. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza

Se describe el sistema asistencial de Osakidetza respecto a la atención a la Salud Mental (SM) de los pacientes mayores de 18 años de edad, analizando básicamente la atención ambulatoria, ya que en otras ponencias se desarrolla la asistencia hospitalaria. Lo idóneo hubiera sido referirla a todo Euskadi, pero razones de espacio, junto al hecho de trabajar el ponente en Bizkaia, motivan que la exposición se centre en este territorio histórico; si bien en Araba y Gipuzkoa se siguen esquemas muy similares.

1. ESQUEMA GENERAL DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN SM

En términos generales, Osakidetza tiene dos grandes bloques para la atención global a la SM en Euskadi. Por un lado están los servicios de “Psiquiatría” de los hospitales generales (HHGG), donde básicamente se atienden a pacientes en régimen de ingreso hospitalario y por otro lado están las “Redes” de Salud Mental, en las cuales se llevan a cabo la mayoría de las consultas ambulatorias.

En relación con los HHGG, tres de los existentes en Bizkaia disponen de un servicio de Psiquiatría. Son los de Basurto, Cruces y Galdakao-Usansolo. No existen en el hospital de San Eloy, en el de Santa Marina, ni en el de Urduliz. En este último, recientemente construido, sí se había previsto ubicar un servicio, pero en su lugar se ha optado por una gran ampliación de las camas psiquiátricas del hospital de Cruces, cuyas obras aún no han comenzado, pero su finalización conllevará el cierre de la unidad de “agudos” del hospital de Zamudio, al que nos referiremos luego. El régimen de atención principal en los HHGG es el

ingreso de pacientes “agudos”, aunque también tienen consultas externas ambulatorias. Sin embargo, estas quedan restringidas, generalmente, a programas establecidos por el correspondiente servicio y los especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) no pueden derivar directamente pacientes a las mismas. Cada servicio hospitalario pertenece a una Organización Sanitaria Integrada (OSI): el de Basurto a la OSI-Bilbao-Basurto, y dispone de 42 camas psiquiátricas de adultos, el de Cruces a la OSI-Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces, con 21 camas y el de Galdakao-Usansolo a la OSI-Barrualde-Galdakao, con 42 camas psiquiátricas, de las cuales 10 se utilizan para la Unidad de Desintoxicación (UDE). Esta última tiene un programa transversal para toda Bizkaia, con el objeto de proceder, en régimen de ingreso, a la desintoxicación de sustancias tóxicas en pacientes adictos a las mismas.

En paralelo, la atención ambulatoria se realiza en la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB), organización creada en 2010 y que basa su atención en el modelo “comunitario”; fundamentado en la normalización asistencial, la cercanía y accesibilidad de los servicios, la autonomía e integración en la comunidad de las personas que sufren enfermedad mental y la erradicación del estigma y discriminación que padecen. Su creación supuso la integración de las organizaciones de servicios de los hospitales de Bermeo, Zaldibar y Zamudio con todos los dispositivos asistenciales que antiguamente formaban la red de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia. La RSMB está dividida en 4 comarcas, cada una de ellas con una/un facultativa/o como responsable y supeditada/o al jefe de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Adultos, quién, a su vez, depende del Director Médico de la RSMB. Además, a cada comarca hay adscrita una supervisora de Enfermería, jerarquizadas a la Adjunta de Enfermería, la cual está supeditada a la Directora de Enfermería de la RSMB. De manera transversal hay un jefe de servicio que se encarga de gestión asistencial de las Adicciones en las cuatro comarcas, en coordinación con las/los correspondientes responsables de las mismas.

El Centro de Salud Mental (CSM) es el dispositivo nuclear de la asistencia, ya que es donde se realizan la mayoría de las consultas ambulatorias para la población.

Cada responsable de un CSM depende de la jefa/e de su comarca. Las mismas y sus correspondientes dispositivos son los siguientes:

1.1. Comarca Bilbao

- Dispone de 8 CSM. Dentro de ellos, 3 son para SM general, 2 prestan atención monográfica a pacientes con Adicciones (ADIC), 1 CSM es mixto (SM general y ADI) y otro atiende solo a pacientes con un primer episodio psicótico (Lehenak-PEP). Finalmente, el último de los CSM, llamado “Urbi-2”, está ubicado en el interior de la prisión de Basauri, para la atención a pacientes en régimen penitenciario y también tiene carácter mixto, para SM general y ADIC, actuando en estrecha colaboración con el centro de salud de MFC, ubicado también en la prisión.

- 3 Hospitales de Día (HD).
- 2 Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC). El primero de ellos con dos subequipos y el segundo destinado a pacientes sin hogar que padecen un Trastorno Mental Grave (TMG).

1.2. Comarca Ezkerraldea

- Tiene 7 CSM. De ellos, 1 es monográfico para SM general y otro para ADIC. 3 son mixtos, con atención a SM general y ADIC, y los 2 restantes atienden SM general y adicciones alcohólicas.
- Al margen, existen 2 HD y 1 ETAC.
- La RSMB no dispone de CSM Lehenak en esta comarca, ya que el mismo está gestionado por el servicio de Psiquiatría del hospital de Cruces, instaurado antes de que se crease la RSMB.

1.3. Comarca Uribe-Kosta

- 4 CSM. De ellos, el más grande es mixto (SM general y ADIC), otros 2 son monográficos de SM general y el último CSM es de atención específica a Lehenak-PEP.
- Además, tiene 1 ETAC, dividido en 2 subequipos, y 4 HD. Uno de los HD, llamado "HD Manuene", se dedica de manera exclusiva a pacientes con Adicciones.

1.4. Comarca Barrualde

- Existen 5 CSM. Uno de ellos monográfico para SM general y los otros 4 son de carácter mixto (SM y ADIC). En uno de ellos hay ubicado un equipo de atención específica a Lehenak-PEP.
- Por otro lado disponen de 4 HD y 1 ETAC, este último dividido en 2 subequipos.

Por tanto y en el conjunto de las cuatro comarcas, se dispone de 24 CSM, 13 HD y 5 ETAC para asistir a pacientes adultos. Respecto a los profesionales, para la atención a estos pacientes se dispone de 86 psiquiatras, 35 psicólogas/os, 67 enfermeras y 30 trabajadoras sociales.

2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE UN CSM

En todos los CSM existen zonas diferenciadas de sala de espera y admisión para los pacientes, y se cuenta con equipos de reprografía y destructores de documentos. Cada profesional tiene su propio despacho y hay una sala de reuniones, la cual puede utilizarse también para hacer grupos de pacientes. Tanto la historia clínica electrónica como la receta electrónica están completamente introducidas en la práctica diaria, al igual que en el resto de Osakidetza.

Todos los CSM están formados, como mínimo, por psiquiatras, psicólogas, enfermeras, trabajadoras sociales y administrativas, desarrollándose el trabajo en equipo. El número de profesionales varía según cada centro -aunque globalmente predominan las/los psiquiatras sobre las psicólogas- y está establecido en función de las Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) que el CSM tiene adscritas. Los abordajes, psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, son principalmente de base individual, incluyéndose también otros de tipo grupal en varios centros.

Los CSM se encuentran “sectorizados” en su relación con los especialistas en MFC, lo que implica que cada psiquiatra tiene siempre los mismos cupos de MFC y viceversa, permitiendo esto una mayor fluidez en la coordinación. Al margen de la remisión desde MFC, que sin duda es la más cuantiosa, también pueden derivar al CSM todas las especialidades de las OSI, o bien cualquiera de los CSM donde esté siendo tratado la/el paciente y al que, por motivos diversos (cambio de domicilio, mayoría de edad en centros infantojuveniles, etc.) le corresponda un nuevo centro. Existen diferentes programas de atención, siendo constantes en todos los centros los de TMG y Trastorno Mental Común (TMC), pero los/las pacientes que presenten patologías necesitadas de programas específicos, -por ejemplo, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) o las Adicciones-, son atendidos por especialistas especialmente dedicados a estas patologías y si el CSM no dispone in situ del programa, son derivados a centros donde existen los mismos. Tienen también especial importancia las intervenciones de las trabajadoras sociales, principalmente en el caso de los pacientes con TMG, para quienes existe un Plan de Atención Individualizado (PAI). Asimismo, cada CSM tiene un mismo hospital de referencia para realizar los ingresos hospitalarios.

Una vez que el paciente llega al CSM, la administrativa verifica los datos de filiación y que la derivación al centro sea correcta, y a continuación los pacientes son atendidos por la/el facultativa/o (psiquiatra o psicóloga/o) encargado de su caso. Tras la correspondiente entrevista, se decide si el paciente es dado de alta y remitido de nuevo a su MFC, con las recomendaciones de tratamiento si las precisase, o si es derivado a un programa o centro específico, o si es necesario el ingreso hospitalario, o bien si permanece en el CSM, etc. Y en este último caso, que suele ser lo más habitual, si a su vez corresponde:

- Citarlo para consultas sucesivas con la/el psicóloga/o, con la/el psiquiatra o con ambos.
- Citarlo para consultas con el equipo de Enfermería o con la T. social.

Una de las características específicas de los CSM es que, por normativa interna, se permite a los pacientes hasta 2 peticiones de cambios de profesionales, al margen del que le atiende inicialmente. Es decir, si lo desean, pueden llegar a ser atendidos por tres profesionales distintos en un mismo CSM. Creemos que la RSMB es de las escasas organizaciones de Osakidetza que muestra esta flexibilidad en las peticiones de cambios de profesionales.

3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS CENTROS DE ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN (CAH)

En estos centros se realizan tratamientos ambulatorios de alta intensidad destinados a la atención de personas con enfermedad mental grave. Están formados por los HD y los ETAC.

Los HD están compuestos por psiquiatras, psicólogas, enfermeras, terapeutas ocupacionales, Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y trabajadoras sociales. Son estructuras flexibles, con un catálogo de actividades organizadas sobre el cual se hace la programación individual del paciente, que acude diariamente al centro. Las intervenciones que se realizan son el tratamiento clínico y administración farmacológica, el control de la patología orgánica asociada, la educación en salud y actividades de la vida diaria, la estimulación cognitiva, la organización del ocio, etc.; incluso en muchos de los centros los propios pacientes hacen la comida de forma supervisada y comen allí. La modalidad de intervención es individual y grupal, desarrollándose actividades de tipo motriz, artísticas, de lectura, actividades cognitivas y salidas fuera del centro. Uno de los HD, llamado “Manuene”, es de atención exclusiva a pacientes con adicciones. Su finalidad es, además de la abstinencia del consumo de tóxicos, la resolución de conflictos personales, familiares y sociales que faciliten la integración del paciente en su entorno. Dispone de 30 plazas de alta intensidad y 10 de un programa de mantenimiento, con menor intensidad. El equipo lo componen una administrativa, una TCAE, una enfermera, un cocinero, un psiquiatra, un psicólogo y personal de la Red Educativa Zerbitzuak, con un psicólogo, tres educadores sociales y dos profesores de talleres.

El objetivo fundamental de los ETAC es garantizar la continuidad de cuidados de las personas con TMG con dificultades especiales de vinculación a servicios sanitarios, procurando mantener su estabilidad clínica y favoreciendo la competencia psicosocial y calidad de vida. Es un programa intensivo de atención domiciliaria y el lugar de atención es el entorno cotidiano de la/el paciente, y para ello son las/los profesionales quienes se desplazan al domicilio, o conciertan citas en su lugar de preferencia. Los equipos están compuestos por un/una enfermera, un/una TCAE, un/una trabajadora social y un/una psiquiatra. El contacto es frecuente, flexible, consensuado con el propio usuario y orientado, en la medida de lo posible, a la mayor disponibilidad del ETAC. Uno de los ETAC existentes en Bilbao se llama “Sin hogar”, y ofrece intervenciones especializadas en SM a los pacientes que viven en la calle en dicho municipio, en coordinación con el Ayto. de Bilbao. Las actividades se realizan “in situ”, en la vía o lugares públicos, centros de acogida temporal,

etc. El trabajo, además de la atención directa a los pacientes (evaluación, diagnóstico y tratamiento), busca la intervención integrada y conjunta con otros servicios e instituciones sociosanitarias.

4. PRINCIPALES PROGRAMAS AMBULATORIOS DE LA RSMB

4.1. Trastorno Mental Grave (TMG)

Consiste en la atención sanitaria a la población que padece un TMG de curso crónico según un modelo comunitario, con objetivos no limitados a la remisión sintomática, sino con especial énfasis en la autonomía, la integración, la calidad de vida y la recuperación. Para ello se utilizan intervenciones farmacológicas y psicosociales basadas en la evidencia, nos coordinamos con diversos recursos sociosanitarios y colaboramos con las asociaciones de usuarios y familiares. Aunque existen muchas condiciones psiquiátricas que pueden dar lugar a esta discapacidad, la mayoría de las personas con TMG padecen trastornos esquizofrénicos de curso crónico, o psicosis afectivas de mala evolución.

4.2. Trastorno Mental Común (TMC)

En líneas generales, con el término TMC se hace referencia trastornos no psicóticos y que, en su mayor parte, no precisan de ingresos hospitalarios. El grado de severidad de los mismos suele ser muy variable y aunque predominan los procesos de intensidad leve o moderada, buena parte de ellos puede manifestar características de cronicidad y generar demandas asistenciales que, aunque de baja intensidad, son muy sostenidas en el tiempo. La prevalencia de los mismos y la demanda de asistencia es la más alta en los CSM, y el diagnóstico más frecuente son los trastornos de tipo ansioso-depresivo, generalmente relacionados con dificultades de orden social o familiar, que ponen a prueba las capacidades adaptativas de las personas. Su demanda de atención se ha visto notablemente aumentada desde la pandemia Covid-19.

4.3. Lehenak-PEP (Primeros Episodios Psicóticos)

Este programa, diseñado con una duración genérica de 5 años de seguimiento en estos CSM, centra su actividad en una atención temprana, intensiva y multidisciplinar, especialmente durante los dos primeros años del desarrollo de síntomas psicóticos -habitualmente en personas jóvenes- con el objetivo de promover la recuperación de las mismas y prevenir su discapacidad, fundamentalmente en el ámbito laboral. Por ello, profesionales especializados en estas patologías realizan un diagnóstico específico que, en la medida de lo posible, confirme o descarte la existencia de psicosis incipiente o instaurada y proponen un tratamiento intensivo, acorde con las necesidades del paciente. Se atiende generalmente a las/los pacientes en menos de 72 horas hábiles desde su derivación y se posibilita las

intervenciones rápidas e intensivas en momentos de descompensación, procurando evitar el ingreso hospitalario. Además, el programa gestiona, con personal de la RSMB ubicado en la Unidad de Psiquiatría del H. de Basurto, en coordinación con esta y con carácter centralizado para todas las comarcas, una Unidad de Tratamiento Intensivo Programado (UTIP), a la que se pueden derivar pacientes con indicación de tratamiento ambulatorio intensivo y que, durante un período, precisan supervisión y cuidados diarios.

4.4. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

El Programa se inició en 1998, de acuerdo con la ordenación de los programas TCA establecidos por Osakidetza. La cobertura se realiza de manera compartida por equipos de los CSM y los servicios de Psiquiatría y Endocrinología de los HHGG de Cruces, Basurto y Galdakao. En dos de las comarcas de la RSMB (Uribe-Kosta y Ezkerraldea) existen sendas unidades con un programa específico para TAC, dirigidos en cada centro por una/un psiquiatra y una/ una psicóloga especializadas/os en dichas patologías. En las otras 2 comarcas, los pacientes son derivados, en régimen ambulatorio, a unidades para TCA creadas con anterioridad a la RSMB y situadas en los hospitales de Basurto y de Galdakao-Usansolo. El programa, que ofrece tanto consultas individuales como grupales y familiares, se ofrece como tratamiento específico e intensivo según evaluación individualizada y sin límite temporal.

4.5. Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (TIEP)

El TIEP es una patología que afecta al 1-2% de la población adulta y suele ser de graves características, ocasionando una severa repercusión funcional en diferentes áreas vitales. El 60-70% de los pacientes realiza gestos autolíticos y el 8-10% fallecen por suicidio consumado, además de tener una alta comorbilidad con otros trastornos mentales. El programa está presente en las 4 comarcas y es dirigido por una/un psicóloga/o, coordinado con la/el psiquiatra que atiende al paciente en el CSM, y especializado en técnicas de la llamada "Terapia dialéctica conductual" (conocida como DBT por sus siglas en inglés), que se considera el tratamiento de elección actual para estas patologías. La atención psicológica es individual y grupal y con llamadas telefónicas a los pacientes entre las citas. La duración del tratamiento intensivo es limitada a un año, sin menoscabo del seguimiento hasta el alta terapéutica.

4.6. Adicciones

En estos centros y programas se ofrecen diagnóstico y tratamiento de adicciones con y sin sustancias. Los equipos que atienden estas patologías están formados, al igual que en los CSM generales, por psiquiatras, psicólogas, enfermeras, trabajadores sociales, administrativas y, en la mayoría de ellos, también por TCAE. Además de las consultas de los facultativos, se realizan consultas de enfermería orientadas a la evaluación del caso, educación sanitaria, toma supervisada de medicación y controles del estado de salud, con

analíticas generales, determinaciones de tóxicos y el protocolo de la hepatitis C. Median también en el acceso a comunidades terapéuticas y a recursos de reinserción específicos, gestionados por asociaciones acreditadas. En la actualidad la mayoría de las desintoxicaciones se realizan de forma ambulatoria, aunque, como se ha señalado, existe una UDE en el Hospital de Galdakao, lo mismo que un Hospital de Día específico, que son accesibles para todos los equipos.

La división en CSM general vs CSM-ADIC para la atención monográfica a las adicciones tiene que ver con los orígenes históricos de la atención en SM, y más concretamente con la aparición del consumo de heroína a finales de los años 70' del pasado siglo, que dio origen a la creación del Centro Coordinador de Drogodependencias denominado DAK (Droga Arazo Koordinakundea), para combatir una “epidemia” respecto a la cual los entonces profesionales de la SM desconocían gran parte de su manejo asistencial. Gracias a ello, comenzó una “subespecialización” profesional en Adicciones, manteniéndose hasta el día de hoy dicha diferenciación en la asistencia, obviamente adaptada a los usos de consumo actuales de sustancias tóxicas y a las llamadas adicciones “sin sustancia”, patologías que suelen asociarse a otros trastornos mentales, en lo que ha venido a denominarse “Patología Dual”. No obstante, estos antecedentes históricos también han conllevado que la sectorización de los centros de salud de los especialistas en MFC y los CSM sea dispar, y en relación con ello el jefe de Adicciones de la RSMB está planificando una reorganización más homogénea en todo el territorio.

4.7. Estrategia de prevención del suicidio

Desde el 25 de abril de 2022 se ha implantado una estrategia de prevención del suicidio. Uno de los pilares fundamentales es la atención en el CSM –en menos de 72 horas hábiles– a todas las personas que, habiendo realizado un intento de suicidio en el mes anterior, sean derivados por un psiquiatra desde los servicios de urgencia hospitalarios. Asimismo, existe la posvención a familiares; es decir, la atención específica a familiares cercanos de una persona que se haya suicidado, la cual se lleva a cabo por una psicóloga de la RSMB, en coordinación con la asociación Biziraun.

4.8. Psicogeriatría y discapacidad intelectual

Existen diversos programas para la asistencia in situ a pacientes que viven en un medio residencial y que padecen una alteración psicogeriátrica o una discapacidad intelectual, evitando su desplazamiento a los CSM. Los dispositivos de atención son los siguientes:

4.8.1. Comarca Bilbao

Se atienden 3 residencias de la tercera edad.

4.8.2. Comarca Ezkerraldea

Se atienden 10 residencias de la tercera edad, 2 residencias de discapacidad y una residencia mixta (discapacidad y tercera edad).

4.8.3. Comarca Barrualde

Se realiza en 5 residencias de tercera edad y 5 residencias de discapacidad.

4.8.4. Comarca Uribe

Se atiende a 3 residencias de tercera edad y existe un programa de atención a la discapacidad del desarrollo en el CSM de Uribe-Kosta, si bien en este caso la atención es en forma de consultas presenciales en el propio CSM.

4.9. Atención a pacientes en Miniresidencias psiquiátricas

De igual manera, se presta atención in situ en las llamadas “Miniresidencias”. Son dispositivos con plazas limitadas, para la atención residencial continuada a personas que padecen trastornos mentales graves con dificultades importantes de funcionamiento psicosocial, edad inferior a los 60 años e insuficiente autonomía para integrarse en recursos de alojamiento normalizados, tras el alta hospitalaria. Hay cinco en Bizkaia: una en la comarca Bilbao, que se lleva a cabo en colaboración con Argia Fundazioa, dos en la comarca Ezkerraldea y otra en comarca Uribekosta.

5. ATENCIÓN DE LA RSMB A PACIENTES EN RÉGIMEN HOSPITALARIO

Aunque el objetivo principal del trabajo es describir la asistencia ambulatoria, queremos señalar que la RSMB cubre también el ingreso de gran parte de pacientes psiquiátricos “agudos”, “subagudos” y “residenciales”, disponiendo para ello de:

5.1. El hospital de Zamudio. Este centro tiene una unidad de “agudos” con 41 camas. Además tiene una unidad de “Subagudos”, con 47 camas y otra de “Rehabilitación”, con 36 camas. Es decir, un total de 124 camas.

5.2. El hospital de Zaldibar, con un total de 102 camas, divididas en 25 para “Subagudos”, 35 para “Rehabilitación” y 42 para “Residenciales”.

5.3. El hospital de Bermeo, con 96 camas, de las cuales 58 son para “Rehabilitación y otras 38 para “Residenciales”.

En los últimos años estos hospitales han venido reduciendo progresivamente sus camas residenciales, mediante acuerdos con la Diputación Foral de Bizkaia (DFB) para el traslado de pacientes psicogerítricos a residencias normalizadas, dentro de una orientación rehabilitadora al alta hospitalaria. En este contexto, también se ha incrementado la red de centros asistenciales comunitarios (HD, ETAC, Miniresidencias), dirigidos al apoyo intensivo en la comunidad de pacientes graves, que han permitido el alta hospitalaria y mantenimiento en la comunidad de pacientes de mala evolución, lo que creemos supone un importante avance en el desarrollo de un modelo orientado hacia la rehabilitación y la integración social de las personas con TMG.

6. INTERACCIÓN CON OTROS RECURSOS PÚBLICOS NO PERTENECIENTES A OSAKIDETZA

6.1. Hogar Izarra

La RSMB también presta atención, mediante la asistencia in situ de un psiquiatra, una enfermera y una trabajadora social en el centro “Hogar Izarra”, situado en Bilbao. Es un dispositivo extrahospitalario residencial por tiempo limitado, regido actualmente por la DFB y destinado a pacientes preferentemente jóvenes, no agudos, que permanecen allí de lunes a viernes, acudiendo los fines de semana a sus domicilios. La atención de otros profesionales (psicólogos, etc.) es gestionada por la DFB.

6.2. Módulos psicosociales

En Bizkaia existen actualmente 3 “Módulos psicosociales” (MP), están ubicados en la comarca Bilbao y se llaman “Rekalde” (MR), “San Ignacio” y “Auzolan”. Tuvieron un papel fundamental en la atención a la SM desde finales de la década de los 70’, ante la ausencia de dispositivos asistenciales efectivos para la atención de pacientes ambulatorios; sobre todo en las adicciones a opiáceos. En estos momentos su actividad es limitada, tanto por la ausencia de historia clínica informatizada, como por la no participación en ciertos planes de Osakidetza, como pueda ser la estrategia de prevención del suicidio. Están financiados, fundamentalmente, por partidas presupuestarias del Ayuntamiento de Bilbao y el Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Una característica común a los tres es que los pacientes pueden acudir por cuenta propia, sin derivación de un MFC. Además de la SM y Adicciones, atienden aspectos relacionados con la violencia de género, cuestiones jurídicas y sociales, algunos aspectos de la sexualidad, planificación familiar y Ginecología. El más activo es el MR, al cual están sectorizados el 75% de los MFC del Centro de Salud Rekalde, mientras que el otro 25% se sectoriza al CSM Ercilla. Sin embargo, si el paciente desea ser atendido en Osakidetza, es derivado al CSM Ercilla, aunque su MAPs este sec-

torizado al MR. Esta situación solo se produce oficialmente en este módulo, porque en el resto no existe ningún acuerdo expreso con Osakidetza.

Para finalizar, se exponen algunos datos asistenciales de las consultas ambulatorias de pacientes adultos en la RSMB, durante el año 2021.

ALGUNOS DATOS ASISTENCIALES DE PACIENTES ADULTOS. RSMB: 2021

CONSULTAS AMBULATORIAS EN LOS CSM		
Total de pacientes atendidos		46.579
Primeras consultas	Totales	14.611
	Inicios	8.670
	Reinicios	5.941
Consultas sucesivas		232.121
Interconsultas no presenciales a través de Osabide-Global		17.324
PACIENTES ATENDIDOS AMBULATORIAMENTE EN PROGRAMAS Y C. ESPECÍFICOS		
Trastorno Mental Grave		4.928
Primeros episodios psicóticos		897
Trastorno inestabilidad emocional de la personalidad		132
Trastornos de la conducta alimentaria		446
Centros específicos de Adicciones		3.165
Hospitales de Día		556
ETAC en las 4 comarcas		414
ETAC "Sin Hogar" (solo en el municipio de Bilbao)		114

BIBLIOGRAFÍA

Ararteko. *Aproximación a la atención de la salud mental de la infancia, adolescencia, juventud y vejez en la CAPV desde la perspectiva del Ararteko: Retos y oportunidades.* Estudio del Ararteko. Noviembre de 2012. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Aproximacionatencionsaludmental-Ararteko.pdf>

Departamento de Salud Gobierno Vasco. *Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi.* Servicio Central de Publicaciones. Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. 2019. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevenccion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevenccion_suicidio_cast.pdf

Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco. *VII Plan de Adicciones. Euskadi 2017-2020.* Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. Junio 2017. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/adicciones_plan/es_def/adjuntos/VII_plan_adicciones_es.pdf

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. *Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza. 2017-2020.* Osakidetza. Departamento de Salud. Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. 2017. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/PE_2017_2020_web_ESP.pdf

Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB). *Atlas de Salud Mental de Bizkaia* (C Pereira, Director). Psicost. Osakidetza y Departamento de Salud Gobierno Vasco. Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. 2013. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/rsmb_difusion_conocimiento/es_rsmb/Atlas%20Salud%20Mental%20Bizkaia.pdf

Guía de Gestión 2020. Osakidetza. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Disponible en: <https://www.euskalit.net/buscador/memorias/RSMB2020.pdf>

Plan estratégico 2018-2021. Osakidetza. Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/rsmb_lineas_estrategicas/es_rsmb/adjuntos/PlanEstrategico2018_2021.pdf

ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN. CONSULTAS DE ENLACE CON OTRAS ESPECIALIDADES Y URGENCIAS

ANA GONZÁLEZ-PINTO

Arabako ESIIko Psikiatriako burua. Psikiatria eta Osasun Mentaleko Espainiako Fundazioko lehendakaria / *Jefa de Psiquiatría de OSI Araba. Presidenta de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental*

1. INTRODUCCIÓN: LA SALUD MENTAL COMUNITARIA, EI HOSPITAL GENERAL Y LA ATENCIÓN PRIMARIA

Con una vocación de atender a la población en sus necesidades de salud, los Servicios de Psiquiatría de los hospitales generales dan un servicio ambulatorio y en régimen de ingreso en diferentes estructuras. Los valores que rigen estas estructuras son la equidad, mejora continua, formación, y como hecho diferencial la rapidez en la atención y la atención integral de salud física y mental. Todo ello está alineado con el plan de gestión de la OSI Araba 2021 (OSI Araba, 2021).

