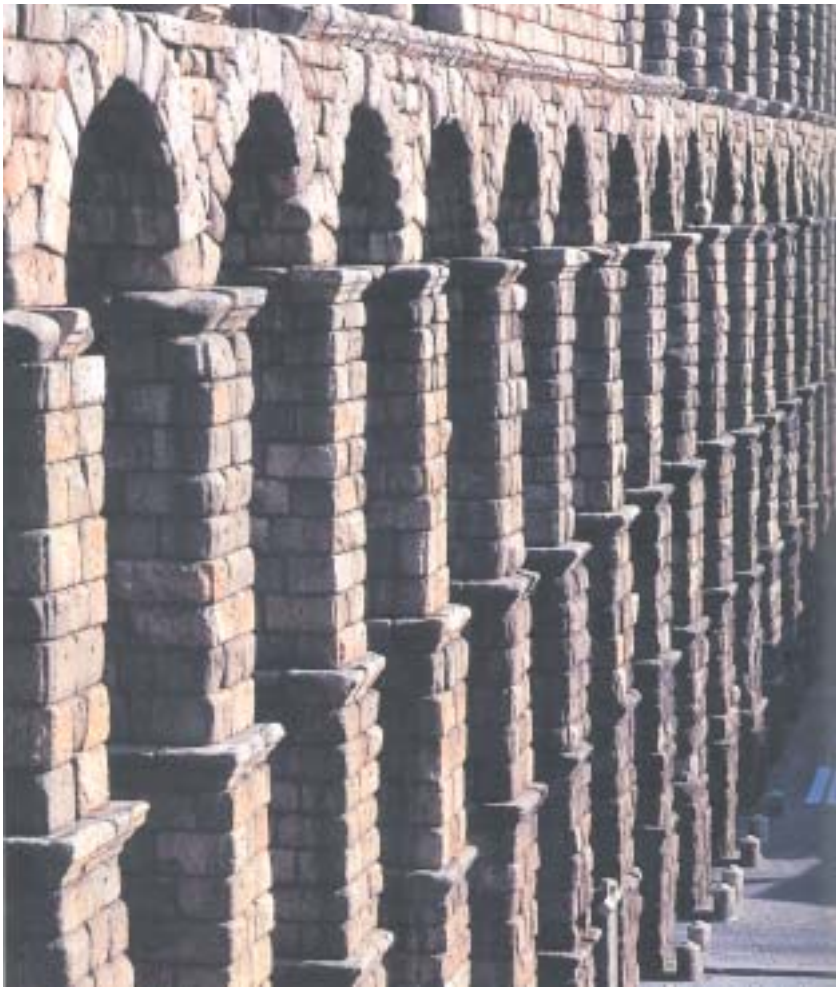
X Jornadas FEAFES

Servicios y Asistencia Socio-Sanitarios en Salud Mental

Segovia, del 25 al 28 de mayo de 2000



X JORNADAS FEAFES

SEGOVIA, DEL 25 AL 28 DE MAYO DE 2000

SERVICIOS Y ASISTENCIA SOCIO-SANITARIOS EN SALUD MENTAL

FEAFES
CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES

FECLEM

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

D. Juan José Lucas Jiménez
Excmo. Sr. Presidente de la Junta de Castilla y León

D. Carlos Fernández Carredo
Excmo. Sr. Consejero de Sanidad y Bienestar Social

D. Manuel García Álvarez
Excmo. Sr. Procurador del Común

D. José Antonio López Arranz
Ilmo. Sr. Alcalde-Presidente del Excmo. Ayuntamiento de Segovia

D. Atilano Soto Rábano
Ilmo. Sr. Presidente de la Excma. Diputación de Segovia

D. Francisco Morata Andreo
Presidente de FEAFES

D. Francisco Javier Martín Montes
Presidente de FECLEM

Dª Rosario Martín Laguna
Presidenta de la Asociación Segoviana AMANECER

COMITÉ CIENTÍFICO

Excmo. Sr. D. José García Velázquez
Director Provincial del INSALUD

D. Rafael Peñalver Castellano
Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo

Dr. Martín Vargas Aragón
Presidente de FEAFES VALLADOLID "EL PUENTE"
y Psiquiatra de la Fundación INTRAS

