

XII Jornadas FEAFES

Logros en Salud Mental: ¿Suficientes, adecuados...?

Toledo, del 13 al 16 de junio de 2002



XII JORNADAS FEAFES

TOLEDO, DEL 13 AL 16 DE JUNIO DE 2002

LOGROS EN SALUD MENTAL: ¿SUFICIENTES, ADECUADOS...?

FEAFES

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
AGRUPACIONES DE FAMILIARES
Y ENFERMOS MENTALES



FEAFESCM

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES
DE FAMILIARES Y ENFERMOS
MENTALES DE CASTILLA-LAMANCHA



CEiFEM

CENTRO ESPAÑOL DE
INFORMACIÓN Y FORMACIÓN
SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

Edición: 2003

Edita: Confederación Española de Agrupaciones
de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES)

Diseño: Doblehache Comunicación

Imprime: Cirsa

Depósito Legal:

Organización

COMITÉ DE HONOR

Excmo. Sr. D. José Bono Martínez
Presidente de Castilla-La Mancha

Excmo. Sr. D. Fernando Lamata Cotanda
Consejero de Sanidad

Excmo. Sr. D. Tomás Mañas González
Consejero de Bienestar Social

Excmo. Sr. D. Miguel Ángel Ruiz Ayucar
Presidente de la Diputación de Toledo

Excmo. Sr. D. José Manuel Molina García
Alcalde de Toledo

Sr. D. Francisco Morata Andreo
Presidente FEAFES

Sra. D^a Carmen Rubio Martín
Presidenta de FEAFES Castilla-La Mancha

COMITÉ CIENTÍFICO

Sra. D^a Rosa Ruiz Salto
FEAFES

Sra. D^a Raquel Herranz Lania
FEAFES Castilla y León

Sr. D. Antonio Lozano Saucedo
FEAFES-Extremadura

Sra. D^a Susana García-Heras Delgado
FEAFES Castilla-La Mancha

Entidades Colaboradoras



Índice

PRESENTACIÓN

D. Francisco Morata Andreo Presidente de FEFES	9
---	---

INAUGURACIÓN

D ^a Carmen Rubio Martín Presidenta de FEFES Castilla-La Mancha	13
D. Fernando Lamata Cotanda Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha	15
D ^a Sagrario Gutiérrez Vicepresidenta de la Excm. Diputación Provincial de Toledo	17

PRIMERA MESA REDONDA: RECURSOS EN SALUD MENTAL Y SU GESTIÓN

DE LA RECLUSIÓN A LA INTEGRACIÓN POR EL CAMINO DE LOS RECURSOS

D. Antonio Lozano Saucedo Coordinador de PROINES. Coordinador Equipo Técnico de FEFES-Extremadura	23
¿Por qué? Marco Histórico	24
¿Cómo? Ley General de Sanidad	25
Recursos	28

RECURSOS EN SALUD MENTAL Y SU GESTIÓN

D. Pedro Ortiz Ortiz Presidente de AFAEPS-Albacete	31
D. José Luis López Hernández Director General de Planificación y Ordenación Sanitaria. Consejería de Sanidad	33
Dispositivos en Salud Mental	34
Unidades de Hospitalización	34
Dispositivos de Rehabilitación	35
Alternativas Residenciales	35
Recursos de Integración Laboral	36
Otros Recursos	36

SEGUNDA MESA REDONDA:
INTERNAMIENTOS Y TRASLADOS INVOLUNTARIOS

D^a Raquel Blanco del Barrio
Mesa Jurídica 39

INGRESOS INVOLUNTARIOS. Y DESPUÉS... ¿QUÉ?

D^a Yolanda Gallo Martínez
Vicepresidenta de APAFES - Vocal de FEFES 45

D^a Rosa Ruiz Salto
Gerente de FEFES. 49

TERCERA MESA REDONDA:
EL FUTURO DE LA SALUD MENTAL

D. José Antonio Contreras Nieves
Director de FISLEM. 53
 Perspectivas de futuro. 55
 Referencias 56

NO HAY SALUD SIN SALUD MENTAL

Dr. D. Mariano Hernández Monsalve
Psiquiatra. Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría . . . 57
 1. El escenario internacional 58
 2. En el ámbito nacional 68
 3. ¿Qué hacer? 73
 Bibliografía 76

D. Alvaro García Avedillo
Presidente FEFES-Zamora 77

CONCLUSIONES 87

Presentación

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad. D. Fernando Lamata; Excmo. Sr. Presidente de la Diputación de Toledo. D. Miguel A. Ruiz; querida Carmen, Presidenta de nuestra Federación de esta C.A; queridos compañeros, familiares de las distintas asociaciones miembros que acudís a estas Jornadas; Sres. de los Medios de Comunicación; resto de asistentes, buenos días a todos.

Quiero agradecer a todos su presencia y muy especialmente a los altos cargos de esta Comunidad, y de esta ciudad que nos acompañan en este acto, y con quien tengo el placer de compartir esta mesa.

Es un honor para la Confederación FEAFES, y especialmente para mí, como Presidente de este Movimiento Asociativo, como un familiar, el estar un año más en el acto de inauguración de unas nuevas Jornadas FEAFES.

Voy a ser muy breve porque todos Uds. y yo mismo, seguro que tenemos más interés en escuchar a las personas que nos acompañan.

Solo decirles que las expectativas de nuestro movimiento asociativo en estas Jornadas son amplias, y que no hemos escatimado esfuerzos de toda índole para conseguir las.

Estamos seguros que el trabajo de los ponentes, con sus aportaciones, y la participación activa de todos nosotros, con el ánimo y talante crítico-constructivo, y con el afán que nos caracteriza de:

- siempre buscar soluciones,
- presentar alternativas válidas,
- trabajar duro por conseguir nuestro objetivo de mejorar la calidad de vida de nuestros familiares que padecen una enfermedad mental grave, y la calidad de vida de nosotros mismos.

Vamos a conseguir que nuestras expectativas se cumplan en gran medida.

Somos conscientes que quizás nos hemos marcado un reto con un listón alto. Debatir si han existido logros en Salud Mental, y si éstos son suficientes y adecuados, no es tarea fácil. Y no es cuestión de entrar únicamente en la famosa ‘guerra de las cifras’. A mí me gustaría que fuéramos más allá, que no nos quedemos en cuanto se ha hecho, sino que debatamos y reflexionemos sobre aspectos cualitativos, sobre cómo se hacen las cosas, y un aspecto muy importante, que lo que se haga debe contar con la participación de los afectados y sus representantes, hoy y aquí representados por el Movimiento FEALES.

Porque nuestros familiares, nosotros mismos y, por extensión, aunque no pertenezcan hoy por hoy a nuestro movimiento, todas las personas con enfermedad mental de nuestro país necesitan, demandan y merecen unos tratamientos adecuados, reclaman su integración social plena como ciudadanos que son de pleno derecho, y nosotros tenemos la gran responsabilidad de trabajar para conseguirlo.

10 El trabajo que vamos a desarrollar durante estos días, no termina el domingo, ni mucho menos. Todo lo contrario, todos y cada uno de nosotros nos debemos llevar a nuestra Asociación local, a nuestra Federación Autonómica, deberes que hacer. Y estas tareas que nos quedan por hacer, desde el ámbito estatal que corresponde a la Confederación, competencia autonómica de las federaciones y local de las asociaciones, van a tener una fuerza importante, y es que serán fruto del consenso, y tendrán un denominador común de homologación y coordinación que le investirán de una fuerza que debemos utilizar como garantía de éxito.

Estas son nuestras expectativas y en nuestra mano estará el conseguirlas.

Para terminar, reiterar nuestro agradecimiento a todos aquellos que han hecho posible que estas Jornadas se celebren: A los apoyos institucionales, a los apoyos económicos, a los apoyos técnicos.

Se ha trabajado bien y duro para que todo sea perfecto. Quiero reconocer y agradecer el gran trabajo realizado desde la Federación de

Castilla-La Mancha, con su presidenta a la cabeza, nuestra compañera Carmen, y su directa colaboradora, Susana García, junto a la estructura de nuestra Confederación en su sede central de Madrid. Pido a los asistentes que así lo valoren y que si existe algún error espero sepan disculparlo.

Bienvenidos a todos. Fructíferas Jornadas y gracias.

D. Francisco Morata Andreo
Presidente de FEAFES

Inauguración

Muy buenos días, quiero presentarles a las personalidades que me acompañan en la mesa:

D. Fernando Lamata Cotanda, Consejero de Sanidad.

D^a Sagrario Gutiérrez Fernández, Vicepresidenta de la Diputación de Toledo.

D. José Luis López Hernández, Director General de Planificación y Atención Sociosanitaria.

D. Francisco Morata Andreo, Presidente de FEAFFES.

Queridos amigos, autoridades.

Quiero agradeceros, de corazón, el que hoy estéis presentes en este acto de inauguración de las XII Jornadas FEAFFES “Logros en Salud Mental: ¿suficientes, adecuados...?”.

Sé el esfuerzo que para todos significa el estar hoy aquí pero, a la vez, pienso que vuestra participación será muy importante como foro de reflexión y diálogo en el campo de la Salud Mental.

En esta edición de las Jornadas nos planteamos analizar los logros conseguidos en Salud Mental, y podemos estar satisfechos de que sea todo un ‘logro’ el poder tener esta temática en las jornadas. Esto demuestra lo que se ha avanzado en este campo y los recursos que se van consiguiendo para todas aquellas personas que padecen alguna enfermedad mental.

Corresponde a este foro analizar si estos logros son adecuados, suficientes... y así seguir planteando nuestras necesidades a las administraciones para luchar por la plena integración y atención de todos nuestros enfermos.

Desde FEAFES-Castilla-La Mancha hemos puesto mucha ilusión en la preparación de las Jornadas. Desde aquí quiero agradecer todo el apoyo recibido del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades, Diputación de Toledo, Ayuntamiento de Toledo, Obra Social de Caja Castilla-La Mancha, Obra Social de Caja Madrid, Fundación ONCE y Jansssen Cilag, ya que sin su patrocinio no hubiera sido posible la realización de este evento.

Quiero agradecer a todos los ponentes y a los técnicos que han trabajado en la elaboración de las Jornadas todo su esfuerzo dedicado a ellas. Sin ellos y sin vosotros no sería posible hoy estar aquí.

Muchas gracias de nuevo y espero que disfrutemos de estas Jornadas en Toledo.

Carmen Rubio Martín
Presidenta de FEAFES Castilla-La Mancha

Quizás nunca a lo largo de la historia se ha hablado tanto y con tanto impacto sobre los problemas mentales. Los medios de comunicación se hacen eco, en ocasiones con distorsiones evidentes o sesgos patentes y clamorosos, de diversos trastornos psíquicos que afectan a miembros de nuestra sociedad con nombres y apellidos, con una historia propia. Unas veces lo hacen por sensacionalismo, en otras ocasiones por un cierto esnobismo, aún quedan situaciones noticiables con evidentes contradicciones, y alarmismo, y corporativismo, y... tantas y tantas cosas más. Pero el dato irrefutable es que aparece en la prensa y la mayoría de la población aborda cuestiones relativas a trastornos mentales.

Esa gran difusión ha de corresponderse en medida equiparable, con un abordaje terapéutico de similar impacto. En ese sentido, es indudable el avance que ha supuesto la utilización de diferentes tipos de psicoterapias, de nuevos psicofármacos, haciéndolos más manejables y con menores efectos secundarios, así como el abordaje bio-psicosocial de los problemas de salud.

La ciencia es una forma de conocimiento en la que la imaginación, representación e interpretación se estimulan, se provocan, se insinúan, se corrigen, se refutan y se confirman mutua y continuamente. Por ello y sólo por ello, la ciencia necesariamente progresa.

Este es el sentido de la actividad científica: generar nuevos conocimientos, proporcionar nuevas herramientas en el trabajo, aportar mayor formación de los profesionales sanitarios, en definitiva, contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren una enfermedad mental pero, sobre todo, abrir nuevas vías del saber y la ciencia para continuar investigando.

En esta conjunción de elementos de ciencia e información, deben tener cabida y constituir un factor clave las Organizaciones Sociales No Gubernamentales y, sobre todo, las nacidas en el ámbito de la enfermedad mental: promoviendo e impulsando nuevas fórmulas, nuevos ámbitos en los que indagar en el quehacer científico, fomentando nuevos elementos de solidaridad pero, sobre todo, instando a que las instituciones multipliquen sus esfuerzos para la mejora de la salud mental.

Este es el sentido que adquieren las Jornadas Nacionales que año tras año organiza la Federación de Asociaciones de Enfermos Mentales, en esta ocasión destinadas a los logros en salud mental: son suficientes, son adecuados. Desde la premisa de la reflexión y la seriedad en el abordaje de las enfermedades mentales se definen las líneas de acción que deben ponerse en marcha.

En Castilla-La Mancha aprobamos el Plan de Salud Mental 2000-2004 en el que se analizan los recursos, se señalan las carencias existentes y se establecen las actuaciones a llevar a cabo para seguir avanzando en una doble dirección: propiciando la investigación por un lado y a la vez dotando de más recursos terapéuticos y socio-sanitarios a las personas que padecen alguna enfermedad.

Sin embargo, las enfermedades mentales rebasan el ámbito geográfico. Juntos hemos fijado el rumbo: instituciones, asociaciones y enfermos. Paso a paso, día a día, seguimos avanzando, por la salud mental.

Fernando Lamata Cotanda
Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha

Desde la Diputación Provincial de Toledo, institución muy sensibilizada con todo lo relativo a la salud mental, vemos con mucha ilusión esta iniciativa de la sociedad civil que se moviliza para mejorar la asistencia a los enfermos mentales y el apoyo a sus familiares. Desde la Diputación Provincial de Toledo, por tanto, aplaudimos la iniciativa de FEAFES y nos alegramos al ver que celebra su ya XII Congreso y esta vez en Toledo.

Todos los aquí reunidos somos conscientes de que el enfermo mental es esto: un enfermo. Un ciudadano normal, con sus derechos y deberes, pero con una enfermedad. Con unas connotaciones especiales si se quiere, por tratarse de la afectación de algo tan delicado como es el psiquismo humano que repercute en la esfera de lo físico, de lo familiar, de lo social, laboral, etc., pero se trata, en definitiva, de un enfermo. Y es un enfermo que requiere, consecuentemente, el abordaje completo que va desde la prevención hasta la reinserción sociolaboral.