La atención en salud mental hospitalaria en Euskadi se basa en el modelo comunitario. Este modelo es el que se encuentra vigente, es promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), y abarca a toda la sanidad, de la que una parte fundamental es la Psiquiatría y Psicología Clínica. La salud mental comunitaria ha sido extensamente definida, partiendo siempre del desplazamiento de la atención psiquiátrica de los hospitales psiquiátricos monográficos, denominados manicomios hasta bien avanzado el siglo XX, hacia las estructuras de atención de salud general y los centros de salud mental. El objetivo no es ya solo la reparación del daño, sino hacerse cargo del cuidado de todos, los que acuden a tratamiento y los que no lo hacen. Por tanto, la mirada pasa, tras la segunda guerra mundial, a la comunidad y a los centros de salud y hospitales generales. Se hace un esfuerzo de construcción de los Centros de Salud Mental junto a los Centros de Salud.

Se caen las barreras que marginan a aquellos que tienen enfermedades de la mente. Se busca la eliminación del estigma y la plena consideración de la persona con enfermedad mental, con un trato digno por parte de la Sociedad (Desviat y Moreno, 2012). De este modo se produce la integración de la psiquiatría en la salud general, la atención multidisciplinar, en equipo, y la continuidad e integración con los Servicios Sociales.

Aunque la atención comunitaria puede diferir ligeramente de unas definiciones a otras, en este capítulo queremos dejar claro a que nos referimos. Las características del modelo comunitario son:

1. Universalidad e igualdad en la atención. Se basa en una atención fundamentalmente pública.
2. Basado en la atención primaria como primer nivel.
3. Que promueve la prevención y promoción de la salud mental.
4. Con accesibilidad adecuada.
5. Con atención en Hospitales generales y Urgencias generales.
6. Promueve las alternativas a la hospitalización.
7. Integrado completamente en el sistema general de salud.
8. Con y para los usuarios.
9. Con tratamientos basados en la evidencia.
10. Trabaja con las fortalezas de las personas y basado en su autonomía.
11. Promueve la red de apoyo comunitaria.
12. Con integración sociolaboral de las personas atendidas.
13. Un Servicio coordinado en todas sus estructuras independientemente de quien lo gestione.
14. Con atención multidisciplinar.

Esto significa que hay accesibilidad a los tratamientos, y que las formas de atención aproximan al máximo a las personas a su domicilio. La atención primaria es el primer escalón del sistema, los CSM constituyen el segundo escalón, y la atención especializada hospitalaria de hospital general, el escalón más alto de especialización. La gravedad de las personas atendidas debería ir en paralelo a esta distribución de recursos, pero veremos que hay algunos matices. Esos matices vienen marcados por los tiempos de atención, más rápidos, y de menor duración en el nivel hospitalario, lo que puede apreciarse especialmente en las Urgencias y en las consultas de enlace entre especialidades.

En la segunda década del siglo XXI en Euskadi se produce un cambio de la gestión hospitalaria, pasando a estar integrada con la primaria en las OSI (OMS, 2007). La configuración de sistemas integrados de atención en salud, donde están los Servicios de todas las especialidades con la atención primaria, han permitido una mejor coordinación, y esa mejora afecta también a la atención a salud mental. Según la OMS no hay salud sin salud mental (Gustavsson y cols., 2011).

El modelo comunitario va mas allá, y podríamos resumirlo con una frase utilizada en muchos de los documentos de Osakidetza: “La sanidad está en todas las políticas”. En ese sentido toda la Sociedad, desde la Educación, Judicatura, Policía y demás agentes sociales debemos trabajar juntos para promover la salud mental y atender a todos aquellos que lo necesiten.

Si nos fijamos en uno de los trastornos mentales más prevalentes, veremos como organizamos la atención. Es el caso de los trastornos depresivos: en la base, los centros de salud se atienden a más del 50% de los episodios depresivos. Los Centros de Salud Mental se encuentran próximos a los Centros de Salud, y son el primer nivel de atención especializada. Allí se derivan los procesos de salud mental que no responden a los tratamientos iniciales, o que por su complejidad deben ir a otro centro especializado. Cuando la enfermedad es especialmente grave, o no responde al tratamiento en el segundo nivel, se deriva a la Unidad de Hospitalización, a la Urgencia, o a un hospital de Día como alternativa de hospitalización.

Son muy frecuentes los casos que se presentan como malestares que no llegan a constituir enfermedad mental, y que tras ser atendidos en sus centros de salud son derivados a recursos sociosanitarios para la prevención. Estos recursos sociosanitarios cuentan con psicólogos sanitarios que realizan tareas de prevención.

2. HERRAMIENTAS PARA EL TRATAMIENTO. EL DESARROLLO DE PSICOTERAPIAS BASADAS EN LA EVIDENCIA Y LAS ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN DENTRO DE LOS RECURSOS HOSPITALARIOS

En la actualidad la mayoría de las Unidades de Hospitalización de Salud Mental de patología aguda están en los hospitales generales en Euskadi, siguiendo el modelo comunitario. Alrededor de los años 90, ante el incremento de la esperanza de vida y de las necesidades de hospitalización de la población por problemas de salud mental, se decidió fomentar alternativas a la hospitalización en el Hospital General. De esta forma y de manera progresiva, en el Hospital Universitario de Alava se pasó a tratar ambulatoriamente, pero de forma intensiva, en el Hospital de día, a pacientes con depresión mayor, trastorno bipolar, primeros episodios psicóticos (programa Hypatia), que estaban en riesgo de ingreso, o que salían de alta, pero aún no estaban recuperados completamente. La evidencia generada científicamente de que las psicoterapias eran una herramienta muy valiosa para promover la recuperación de estos casos graves, que también precisan de tratamientos farmacológicos (Ruiz de Azua y cols., 2009) hizo que se desarrollaran tratamientos psicológicos basados en la evidencia que pudieran ser breves, para contribuir así a la universalidad, equidad, ausencia de listas de espera y efectividad. El planteamiento de todos los casos era siempre, siguiendo el modelo comunitario: ¿podemos tratar ambulatoriamente?; si la respuesta era afirmativa el tratamiento se aplica con intensa atención, debido a la gravedad de los procesos que tienen estas personas; y si

fuera preciso el ingreso la pregunta es: ¿podemos dar el alta en cuanto antes, siempre que la persona y su familia lo deseen?

Esta estructura de prevención de ingresos y altas llamada hospital de Día (UHP) ha permitido que trabajemos sin incrementar las camas de hospitalización de adultos, y con una mayor satisfacción de los usuarios. Existe también un programa de prevención de ingresos de menores de edad y un programa intensivo de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Se realizan al año cerca de 4.000 actos de atención sanitaria en la UHP. Aun así, más de 700 personas adultas ingresan en el hospital por una enfermedad mental grave cada año. En el caso de los menores, la demanda se ha más que duplicado en los últimos 4 años. La previsión de ingresos en 2022 es de 113 menores, y además 30 han sido atendidos en régimen de hospital de día en comedor terapéutico, y unos 50 se han tratado en el programa de prevención de ingresos. Han sido más de 120 los TCA atendidos en el programa de tratamiento intensivo.

Al ser el hospital general, en el caso del Hospital Universitario de Álava, un centro docente e investigador, muchas de las psicoterapias que se utilizan han sido diseñadas en el propio Servicio. En muchos casos esto ha sido posible gracias a la colaboración de otras personas, como es el caso del profesor Enrique Echeburúa, catedrático de psicología de la Universidad del País Vasco. Este es el caso de la terapia para el abandono del cannabis para jóvenes con psicosis (González-Ortega y cols., 2022). Otras psicoterapias desarrolladas en Osakidetza son el programa Hipatya para pacientes y familias (González-Pinto y cols., 2015).

El desarrollo de psicoterapias era necesario también para la atención primaria. El tratamiento de los trastornos mentales en primaria se hace con diferentes abordajes multidisciplinares. Un reto del sistema era el desarrollo de una herramienta psicoterapéutica basada en la evidencia. En los últimos años con Kronikune hemos desarrollado una psicoterapia online (Mastermind) que pueda ayudar a mejorar la respuesta a los tratamientos de depresión en atención primaria y especializada. Se trata de un tratamiento cognitivo conductual organizado en 8 sesiones, en el que han participado tanto facultativos de los hospitales como de las redes de salud mental.

Mención aparte, dentro de lo que supone la prevención y la promoción de la salud, es la Osasun Eskola. Los documentos con Osasun Eskola que permiten el autocuidado. En estos documentos los profesionales de hospitales y de las redes de salud mental hemos colaborado en todo aquello que se relaciona con la enfermedad mental.

3. LA PSIQUIATRÍA DE ENLACE Y LAS RELACIONES CON OTRAS ESPECIALIDADES

Existe otro nivel de integración que se da en la medicina especializada. Las personas con enfermedades crónicas están en riesgo de tener enfermedades mentales. Las consultas externas de los hospitales generales han creado programas para la atención de estos trastornos en las que se integran los Servicios de psiquiatría hospitalarios. Es el caso de programas como la psicooncología, rehabilitación cardíaca, cirugía bariátrica, programas de sueño y otros. Un hospital general es un sistema coordinado de diferentes especialidades, donde se atiende a los pacientes más graves, pero como decíamos antes, esta afirmación tiene matices. Pongamos un ejemplo: los pacientes oncológicos tienen enfermedades físicas graves, pero si padecen un trastorno depresivo este puede ser leve, o moderado, o grave; o incluso no llegar a ser una enfermedad. Sin embargo, la atención rápida, y el hecho de que la enfermedad física grave incrementa el riesgo de la enfermedad mental, hace que se haya decidido crear estos programas para aliviar y ayudar en el proceso de recuperación de estas personas, o para prevenir la aparición de las enfermedades mentales.

Lo mismo ocurre con el programa de sueño. La demanda de atención de salud mental es muy elevada, y las intervenciones muy eficaces. Por ello, y para disminuir el uso de benzodicepinas, los servicios de Neumología y Psiquiatría decidimos desarrollar un programa psicoterapéutico en grupo que permitiera, en el plazo de dos meses, mejorar los síntomas relacionados con el insomnio de estas personas. El tratamiento está basado en la evidencia, y se denomina programa Somne. Es aplicado por psiquiatra y enfermera de la Unidad de sueño (González-Pinto y cols., 2015).

Algunos de esos programas transversales son dirigidos por el Servicio de Psiquiatría, colaborando muy estrechamente el Servicio de Endocrinología y Nutrición y Dietética. Este es el caso de los programas intensivos de tratamiento de la conducta alimentaria. Estos programas se han visto desbordados en todo el mundo tras la pandemia de COVID, por el llamativo incremento de la patología alimentaria tras la pandemia. Según datos del HUA (Hospital Universitario de Alava) el número de pacientes ingresadas por TCA (Trastorno de la Conducta Alimentaria) en el año 2021 multiplicó por 4 con respecto a 2018. En estos momentos se están estudiando posibles soluciones para poder atender este incremento.

Para hacerse idea de la gravedad de algunas de las personas tratadas hay que hacer mención al programa de depresión resistente. El tratamiento se aplica en quirófano o en la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA), con la colaboración del personal de anestesia y psiquiatría. Se administran tratamientos de ketamina y de TEC.

4. EL SERVICIO DE URGENCIAS

El Servicio de Urgencias da una atención universal, rápida y resolutive. Su alta eficacia ha hecho que en el último año las atenciones hayan aumentado un 20% en salud mental, a pesar de mantenerse los recursos humanos. Es un Servicio pensado para atender problemas agudos y graves de salud mental. La atención se hace en equipo, con la colaboración de los sanitarios del Servicio de Urgencias. Entre las mejoras de los últimos meses se encuentran el trabajo con dos códigos de alerta: el código de intento de suicidio reciente (CSIR) y el código psiquiatría.

El CSIR es un código que se utiliza cuando se atiende a una persona que ha realizado un intento de suicidio. Es un motivo frecuente de consulta al Servicio de Urgencias. Además de atender a estas personas, el profesional pone una alerta en la historia del paciente para asegurar un seguimiento rápido (no más de 72 horas) para su atención ambulatoria posterior.

El código psiquiatría es un código establecido para mejorar la seguridad del paciente cuando acude con un trastorno mental grave, generalmente en estado de agitación, y con un posible riesgo de autoagresión o de daño a terceros. Generalmente son trasladados en ambulancia desde sus domicilios, o desde la vía pública. La alerta llega a un equipo multidisciplinar que se prepara para una atención rápida. Casi todas las personas ingresan en psiquiatría porque lo solicitan ellos o sus médicos, y están de acuerdo con la indicación. Aproximadamente hay un 17% de personas que son traídos a la Urgencia con la indicación de ingreso involuntario, por diferentes motivos: alucinaciones y delirios de alta intensidad con grave desorganización conductual con o sin consumo de sustancias, riesgos de suicidio o intentos de suicidio graves, cuadros de abstinencia de sustancias que generan grave riesgo para la seguridad de las personas o sus allegados, y otros. Más de la mitad de los pacientes que llegan en estas circunstancias pueden, tras recibir un tratamiento, hacer un ingreso voluntario o pasar a tratamiento ambulatorio de alta intensidad. Sin embargo, el resto debe ingresar. En este momento, y desde hace ya varios años, se está estudiando como disminuir, o eliminar, los ingresos involuntarios. En un estudio que estamos llevando a cabo hemos encontrado que el alcohol y el uso de sustancias están presentes en más del 50% de estos casos de gran agitación. El 25% de las personas que consumen llegan al hospital con contención mecánica determinada ya en su domicilio, por la gravedad de la situación. En una encuesta que hemos realizado a estos pacientes antes del alta, ellos valoran que la utilización de tratamientos farmacológicos rápidos, la atención ambulatoria más intensiva, las salas de baja estimulación para ayudarles a tranquilizarse, podrían disminuir algunos, aunque no todos, los ingresos involuntarios.

CONCLUSIONES

El Hospital general atiende, en salud mental y con un modelo comunitario, al menos a tres tipos de población en sus diferentes estructuras:

1. A todos potencialmente, a través del Servicio de Urgencias, los 365 días del año.
2. A los pacientes más graves, menores y adultos, tanto en régimen de ingreso total como en alternativas de hospitalización que incluyen el Hospital de Día-UHP, comedor terapéutico, programa intensivo de tratamiento de los TCA, prevención de ingresos y alta precoz de menores y adultos.
3. A las personas con enfermedades físicas que requieren atención por problemas habitualmente leves o moderados, a los que se les atiende tanto durante la hospitalización como en los programas transversales. Algunos de estos programas son la Unidad de sueño, la rehabilitación cardíaca, la psicooncología, la atención a menores con enfermedad física y a cirugía bariátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. OSI Araba. Plan de gestión (2021). En: [Plan de Gestión de la OSI Araba 2021 \(euskadi.eus\)](https://www.euskadi.eus)
2. Desviat, M. y Moreno, A. (2012). Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. En M. Desviat, & A. Moreno (Eds.), Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Madrid: AEN.
3. OMS, 2013. Plan de Salud Mental 2013-2020.
4. OMS, 2007. Integrating mental health services into primary health care. Mental Health Policy, Planning and Service Development Information Sheet, Sheet3. Geneve.
5. Gustavsson, A.; Svensson, M.; Jacobi, F.; et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011; 21, 718–779.
6. Ruiz de Azúa García, S.; González-Pinto Arrillaga, A.; Vega Pérez, P.; Gutiérrez Fraile, M.; y Asua Batarrita, J. (2009). Revisión de los tratamientos psicológicos en primeros episodios psicóticos. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA N° 2007/08.
7. González-Pinto Arrillaga, A.; Vega Pérez, P.; y Barbeito Resa, S. (2015). Terapia psicológica integral para primeros episodios psicóticos. Programa Hipatya. Una guía para el terapeuta, sanitarios y familiares. Edición SÍOSÍ Punto Gráfico, S.L. ISBN: 978-84-940224-5-6.
8. González-Ortega, I.; Echeburúa, E.; Alberich, S.; Bernardo, M.; Vieta, E.; Pablo G.S. de; & González-Pinto, A. (2022). Cognitive Behavioral Therapy Program for Cannabis Use Cessation in First-Episode Psychosis Patients: A 1-Year Randomized Controlled Trial. Int J Environ Res Public Health. 15; 19(12): 7325.

9. González-Pinto, A.; Egea, C.; y Barbeito, S. Programa SOMNE. Terapia psicológica integral para el insomnio: guía para el terapeuta y el paciente (2015). I: Desclée De Brouwer ed., Bilbao.
10. Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi, 2019. En: https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_122_eprevencion_suici/es_def/adjuntos/plan_prevenion_suicidio_es.pdf

II. MAHAI-INGURUA *MESA REDONDA II*

PREBENITZEA ETA GOIZ ARTATU ETA DETEKTATZEA
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA



LA CONEXIÓN A LA VIDA COMO MEDIDA PREVENTIVA PARA LA SALUD MENTAL Y ANTE EL SUICIDIO

MANUEL HERNANZ

Psikologo klinikoa /

Psicólogo clínico

RESUMEN DE LA PONENCIA

El estudio y la reflexión sobre la salud mental y el acto suicida, se está manifestando últimamente como una de las mayores preocupaciones con la que se encuentra los servicios sanitarios y la sociedad en general. Los datos aportados por la Fundación española para la prevención del suicidio, y el aumento, según todas las estadísticas, de los trastornos en salud mental, nos hablan además de la preocupación existente al respecto de cómo el suicidio es la principal causa de muerte externa en España. Aunque es necesario hacer muchas precisiones, es un dato en sí mismo preocupante sobre el que queremos realizar unas reflexiones.

Para poder afrontar de manera adecuada esta problemática concreta del suicidio, se trabaja en diferentes líneas que van desde las biológicas en las que se investigan sobre diferentes marcadores que pueden abocar al individuo al suicidio, a las sociales, que remarcan la influencia determinante de situaciones sociales y/o familiares de desigualdad o precariedad que abocan al individuo a la desesperanza y las psicológicas que ven en la personalidad del individuo los rasgos determinantes de dicha conducta. Lo cierto es que parece razonable que ninguna de ellas pueda ser vista como una causa única y que todas ellas, en diferente medida, intervengan de forma conjunta, en dicho comportamiento. Otra cuestión es la proporción en la que cada una de ellas influye. Sin duda no es posible responder de manera clara y única ya que siempre encontraremos diferentes evidencias científicas que remarcarán unos aspectos por encima de otros.

Entre las cuestiones que resultan inquietantes y que se recogen en los diferentes estudios realizados, se puede ver cómo la frecuencia del número de suicidios registrados no es tan

alta hoy como en otros momentos históricos, aunque sí parece que lo es la sensibilidad social y el impacto que genera en los medios. Otro hecho que abre paso a la reflexión es la evidencia de cómo el trastorno suicida es más frecuente en hombre varones que en mujeres.

Me apoyaré en la teoría de los tres pasos que propone Klonsky & May (2015): para profundizar sobre cómo cuando además del dolor y la desesperación intensa que puede sentir el sujeto, hasta el punto de inducirle el deseo de morir, se da un desapego a la vida y se dispone de capacidad y medios para ejecutar la autoagresión, la actividad suicida se actúa.

Vemos cómo en dicha teoría se habla de dos pasos imprescindibles: el reconocimiento del dolor y del malestar por un lado y de la existencia de medios para poder actuar la tendencia suicida. Pero entiendo que el punto central es el que va a permitir articular o hacer realidad dicha tendencia es: el apego a la vida. No se puede obviar el papel de la sociedad en el desarrollo de la problemática que en ocasiones confundirá al sujeto en cuanto a sus ideas o ideales, ni el de su personalidad que favorecerá la aparición de conflictos o los estilos de afrontamientos a estos.

Dicho de otra manera, el acto suicida no solo requiere que el sujeto, además de estar invadido por la desesperanza y las pocas ganas de vivir, tenga a su disposición los medios o la situación concreta que le haga posible materializar la salida suicida. Será imprescindible que además tenga una ausencia de ligazón con la vida.

La conexión a la vida, entiendo será un elemento importante en la formación de las alteraciones mentales, pero jugará un papel especial en el suicida. Reflexionaré sobre la importancia de mantener la conexión a lo largo de todo el proceso vital de la persona para poder dotarle de un estímulo propio que le posibilite un afrontamiento adecuado a los conflictos.

REFLEXIONES SOBRE LA PREVENCIÓN

La lectura del informe sobre la estrategia de prevención del suicidio realizado presentado por la Red de Salud Mental de Bizkaia me llevó a reflexionar sobre una serie de cuestiones psicológicas que me gustaría poder compartir en este espacio.

En dicho estudio se hace referencia a un modelo funcional de la conducta suicida conocida como la teoría de los tres pasos de Klonsky & May, en 2005. En ella, la conducta suicida de puede analizar en la convergencia de tres pasos:

1. La existencia de un dolor y desesperanza inducen el deseo de morir: ideación suicida.
2. Una intensidad tal que supera la conectividad con la vida. Es decir, el desapego con la vida es más fuerte que el apego con la vida.
3. Deben existir, además, capacidad suicida y el acceso a los métodos de suicidio.

LA COMPRESIÓN DEL COMPORTAMIENTO HUMANO

La psicología, la medicina y la sociología han buscado desde los principios de su existencia las razones que nos permitan comprender el comportamiento humano. El intento de cuantificación, de objetivación, y de “materialización de lo subjetivo”, ha hecho que todas las ramas de las ciencias intenten alcanzar ese conocimiento para poder en última instancia explicar el funcionamiento del hombre. El estudio de los desequilibrios psíquicos en general y la conducta suicida en concreto, llevan a la ciencia a un trabajo continuo de investigación con el objetivo de poder señalar la etiología de dichos trastornos y para así poder favorecer los métodos terapéuticos adecuados para su tratamiento.

Desde cada una de las ramas de la ciencia se ha pretendido explicar las bases del comportamiento y hoy en día nos encontramos aún, luchando por ver si son los aspectos médicos o biológicos los más importantes, o si lo son los sociales o los propios de la personalidad el sujeto.

La medicina busca sus indicadores biológicos. La sociología trata de buscar en la desigualdad y el desequilibrio social los elementos determinantes para comprender el funcionamiento del sujeto. Y desde la psicología buscamos en el temperamento y características de la personalidad del sujeto todo aquello que podamos señalar como determinante y condicionador de nuestra conducta y modo de ser.

En la época de la globalización y de la constancia de las interrelaciones entre los distintos campos, no tendría sentido pensar que haya un solo elemento que pueda explicar el comportamiento. La coherencia con la comprensión de la visión biopsicosocial y con las llamadas “series complementarias”, nos recuerdan la participación en diferentes proporciones de todos los elementos implicados en el comportamiento humano.

Mi pretensión, desde mi condición de psicólogo clínico, es hacer una serie de consideraciones sobre los aspectos psicológicos. Ello, por supuesto, exige no dejar de mirar los aportes que la medicina y la sociología hacen al respecto.

EL DOLOR, EL MALESTAR Y LA DESESPERANZA

Aunque hablar de dolor nos lleva inevitablemente al concepto de dolor físico, voy a hablar aquí exclusivamente del dolor psíquico. Ese dolor que acompaña al dolor físico y que está presente incluso cuando no existe dolor físico, cuando aparentemente no hay motivo para ello.

Desde la posición psicológica, vemos cómo el dolor (psíquico) y el malestar están presentes a lo largo de la vida del sujeto. Indudablemente, se manifestará de distintas formas según los momentos evolutivos y las situaciones vitales por las que pase el sujeto. Por

ello, lo que hoy nos puede provocar dolor mañana puede no hacerlo. Este dolor psíquico a veces se muestra con expresiones verbales del tipo “me duele en el alma”, “me duele de corazón”, “tengo algo que me asfixia”, es un dolor que, aunque puede llegar a ser más difuso, puede ser a la vez más profundo y duradero. Lo vemos en el dolor de la soledad, el dolor provocado por el miedo al derrumbamiento, o por el sentimiento de incapacidad (recuerdo que este dolor ha estado presente en cada uno de nosotros en mayor o menor cantidad a lo largo de nuestra vida).

El dolor psíquico recoge el malestar que se genera por las diferentes pérdidas que nos acompañan y acompañarán a lo largo de la vida y que no hemos conseguido recuperar o “curar”. Lo hemos podido observar en la pérdida real de aquellos objetos de amor que en su momento fueron quienes posibilitaron nuestro desarrollo y crecimiento. También en el momento, o momentos, que hemos visto fracasar nuestra omnipotencia al comprobar que no lo éramos tal y como pensábamos.

Estas pérdidas de objeto y de convicciones, como todas, nos generan un malestar, un conflicto. Y pensamos que este va a ser el verdadero motor de toda la actividad psíquica. El conflicto nos obligará a actuar y a tomar decisiones con el objetivo en última instancia de no tener malestar ni dolor.

Los conflictos, aunque diferentes en cada época de nuestra vida, exigirán siempre una respuesta por nuestra parte. Nuestra evolución viene determinada por la actitud ante el conflicto. No evolucionamos negando el conflicto (negación de la realidad: “no puede ser”, “eso es imposible”, “jamás me ha pasado”...), sino reconociéndolo y haciéndole frente.

Las respuestas frente a él pueden ser de acción (huida hacia adelante, proactiva...) o de inhibición (bloqueo, paralización...). Ambas implican una respuesta. La evolución sana viene marcada por el reconocimiento y la adecuación adaptativa en la respuesta. A veces será sano tomar medidas activas (huir por ejemplo, si vemos peligrar nuestra vida) y en otras ocasiones lo sano será tomar medidas pasivas (dejar que las cosas pasen y esperar mejores momentos para hacerlas frente...).

LA EXPRESIÓN DEL MALESTAR

Observamos que cuando el sujeto se ve invadido por el dolor y la desesperanza, y no es capaz de dar una salida a dichos conflictos, se genera en él una tensión psicológica que propiciará diversos malestares. Las características y expresión de estos malestares estarán marcadas por la edad, el desarrollo psicológico y, cómo no, por factores biológicos y aspectos sociales en los que se encuentre el individuo.

Así los síntomas irán manifestándose de diversas formas según la edad y el desarrollo de cada sujeto. En los niños pequeños la expresión del malestar se materializará a través de

la expresión de síntomas funcionales y somáticos, más adelante quizás los pueda expresar a través de su conducta y esperamos que a partir de la adolescencia pueda expresarlos mayoritariamente a través de la vía de la verbalización de las emociones.

En todo caso, entendemos que el exceso de tensión va a favorecer la aparición de síntomas más o menos mentalizados. Desde esta posición, podemos entender cómo los síntomas presentes en los trastornos psicológicos son la expresión de ese malestar que no encuentra una salida saludable a toda esa tensión psíquica y únicamente puede encontrar la salida a través de la expresión de síntomas corporales (trastornos funcionales, psicósomáticos...), mentales (obsesiones, alucinaciones, etc.) o a través de trastornos comportamentales (actos vandálicos, agresiones, robos...).

Así, podemos ver la realización del acto suicida como la expresión más drástica de esa tensión psíquica que ve como única salida del malestar su propia muerte.

El suicidio, no es únicamente el resultado de una situación concreta, de un hecho que se genera de la nada, sino que es el resultado de una tensión excesiva que se ha ido fraguando a lo largo del tiempo y que no ha podido encontrar una evacuación satisfactoria, y que acaba encontrando en la actuación directa la única salida y alivio para su estado de malestar.

LAS PULSIONES (TENDENCIAS) PRESENTES EN EL HOMBRE

Para entender esta actuación autolítica, debo de recurrir al reconocimiento en el ser humano de unas tendencias que están siempre activas, aunque no siempre estén consideradas.

El ser humano tiene una doble tendencia, opuesta una a la otra, y estará presente a lo largo de toda su vida. Esta doble tendencia arraigada en lo más biológico encuentra su paralelismo en los aspectos psicológicos que guiarán su comportamiento y actitudes a lo largo de la vida.