Dr. Alfredo Barbero García
Psiquiatra del Hospital Policlínico de Segovia.
Asesor Técnico de AMANECER y FECLEM

D. Ignacio García Vidal
Asesor Técnico de FECLEM

Dª Rosa Ruiz Salto
Gerente/Coordinadora de FEAFES

Dª Enriqueta del Río Martín
Asociación AMANECER

Entidades Colaboradoras

JANSSEN-CILAG

AYUNTAMIENTO DE SEGOVIA

Junta de Castilla y León

DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE SEGOVIA

Empiece ya! tus Vacaciones

CAJA SEGOVIA
Obra Social y Cultural

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Caja Duero

FUNDACIÓN Mª Francisca de ROVIRALTA

Índice

PRESENTACIÓN
D. Francisco Morata Andreo
Presidente de FEAFES 9

PRIMERA MESA REDONDA: MODELO DE DISPOSITIVOS SANITARIOS Y SOCIALES DE FEAFES. REALIDAD ASISTENCIAL EN CASTILLA Y LEÓN

D. Avelino Velasco Díaz
Consultor FSC. 13
El modelo de dispositivos 14
La asistencia en Castilla y León 18
Epílogo 32

Dr. Martín Vargas Aragón
Presidente de la Asociación FEAFES-Valladolid (El Puente)
Psiquiatra de la Fundación INTRAS de Zamora
ATENCIÓN PRIMARIA Y CENTROS DE SALUD MENTAL 33
Situación actual 33
Los primeros y los segundos pasos de la reforma psiquiátrica . . . 35
Priorizando objetivos 37
Propuestas 38
Referencias bibliográficas 39

Dr. Alfredo Barbero García
Psiquiatra del Hospital Policlínico de Segovia.
Asesor Técnico de AMANECER Y FECLEM
UNIDAD DE AGUDOS, ESPECIALIZADA;
UNIDAD DE REHABILITACIÓN Y HOSPITAL DE DÍA 41
1. Unidades de psiquiatría en hospital general 41
2. Niveles de atención sanitaria 41
3. Unidades de rehabilitación hospitalaria 42
4. Hospitales Centros de Día 43
5. El futuro: ¿Unidades polivalentes? 44

D. Antonio Sáez Aguado
Director General de Salud Pública
Director de la Gerencia Regional de Salud 45

CONFERENCIA: DERECHOS DE LOS ENFERMOS MENTALES Y SUS FAMILIAS

D. Manuel García Álvarez
Excmo. Sr. Procurador del Común de Castilla y León 49

SEGUNDA MESA REDONDA: DISCAPACIDAD, VIDA AUTÓNOMA
E INTEGRACIÓN SOCIAL

Representante de la Gerencia de Servicios Sociales
de Castilla y León
DISPOSITIVOS DE INTEGRACIÓN SOCIAL 73

D. Alfonso Díaz Lage
Psicólogo. Coordinador de la Asociación MOREA. Orense
PROGRAMA DE ATENCIÓN PERSONAL/VIDA AUTÓNOMA
Y APOYO FAMILIAR (ATENCIÓN DOMICILIARIA Y RESPIRO FAMILIAR) 75
SADEM (Servicio de Atención Domiciliaria
para personas con Enfermedad Mental). 76
Programa de Respiro Familiar. 85