Afortunadamente ya pasaron aquellos tiempos en que se consideraba al enfermo mental como un endemoniado o algo similar, pero lamentablemente no han llegado los tiempos en que el enfermo mental disponga de una red asistencial plena y completa. Integral. Una sanidad pública, universal y gratuita también para lo psíquico.

Mientras tanto, debe colaborar la iniciativa privada y muy bien que lo está haciendo, por cierto. Y deseo felicitar por ello a la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales y, cómo no, muy especialmente, a la asociación “Despertar” de Toledo.

Nosotros, la Diputación Provincial de Toledo, también aportamos nuestro granito de arena y sin tener unas competencias claras y específicas en la materia, mantenemos una red asistencial bastante amplia y efectiva.

La provincia de Toledo que, como ya he referido en alguna otra ocasión, fue pionera en la asistencia al enfermo mental, primero desde asociaciones benéficas, después desde la Iglesia y tras la desamortización de Mendizábal desde la Beneficencia Provincial, está especialmente sensibilizada con la problemática de la asistencia psiquiátrica.

Y así, la Diputación Provincial de Toledo, sin unas competencias específicas en la materia, como antes señalaba, pero muy comprometida debido a su larga tradición, atiende a los enfermos mentales de nuestra provincia mediante una unidad de Salud Mental en el Hospital Provincial, con 31 camas de hospitalización y sus correspondientes Consultas Externas.

Con una importantísima actividad clínica como lo demuestra el hecho de que se hayan registrado un total de 614 ingresos a lo largo del año 2001 en este servicio de psiquiatría, con un promedio diario de 1,68 ingresos/día. Es esta una actividad creciente pues hemos pasado de 547 ingresos en 1991 a 614 ingresos diez años después, en 2001.

18

Se registraron, asimismo, 606 altas, lo que supone un promedio diario de 1,66 alta/día.

La estancia media fue de 19,31 días, con un índice de ocupación del 104,79% y un índice de rotación enfermo/cama de 19,81.

De otra parte, las consultas externas registraron durante el año 2001 nada menos que 12.467 consultas de psiquiatría, de las cuales el 75,2% tuvieron lugar en el propio hospital. Asimismo se realizaron 2.258 consultas específicamente de psicología, independientemente de las horas dedicadas a psicoterapias de grupo e individuales.

En Urgencias, otro dispositivo asistencial gestionado por Diputación, se atendió a 2.085 personas, lo que supone un promedio de 5,71 urgencias psiquiátricas diarias.

En el otro extremo de la cadena asistencial, en la Unidad Residencial y Rehabilitadora, coloquialmente URR, que dispone de 90 camas al 31 de diciembre de 2001, teníamos ingresados a 52 pacientes crónicos, lo que

representa un índice de ocupación del 57,8%. Un índice bajo debido a que, acorde con las directrices del Plan Regional de Salud Mental, este tipo de dispositivos se considera a extinguir. A lo largo del año 2001 se redujo el índice de ocupación en un 7,8% al no producirse ningún ingreso y dar 7 altas: 3 por traslado precisamente a las Viviendas Tutelas de la Asociación "Despertar"; 2 a la Residencia Social Asistida de Diputación y 1 a su domicilio, más 1 fallecimiento.

Como alternativa a este proceso de extinción de la URR, estamos desarrollando unos dispositivos intermedios entre las unidades de Agudos y de Crónicos para lo cual se están ultimando las obras, en el Hospital Provincial, de un Centro de Día y una Unidad de Media Estancia.

De otra parte, es preciso señalar que dado el alto nivel científico de este Servicio de Salud Mental y la valía de sus profesionales, estamos acreditados por el Ministerio para la docencia y consecuentemente en la actualidad están realizando el MIR cuatro médicos para especializarse en Psiquiatría y otros tantos psicólogos que están cursando el PIR, para especializarse en Psicología Clínica.

En otro orden de cosas, es preciso señalar que también colaboramos económicamente, en la medida de nuestras posibilidades presupuestarias, con la Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Toledo 'Despertar', con la que tenemos suscrito un convenio de colaboración para actividades.

Quiero decir, en definitiva, que la Diputación de Toledo no está pasiva ante esta problemática sino que está actuando intensamente, muy activamente, y en todos los frentes posibles, y para ello estamos destinando un presupuesto anual muy elevado para cubrir las necesidades básicas de los afectados por la enfermedad mental de la provincia de Toledo, los propios enfermos y sus familiares.

Espero y deseo que entre todos, con el concurso de todas las Instituciones competentes en materia socio-sanitaria y la eficaz colaboración de las asociaciones de afectados y familiares, logremos mejorar la red

asistencial con unos dispositivos adecuados a la realidad de los pacientes. Si a esto añadimos los logros y continuas mejoras de las técnicas terapéuticas, más los espectaculares avances de la psico-farmacología y, cómo no, la eficacia de los profesionales de la salud mental, podremos diseñar un panorama esperanzador para una problemática tan antigua como el propio ser humano. Quizás el objetivo inmediato sea éste, que deje de ser una problemática tan antigua para convertirse en lo que siempre debió ser: una enfermedad simplemente. Con sus connotaciones, como cualquier otra enfermedad. Pero con un futuro optimista y esperanzador y que garantice la plena integración social.

Para ello es importante la organización de foros de debate como éste, del que sin duda saldrá luz para vislumbrar claramente los objetivos y energías suficientes para perseguirlos. Mientras estemos avanzando hacia el fin deseado y por el camino diseñado estaremos cosechando éxitos.

Para terminar, solo me resta reiterar mi felicitación a FEFES por la celebración de estas Jornadas en Toledo y desearles, de todo corazón, una feliz estancia en la bella y milenaria Ciudad Imperial.

Sagrario Gutiérrez

Vicepresidenta de la Excm. Diputación Provincial de Toledo



**Primera mesa redonda:
Recursos en Salud Mental y su gestión**

De la reclusión a la integración por el camino de los recursos

D. Antonio Lozano Saucedo

Coordinador de PROINES. Coordinador Equipo Técnico de FEFES-Extremadura

Buenos días, soy Antonio Lozano, de Extremadura, quiero dar las gracias a la Confederación y a FEFES Castilla-La Mancha por haberme invitado a colaborar en la organización de estas Jornadas y a participar en esta mesa.

El tema de los recursos en salud mental y su gestión es un tema siempre candente y delicado puesto que la ausencia de éstos o la gestión donde corresponda atañe directamente a nuestro colectivo. Por esta razón cuando nos reuníamos para organizar estas Jornadas, todos coincidíamos en que teníamos que hablar de los recursos y de su gestión, porque preocupa a las familias y porque a nadie se le escapa que la filosofía y el concepto de la atención a las personas con enfermedad mental ha cambiado, aunque más en la teoría que en la práctica y que, el ‘manicomio’, como lugar donde cuidar la locura, ha fracasado y que desde hace algunos años nuevas voces, movimientos sociales, profesionales y familiares parecen haber encontrado un nuevo modelo, un nuevo camino por donde llegar a una total integración, con un trato más digno, más humano, para aquellas personas que sufren una enfermedad mental, y por esta razón también me ha parecido apropiado que el título de esta ponencia sea “De la reclusión a la integración por el camino de los recursos”.

Quiero aclarar de antemano que cuando hablemos de recursos nos referimos a los recursos alternativos a la institucionalización, de carácter social o socio-sanitarios e inmersos en el marco comunitario.

Para poder hablar de recursos en salud mental es obligado hacer una breve referencia histórica al tratamiento de las personas con enfermedad mental, tratamiento y atención que han progresado muy lentamente.

Trataremos de dar contestación al cómo y por qué hemos llegado hasta

aquí.

¿Por qué? Marco histórico

Desde el siglo XVI al XVIII:

- La institucionalización se convirtió en la principal respuesta social al problema de la pobreza, la marginación y la locura.
- El hospital es el instrumento de control social, a la vez que refugio y albergue para pobres, locos, inválidos y marginados de todo tipo.

A principios del siglo XIX se va configurando una nueva institución, el 'manicomio', con las siguientes características:

- El 'manicomio' como institución específica para la atención del enfermo mental.
- El 'manicomio' como lugar de tratamiento y curación del trastorno mental grave.
- La reclusión toma forma de aislamiento terapéutico. La locura empieza a separarse del mundo de la pobreza.
- El 'manicomio', lugar de asilo y refugio para los que no pueden volver a la comunidad. Aunque en realidad lo que se pretendía también con esto era ejercer una función de control social, es decir proteger a la sociedad frente al loco y su supuestamente extraña e impredecible conducta. De ahí la ley de Beneficencia de 1822 que determinaba que el hospital de locos estaría siempre separado del resto de los hospitales y que se situaría fuera de la ciudad.
- El 'manicomio' en poco tiempo demostró su ineficacia como instrumento terapéutico, las pésimas condiciones de vida, la falta de medios, la masificación, trajeron consecuencias negativas para la población interna: cronificación institucional, deterioro, despersonalización y marginación.

Esta situación deplorable, junto con hechos vitales como el fin de la segunda Guerra Mundial, y el nacimiento de movimientos cívicos que luchan por una sociedad más libre y tolerante con los enfermos mentales y las minorías son el caldo de cultivo que dará lugar a sentar las bases y los pilares de la reforma psiquiátrica.

En España, los principios que sustentan la reforma se plasman en la Ley General de Sanidad.

¿Cómo? Ley General de Sanidad

Artículo 20 (Ley 14/1986) de la Salud Mental.

“Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios o sociales, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

- La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
- La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
- Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
- Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general, cubrirán, así mismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.

Este breve repaso histórico de la atención a las personas con enfermedad mental y la legislación pertinente nos trae a la situación actual, al punto crucial de nuestra ponencia, es decir, ¿Cuál es la situación actual, 16 años después de que se promulgara esta ley?, ¿Qué cambios ha habido en la atención y el tratamiento?, ¿Qué ha ocurrido con aquellos recursos que facilitarían la integración social de las personas con enfermedad mental?

Porque si bien es cierto que en nuestro país se han efectuado cambios y mejoras en la atención, también es obligado decir que la reforma se ha mostrado deficiente en varios aspectos, y estas deficiencias y errores han recaído sobre las familias y las han obligado a convertirse en el principal cuidador y responsable del enfermo, de hecho, más del 84% de las personas con enfermedad mental viven con sus familias y no están integradas.

Por lo tanto, 16 años después de que apareciera la ley que cambiaría la forma y el modelo de atención de los enfermos mentales, la situación actual es la siguiente:

- Falta de una política coherente con los principios de la ley.
- Escasez de presupuesto económico para paliar los problemas de salud mental de la población.

Es decir, cualquier ley o decreto que no vaya acompañado de una política colaboradora y de un presupuesto económico suficiente, se convierte en papel mojado.

- Fracaso en el desarrollo de una gama de servicios y recursos suficientes en la comunidad.
- Discriminación y rechazo social.
- La familia, principal cuidador y responsable de la persona con enfermedad mental.
- El papel del hospital psiquiátrico está sin definir. Sí, porque al día de hoy existen diferentes posturas en cuanto al papel o fin que han de tener en este nuevo modelo de atención:

Unos dicen que deberían desaparecer instantáneamente, demolerlos.

Otros creen que deberían morir lentamente.

Y algunos piensan que podrían servirnos como herramienta terapéutica.

Yo opino que más que definir estrictamente cuál ha de ser el final o el papel del hospital psiquiátrico, hay que supeditar esto a un segundo plano y situarse física y geográficamente en cada lugar, en cada comunidad autónoma y dependiendo de la dotación de recursos, de los medios y de la atención que se este dando en cada lugar, obrar en consecuencia. Por ejemplo, sería una locura al día de hoy cerrar los dos hospitales psiquiátricos de Extremadura, cuando no existe una suficiente red de recursos, no existe ni una sola residencia para enfermos mentales y de los ocho hospitales generales que hay en toda Extremadura sólo dos tienen atención psiquiátrica y unidad de hospitalización.

Este esquema reducido nos da una idea global de la situación actual, situación que podríamos ampliar y explicar cuanto quisiéramos, y tenemos que decir que la atención integral de las personas con enfermedad mental en la comunidad hace necesario y obligado una estrecha relación y cooperación entre los dispositivos sanitarios y los servicios sociales. Sin embargo, esto no siempre se corresponde con la realidad, por ejemplo, mientras en la Comunidad de Madrid la Consejería de Servicios Sociales crea un programa específico para la atención social de las personas con enfermedad mental crónica, en Extremadura, la Consejería de Bienestar Social y la Consejería de Sanidad y Consumo todavía no ha definido claramente hasta dónde llega su responsabilidad e implicación en el mapa de recursos socio-sanitarios, de modo que mientras que Sanidad financia los seis Centros de Rehabilitación que existen en la Comunidad, Bienestar Social solo tiene en proyecto hasta el momento financiar un piso supervisado.

En nuestro país, este mismo año se han trasferido el total de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas y esto en principio es bueno y debería traer mejoras, pero todos sabemos que no todas las

comunidades tienen la misma política sanitaria, ni todas van al mismo paso, ni todas invierten lo mismo en la salud de los ciudadanos, y todavía se invierte menos cuando este grupo de ciudadanos son las personas con enfermedad mental, de modo que mal que nos pese el problema no es solo sanitario sino político.

La reforma psiquiátrica se ha quedado muchas veces en una declaración de buenas intenciones ante la racanería presupuestaria de los políticos y los poderes públicos para con el colectivo de personas con enfermedad mental. Sirvan como ejemplo estos datos:

- 1) En España el número de profesionales dedicados a la atención de las enfermedades mentales es de 29 trabajadores por cada 100.000 habitantes, mientras que en la Comunidad Europea son 215 los trabajadores en salud mental por cada 100.000 habitantes.
- 2) En el año 1993 se dedicaba el 24% de nuestra riqueza a financiar políticas de Bienestar Social, en la actualidad, 9 años después, solo se emplea el 20%. En Europa el 27%.

Esto nos indica claramente cómo los poderes públicos y la sociedad del bienestar están en decadencia y cómo cada vez más son incapaces de hacer frente a la creciente demanda de los sectores más desfavorecidos, entre los cuales las personas con enfermedad mental ocupan un primer lugar.

Aun así, es urgente crear en la Comunidad recursos, recursos sociales y socio-sanitarios que garanticen la plena integración. Nuestra corta experiencia, y la de aquellos que llevan más años trabajando en la Comunidad, nos ha demostrado que el modelo comunitario es mucho más eficaz, más ético, más humano, y tiene muchas más ventajas.