Lo que en otras culturas y teorías se ha llamado el Yin y el Yang, los elementos opuestos que se encuentran siempre presentes en todos los cuerpos, las llamadas tendencias o comportamientos favorecedores de la unión y tendencias o comportamientos más favorecedores de la separación, o cualquier otra denominación, se encuentran no solo presentes en cada uno momentos del desarrollo de los sujetos, también los encontramos en todo grupo y en toda sociedad.

La cuestión diferencial viene dada por la cantidad en la que se encuentran distribuidas esas tendencias. Sin querer entrar en debates que podían ser hasta más filosóficos, se podría decir que hay sujetos que tienen más componentes destructivos, o sociedades más destructivas mientras que otros u otras tienen más componentes unitivos.

En la observación de la conducta del niño observamos de forma muy objetiva cómo se da esa mezcolanza de ambas tendencias en función de aspectos evolutivos. Por ejemplo, un niño pequeño, tiene una tendencia a estar junto con su adulto de referencia, el estar unido a él favorece su desarrollo y le protege. Más adelante, cuando sea adolescente, si continúa con esa relación de la misma forma, podremos estar todos de acuerdo en que, para tener un mejor desarrollo, necesitaría una mayor autonomía: ser capaz de hacer cosas sin el adulto, de enfrentarse a los estudios y al grupo de amigos, etc. porque si no es así, no podrá experimentar ni afrontar los retos que le hagan crecer.

Como sabrán, la visión psicoanalítica desarrolla en su teoría una concepción del psiquismo diferente a la que se estilaba y en la época y se sigue sin estilarse, dicho sea de paso. Para ella el psiquismo, tendrá una función fundamental va a ser la de mediar entre las exigencias del mundo externo y las exigencias que proceden del mundo interno. Más allá de la conocida diferenciación entre lo consciente y lo inconsciente o de las instancias del ello y lo superyó, querría señalar cómo el reconocimiento de tendencias internas que surgen del propio sujeto van a marcar un antes y un después en las teorías psicológicas. Los sujetos hemos de mediar entre nuestros propios impulsos y las exigencias del mundo externo.

Podemos estar acostumbrados a hacer frente a las tensiones que proceden del mundo exterior, en nuestro caso cómo hacer frente a la inflación, a la competitividad o exigencias del trabajo, etc. En otros casos por la lucha concreta para conseguir el pan o el techo cada uno de los días.

Más difusa es la tarea de hacer frente a las pulsiones (tendencias) que proceden del mundo interno. A veces no se ven y ni siquiera son reconocidas por observadores externos, Estas tendencias, pueden agruparse en pulsiones de vida (de unión o de conjunción) y pulsiones de muerte (de desunión o disgregación). A lo largo de la vida ambas pulsiones van a estar permanentemente presentes y no se podrá obviar a ninguna de ellas. Freud, tras la observación de situaciones clínicas, describió desde varias perspectivas la existencia de una tendencia en el hombre que tiende al autosabotaje o a repetir aquello que le ha provocado dolor, tensión o malestar. Es como si hubiera una fuerza que escapa de nuestro control que tiende a nuestra propia autodestrucción.

Llegados a este punto, señalamos cómo en el comportamiento suicida lo que se evidencia es que la pulsión de muerte vence a la de vida.

EL APEGO Y EL DESAPEGO A LA VIDA

Cuando la muerte es vista como la “única salida” a una situación de dolor y/o desesperanza, se nos plantean a los profesionales grandes retos y aceptaciones, como la de ver que no somos omnipotentes, al constatar que no podemos evitar ni el malestar de todos, ni todos los malestares y desesperanzas.

Desde la teoría se plantea que no es útil únicamente la propuesta educativa de “enseñar” al sujeto a no escuchar sus tendencias, ni tampoco es útil únicamente proponerle una actitud optimista ante los retos ni por supuesto negadora de la realidad y del sufrimiento.

Al reflexionar sobre esta tendencia autodestructiva, Freud la ve tan potente que llega a plantear como imposible la profesión de psicoanalista. Podríamos decir que en el hombre hay una tendencia a buscar el malestar o si preferimos oírlo de otro modo que nos sea más tolerable, a no hacer aquello que sabemos que nos sienta bien. Confirma cómo el sujeto no hace lo que sabe que le va bien, quizás dominado por su deseo de placer, teniendo tendencia a dejar de hacer aquellas cosas que le suponen un esfuerzo activo y costoso. En todo caso, dice, únicamente lo que puede conseguir es diferir esa autodestrucción. Son muchos los ejemplos y las observaciones en la vida cotidiana que nos reflejan esta observación. Esta visión tan pesimista se ve modificada cuando escribe “El yo y el ello”, al plantear que en realidad la vida es un combate entre ambas tendencias: la de vida y la de muerte.

Y nos señala que la propuesta saludable, ha de ir dirigida hacia la aceptación de las pulsiones de muerte, en el sentido de no negarlas y la potencialización de las pulsiones de vida.

LA VIA DE EXPRESION DE LAS PULSIONES

Reconocer esta doble tendencia y la realidad de una tendencia a la autodestrucción en el ser humano llevó a la teoría a replantearse cuál era entonces la forma de poder afrontar estas dificultades y las consecuencias que genera.

La salida favorable ante la encrucijada tendencia de vida / tendencia de muerte, debe de estar basada en tres elementos:

1. El reconocimiento de la agresividad como un elemento indisoluble del ser humano. Lo ideal es que la agresividad pueda ser expresada a través de la palabra. Es la forma de poder ser pensada. La agresividad no verbalizada tiene dos posibles salidas, una dirigida hacia el exterior convirtiéndola en heterodestructiva, agrediendo al objeto externo (persona institución...) o convirtiéndola en autodestructiva. En ambos casos, volverá nuevamente hacia el propio sujeto para destruirse a sí mismo (en todos los niveles que cubren el abanico desde la agresión leve hasta el suicidio).
2. La posibilidad de utilizar la agresividad de forma positiva hace que pueda continuar con su desarrollo. La imagen de un niño comiendo su primer trozo de pan triturando con su mandíbula la comida es una buena imagen para ver la necesidad de que haya una integración adecuada entre la pulsión agresiva y la pulsión de vida. Solo masticando y “destruyendo” puede hacer que el alimento le aproveche bien y el niño pueda crecer. La destrucción (pulsión de muerte), se vuelve positiva cuando permite que el sujeto se

desarrolle (pulsión de vida). El trabajo para conseguir esa adecuada “intrincación pulsional”, posibilitará que ambas fuerzas sean bien utilizadas para un mejor desarrollo.

3. Enfrentándose a los conflictos y amenazas canalizando y transformando todas esas tendencias que pueden ser potencialmente desadaptativas en comportamientos que sean aceptables y beneficios para el individuo y/o para la sociedad (deporte para canalizar los impulsos agresivos). La sublimación es la forma más saludable de poder afrontar los problemas y las dificultades con las que el sujeto se encuentra.

EL ENTORNO Y SU INFLUENCIA EN EL MANEJO DE LAS PULSIONES

A lo largo de la vida, hemos necesitado el acompañamiento y el modelaje para poder aprender a manejar esas tendencias de forma que sean saludables y si hacer que la vida predomine sobre la muerte. El famoso llamado espíritu de superación, hacer de la crisis una oportunidad, resurgir de las cenizas... Sin duda hemos necesitado del apoyo de alguien que ha podido hacerse cargo de aquellos aspectos para los que no estábamos preparados para afrontarlos. La existencia de unos padres suficientemente buenos y la relación suficientemente sana con ellos es lo que puede hacer que sea posible ese desarrollo.

Pero querría plantear la importancia del grupo o de la sociedad en relación a este aspecto. El papel contenedor y mentalizador que ejercen las figuras parentales en el niño pequeño, deben de encontrar su continuidad y paralelismo en los diferentes grupos por los que todos hemos ido transitando a lo largo de la vida, los grupos de iguales en la niñez y en la adolescencia o los grupos sociales o incluso de empresa durante la vida adulta. Se puede plantear, como para que haya un buen desarrollo, es también imprescindible la importancia del papel protector que debe ejercer el grupo. Debe de proteger a sus pequeños y a sus iguales de la misma forma que fuimos protegidos durante esa infancia por nuestros padres, aunque por supuesto cada uno a su nivel.

Hoy podríamos reflexionar sobre el papel que la sociedad está cumpliendo en este sentido. ¿Es capaz de contener cuando alguien se siente desbordado por sus propias pulsiones destructivas? O por el contrario, ¿estimula e incluso prima un cierto descontrol y expone al sujeto a su propia autodestructividad? Frases del estilo “voy de marcha hasta que el cuerpo aguante”, “necesito sacar todo lo que hay en mí”, “morir de placer”, etc. me hacen pensar en una respuesta pesimista, porque da la impresión de que muchos de los comportamientos estimulados van dirigidos a más hacia la consecución del placer sin fin que a los placeres más estables y duraderos, es decir más a la consecución de la regresión que a la búsqueda de la progresión.

A este respecto, me gustaría hacer una reflexión que incluya la responsabilidad que como individuos y sociedad tenemos ante dichos comportamientos. Si el entorno y la sociedad no tienen límites claros y bien delimitados, no podrán contener al sujeto. Facilitará o esti-

mulará comportamientos de descarga propios de la regresión o autoagresión, por lo que nos encontrare, ante comportamientos dañinos generados por un uso inadecuado de los objetos que propicien incluso una conducta suicida. Y esto es especialmente grave cuando el sujeto tiene una personalidad frágil o situación de vulnerabilidad.

Hemos visto cómo la existencia del malestar y el acceso a objetos que pueden ser utilizados de forma inapropiada son elementos que probablemente influyan tanto en la creación de patologías psíquicas como en la ideación y actuación suicida.

Un elemento que parece ser disuasorio para la prevención de la patología viene dado por lo que podemos llamar la conexión a la vida, mediante dicha conexión el sujeto puede disfrutar de mayor salud mental y de menor probabilidad de actuación autolítica.

LA CONEXIÓN A LA VIDA COMO MEDIDA PREVENTIVA PARA LA SALUD MENTAL Y ANTE EL SUICIDIO

Me centraré en la importancia de la conexión a la vida como el punto central para la comprensión y prevención del suicidio.

La conexión a la vida es un “constructo” que cada uno de nosotros realizamos individualmente, aunque sin duda está insertado dentro de una sociedad con sus valores y normas... Yo me conecto a la vida, pero lo hago dentro de una sociedad que me “anima” o me marca con sus normas...

Hablar de prevención del suicidio supone replantearnos cuándo empieza la verdadera prevención. No se trata de alejarnos demasiado del tema propuesto, pero sí de remarcar que en los orígenes del individuo se encuentra esa pujanza por la vida a la que antes mencionábamos. La lucha no puede realizarla el bebé o el niño pequeño solo, requiere de una ayuda de un ser superior y con capacidad para poder satisfacer sus necesidades biológicas de alimentación y cuidados en general y las necesidades emocionales de afecto. Una y otra imprescindibles para asentar los principios de una personalidad sana.

En los primeros momentos de vida, se establecerán vínculos y relaciones estudiadas y descritas en detalle en diferentes trabajos del campo de la psiquiatría y de la psicología...

Hay también estudios que hacen referencia a la ilusión que el adulto coloca, proyecta, en el niño y que le alimentará y posibilitará dar sentido a muchos de los avances (incluidos la comunicación y el lenguaje).

Este cuidado y relación del adulto con el niño deberá ser lo suficientemente flexible como para ajustar su apoyo en función de los momentos evolutivos, favoreciendo que el pequeño pueda afrontar los diversos conflictos que le va planteando la vida.

Hablar de desarrollo, está inexorablemente unido al hablar de conflictos y de confrontación. Lo nuevo contra lo viejo; lo desconocido contra lo conocido, la inquietud contra la tranquilidad... Esta pugna, que se concreta en muchos antagonismos, no deja de reflejar la existencia de energías que vienen a hacer frente a lo conocido y conquistado, para mantener vivo el deseo por superar las dificultades. Se ha de cuidar por lo tanto el fortalecimiento de las energías de vida para mantener activa la lucha por la superación.

Podemos ver los síntomas de los trastornos psíquicos como una muestra del deseo en mantener activa la vida. Todo síntoma tiene una parte que refleja ese deseo de poder superar la dificultad (la alucinación refleja un deseo de ver las cosas de otra manera para poder soportarlas...).

En los casos más graves, podemos ver cómo hay síntomas que expresan de forma clara el funcionamiento de las tendencias autodestructivas. A veces es una autolisis psíquica o moral, vemos al paciente que se autodestruye con sus críticas considerándose incapaz de realizar algo o de ser indigno para recibir de amor y valoración. Estos casos nos sirven para pensar sobre la dificultad que el paciente tiene en poder usar su capacidad agresiva de forma saludable. En vez de pelear por resolver el conflicto, se destruye emocionalmente lo que le lleva inevitablemente a un retroceso en su desarrollo.

En el caso de la conducta suicida se ve cómo la agresividad está dirigida hacia la auto-destrucción, no aportando elementos que permitan ver una salida al conflicto de modo saludable.

EL APEGO A LA VIDA

Toda la tarea preventiva estará enfocada en base al establecimiento de esa relación de base que podemos llamar segura, siguiendo una terminología muy actual. Ese apego y conexión a la vida, debe de ir actualizándose en cada una de las etapas del desarrollo.

Como decíamos, la sublimación es un mecanismo, una estrategia, que utilizamos para enfrentarnos y dar salida a los conflictos. Mediante ella el sujeto puede transformar sus tendencias en movimientos saludables que le permiten a él una buena evolución y que además aporta a la sociedad elementos positivos. El apego y conexión a la vida podrán mantenerse a través de mecanismos como la sublimación.

No es el caso que nos encontramos cuando la agresividad del hombre se ve actuada para su propio beneficio, su propio alivio de tensión, sin empatía, sin importarle nada más que la búsqueda de satisfacción y la descarga directa de todas sus tendencias.

La sublimación puede desarrollarse a través de la lucha por ideales, la defensa de la familia, del grupo, del ideal político o del ideal religioso, cualquiera de esas luchas va a hacer que el individuo tenga una motivación suficiente para vivir.

Los vínculos afectivos pueden ser vistos como una forma de sublimación de esa tendencia. Cuando la expresión es sublimada, nos encontraremos con conexión a la vida, bien a través por ejemplo de la relación amorosa con una persona o con una idea o una creencia que nos lleva a luchar por mantener o defender unos ideales que provocan ese desarrollo tanto del sujeto como de la sociedad.

REFLEXIONES FINALES

Las tasas de suicidio son ahora muy elevadas, cualquier número es mayor de lo deseado, y nos remueve sobre los motivos que han podido llevar al sujeto a “retirarse” de la vida. Ahora se habla más abiertamente de ello, y se hace imprescindible trabajar con vistas a poder entender y la forma en la que se debe de afrontar. (2 veces más que accidentes de tráfico, 14 más que homicidios y 80 veces más que los muertos por violencia de género), quedan interrogantes por estudiar y responder sobre la incidencia en función de la edad y el sexo.

En el desarrollo realizado en mi presentación, he tratado de exponer que ante los problemas que observamos en salud mental y en la conducta suicida en concreto convendría plantearnos.

La importancia de la crianza y de las primeras relaciones en el establecimiento de una estructura de personalidad saludable.

Replantearnos la importancia de la sociedad en el cuidado del individuo. Sin duda debe desarrollar un papel importante en el cuidado de los grupos desfavorecidos, dándoles soporte.

Replantearnos la importancia de la sociedad como modelo y como contenedora de angustias y malestares del individuo, recuestionándose su papel de precipitadora de conductas autodestructivas social, moral o física.

Resaltar el papel de la educación en cuanto que puede capacitar al individuo para encontrar vías de expresión de su malestar (desde facilitar capacidades comunicativas hasta el desarrollo de habilidades sociales que puedan facilitarla).

La sanidad tiene un papel: recoger las incapacidades y detectar aquellos casos en los que el individuo no dispone de recursos para poder identificar ese malestar o tendencia y aceptar las solicitudes de ayuda como una vía de superación del conflicto.

REFERENCIAS

Méndez V., Juan Carlos. (2019). Dolor psíquico: una mirada a su condición actual. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 57(2), 176-182. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200176>

Gutiérrez Quintanilla, J.R. El suicidio: etiología, factores de riesgo y de protección. Revista Entorno, Universidad Tecnológica de El Salvador. www.utec.edu.sv, diciembre 2013, número 54: 6-11.

Klonsky, E.D.; May, A.M.; y Saffer, B.Y. (2016) Suicidio, intentos de suicidio e ideación suicida. Revisión anual de psicología clínica 2016 12: 1, 307-330.

Gobierno Vasco-Departamento de Salud. (2019) Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevenccion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevenccion_suicidio_cast.pdf

Freud, S. (1923). El yo y el ello. Obras completas. Madrid, Biblioteca Nueva, vol. II.
(1930). El malestar en la cultura. Obras completas. Madrid, Biblioteca Nueva, VIII.

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (2013). Diccionario de psicoanálisis. Ediciones Paidós.

LA ATENCIÓN PRIMARIA RECEPTORA DEL MALESTAR Y DEL TRASTORNO MENTAL

ANDER RETOLAZA

Bizkaiko Osasun Mentaleko Zentroko burua /
Jefe de Centro de Salud Mental de Bizkaia

1. Introducción

No se puede entender nuestro sistema sanitario sin la Atención Primaria de Salud (AP). A pesar de su insuficiente dotación de recursos y de su continua y permanente crisis no es posible concebir su ausencia en un servicio público de salud digno y bien organizado. La filosofía de la AP implica una cercanía de la atención sanitaria al conjunto de la ciudadanía que debe de ser entendida tanto en lo relativo a la accesibilidad de los servicios como en el trato y consideración hacia los usuarios. No se trata solo de organizar los diversos niveles de la atención que culmina en los servicios hospitalarios de orden terciario. Una ordenada circulación de los pacientes implica una eficiencia mayor de los recursos con el consiguiente ahorro en el gasto, pero también una mayor satisfacción de aquellos.

La atención a la Salud Mental (SM) no es en absoluto ajena a este planteamiento. Podemos concebir la atención psiquiátrica como una ruta que los usuarios y pacientes inician en la comunidad, transcurre por la AP, accede a los servicios comunitarios de SM y, solo en su tramo final y en caso de necesidad, desemboca los servicios de psiquiatría hospitalarios. Esta ruta es ancha y transitada en sus inicios y estrecha al final. Es así porque la mayoría de los casos son leves o presentan un malestar inespecífico (entendido este desde una perspectiva diagnóstica) y al hospital llegan pocos casos, la mayoría graves y con niveles de riesgo (incluido el suicida) considerables.

En este proceso la AP evalúa, deriva y atiende a un gran número de pacientes que, salvo riesgo serio, mala evolución o deseo expreso de acceder a servicios especializados por parte de los usuarios, son la mayoría. Este funcionamiento puede resultar inapropiado cuando está sometido a tensiones procedentes de la propia estructura de los servicios,

una demanda desbordante o gestionada con dificultad y unos procesos de atención ineficientes. Esto se traduce en resultados insatisfactorios tanto para los usuarios, como para los propios profesionales y los gestores responsables de los servicios.

Una característica determinante de los procesos de atención al malestar psicosocial, y una buena parte de los Trastornos Mentales (TM) establecidos y graves, es que se trata de intervenciones que no solo son de naturaleza sanitaria, sino que tienen un componente social o socio-sanitario imposible de obviar. De esta forma la red de atención se complica porque va más allá de cualquier tipo de intervención estrictamente clínica y alcanza un terreno en el que los sanitarios no suelen tener formación ni suficiente experiencia. Es imposible concebir y desplegar una psiquiatría y una atención a la SM a la altura de las necesidades de hoy en día si no se tiene en cuenta esta circunstancia.

Para empezar, y más allá del posible componente biomédico de los TM, existe una amplia gama de determinantes sociales relacionados con la mayoría de los pacientes que habitualmente son atendidos en nuestros servicios. Por otro lado, la presencia cada vez mayor de casos de malestar social (o psico-social) de dudoso etiquetaje diagnóstico condiciona un inadecuado abordaje de los mismos, cuya consecuencia más conocida es una medicalización excesiva y poco resolutive que, además, resta recursos económicos al sistema sanitario. La mayor parte de este tipo de casos son atendidos en AP y en los servicios de SM en la comunidad. De ahí que la crisis o la ineficiencia de estos niveles intermedios repercute en un mal funcionamiento de todo el sistema.

2. Determinantes Sociales y Malestar Psicosocial

Existen pruebas derivadas de múltiples estudios realizados a nivel internacional, que detallan el tipo y las características de los determinantes sociales que condicionan o aumentan el riesgo de padecer una peor SM. Los principales de estos determinantes son el Género Femenino; las Desigualdades Socio-Económicas; ser pobre o de Clase Social baja; la Edad (Jóvenes y Ancianos, peor que edades medias); estar Desempleado o sujeto a Precariedad laboral; las Malas condiciones de Vivienda o el Desahucio; un Bajo nivel de Educación; padecer Discriminación Social o Racial; la Migración y la Soledad. Su asociación con los problemas de SM es constante y muy evidente por lo que es necesario tenerlos en cuenta ante cualquier procedimiento que se pretenda terapéutico y, más o menos, resolutive.

En cuanto al llamado Malestar Psicosocial se detallan a continuación algunas de sus características principales:

- Demanda Espontánea (50% de los casos).
- Predominio de Conflictos Laborales o Familiares.
- Frecuente presencia de Síntomas Adaptativos, Leves y Transitorios.

- Diagnóstico Clínico Inexistente, Dudoso o Forzado.
- Códigos Z (Demandas sin Diagnóstico según la ICD) en un 25% de los casos.
- Sobrediagnóstico asociado a Presión Asistencial (AP y SM).
- Medicalización de Problemas comunes de la vida (Efectos Adversos y Gasto Sanitario).
- Remisión Espontánea, Alta o Abandono.
- Necesidad de Apoyo y Sostén Inespecíficos.
- Frecuente presencia de Estrés Crónico y Riesgo de TM.
- Falta de Resolución e Ineficiencia de los servicios.

Se hace necesario decir que necesitamos cambios (algunos importantes) en nuestro sistema de atención para abordar mejor el malestar social y los TM. Por supuesto que la AP (y también la SM) precisan más recursos humanos. Pero nuestra manera de trabajar debe evolucionar hacia modelos más accesibles para la ciudadanía y más colaborativos entre los profesionales. También debemos de perfeccionar un escalonamiento gradual de la intensidad de la atención, donde lo más leve sea tratado de la forma más sencilla posible (lejos de una especialización, que en SM resulta muchas veces estigmatizante) y lo más complicado o grave disponga de alternativas de tratamiento no solo farmacológico, sino psicoterapéutico y socio-sanitario. De todo esto hay pruebas de efectividad suficiente y experiencia contrastada en diversos países de nuestro entorno. En el País Vasco tenemos también algunos buenos ejemplos al respecto, pero aún no hacen suficiente masa crítica para generar un cambio en el sistema.

Finalmente se hace preciso que una ciudadanía más consciente de sus derechos participe en la organización y evaluación de los sistemas de atención. Pacientes, expacientes, usuarios y familiares deben aportar su conocimiento y experiencia. Para ello, lo primero que necesitan es liberarse, al menos en parte, del estigma que pesa sobre este tipo de problemas. La buena noticia es que disponemos ya de legislación garantista que puede ayudar en este camino.

3. La Demanda en Salud Mental

Se considera que, independientemente del motivo de consulta entre un 20 y un 25% de los pacientes que acuden a un médico de familia padecen algún tipo de malestar o TM. Puede ocurrir que, aun teniendo el problema, pueden consultar por otros motivos. Ya en la década de los 90 nuestro equipo de trabajo llevó a cabo un estudio centrado en consultas de AP del Centro de Salud de Basauri, hallando, mediante entrevista psiquiátrica estandarizada, que un 19% de los consultantes en AP presentaba un diagnóstico específico según criterios rigurosos de TM (ICD-9). Se encontró, además, un 10% de pacientes que, sin cumplir criterios definitivos de TM, presentaban diversos síntomas del tipo estrés, ansiedad o depresión que les generaban un evidente malestar. En resumen, casi un 30% de las personas consultantes (una de cada 3) presentaban síntomas que interferían en su normal funcionamiento de vida. De este grupo los médicos de familia identificaron como casos a un 45% (cerca de la mitad) y, aunque su especificidad fue alta (87,2%) indicaron

presencia de TM en un buen número de casos que no cumplían criterios del mismo (es decir, en personas que no lo padecían).

La conclusión es que existen personas con TM que, por diversos motivos no consultan por el mismo o no son detectadas en AP y personas sin TM que pueden ser tratadas en AP o, incluso, derivadas y tratadas en SM. En consecuencia, podemos encontrar que en ambos niveles de atención pueden aparecer en tratamiento todo tipo de casos de intensidad leve o grave, además de pacientes no tratados en ninguno de los dos servicios a pesar de padecer a veces incluso síntomas importantes. Esta situación describe las características de lo que podemos llamar una atención mal orientada. Por el contrario, una atención bien orientada tendería a concentrar los casos leves, sin TM y no tratados en AP y los graves en SM.

El anterior es un objetivo de excelencia que, por múltiples motivos, resulta difícil de alcanzar en las condiciones actuales de nuestros servicios. Influyen en ello diversas circunstancias relacionadas con la accesibilidad de los mismos y las peculiares características asociadas a la demanda de atención por causa de posible TM.

Diversos estudios han encontrado que en la decisión de consultar influyen factores tales como:

- La gravedad del TM.
- La propensión de la persona en cuestión hacia la búsqueda de ayuda.
- La accesibilidad de los servicios.
- La disponibilidad de recursos alternativos.

En la base del proceso están las características personales del paciente relacionadas con su cultura de origen (piénsese en emigrantes o minorías culturales), hábitos sociales o percepción del estigma asociado a los TM. También resultan determinantes las características de los servicios relacionadas con su accesibilidad (distancia, necesidad de transporte...), listas de espera, tipo y tiempo de consultas, etc. A lo anterior hay que añadir las características del médico, psicólogo o terapeuta que, reales o imaginadas, en muchas ocasiones, son conocidas con carácter previo por parte del potencial demandante e influyen en su decisión última.

En líneas generales tienden a consultar más las mujeres que, con mucha frecuencia, hacen demandas de escucha y apoyo. Aparecen muchas consultas relacionadas con conflictos laborales (incluidas bajas) y familiares. Debido a su mejor accesibilidad se suele consultar más en zonas urbanas. Por el contrario consultan menos por propia iniciativa los varones (especialmente si son ancianos o adolescentes), las personas con bajo nivel de escolarización y las minorías étnicas. La peor accesibilidad a los servicios influye en una menor demanda en zonas rurales distantes y despobladas.

4. Modelo General de Organización. El papel de la Atención Primaria

Teniendo en cuenta todo lo anterior podemos considerar un Modelo General de Organización de los servicios de SM que, en lo sustancial diferenciaría un entorno de AP y otro especializado. El primero incluiría un gran grupo de problemas de carácter leve o transitorio, además de todo lo relacionado con el malestar emocional que no sería propiamente TM, pero realiza demandas de asesoría y ayuda. El objetivo fundamental sería el de evaluar y orientar estas demandas intentando no medicalizar los problemas de la vida diaria. Una parte importante de pacientes con síntomas leves de ansiedad y depresión, con gran frecuencia relacionados con el estrés, serían abordados por la propia AP, intentando organizar sistemas de apoyo y sostén basados en la comunidad y, si es necesario, con protocolos sencillos de medicación durante un tiempo limitado. Finalmente la AP derivaría a SM aquellos casos en los que la urgencia o la gravedad del problema lo requiriera. En la práctica ocurre que, salvo en unos pocos casos graves, relacionados casi siempre con sintomatología psicótica, problemas de conducta graves o riesgo suicida evidente, los médicos de familia derivan a aquellos pacientes con los que, después de un tiempo, no ha funcionado el tratamiento que han ensayado. También, y por motivos obvios, tienden a enviar a SM a quienes insisten en ser derivados.