Dª Elena Aznar Avendaño
Psicólogo. Coordinadora de la Asociación AFEM-Valencia
e Investigadora del Proyecto I+D (AFEM-Universitat de Valencia)
LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR ENFERMEDADES
MENTALES CRÓNICAS: CONCEPTO, MÉTODOS Y PERSPECTIVAS. 91
Características esenciales de la rehabilitación psicosocial 92
Criterios e indicadores para servicios especializados de rehabilitación. . . . 97
Aptitudes esenciales para el personal especialista en el trabajo
con adultos afectados por enfermedades mentales graves. 101

D. Ricardo Martínez Gallardo
Psiquiatra. Vicepresidente de la Asociación Virgen del Camino
UNA EXPERIENCIA DE CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO. 105

D. Ladislao Lara Palma
Psiquiatra. Gerente de la Fundación Andaluza
para la Integración del Enfermo Mental
ALTERNATIVAS RESIDENCIALES (VIVIENDAS TUTELADAS, MINI-RESIDENCIAS) 107

CONCLUSIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO. 123

Presentación

Señoras y señores, queridos amigos.

Una vez más, un año más, volvemos a responder a la convocatoria de las Jornadas FEAFES. En esta ocasión, ya es la décima, es una de tantas preciosas y acogedoras ciudades de nuestra geografía la que acoge al Movimiento Asociativo de Familiares para la celebración de esta actividad.

Antes de pasar de forma rápida a comentarles cuáles son nuestras expectativas y deseos en estas Jornadas, permítanme agradecer a la ciudad de Segovia, encantadora villa romana, a sus autoridades, a sus hombres y mujeres, su acogida; estamos seguros de que vamos a disfrutar de su compañía, de su augusta arquitectura y, por qué no, de su buen yantar.

No quiero dejar pasar la oportunidad en este breve pero solemne e importante acto de inauguración, de expresarles y compartir con todos ustedes, con todos vosotros, compañeros del movimiento asociativo integrado en nuestra Confederación FEAFES, los deseos y las expectativas que nos marcamos en estas Jornadas.

Son muchos los objetivos que desde la Junta Directiva de la Confederación FEAFES se marcan cuando se planifican nuestras Jornadas, objetivos que nuestros técnicos expresan muy bien en el Proyecto de desarrollo de las mismas, ahora bien, yo los resumo en uno solo: el cumplimiento de nuestra misión.

La misión de nuestra Organización es procurar una calidad de vida digna a las personas con enfermedad mental y a sus familiares, y estoy convencido de que es posible vivir con una calidad de vida digna, estoy convencido de que mis hijos y yo mismo podemos vivir dignamente si se nos dota y provee de los recursos y atenciones sanitarias y sociales precisas y adecuadas.

Y sobre eso vamos a trabajar durante estos días, sobre los SERVICIOS Y ASISTENCIA SOCIO-SANITARIOS que necesitamos, que requerimos, que exigimos como ciudadanos con derechos y obligaciones.

Nuestro desempeño de roles y funciones como ciudadanos de pleno derecho pasa por nuestra integración y normalización social, y esto actualmente está seriamente afectado por la situación que estamos padeciendo los familiares y las personas con enfermedad mental grave.

Tenemos, asimismo, el derecho y la obligación de colaborar en el 'cómo recibir' nuestras atenciones, bajo las mejores condiciones. Y esto desde un grado de corresponsabilidad, colaboración y coordinación con los poderes públicos e iniciativas privadas, dadas las circunstancias sociales, políticas y económicas, tanto de nuestro país como de nuestro entorno europeo. Considerando además que la circunstancia de colaboración y coordinación es un aspecto muy importante en relación al derecho de participación ciudadana, como principio en nuestro Estado Constitucional de Derecho.

Bueno, no quiero alargarme mucho más, tan solo desear que la consecución de nuestros fines y metas, en cuanto al cumplimiento de nuestra misión que les refería anteriormente, sea un éxito. Y en ese éxito somos, todos los que estamos aquí, responsables y actores de primera mano, así como todos los hombres y mujeres que aunque no han podido venir, sí trabajan día a día en pro y a favor del movimiento asociativo y de sus fines de interés general.