Recursos

- Centros de Rehabilitación Psicosocial.
- Alternativas Residenciales (Mini Residencias, Pisos supervisados...).

- Alternativas Laborales, (Centros de Rehabilitación Laboral, Centros Especiales de Empleo, Centros Ocupacionales, Empleo Normalizado).
- Actividades para el disfrute del Ocio y Tiempo Libre).

De modo que mientras estas carencias no se solucionen, mientras los poderes públicos no acaben de ver y entender que la salud mental es y debe ser un asunto de máxima prioridad, no podemos decir que los recursos en salud mental sean suficientes ni adecuados, ni podremos decir que la reforma psiquiátrica ha traído consigo la integración de las personas con enfermedad mental, porque no será cierto.

La respuesta a esta situación deberíamos buscarla no solo remitiéndonos a la responsabilidad que tienen las Administraciones. Esta situación requiere una denuncia contundente, clara y manifiesta de parte de FEAFES, pero también necesita una respuesta social, que ha de pasar por la búsqueda de soluciones, por la implicación de todas las capas sociales, por la implicación de los afectados y de los familiares en la búsqueda y puesta en marcha de recursos que garanticen la atención y la integración, sin olvidar y sin dejar de atender el carácter reivindicativo y defensor de los derechos, que siguen siendo, hoy por hoy, los principios fundamentales de nuestro movimiento.

La necesidad de recursos y de una adecuada atención se hacen tan patentes que cada día en este país nos llueven tristes noticias sobre hechos calamitosos relacionados con las personas con enfermedad mental y sus familias, que nos recuerdan tiempos ancestrales que nada deberían tener que ver con una sociedad moderna y pluralista en los comienzos del siglo XXI.

Decía Bertolt Brech: “No digáis es normal, ante determinados hechos frecuentes, para que lo habitual no se convierta en natural”.

Es decir, no acabemos aceptando que es normal la situación y la falta de recursos que hoy padecemos, por el hecho de vivirlo y sufrirlo cada día, hasta el punto de quedarnos parados, sin hacer nada para impedirlo.

Recursos en Salud Mental y su gestión

D. Pedro Ortiz Ortiz

Presidente de AFAEPS-Albacete

- I. El enunciado del tema exige un tratamiento en lo básico. Por tanto, desde el punto de vista de los colectivos asociados, ENFERMOS Y FAMILIAS, se expondrá un resumen sobre RECURSOS EN SALUD MENTAL, tratando separadamente:
 - A) Recursos humanos
 - B) Recursos económicos
- II. Al día de hoy, integrados plenamente en la Comunidad Europea e identificados en proyectos comunes específicos de protección social, Ayudas a la familia, etc. conviene llegar a conclusiones a ese mismo nivel del asociacionismo europeo en Salud Mental, desde el estudio comparativo de recursos que se dedican a la Salud Mental en los distintos sistemas públicos de Sanidad.
- III. Otra reflexión que merece tratamiento a debate, entra en el análisis de resultados obtenidos por aplicación del moderno sistema nacido de la “Reforma Psiquiátrica”, cuyo análisis debe producirse desde los siguientes interrogantes:

“Situación y recursos antes de la Reforma”

¿Dónde estamos al día de hoy?

¿Cuál debe ser el Proyecto futuro de Asistencia?

Objetivos de calidad para el enfermo.

Protección y apoyo a la familia.
- IV. Como conclusión: Razonamientos, desde la experiencia del enfermo y la familia, a través de los dispositivos que se desarrollan en la asistencia socio-sanitaria, sobre objetivos fundamentales.

En primer lugar:

¿Hacia dónde debemos orientar las reivindicaciones pendientes?

¿Cuáles deben ser los temas concretos a demandar?

En segundo lugar, no menos importante:

Obtener unidad de criterios, dentro del movimiento asociativo, que acoja todas las iniciativas de progreso, ya establecidas a nivel europeo.

Canalizar un procedimiento uniforme tendente a que las prestaciones sanitarias, en salud mental, tengan un tratamiento de igualdad a un mismo nivel europeo.

Modelo de gestión, con el pensamiento común de establecer unos mismos sistemas de asistencia sanitaria y socio-sanitaria, en el área de salud mental, para todas las regiones de nuestro país.

Planificación de reivindicaciones que la familia se formula, como derecho irrenunciable: Normativa de un sistema de apoyo o prestación al 'cuidador único' del enfermo en el cuadro de asistencia, del que forma parte integrante e inseparable.

D. José Luis López Hernández

Director General de Planificación y Ordenación Sanitaria. Consejería de Sanidad

En el año 2000 el Consejo de Gobierno de Castilla-La Mancha aprobó el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004.

Los principios y objetivos generales que se persiguen en este Plan de Salud Mental son:

- Mejora de la coordinación interinstitucional y una planificación homogénea, que garantice una atención integral al enfermo mental, una adecuada continuidad de cuidados, que garantice la equidad (acceso a los servicios por parte de la población en las mismas condiciones) y proporcionalidad (provisión de cuidados proporcional al grado de necesidad).
- Desarrollo en la dotación de recursos, tanto de tratamiento (potenciando las Unidades de Salud Mental como dispositivo asistencial central) como avanzar en el desarrollo de dispositivos intermedios de rehabilitación psicosocial y laboral, apoyo comunitario, reinserción laboral, atención residencial y soporte social, dirigidos a lograr la integración socio-laboral de los enfermos facilitándoles la adquisición en su entorno de la máxima autonomía posible.
- Compromiso de profundizar en el enfoque comunitario, que favorezca una cultura asistencial común, fundamental para el trabajo en red.
- Fomentar la formación e investigación en salud mental.

En Castilla-La Mancha se han desarrollado y se continua potenciado que existan en cada área de salud una red de recursos para la atención a la salud mental que garanticen una adecuada asistencia de calidad.

A continuación se describen las características principales de cada uno de ellos.

Dispositivos en Salud Mental

- Unidad de Salud Mental (USM) y Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USM-IJ).

Son los dispositivos centrales de la red asistencial de Salud Mental, cuyo cometido es atender, a nivel ambulatorio, la demanda de salud mental y llevar a cabo actuaciones de prevención. Garantizando una atención integral e individualizada, que sea lo más eficiente con los recursos disponibles y sirviendo de coordinación con los demás dispositivos especializados, socio-comunitarios y con atención primaria.

- Equipo de Atención a Drogodependientes (EAD)

Son los dispositivos de la red asistencial de atención a todo tipo de consumidores de drogas (incluido alcohol y tabaco), atendiendo a nivel ambulatorio la demanda y coordinándose con los demás dispositivos especializados previstos en el Plan Regional de Drogas.

Unidades de Hospitalización

- Unidad de Hospitalización Breve (UHB)

Son dispositivos hospitalarios para la atención de trastornos psiquiátricos de corta duración en los que resulta imposible el abordaje ambulatorio.

- Hospital de Día (HD)

Programa ambulatorio de tratamiento intensivo como alternativa a la hospitalización y como complemento al tratamiento ambulatorio.

- Hospital de Día Infanto-Juvenil (HD-IJ)

Dispositivo asistencial para el tratamiento ambulatorio intensivo de niños y adolescentes que presentan una patología grave.

- Tratamiento psiquiátrico hospitalario infanto-juvenil.

Unidades para la hospitalización de niños y adolescentes, en las Unidades de Pediatría de los hospitales generales, en aquellos casos en los que por la gravedad de la patología es imposible su abordaje a nivel ambulatorio o de hospital de día.

Dispositivos de Rehabilitación

- Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL)

Son centros ambulatorios dirigidos a enfermos mentales graves y crónicos que, como resultado de su enfermedad, presentan diverso grado de discapacidad. En él se llevan a cabo programas asistenciales de rehabilitación psicosocial y laboral.

- Unidad de Media Estancia (UME)

Dispositivo sanitario para la asistencia de los pacientes que precisan de tratamiento psiquiátrico y entornos estructurados residenciales, con abordajes prolongados de tipo rehabilitador y sanitario

Alternativas Residenciales

Alojamientos comunitarios alternativos a la institucionalización psiquiátrica tradicional para personas con problemas de salud mental, favoreciendo la autonomía personal, minimizando la carga familiar e integradas en el entorno en el que viven, garantizando la continuidad de cuidados, el acceso a actividades y dispositivos normalizados y de rehabilitación. Existen diversos tipos, en función del grado de autonomía de los usuarios, y tienen mayor o menor supervisión y apoyo:

- Residencias psicogerítricas
- Mini-residencias
- Viviendas Tuteladas
- Pensiones Concertadas Supervisadas
- Alojamiento en otras familias, etc.

Recursos de Integración Laboral


Recursos y actividades (Centros Especiales de Empleo, Empresas de reinserción, programas especiales de empleo, apoyo al empleo normalizado, etc.) cuyo objetivo es la rehabilitación laboral de los enfermos mentales.

Otros Recursos

- Transporte sanitario que facilite la continuidad de cuidados al paciente y el trabajo comunitario del equipo terapéutico.
- Actividades de las asociaciones de familiares y grupos de voluntariado.
- Servicios sociales que faciliten el acceso a las actividades y recursos del tejido social comunitario normalizado, etc.

La gestión de estos recursos es variada desde el punto de partida, ya que los distintos recursos están administrados por distintas instituciones (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Junta de Comunidades, Diputaciones Provinciales, Asociaciones de Auto-ayuda, etc.).

En el futuro, todos los recursos asistenciales sanitarios estarán integrados y gestionados por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), mientras que los recursos residenciales y de inserción socio-laboral, seguirán gestionados por Bienestar Social, ONG y la Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM) que específicamente se ha creado.



**Segunda mesa redonda:
Internamientos y traslados involuntarios**

D^a Raquel Blanco del Barrio

Mesa Jurídica

Vivimos en un Estado de Derecho, un estado garantista de los derechos de las personas y que debe velar por el respeto más absoluto por los derechos fundamentales de los individuos.

Tras décadas, en general en toda Europa, de arrinconamiento u oscurantismo con respecto a la enfermedad mental y de sus afectados, de grandes instituciones y manicomios donde quedaban encerrados de por vida, en muchos casos; se alcanzó la reforma psiquiátrica en los años 70 en la mayoría de los países europeos y en los 80 en España.

La idea de integración comunitaria, del respeto a los derechos fundamentales de las personas y en concreto, en el caso que nos ocupa, de las personas con enfermedad mental, abrió la puerta de las instituciones y nos adentramos en el mundo de las garantías jurídicas, el de garantizar los derechos fundamentales y el máspreciado o precioso de todos ellos el de la “libertad”, en todos sus sentidos: libertad deambulatorio -circular libremente y desplazarse a voluntad-, libertad de expresión, libertad de decisión -de decidir con capacidad lo que uno quiere, y voluntad para conseguirlo- libertad que se extiende a si quiero medicarme o no. Y hablamos de los derechos de los enfermos mentales y del respeto de sus derechos fundamental a la libertad y a su integridad, a no ser privado de libertad y de negarse a llevar un tratamiento.

Lógicamente todo está muy bien, pero les traslado la pregunta que me hizo un padre en otra charla:

- ¿dónde está el derecho de libertad, de integridad y de salud del padre/madre o hermano que viven con el enfermo y le cuidan?

Y la respuesta, desafortunadamente, no puede ser otra que su derecho, y DECAE y SUCUMBE y CEDE ante:

1. La ley natural de la responsabilidad y cariño de los padres.
2. Las carencias sanitarias y sociales de apoyos precisos y adecuados.
3. La falta de presupuesto económico en materia de salud pública y de servicios sociales.
4. A veces, incluso con presupuesto, con la falta de voluntad política de acabar lo que se empieza.
5. En relación también con la falta de voluntad administrativa y de gestión, véase por ejemplo la falta de desarrollo de la Ley General de Sanidad, en su art. 20, sobre asistencia domiciliaria, que estaba prevista en el año 86 y que está aún por llegar.
6. También por las dificultades de la propia enfermedad que nos abre dos frentes: lucha contra la enfermedad y lucha contra la voluntad del paciente.

40

Inmersos en estos aspectos, se puede apreciar que existe una colisión clara entre los derechos de unas personas y otras, pero también una colisión clara entre los derechos de una misma persona.

¿Qué prima más, el derecho a la libertad de decisión de asumir o no un tratamiento o mi derecho a la integridad psíquica; ¿mi derecho a la salud y calidad de vida, que no son derecho fundamental en sentido estricto?

Para contestar ese planteamiento hace falta de manera muy escueta aclarar el significado de un derecho fundamental. Es aquel derecho (vida, libertad, integridad física y psíquica), cuyas características comunes son:

- NATURAL: innato al ser humano.
- INDISPONIBLES: no somos titulares de derechos fundamentales, somos titulares del derecho de que el estado proteja nuestros derechos.
- TIENEN LÍMITES, no son absolutos, hay que impedir su colisión con los derechos fundamentales de los demás y con los propios.

- CARÁCTER POSITIVO: primero de todo, protección de la vida/integridad.

Esos límites de protección positiva pueden ser privados por decisión judicial, que debería ser:

- fundada normativamente,
- motivadas sus causas,
- necesario para el fin que se persigue,
- proporcional a la medida que se intenta proteger,
- limitación razonable,
- que respete al máximo el contenido del derecho que se pretende proteger.

Por ello, parece que una mera cuestión sanitaria, como un ingreso en un hospital, puede resultar, en materia de enfermedad mental, una cuestión judicial. No es del todo incierto, será siempre una cuestión cuya decisión será sanitaria, pero que rozando los límites de los derechos de libertad e integridad de una persona debe venir adoptado o autorizado por una decisión judicial. Vivimos en un estado garantista de protección de los derechos fundamentales de la personas, como decíamos al principio.

La teoría está muy bien, pero ¿dónde encontramos nosotros soluciones cuando tras montar un tremendo escándalo y un lío familiar, a veces de varios días, el médico de urgencias del hospital nos dice que no necesita un ingreso, que acuda al día siguiente al médico de zona? Y si queda ingresado, ¿qué implicación y consecuencias nos va a quedar si después de dos o tres días es dado de alta? En el mejor de los casos y si remite de alguna forma la crisis, a las dos semanas le dan el alta, volvemos a ingresar al cabo de dos meses porque abandona la medicación según sale por al puerta.

No me extiendo con estas apreciaciones que todos los familiares conocen sobradamente, pero estamos ante “un tremendo problema”.