El entorno propio de la SM en cuanto especialidad se dividiría, a su vez, en dos campos relativamente diferenciados, aunque con puntos de contacto y solapamiento. En esencia habría que distinguir un ámbito propio de pacientes con TM, incluso grave, pero de *carácter agudo* y circunscrito en el tiempo, y que no precisan (o precisan poco) de recursos socio-sanitarios de sostén. Y un segundo ámbito de pacientes con TM, casi siempre *grave*, de curso *crónico* (superior a los dos años de tratamiento y, a veces, muchos más) que precisan recursos socio-sanitarios de gran intensidad dirigidos a evitar su deterioro psicológico y social y que les proporcionen los cuidados pertinentes. Se intenta que estos sean dispensados en lo posible fuera del hospital psiquiátrico que, en lo ideal, no debiera de ser necesario. En el primer caso los dispositivos en los que se proporciona la atención son los Centros de Salud Mental (CSM) y los Servicios de Psiquiatría de Agudos en Hospital General. En el segundo, se dispone de Hospitales Psiquiátricos Monográficos (los tradicionales manicomios reformados y dedicados ahora a la rehabilitación) y otros recursos ambulatorios, tales como Hospitales y Centros de Día, así como dispositivos residenciales, de empleo protegido y sociales en la comunidad. En toda esta red de dispositivos resultan esenciales aquellos que proporcionan ayuda y sostén a las familias de los enfermos más graves y discapacitados.

Dentro de este modelo general ocurre que los servicios especializados (ambulatorios y hospitalarios) comparten muchos pacientes de perfil agudo y crónico así como los circuitos de atención que les corresponden, dado que se tiende a que estos sean lo más comunitarios y menos estigmatizantes posible. Por motivos similares, el ámbito de la AP y el especializado ambulatorio tienden a compartir un amplio grupo de pacientes, ya sea porque padecen enfermedades médicas además de TM, o porque, a lo largo del tiempo, fluctúan entre ambos sistemas según evolucionen sus síntomas y la necesidad de apoyo

que precisen. Es frecuente que pacientes dados de alta en SM y reenviados a AP, reinicien contactos con el nivel especializado después de un tiempo.

Es en estas circunstancias donde se percibe mejor la manera en la que los determinantes de índole social, como los arriba mencionados, condicionan de forma importante el posible origen de los síntomas y la evolución de un buen número de pacientes. Y ello de forma independiente a la gravedad del problema que padezcan. En función de esto lo normal debiera de ser que este tipo de factores sociales pudieran ser convenientemente tenidos en cuenta también a la hora de programar y realizar los tratamientos. Pero esto no siempre resulta posible en las circunstancias actuales.

5. Intervenciones y Modelos de Trabajo

Tras lo descrito en los apartados anteriores, alguna de las intervenciones, actitudes y modelos de trabajo adecuados para ser aplicados en SM serían del orden siguiente:

- Limitar la actitud Diagnóstica (especialmente en AP): Pensar más en Códigos Z (Motivos y circunstancias asociadas a la demanda).
- Considerar una Indicación de NO Intervención (especialmente en SM).
- Desplegar Intervenciones de Baja Intensidad (tanto en AP como en SM):
 - Sin fármacos (o muy pocos y por poco tiempo).
 - Con personal no Médico (Enfermería, T. Social, Tercer Sector).
 - En la Comunidad, mejor que en los servicios de asistencia.
- Desplegar Programas de Modelo Escalonado.
- Implantar Modelos Colaborativos de Atención.
- Generar Datos sobre el Problema e Investigar en lo relativo a los Códigos Z.
- Trabajo estructurado como un continuo y coordinado en Red (Sanitaria y Sociosanitaria).
- Desplegar Políticas Sociales: Ingreso Mínimo Vital y/o Renta Básica.

En la actualidad la práctica más extendida en nuestros servicios es la de derivar al nivel especializado un gran número de casos con presencia de síntomas psicológicos circunstanciales y/o dificultades psicosociales diversas. Debido a la presión asistencial, formación insuficiente, actitudes y métodos de trabajo establecidos esto se hace con mucha frecuencia. Una vez en los servicios de SM, y en caso de que se decida no medicar al paciente o hacerlo de forma limitada, lo habitual es que le sea administrada algún tipo de

terapia psicológica (siempre que exista esa posibilidad en el servicio, cosa que ocurre en pocas ocasiones dada la falta de recursos). Se supone que esta actitud es la más adecuada para casos de malestar psicosocial o TM de intensidad leve o moderada. Ante esta falta de recursos adecuados en SM, la tipología de los casos a tratar y la alta frecuentación de consultas, desde hace algún tiempo se está promoviendo la presencia de psicólogos clínicos en el primer nivel asistencial (AP) como forma de solución. Esta forma de trabajo recibe el nombre de *Modelo de Sustitución*. En ella el control y la responsabilidad del caso pasan de un profesional de AP a otro de SM durante, al menos, una parte del tiempo de tratamiento. Y, como acabamos de señalar, esta forma de proceder se relaciona con la provisión de terapias psicológicas, ya sea en contexto de SM o en contexto de AP.

Como alternativa, existe buena evidencia publicada apoyando la implantación del llamado *Modelo de Colaboración* del que existen experiencias en diversos países avanzados. Este modelo requiere algunos cambios en el sistema organizativo asistencial y en los métodos de trabajo (como puede ser la introducción de Tecnologías de la Información y Comunicación), por lo que suele presentar, de inicio, posibles resistencias a su implantación por parte de algunos profesionales apegados a sus hábitos tradicionales de trabajo. Se trata de un modelo de atención dirigido a la eficiencia y a la satisfacción de los usuarios que incluye una amplia gama de intervenciones, tales como formación dirigida a profesionales, educación de pacientes, gestión de casos, provisión de consultas y un uso sistemático de guías de práctica clínica y sistemas de evaluación. Lo esencial del modelo se centra en un cambio de funciones de los clínicos de ambos niveles (AP y SM). El modelo puede requerir formación suplementaria para nuevos roles profesionales como es el de Gestor de Casos, papel que se suele asignar a profesionales de enfermería.

Para finalizar y como resumen, incluiremos las Recomendaciones del Consejo Asesor de SM del Gobierno Vasco (2017) sobre algunas de las principales cuestiones mencionadas en este texto:

1. Elaborar y desplegar una Guía Clínica de Atención a la Depresión que incluya acciones tanto en AP como en SM (Basada en experiencia práctica, documental y de investigación).
2. Impulsar intervenciones Psicoeducativas y Psicoterapéuticas en AP dirigidas a pacientes con Trastorno Mental Común, con supervisión y apoyo de SM.
3. Desplegar Terapia Cognitivo Conductual por Internet, guiada y apoyada por profesionales, para trastornos depresivos leves y moderados, y a disposición tanto de AP como de SM.
4. Desarrollar y desplegar un Sistema de Consultoría con SM y apoyo a la AP mediante el uso generalizado de TICs (Interconsulta no Presencial, Videoconsulta...).
5. Estructurar y poner en marcha un Plan de Formación Continuada para toda la CAPV, consensuado entre AP y SM, incluido en el Plan de Formación Corporativo del Departamento.

6. Referencias

Thornicroft, G. y Tansella, M. (2009). *Better Mental Health Care*. Cambridge University Press.

Bower, P. y Gilbody, S. *Managing common mental health disorders in primary care. Conceptual models and evidence base*. BMJ, 2005, 9; 330 (7495). 839-42.

Silva, M.; Loureiro, A.; y Cardoso, G. *Social Determinants of Mental Health: a review of the evidence*. Eur J. Psychiat. 2016. Vol. 30, Nº 4 (259-292).

Ortiz Lobo, A.; García Moratalla, B.; y Lozano Serrano, C. *Las consultas sin patología en salud mental*. En Retolaza A. (Editor). Trastornos mentales comunes: Manual de orientación. Madrid: AEN Estudios, 2009, 41; pp.: 97-108.

Calderón, C.; Mosquera, I.; Balagué, L.; Retolaza, A.; Bacigalupe, A.; Belaunzaran, J.; Iruin, A.; y García, B. *Modelos e intervenciones de colaboración entre Atención Primaria y salud Mental en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión: resultados de una meta-revisión*. Investigación comisionada. Departamento de Salud, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz. 2013. Informe Osteba D-13-13.

Calderón Gómez, C.; Mosquera Metcalfe, I.; Balagué Gea, L.; Retolaza Balsategui, A.; Bacigalupe de la Hera, A.; Belaunzaran Mendizabal, J.; Iruin Sanz, A.; y García Moratalla, B. *Modelos de Colaboración entre atención Primaria y Salud Mental en la Asistencia Sanitaria a las Personas con Depresión: Resultados Principales y Retos Metodológicos de una Meta-Revisión Sistemática*. Rev. Esp. Salud Pública 2014; 88: 113-133.

Martínez Álvarez, J.M.; Marijuán Arcocha, L.; Retolaza Balsategui, A.; y otros. *Estudio de Morbilidad Psiquiátrica en la población atendida en el centro de salud de Basauri*. Aten. Primaria, 1993; 11:127-132.

DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMÁTICA MENTAL (GRAVE) EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

ANA MARÍA JIMÉNEZ

Psikiatria eta Osasun Mentaleko Zerbitzua (Alcázar de San Juan) /
Servicio de Psiquiatría y Salud Mental (Alcázar de San Juan)

Introducción

Por detección precoz entendemos toda acción encaminada al descubrimiento de un problema psicopatológico en sus primeros estadios o justo antes de su inicio. Pero también la entendemos como la detección temprana de signos de posible sufrimiento psíquico en la infancia y adolescencia, que pueden ya indicar el inicio de una psicopatología o bien constituir signos de alarma del posible desarrollo de la misma en edades posteriores.

La infancia y adolescencia son periodos evolutivos cruciales y las condiciones en las que se va desarrollando la personalidad del niño, la niña y el adolescente son esenciales para su salud mental, tanto presente como futura, ya que se sabe qué factores genéticos, orgánicos, ambientales, psíquicos y relacionales pueden influir en su desarrollo emocional, provocando trastornos psicopatológicos definidos. La prevalencia de problemas mentales en estas edades está alrededor del 12-14% y gran parte de los trastornos que se sufre siendo adultos, empiezan a manifestarse en la adolescencia, especialmente hacia los 14 años. Pero la pandemia ha emporado esta situación.

En estos primeros años el funcionamiento psíquico y su sustrato orgánico, el Sistema Nervioso Central, aún no están desarrollados plenamente y pueden ser modificables en gran medida (Ansermet, F. y Magistretti, P. 2006). Por ello, una correcta detección e intervención precoz y adecuada a las necesidades concretas es importante para obtener una significativa mejoría en las edades más precoces, lo que además previene el desarrollo de ulteriores alteraciones tanto en su desarrollo biológico y psíquico, como en las dinámicas relacionales intrafamiliares y sociales.

Esto es especialmente importante en los problemas mentales graves en estas edades, ya que estos, en términos generales, tienen en común el provocar una pérdida en las posibilidades evolutivas y de vida autónoma, así como serías dificultades en la vida relacional, social y familiar, estando asimismo seriamente alteradas sus capacidades académicas o profesionales. Según la OMS (OMS, 2004) la mitad de las causas de discapacidad a nivel mundial son de origen psiquiátrico.

Desde hace ya muchos años hay un interés creciente por la detección e intervención precoz de trastornos mentales en estas edades. Sin embargo, si bien es verdad que en la actualidad se están impulsando por parte de las autoridades sanitarias programas para la prevención del suicidio, de adicciones y de primeros brotes psicóticos en adolescentes, los programas de prevención, detección e intervención precoz en la primera infancia apenas se han desarrollado y menos se han generalizado los ya existentes. Entre las causas podemos tener la tardanza en la aparición y desarrollo de equipos y profesionales específicos de Salud Mental del Niño y del Adolescente en nuestro país, con desigual desarrollo en las distintas comunidades autónomas, el aumento creciente de la demanda y la deriva desde un modelo de Salud Mental Comunitaria, donde la concepción bio-psico-social, y por tanto los aspectos preventivos y de detección e intervención precoz son fundamentales, hacia un modelo de asistencia biomédico, donde prima la visión más orgánica de la asistencia.

Sobre la detección precoz de problemas mentales en infancia y adolescencia

La detección precoz, que está dentro de la prevención secundaria selectiva, tendría que cumplir determinados requisitos para poder ser eficaz y no estigmatizante. Debería estar implícita en la práctica de los diferentes profesionales y equipos que los atienden, además de tener que desarrollar programas o guías o protocolos específicos para determinadas psicopatologías. Por otra parte, la detección precoz está inmersa en la cadena prevención, detección, diagnóstico e intervención precoz, y debería ser insoluble al menos de las dos últimas, ya que es imprescindible que haya una correcta valoración diagnóstica para saber qué medidas de intervención son necesarias, cuando se realizan programas de detección precoz. Y estas medidas tiene que contar con un circuito claro para desarrollarlas, y que abarquen tanto medidas indirectas, como intervenciones concretas de diferentes áreas (educativas, sociales y de salud).

En toda esta cadena, el punto clave donde deberían coincidir es partir de que la Salud Mental (SM) no es solo de los profesionales de SM, sino que también está íntimamente relacionada con aspectos sociales y educativos y por tanto concierne también a los profesionales de estas disciplinas. Por ello, los programas o protocolos que se ponen en marcha en cualquiera de estas áreas deben de ser trabajados, la mayor parte de ellos, de modo coordinado entre los distintos dispositivos que están implicados, incluso desde su diseño, incluyendo vías que agilicen las valoraciones diagnósticas interprofesionales.

Dichos programas, al ponerse en marcha, deberían de partir de una sensibilización y formación específica de los profesionales de todos los ámbitos implicados, que suelen ser Atención Primaria de Salud (AP), Servicios Sociales (SS), educativos y los propios de SM, seguido de una evaluación y seguimiento de su desarrollo.

Así mismo el trabajo coordinado y/o en red es imprescindible, con reuniones periódicas de los profesionales de SM con AP, donde se pueda reflexionar, asesorar o incluso evaluar conjuntamente un caso determinado, y con educación y/o SS cuando sea necesario, que permitan también la reflexión conjunta sobre un caso (Ubieto, J.R. 2012) y valorar las actuaciones a seguir.

Por otra parte, muchos de los programas o protocolos/ guías y escalas de evaluación de riesgo de evolución hacia un cuadro psicopatológico grave en bebés, niños, niñas y adolescentes, tienen en cuenta los signos de riesgo y de alarma en los mismos, pero no en los cuidadores y en los relativos a las interacciones entre ambos, aspectos fundamentales en el desarrollo psíquico en estas edades tempranas, ya que puede cronificar la situación o, por el contrario, mejorar la evolución. En los estudios en el campo de la psicopatología del desarrollo (Mechthild Papousek. 2001) se intenta sustituir los antiguos modelos causa-efecto, por un intento de comprender los intercambios relacionales dinámicos con los padres y el entorno social, teniendo en cuenta tanto factores de riesgo, como factores protectores, las características de vulnerabilidad del chico/ chica, pero también la capacidad de resiliencia (capacidad de adaptación a situaciones adversas), factores descompensatorios y compensatorios y además ver si los aspectos contextuales, ambientales y el momento del desarrollo evolutivo están teniendo una influencia en la adaptación en la familia, escuela o medios sociales.

Estos factores de riesgo o señales de alarma tienen que ser accesibles para la asistencia cotidiana en los equipos asistenciales habituales, al menos en el ámbito de la salud y poder recogerlos en las historias clínicas de Atención Primaria actuales, y en Programa del Niño Sano.

Por último, y en términos generales, hay que considerar con precaución los protocolos estandarizados para la detección precoz de psicopatología, porque si no se personalizan y se valoran los posibles signos de alarma dentro del contexto concreto (social, educativo, familiar), viendo si la intervención ha de ser de tipo indirecto disminuyendo o influyendo en los factores de riesgo (asesoramiento, apoyo, mejora de condiciones...) y favoreciendo los factores protectores personales o ambientales que pueden amortiguar el riesgo (apoyo psicosocial a la familias, recursos de integración social, alternativas pedagógicas adaptadas, de contacto y apoyo por parte de las redes sociales, profesionales y no-profesionales, abordaje tutelado del tiempo libre, intervenciones precoces en domicilio o en otros medios para esas familias en situación de riesgo psicosocial grave, de abusos, maltratos, negligencias en el cuidado o trastornos en la vinculación), o intervenciones más específicas, se corre el riesgo de estigmatizar al niño, niña o adolescente con ciertos problemas, y crear

una alarma familiar, que puede agravar la situación al provocar una sobrevigilancia y en muchos casos, una sobreprotección muy negativa para su desarrollo. Las intervenciones han de ser por ello muy cuidadosas y basadas más en las conexiones sociales, la ayuda entre pares o la aceptación de las diferencias. La detección precoz ha de ser del sufrimiento psíquico, y evitar diagnósticos, que en muchas ocasiones actúan como etiquetas estigmatizantes.

Hay que dar prioridad a la psicopatología mental grave, a pesar de que su prevalencia es muy inferior a la de otras patologías de la infancia, dadas las graves consecuencias que tiene a todos los niveles. Sin embargo, en muchos casos, la detección no se realiza hasta la pubertad o adolescencia, como pronto en la segunda infancia, cuando ya se están produciendo alteraciones severas del comportamiento, fracaso escolar, TDAH u otros síntomas de inestabilidad emocional.

Así mismo, son importantes la detección e intervención precoz de los intentos autolíticos, y del maltrato y abuso en infancia. En la actualidad ya sabemos los cambios neurobiológicos que las primeras experiencias de violencia y/o maltrato persistente pueden provocar en el niño. Y como está relacionado con determinadas psicopatologías posteriores (Kandel, E.R. 2006).

Hasta el momento, no se han encontrado marcadores específicos ni a nivel biológico, ni psíquico, ni social para la detección precoz de estas problemáticas mentales. Sin embargo, diferentes investigaciones han podido consignar algunos factores de riesgo para la psicopatología grave y signos de alarma en el bebé y en la infancia y adolescencia, pero también precursivos o señales de alarma inespecíficas en estas edades, que correlacionaran significativamente con la aparición de problemas mentales graves, no solo en la infancia y adolescencia, sino también en la edad adulta (Tizón, J. 2008).

Factores de riesgo de Trastorno Mental Grave (TMG)

Se consideran factores de riesgo todas aquellas circunstancias de la persona o de su entorno que puedan conllevar una mayor posibilidad de trastorno psicopatológico que la que se observa en la población general. (Jiménez, A.M. 2002). Un factor de riesgo, por sí solo, no tiene por qué ser significativo, pero la asociación de varios potencia ese riesgo. Es importante también tener en cuenta factores, biológicos y psíquicos, que determinan una vulnerabilidad sobre la cual los factores de riesgo pueden facilitar aún más las evoluciones desfavorables.

De la revisión de la bibliografía internacional sobre factores de riesgo y señales de alarma en personas que han desarrollado un trastorno mental grave del tipo esquizofrenia y otras psicosis (Artigue, J. y Tizón, J. 2013) (Cullberg. 2007), podemos en esquema hacer las siguientes agrupaciones:

- Antecedentes familiares con Trastorno Mental.
- Familias desestructuradas y/o con funciones parentales claramente deficitarias. Bajo nivel socioeconómico o déficit de integración social. Hª de violencia. Acontecimientos estresantes (ruptura, abandono, muertes...). Dificultad social: vivienda, indocumentados, prostitución... (ODAT. 2019) (Atención Temprana. 2019).
- Niños nacidos con alto riesgo biológico (más frecuente organización vincular ambivalente o desorganizada, que pueden desembocar en dificultades del vínculo o relacionales) (G. Fava. 1997).
- Alteración primeras relaciones padres-bebé: hospitalizaciones frecuentes, separación de la diada, depresión postparto. Depresión materna.
- Retrasos psicomotores (lenguaje, deambulación).
- Relación con los demás de inhibición y pasividad.
- Vivencias traumáticas tempranas. Acoso escolar permanente.

Factores precipitantes (Cullberg. 2007)

En el riesgo de psicopatología grave es muy importante también considerar estos factores en personas vulnerables.

Factores no específicos:

- Aislamiento.
- Falta de sueño (puede ser un signo de alarma importante).
- Alteraciones somáticas (corticoides, lupus, patologías intracraneales...).
- Consumo de tóxicos.
- Stress intenso (escuela, trabajo, relaciones...).

Factores específicos:

- Crisis evolutivas o de transición (pubertad, adolescencia).
- Pérdidas y separaciones.
- Situaciones que provocan heridas narcisistas.

Signos de alarma

La detección precoz en SM no equivale a un diagnóstico específico, sino la detección de ciertos comportamientos psicopatológicos, a veces con funcionamiento estable, pero que

conllevar o han conllevado un sufrimiento psíquico y cuyo equilibrio puede romperse y dar lugar al cuadro florido.

Las vías de detección son las manifestaciones o quejas del propio niño, niña o adolescente y su familia, la escuela, los profesionales de A. Primaria, y Servicios Sociales (especialmente para familias en desamparo, maltrato, pobreza...). En el bebé y primera infancia los profesionales también implicados son de neonatología, pediatría especialmente de primaria (programas de preparación al parto y del seguimiento del niño sano) y Salud Mental (programa materno infantil. Padres con TMG).

Infancia

En toda valoración de posibles problemas mentales en estas edades, se ha de partir de que comprender el sufrimiento emocional del bebé, del niño y de la niña, supone comprender y estar al tanto de sus trastornos funcionales y desarrollo psicomotor, teniendo pues que tener en cuenta la importancia de la interdisciplinariedad (e interinstitucionalidad) entre cuidados del cuerpo y de la mente, ya que, en los primeros momentos de la vida, el cuerpo y el psiquismo son indisolubles.

Es importante tener presentes en el bebé también las depresiones, los trastornos del vínculo, de la regulación y el comportamiento, de la relación y comunicación, del desarrollo del lenguaje y los retrasos evolutivos (que puedan tener indicios de evoluciones graves) (Valle, M. 2014).

Además de la información de los padres (en un 60% de los casos, son los primeros en sospechar que hay un problema), en el programa del niño sano, la utilización de la escala de valoración del desarrollo psicomotor de Heazier Lleval es esencial para detectar estas señales de alarma. A partir de los 18 meses el test Chat para observación y valoración por pediatra y/o DUE de pediatría y el Mchat para ser rellenado por padres, es utilizado para la detección de posibles cuadros de TEA. Es importante no olvidar que todos estos métodos parten de la observación del niño o de la niña, pero no tienen en cuenta las interacciones con las figuras parentales y con el entorno, que es necesario también explorar. Por ello, cuando se detecten signos disarmónicos en la evolución del niño, se tiene que tener en cuenta el proceso separación- individuación a través de la observación directa y se puede utilizar también la Escala de Apego Madre-Hijo en Condiciones de Estrés (Massie & Campbell).

Los signos de alarma tienen ciertas peculiaridades diferentes, dependiendo de la edad. En bebés y niños más pequeños, podemos agrupar los signos de alarma en los siguientes apartados:

- Fallo en la emisión de señales o claves favorecedoras de la comunicación. Retraso del lenguaje.

- Comportamiento desorganizado: irritabilidad, hipertonia, apatía, tristeza, insomnio frecuente, hipersensibilidad a estímulos, excitación, labilidad, hiporreactividad, dificultad marcada de establecer ritmos fisiológicos.
- No aparición a su tiempo de sonrisa social, respuestas auditivas, intención comunicativa, atención y curiosidad social. Falta de conductas exploratorias. Ansiedad prolongada ante el extraño.
- Conductas específicas maladaptativas: morder, llorar persistentemente, terquedad, pasividad, agresividad (autoagresiones), anorexia (vómitos provocados); conductas repetitivas; respuestas emocionales y motoras desorganizadas; miedos excesivos; reacciones emocionales planas ante adultos significativos.

En niños/niñas más mayores podemos encontrar:

- Signos depresivos. Trastornos por ansiedad importantes. Vinculación ansiosa.
- Problemas de la comunicación/relación.
- Manifestaciones somáticas de trastornos.
- Hiperactividad.
- Fracaso escolar con disarmonías evolutivas.

Pubertad y adolescencia

Tanto la pubertad como la adolescencia son épocas de gran riesgo en personas vulnerables, debido a los grandes cambios físicos y psíquicos que han de afrontar. Y debido a todos estos procesos psíquicos, que se van a manifestar en su comportamiento, es difícil distinguir la normalidad de la psicopatología. Y el problema se plantea si hay que intervenir, donde, como, cuando y quien, a riesgo de estigmatizar y empeorar la situación.

Con relación a los TMG, hay variedad de perfiles en la adolescencia. Algunos de los síntomas aparentemente psicóticos, pueden encontrarse en el proceso más normalizado adolescente. Por ello es importante hablar de tr. delirante o alucinatorio, no de psicosis (ser prudentes).

Los mismos signos de alarma reseñados para la segunda infancia, son válidos en general para estas edades también. En los TMG es interesante el concepto de *estado mental de riesgo* (Wood, Yung, McGorry, Pantelis. 2011) que describe estados en los que es más probable desarrollar psicosis.

Aunque en cada persona la sintomatología inicial puede ser muy variada, podemos agrupar los signos de alarma de la siguiente manera:

- Cambios en el estado de ánimo: cólera, irritabilidad, inquietud...
- Trastornos del sueño y cambios de alimentación.
- Pérdida de energía, incapacidad para concentrarse y tomar decisiones.
- Percepción de que el entorno ha cambiado (atmósfera delirante).
- Retraimiento y aislamiento social.
- Síntomas alucinatorios leves como ruidos, murmullos, con dudas si son internas.
- Discurso desorganizado.
- Desconfianza, pensamientos o comportamientos extraños.
- Mayor dificultad en el trabajo o a nivel educativo.

En fase más avanzada prodrómica (*pre-psicosis*), el mundo exterior se experimenta como alterado y más amenazante. Hay una sensación de que va a haber una catástrofe (no se sabe si en el mundo o dentro de uno mismo), lo que produce una gran ansiedad. A veces disminuye la necesidad de dormir; se deambula por la casa y se oye música muy alta; no se cumplen los horarios de comida. Aceleración del pensamiento, con discurso extraño, difícil de entender, vago o metafórico. Hay momentos de gran frustración y desesperación, con impulsos suicidas. Alto nivel de tensión interna, que lleva a explosiones de ira.

Para facilitar la valoración, se puede utilizar los criterios para la detección de estados mentales de alto riesgo Early Detection and Intervention Evaluation (EDIE. 2020).

LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN RED “COMPARTIENDO CASOS”. VISIÓN HOLÍSTICA DEL SUJETO

CRISTINA ERAUSQUIN

Irungo Osasun Mentaleko Unitateko psiquiatra-burua.
Gipuzkoako Osasun Mentaleko Sarea. Osakidetza /
Psiquiatra-jefe de la Unidad de Salud Mental de Irun.
Red Salud Mental Gipuzkoa. Osakidetza

Cuando las arañas tejen juntas, pueden atar a un león.
(proverbio etíope)

El concepto de *salud* hace años dejó de ser “ausencia de enfermedad”. Tal y como recoge la conocida definición de la OMS: “La **salud** es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Cuando nos referimos a la salud mental, establecemos criterios similares. Acudiendo a la misma fuente, la OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Es decir, el individuo se adapta y afronta los retos vitales de la sociedad a la que pertenece como miembro de pleno derecho.