Agradecer la labor y el trabajo duro de todos ellos, y reconocer igualmente el trabajo de todos los familiares y profesionales que han trabajado, de forma coordinada, para el desarrollo de estas Jornadas, y me estoy refiriendo a nuestros colaboradores en la Confederación FEAFES (en Madrid), en la Federación FECLEM (Valladolid) y en la Asociación AMANECER (Segovia), aprovechando la ocasión para felicitar y reconocer la labor de la Presidenta, de esta Asociación, nuestra amiga Rosario Martín.

Gracias a todos, buen trabajo y éxito.

D. Francisco Morata Andreo
Presidente de FEAFES

Primera mesa redonda: Modelo de dispositivos sanitarios y sociales de FEAFES. Realidad asistencial en Castilla y León

Modelo de dispositivos sanitarios y sociales en salud mental. Realidad asistencial en Castilla y León

D. Avelino Velasco Díaz
Consultor FSC

A fuerza de insistir en la juventud del movimiento asociativo de las familias, amigos y personas con enfermedad mental no caemos en la cuenta de que, como divino tesoro que no ha de volver, la juventud de FEAFES se torna en una madurez cada vez más asentada.

Prueba indiscutible de ello es la consolidación de estas jornadas que ya se han convertido en un hito anual, un lugar de encuentro y debate que viene a fortalecer al movimiento FEAFES.

Otra prueba de esa madurez la constituyen los trabajos que hoy toca presentar (el Modelo de Dispositivos Sanitarios y Sociales de FEAFES y el estudio sobre la situación asistencial en Castilla y León), fruto de la colaboración entre FEAFES y Fundosa Social Consulting, pero sobre todo del empeño de aquélla en lograr que las personas con enfermedad mental tengan en nuestra sociedad el sitio que se merecen.

En efecto, la publicación del Modelo de Dispositivos supone que FEAFES supera la tradición oral y ofrece un texto que, como veremos, contiene los supuestos básicos en los que se apoya. Texto sin duda susceptible de matices y mejoras, pero texto a fin de cuentas.

El ingreso en la escritura significa, justamente, la posibilidad de crecer a base de pulir y mejorar aquello que se ha obtenido a través de un proceso de decantación y de debate interno, debate que sería necio pensar que, en el seno de una organización viva, pueda acabar algún día.

El modelo de dispositivos

Como acabamos de apuntar, el modelo no obedece a un oráculo. Se trata de un documento que surge de la necesidad de establecer criterios homogéneos, tanto respecto a la concepción de la enfermedad mental cuanto a la asistencia de las personas que la padecen y que se fue conformando a través del debate interno de la organización con el apoyo de asesores técnicos externos a ella.

Por todo ello, debe tomarse como un documento de trabajo, a partir del cual se puedan ir poniendo de acuerdo a todos los agentes implicados en la asistencia a personas con enfermedad mental. Cualquier cosa menos un punto de vista cerrado y definitivo.

Merece la pena apuntar alguno de los aspectos más destacables del modelo.

La misión de FEAFES se plantea hacia un horizonte en el que desaparezcan o se minimicen los efectos de la cronicidad, pues no es asumible que la problemática de las personas con enfermedad mental se trate de manera que desemboque en un callejón sin salida.