Se pueden y se deben hacer cosas, y no solo en materia sanitaria con un equipo de asistencia domiciliaria y de seguimiento terapéutico, que seguramente es mucho más económico que un ingreso en un hospital, sino también con voluntad.

Y hablamos de VOLUNTAD SANITARIA. Se puede hacer y se debe hacer algo cuando un enfermo sale de un hospital, sobre todo porque seguramente a ese paciente le conocen de otros ingresos y tiene antecedentes sobrados de abandono de la medicación de una manera reiterada. No podemos seguir hablando de INVOLUNTARIEDAD del paciente en el tratamiento médico para justificar lo que no es sino un ABANDONO sanitario y social de los enfermos mentales.

En el año 2000 entró en vigor un Convenio internacional denominado Convenio de Oviedo, cuyo rango legal es superior a nuestra Constitución, y que nos obliga a todos. Ciertamente es que no ha tenido un desarrollo normativo aún, sin embargo, en base a un principio supranacional existen esbozos de voluntades jurídicas y sanitarias que desean hacer algo al respecto.

Evitar los ingresos de puerta giratoria y los abandonos de medicación constante es el principal problema de un núcleo importante de afectados por la enfermedad mental.

Existen iniciativas en varios juzgados y fiscalías de nuestro país donde se tramitan medidas de protección de salud, parejas y distintas al internamiento involuntario, nos estamos refiriendo a las medidas de tratamiento ambulatorio forzoso. Ciertamente es que no se generaliza porque la mayoría de los Tribunales requieren para su aplicación una norma clara al respecto.

Las iniciativas que existen ahora en San Sebastián, Madrid y Huelva son pioneras en este sentido. En unos casos adoptadas como medidas cautelares de protección de la persona en aspectos de salud; en otro caso, como medidas protectoras generales, o bien como efectos de las medidas de incapacidad personal.

El camino, aunque ya sabemos que no es fácil, precisa un informe médico acreditando la necesidad de seguir tratamiento continuado y valorando el riesgo probable o casi seguro de abandono de la medicación. Con ese informe y valorando el hospital general del enfermo, algunas Fiscalías promueven esta medida al Juzgado para que autorice la imposición de un tratamiento ambulatorio y su seguimiento por el centro de salud, con información periódica al juzgado, por si esa medida involuntaria pudiera hacerse, con el tiempo, voluntaria. El objetivo es que el juez ratifique una medida motivada y fundada, solicitada por quienes ostentan la máxima responsabilidad sobre salud: los médicos, y la fiscalía como defensora de los intereses de los presuntos incapaces.

No es una tarea fácil y existe polémica sobre su aplicación, porque una gran mayoría cree que, aunque necesario, se hace imprescindible una regulación legal, por ese motivo, desde FEAFES, se creó un comité jurídico, formado pro letrados cercanos a las asociaciones de familiares de enfermos mentales. Este comité no sería posible sin la colaboración estrecha de los fiscales y jueces de varias provincias que, de forma altruista y con el único interés de protección de las personas con enfermedad mental, están debatiendo una reforma legislativa sobre esta materia para proponérselo a los partidos políticos para que lo promuevan ante el Parlamento y que la ley ampare expresamente o desarrolle el principio de intervención y tratamiento médico forzoso de carácter ambulatorio. Como toda reforma legislativa, requiere un tiempo que esperamos y deseamos sea relativamente breve.

Ingresos involuntarios. Y después...¿qué?

D^a Yolanda Gallo Martínez

Vicepresidenta de APAFES - Vocal de FEAFES

Antes de hacer una exposición de los problemas y de las terribles consecuencias que se derivan del tema, hemos tenido contacto con las distintas Federaciones de diversas Autonomías y aunque hay algunas que han apuntado que están intentando conseguir convenios con sus respectiva Autonomía, éstos son muy puntuales y no abarcan la totalidad de la problemática. Concretamente, Aragón está buscando una asistencia domiciliaria psiquiátrica con 5 ó 6 médicos y varios auxiliares para Zaragoza capital y han hecho un estudio demostrando que sería más económico este servicio que el ingreso permanente de un solo enfermo. Tenerife quiere conseguir un servicio de psicólogos para que acudan a las casas a convencer a los pacientes de su ingreso. Todo lo que se consiga será positivo pero no son soluciones definitivas.

45

No hablo como profesional, hablo como Asociación y como familiar, y todo lo que voy a exponer está basado en hechos reales, conocidos en profundidad.

Cuando un enfermo tiene una crisis aguda no cabe razonarle para que ingrese voluntariamente. Él cree que está bien y que la familia y la sociedad son sus enemigos. Si la crisis llega a su punto álgido en la casa y los familiares llaman a los servicios oportunos, independientemente del escándalo, los golpes, amenazas, insultos, roturas, etc. queda en el enfermo el convencimiento de que ha sido traicionado por su familia. Si ocurre en la calle, ve enemigos en todos los que se cruzan en su camino, alguien llamará a la policía y el enfermo no entiende por qué lo detienen y empezará el forcejeo, los golpes y 'las esposas'. El enfermo empieza a sentir que le tratan como a un delincuente porque así llegará a la unidad de agudos.

UNIDAD DE AGUDOS: Tal vez sea imprescindible, o tal vez con más personal especializado se podría evitar; me refiero a la contención. Creo que en el siglo XXI es una medida obsoleta y desde luego inhumana. En la unidad de

agudos no hay recursos para una atención individualizada, vuelvo a insistir en que son hechos reales, hay veces que a la semana de darles el alta tienen que volver a ingresar con el mismo aparato que la vez anterior. De hecho, ha habido veces de dar el viernes el alta de esta unidad a cinco pacientes y a la semana siguiente reingresar tres de ellos.

Después del alta en la unidad de agudos hay enfermos que hoy día cuentan con recursos como: Hospitales de Día, Centros de Rehabilitación Psico-Social, Talleres Ocupacionales e incluso Unidades de Media Estancia. Pero partiendo de la base de que la utilización de estos recursos es voluntaria hay enfermos que no quieren ninguno y que si continúan ingresados en una unidad de media estancia en el mismo lugar en que tiene el domicilio su familia, se van al domicilio... y ahí se quedan.

Si las fuerzas de seguridad han tenido que intervenir en los ingresos, lo que sucede la mayor parte de las veces, es que de esas intervenciones se deriva un juicio. Si ha sido en el domicilio familiar figura la familia como denunciante y el enfermo como denunciado. Si ha sido en la calle hay desacato a la autoridad, obstrucción a la justicia, etc., al negarse el enfermo y oponerse a su detención.

Por último, cuando un enfermo, sobre todo de los muchos que hay que no asumen su enfermedad, ingresa varias veces, frecuentemente en la unidad de agudos y no tiene suficiente mejoría para darle el alta, se empiezan 'a buscar' soluciones alternativas, que desgraciadamente en ocasiones han llegado a ser un psiquiátrico penitenciario y aún más sangrante, una cárcel. ¿Qué ocurre entonces? Que el enfermo ya no sabe quién es y por qué le tratan así y la experiencia que adquiere, sin ser en ningún momento un delincuente, es la convivencia con presos comunes y la marginación consiguiente.

Hasta aquí son los hechos. Necesitamos soluciones, si no a todos los problemas, sí a los que puedan controlarse.

1. Un psiquiatra debe hacerse cargo 'moral' del ingreso del paciente en la unidad de agudos. Está ahí no porque le haya llevado su familia, sino porque está enfermo y van a intentar mejorarle.

2. Cuanto antes y a ser posible en cuanto pase la mayor gravedad de la crisis, queremos que un psiquiatra y un psicólogo intenten concienciarles de la enfermedad.
3. Nunca se debe seguir un juicio contra un enfermo mental que como consecuencia de la intervención de las fuerzas del orden público es llevado a una unidad de agudos en un psiquiátrico.
4. Los jueces y especialmente los fiscales deben ser muy cuidadosos con las acusaciones a un enfermo mental. Sabemos que hay picaresca en juicios comunes poniendo como atenuante el trastorno mental transitorio, pero eso no es una enfermedad mental crónica, que es de lo que estamos tratando y cuando son varios los Informes de diferentes psiquiatras hay que tenerlos en cuenta. No se pueden pasar por alto, por mucho trabajo que se tenga.
5. Si hay que ingresar en un centro a un enfermo mental no se le puede 'quitar de en medio y aparcarlo donde sea'. NO. Los jueces comprendo que no sepan qué centros hay, y me estoy refiriendo a enfermos no a delincuentes, pero si se ponen en contacto con Sanidad y ésta cuenta como siempre con la colaboración de las Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales, podrá ir cada enfermo al lugar apropiado para una mayor rehabilitación.
6. Encontramos insuficientes las revisiones psiquiátricas en el tratamiento ambulatorio, si el paciente no acude el día que tiene cita debería existir paralelamente un procedimiento judicial, de forma que se sintiera obligado a asistir a la revisión médica porque, de hecho, se le obligará a ir. De esta manera se evitarían muchos de los traumáticos ingresos involuntarios.
7. Pretendemos que se haga un protocolo a nivel nacional entre el Ministerio de Justicia y Sanidad, de manera que cada Comunidad Autónoma pueda firmar un convenio entre su Consejería de Sanidad y el Ministerio de Justicia, para que las soluciones sean a nivel nacional.

Internamientos y traslados involuntarios

D^a Rosa Ruiz Salto

Gerente de FEAFFES

El tema que vamos a abordar en la presente Mesa Redonda se considera de gran interés y de especial trascendencia para nuestro movimiento asociativo, por ello, la decisión de la Organización de estas Jornadas de incluirlo en el Programa; porque unas Jornadas que tienen por objeto analizar los 'logros', si los ha habido, no debería dejar pasar la oportunidad de analizar la situación en relación a este área.

De forma muy breve y antes de pasar a presentarles a los componentes de la Mesa, que de seguro van a exponer aspectos y cuestiones de gran interés para todos, permítanme, a modo de introducción, realizar las siguientes consideraciones:

- Hay que entender el 'internamiento' como una actuación terapéutica de continuidad de cuidados, claro está con un régimen distinto (intensivo, permanente, durante las 24 horas...).
- El internamiento en salud mental, bajo un principio de NORMALIZACIÓN que debería inspirar e impregnar toda actuación en salud mental, no debería ser distinto a cualquier otro tipo de internamiento en materia de salud, y por cualquier especialidad. Desde este planteamiento de normalización ¿por qué llamamos internamiento, lo que debería ser un 'ingreso hospitalario'?

Igualmente, desde el principio de normalización, más allá de lo establecido en la Ley General de Sanidad, y que forma parte de la reivindicación histórica de nuestro movimiento asociativo, la necesidad de que los ingresos se realicen en los hospitales generales, en las unidades especializadas debidamente adecuadas y equipadas técnica y profesionalmente.

- Ahora bien, los ingresos psiquiátricos tienen unas peculiaridades (también los tienen los provocados por otras alteraciones de la salud), fundamentalmente generados por la propia situación de enfermedad (ausencia de reconocimiento de enfermedad) que hacen necesario que determinados ingresos se produzcan ‘contra’ o sin la voluntad consentida del paciente.
- Y obligado es, y así hay que reconocer y aplaudir, que el ordenamiento jurídico contemple la defensa y garantía de derechos fundamentales, tales como libertad, integridad, y otros, que en el caso de ingresos involuntarios puedan comprometerse. Y se contemplen por el legislador procedimientos de garantía y protección del enfermo, de su calidad de vida y la de su familia.
- Ahora bien, por todos es conocido que en esos procedimientos se producen ‘anomalías’, carencias de medios en los traslados, etc. En definitiva, situaciones que provocan, situaciones que comprometen, y muy seriamente, el tratamiento adecuado y puntual, la calidad de vida de la persona con enfermedad mental y su familia, generando situaciones que podríamos denominar ‘antisociales’ que añaden, si cabe, un mayor estigma social.

Y sin más dilación, vamos a ir cediendo la palabra a los ponentes de esta Mesa, que nos van a hablar, de estos y otros muchos aspectos, con mayor amplitud y sabiduría, por su experiencia personal y familiar, en el caso de D^a Yolanda Gallo; y por su experiencia profesional y laboral en el caso de D^a Aurora Elosegui y D^a Raquel Blanco.



**Tercera mesa redonda:
El futuro de la Salud Mental**

D. José Antonio Contreras Nieves

Director de FISLEM

En esta intervención me limitaré a aportar algunos elementos para el debate, más que a aventurarme en profetizar lo que nos espera y a señalar algunos aspectos relacionados con la salud mental que, en mi opinión, deberíamos desarrollar en los próximos años.

Es bien sabido que en España los primeros pasos de la reforma psiquiátrica se dieron a lo largo de los años 70, consistiendo primordialmente en mejorar las condiciones de los hospitales psiquiátricos e iniciando la desinstitucionalización de los enfermos mentales crónicos. Pero no es hasta 1985, con la publicación del 'Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica' y la promulgación, en 1986, de la Ley General de Sanidad, donde la asistencia psiquiátrica se integrará en el sistema sanitario general como una especialidad médica más, cuando el proceso de reforma se inició formalmente.

En resumen, este informe recomendaba:

1. Eliminar la discriminación de la asistencia psiquiátrica. Para ello establecía que la salud mental debería integrarse en el Sistema Nacional de Salud.
2. Que la asistencia se practicara con un enfoque integral, es decir, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las personas con enfermedad mental, asumiendo plenamente los presupuestos de la OMS.
3. Que en la medida de lo posible, se tratase al enfermo en su medio, es decir, sin hospitalizar o con hospitalización breve.
4. Atención a las necesidades de grupos diagnósticos específicos hasta entonces desatendidos, tales como los niños y adolescentes, los ancianos y los drogodependientes.

5. Creación de una red asistencial integral, coherente, completa y complementaria, que incluya todos los niveles del proceso; centrada en la comunidad, que implica no sólo una sectorización efectiva, sino el cambio en la metodología y práctica en la intervención.

Sin embargo, la puesta en marcha de la Reforma elaborada por la Comisión, ha seguido diferente ritmo en las distintas Comunidades Autónomas del Estado español, realizándose cambios y mejoras en atención a los enfermos mentales, pero perdurando deficiencias y dificultades que requieren un mayor desarrollo e implantación de servicios asistenciales.