En la búsqueda de una salud mental plena debemos aspirar a que los usuarios de los servicios sanitarios puedan recibir un tratamiento clínico adecuado a su enfermedad, un correcto desarrollo emocional y afectivo, una integración a nivel social y laboral y un acceso a la prevención y promoción de la salud. Para ello deben actuar diferentes disciplinas de forma coordinada y que aporten sus conocimientos para conseguir estos objetivos siempre, en la medida de lo posible, en el entorno comunitario.

El viaje hasta la salud mental comunitaria

Todos estos conceptos en torno a la salud mental se han asentado principalmente en etapas históricas recientes, muchas veces de la mano de progresos en derechos sociales. Pero hasta llegar a ello se ha recorrido un largo camino para lograr reconocimiento de la enfermedad mental y el consecuente trato digno del paciente.

Echando la vista hacia atrás nos remontamos a los orígenes de la medicina occidental, siendo en la época grecorromana donde ya se contemplan las manifestaciones clínicas de psicopatología como padecimientos del organismo, de la misma manera que otros cuadros clínicos físicos.

Sin embargo, llegó el oscuro periodo medieval y su conocido retroceso en abundantes aspectos científicos. En esta época la patología mental deja de considerarse una enfermedad, ya no es un problema relacionado con la salud, entrando a formar parte de temas de tipo teológico. La *demonología* de entonces prácticamente justificaba la existencia de todo sujeto con psicopatología que, no solo no era susceptible de estudio por la ciencia, sino que ni siquiera se contemplaba que padeciera una enfermedad. Los sujetos eran apartados de la sociedad, muchos de ellos sobrevivían en la pobreza y estaban en situación de marginalidad. Se entremezclan conceptos como la exclusión social y sufrimiento psíquico con patologías médicas. La enfermedad mental no existe, por lo que ni siquiera se contempla intención de tratarla.

Con el paso de los siglos se suceden varios hitos en la historia de la psiquiatría que han sido relevantes para el reconocimiento de la enfermedad mental, la búsqueda de tratamiento efectivo, una adecuada prevención y el trato digno de las personas. Cabe destacar la fundación del primer hospital psiquiátrico del mundo en Valencia en 1409 por el sacerdote Fray Juan Gilbert Jofré, con objeto de administrar una atención más digna y protectora del enfermo mental.

Hay que esperar al siglo XIX para presenciar los progresivos avances en la psiquiatría. El acto casi simbólico de Pinel de liberar de las cadenas a los enfermos de la Bicêtre y Salpêtrière, que marca el arranque del cambio de la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales para que sean considerados como seres humanos merecedores de un tratamiento médico, el trabajo del genetista inglés Joseph Adams que permitió pensar en prevención y curación de la enfermedad mental, el desarrollo del estudio observacional del enfermo por parte de Kraepelin y coetáneos y la aparición de los psicofármacos a mediados del siglo XX marcan el camino hacia una psiquiatría moderna y científica. Actualmente la psiquiatría es la más joven de las especialidades médicas y ya no se cuestiona la necesidad de inversión en recursos socioeconómicos en lo que respecta a la salud mental de los individuos.

No obstante, los grandes avances obtenidos en esta disciplina no se pueden desligar del desarrollo de la atención de la salud mental en la comunidad. Los orígenes de la psiquia-

tría comunitaria tienen como precursor el movimiento de la higiene mental en EE. UU. a principios del siglo XX impulsado por el psiquiatra Adolf Meyer junto con su esposa, Mary Potter Brook (considerada la primera trabajadora social psiquiátrica), y la creación de la Liga de Higiene Mental por parte del abogado Clifford W. Beers, ingresado varias veces en hospitales psiquiátricos y que en 1908 publicó el libro *La mente que se encontró a sí misma*, donde denunciaba las condiciones de aislamiento e incluso maltrato de los entonces manicomios. En España José Germain encabeza la iniciativa de fundar la Liga de Higiene Mental en 1927 y es durante el periodo de la II república cuando se empiezan a realizar actividades de promoción de la salud mental. En épocas algo más cercanas en el tiempo, movimientos más sociales, como la *antipsiquiatría* en los 70 fundamentaron el cambio y desarrollo de la psiquiatría comunitaria. En nuestro país se configuran y asientan las bases de la atención de la salud mental a través de la Ley General de Sanidad de 1986. Actualmente se considera que la enfermedad mental debe ser abordada desde diferentes ámbitos sanitarios y sociales y que no puede perder el contacto con la sociedad y sus avances.

De la teoría a la práctica. El trabajo en equipo

Para poder desarrollar el concepto de salud mental comunitaria y llevarlo a la práctica diaria, es necesario disponer de una visión multicéntrica del paciente teniendo en cuenta todas las áreas del individuo: lo biológico, lo psicológico y lo social. Para ello se necesita trabajar con profesionales de diferentes disciplinas en equipos coordinados y con un eje horizontal. La clave está en el trabajo interdisciplinar, en equipo y estableciendo una red.

El equipo. Podemos decir que un equipo es un grupo de personas con que trabajan en conjunto para alcanzar un fin común. Los conocimientos y aportaciones de cada miembro del equipo complementan y facilitan la obtención del resultado buscado. Por tanto, es sensato plantear que para poder tratar a un paciente con enfermedad mental desde la óptica biopsicosocial es más útil que sea a través de un equipo terapéutico.

El modelo de atención comunitaria contempla esta forma de trabajo y considera imprescindible que en el proceso terapéutico del paciente intervengan diferentes disciplinas aportando sus conocimientos en las áreas correspondientes de forma complementaria y coordinada.

Por este motivo los equipos de salud mental comunitaria se configuran con profesionales de diferentes disciplinas (de la psiquiatría y psicología, enfermería, trabajo social y, siempre que se pueda, de terapia ocupacional). Estos miembros nos van a aportar un punto de vista en base a los conocimientos de cada disciplina en la valoración global e individualizada del sujeto. Es una suma de conocimientos, que en conjunto busca producir un beneficio "holístico". Y para poder ejecutar esta labor, se debe de contemplar el trabajo en red.

El concepto de red. Según la definición de la RAE, una red es “un conjunto de elementos organizados para determinado fin”. En el mundo conocemos muchos ejemplos de sistemas en red. En este caso, ya que hablamos de salud mental, el gran prototipo de funcionamiento en red es el sistema nervioso central. Nuestro cerebro es una red en el que los sistemas neuronales interactúan como forma de regular funciones de diversa relevancia. Para ello es imprescindible una buena coordinación y que se establezcan lazos entre unidades que sean consistentes, directos y seguros para facilitar una señal rápida y efectiva. Cuanto mejor tejida está la red, esta podrá funcionar de manera más eficiente.

Por tanto, no es cuestión de cantidad de efectivos sino que los mismos aporten un valor y tengan una función bien delimitada que pueda servir de referencia para el resto de miembros del sistema.

La Salud Mental comunitaria en Gipuzkoa

En nuestro territorio la unidad asistencial de atención en la comunidad es el Centro de Salud Mental (CSM). Cada centro presta su atención a un área geográfica delimitada y la vía de entrada para la atención de usuarios en los CSM es la atención primaria y la especializada, provenientes de consultas externas así como de hospitalización psiquiátrica o urgencias. El perfil de paciente engloba todo tipo de patología de la esfera psiquiátrica, aunque principalmente es en el Trastorno Mental Grave (TMG) donde se pone el foco de atención. El motivo es que el concepto de Trastorno Mental Grave engloba una serie de entidades nosológicas de diferente naturaleza y presentación clínica, que tienen en común criterios de gravedad y persistencia en el tiempo, con tendencia al deterioro y que alteran el funcionamiento global del individuo. Estas patologías precisan de un seguimiento crónico y la intervención de diferentes profesionales que abarquen las diversas manifestaciones de la enfermedad y sus secuelas.

Nuestros centros funcionan con el concepto de equipo y trabajo en red y están dotados de diferentes profesionales del área de la psiquiatría, de la psicología, de la enfermería, del trabajo social y, según el centro, de la terapia ocupacional. A continuación definimos el papel de cada disciplina en nuestros equipos.

Psiquiatría

Es la disciplina que se responsabiliza del abordaje médico, es decir, biológico. Evalúa y realiza el diagnóstico clínico, detecta necesidades y es responsable de la indicación y supervisión de los tratamientos a biológicos y farmacológicos. Tiene en cuenta los factores de riesgo y protectores de la enfermedad, la salud física del paciente el control de la sintomatología y la prevención de recaídas. Esta figura realiza coordinación con otras áreas médicas, teniendo un contacto fluido con el médico de atención primaria del

paciente y con otros especialistas médicos para el tratamiento tanto de efectos a nivel físico de determinadas patologías mentales, como la existencia de comorbilidad o de los efectos adversos de los fármacos.

Enfermería

La misión de la enfermería de salud mental es el cuidado del paciente identificando y evaluando necesidades vitales generales. En salud mental contamos con la figura de la enfermera gestora de caso y su misión consiste en poder garantizar la continuidad de cuidados entre los distintos niveles asistenciales y coordinar las áreas social y sanitaria. Los cuidados enfermeros incluyen, entre otros aspectos, el fomento de hábitos saludables (alimentación, ejercicio), la identificación y abordaje de hábitos tóxicos y el trabajo para propiciar una adecuada adherencia al tratamiento. La enfermería establece una relación de confianza con el paciente que favorece la buena evolución clínica y la detección precoz de posibles descompensaciones. A su vez, en nuestro ámbito de trabajo es el eje central en los planes individualizados de tratamiento en trastornos mentales graves.

Trabajo social

Es en los EE. UU. de principios del siglo XX donde se incorpora el profesional de trabajo social a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios. En la actualidad dentro de los equipos de salud mental el trabajador social aborda los aspectos sociales, económicos, ambientales y culturales, detecta las necesidades orienta en la gestión de recursos y se coordina con el entorno familiar. Además establecen la comunicación y la coordinación entre el equipo y agentes externos, pudiendo plantear líneas de acción a nivel social, laboral y ocupacional.

Psicología

La psicología clínica es la rama de la psicología que se encarga del estudio, tratamiento y prevención de los trastornos mentales. Su labor en el equipo asistencial se centra principalmente en la cooperación al diagnóstico y en el tratamiento psicoterapéutico. La posibilidad de intervención combinada de fármacos y psicoterapia impulsa los resultados terapéuticos y potencia la capacidad de recuperación. Tanto en intervenciones puntuales en determinados momentos del proceso, como siendo referentes del tratamiento principal psicoterapéutico, la labor de la psicología clínica en salud mental comunitaria es imprescindible.

Terapia ocupacional

No todos los equipos disponen de esta figura, pero se considera, además de beneficiosa para el manejo del paciente en muchos casos hasta imprescindible para un abordaje integral y positivo. El terapeuta ocupacional se enfoca en mejorar la participación de las personas en sus ocupaciones diarias, tales como en el trabajo o la escuela, en su ocio y tiempo libre, en actividades de la vida diaria, en las relaciones sociales y su participación en la sociedad. Desde el punto de vista de la terapia ocupacional, se plantea como un indicador de salud la participación y desempeño del paciente en su vida social y laboral. Mediante unidades de día ocupacionales integradas en los propios centros, los pacientes trabajan todos estos aspectos.

Además de los profesionales descritos, dentro de las unidades asistenciales trabajamos y nos coordinamos con otros agentes como son las unidades de hospitalización, las asociaciones de pacientes y sus recursos terapéuticos y residenciales, las empresas de trabajo protegido, los colegios y otros entornos formativos, los dispositivos de deshabituación de tóxicos y las instituciones públicas, como ayuntamientos y diputaciones. Se consigue entretejer la red y permite disponer y poder ofrecer al paciente todos los recursos necesarios para un tratamiento completo de su patología.

Abordaje del caso en el equipo. Los planes de atención

Un equipo debe poder funcionar sobre una guía, un mapa y una ruta que establezca de dónde partimos, el destino que buscamos y los puntos intermedios por los que debemos pasar para llegar a nuestro fin. Así el paciente no se “pierde” por el camino, el trabajo de cada disciplina tiene su sentido y obtenemos resultados terapéuticos consistentes, satisfactorios y mantenidos en el tiempo. Para ello debemos elaborar un plan.

A lo largo de los años y con el trabajo interdisciplinar en desarrollo, se ha observado la necesidad de organizar planes individualizados de atención y rehabilitación, generalmente enfocados a pacientes con patología grave y crónica, descrita anteriormente como Trastorno Mental Grave (TMG). En la Red de Salud Mental de Gipuzkoa disponemos del Plan Personal de Atención (PPA). En este caso el responsable de su diseño y desarrollo establece que el PPA se sustenta en que:

1. El objetivo principal de los servicios de salud mental es apoyar la recuperación personal.
2. Las acciones de los profesionales de la salud mental se centrarán principalmente en identificar, elaborar y apoyar el trabajo hacia los objetivos de la persona. Apoyándose en sus fortalezas y basándose en sus necesidades.

3. Los servicios de salud mental trabajan considerando que las personas son o, si están en crisis, serán responsables de sus propias vidas.

Para la elaboración del Plan Personal de Atención se incluye la participación del paciente, una evaluación global e interdisciplinar del caso, un análisis de las fortalezas y necesidades y una valoración de la percepción del sujeto y su situación.

Este plan está compuesto por tres documentos, tres partes a realizar por el equipo de salud mental implicando a la persona receptora del mismo:

1. *Áreas de valor*: se denomina “lo importante”. Se solicita al paciente que establezca el nivel de importancia que le da a diferentes aspectos vitales relevantes como son la familia, relaciones sociales, trabajo, educación... y analice las acciones que puede llevar a cabo para mejorar o estimular estas áreas.
2. *Fortalezas/necesidades*: el equipo evalúa diferentes dominios vitales y la existencia de una necesidad asistencial en alguno de ellos que conlleve una relevancia clínica, es decir, que exista un problema que el paciente no pueda afrontar con sus propios recursos internos o con la existencia de recursos externos. Se consideran diferentes dominios entre otros los síntomas propios de la enfermedad, los hábitos tóxicos, la salud física, la situación de alojamiento, la situación económica, la gestión de dinero, la autonomía...
3. *Objetivos*: en base a las evaluaciones anteriores, se establecen objetivos a lograr y las acciones necesarias para ello. Estos objetivos son más fácilmente alcanzables cuando existe una colaboración en el equipo, se coloca al paciente en la planificación de acciones y su ejecución, y se basan en las fortalezas de la persona y su autonomía e iniciativa.

En el aspecto práctico, el Plan Personal de Atención se elabora una vez evaluado el paciente de forma individual por los diferentes miembros del equipo asistencial. El equipo pone en común sus impresiones, define los objetivos en conjunto y de forma periódica revisa su cumplimiento o las dificultades para conseguirlo. Con un análisis de todos los aspectos que involucran al individuo, la definición de objetivos precisos y la revisión periódica de la consecución de los mismos las dificultades para alcanzarlos se permite ofrecer un plan terapéutico completo y eficaz, en el que además se contempla la promoción de la salud y la prevención de recaídas.

Conclusiones

Los equipos de trabajo interdisciplinares son la base de la atención de la salud mental comunitaria en nuestro territorio. El abordaje biopsicosocial de la patología mental, pre-

ferentemente la que implica mayor gravedad y deterioro, se realiza una manera coordinada, eficiente e integral. En estos casos el trabajo en red interdisciplinar y horizontal permite que la definición y consecución de objetivos terapéuticos sea posible. A su vez, este modelo amplía el conocimiento sobre los diferentes aspectos y consecuencias de la patología mental entre los propios profesionales responsables de su atención, de otros profesionales sanitarios y sociales implicados, las familias y otros agentes públicos y privados que integran nuestra sociedad lo que nos enriquece como individuos, combate el estigma sobre la salud mental y favorece la integración de los pacientes en todos ámbitos de la comunidad.

*La fuerza del equipo viene de cada miembro.
La fuerza de cada miembro es el equipo.*

(Phil Jackson)

Bibliografía

- Anglès, J.; Mas-Expósito, L.; Casamada, I.; Cebrià, I.; Lozano, Y.; San Emeterio, M.; Teixidó, M.; y Lalucat-Jo, L. (2018). Evaluación del Plan de Servicios Individualizado tras diez años de funcionamiento en dos distritos de Barcelona. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 401-417. Epub 01 de febrero de 2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200004>.
- Beers, C. (1908). *A mind that found itself*. ISBN 9780469165410.
- Desviat, M. (2020). Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 17-45. ISSN 2339-6954.
- Fernández Vázquez, A. (2015). Cambio en la noción de la locura. *El Hospital de los Inocentes de Valencia. Cultura de los Cuidados* (edición digital), 19, 41. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.13>.
- García López, R. (2005). Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar? *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 273-287. Recuperado 29 de junio de 2022, de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0404110273A>.
- Irurzun, J.C. Plan Personal de Atención de la RSMG.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Artículo 20.

- Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- Plan estratégico 2018-2022. Red Salud Mental de Gipuzkoa.
- Trullenque, E.M.G. y María, E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 333-352.

III. MAHAI-INGURUA MESA REDONDA III

**OSASUN MENTALA ARTATZEKO, SEKTOREEN ARTEKO
KOORDINAZIOA BEHAR DA POLITIKA PUBLIKOETAN**

***NECESIDAD DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL PARA
LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS***



SALUD MENTAL E INTEGRACIÓN DE SERVICIOS: DESAFÍOS, ENFOQUES Y PROPUESTAS

FERNANDO FANTOVA

Gizarte-aholkularia /

Consultor social

La identificación y delimitación de las necesidades o problemas de las personas y las comunidades (y de sus conjuntos) de cara a configurar y operativizar su satisfacción o resolución en un funcionamiento social ordenado y eficiente no es una tarea fácil ni exenta de controversias y la denominada salud mental es un excelente ejemplo de ello. Veamos.

Si estamos hablando de la salud, nos estamos refiriendo a un bien que puede ser poseído o disfrutado individualmente pero que, evidentemente, como todo bien de cierta relevancia que del que podamos gozar o del que podamos disponer como individuos, tiene una dimensión colectiva, comunitaria o social, es decir, afecta a y es afectado por otras personas. Hablar de salud, por tanto, es hablar de un área de las necesidades y capacidades de los individuos y, a la vez, es hablar de un problema social (Bericat, 2016). Ante el estado de salud de una persona, la colectividad, comunidad o sociedad no puede decir “es asunto tuyo”, sino que está concernida por él.

En sociedades como la nuestra ese compromiso social o preocupación colectiva por un bien del que disfrutaban los individuos se expresa claramente a través de las políticas públicas, que, a su vez, regulan o impulsan un área, rama o conjunto de actividades económicas profesionalizadas que se ocupan de producir, distribuir, promover y proteger ese bien. Las áreas de conocimiento concernidas se refieren a ese bien y las actividades profesionales y políticas públicas se ocupan de él. Y existe una lógica tensión y un dinamismo constante en relación con los asuntos que se toman y no se toman en consideración dentro de cada ámbito de actividad y su correspondiente política pública. Existe una relación dinámica, diferente en cada rama de actividad, entre actividades profesionales, áreas de conocimiento y políticas públicas referidas a cada ámbito de actividad (Fantova, 2014).

En esa dinámica social no es fácil saber en qué medida son las áreas de conocimiento sobre las necesidades o problemas las que influyen en la configuración o estructuración de los medios e instrumentos para abordar o tratar dichas necesidades o problemas o si son más bien las capacidades y herramientas que permiten operar sobre parcelas de la realidad las que acaban por trazar las fronteras entre áreas de conocimiento con sus conceptos y contenidos. Es decir, no sabemos hasta qué punto los servicios y sistemas de salud se ocupan de necesidades y problemas definidos como sanitarios o si, más bien, tendemos a denominar salud a aquello de lo que se ocupan las políticas públicas sanitarias. Y, aunque sabemos que todo tiene que ver con todo (por eso se habla, por ejemplo, de los determinantes sociales de la salud), normalmente entendemos que, si estamos de parto, debemos dirigirnos a un servicio de salud, aunque lo hagamos utilizando un medio de transporte. Y que es preferible que la criatura no venga al mundo en el autobús sino en el hospital.

Hemos de reconocer, sin embargo, que lo relacionado con la denominada salud mental nos da especiales problemas dentro de este marco conceptual, al menos hoy y aquí. ¿Por qué? Pues quizá porque hablamos de unos fenómenos o situaciones de las que nuestro sistema de salud, al menos hoy y aquí, no se ocupa de forma tan clara e intensa como se ocupa de otros fenómenos o situaciones que están dentro de su perímetro de actuación (España, 2022). Y ahí surge la duda. ¿Hemos de desarrollar o mejorar la atención a dichas situaciones o fenómenos desde el sistema de salud? ¿O más bien se ha de buscar el concurso de otros ámbitos de actividad? ¿En qué medida y sentido hay que ocuparse de la salud mental desde los servicios sanitarios y en qué medida y sentido hay que aplicar el conocido lema “salud (en este caso, mental) en todas las políticas”?

Estas preguntas nos conducen al problema de la integración intersectorial de servicios o políticas y quizá, especialmente, a la integración horizontal de los servicios de salud con los servicios sociales, en función de cómo se definan estos. Veamos.

Suponiendo que, en una sociedad como la nuestra, se desea (y se legisla para) que bienes como la educación, la vivienda, el empleo o la subsistencia material sean considerados y tratados como derechos humanos universales y que cada uno de esos bienes dispone (como el de la salud) de ámbitos de actividad y políticas públicas especializadas en ellos, a los servicios sociales les correspondería un bien que podríamos llamar “interacción” y que podríamos definir como autonomía para las decisiones y actividades de la vida diaria dentro de una red de relaciones de apoyo de carácter primario (familiar y comunitario). Que quede claro, por cierto, que esta es una propuesta del autor de esta ponencia y en absoluto un consenso de la comunidad de práctica o de conocimiento al respecto.

Para visualizar la diferenciación e integración entre los servicios de salud y los servicios sociales, veamos primero un ejemplo que no es de salud mental. Una persona tiene un accidente de trabajo grave que le corta las dos piernas. En primera instancia se hace cargo de su atención el sistema de salud, obviamente. Pero pasado un tiempo han de

actuar el sistema de vivienda, el sistema de empleo, el sistema de garantía de ingresos y así sucesivamente. Lógicamente, a consecuencia del accidente, esta persona puede presentar limitaciones en sus capacidades funcionales para las actividades de la vida diaria, algunas de las cuales pueden ser compensadas o complementadas de manera natural por personas de su red de relaciones primarias (aquí entrarían los servicios sociales tal como se han definido más arriba). ¿Hasta dónde llegaría el sistema de salud en un proceso de rehabilitación funcional y dónde empezarían los cuidados, apoyos e intervenciones correspondientes al ámbito de los servicios sociales? No es fácil delimitarlo pero es posible y, sobre todo, es imprescindible. Salvo que quisiéramos extender el alcance de los servicios de salud a toda la complementación de las limitaciones de autonomía que no realice la red de relaciones primarias, labor que el sistema sanitario no suele realizar ni siquiera cuando la persona está recién hospitalizada, y, si no, probemos a que salgan de los hospitales todas las personas allegadas que están junto a las camas de las enfermas (Carrasco, 2015).

Vayamos ahora al caso de una persona que tiene una enfermedad mental y que esta enfermedad mental, crónica por más señas, le provoca una discapacidad, es decir, una limitación en su autonomía o capacidades funcionales para las actividades de la vida diaria, limitación que, en este caso, no es suficientemente compensada por los apoyos naturales que recibe por parte de su red de relaciones primarias de carácter familiar y comunitario. En ese caso, a estos efectos, cabe entender que actuarían los servicios sociales. Por otra parte, también es posible que la persona necesite atención por parte de los servicios de empleo, vivienda y garantía de ingresos para la subsistencia.

Si asumimos que, en este momento, nuestro sistema de bienestar en su conjunto debe desarrollar y mejorar el abordaje de los problemas de salud mental, cabe plantear que el diseño de la respuesta del sistema de salud a las problemáticas de la salud mental ser congruente con (o ser una parte de) el diseño del conjunto de la acción pro bienestar, que incluiría el diseño de la atención integrada intersectorial.

Pues bien, si intentamos sintetizar las propuestas de referencia de organismos internacionales (OCDE, 2015) en relación con la manera en la que las diferentes políticas públicas y ámbitos de actividad (como salud, servicios sociales, educación, vivienda u otros) responden conjuntamente (integradamente) a las necesidades de la población, cabe identificar las siguientes diez ideas fuerza:

Es crítica una distinción clara y posicionada en la mente de toda la ciudadanía acerca del tipo de necesidades a las que se da respuesta desde cada ámbito de actividad, de modo que las personas sepan a qué rama o sistema dirigirse en los diferentes momentos y situaciones de su ciclo vital.

Se asume que, con el actual grado de complejidad social y especialización del conocimiento, no puede existir un sistema residual o última red que se hace cargo de personas

globalmente excluidas del (o por el) resto de ámbitos de respuesta a necesidades y que la suposición de que tal sistema residual existe es crecientemente disfuncional.

Se debe avanzar hacia una arquitectura más clara y amigable en lo tocante a los accesos a cada uno de los ámbitos, ramas o sistemas y en lo referido a las interfaces o puntos en los que los itinerarios de las personas les llevan de un ámbito a otro.

Los diferentes sistemas, ramas o ámbitos han de mejorar su capacidad de identificación proactiva de las situaciones y casos de fragilidad o vulnerabilidad (Moscoso y otras, 2021) mediante sistemas preventivos de diagnóstico, valoración, evaluación y cribado en función de criterios de segmentación o estratificación.

Resulta fundamental el cuidado profesional en la continuidad de la intervención y los itinerarios intersectoriales, especialmente en momentos delicados de transición entre ámbitos, facilitados mediante la interoperabilidad digital entre los sistemas de atención e información de cada ámbito de actividad.

Es fundamental la protocolización de itinerarios tipo (o el establecimiento de estrategias compartidas) para determinados segmentos o perfiles poblacionales de cierta complejidad, flexibles para adaptarse de manera personalizada a las características y preferencias individuales en los itinerarios intersectoriales.

Procede la instalación, cuando sean necesarios, de procesos intersectoriales de gestión de caso, asumiendo el liderazgo del caso el ámbito de actividad cuya necesidad de referencia sea predominante en cada momento (Moscoso y otras, 2021).

Se ha de prever, en su caso, la generación de servicios integrados (con prestaciones y profesionales propios de diferentes ámbitos sectoriales), de modo que, excepcionalmente, pueda darse, desde un sistema, rama o ámbito, una atención (más o menos) integral.

Es preceptivo, en cualquier modo, trabajar la integración intersectorial en el nivel macro (con expresión presupuestaria y sinergias con las políticas económicas), en el nivel meso (con gestión resolutive en el marco de una arquitectura ordenada) y en el nivel micro (de modo que la persona no note las “costuras” y se facilite su empoderamiento en su comunidad y territorio elegidos).

La integración intersectorial u horizontal, en todo caso, es complementaria de la integración vertical en el seno de cada uno de los sistemas, ramas o ámbitos, pues si la continuidad, proximidad, personalización y eficiencia de la atención no se logra al interior de cada ámbito de actividad difícilmente se alcanzará en el conjunto.

Si esas diez ideas-fuerza reflejan un modelo de referencia para entender y organizar la integración intersectorial de políticas, ¿cuáles serían las palancas para movernos desde el escenario actual hacia ese escenario deseado? (OPS, 2020). Se proponen las siguientes:

Gobierno territorial del bienestar. Las actuales políticas sociales (sanidad, servicios sociales, vivienda y otras) necesitan un ámbito territorial/poblacional suficiente (masa crítica) para ser eficaces y eficientes y el gobierno de su imprescindible integración intersectorial no puede hacerse (solo) tomándolas de dos en dos sino (también) de forma conjunta, de modo que las mesas o redes intersectoriales (en diferentes niveles) no se refieran al objeto de una de las ramas sectoriales (la salud o el empleo, por poner dos ejemplos) sino a la finalidad conjunta de todas ellas: el bienestar.