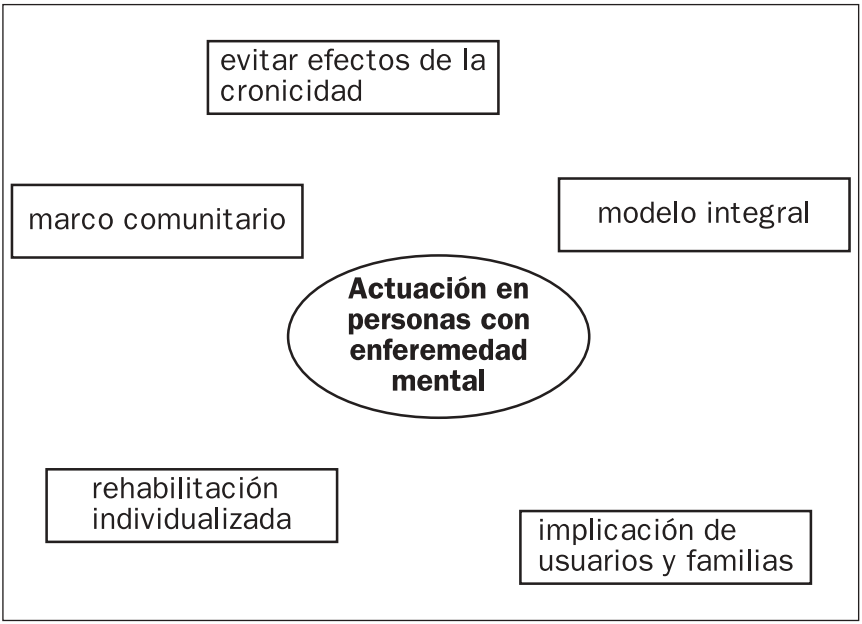
Ese planteamiento requiere la lucha por que la atención a las personas con enfermedad mental tenga lugar en el marco comunitario, y se preste desde la idea de red, red integrada e integradora de servicios en la que prime la coordinación ínter e intradispositivos y en la que sean sujetos activos de cambio y crecimiento tanto los profesionales como la persona con enfermedad mental y su familia.

El concepto clave que se relaciona con la misión de FEAFES es el de rehabilitación, desde cuya filosofía se busca llevar a cabo actuaciones que coadyuven a la normalización social.

En clave interna, los principios rectores, entendiendo que son los más adecuados a esa misión, son la participación de las entidades y personas asociadas, la solidaridad y la autoayuda, como elemento aglutinador de

los asociados. La autoayuda no excluye el apoyo de los profesionales si no que lo integra, diferenciándose y especializándose: la ayuda mutua tiene que ver más con una aproximación afectiva y empática que cognoscitiva a los problemas y sus consecuencias cuyo objetivo es el intercambio de experiencias y la búsqueda conjunta de soluciones.

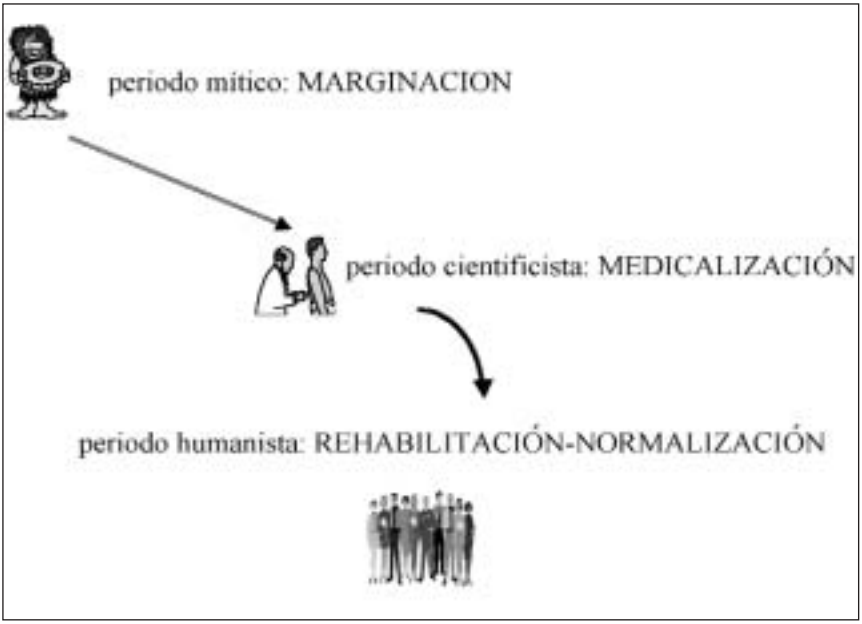
A juicio de FEAFES, la enfermedad mental y las personas que la padecen deben ser explicadas; pero también, y sobre todo, entendidas y para ello es vital el apoyo que unos familiares se brinden a otros enriqueciéndose mutuamente a través del intercambio de sus experiencias.