Las características básicas que se pueden señalar durante este proceso de transformación han consistido en:

- Integración de la atención psiquiátrica y de la salud mental en el Sistema Nacional de Salud, lo que ha permitido el reconocimiento del derecho de los pacientes, por su condición de ciudadanos, a acceder a los servicios de salud mental de carácter público, universal y gratuito.
- Emergencia de una nueva cultura o filosofía asistencial, caracterizada por el desplazamiento del centro de la atención desde el hospital psiquiátrico a la comunidad.
- Insuficiencias en la extensión y calidad de los servicios de salud mental, aún en franca inferioridad con el desarrollo y calidad del resto de servicios de salud.
- Desigualdad en el desarrollo y calidad de servicios de salud mental entre las distintas Comunidades Autónomas, e incluso entre áreas sanitarias de una misma Comunidad, donde los recursos terapéuticos para la enfermedad mental con los que cuenta el ciudadano varían considerablemente, en función de dónde esté ubicada su residencia dentro del mapa nacional.
- El desarrollo de la red asistencial integral con estructuras terapéuticas intermedias, especialmente en cuanto se refiere a las alternativas residenciales y laborales para pacientes mentales crónicos con cierto

grado de discapacidad, no está aún desarrollada en muchos lugares, lo que conlleva una inadecuada atención a la vez que dificulta la integración socio-profesional de estos pacientes.

- Respuesta asistencial y desarrollo muy escaso e insuficiente de programas de salud mental para niños y adolescentes, pacientes que padecen simultáneamente trastornos mentales y dependencia a sustancias para los problemas psico-geriátricos, y enfermos mentales en las prisiones.

Perspectivas de futuro

En consonancia con lo anterior, podemos realizar algunas propuestas para la intervención.

- Aumentar la accesibilidad de los servicios y adaptarse a las necesidades de los usuarios, en lugar de pretender que éstos se adapten a la oferta asistencial.
- Fomento de la comunicación y coordinación de todos los niveles y estructuras asistenciales, con el fin de conseguir una mayor eficacia y rentabilidad de los recursos asistenciales en salud mental, evitando el solapamiento de recursos y las redes asistenciales paralelas.
- Promover modelos asistenciales de búsqueda y acercamiento, en vez de modelos de espera, favoreciendo opciones de atención domiciliaria que eviten la sobrecarga que significa para muchas familias el cuidado de su familiar enfermo.
- Intervenir en la comunidad para conseguir un acercamiento más racional y objetivo al problema de salud mental que prevenga las reacciones de alarma social.
- Dotación de recursos y dispositivos comunitarios sanitarios y sociales suficientes para atender a la demanda sin excesiva demora, priorizando en los trastornos de mayor severidad que interfieran en la vida del sujeto y en los trastornos que presentan una mayor tendencia a la cronicidad.

- Evaluación de la eficacia de los tratamientos, así como el desarrollo de investigaciones acerca de distintas estrategias terapéuticas.
- Potenciar y facilitar sistemas de coordinación y enlace con Atención Primaria y Servicios Sociales, con los siguientes objetivos:
 - Mejorar la capacidad de detección de casos que no demandan consulta, pero que sin embargo se están produciendo.
 - Formación en estrategias de manejo y tratamiento.
 - Puesta en marcha de programas para grupos diagnósticos específicos.
 - Favorecer y establecer relaciones de cooperación entre los gestores públicos y el movimiento asociativo de familiares a la hora de definir objetivos y discutir prioridades, de manera que los problemas básicos de usuarios y familiares sean escuchados, entendidos y atendidos en toda la red asistencial, de manera razonablemente homogénea y objetiva.

Referencias

Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985). Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica.

Ley General de Sanidad. Ley 14/1986. BOE del 15 de abril de 1986.

No hay salud sin salud mental

Dr. D. Mariano Hernández Monsalve

Psiquiatra. Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Además de felicitar a FEAFES por el trabajo que viene realizando y por la magnífica organización de estas Jornadas, quiero agradecerle su invitación a participar, por lo que supone de oportunidad para compartir con ustedes inquietudes bien arraigadas en todos nosotros, y por lo que tiene de atractiva la aventura de construir pensamiento y planes de acción conjuntos.

En lo que respecta al tema propuesto, “El futuro de la salud mental” no puede ser más pertinente en estos momentos, ya que supone un atractivo ejercicio de reflexión y de imaginación. Antes de entrar en detalles quisiera destacar algunos aspectos, por más que puedan parecer obvios: Pensar sobre el futuro no debe entenderse como una forma de adivinar lo que habrá de suceder más adelante, ni tampoco una modalidad más o menos azarosa de hacer predicciones o profecías. Lo entiendo más bien como un ejercicio de prospección en el tiempo, de acuerdo con nuestra experiencia, tan vivida, del pasado cercano y del presente. Sólo así podremos otear el futuro con cierto fundamento e intentar responder a los interrogantes que se nos plantean: ¿qué necesidades son prioritarias?, ¿qué riesgos debemos reconocer?, ¿qué apuesta hemos de hacer para evitar cualquier forma de estancamiento o retroceso sobre lo ya avanzado? Sé muy bien que no será posible en este breve tiempo profundizar en cuántos factores puedan estar influyendo sobre nuestro futuro, sino esbozar algunas de las líneas que, en mi opinión, pueden conducirnos a construir un futuro más humano. Hemos de tener en cuenta la dimensión internacional en que vivimos, además de otras circunstancias específicas de nuestro entorno.

I. El escenario internacional

Todos estamos al tanto de la enorme relevancia que ha tomado el fenómeno de la globalización y el neoliberalismo. La globalización tiene muchas dimensiones, políticas, culturales, económicas; también las tiene sobre el ámbito de la salud en general y de la salud mental en particular.

En los últimos años hemos ido teniendo noticia de alguno de los efectos devastadores de la globalización del mercado y las finanzas, de modo que la avidez de los grandes inversores por obtener sustanciosos y rápidos beneficios, está repercutiendo muy negativamente en la intensificación del paro, en el incremento de las desigualdades económicas, en el incremento de la pobreza y de los procesos de exclusión social, que afecta también a los países desarrollados. Sabemos que estas circunstancias están suponiendo serias amenazas para la salud mental de las poblaciones más desfavorecidas. Gracias a los recientes movimientos de contestación internacional frente a la globalización, vamos conociendo la dimensión del problema, y asistimos con esperanza a la búsqueda de soluciones, haciendo énfasis en la necesidad de que impere la solidaridad entre las gentes y los pueblos, por encima de la especulación y de los beneficios económicos de los inversores.

Ahora bien, siendo esto cierto, y no pudiendo predecir la evolución de este proceso, me interesa ahora señalar otros aspectos muy positivos asociados a otra dimensión de la globalización, que en cierto modo evoluciona en paralelo a la dimensión mercantil. Me refiero a la globalización como escenario internacional de detección de problemas comunes, y como proceso de internacionalización del reconocimiento y defensa de los derechos, que cuenta con una importante, aunque breve, historia con hitos como la fundación de la Organización de Naciones Unidas o de la propia Organización Mundial de la Salud. En este escenario, la salud mental ocupa un lugar de primera importancia, por razones bien distintas, que incluyen aspectos económicos, éticos, socioculturales y científico-técnicos.

1.1 La dimensión del problema

La enorme dimensión que están adquiriendo, a nivel internacional, los problemas de salud mental, es sin duda un importante acicate para estimular la búsqueda de soluciones apropiadas. Así lo reconoce la OMS en su reciente informe de octubre 2001: “Actualmente, unos 410 millones de personas están afectadas por problemas de salud mental en todo el mundo; y en torno a una de cada cuatro personas padecerán algún problema significativo en su salud mental a lo largo de su vida, resultando que casi todas las familias conocerán de cerca los problemas de salud mental por afectación de alguno de sus miembros”.

En todo el mundo, unos 70 millones de personas padecen actualmente problemas de abuso y/o dependencia al alcohol; otros 24 millones, padecen esquizofrenia; entre 10 y 20 millones realizan alguna tentativa de suicidio, y fallecen por esta causa un millón de personas cada año. En la mayor parte de las ocasiones, el acceso a los tratamientos es muy limitado, incluso en los países más desarrollados. Así por ejemplo en Europa, mientras se reconoce que entre el 17% y el 22% de los jóvenes menores de 18 años sufren problemas emocionales y de conducta, se estima que menos del 20% reciben tratamiento adecuado. Junto al enorme sufrimiento que estos problemas conllevan, las instancias internacionales (ONU, OMS, Banco Mundial, OIT) y los gobiernos, están alarmados por las importantes repercusiones económicas y en la calidad de vida, como vemos a continuación a través de los datos más relevantes.

1.2 Las razones económicas

El coste de los problemas de salud mental es muy elevado.

Aun reconociendo la dificultad en calcular sus repercusiones económicas (costes directos, indirectos, y los llamados ‘intangibles’, muchas veces soportados por los familiares), y sin ánimo de abrumar con cifras, baste presentar algunos datos muy significativos, como lo siguientes:

La depresión es el problema de salud responsable de más número de incapacidades y cinco de las diez causas/problemas de salud más incapacitantes son dolencias psiquiátricas (depresión, alcoholismo, esquizofrenia, trastorno bipolar, enfermedad de Alzheimer y otras demencias degenerativas).

Los efectos económicos de los trastornos mentales son también muy serios, múltiples y persistentes. La carga derivada de las enfermedades mentales sobre los individuos, las familias y la sociedad, es muy alta y presenta una tendencia a seguir creciendo, de modo que previsiblemente dentro de unos 20 años, la carga por enfermedad mental superará a las enfermedades cardiovasculares, que hoy son las más significativas a este respecto.

En Estados Unidos de América, el conjunto de las enfermedades mentales suponen el 2,5% del PIB, y el cómputo de gasto atribuido a cada ciudadano es de más de 1.000 dólares al año. Los costes de las enfermedades mentales superan los del cáncer, y se estima una situación similar en Europa, como muestran algunos datos: En Suecia, el coste derivado de las enfermedades mentales es en torno al 3,6% del PIB; en Finlandia, el 2%. En el Reino Unido y en los Países Bajos, los gastos de tratamiento psiquiátrico suponen el 23% del gasto del Servicio Nacional de Salud. En el Reino Unido se pierden por este motivo unos 80 millones de días-trabajo cada año. En Holanda, la invalidez por enfermedad mental ha pasado del 11% al 34%, entre 1992 y 1995.

Y en lo que respecta a la esquizofrenia, significa, en el conjunto de todos los países, la tercera causa de invalidez, en proporción similar a las parálisis o la ceguera. De aplicarse extensivamente, desde el comienzo de los síntomas, los tratamientos (farmacológicos y psicosociales) hoy disponibles, estas cifras podrían rebajarse de forma tremendamente significativa. La experiencia de las últimas décadas, allí donde se facilita el máximo acceso a estos tratamientos, demuestra que una gran proporción de pacientes son susceptibles de reintegrarse a la vida social y evitar la situación de invalidez.

1.3 Las razones éticas

Los derechos de los ciudadanos y de los pacientes. El movimiento de defensa de los derechos, derechos humanos y derechos civiles, de los pacientes mentales que adquirió su punto álgido en los años sesenta en

algunos países, al hilo de la corriente solidaria de regeneración social y moral que siguió a la II Guerra Mundial, ha adquirido una dimensión internacional en sintonía y concordancia con otros movimientos de reivindicación de derechos humanos y derechos civiles (para las minorías étnicas, derechos a la inserción social y a la dignidad de discapacitados de cualquier tipo, de lucha contra la pena de muerte...) y que se ha concretado en diversos acuerdos como “La declaración internacional de derechos de los pacientes mentales”, promulgada por la Organización de las Naciones Unidas hace 10 años, o la actividad de diversos comités que hacen seguimiento del cumplimiento de las normativas, como Comité Europeo contra la Tortura (o los sucesivos informes de defensores del pueblo, informe del Defensor del Pueblo Español de 1996; del Ararteko en el 2000), la actividad pionera de la Federación Mundial de Salud Mental, o de Mental Health Europe, ha llevado a que incluso asociaciones profesionales tradicionalmente conservadoras, como la Asociación Mundial de Psiquiatría, sean hoy defensores de proyectos de dimensión mundial como el de la lucha contra el estigma de la esquizofrenia, con el apoyo financiero de fundaciones vinculadas a la industria farmacéutica informe salud mental-exclusión social. Entre otras, recordemos acciones internacionales de amplio alcance como las realizadas por la Organización Mundial de la Salud en torno al Día de la Salud Mental, o la proclamación del “Año de la Salud Mental” en Bélgica, el informe monográfico sobre la salud mental elaborado por la OMS, etc.

1.4 Cambios socioculturales

En concordancia con lo expuesto en el epígrafe anterior, estamos asistiendo a la emergencia de nuevos valores, que dan lugar a nuevas perspectivas y nuevas estrategias en el abordaje de los problemas de salud mental. Me refiero a cuestiones como el énfasis en la necesidad de dotar de la máxima importancia a las necesidades percibidas por los pacientes y por sus cuidadores y familiares, a tener muy en cuenta sus opiniones y preferencias, y a transferirles buena parte de la capacidad para tomar decisiones que repercutan en cómo organizar los servicios de modo que

respondan a aquellas necesidades, acorde con sus prioridades. Es la perspectiva que genéricamente se conoce como “empowerment” (capacitar/dar poder). O esta otra perspectiva, también nuclear, de radical importancia en la situación actual como es la de compartir y asociarse, “partnership”, para gestionar la realidad asistencial, basada en el principio de que nada podrá conseguirse si los distintos agentes implicados actuamos de forma divergente, cada uno por nuestro lado. En la perspectiva de “partnership”, los pacientes, familiares, usuarios, profesionales, jueces y fiscales, medios de comunicación, pedagogos, enseñantes y políticos-administradores, hemos de actuar mediante acuerdos y pactos constantemente actualizados, que nos conduzcan a actuar en común, dirimiendo las diferencias que lógicamente hemos de tener, pero con el compromiso de buscar los elementos en común.

Aún habremos de tener en cuenta otros aspectos que están presentes en la perspectiva internacional como el de “advocacy”, que podremos traducir como ‘abogacía-defensa’, que tiene al menos dos importantes ingredientes: Se trata tanto de conseguir que los pacientes tengan acceso real a derechos ya reconocidos -pero frecuentemente incumplidos- como el de recibir el mejor tratamiento posible, en las condiciones menos restrictivas, lo más vinculado posible a su propio medio social, sin que tengan que soportar ningún tipo de estigma ni discriminación, como el ejercer acciones reivindicativas en pro de la dignidad y calidad de vida de pacientes, familiares y servicios de salud mental.