Fondos estratégicos de transformación. Una parte del presupuesto de las políticas sociales debe utilizarse para fomentar la investigación, desarrollo e innovación que, de abajo hacia arriba, genere nuevos servicios, programas e iniciativas escalables que puedan aportar cierta trazabilidad y seguridad a las decisiones políticas capaces de reorganizar y transformar el sistema de bienestar y de generar crecientes impactos, retornos y sinergias económicas, empresariales, laborales, voluntarias, solidarias, políticas, electorales, relacionales y societales (López-Casasnovas, 2021).

Cualificaciones profesionales para la coproducción. Una atención integrada centrada en la(s) persona(s) se construye escuchando las voces de sus destinatarias, usuarias o participantes, de la ciudadanía activa, en clave de coproducción multiagente, lo que exige un salto en la cualificación profesional y aportación de valor del personal y sus equipos, en el seno de comunidades de conocimiento sectoriales e intersectoriales, disciplinares e interdisciplinares, en las que se construyen, se deconstruyen y se hibridan especializaciones de muy diferentes tipos.

Microsegmentación basada en el conocimiento. Superando la tradicional macrosegmentación en grandes colectivos poblacionales percibidos como estáticos y estancos, la personalización en los servicios de bienestar (educativos, sanitarios, sociales u otros) avanza gracias a procesos de microsegmentación apoyada en constructos científicos, instrumentos de diagnóstico y evaluación, así como gestión e interoperabilidad de la información que posibiliten acciones preventivas, alertas tempranas e itinerarios flexibles favorecedores de la consecución de resultados valiosos para las personas (De Miguel, 2022).

Reinvención de la comunidad desde la diversidad y la complejidad. No hay sostenibilidad social posible si no somos capaces de construir nuevas dinámicas de cuidados primarios y, en general, vínculos familiares y comunitarios (un nosotras inclusivo) desde la igualdad y diversidad de género, generacional, funcional y cultural, desarrollando una inteligencia ética que nos permita acoger y acompañar colectivamente las situaciones de complejidad que todas las personas podemos atravesar en los diferentes momentos de nuestro ciclo vital.

De lo dicho en estas páginas cabe deducir que la prevención y abordaje de los problemas de salud mental, posiblemente, deben debatirse, perfilarse y mejorarse en un contexto tanto sectorial (del sistema de salud) como intersectorial. Sectorial, dentro del ámbito de las ciencias, tecnologías, políticas y servicios de salud, identificando y operativizando cada

vez con mayor claridad las enfermedades mentales y la salud mental, de modo que las personas afectadas y el conjunto de la comunidad puedan beneficiarse tan pronto y tanto como sea posible de las intervenciones y tratamientos correspondientes. Intersectorial, en la medida en que las enfermedades mentales afecten a (y se vean afectadas por) otros ámbitos de la vida y necesidades de las personas (como su empleo, su alojamiento, su interacción, su aprendizaje, su subsistencia u otros).

Posiblemente uno de los principales obstáculos cognitivos para avanzar en este camino es la confusión conceptual en torno a la rama de los servicios sociales. No es infrecuente que desde los servicios sanitarios (u otros) se tenga una visión difusa de los servicios sociales como si fueran un amplio contenedor de todo el resto de bienes diferentes del de la salud, de suerte que la persona con enfermedad mental, una vez, diagnosticada y enrutada dentro del sistema sanitario, para todo lo demás (vivienda, ingresos para la subsistencia, cuidados, ocupación y más) pudiera tener como referencia al sistema de servicios sociales.

La propuesta que se ha hecho aquí es bien diferente. Y seguramente, en la medida en que se aplicase, generaría extrañeza, tanto por lo que los servicios sociales no asumirían (como la garantía de ingresos para la subsistencia material o el alojamiento) como por lo que sí asumirían (la protección y promoción de la interacción, entendida como ajuste dinámico entre autonomía funcional y decisional en las actividades de la vida diaria e integración relacional de carácter familiar y comunitario). Así, por ejemplo, una médica referente y gestora de caso de una persona con enfermedad mental crónica, según este modelo, tendría que hablar directamente con el personal de diferentes ramas concernidas (vivienda, empleo y servicios sociales, por ejemplo) y no única o preferentemente con el de los servicios sociales. Sin embargo, según la propuesta de diferenciación e integración que se plantea aquí, los servicios sociales serían responsables, una vez que la enfermedad mental crónica ha desencadenado una limitación funcional previsiblemente duradera, de ofrecer apoyos de diferentes tipos que optimizaran y complementaran la capacidad funcional de la persona para las decisiones y actividades de la vida diaria y sus relaciones primarias de carácter familiar y comunitario. Los cuidados de larga duración (cuya necesidad viene desencadenada por una limitación funcional de la persona para las decisiones y actividades de la vida diaria no compensada o complementada por la red familiar o comunitaria de la persona) corresponderían según este esquema a los servicios sociales. Es más, según este modelo, el diagnóstico de enfermedad mental emitido por el sistema de salud no necesariamente (o más bien, seguramente, no) se convierte en criterio de segmentación para los servicios sociales.

En definitiva, el reto de la atención integrada a la salud mental tiene, hoy y aquí, la complejidad y dificultad que se deriva del hecho de que:

- La salud mental es un área de la salud de las personas en la que la capacidad de respuesta del sistema de salud está menos desarrollada que en otras áreas de la salud de las personas.

- La atención integrada intersectorial es, en buena medida, una asignatura pendiente de nuestro sistema de bienestar.
- El conjunto del sistema de bienestar se encuentra en una fase crítica y convulsa en la que no tiene una hoja de ruta clara y segura para su desarrollo.

Así pues el reto es el de diseñar, implementar, pilotar, evaluar y escalar más y mejores apoyos, servicios e intervenciones desde el sistema de salud en lo que tiene que ver con la salud mental, a la vez que se construye la atención integrada intersectorial que, a su vez, va a resultar un factor clave para la eficiencia y sostenibilidad de nuestro sistema o modelo de bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

BERICAT, Eduardo (2016): “Problemas sociales, estructuras afectivas y bienestar emocional” en TRINIDAD, Antonio y SÁNCHEZ, Mariano (edición): *Marcos de análisis de los problemas sociales*. Madrid, Catarata, páginas 83-103.

CARRASCO, Cristina (2015): “El cuidado como bien relacional: hacia posibles indicadores” en *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, número 128, páginas 49-60.

DE MIGUEL, Francisco Javier (2022): “Herramienta de triaje para atención integrada entre servicios sociales y de empleo” en IZAOLA, Amaia (coordinación): *Cuidar la vida, garantizar la inclusión, convivir en diversidad: consensos y retos. Actas del VIII Congreso de la Red Española de Política Social*, Bilbao, Universidad del País Vasco, páginas 77-95.

ESPAÑA (2022): *Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026*. Madrid, Ministerio de Sanidad.

FANTOVA, Fernando (2014): *Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas*. Madrid, CCS.

LÓPEZ-CASASNOVAS, Guillem (2021): “Visión económica de la relación entre el modelo sanitario y social” en CAMPS, Victoria y otras: *La atención a las necesidades sociales y sanitarias: ¿sumamos o dividimos?* Barcelona, Fundació Víctor Grifols i Lucas, páginas 53-61.

MOSCOSO, Melania y otras (2021): “La soledad, un concepto poliédrico: el vínculo como forma de capital social” en MOSCOSO, Melania y AUSÍN, Txetxu (edición): *Soledades. Una cartografía para nuestro tiempo*. Madrid, Plaza y Valdés, páginas 9-24.

OECD (2015): *Integrating social services for vulnerable groups: bridging sectors for better service delivery*. París.

OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2020): *Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud*. Washington.

SALUD MENTAL Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA: COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOS SERVICIOS SOCIALES

JOSÉ URIARTE

Bizkaiko Osasun Mentaleko Sareko helduen programako burua /

Jefe del programa de adultos de la Red de Salud Mental de Bizkaia

La transformación de los servicios de salud mental en las últimas décadas, al menos en los países desarrollados, se sustenta en dos ideas clave:

- La de que la atención a la salud mental debía equipararse al resto de la atención sanitaria, es decir, que las personas con problemas de salud mental y, muy especialmente, las que padecen enfermedades mentales graves y crónicas, debían ser atendidas en servicios cercanos e integrados en el resto de servicios sociales y sanitarios. La integración de la salud mental en el sistema sanitario y el desarrollo de estos servicios son la base del Modelo Comunitario de atención.
- Y la de que el destino de las personas que padecen enfermedades mentales graves no es el de vivir supeditados y en una situación de creciente discapacidad y dependencia, sino que padecer una enfermedad mental no es incompatible con una vida plena, con significado y objetivos propios y capacidad para tomar decisiones. Esta es la base del Modelo de Recuperación. E implica, indefectiblemente, escuchar a las personas y tener en cuenta lo que dicen.

SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL

Tras décadas de desarrollo de servicios comunitarios, la salud mental afronta diversos desafíos de futuro, en un contexto social de malestar, de crisis de los sistemas públicos sanitarios y, quizás, una tendencia a la fragmentación de los servicios con la pérdida de

una perspectiva amplia y general en la que la atención a la salud mental es parte de un ecosistema complejo en el que interactúan muchos agentes, tanto dentro del propio sistema sanitario, como externos al mismo. Los sistemas de salud mental se centran en la población con trastornos mentales (de definición incierta y flexible) de su área de influencia, con unos recursos profesionales que proporcionan la asistencia y con sus conexiones con otras organizaciones, incluyendo al tercer sector, servicios sociales, justicia, etc... Estas conexiones se establecen a diversos niveles, desde el del profesional-paciente-familia, al del servicio, el área de atención o el territorio completo.

Desde el desarrollo teórico por parte de Thornicroft y Tansella del modelo de Matriz de Salud Mental, el desarrollo de servicios comunitarios ha seguido el llamado modelo de atención equilibrado (*balanced care model*): optimizar la provisión de servicios proporcionando la mayor cantidad de atención comunitaria con la menor atención hospitalaria posible. Pero manteniendo la conciencia de que siempre serán necesarios un número mínimo de camas hospitalarias de agudos, subagudos y de estancias más prolongada para un pequeño grupo de pacientes. Este desarrollo de servicios, con el centro en la comunidad, no se restringe a los servicios comunitarios y hospitalarios de salud mental, sino que se extiende al resto de servicios sanitarios y al resto de organizaciones como los servicios sociales que son parte del ecosistema.

Los servicios comunitarios de salud mental deben ser guiados por los derechos humanos, la lucha contra el estigma y el modelo de recuperación, ámbitos que son responsabilidad de toda la sociedad y las organizaciones e instituciones que la gobiernan y representan. Los derechos sociales, económicos o culturales se promueven a través de las acciones que actúan sobre los determinantes sociales de la salud, incluyendo a la pobreza, la precariedad en el alojamiento, la educación, el empleo la promoción de la salud o el estigma. Afrontar los determinantes sociales de la salud, proporcionar acceso rápido a los servicios sanitarios y sociales, promover servicios orientados a la recuperación, el respeto a la dignidad, autonomía y libertad de cada persona respetando sus preferencias. Los servicios de salud mental necesitan de un sistema sanitario sólido, especialmente la atención primaria, y de unos servicios sociales fuertes, accesibles y orientados al modelo. De acuerdo con el modelo, unos servicios de alta calidad implican un entorno de respeto a los derechos humanos, un enfoque de salud pública, un modelo de servicios orientados a la recuperación y una red amplia de soporte comunitario.

El ecosistema sanitario incluye cuatro dominios:

- El entorno, la comunidad donde viven las personas
- Sus características sociales y demográficas
- Sus estilos de vida y condicionantes de salud.
- Y la provisión de servicios sanitarios a sus distintos niveles: paciente-profesional, servicio, área de salud, territorio.

La salud mental ha sido pionera en la integración de servicios comunitarios, incluyendo la atención integrada sanitaria y social y el desarrollo equilibrado de servicios comunitarios y hospitalarios; los intentos de fragmentar y hacer retroceder las reformas de servicios comunitarios a menudo se acompañan de demandas de más camas hospitalarias. Una visión hospitalaria de la asistencia no puede prevalecer sobre un modelo integrado y centrado en la comunidad.

La transformación de la atención a la salud mental excede a los propios sistemas de salud mental, implica una transformación del sistema sanitario en su conjunto y su integración asistencial con otros sistemas y organizaciones.

EL MODELO DE RECUPERACIÓN

En los últimos años el modelo de recuperación se ha incorporado a la agenda de los servicios de salud mental de los países desarrollados. La idea de llevar la atención más allá del tratamiento tradicional y de incorporar objetivos relacionados con la calidad de vida, las relaciones sociales, el trabajo, el alojamiento digno, extiende el ámbito de atención más allá de las competencias de los servicios sanitarios, exige una estrecha colaboración con otros servicios y organizaciones, especialmente los servicios sociales, y, sobre todo, exige escuchar e incorporar la voz de las personas afectadas al desarrollo de servicios.

El abordaje de la cronicidad y atención a las personas con enfermedades mentales graves ha ido cambiando en las últimas décadas, en la medida en que se han ido produciendo cambios sociales y en los servicios asistenciales. De una perspectiva en la que las personas con enfermedad mental eran vistas como personas a las que controlar (peligrosidad) y/o cuidar (discapacidad), sin otros objetivos ni expectativas, en los años 70-80 la rehabilitación psiquiátrica impulsó una visión más optimista, aunque centrada en la discapacidad y la minusvalía como objetivos a trabajar. En los años siguientes el modelo de rehabilitación psiquiátrica fue adoptando una perspectiva más biopsicosocial, con un énfasis en la atención integral, tanto sanitaria como social y en el desarrollo de servicios comunitarios. En este contexto se va imponiendo el modelo de Recuperación, que va un paso más allá.

Poco a poco la enfermedad mental deja de ser tabú, y muchas personas con impacto mediático importante han ayudado a que la enfermedad mental se empiece a considerar algo de lo que no hay que avergonzarse y que puede afectar a cualquiera. También han sido muy importantes los movimientos de las personas afectadas para salir de su ostracismo y terminar con el estigma, el autoestigma y la vergüenza mediante el apoyo mutuo y la difusión de una imagen distinta en los medios de comunicación.

El concepto moderno de recuperación nace en EE. UU. en los años 80 y 90, de la mano de los movimientos de usuarios y ex usuarios de servicios de salud mental, con objetivos tanto de apoyo mutuo como de reivindicación de derechos. Críticos con los servicios de

atención existentes y, a la par, con una visión general más optimista del pronóstico de las enfermedades mentales graves, dan una importancia creciente a la experiencia subjetiva y a los testimonios personales.

El auge en los años 80 y 90 de la llamada Rehabilitación Psicosocial incorporó a los profesionales y servicios de este campo a esta perspectiva, que posteriormente ha ido extendiéndose a otros ámbitos. Con el tiempo, el modelo se ha convertido en una de las prioridades estratégicas de los servicios más o menos avanzados de salud mental, aunque su interpretación puede variar mucho según las distintas perspectivas, desde los movimientos más críticos y rupturistas con la psiquiatría ortodoxa a los más posibilistas y partidarios de un modelo de atención que compatibilice los objetivos de la recuperación con la atención más o menos estándar.

El modelo de recuperación implica:

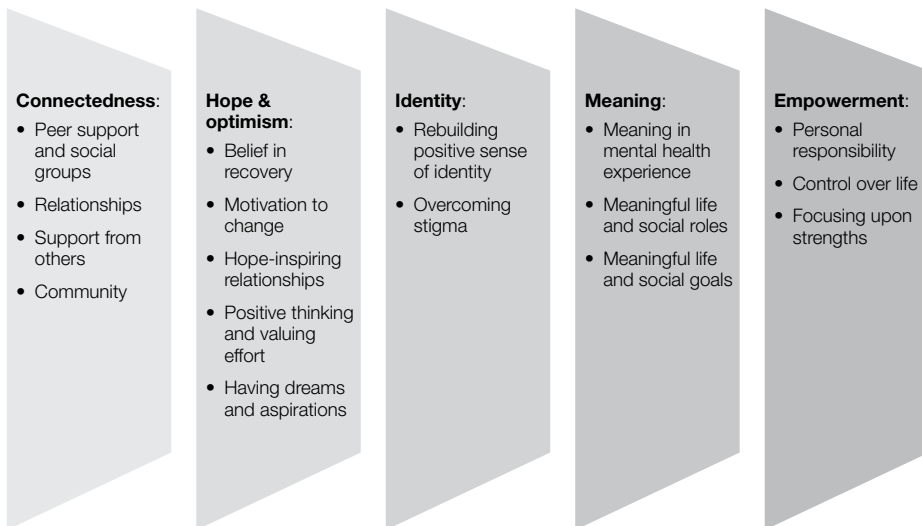
- Que padecer una enfermedad mental crónica, incluso con la presencia de síntomas persistentes y recaídas, no es incompatible con una vida “normal” y satisfactoria, con metas y objetivos propios, con autonomía e independencia y participación social. La necesidad de ayudas y apoyos no implica suplantar de forma sistemática las decisiones y objetivos personales en aras de proporcionar supuestos cuidados.
- En ese sentido, la recuperación no deja de ser un proceso individual, personal y con un componente subjetivo, en tanto que implica significado, esperanza y vivencia positiva de la vida, un proyecto de vida personal.
- Implica asumir el manejo y la gestión de la propia enfermedad, aprender a lidiar con los síntomas y posibles discapacidades para lo que es necesario disponer de información y apoyos tanto del entorno como de los profesionales.
- Salir del rol de persona enferma, de usuario de servicios, de paciente psiquiátrico, como identidad casi única. Trascender de ser “un esquizofrénico” a ser una persona que, entre otras posibles cosas, padece una esquizofrenia, algo irrelevante en muchas cuestiones cotidianas en su vida.

El viaje a la recuperación precisa de algunas condiciones:

Algunas son internas, propias de cada persona: la esperanza en que es posible mejorar y conseguir objetivos, el empoderamiento en forma de autonomía, toma de decisiones y participación y salir del aislamiento conectando con el entorno.

Otras condiciones son externas. El modelo de Recuperación solo es posible en un entorno de respeto a los derechos humanos, con una actitud social positiva y libre de estigma y con unos servicios asistenciales desarrollados según un modelo comunitario y orientados hacia la recuperación.

La llamada Matriz CHIME, un acrónimo formado por sus iniciales en inglés, recoge los factores fundamentales que subyacen al modelo y concepto de la recuperación: Conexión (tiene que ver con las relaciones, el apoyo, la comunidad), Esperanza (confianza en mejorar, motivación para cambiar, aspiraciones y objetivos vitales...), Identidad (reconstruir una identidad más allá de la de paciente y persona enferma, superar el estigma), Significado y Sentido (vida y rol social, significado propio de la experiencia como enfermo mental...), Empoderamiento (responsabilidad personal, control sobre la propia vida, fortalezas...).



Learny et al. 2011

Conexión, Esperanza, Identidad, Significado y Sentido, Empoderamiento

La recuperación modifica el enfoque. No pierde de vista la necesidad del tratamiento y estabilidad clínica, pero se centra en la manera en como cada persona afectada afronta su vida y en qué necesita para que esa vida sea satisfactoria y acorde con sus propios valores y metas. Es un proceso personal y continuo, de recuperación del control y la responsabilidad sobre la propia vida y también de participación en las decisiones que afectan al propio tratamiento.

Los servicios y los profesionales orientados al modelo de recuperación, además de proporcionar el tratamiento profesional, se centran en mantener la calidad de vida, promover expectativas esperanzadoras y asumen como propios los factores de la recuperación y

la necesidad de incluirlos en la atención: fomentar la conexión, la esperanza, el sentido y significado, la identidad y el empoderamiento de las personas a las que atendemos.

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Y SALUD MENTAL

Desde 2001 se han elaborado al menos ocho documentos con planes y estrategias de desarrollo de atención sociosanitaria, hasta la actual estrategia de atención sociosanitaria vigente 2021-2024. Estrategia que sigue apostando por un modelo de coordinación, que no de integración, entre los sistemas de atención social y los de salud. El desarrollo de una gobernanza sociosanitaria, la creación de una dirección sociosanitaria, la creación de un marco compartido de financiación, el establecimiento de mecanismos de interoperabilidad entre ambos sistemas que permitan compartir información (historia sociosanitaria, cuadro de mandos conjunto), creación de un marco de prevención sociosanitaria y detección del riesgo, son los elementos fundamentales de la estrategia.

Sin embargo, la coordinación y la relación entre servicios sociales y sanitarios vienen de lejos en el caso de salud mental en Euskadi en general y en Bizkaia en particular, donde a lo largo de los años se han ido estableciendo múltiples áreas de atención conjunta, no siempre de una manera previamente programada. Algunas de las áreas de atención en las que se realiza un trabajo conjunto entre la Red de Salud Mental de Bizkaia y con otras organizaciones son:

- Servicios de alojamiento para personas con enfermedad mental grave.
- Atención a personas sin hogar con problemas de salud mental.
- Atención a personas mayores y personas con enfermedad mental en servicios residenciales.
- Atención a personas con discapacidad intelectual en servicios residenciales.
- Protocolo de prevención de riesgo en personas con enfermedad mental con el ayuntamiento de Bilbao.
- Servicios conjuntos con educación y servicios sociales para menores (Adin Txikikoak, CTE Ortuella).
- Coordinación y gestión conjunta de caso con el SVGP para el cumplimiento de medidas de seguridad alternativas a prisión.

A MODO DE EJEMPLO: EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN BILBAO

Un ejemplo de trabajo conjunto entre servicios sociales y salud mental consolidado es el que deriva del convenio firmado hace ya doce años entre el Osakidetza y el Ayuntamiento de Bilbao para ofrecer atención psiquiátrica a personas en situación de sin hogar detectadas y atendidas por los servicios sociales del ayuntamiento. Este programa se dirige a

personas sin hogar con enfermedad mental grave, que viven en Bilbao y que, a menudo, están a menudo fuera del sistema sanitario, un modelo de tratamiento cercano, asertivo, centrado en mantener el contacto con los servicios, procurar atención a las necesidades de salud y facilitar un proceso de inclusión social, en coordinación con los equipos de intervención social del ayuntamiento de Bilbao. El programa no pretende ser una alternativa a los servicios sanitarios de atención normalizados, sino ofrecer intervenciones integradas, incluyendo el tratamiento psiquiátrico, de manera asertiva, flexible y en el propio entorno del paciente. Su objetivo principal es la captación y vinculación de las personas procurando unos mínimos de seguridad personal, abordando la reducción de riesgos y daños. En un segundo momento, se pretende lograr el cumplimiento de un tratamiento integral, que incluya tanto el abordaje de sus necesidades más básicas como la asistencia psiquiátrica, sanitaria y social.

La RSMB dedica un equipo de ETAC (tratamiento asertivo comunitario) para la atención a estas personas que trabaja de manera conjunta con los educadores sociales del área de acción social del ayuntamiento; se trata de un equipo móvil que proporciona atención en el propio entorno del paciente, albergues o en la propia calle. En la actualidad está compuesto por dos psiquiatras, dos enfermeras y una trabajadora social. Desde su inicio han atendido a más de 250 pacientes, en su mayoría con trastornos psicóticos, migrantes y en situaciones graves de exclusión social. En el momento actual el equipo atiende a 95 pacientes, el 75% varones, con una edad media de 47 años. El 63% son inmigrantes y la mayoría tienen diagnósticos de esquizofrenia y otras psicosis, incluyendo síntomas psicóticos y alteraciones de conducta relacionados con el consumo de tóxicos. El 75% de los nuevos casos son pacientes extranjeros, en general inmigrantes en situación irregular.

Además de las dificultades culturales e idiomáticas, la situación de irregularidad añade dificultades adicionales al acceso a prestaciones y recursos, lo que condiciona intervenciones complejas y muy prolongadas en el tiempo. La adherencia de los pacientes al programa es muy elevada.

En este tipo de población se hace aún más evidente, si cabe, la necesidad de coordinación entre niveles asistenciales tanto sanitarios como sociales, así como con las organizaciones del tercer sector que trabajan con estos colectivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. The future of community psychiatry and community mental health services. Current Opinion in Psychiatry: July 2020, volume 33, issue 4, pp. 375-390.
[The future of community psychiatry and community mental heal: Current Opinion in Psychiatry \(www.com\)](http://www.com)
2. La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de servicios. Thornicroft, G. y Tansella, M. Triacastela, 2005.

3. Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024. Disponible en: [Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024 - Gobierno Vasco - Euskadi.eus](https://www.gob.es/temas/sociedad-y-salud/estrategia-de-atencion-sociosanitaria-de-euskadi-2021-2024)
4. Shepherd, G.; Boardman, J.; y Slade, M. Making Recovery a Reality. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2008 (Traducción al castellano en: Hacer de la recuperación una realidad. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2008). <https://consaludmental.org/publicaciones/Hacerrecuperacionrealidad.pdf>
5. Reflexiones en torno al modelo de recuperación. Accesible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/14.pdf>
6. Evolución del Programa de Asistencia Psiquiátrica a Personas Sin Hogar con Enfermedad Mental Grave en el municipio de Bilbao. Disponible en: [Zerbitzuan, 52](#)

LA IMPORTANCIA DE LA RED SOCIAL Y DE LA VIVIENDA PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

MARÍA JOSÉ CANO

FEDEAFESeko gerentea /

Gerente de FEDEAFES

Marco jurídico

Conviene situarnos en el marco jurídico internacional que recoge los derechos de las personas con discapacidad.

La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad aprobada en 2006 y ratificada por el Estado español en 2008⁷.

La **Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad**, tiene por objeto promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente (art. 1).

Por personas con discapacidad la Convención incluye aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (art. 1.1).

La aprobación de la Convención deja claro que la discapacidad es una cuestión de derechos humanos, que las personas con discapacidad **no son “objeto” de políticas caritativas o asistenciales**, sino que **son “sujetos” de derecho**. Por tanto, las desventajas sociales que sufren no deben eliminarse como consecuencia de la “buena vo-

⁷ Organización de las Naciones Unidas (ONU). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas (ONU). 2006.

luntad” de otras personas o de los Gobiernos, sino que deben eliminarse porque dichas desventajas son violatorias del goce y ejercicio de sus derechos humanos.

Por “**discriminación por motivos de discapacidad**” se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la **denegación de ajustes razonables** (art. 2.3).

Por “**ajustes razonables**” se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (art. 2.4).

La Convención recoge en el art. 19 el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad señalando que los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

- a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.
- b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de esta.
- c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

En la Convención, en el art. 28, sobre nivel de vida adecuado y protección social indica que los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.

Partiendo de este marco de derechos, en los siguientes puntos abordaremos brevemente la red social de apoyo, los recursos residenciales y servicios que permitan el apoyo a la vida independiente, así como los servicios que generan red social de apoyo y favorecen la inclusión social de las personas con enfermedad mental.

Red social de apoyo

Para una buena red social de apoyo serán necesarios servicios que acerquen a la persona a su entorno más cercano que sean capaces de incluir a las personas en su comunidad. Servicios que puedan dar apoyo a las personas y, en su caso, a las familias que las apoyan, como pueden ser:

- Servicios de apoyo a la vida independiente.
- Recursos residenciales (viviendas con apoyos).
- Servicios profesionales de cuidado que ayuden a mantener su red social de apoyo.
- Servicios de ocio adaptado a sus necesidades.
- Estrategias para erradicar el estigma social existente.