Un segundo aspecto clave del documento es la concepción misma de la enfermedad mental que en él se plasma. Es sabido que la enfermedad mental ha sido concebida de manera diversa a lo largo de la historia, concepciones no siempre compatibles con la dignidad de las personas.

Para entender la posición de FEAFES, merece la pena recordar muy brevemente los hitos más importantes en la evolución de ese concepto:

- En un primer momento, que podemos denominar mítico o precientífico, se concibe la enfermedad mental como un fenómeno sobrenatural que bien se considera potencialmente peligroso, bien se toma como un designio de los dioses; en consecuencia, se intenta apartar a los individuos, marginándolos del entorno social.
- A partir del siglo XVIII se inaugura un periodo cientificista en el que, si bien se tienen en cuenta los aspectos humanos de las personas, el acento se pone en el fenómeno de la enfermedad, desarrollándose toda una serie de dispositivos básicamente sanitarios. Los límites y contradicciones de ese modelo (por ejemplo se ha visto cómo el internamiento prolongado contribuye a empeorar la situación del enfermo) centrado sobre todo en la asistencia, son bien evidentes y se plasman en todo un proceso histórico que desemboca en el tercer periodo. A las medidas de aislamientos y encierros a las que da lugar esta concepción de la enfermedad mental, se une la connotación de peligrosidad que ha rodeado a estas personas y el estigma de castigos y culpas que pesaba, y aún pesa sobre ellos y sus familias.
- Nos encontraríamos ahora en un periodo humanista caracterizado por integrar el fenómeno de la enfermedad en una concepción holística de la persona humana en la cual la atención se desplaza desde lo sanitario hacia lo psicosocial, desde el tratamiento hacia la rehabilitación.



Ahora bien, siendo esta última una concepción integradora y respetuosa con las personas, su dignidad y sus derechos, FEAFES quiere ir un poco más allá y entender y atender a la enfermedad mental como una deficiencia que origina determinadas discapacidades, discapacidades que, en la medida que no se palian, están en la base de la minusvalía. Detengámonos un poco en esto.

Deficiencia, discapacidad y minusvalía son conceptos que, con frecuencia, se usan a modo de sinónimos. Sin embargo es preciso recordar que se refieren a dimensiones diferentes.

- La deficiencia alude a alguna carencia o dificultad que está presente. Se refiere a la dimensión estructural.
- La discapacidad, por su parte, alude a las dificultades funcionales que esa deficiencia introduce y, por consiguiente, a la manera o maneras de eliminar tales dificultades.
- Finalmente, la minusvalía nos pone ante la dimensión sociocultural, ante los problemas de inclusión que se presentan a los individuos por

cuenta de sus deficiencias y discapacidades, de las que, sin embargo, no se sigue automáticamente.

La condición de minusvalía es, por tanto, el resultado de la interacción de unas determinadas condiciones de deficiencia con un determinado contexto histórico. Su superación supone, necesariamente, que se acepten las deficiencias y que se pongan los medios para superar las discapacidades.

Pues bien, sin desatender los aspectos relacionados con la deficiencia, que en el caso de las personas con enfermedad mental tienen que ver con la parte sanitaria del problema, el Modelo de Dispositivos dirige su atención hacia las discapacidades a las que da lugar la enfermedad mental, teniendo en cuenta que se trata de una realidad compleja y diversa que afecta de manera diferente a diferentes personas y, como no, hacia los mecanismos y dispositivos necesarios para paliar tales deficiencias.