Hemos de tener en cuenta finalmente la pujanza de nuevos movimientos de Organizaciones No Gubernamentales, que se ocupan de la salud mental, con importante proyección en los escenarios internacionales, Federación Mundial de Salud Mental, EUFAMI, “Mental Health Europe”, Federación de asociaciones de ex-pacientes y supervivientes de la psiquiatría, o los programas de salud mental de otras organizaciones humanitarias como Médicos del Mundo o Médicos Sin Fronteras. Sabemos que las acciones de estos movimientos admiten una doble lectura: pues si por una parte son una punta de lanza en la creación de nuevos espacios allí donde las administraciones públicas no están dando respuesta, tienen

también el riesgo de convertirse en ‘remedios paliativos’ que diluyan el compromiso de las administraciones públicas (“si ya lo hacen las ONG para qué vamos a ocuparnos de ello”). Desde luego que apuesto porque trabajemos activamente en el ámbito de las ONG, pero siempre con la vista puesta en abrir nuevas vías, y transferir la responsabilidad (al menos la responsabilidad de financiación) a las administraciones públicas, evitando cometer el error de mantener prestaciones importantes sustentadas en financiación débil o en mero voluntarismo, que no resista el paso del tiempo.

Y, por supuesto, las múltiples posibilidades y realidades de los movimientos de autoayuda, que tan fértiles están siendo en el ámbito de la salud mental, y en los que FEAFES tiene ya amplia experiencia.

Buena parte de lo que seamos capaces de construir en un futuro próximo, dependerá en gran medida del porvenir de estos nuevos valores y perspectivas mencionados en este epígrafe, que no son sino las nuevas formas pragmáticas, de concretarse viejas aspiraciones de solidaridad y de justicia para con los pacientes, y en general con la ciudadanía, pues pacientes potenciales lo somos todos.

1.5 Nuevos avances en lo técnico

Ciertamente el porvenir de la salud mental dependerá en buena medida de los hallazgos de la investigación (sin duda, el desarrollo de los nuevos conocimientos en el área de la genética habrán de rendir sus frutos en la clínica, pero no se prevén aportaciones espectaculares inmediatas en lo que respecta a los problemas de salud mental). Aun así, uno de los dramas de la situación actual es el enorme retraso con que se incorporan a la práctica clínica aspectos del diagnóstico o de los tratamientos que han demostrado su validez. La verdadera necesidad es generalizar los nuevos hallazgos. Esto nos afecta particularmente en España, a consecuencia del enorme retraso que acumulamos a lo largo de los años sesenta y setenta, pues mientras en esos años se producían cambios espectaculares en las condiciones de atención a los pacientes (progra-

mas de rehabilitación, despliegue de nuevos dispositivos comunitarios, extensión de los tratamientos psicosociales, etc.), en España vivimos años de estancamiento y retraso. La reforma psiquiátrica se inicia en España con más de veinte años de demora, respecto al conjunto de países occidentales. Aunque diversos expertos internacionales y los máximos representantes de instituciones internacionales alertan sobre las dificultades existentes en incorporar a la práctica los nuevos hallazgos. Un buen ejemplo de lo dicho lo demuestra los resultados del proyecto OPT, en el que participan servicios de quince países distintos, que tiene como objetivo, junto a la investigación de la eficiencia de los tratamientos, el extender la aplicación de tratamientos eficaces para pacientes con esquizofrenia. Los resultados que viene publicando ese grupo ponen en evidencia la escasa aplicación de los tratamientos que han demostrado su eficacia, particularmente la escasa aplicación de tratamientos psicosociales (disponibles para menos del 20% de los pacientes), que deberían administrarse junto a los farmacológicos.

64

Como síntesis de la perspectiva internacional, bien podemos aceptar la valoración que hace, en su informe del año 2000, la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, para la Comisión Europea, cuando señala que asistimos a una ‘epidemia’ de problemas de salud mental que exigirían planes activos de promoción de la salud mental; y la rotunda afirmación de la Comisión Europea, tras revisar la esencial contribución de la salud mental a la situación global de la salud, de que NO HAY SALUD SIN SALUD MENTAL.

1.6 Una visión de futuro

La perspectiva actual nos ofrece importantes puntos de referencia. Alguno de los ejemplos más significativos son los siguientes:

En la atención a pacientes con esquizofrenia, disponemos de numerosas experiencias que demuestran la eficacia de la atención comunitaria, en el sentido de que proporciona oportunidad de calidad de vida e inserción social, y disminuye drásticamente el riesgo de recaídas. Sabemos qué

ingredientes deben tener esos servicios: combinación de tratamiento farmacológico y tratamientos psicosociales (que incluyen ayuda psicológica a los pacientes y a los familiares, para afrontar de la mejor forma posible la situación de enfermedad), junto al seguimiento comunitario activo (que suele denominarse asertivo, para significar que los profesionales no han de permanecer pasivos a la espera de que se presenten nuevos problemas en la evolución -generalmente más graves- sino que han de procurar el mantenimiento del contacto con el paciente para propiciar su participación activa en programas de tratamiento y de rehabilitación-reinserción). Estos programas incluyen fórmulas de atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Incluyen la atención a domicilio, en casos de crisis o de dificultades en la evolución de los problemas, para lo que muchas veces se requieren equipos móviles que garantizan esas prestaciones. En esas circunstancias, las opciones de recuperación se multiplican, las recaídas son menos frecuentes (y menos graves), los pacientes se motivan mejor para mantener los tratamientos, y las familias se sienten apoyadas y colaboran de forma más eficaz.

Aunque estos programas suponen inicialmente una inversión en esfuerzo organizativo y financiero, la evaluación de resultados indica su rentabilidad, social, sanitaria y económica, pues supone importantes ahorros por reducción de hospitalizaciones innecesarias y, a la larga, menor uso de servicios. Otras importantes aportaciones, sobre las que no insisto ahora por ser más conocidas entre nosotros, se refieren a las nuevas aportaciones en la investigación farmacológica, que en los últimos años se han traducido en la comercialización de los nuevos antipsicóticos que, aunque no suponen aportaciones importantes en cuanto a eficacia, sí lo hacen en lo que a tolerancia y merma de efectos secundarios se refiere, con los consiguientes beneficios en la calidad de vida de muchos pacientes. Otro tanto puede decirse de las nuevas técnicas de farmacogenética, y neuroimagen, que previsiblemente facilitarán diagnósticos más precisos, y tratamientos mejor individualizados según características personales de los pacientes. Y, por supuesto, cabe esperar también importantes aportaciones del proyecto genoma, al igual que en otros campos de la medicina, si bien

aún es pronto para estimar el alcance y beneficios que a corto plazo puedan derivarse de estas potentes líneas de investigación.

La intervención precoz sobre pacientes con esquizofrenia mejora de forma muy relevante el pronóstico. Estudios recientes han demostrado este aspecto, de forma contundente. En muchas ocasiones, cuando se inicia el tratamiento, la enfermedad lleva ya semanas, meses o años de evolución (a menudo mediante síntomas poco aparentes, frecuentemente del espectro de la sintomatología negativa). En los últimos siete u ocho años se vienen iniciando en varias partes del mundo programas de detección e intervención precoz sobre adolescentes y jóvenes que presentan indicadores de riesgo de desarrollo de esquizofrenia o de trastornos del espectro esquizofrénico. Estos tratamientos incluyen intervenciones psicoterapéuticas, intervención de apoyo familiar y, ocasionalmente, fármacos antipsicóticos en bajas dosis. Aunque habrá de pasar más tiempo para valorar adecuadamente los resultados a largo plazo de estas intervenciones, los resultados disponibles hasta el momento son muy prometedores.

66

Programas de prevención del suicidio. Son programas que incluyen la detección e intervención sobre poblaciones de riesgo (pacientes con sintomatología depresiva, dependencia a alcohol, otros trastornos) junto a amplios programas de formación de profesionales de atención primaria, otros profesionales (del ámbito escolar, de los servicios sociales, de las empresas) u otros agentes capaces de intervenir en el reconocimiento del problema (un ejemplo muy significativo de la implicación de los no-profesionales es un programas de detección precoz y prevención de depresiones en Panamá, propiciado por la OPS-OMS, que cuenta con la colaboración de las peluqueras, por ser las peluquerías lugares de más fácil detección de problemas depresivos).

En Europa tenemos varios ejemplos notables de programas de prevención de suicidio, como el que se siguió en Inglaterra, combinando formación específica de los médicos de atención primaria en el reconocimiento y tratamiento de depresiones, y modificando la composición (con menos toxicidad) del gas de las cocinas domésticas, que era un medio frecuente de

suicidio. Más recientemente, en Suecia y en Finlandia se han realizado programas al respecto, con resultados muy buenos. De estas experiencias se extraen, entre otras conclusiones, la importancia de la sensibilización de la población en general (información adecuada, afrontar el estigma - presente como vergüenza, temor al rechazo- asociado a los problemas mentales), la necesidad de una amplia participación de profesionales y no profesionales, y de los políticos, responsables de las administraciones y de servicios sociales y sanitarios. Y en lo que respecta al programa sueco, se pudo demostrar que, además de la disminución de suicidios y del mejor tratamiento recibido por los pacientes depresivos, se produjo un ahorro importante en el conjunto de los gastos generados por la enfermedad: los gastos del programa preventivo habían sido compensados con creces por los gastos evitados.

Otros programas europeos de Promoción de la Salud Mental

En el ya citado 'Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud', y en los informes de Mental Health Europe sobre prevención y promoción de la Salud Mental para niños y adolescentes, en los que hemos participado desde la AEN, se muestra la eficacia de muchos programas de intervención escolar, o en hogares y familias que presentan situaciones de riesgo, o en los centros de trabajo, o en los centros de atención primaria, en cuya descripción no podemos entrar ahora, pero que ponen en evidencia la viabilidad y la eficacia de estos programas, y la posibilidad de definir 'las buenas prácticas' en prevención y promoción de la salud mental. Es necesario construir buenas fuentes o bancos de datos con la información que estamos acumulando a este respecto, y contribuir a su generalización. Esto ya va dejando de ser un sueño, una quimera, y empieza a convertirse en realidad posible. El futuro de estos proyectos depende en gran parte de nuestro interés y de nuestro esfuerzo para que se conozcan estas posibilidades y se generalicen este tipo de prácticas.

2. En el ámbito nacional

Los cambios sucedidos tras el 'informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica', de 1985, y la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986, han supuesto el salir de una situación de precariedad y absoluto abandono en que se encontraba la asistencia psiquiátrica y la salud mental en nuestro país, y abrir nuevas expectativas de desarrollo de servicios desde la perspectiva comunitaria, acorde con los requerimientos éticos y criterios de calidad, equidad y eficiencia.

El logro principal de las reformas es el haber configurado un conjunto de servicios de atención psiquiátrica y a la salud mental que proporcionan condiciones de posibilidad de desarrollo del modelo comunitario. Su principal debilidad es que este modelo está muy irregular y débilmente implantado y cuenta con escasa dotación financiera.

Vemos, de forma muy resumida, LOS ASPECTOS MÁS SIGNIFICATIVOS DE LOS CAMBIOS SUCEDIDOS TRAS LAS REFORMAS, CON ESPECIAL ATENCIÓN A LAS CUESTIONES QUE EXIGIRÁN UNA PARTICULAR ATENCIÓN EN EL FUTURO MÁS INMEDIATO:

68

En el conjunto del Estado ha tenido lugar una reducción, en torno al 65%, del número de camas en los hospitales psiquiátricos (de unas 43.000 camas en 1978, a unas 15.000 en 1996), con muy importantes diferencias (mientras en Andalucía se han podido cerrar todos los hospitales psiquiátricos públicos, en el País Vasco apenas se ha modificado el número de camas, y se observa una tendencia al incremento en Cataluña e indirectamente, a través de camas concertadas, en Madrid).

Se han incrementado el número de camas de psiquiatría en los hospitales generales, y el número de hospitales que cuentan con unidades de hospitalización psiquiátrica y con programas de enlace. El incremento de camas en hospitales generales sucedió principalmente en los 10 primeros años, sucediendo ahora una lenta progresión del reemplazamiento (de las camas de unidades de hospital psiquiátrico por camas de hospital general). A pesar de estos cambios, aún hoy día un 40% de los ingresos psiquiátricos se producen en 'unidades de agudos' de hospitales psiquiátricos.

Creación de una red de centros de equipos de salud mental comunitarios

(se habían creado 555 en los primeros 10 años. Sin datos actuales, apenas se ha modificado esta cifra en los últimos seis años). Esta red de centros de salud mental tiene también una extensión e impacto muy desigual según comunidades autónomas: Así, por ejemplo, mientras el número de consultas ambulatorias por cada 100.000 habitantes/año era hasta hace muy poco tiempo de 12,5 en Castilla-La Mancha (indicadores que están ya cambiando rápidamente, gracias a los efectos que se inician con el nuevo Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha; en la Comunidad Autónoma Vasca se alcanzan las 237, siendo la media nacional, de 92.

Creación de redes de dispositivos intermedios. Se han generado muy pocos recursos en esta área, crucial para el porvenir de la psiquiatría comunitaria (las plazas de centros de rehabilitación y de centros de día son en torno a 9/100.000 en el conjunto del Estado, lo que demuestra una fuerte insuficiencia de este tipo de recursos; y existe también unas enormes variaciones según comunidades).

Y lo mismo puede decirse de alojamientos alternativos u oportunidades de rehabilitación e inserción laboral.

En lo que se refiere a las plazas hospitalarias para media y larga estancia, también la dotación es muy variables, pues mientras encontramos una dotación de 7,4/100.000 en Andalucía (plazas de comunidad terapéutica), en Aragón contaban hace muy poco tiempo con 97,7/100.000 habitantes (principalmente en unidades de 'larga estancia').

Las diferencias afectan también a los hospitales de día: En algunas comunidades, los hospitales de día están incluidos en los programas de rehabilitación. En conjunto se disponen de 2,5 plazas/100.000 habitantes. En siete comunidades no disponen de ningún hospital de día.

Programas de formación de especialistas en la red pública de salud mental comunitaria (de psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeros de salud mental), con concordancia con el resto de programas de formación para otras especialidades médicas y sanitarias.

Ateniéndonos a los datos disponibles y a las estimaciones que venimos haciendo en la AEN y en distintos foros o reuniones profesionales, y las de asociaciones de familiares y usuarios, podríamos aventurar que en el conjunto del Estado apenas se está respondiendo a un 15-20% de las necesidades de 'rehabilitación' (incluyendo aquí tanto los programas estructurados de corte más o menos 'educacional' y las de alojamiento, convivencia, ocio y trabajo). No es de extrañar por tanto la creciente saturación de los dispositivos y las disfunciones que de ello se derivan, el desbordamiento de las familias, la frustración de los profesionales.