La red social de apoyo de las personas que tienen un trastorno mental es fundamental para posibilitar una buena evolución. El tamaño de la red social de apoyo incide en la calidad de vida de las personas con enfermedad mental, puntuando positivamente en las dimensiones de Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Físico, Auto-determinación, Inclusión Social y Derechos⁸.

Normalmente la red social de apoyo será la familia, las personas con enfermedad mental poco a poco van perdiendo sus relaciones sociales, tendiendo al aislamiento y unido al estigma asociado a la enfermedad mental hace que a la persona le resulte muy difícil mantener las relaciones previas (amistades...) o buscar nuevas relaciones. En el estudio referenciado⁹, se observó como a mayor red social de apoyo mayor puntuación en las diferentes dimensiones de la calidad de vida. Es sin duda, un factor protector que aumenta la calidad de vida de las personas por ello incidir en la red social y trabajar en recursos que posibiliten esa red social será fundamental para mejorar la calidad de vida.

La familia sigue siendo fundamental para apoyar a las personas con trastorno mental y constituye, en muchos casos, la principal red de apoyo. Se plantean los siguientes perfiles de necesidad que se observan¹⁰ en función de competencias previas y de disposición o no de red de soporte.

8 Itinerarios óptimos de intervención y abordaje coordinado en los ámbitos de intervención social y sanitario para la atención a las personas con enfermedad mental en Euskadi. Fedeaefes. 2015.

9 Ver nota 8.

10 Estudio sobre las necesidades de las personas con enfermedad mental de Bizkaia en el ámbito residencial y de vida independiente. Avifes. 2020.

Perfiles observados:

- Personas de 50 años o más que vive con sus padres y madres desde siempre y que ahora están envejeciendo. Este entorno ha sido de gran soporte pero también de cierta sobreprotección y puede que estas personas tengan menos habilidades para la vida autónoma.
- Personas con red de apoyo familiar amplia y fuerte, personas de cualquier edad con familia que les proporciona soporte económico y emocional, en estos casos es aconsejable intervenir con la persona y la familia para ir generando el itinerario de vida independiente.
- Personas sin red familiar ni social de apoyo, personas que se han ido quedando sin sus redes familiares y sociales por diferentes circunstancias. En estos casos la salida del hogar suele ser de forma abrupta.
- Personas jóvenes menores de 30 años, con retos y expectativas más vinculados al desarrollo de una vida más autónoma

Recursos de apoyo para las familias

La red de apoyo familiar hay que cuidarla y serán necesarios recursos de apoyo para las familias, recursos como una adecuada información por parte de los diferentes sistemas, así como una adecuada derivación a las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental que trabajan en el ámbito de la salud mental, los grupos de apoyo mutuo o las escuelas de familias son un soporte importante para las familias, donde conocen a otras personas con similares situaciones, aprenden sobre la enfermedad mental. La familia, en muchos casos, precisará también apoyo psicológico y terapéutico. Igualmente será necesario ofertar recursos de respiro familiar. Una atención de calidad a su familiar con enfermedad mental será un apoyo importante para estas familias, la agilidad en las respuestas a las situaciones que puedan darse, así como una buena coordinación entre sistemas de atención posibilitará un apoyo para las familias. La familia es, en muchos casos, la principal red de apoyo para las personas, aunque éstas decidan realizar un itinerario de vida independiente.

Recursos residenciales y servicios de apoyo a la vida independiente

La vivienda es esencial para que las personas con trastorno mental puedan realizar su proyecto de vida independiente. Los recursos residenciales (centros residenciales y vivienda con apoyos...) regulados en el Decreto 185/2015 como servicios de responsabilidad pública, se definen como centros de carácter sociosanitario que atienden a personas con

enfermedad mental crónica mediante prestaciones orientadas a mejorar sus capacidades y habilidades personales y relacionales. Se establecen dos tipos de centros residenciales, las viviendas con apoyos y los centros residenciales y como requisitos las personas deben contar con un diagnóstico de enfermedad mental y con reconocimiento de dependencia, lo que deja fuera a personas sin reconocimiento de dependencia.

Los recursos residenciales son escasos, con un importante déficit de centros residenciales y de viviendas con apoyo, con importantes listas de esperas, que generan largos tiempos de espera para acceder a una plaza con lo que supone de incertidumbre y desmotivación para la persona. Es preciso incrementar los recursos residenciales, por un lado, porque hay un porcentaje significativo de personas que se van a quedar sin soportes familiares en los próximos años (debido al envejecimiento o fallecimiento de padres o madres), y por otro, porque se van a incorporar personas jóvenes al sistema de apoyo.

En algunas zonas no se cumplen principios establecidos por la propia **Ley 12/2008, de 5 de diciembre de Servicios Sociales**¹¹, aspectos como el principio de proximidad es a menudo vulnerado. Se centralizan los servicios en zonas más urbanas (por ejemplo en Araba) y el resto de poblaciones apenas tiene recursos residenciales, lo que supone que cuando una persona tiene una necesidad de alojamiento, además de las listas de espera, se encuentra con que se le aleja de su entorno más próximo, su red de apoyo, amistades, etc.

Urge incrementar los recursos residenciales (viviendas con apoyos) para personas con trastornos mentales que posibiliten un proyecto de vida independiente, dirigidas a diferentes ámbitos de edades, con diferentes intensidades en los apoyos, siendo importante generar viviendas con apoyos para la franja de edad de 18 a 30 años.

El **servicio de apoyo a la vida independiente** aparece regulado en el Decreto 185/2015, como servicio de responsabilidad pública, consiste en un conjunto organizado y coordinado de acciones de tutelaje y acompañamiento que les ofrece apoyo cuando ya viven de manera independiente o desean hacerlo solas, en pareja o conviviendo con otras personas con discapacidad y/o enfermedad mental. Se proporcionan apoyos para el proyecto de vida independiente y es un referente para la persona. Este servicio ayuda a tejer red de apoyo y a participar en la comunidad. Este servicio es fundamental para apoyar a las personas y que puedan mantenerse en sus casas y de esta forma permanecer en su barrio, en su entorno. Al igual que las viviendas con apoyo se trata de un recurso escaso y que es necesario incrementar y realizar una apuesta por este servicio que posibilita a las personas quedarse en su domicilio, con su entorno y propicia red de apoyo.

Los **recursos de ocio** son fundamentales para posibilitar una red social. El ocio constituye una experiencia positiva, gratificante y satisfactoria, realizado en el tiempo libre (in-

11 País Vasco. Ley 12/2008, de 5 de diciembre de 2008, de Servicios Sociales. Boletín Oficial del País Vasco, 24 de diciembre de 2008, núm. 246, p. 31.840.

formal y flexible) y adaptados a las necesidades en función de la edad de las personas¹². Los servicios de apoyo al ocio y al tiempo libre no se encuentran incluidos en el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de la cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. Es preciso incluirlos en la futura revisión del decreto de cartera, como servicios de responsabilidad pública. El ocio debe considerarse como un ámbito clave e imprescindible de abordaje y de intervención por el relevante impacto positivo que el desarrollo de un ocio satisfactorio y significativo tiene en las personas con trastorno mental, especialmente en sus dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales e inclusión social, siendo también un ámbito muy valorado por familiares. Son servicios que dan resultados para conectar con determinadas personas, también conectan con personas jóvenes, generan red social, personas que se conocen mediante estos servicios y pueden continuar su relación con independencia del servicio. Son servicios clave para la inclusión social de las personas por ello debe proveerse de servicios especializados de apoyo al ocio de personas con trastornos mentales, debe asimismo desarrollarse respuestas de ocio adaptadas a las distintas edades (jóvenes, edad adulta, personas mayores), así mismo generar espacios de relación que contribuyan a que las personas con trastorno mental crean sus redes de amistad y apoyos.

Estrategias para erradicar el estigma social existente

En el caso de las personas con trastorno mental la discriminación derivada del estigma social asociado a las enfermedades mentales es una realidad. La Convención de los derechos de las personas con discapacidad interpela a los Estados y a las administraciones públicas a eliminar las barreras que impiden el pleno goce de los derechos, el estigma constituye una barrera para su inclusión social.

La principal barrera de las personas con enfermedad mental tiene que ver con el estigma asociado a las enfermedades mentales, se trata de una barrera invisible que afecta en el día a día de las personas con enfermedad mental y en las diferentes dimensiones de su calidad de vida¹³. En el estudio realizado por Fedeaefes en 2014, se analizaba esta cuestión y se concluía con la necesidad de constituir una mesa interinstitucional e interdepartamental que estableciese estrategias contra el estigma asociado a la enfermedad mental. Posteriormente, en el Consejo Vasco Asesor de Salud Mental se analizó este tema mediante un grupo de trabajo en el que se concluyó en la misma línea, en la necesidad de constituir una mesa interinstitucional e interdepartamental para el abordaje del estigma en las personas con enfermedad mental. Por último, recientemente se ha aprobado la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2022-2026¹⁴. En la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, en la línea estratégica 1. Autonomía y de-

¹² Ocio y Salud Mental. Avifes. 2019.

¹³ La realidad del Estigma Social entre las Personas con Enfermedad Mental en la CAPV. Fedeaefes. 2014.

¹⁴ Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. 2022.

rechos. Atención centrada en la persona, en el objetivo general 1.2 igualmente menciona como objetivo “Erradicar la discriminación y favorecer la inclusión social con perspectiva de género”. En la línea 5. Salud Mental en la Infancia y Adolescencia, en el objetivo 5.3 establece “Luchar contra la discriminación y la estigmatización social de los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental”.

Es decir, que normativamente está clara la obligación de actuar en el ámbito del estigma con estrategias claras que tengan impacto en la calidad de vida de las personas con trastorno mental y que favorezcan su inclusión social y comunitaria, solo falta que las administraciones públicas vascas asuman el mandato y se elabore la estrategia contra la estigmatización de las personas con trastornos mentales que pueda ayudar a su inclusión social y comunitaria.

Retos de futuro

- Incrementar recursos residenciales: viviendas con apoyo, la oferta es insuficiente y centrada en núcleos urbanos.
- Incrementar los servicios de apoyo a la vida independiente.
- Incluir los servicios de apoyo al ocio y tiempo libre en el decreto de cartera y aumentar su oferta.
- Incrementar los servicios de respiro (estancias temporales u otras fórmulas).
- Servicios y centros flexibles (procesos de ida y vuelta).
- Coordinación ágil de los diferentes sistemas.
- Apoyo a las familias.
- Poner en marcha la estrategia para la erradicación del estigma.
- Nuevos servicios: apoyo mutuo, asistencia personal.

Urge dar respuesta a:

- Envejecimiento de las personas con enfermedad mental.
- Menores y jóvenes con EM.
- Mejorar la atención de las zonas rurales (transporte, centralización de servicios en zonas urbanas)

Bibliografía

ASOCIACIÓN VIZCAÍNA DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL. Ocio y Salud Mental. 2019.

Estudio sobre las necesidades de las personas con enfermedad mental de Bizkaia en el ámbito residencial y de vida independiente. 2020.

FEDERACIÓN DE EUSKADI DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (FEDEAFES). *La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental de la CAPV*. Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Fedeafes). 2014.

Itinerarios óptimos de intervención y abordaje coordinado en los ámbitos social y sanitario para la atención social y sanitaria de las personas con enfermedad mental en Euskadi. Fedeafes. 2015.

La atención de personas con enfermedad mental desde la perspectiva de la calidad de vida. Fedeafes. 2015.

Análisis de la oferta de recursos sociosanitarios en la CAPV. Fedeafes. 2019.

Infancia adolescencia y juventud con problemas de salud mental en la CAPV. Fedeafes. 2021.

MINISTERIO DE SANIDAD. *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2022*.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Organización de las Naciones Unidas (ONU). 2006.

PAÍS VASCO. Ley 12/2008, de 5 de diciembre de 2008, de Servicios Sociales. Boletín Oficial del País Vasco, 24 de diciembre de 2008, núm. 246, p. 31.840.

NECESIDADES DE MEJORA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL Y CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y LA COORDINACIÓN CON OTROS SISTEMAS

GARBIÑE DELGADO

Balorazio, artatze eta jarraipen prozesuaren arduraduna indarkeria matxistaren biktima diren emakumeak Gizarteratzeko eta Artatzeko Zerbitzuan. Gipuzkoako Foru Aldundia / *Responsable del proceso de valoración, atención y seguimiento del Servicio de Inclusión Social y Atención a las mujeres víctimas de violencia machista. Diputación Foral de Gipuzkoa*

Introducción

En el presente escrito presentaremos el trabajo que en la actualidad realizamos desde el Servicio de Inclusión Social y Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Machista de la Diputación Foral de Gipuzkoa (en adelante el Servicio o el Servicio de Inclusión, por ser la contingencia a tratar en este documento) con respecto a las personas con problemas de salud mental. Para ello partiremos del marco general del Servicio pasando después a especificar la situación con respecto a la Salud Mental. En un tercer momento expondremos los recursos específicos con los que contamos tanto en el Servicio como en el Departamento de Políticas Sociales al que este pertenece para problemáticas de salud mental. Terminaremos haciendo una serie de propuestas en aras mejorar la atención prestada.

Marco general

El Servicio de Inclusión Social trabaja priorizando la planificación centrada en la persona. Es por ello que colocamos las necesidades que las personas usuarias presentan y los apoyos que requieren en el centro de nuestra intervención, la cual se articula en estrecha colaboración tanto con los Servicios Sociales de atención primaria como con la red de recursos asociada a la inclusión social.

Asimismo, reconocemos la importancia y necesidad de incluir en nuestra intervención a los apoyos naturales que tiene cada persona, los apoyos comunitarios y los apoyos que recibe de otros sistemas, con los cuales procuramos trabajar coordinadamente.

La finalidad del Servicio es la de promover la inclusión social de las personas con las que trabajamos. Para ello se parte de apoyos personalizados y positivos con los objetivos, por un lado, de contribuir a la mejora de su calidad de vida (Verdugo y Schallock, 2013) y, por otro, de favorecer el acceso y el ejercicio de sus derechos sociales.

Para poder realizar este trabajo, a las personas usuarias del Servicio se les ha de reconocer el derecho subjetivo de ser beneficiarias del mismo. Esto se consigue por medio de una valoración inicial, la cual se basa en el Instrumento Técnico de Valoración de la Exclusión Social (ITVES reglamentada en el Decreto 385/2013). Este Instrumento previsto por el Sistema Vasco de Servicios Sociales pretende valorar con criterios comunes la existencia de situaciones de exclusión social –en diferentes niveles de intensidad: leve, moderada y grave– o de riesgo de exclusión social.

El Decreto 385/2013 determina que existe una situación de exclusión social cuando las condiciones de vida y convivencia de una persona se están viendo afectadas por múltiples carencias que persisten en el tiempo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2010) la exclusión social tiene carácter dinámico y multidimensional y según Hernández (2008) está condicionada por factores estructurales que afectan especialmente a determinados colectivos.

Para la valoración de las diferentes situaciones en relación con la exclusión social se han elaborado dos criterios. El criterio 1 se refiere a las carencias personales y relacionales. Se valora si la persona carece de apoyo social proveniente de redes primarias y secundarias, así como de recursos personales. Se tienen en cuenta para ello indicadores de los ámbitos convivencial, personal y social. El criterio 2 corresponde a la merma de la autonomía personal y económica y valora indicadores de los ámbitos económico-laboral, convivencial, personal y de la salud.

En la siguiente tabla se recogen los indicadores del criterio 1 relacionados con la salud mental:

Ámbito		Indicador
Convivencial	7.B.4	Cuidados para la salud
Social	15.1	Convivencia cotidiana comunitaria
	15.2	Aceptación social y estigmatización en la comunidad
	16.1 y 16.2	Adaptación al medio social y normativo
	9.A.1	Habilidades básicas de interacción y comunicación
	9.A.2	Asertividad
	9.A.3	Expresión de sentimientos
	9.1.4	Habilidades para la resolución de conflictos
	9.A.5	Tolerancia a la frustración
	9.B.1	Competencias cognitivas básicas
	9.B.2	Capacidad para solicitar ayuda y seguir consejos
	9.B.3	Capacidad para anticipar eventos y realizar provisiones
	9.B.4	Destrezas para evaluar los apoyos y recursos disponibles
	9.B.5	Manejo y autocontrol de los impulsos
	9.C.1	Habilidades para hacer amistades
	9.C.2	Habilidades para mantener amistades
	9.C.3	Habilidades para usar los recursos comunitarios
	9.C.4	Habilidades para seguir prescripciones de salud
	9.C.5	Habilidades para participar y organizarse en la vida comunitaria
	9.C.6	Habilidades para organizar el tiempo libre
	9.D.1	Habilidades para el autocuidado (higiene, ropa, medicación...)
	9.D.2	Habilidades para la convivencia con otras personas
	9.D.3	Habilidades para tomar decisiones autónomamente
	9.D.4	Habilidades para afrontar crisis vitales
	9.D.5	Habilidades para encontrar un sitio donde vivir
	9.D.6	Habilidades para buscar un empleo
	9.D.7	Habilidades para mantener un empleo
	9.D.8	Capacidad de utilización de sistemas de protección social y de ejercicio de derecho
	11.1	Autoestima, autoconfianza
	11.2	Estado de ánimo
	11.3	Motivación al cambio
11.4	Ejercicio de responsabilidad	
11.5	Actitudes relacionadas con la resiliencia	
11.6	Percepción subjetiva de la situación relacional	
11.7	Conciencia de la situación en la que se encuentra la persona	

Estos indicadores son una muestra principalmente de que por un lado, la exclusión es un concepto mucho más amplio que la pobreza o el sinhogarismo y de que, por otro, existe una estrecha relación entre situaciones de exclusión y problemas de salud mental. En el próximo apartado nos ocuparemos de manera más extensa de esta relación.

Situación de salud mental

No solo existe un acuerdo en la relación entre salud mental y exclusión social (Fazel et al., 2008; Van Bergen et al., 2018), sino que la causalidad entre ambas es bidireccional, es decir, el sufrimiento de un problema de salud mental podría provocar o agravar una situación de pobreza y aislamiento que desemboca en alguna forma de exclusión social o, por el contrario, una vez la persona está en situación de exclusión y debido a los diferentes estresores que esta situación provoca, podría acarrear problemas de salud mental.

Diversas investigaciones sostienen que hay una sobrerrepresentación de personas que padecen un problema de salud mental entre aquellas que pertenecen a un nivel socioeconómico más bajo (Fryers et al., 2003; Llorant et al., 2003). Entre las personas sin hogar se ha encontrado una elevada prevalencia de trastornos mentales, destacando el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (Fanzel et al., 2008; Roca et al., 2003), trastornos de personalidad (Salavera, 2009) y trastornos del estado de ánimo (Fryers et al., 2003). Entre las personas que viven en situación de exclusión también se han constatado más ingresos psiquiátricos (Webber y Huxley, 2004), problemas crónicos de salud física (Petrovich et al., 2020), minusvalía física o sensorial (Muñoz et al., 1995).

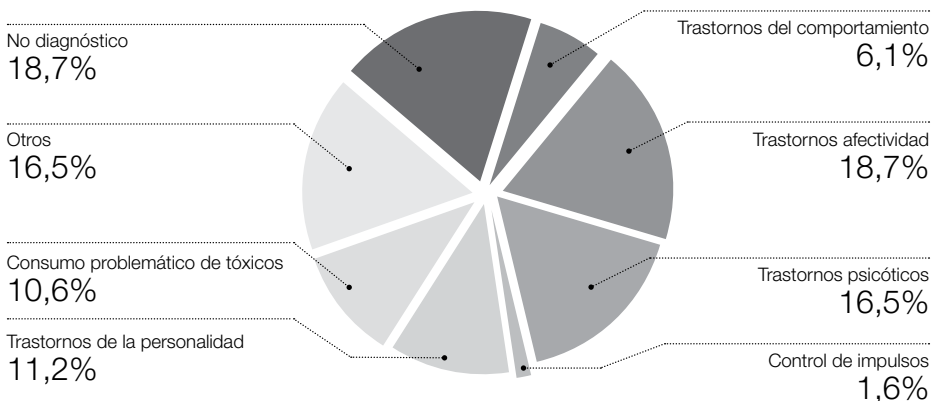
Flores et al. (2005) encontraron una elevada prevalencia de trastornos de personalidad consumo de drogas en grupos de alto riesgo de exclusión social. Estos resultados indican que el consumo de sustancias puede ser uno de los principales factores que lleva al inicio del proceso de exclusión social, condición que se exagera en las personas con comorbilidad psiquiátrica, ya que eleva la posibilidad de perder la vivienda o tener una vivienda inestable. Sin embargo, una de las principales dificultades de las personas sin hogares la adhesión al tratamiento de la deshabituación de sustancias, lo cual podría contribuir a la cronificación de la situación de sin hogar (Ibabe et al., 2014).

Las personas con trastornos mentales graves tienen una mayor predisposición a padecer una situación de exclusión social y con frecuencia tienen redes sociales restringidas (Killaspy et al., 2014). Asimismo, investigaciones asocian las relaciones sociales deficitarias con la peor salud física y mental (Holt-Lunstad et al., 2015; Valtorta et al., 2016). En un estudio reciente, los resultados mostraron que existe una asociación entre problemas de salud mental y adaptación social. Así pues, los problemas de salud mental podrían dificultar la adaptación social y por consiguiente la integración en la sociedad (Villegas et al., 2020). Por tanto, disponer de una red social de apoyo es importante dentro de los procesos de inclusión (Leary, 1990).

En lo que respecta a las personas usuarias del Servicio de Inclusión, en años anteriores se han recogido una incidencia de trastornos mentales del 70%. Recientemente y con la colaboración de la alumna en prácticas de la Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea Laura Martínez de Aguirre, se ha recogido para el año en curso una incidencia algo menor, concretamente del 65,35%: es decir, 347 personas de una muestra total de 531 personas. Entre ellas, 250 están diagnosticadas y en tratamiento (72%), 24 personas presentan comportamientos graves y evidencia de sufrimiento derivados de un

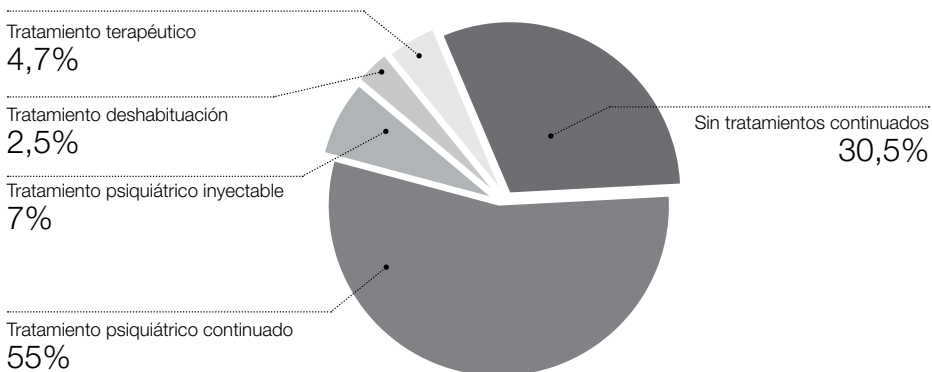
trastorno mental sin tratamiento (6,9%) y finalmente, 71 personas presentan indicios de posible patología o trastorno mental, sin diagnóstico (20,46%).

Clasificación de diagnóstico

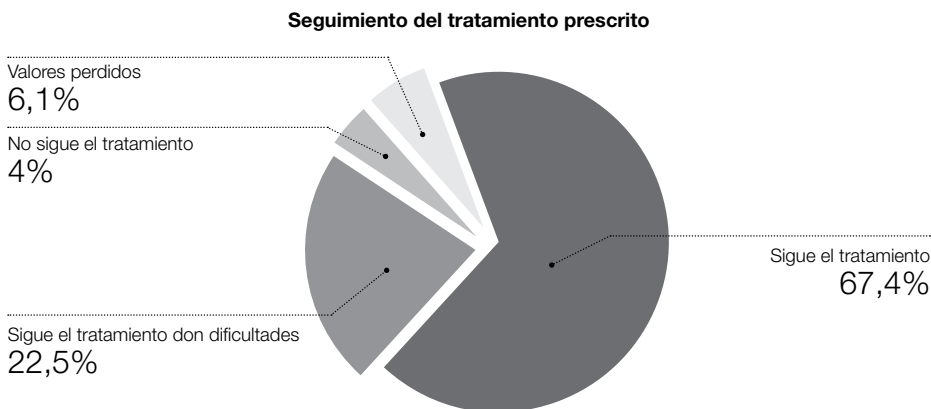


En referencia al diagnóstico el más frecuente es el de “Trastorno de afectividad” (18,7%), seguido de “Trastorno psicótico” (16,5%), “Otros” (16,5%), “Trastornos de personalidad” (11,2%), “Consumo problemático de tóxicos” (10,6%) y “Trastornos del comportamiento” (6,1%) y finalmente “Control de impulsos” (1,6%). Por otro lado, un 18,7% no cuenta con undiagnóstico o se desconoce. Asimismo, muchos de los y las participantes cuentan con más de un diagnóstico.

Tratamiento



Entre los y las participantes que presentan problemas de salud mental (N=347), el tratamiento más frecuente es el psiquiátrico farmacológico (55%), seguido de un 30,5% que no cuenta con tratamientos continuados, un 7% recibe tratamiento psiquiátrico inyectable, un 4,7% cuenta con tratamiento terapéutico y finalmente un 2,8% recibe tratamiento de deshabitación.



Entre las personas con problemas de salud mental (N=347), un 67,4% sigue el tratamiento, un 22,5% sigue el tratamiento con dificultades o sin constancia, y un 4% no sigue el tratamiento. Un 6,1% corresponde a valores perdidos.

Por último y en relación con el número de ingresos hospitalarios, cerca del 92% de personas usuarias no han tenido ingresos durante el último año. En el caso de las personas que sí han tenido ingresos hospitalarios, el mayor número de ingresos corresponde a uno solo y mayormente en urgencias. Tan solo cuatro personas han tenido más de cuatro ingresos durante el último año.

En el próximo apartado abordaremos qué tipo de recursos específicos existen para atender esta variedad de contingencias.

Recursos específicos

Los recursos y servicios ofrecidos en el Servicio de Inclusión se enmarcan en el Decreto Cartera (Decreto 185/2015, donde se diferencian Centros de Atención Diurna, Centros de Atención nocturna, Viviendas con Apoyos, Centros de Atención residencial para la Inclusión y Acompañamiento Especializado), si bien el Servicio ha desarrollado otras prestaciones que se han valorado oportunas. A continuación, presentaremos resumidamente en qué consisten estos servicios:

- De entre los Centros de Atención residencial para la Inclusión es de destacar un centro específico llamado Ustez. Se trata de una unidad residencial específica para la atención a personas en situación de exclusión social que, además, padecen un trastorno mental grave diagnosticado por el Sistema Vasco de Salud, Osakidetza. Este recurso se creó a partir de la necesidad de establecer un abordaje integral que contemple a la persona desde un punto de visto más holístico.
- Próximamente se abrirá, además, el Centro Errondo, dirigido a trayectorias de exclusión cronicadas con un claro carácter sociosanitario.
- A nivel de atención ambulatoria, el colegio Oficial de Psicología, ofrece acompañamiento terapéutico a casos que han sufrido violencia machista y agresiones sexuales, así como a personas que están siendo atendidas en nuestra red de recursos alojativos y que requieren de mayor apoyo del que la Red de Salud Mental Pública les puede ofrecer.
- Dentro de los proyectos de innovación hemos puesto en marcha un proyecto piloto consistente en una Unidad móvil de atención psicosocial en calle (KAM Unitatea). Atiende a personas mayores de 18 años en situación de sinhogarismo que se caracterizan por un alto nivel de desestructuración y de aislamiento social. Pretende ofrecer un espacio de escucha y atención en Donostia, Irun y Errenteria.
- Por su lado, Karabeleko consiste en un proyecto ocupacional dirigido a personas con problemas de salud mental. El objetivo perseguido es el de promover una cultura de producción y consumo de horticultura ecológica, además de la inclusión social y laboral.
- Bagara es un servicio de atención diurna, recientemente inaugurado, dirigido a personas con trastorno mental grave que se basa en el modelo Clubhouse. Pretende ampliar las oportunidades de esta población unido a otros servicios y recursos existentes. Es un recurso alternativo flexible, autogestionado, participativo y comunitario dirigido a la activación. Se trabaja el mantenimiento del vínculo social y el sentimiento de pertenencia.
- Ofreciendo un servicio que cuenta con una larga trayectoria, en Gureak gestionan los centros ocupacionales y especiales de empleo por medio de itinerarios socio-laborales personalizados para las personas con discapacidad. Históricamente se optó por hacer uso de una red de recursos que funcionaba adecuadamente con personas con discapacidad intelectual y no abrir una red paralela para personas con problemas de salud mental. En la actualidad atienden un alto porcentaje (cerca del 30%) de personas con enfermedad mental.
- Por último, la inserción socio laboral, prevención, sensibilización, tratamiento e investigación de las adicciones y/o conductas desadaptativas son el foco de la intervención de Proyecto Hombre y Agipad. Para ello se parte de un modelo de intervención biopsicosocial, promoviendo el apoyo mutuo, la cohesión y la pertenencia a un proyecto común.