En definitiva, se trata de una apuesta decidida por situar a las personas con enfermedad mental bajo el prisma de la discapacidad, cuestión no siempre sencilla por cuanto se trata de un fenómeno que tiende a verse desde la atención, sea médica o psicosocial, más que desde la inclusión.

Si reparamos en otros colectivos de personas con discapacidad, nos daremos cuenta de que la inclusión se relaciona más con la remoción de barreras que con la atención en el sentido curativo del término.

Dígase una vez más para no dar lugar a equívocos: no se trata de soslayar esos aspectos sino más bien de ponerlos por entero al servicio de la superación de la minusvalía.

La asistencia en Castilla y León

Pero, más allá del ejercicio teórico de reflexión, FEAFES ha pretendido indagar en la realidad y comprobar si la postura que como organización mantiene se corresponde con la realidad. Dicho de otra manera, cuales son las carencias, si es que las hay, de la realidad asistencial.

En ese contexto es en el que tiene lugar el estudio de dispositivos en la Comunidad Autónoma, estudio que, por lo amplio y prolijo, resulta complicado glosar aquí en pocas palabras.

Antes de entrar en el detalle de algunos datos conviene apuntar alguna característica general que nos describa grosso modo la situación castellano-leonesa.

En primer lugar hay que aludir, como factor altamente positivo, que existe claramente la idea de red asistencial y, si bien como se verá a continuación existen importantes carencias, se concibe la asistencia a las personas con enfermedad mental desde esa óptica integral.

En ese contexto, nos encontramos con que la parte de la asistencia que tiene que ver con los aspectos sanitarios está, al menos sobre el papel, cubierta adecuadamente.

La expresión sobre el papel no quiere aludir a la sospecha de que no existan los servicios que se dice. Su sentido es el de poner en cuestión que la distribución de los centros se ajuste a las necesidades de un territorio cuya característica sociodemográfica más notable es la dispersión.

Bien es cierto que una política asistencial realista no puede abogar por la apertura de dispositivos sin ton ni son, y que deben ser planificados para que sean lo más eficaces que sea posible. Ello no obstante, sería de desear alguna fórmula imaginativa que paliase esas dificultades.

Como se apuntaba anteriormente, las carencias más importantes se registran al respecto de los servicios que tienen un cariz más psicosocial, circunstancia que el movimiento asociativo, de acuerdo con su filosofía de partida, no puede por menos que valorar de manera negativa.

Ese juicio se ve reforzado si tenemos en cuenta el factor de la dispersión: lo que se nos pone delante de nuestros ojos es la existencia de obstáculos, a veces insalvables, para que un importante sector de la población no pueda beneficiarse de las posibilidades de inserción psicosocial.

Veamos ahora algunos aspectos con más detalle.

Como ya se ha comentado, existe un marcado dominio de las estructuras sanitarias, sin todavía tener un abordaje comunitario de las enfermedades mentales. Esto se pone claramente de manifiesto en las estructuras profesionales que existen en los Equipos de Salud Mental, en los que la figura del Trabajador Social únicamente está presente en los pertenecientes a la Junta de Castilla y León, resultando excepcional en los que son de otras administraciones. Asimismo, es muy baja la representación de los auxiliares de clínica psiquiátricos lo cual es también indicativo, en una primera aproximación, que la actividad del Equipo se centra más en pasar consulta y menos en las intervenciones comunitarias e integradoras.

Además de ello, todavía hay provincias en la que no existe ninguna estructura intermedia en la red sanitaria, como es el caso de Zamora (recientemente se ha abierto un Centro de Día de titularidad privada). En cualquier caso son escasas en el conjunto de la Comunidad Autónoma.