Junto a los datos anteriores de carácter global, me parece importante añadir algunas observaciones y resultados de estudios de prácticas concretas, que son bastante ilustrativos; y otras consideraciones de índole general: Así por ejemplo, un estudio andaluz sobre la práctica clínica de 22 psiquiatras que trataron a 335 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, encuentra que más allá de la gran variabilidad de prácticas clínicas, tan frecuente en el ámbito de la salud mental, en el 92% de los casos la única oferta de tratamiento fue la farmacológica, siendo insignificante la proporción de pacientes que recibieron otro tipo de ofertas (psicosociales).

Otro estudio, también en Andalucía, sobre 333 pacientes, encuentra que la mitad de los pacientes no mantienen la adherencia a los tratamientos psicosociales.

Otros datos, esta vez de Madrid, referidos en el informe de asociación de familiares y usuarios AMAFE-FEMASAM, indican que más del 80% de los pacientes derivados a los Centros de Rehabilitación Psicosocial solo habían recibido tratamiento farmacológico previamente a ser derivados a programas específicos de rehabilitación.

La atención domiciliaria es mínima, apenas anecdótica salvo escasas excepciones, habiendo llegado a desaparecer de los registros de actividad de los profesionales en los CSM, a pesar de que ésta era uno de los pilares que debieran tener los nuevos servicios según se expresaba en el informe de la Comisión Ministerial, en la propia Ley General de Sanidad y

en los planes de SM y diversos documentos, especialmente en los primeros años de iniciarse las reformas.

Como era de esperar, los estudios sobre carga familiar de pacientes psicóticos arrojan resultados contundentes, e indican que con la sola actividad estándar de 'consulta' en los CSM, apenas se puede contribuir a paliar esa carga.

En los últimos años venimos asistiendo a un cambio en la actitud de los profesionales, cada vez menos dispuestos a mantener el voluntarismo inicial, siendo cada vez más frecuentes las alusiones al 'queme' profesional, y con una tendencia a que los equipos se cierren en su propia actividad asistencialista, con riesgos de desconexión con el resto de recursos comunitarios.

Finalmente, a modo de síntesis, observamos: Heterogeneidad e inequidad en la distribución de recursos y en el acceso a los mismos, siendo la precariedad el denominador común. Dificultades en la coordinación de recursos sociales y sanitarios, tanto en la programación como en la gestión.

La colaboración entre los cuidados formales (profesionales) e informales (familia, amigos, voluntarios) es muy escasa y está muy poco incentivada. Además, la participación de los afectados, pacientes, familiares o usuarios en general, es muy escasa; las asociaciones apenas son tenidas en cuenta, excepto para gestionar algunos recursos, aprovechando el abaratamiento de costes.

Los equipos de salud mental tienden a replegarse cada vez más sobre sí mismos, abandonando los objetivos de trabajo domiciliario y comunitario. Los pacientes afectados de trastornos psicóticos crónicos son desplazados por la fuerte presión de la demanda de trastornos antiguamente llamados neuróticos.

La rehabilitación tiende a considerarse un conjunto de técnicas de intervención a desarrollar en dispositivos específicos, a veces mal coordinados, con los equipos de salud mental, junto a las ayudas sociales que puedan obtenerse en dura competencia con otros colectivos también plagados de víctimas de la discapacidad, la injusticia o el infortunio.

La falta de recursos intermedios afecta muy negativamente al conjunto de

la red, creando grandes disfunciones en las unidades de hospitalización breve, que tienen que prolongar innecesariamente los ingresos, o atender a pacientes de puerta giratoria, con el consiguiente colapso de los servicios y perjuicio para gran cantidad de pacientes.

Las administraciones públicas no están cumpliendo el mandato constitucional cuando proclama que “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este título otorga a todos los ciudadanos”.

Desafortunadamente, hoy aún siguen teniendo vigencia las contundentes afirmaciones del Defensor del Pueblo en su informe de 1992, en lo que a la rehabilitación se refiere, tales como cuando afirmaba “a pesar del unánime criterio acerca de la manifiesta insuficiencia, las autoridades con competencia en esta materia no han llegado, ni tan siquiera, a determinar las necesidades. “O cuando establece, en la 7ª conclusión del informe, al referirse a la situación previa al inicio de las reformas” la situación no ha variado sustancialmente en algunas CA, de modo que en ellas el centro hospitalario dedicado exclusivamente a la asistencia psiquiátrica sigue constituyendo el eje de la atención a la salud mental”. Afirmación que prácticamente en los mismos términos señala el informe del Ararteko, en mayo de 2000 con referencia al País Vasco, que añade “si el abaratamiento de la atención a la salud se convierte en motor de la desinstitucionalización, si no se modifican los modelos de intervención, se da por respuesta la exclusión, bajo una nueva lógica, la del coste/beneficio”.

Como contrapartida, disponemos también de experiencias con resultados alentadores, que demuestran que allí donde se ha desarrollado con más profundidad el modelo comunitario, y se ha apoyado -organizativa y financieramente- una adecuada organización de dispositivos y programas, los resultados (en calidad de vida y en perspectiva de recuperación e integración social de los pacientes) son francamente positivos. Existen, en muy diversos lugares, experiencias positivas de programas de rehabilitación

psicosocial, de integración laboral, de seguimiento intensivo y asertivo en la comunidad, de coordinación entre servicios de salud mental y de atención primaria. Existen también experiencias de cooperación entre los servicios y las asociaciones, que demuestran la viabilidad y beneficios que se derivan de la participación. E inclusive, disponemos también de alguna experiencia en programas de promoción y de prevención de la salud mental que reúnen requisitos de calidad reconocidos por las instituciones europeas. Nuestro problema a este respecto no es tanto el no saber cómo hacer bien las cosas, sino la escasa generalización de esas 'buenas prácticas'. El mejorar esas prácticas y, sobre todo, el generalizarlas, es uno de los desafíos más importantes para el próximo futuro.

3. ¿Qué hacer?

A la vista de las consideraciones previas, ya vemos las dificultades para introducir cambios sustanciales en el panorama de la salud mental. Mejorar la salud mental difícilmente puede conseguirse con medidas tímidas. Son necesarias apuestas en profundidad, que contemplen el deseo de cambio en las relaciones humanas (lo que ha sido propósito de los sistemas filosóficos y políticos a lo largo de los tiempos), que consideren tanto los hallazgos científicos como los criterios éticos de dignidad de todo ser humano y de solidaridad. Pero, aunque las dificultades no nos permitan un optimismo simplón, sí hay motivos para la esperanza, como acabamos de ver en las ventanas que se abren desde lo científico y desde los movimientos ciudadanos en favor de la construcción de una vida más acorde con las necesidades humanas. Y yendo a nuestro terreno, el escenario español, podemos considerar muchas iniciativas a emprender, en concordancia con lo que ya venimos haciendo y en concordancia también con los movimientos internacionales de cambio. Veamos por dónde pueden ir las cosas:

Cabe una primera opción, de carácter general, que tiene necesariamente relación con la defensa de unos valores y de una ética de la solidaridad y de la tolerancia, sin cuya conquista no es posible pensar en una buena salud mental de los ciudadanos de nuestras ciudades y pueblos. Contrarrestar, mediante acciones en pro de la justicia redistributiva y el

énfasis en valores de convivencia, los efectos negativos de la voracidad del mercado (y de sus efectos de propaganda de constante incitación al consumo, al individualismo, y la competitividad egoísta de cada cual frente a su vecino) Conseguir que estos valores sean el punto de referencia de nuestra organización social y política (y por tanto de nuestros servicios y programas de salud, y de salud mental, y de nuestros servicios sociales) tendría que significar que los presupuestos se habrían de orientar a garantizar la máxima ayuda a quien más lo necesita, pacientes con afectación más severa, con menos recursos culturales, económicos y sociales (vivienda, trabajo, red de apoyo), y a los grupos de población en mayor riesgo, con el consiguiente refuerzo de programas, centrados en las necesidades clínicas y sociales (que contemplen atención a domicilio, intervención en crisis) y de rehabilitación-reinserción; y la consiguiente puesta en marcha de programas de prevención y promoción de la salud mental y de intervención precoz.

En la organización de servicios, en el momento actual, dada la reiterada falta de equidad en el acceso a los servicios en distintos lugares del territorio español, es necesario plantear acciones a nivel estatal, autonómico y local. A nivel estatal, sigue siendo pertinente la reclamación de acciones del Sistema Nacional de Salud en pro de:

Una definición de prestaciones en salud mental (que incluyan las modalidades imprescindibles de psicoterapia y otras intervenciones psicosociales de psicoeducación, apoyo, atención a domicilio rehabilitación, y prevención-promoción de la salud mental) y garantizar la calidad de las mismas.

Es también imprescindible apelar a una garantía de financiación suficiente de los programas de salud mental en todas las comunidades autónomas (aunque aspectos concretos de la organización de servicios y gestión de los mismos sea responsabilidad de las administraciones autonómicas, en virtud de las transferencias de competencias realizadas.

Por lo mismo, es igualmente necesario garantizar los procesos de participación de los directamente afectados, del movimiento asociativo de ciudadanos y de profesionales.

Finalmente, también sería necesario incluir un plan de acciones en el área de la formación continuada de los profesionales , y apoyar líneas prioritarias de investigación, de acuerdo con las necesidades de progresar en los aspectos clínicos y epidemiológicos, y no dejar la formación y la investigación exclusivamente a merced de los presupuestos de la industria farmacéutica.

Estas acciones que deben reclamarse requieren la implicación de varios departamentos (además de salud, trabajo, servicios sociales, vivienda, educación, justicia) y justificaría en mi opinión la petición que venimos haciendo de un Plan Nacional de Salud Mental, o en su caso un plan de acciones que contemplen los requisitos antes enunciados. De otro modo, el porvenir de la salud mental quedará al albur de la improvisación, del goteo presupuestario, siempre insuficiente, y con un alto riesgo de estancamiento o de regresión de los pasos hasta ahora dados a favor de la dignificación de pacientes, familiares y servicios.

También las asociaciones de usuarios y las de familiares; y las asociaciones científicas y profesionales tenemos que progresar en nuestro trabajo. Hemos de acentuar el trabajo en común, intercambiar experiencias y aunar esfuerzos, intensificando las líneas de colaboración iniciadas en los últimos años.

Y ampliar el espectro de asociaciones con las que desarrollar este trabajo en común: hacia los profesionales de los medios de comunicación, de la judicatura, de la enseñanza. Hemos de informar, y 'educar' a nuestros políticos, tan a menudo desinformados de las cuestiones que atañen a la salud mental, y mantener vías activas de relación con los grupos parlamentarios y con otras organizaciones no gubernamentales y movimientos ciudadanos que trabajan también en pro de la emancipación de las personas que quedan fuera de los focos de atención de nuestra sociedad mercantil.

El trabajo que nos espera es fuerte, pero tremendamente atractivo y, sobre todo, necesario. En ello estamos. Les deseo éxito en el desarrollo de estas Jornadas, y espero poder seguir compartiendo proyectos y ava-

tares diversos en este magnífico clima de amistad, respeto y esfuerzo compartido en causas que lo merecen.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001.

La salud mental: Nueva concepción, nuevas esperanzas. Ginebra. 2001.

VVAA. *La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una nueva Europa* (Un informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea). Segunda parte: Libro de evidencia. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2000.

Rivas Guerrero F. (coord). *La psicosis en la comunidad.* Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid. 2000.

Verdugo M.A. López D. Gómez A. Rodríguez M. (coord). *Rehabilitación en salud mental. Situación y perspectivas.* Amarú. Salamanca. 2002.

Cabasés J.M. Villalbí, J.R. Aibar C. (coord). Informe SESPAS. 2002. *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública.* Vol. 1. Valencia. 2002.

Cuadernos Técnicos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Nº 2. *La Asociación Española de Neuropsiquiatría y la situación de los enfermos mentales en España.* Coord. O. González. Madrid. 2000. Nº 4. *Hacia una salud mental de calidad.* coord. M.F. Bravo. Madrid. 2000. Nº 6. *La rehabilitación psicosocial.* coord. C. Gisbert. Madrid. 2002.

D. Alvaro García Avedillo
Presidente FEAFES-Zamora

He titulado mi intervención “El futuro de la Salud Mental”, cuando posiblemente, el título correcto sería “Con el actual presente, el futuro me parece incierto”.

Quiero adelantarles que las palabras que van a oír a continuación no pueden considerarse, a mi juicio, como una ponencia en el sentido literal. Y esto es debido a que yo no soy un profesional de la sanidad, ni procedo tampoco del mundo de la economía. Mi intervención es la de un pequeño empresario metido a presidente de FEAFES-Zamora, por la enfermedad de un familiar próximo, y sufridor, por tanto, de la inmensa problemática que nos ocupa.

Les digo todo esto porque después de nueve meses como presidente de la asociación de mi ciudad, estoy convencido de que la estrategia que estamos llevando en el mundo de la salud mental no es, en muchas ocasiones, la correcta. Y he llegado a esta conclusión debido a que allá donde voy, allá donde miro, no veo más que foros, vídeos, encuentros, plataformas para la observación y pegatinas, todas ellas con unos lemas preciosos... Pero, me pregunto: ¿Y qué hay de los enfermos y sus familias? Cómo es posible que en el año 2002 y en un país que dice estar a la cabeza del desarrollo, haya esta auténtica carencia de medios y, sobre todo, una disparidad enorme de criterios en cuanto a la atención de la enfermedad mental.

Comentaba yo, no hace mucho tiempo, con una trabajadora social que me enseñaba orgullosa el tríptico que había realizado para luchar contra la estigmatización del enfermo mental, que la mejor manera de luchar contra esa estigmatización es consiguiendo la dignidad del enfermo. Y qué enfermo puede haber más digno que el enfermo alimentado, aseado, entretenido y, sobre todo, medicado y supervisado periódicamente por el

profesional adecuado. A esto le llamo yo la dignidad del enfermo y el estigma social me importa menos. Cuánto mejoraría la opinión de la sociedad si todos los enfermos mentales de España se acercaran mínimamente a los parámetros que acabo de citar... Que es imposible lograrlo, me dirán ustedes, pues imagínense entonces tratar de hacerlo a base de vídeos, foros y plataformas.