El carácter de estas dos últimas prestaciones es claramente sociosanitaria y sirven para prevenir situaciones de exclusión.

Propuestas de mejora

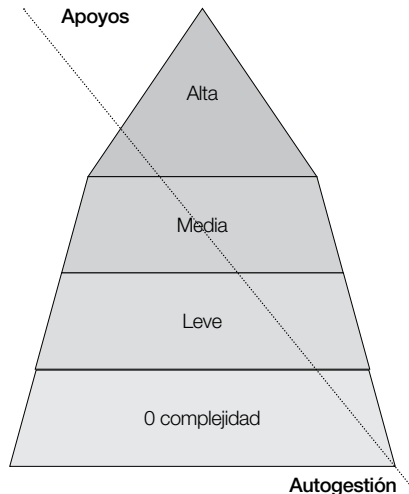
Dado que gracias a la experiencia hemos podido constatar que las prestaciones y servicios presentados en el apartado anterior no son suficientes para dar en todos los casos y situaciones la atención óptima, pasaremos ahora a realizar una serie de propuestas de cara a mejorar la atención a las personas en situación de exclusión social y con problemas de salud mental.

1) Perspectiva de complejidad

Desde el Servicio de Inclusión proponemos la adopción de un modelo de interpretación de los casos el cual los aborde desde la complejidad y la estratificación (Manzano, 2018). Cuando hablamos de complejidad nos referimos a que existen al mismo tiempo dificultades o problemas que apelan a diferentes ámbitos, los cuales requieren de una respuesta por parte de distintos servicios, sistemas o profesionales.

En los Servicios Sociales, en general, y en aquellos Servicios Sociales en los que se atienden situaciones de exclusión, particularmente, cada vez son más comunes los casos que revierten complejidad (Villegas et al., 2020). Los niveles de complejidad pueden variar. Hoy en día se acepta la llamada Pirámide de Kaiser (Manzano, 2018) como modelo más adecuado para delimitar estos niveles, la cual diferencia 4 estratificaciones o segmentaciones: desde la población general o personas que no tienen complicaciones de salud hasta personas con enfermedades crónicas.

De acuerdo con la adaptación realizada de esta Pirámide en el Servicio de Inclusión Social, los niveles de estratificación se verían plasmados de la manera que sigue (Sancho, 2021):



2) Mayor especialización y mejora de servicios

Esta lectura de la casuística permite reconocer que dentro del Servicio se debe de caminar hacia una mayor especialización en las prácticas y actuaciones a desarrollar por los equipos profesionales además de hacia una mejora y adecuación continua en la dotación de recursos.

3) Abordajes interdisciplinares, integrados e integrales

Con respecto a agentes externos al Servicio nos planteamos la necesidad de realizar abordajes interdisciplinares, integrados e integrales para lo cual debemos mejorar la colaboración intradepartamental así como la colaboración entre sistemas tal como recoge la Estrategia Sociosanitaria 2021-2024 (Gobierno Vasco, 2021).

4) Programas a medio camino entre el ámbito social y sanitario

Para finalizar y redundando en algo que ya viene recogido en la Estrategia Vasca de personas sin hogar 2018-2021 (Gobierno Vasco, 2018) insistimos en la necesidad de desarrollar en el Territorio Histórico de Gipuzkoa programas de tratamiento asertivo comunitario específicamente orientados a personas sin hogar con TMG; de crear programas o centros de convalecencia de carácter sociosanitario para personas sin hogar; y de impulsar la ordenación de los programas que integran entre sus funciones la mediación y el acompañamiento a los servicios de salud a las personas con más dificultades para manejarse de forma autónoma en ese sistema.

Referencias bibliográficas

Decreto 385/2013, de 16 de julio, por el que se aprueba el Instrumento de Valoración de la Exclusión Social.

Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

Fazel, S.; Khosla, V.; Doll, H.; & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*, 5 (12), 1.670–1.681.

Flores, E.; Borda, M.; & Pérez, M. (2005). AIDS and social exclusion: Personality features or adaptive behaviors? *Spanish Journal of Psychology*, 8(1), 45–55.

Fryers, T.; Melzer, D.; & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders: A systematic review of the evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(5), 229–237.

Gobierno Vasco. (2018). Estrategia Vasca de personas sin hogar 2018-2020. Consulta en junio de 2022. Acceso en: https://www.euskadi.eus/contenidos/noticia/xiileg_planes_departamentales/es_def/adjuntos/ESTRATEGIA-VASCA-PARA-PERSONAS-SIN-HOGAR-2018-2021-castellano.pdf

(2021). Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024. Consulta en junio de 2022. Acceso en: https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_sociosanitario_estrat/es_def/adjuntos/estrategia_sociosanitaria_es_web.pdf

Hernández, M. (2008). *Exclusión social y desigualdad*. Universidad de Murcia: Editum.

Holt-Lunstad, J.; Smith, T.B.; Baker, M.; Harris, T.; & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237.

Ibabe, I.; Stein, J.A.; Nyamathi, A.; & Bentler, P.M. (2014). Predictors of substance abuse treatment participation among homeless adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(3), 374–381.

Killaspy, H.; White, S.; Lalvani, N.; Berg, R.; Thachil, A.; Kallumpuram, S.; Nasiruddin, O.; Wright, C.; & Mezey, G. (2014). The impact of psychosis on social inclusion and associated factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), 148–154.

Leary, M.R. (1990). Responses to social exclusion: Social anxiety, jealousy, loneliness, depression, and low self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(2), 221–229.

Llorant, V.; Deliege, D.; Eaton, W.; Robert, A.; Philippot, P.; & Ansseau, M. (2003). Socio-economic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98–112.

Manzano, M.A. (2018). Kaiser o la sombra oscura de los servicios sociales. Blog Llei d'Engel. Consulta en abril de 2022. Acceso en: <https://lleienel.cat/kaiser-o-ombra-fosca-serveis-socials/>

Muñoz, M.; Vázquez, C.; y Cruzado, J. (1995). *Personas sin hogar en Madrid: Informe psicossocial y epidemiológico*. Comunidad de Madrid.

Organización Mundial de la Salud (2010). *Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe.

Petrovich, J.C.; Hunt, J.J.; North, C.S.; Pollio, D.E.; & Roark, E. (2020). Comparing unsheltered and sheltered homeless: Demographics, health services use and predictors of health services use. *Community Mental Health Journal*, 56(2), 271–279.

Roca, P.; Panadero, S.; Rodríguez-Moreno, S.; Martín, R.; & Vázquez, J.J. (2019). The revolving door to homelessness. The influence of health, alcohol consumption and stressful life events on the number of episodes of homelessness. *Anales de Psicología*, 35(2), 175–180.

Salavera, C. (2009). Trastornos de personalidad en personas sin hogar. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 275–283.

Sancho, J. (2021). Documento interno.

Valtorta, N.; Kanaan, M.; Gilbody, S.; Ronzi, S.; & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1.009-1.016.

Van Bergen, A.; Hoff, S.; Van Ameijden, E.; & Van Hemert, A. (2014). Measuring social exclusion in routine public health surveys: Construction of a multidimensional Instrument. *Plos One*, 9 (5).

Verdugo, M.A. y Schalock, R.L. (2013). *Discapacidad e Inclusión*. Salamanca: Amarú.

Villegas, C.; Ibabe, I.; y Arnoso, A (2020). Exclusión social y su relación con los problemas de salud mental. *International Journal of Social Psychology*, 13-27.

Webber, M. & Huxley, P. (2004). Social exclusion and risk of emergency compulsory admission. A case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 1.000-1.009.

PROBLEMAS DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

GOTZON VILLAÑO

Arabako Osasun Mentaleko Sareko gizarte-langilea /

Trabajador social en Red de Salud Mental de Araba

“Trata a la enfermedad, pero no olvides tratar a la persona”.
(lema que rezaba sobre la puerta del Hospital Virchow de Berlín)

Resumen

Como profesionales del Trabajo Social, partimos de los derechos y de la garantía que el sistema público debe ofrecer a las personas que sufren necesidades y dificultades vinculadas a la Salud Mental. En este sentido consideramos imprescindible la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, para lo cual es necesaria la intervención de servicios de todos los sistemas públicos de bienestar social, siendo esenciales para ello la coordinación sociosanitaria e intersectorial, junto al trabajo en red. Asimismo, se requiere la aplicación real de un modelo de intervención que refuerce la atención transdisciplinar, la participación de las personas y familias afectadas y la toma de conciencia de la comunidad, donde el diagnóstico clínico y psico-social tienen relevancia para la intervención integral con la persona y su contexto.

Perspectiva global

En primer lugar, es importante subrayar que formaciones de este tipo son esenciales para la mejora de la intervención en Salud Mental, ya que permiten compartir preocupaciones y buenas prácticas y evidenciar la situación actual, buscando alternativas que conduzcan a cambios reales y viables.

Como trabajadores sociales tenemos muy presente la definición de la OMS sobre Salud Mental, tanto en lo relativo a los derechos de las personas como en la obligación de la garantía que debe ofrecer la salud pública a este colectivo. Por ello, en nombre de la red de profesionales de salud mental deseo trasladar nuestro agradecimiento a la oficina del Ararteko y a la Universidad del País Vasco UPV/EHU por esta iniciativa.

Igualmente deseo agradecer a tres personas que han colaborado en el presente documento: mi compañero Mikel Zarate, trabajador social de la Red de Salud mental de Bizkaia, con quién comparto muchas de estas reflexiones; a la que siempre será mi “tutora” en cuestiones académicas, Charo Ovejas, profesora de la Facultad de Relaciones Laborales y Trabajo Social de esta universidad, y a mi amigo Vicente Perales por las elocuentes ilustraciones que me ha regalado para la presentación escrita.

A lo largo de estos cursos de verano se han abordado cuestiones esenciales relativas a la prevención y la relevancia que la atención primaria tiene en ello, que se ha visto muy agravada con la actual pandemia, también se han puesto en evidencia algunas de las fortalezas del actual modelo de Salud Mental en Euskadi, pero por desgracia las numerosas debilidades, destacando entre ellas las dificultades vinculadas a la coordinación sociosanitaria y al trabajo en red.

Partiendo de estas cuestiones, que claramente compartimos, deseamos subrayar varios elementos esenciales que suponen en muchas ocasiones graves dificultades para las personas que padecen problemas de salud mental:

- La coordinación intersectorial, no solo la coordinación sociosanitaria.
- La importancia del trabajo en red.
- La necesidad de contar con recursos públicos suficientes y adecuados para este colectivo.

La implantación de un modelo de intervención que refuerce:

- La intervención transdisciplinar, más allá de la intervención multi y/o interdisciplinar.
- La participación directa de las personas afectadas, no deben ser solo un “colectivo diana”.
- La toma de conciencia de la comunidad de la situación, haciendo el trabajo comunitario esencial en este proceso.

Nuestra propuesta parte de los derechos de las personas que padecen enfermedad mental y la necesidad de la coordinación entre sistemas, pero también del cambio de visión e intervención hacia un modelo de recuperación en el que sea la persona quién dirija su propia vida. Este modelo provoca un cambio de actitud en las personas profesionales, conlleva un enfoque en las capacidades y fortalezas de la persona, que se involucra y se empodera en su propia recuperación. Las palabras que la definen son: la esperanza, la inclusión social y el control sobre su propia vida.

Como profesionales del Trabajo Social, debemos promover “el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social” (FITS, 2014). En este sentido, se trata de garantizar el ejercicio de ciudadanía, promoviendo el desarrollo de derechos a las personas con enfermedad mental y trabajar en una intervención pública adecuada, es la idea clave que deseamos trasladar en esta ponencia.



Ilustración: Vicente Perales Moreno

Coordinación entre sistemas

Respecto a la coordinación sociosanitaria e intersectorial y la necesidad del trabajo en red, de acuerdo con Fernando Fantova (2014), consideramos que la intervención debe realizarse desde todos los sistemas de protección social que él cita: la salud, la educación, los servicios sociales, el empleo, el alojamiento y la subsistencia, requiriendo una intervención intersectorial.

La intervención e implicación de cada uno de los sistemas se hace imprescindible para que las personas que padecen enfermedad mental disfruten de un bienestar personal y social. La OMS habla de la coordinación de acciones entre sistema de salud y los demás sistemas pertinentes, mientras que la norma española solo habla de actuaciones sinérgicas entre servicios de salud y sociales. En este sentido, Agustina Hervás (2014) advierte que podrían quedar fuera las sinergias necesarias para trabajar la inserción laboral o para atender a personas con dificultades de movilidad, incluso aquellas necesarias para atender a los menores en el sistema educativo.

En Salud Mental, nos encontramos en nuestro día a día con pacientes que durante largas temporadas tienen que permanecer en hospitales psiquiátricos por no disponer de recursos de alojamiento comunitarios, dificultando el alta de estos pacientes. Estos son problemas tienen que ver con la escasez e inexistencia de recursos comunitarios o

la poca adecuación de los existentes para algunas personas con enfermedad mental. Pero, además nos parece muy preocupante el escaso eco institucional y social que tienen las demandas de estas personas, que ni siquiera tienen la opción de expresarlas.

Desde este prisma nos referiremos de aquí en adelante a la necesidad de coordinación, quizá integración, de todos estos sistemas, no solo limitado a la coordinación entre servicios sociales y salud.

En lo referente a la política educativa podemos reflejar la sensación de fracaso del sistema cuando nos encontramos con jóvenes, que incluso con 26 años no han conseguido finalizar la enseñanza secundaria obligatoria ESO. ¿Se trata de fracaso escolar o fracaso del sistema? Revisando las ofertas de empleo, en muchas de las ofertas de empleo no cualificadas, uno de los requisitos es el título de Educación Secundaria, con lo que estas personas jóvenes se quedan fuera del sistema laboral. Quizás la Educación para Adultos esté apoyando a las personas que se encuentran en esta situación, pero debemos de reforzarla.

En cuanto a la implicación de la política de empleo, la participación en el mercado laboral, además de constituir una garantía de independencia económica, sigue siendo una de las fórmulas de inclusión, ya que permite ampliar las relaciones sociales y favorece el desempeño de roles sociales más adaptados en el caso de las personas con trastorno mental grave. Los datos sobre el empleo de las personas entre 16 y 64 años, según el Informe del Mercado de Trabajo de las Personas con Discapacidad (Servicio Público de Empleo Estatal, 2021) los datos son contundentes, dicen que tan solo el 34,3% de personas con discapacidad en 2020 eran activos, frente al 76,1% en las personas sin discapacidad.

Además, los Centros especiales de empleo ofertan puestos de baja cualificación y, como consecuencia, de baja remuneración. Es preciso modelos en los que se integren todos los recursos prelaborales (ocupacionales), Centros Especiales de Empleo, empleo apoyado y empleo normalizado. Esto facilitaría que entre los diversos recursos exista una coordinación y cercanía, que facilite la transición de uno a otro sin grandes obstáculos. Sería deseable la posibilidad de homeostasis entre los cuatro niveles en función del estado de la persona usuaria, permitiendo que una persona pudiera circular de un recurso a otro en función de sus capacidades y de su estado psicopatológico. Todo este modelo no es posible si no existe una coordinación estrecha y cercana con los equipos de salud mental que atienden a la persona en su vertiente de salud.

La necesidad de una coordinación con el sistema de garantía de ingresos, hoy por hoy gestionado desde Lanbide, es imprescindible. La situación de extrema precariedad económica que sufren muchas de las personas con enfermedad mental, receptoras de pensiones no contributivas, con cuantías inferiores a los 5.900 € anuales¹⁵, les obliga

15 Actualmente, pendiente del aumento del 15% acordado en Consejo de ministros del día 25 de junio.

a solicitar la Renta de Garantía de Ingresos para poder tener una mínima capacidad económica para la subsistencia. La complejidad en el lenguaje de las comunicaciones y requerimientos del sistema de RGI es el primer problema con el que se encuentran muchas personas con enfermedad mental, aunque no solo ellas. Requerimientos de documentación, recibos, los plazos¹⁶, etc. ponen en peligro su medio de subsistencia por las sanciones que conlleva su no presentación. Por otro lado, la imposibilidad de que tan solo se puedan conceder dos prestaciones RGI por cada vivienda (excepto en los alojamientos colectivos), es un grave problema. En los últimos meses desde Lanbide se ha notificado a algunas personas residentes en recursos privados de alojamiento la imposibilidad de seguir percibiendo dicha RGI en base al artículo 6.2 del Decreto 147 de Renta de Garantía de Ingresos (Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, 2010) ya que *“no están concertados, convenidos o contratados por la administración para la acogida, o no estar asociados a otros programas de inclusión social o sociolaboral igualmente concertados, convenidos o contratados con la administración”*.

Creemos imprescindible, la coordinación entre la persona referente en Lanbide y la trabajadora social de salud mental que atiende a esa persona. Somos conocedores de que está ya en marcha la modificación de la legislación actual (Gobierno Vasco, 2008), que esperamos que resuelva estos problemas y otros que hemos citado aquí.

Si hablamos de política de vivienda, en Euskadi tenemos un grave problema en cuanto a la carestía del alquiler de vivienda que dificulta enormemente experiencias de vida independiente de todas las personas, pero especialmente con enfermedad mental. La falta o adecuación de recursos de alojamiento para personas con enfermedad mental es una constante desde hace ya muchos años, que se ha intentado solventar con el uso de pensiones privadas. Es verdad que esa no es competencia del Departamento de Vivienda, pero también es cierto que su implicación cediendo viviendas adecuadas facilitaría mucho la creación de nuevos alojamientos. Un modelo tipo *housing first*, desarrollado en Nueva York por Padget, D.K.; Tsemberis, S.; y Henwood, B.F. (2015), con apoyos por parte de servicios sociales mediante un programa de vida independiente, sería algo a explorar en personas con enfermedad mental con una autonomía suficiente.

Por otro lado, en cuanto a la necesidad de contar con recursos públicos suficientes y adecuados para este colectivo, una parte de los problemas en relación a los recursos o prestaciones para las personas con enfermedad mental están en el sistema de servicios sociales. De inicio, la primera dificultad viene dada por la excepcionalidad para poder valorar la dependencia en las personas ingresadas en hospitales psiquiátricos en períodos largos. Relacionado con los alojamientos, no todas las personas tienen cabida en los recursos existentes, podríamos citar casos como los de las personas con consumos persistentes (alcohol o tóxicos), con la enfermedad de Wernicke/Korsakoff, con edades

16 El tiempo necesario para la tramitación de la RGI también es un hándicap para las personas que, por diversos motivos (alta hospitalaria, necesidad de alojamiento) necesitan una capacidad económica para el pago del alojamiento, la manutención o el transporte de forma urgente.

cercanas a los 60 años, con la enfermedad de Corea de Huntington, etc. En unos casos por la necesidad de cuidados muy intensos en ciertas fases de su enfermedad, en otros por la dificultad del manejo de las conductas, por lo que desgraciadamente, hoy no existe más alternativa que los psiquiátricos o los servicios de acogida nocturna de baja intensidad.

La falta de un decreto que regule los centros residenciales para personas con discapacidad, similar al existente sobre centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco (Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Políticas Sociales, 2019), trae como consecuencia la imposibilidad de poder percibir la Prestación Económica Vinculada al Servicio las personas residentes en alojamientos privados. Por otro lado, la escasez de plazas en general en recursos comunitarios ocupacionales, centros de día, en programas de apoyo a la vida independiente, es un problema que dificulta la inclusión en la comunidad de las personas con enfermedad mental, cargando sobre las familias su cuidado.

En el área de salud, insistir en algunas de las ideas clave que se trasladan en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, tales como que “los problemas de salud mental no tienen una causalidad meramente biológica” y que, por tanto, se ha de intervenir con “un modelo biopsicosocial y de derechos” podrían suponer un gran avance. El desarrollo y fortalecimiento de estructuras intermedias como alternativas a la hospitalización: hospitales de día, tratamiento asertivo comunitario, atención domiciliaria, etc. Las estancias largas en hospitales psiquiátricos por falta de recursos comunitarios de alojamiento o de apoyo, son una constante en nuestro entorno. La pérdida de autonomía que supone un ingreso hospitalario de larga duración va en contra de la recuperación de la persona con enfermedad mental, y la progresiva minoración de los vínculos comunitarios que hay que preservar.

Por todo ello, un sistema de salud que, a veces, se erige en rector de la vida de la persona, sin tener en cuenta sus preferencias, actuando desde un modelo paternalista, sustituyendo y no acompañando en su proceso de recuperación se convierte en una de las grandes limitaciones para este colectivo. El ya citado modelo de recuperación en salud mental se convierte en la guía de la intervención del sistema de salud.

En línea con lo expresado en esta Estrategia e Salud Mental del SNS (2020), el fomento y creación de estructuras comunitarias fuertes y diversas, con una dotación adecuada de personas profesionales formadas, permitiría:

“Mantener al paciente en su contexto con los referentes del centro de salud mental comunitario (eje esencial de asistencia en salud mental), atención primaria y servicios sociales (coordinación), contribuir a avanzar en hospitalización a domicilio, hospital de día, consultas telemáticas, educación para la salud de pacientes y familiares en el marco del ingreso, etc., como fórmulas alternativas al modelo hospitalocentrista”.



Ilustración: Vicente Perales Moreno

Conclusiones

Por todo ello se requiere la aplicación real de un modelo de intervención que refuerce la atención transdisciplinar, la participación de las personas y familias afectadas y la toma de conciencia de la comunidad. A pesar de que, como bien dice nuestra colega Raquel García López (García López, 2004) la interdisciplinariedad en la atención a la salud mental comunitaria es imprescindible, aunque no exenta de dificultades.

El tan citado modelo de atención centrado en la persona, Gobierno Vasco y F. Matia (2014), debe de ser nuestra guía desde una intervención interdisciplinaria psicológica, biológica, social y ocupacional/funcional. Sin olvidarnos del necesario trabajo y apoyo a las familias como depositarias del cuidado de las personas con enfermedad mental. No olvidemos tampoco que los cuidados tienen una cara femenina que los realiza, y que el apoyo comunitario es básico para la inclusión plena de las personas con enfermedad mental. Todo ello con una perspectiva de género que debe de ser transversal a todas las intervenciones biopsicosociales.

Volviendo al título de la ponencia, creemos que es preciso citar algunas diferencias entre el sistema sanitario frente al sistema de servicios sociales, que generan una relación desigual. Estas pueden ser, en nuestra opinión, algunas de las causas que dificultan la coordinación, entre ellas:

- El sistema de salud es la mayor empresa de Euskadi, con más de 35.000 personas trabajadoras.
- En el sistema de Salud en Euskadi la dirección es única, Osakidetza, frente a los servicios sociales donde intervienen tres instituciones: Gobierno Vasco, las tres Diputaciones Forales y los Ayuntamientos.
- Aun a riesgo de suscitar una polémica, “la valoración” de las profesiones sanitarias frente a las profesionales psico-sociales, incidiendo en el trabajo interdisciplinar.
- Otras diferencias tienen que ver con la existencia del copago en los servicios sociales, la universalidad del derecho y como no, el ámbito presupuestario.

La coordinación sociosanitaria, en el más amplio sentido de lo social, es una necesidad que, en muchos casos topa con dificultades por parte de las personas profesionales y la propia normativa de los sistemas. La diferencia y desigualdad entre el sistema de servicios sociales, enormemente complejo en Euskadi, y el de salud, con una única dirección y un presupuesto que cuadruplica al otro, la dificulta. El cambio de visión, el modelo de atención centrado en la persona, la relación de confianza en la persona profesional del otro sistema se antoja imprescindible para lograr el objetivo, que no es otro que dar solución a las necesidades sociales y sanitarias de las personas.

Tras esta revisión de la problemática existente en cuanto a las personas que padecen una enfermedad mental, que como hemos visto afecta a los seis sistemas que son los pilares de bienestar social consideramos muy acertado lo expresado en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 (Ministerio de Sanidad, 2022):

“Se debe promover que en el seno de la atención sociosanitaria se realice una valoración integral de las situaciones y necesidades de las personas con problemas de salud mental y de su entorno”.

En este sentido, consideramos que, junto al diagnóstico clínico, se conceda igual relevancia al diagnóstico psico-social, siendo esencial la figura del Trabajo Social como profesional de referencia y facilitador del trabajo interdisciplinar, en red e intersectorial.

La salud mental debe ser algo transversal a todos los sistemas y no solo en el sanitario y en el social, siendo imprescindible la implantación de políticas integrales que garanticen realmente el desarrollo de los derechos de estas personas. Por ello es importante generar espacios de reflexión, de comunicación y de construcción de alternativas que se desarrollen con coherencia y rompan las inercias actuales de descoordinación entre Administraciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico de Trabajo Social*. Consejo General del Trabajo Social.

- Fantova, F. (2014). *Diseño de Políticas sociales: fundamentos, estructura y propuestas*. Editorial CCS.
- García López, R. (2004). Salud Mental Comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar?. *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol. 17. Pp. 273-287. Universidad Complutense.
- Gobierno Vasco. (2008). *LEY 18/2008, de 23 de diciembre, para la Garantía de Ingresos y para la Inclusión Social*. Boletín Oficial del País Vasco.
- Gobierno Vasco y Fundación Matia. (2014). *Cuadernos prácticos Modelo de Atención Centrado en la Persona*. Departamento de Empleo y Políticas Sociales.
- Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. (2010). *DECRETO 147/2010, de 25 de mayo, de la Renta de Garantía de Ingresos*. Boletín oficial del País Vasco.
(2019). *DECRETO 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Boletín Oficial del País Vasco.
- Hervás de la Torre, A. (2014). Sistema de Protección Social: la Salud. *Servicios Sociales y Política Social*, pp. 11-21.
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026*. Ministerio de Sanidad.
- Padgett, D.K.; Tsemberis, S.; and Henwood, B.F. (2015) *Housing First: Ending Homelessness, Transforming Systems, and Changing Lives*. Oxford University Press.
- Servicio Público de Empleo Estatal. (2021). *Informe del Mercado de Trabajo de las Personas con Discapacidad Estatal 2021*. Catálogo general de publicaciones oficiales.



**“GIZA ESKUBIDEEI BURUZKO JARDUNALDIAK”
BILDUMA**

**COLECCIÓN
“JORNADAS SOBRE DERECHOS HUMANOS”**

ararteko

Herriaren Defendatzailea

Defensoría del Pueblo

www.ararteko.eus