Lo que quiero decirles es que creo que el gran problema de la enfermedad mental en España no es otro que la falta de infraestructuras y medios económicos. Porque convendrán conmigo que la inmensa mayoría de los problemas que tenemos se solucionarían con dinero y empleando éste convenientemente. ¿O es que acaso, y por poner un ejemplo, nuestros talleres ocupacionales no estarían mejor dotados, en todos los sentidos, si FEFES-España y por ende las distintas FEFES provinciales, tuvieran una capacidad económica superior a la que tienen?

He visto, con enorme pena, en un reportaje emitido por Telecinco, el día 1 de abril pasado, cómo unas personas con enfermedad mental tenían que quedarse en sus casas, pues las subvenciones europeas se habían acabado y no tenían (pásmense por la cantidad), treinta y tres mil pesetas para pagar el alquiler del local, donde se impartía un curso de azulejos.

Quién, de los aquí presentes, no tiene o ha tenido, un problema del mismo tipo, en su ciudad o pueblo. Quién no tiene enfermos por la calle, viviendo sin atención por falta de recursos económicos. Quién no se olvida de muchos proyectos, debido, a que no tienen el dinero suficiente para ponerlos en marcha. Quién no ha visto cómo infinidad de personas con enfermedad mental viven y hacen vivir a su entorno, en condiciones infrahumanas, porque la carencia de recursos, tanto personales como institucionales y asociativos es manifiesta. Yo me pregunto, ¿hasta cuándo vamos a seguir por el mismo camino? ¿Hasta cuándo la enfermedad mental va a estar considerada en España como una enfermedad de segunda división?

Es por esta carencia manifiesta de recursos que FEFES-Zamora quiere hacer una llamada de atención a los hoy aquí reunidos, para decirles a todos ustedes que es necesario que nos marquemos como primer objetivo de esta

Federación Nacional, la obtención de recursos económicos y que éstos se empleen en procurar la mayor calidad de vida a nuestros enfermos, calidad de vida que además redundará en sus familias.

Muchos de ustedes, pensarán, que lo que acabo de decir es de ‘perogrullo’, por lo evidente del comentario. Pero, si es tan evidente, por qué no se le busca solución. Es aquí, precisamente aquí, donde FEAFES-España tiene que definir, a partir de ahora, su estrategia de futuro y en ésta hay dos posibilidades: O seguimos mendigando de puerta en puerta, con ese esfuerzo que todos conocemos, estirando los recursos como un chicle, o por el contrario, y conscientes de la fuerza electoral de nuestro colectivo y de la gravedad del problema que tenemos entre las manos, encaramos al gobierno de la nación y a nuestras respectivas autonomías y les decimos “que la enfermedad mental, es una cosa muy seria y que es necesario articular soluciones inmediatamente”.

Ya sé que existen ayudas de todo tipo, pero son insuficientes y sólo sirven para atender la punta de ese iceberg, que es la enfermedad mental. Mientras la base sigue escondida debido, muchas veces, al resquemor de las familias por reconocer el problema de sus enfermos, otras por la inoperancia de muchos estamentos y las más, por la falta de recursos que impiden a las asociaciones acercarse siquiera a esos enfermos.

Se nos puede contestar, por parte de las administraciones, que no hay caja, que el presupuesto no llega. Bien, de acuerdo, vayamos entonces a la autofinanciación y es aquí donde viene nuestra propuesta: ¿Por qué no nos planteamos en FEAFES-España solicitar, a la administración central, un sorteo como el de la ONCE? Solicitud que no es tan descabellada, pues nuestro colectivo seguro que es más numeroso que el de los invidentes y en cuanto a la transcendencia de la enfermedad, la diferencia a nuestro favor, es evidente. ¿Qué pasaría si las familias dejaran de atender a los enfermos? Las consecuencias sociales serían enormes. Además, todo los asistentes saben que la OMS pronostica que la enfermedad mental va a ser la enfermedad del siglo XXI, y actualmente, la depresión, es la tercera enfermedad en pacientes, después del cáncer y el sida. Ante lo que ya hay

y lo que se avecina: ¿nosotros, qué tenemos preparado?, pues, unos cuantos cursos y subvenciones. Estrategia equivocada, que siempre nos llevará a una situación precaria y dependiente de las instituciones públicas.

Proponemos además, desde FEAFES-Zamora, la creación de una Fundación ideada a imagen y semejanza de la Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción. Y dirigida a la difusión y normalización de la enfermedad mental como problema social. Dirigida, así mismo, a conseguir becas para la investigación de dicha enfermedad; y encaminada, sobre todo a la obtención de recursos económicos, que deben llegar, mediante donaciones de multinacionales o grupos filantrópicos. Esta Fundación estaría presidida por una persona de relevancia nacional, a ser posible, inmersa en nuestra problemática y que debería ser el motor que genere todos los recursos atípicos, es decir, los que no dependan de cursos o ayudas institucionales. Dejando que tal organización operativa de FEAFES-España y sus delegaciones provinciales, se encarguen del trabajo de campo, esto es, atender a los enfermos.

Creemos, además, que esta fundación debería emprender la tarea de la difusión del concepto de enfermedad mental, utilizando los medios de comunicación de masas que hay hoy en día.

Explicando el problema mental a todos los hogares españoles, para así poder desmitificar lo antisocial de nuestro enfermos. Haciendo ver, de esta forma, las posibilidades que éstos tienen de conseguir la integración, en una vida casi normal. Porque hoy en día, los medios sanitarios han avanzado enormemente y nadie puede negar, que un enfermo correctamente diagnosticado y medicado, es un enfermo social. De esta manera, y con una campaña de divulgación de nuestra problemática a nivel nacional, las distintas delegaciones provinciales se evitarían ese trabajo y los costos añadidos en este sentido.

Ponga la fundación el tema de la enfermedad mental 'de moda'. Y haga, para atender mejor sus necesidades. Aparezcamos en una campaña de prensa, radio y televisión, tal como lo hacen la ONCE y el Síndrome de Down.

Y, digámosle a los contribuyentes de este país, cuál es nuestro problema, cuáles nuestras carencias y cuáles las posibles soluciones. Entremos en todos las casas, para explicarles la enfermedad mental, haciéndoles ver lo que se puede hacer, con recursos humanos y materiales, pero sobre todo con rigor. Pero, digámosles también, que eso cuesta dinero y que ese dinero se necesita ya. Hagámosle saber, así mismo a todos los españoles, y esto es muy importante, que somos nosotros en nuestras propias casas, los que, en la mayoría de los casos estamos suplantando la labor de acogimiento que se hacía en los psiquiátricos. Con lo cual, la administración se ha quitado de encima la tarea de residencia y atención de nuestros enfermos en los periodos de post-internamiento. ¿Es que acaso, esta ingente y desproporcionada carga no tiene un precio en base al consiguiente ahorro para el erario nacional? Tenemos que lograr, como meta irrenunciable, que la reforma psiquiátrica, en este país, suponga para nosotros algo más que poner indiscriminadamente, a todas las personas con enfermedad mental en la calle.

No me cansaré de repetirlo, necesitamos recursos económicos y éstos tienen que dejar de depender de cursos y subvenciones. Tienen que ser algo más sólido, para así poder planificar nuestro futuro. Que se encargue, si no, la administración de atender la vida diaria de los enfermos, en una salita, cedida por la parroquia del barrio. Hacen falta, medidas más serias para que enfermos desatendidos dejen de poblar nuestras calles, hace falta evitar el solapamiento de servicios; hace falta abrir un canal permanente de diálogo con los Ministerios de Justicia y Sanidad, para fijar criterios en cuanto a internamientos; hace falta, también, incrementar las intervenciones de oficio, por parte del ministerio fiscal, en aras de incapacitaciones que sean necesarias y urgentes y es necesario aclarar las limitaciones y derechos de los tutores. Así, como otras tareas urgentes, que son parte de la metralla, de esa bomba que tantas veces nos estalla en la cara, al leer los periódicos y ver, cómo un enfermo mental arremete, mata, se suicida o hace la vida imposible a un entorno, casi siempre, familiar y sobrepasado en lo humano y en lo físico, debido a lo avanzado de su edad.

Proponemos, asimismo, la creación de un teléfono de urgencia de la salud mental, al que los familiares puedan acudir en caso de extrema gravedad. Teléfono, en el que, con una llamada se encienda un dispositivo, compuesto por un abogado que solicite el internamiento involuntario, siempre que se ajuste a derecho y por una ambulancia para el traslado del enfermo al centro de internamiento. Soy conocedor de que este servicio existe ya en alguna comunidad autónoma, copiémoslo entonces las demás.

Y es que imaginemos un brote agudo de un esquizofrénico en cualquier pueblo de España. Imaginemos esa carencia total de medios, pues en algunos pueblos, hasta el médico de cabecera es compartido. Imaginemos esa madre desesperada ante la sin razón y posible agresión de su hijo. Imaginemos la angustia por el no saber qué hacer. Dejemos de imaginar ya y pongamos soluciones. Ubiquemos un teléfono de emergencia en cada capital de autonomía y que las asociaciones regionales concierten con la salud pública, esa ambulancia que, con un personal experto, se encargue del traslado, mientras el abogado de la asociación se encarga de los tramites legales.

Ésta es una medida que aliviaría parcialmente el infierno del día a día en el que viven muchas familias españolas. Pero, para esto, hace falta dinero y voluntad por parte de la administración central, a la que esta asociación nacional tiene que exigirle que atienda nuestras demandas, pues somos votantes y contribuyentes y estamos viviendo en muchos casos en peligro. Si, por el contrario, no estamos preparados para esta larga lucha, considero que es mejor dejar el sitio para que otros vengán y cojan la bandera de la reivindicación.

Para qué hablar del futuro que nos espera debido a las drogas de diseño. ¿Cuántos directivos de asociaciones sabemos que es una enfermedad comórbida? ¿Cuántos centros públicos hay en España que atiendan la drogodependencia unida al trastorno mental? Estamos, lisa y llanamente hablando, en mantillas; y lo estamos, porque nos empeñamos muchas veces, en obviar lo que es evidente; y es que la enfermedad mental está ahí y lo único que hay que hacer es atenderla, de principio a fin.

Por lo tanto, Presidente, Junta Directiva nacional, directivos provinciales y compañeros que os sentáis hoy aquí, hagamos un profundo examen de conciencia. O nos ponemos el mono de trabajo y atacamos la enfermedad mental, como haría un país del primer mundo, o seguimos siendo para la administración hijos de un dios menor, volviendo a hacer campañas contra la estigmatización, comisiones que estudien a otras comisiones, foros, observatorios y demás parafernalia que sólo sirve para alimentar a esas empresas semicamufladas que se han acercado a este mundo para rentabilizarlo, pero éste sería otro tema de debate.

Yo, desde luego, como hermano y tutor, de un enfermo con esquizofrenia paranoide, estoy deseando empezar a trabajar.

Muchas gracias.



Conclusiones

Conclusiones

1. El movimiento asociativo FEAFES se ratifica en la necesidad de un PLAN DE ACCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL, que garantice un marco de referencia para su desarrollo posterior en las CCAA, con dotación presupuestaria suficiente que asegure, bajo criterios de equidad territorial, el desarrollo de los recursos necesarios para la adecuada atención a las personas con enfermedad mental y sus familias.
2. FEAFES continúa su misión fundacional como representante de las personas con enfermedad mental y sus familias, reafirmando su carácter reivindicativo en la defensa de sus intereses.
3. Se considera una oportunidad el proceso de reflexión sobre el MODELO DE BASES DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA para la definición de criterios y recursos en el ámbito de la salud mental, esperando que la Administración asuma su competencia y responsabilidad, con la colaboración y participación de la iniciativa social que representa FEAFES.
4. Es preciso no sobredimensionar los aspectos psicosociales en detrimento de los sanitarios. Es necesario el equilibrio entre ambos. El tratamiento integral de la enfermedad mental debe contemplar, en justa medida, ambos aspectos, con criterios individualizados y multi-interdisciplinares.
5. Se reivindica la equiparación real de la salud mental al resto de enfermedades dentro del sistema sanitario de salud. Se llama la atención sobre la importancia de campañas de prevención.
6. Desde el principio de normalización que debe inspirar toda acción en salud mental, se adopta el término INGRESO PSIQUIÁTRICO, abandonando el término INTERNAMIENTO, dado el carácter de reclusión y estigma que conlleva tal término.

7. Se debe exigir la atención domiciliaria (por escrito) tal y como recoge la Ley General de Sanidad, art. 20, como tratamiento preventivo, para evitar ingresos involuntarios.
8. El alto índice de ingresos psiquiátricos es producto directo del déficit asistencial existente, con las consecuencias personales, sociales y económicas que genera.
9. En la situación de ingresos involuntarios y su traslado se constatan las siguientes situaciones:
 - El ingreso involuntario debe considerarse un acto de continuidad de cuidados y entenderse como un hecho estrictamente sanitario.
 - La familia cumple su función con poner en conocimiento del sistema sanitario la situación de crisis, correspondiendo a la administración sanitaria poner los mecanismos precisos para la atención a la que tiene derecho. Esta comunicación debe hacerse por escrito.
 - El juez debe limitarse a comprobar que la privación de libertad que el ingreso involuntario supone se adopta por razones exclusivamente terapéuticas.
 - Las fuerzas de seguridad del Estado no deberían intervenir en un acto médico, que debería ejecutarse exclusivamente por personal sanitario, a fin de evitar las situaciones de estigma y alarma social que ello conlleva.
 - Se debe utilizar la institución del Ministerio Fiscal como garante de los derechos fundamentales que puedan comprometerse en un ingreso involuntario.
 - Es necesaria la dotación de vehículos de traslado con equipos técnicos adecuados, humanos y responsables.
10. Ante situaciones de negligencia profesional se ha adoptado la estrategia de realizar las denuncias y exigencias de responsabilidad que procedan, a través de las asociaciones, que prestarán apoyo y asesoramiento a las familias.

11. Se reivindica que los profesionales de la salud mental tengan en cuenta a los familiares en el proceso terapéutico.
12. El movimiento asociativo de familiares asume el compromiso de velar por las personas con enfermedad mental en situaciones de abandono y desamparo. Como primera acción se solicitarán ingresos para valoración y diagnóstico, con el objetivo de acercarlos al circuito sociosanitario para mejorar su calidad de vida.

FEAFES se ratifica en la necesidad de un Plan de Acción Integral en Salud Mental