Tan sólo cinco provincias poseen Unidad de Rehabilitación, lo que significa que cuatro carecen del servicio que puede proporcionar un tratamiento rehabilitador a las personas que requieren régimen residencial. Este aspecto es especialmente importante en Castilla y León, ya que la dispersión de la población hace que muchas personas con enfermedad o potenciales pacientes disten 100 o más kms. de la capital y que añadido a las muy frecuentes dificultades de comunicación que tiene esta Comunidad Autónoma, el paciente deba pasar 2 horas o más para llegar a la capital.

En seis provincias funcionan Centros de Día, pero en ninguna de ellas, existe más de uno (si bien en la provincia de Valladolid se ha abierto recientemente el segundo). Este dato es significativo, puesto que estos centros requieren una asistencia continua y frecuente de los pacientes al Servicio para la obtención de los beneficios terapéuticos deseados. La dificultad pues, son las distancias de las poblaciones rurales o semi-rurales respecto a la capital que es muy importante para la asistencia del usuario al Centro de Día.

Con esto, el esfuerzo tanto personal como económico que supone a estos pacientes el desplazamiento, casi diario, al Centro de Día, les sitúa en una posición de clara desventaja respecto a los de zonas urbanas, reduciéndose las posibilidades de éxito en la rehabilitación. La propuesta es la creación de más Centros de Día por provincia, que cubran ciertas zonas de población semi-rural y/o rural, y que aunque tengan menos capacidad (la idea sería más centros pero con menos plazas), puedan aliviar el problema antes mencionado.

Otra alternativa a este problema, es la creación de dispositivos pequeños al frente de los cuales se situaran educadores o monitores y que estuviesen supervisados por un Equipo Multiprofesional itinerante que se dedicara a atender todos los centros de estas características.

Igualmente, sería recomendable que estuviesen adscritos al Centro de Día diferentes pisos en los que podrían residir los pacientes durante la semana.

En general, da la impresión de que se ha promovido la desinstitucionalización y la no institucionalización de la Persona con Enfermedad Mental en los Hospitales Psiquiátricos por los motivos de deterioro y cronificación que estas instituciones tienen.

Sin embargo, no se han creado los dispositivos alternativos que puedan satisfacer esa demanda, siendo que, además de los beneficios para las personas con enfermedad mental y sus familias, son económicamente más rentables que las grandes instituciones psiquiátricas.

La consecuencia de esta escasez de recursos intermedios es que está siendo, una vez más, la familia la que se está haciendo cargo del cuidado diario de estas personas, lo cual plantea una serie de problemas.

En primer lugar, no todas las personas con enfermedad mental gozan de esa posibilidad y, aun en el caso de que exista, la familia no siempre está en condiciones de asumir esa responsabilidad.

Por otra parte, la dedicación de la familia a la atención de personas con enfermedad mental va a suponer un importante gasto directo e indirecto

(por pérdida de ingresos) que no tiene por qué soportar y que en ocasiones no puede. En consecuencia, sería necesario que se tuviera muy en cuenta por administradores y sociedad el gasto que hace la familia de la persona con enfermedad mental en su cuidado por un problema del que no es responsable.

Las Unidades de Rehabilitación se han constituido prácticamente todas ellas a partir de las estructuras previas manicomiales con lo que el riesgo de aparición de hábitos y formas de funcionamiento propias de los Hospitales Psiquiátricos es grande. Téngase en cuenta que habitualmente son atendidas por profesionales que previamente trabajaban en esa institución.

Sólo Salamanca y Burgos (y recientemente Valladolid), cuentan con un Hospital de día. Estos servicios deberían estar funcionalmente unidos a las Unidades de hospitalización, para con ello poder aprovechar los recursos, tanto humanos como materiales de los mismos. El problema de esta propuesta es que, al igual que los Centros de Día, estos Servicios requieren asistencia diaria a los mismos y en horarios de atención muy amplios, por lo que prácticamente sólo podrían beneficiarse los usuarios residentes en la localidad donde estuviera el hospital. Por esta razón, se hace necesario también que estos centros estén estratégicamente repartidos, para el acceso fácil del mayor número de personas.

Ninguna de las nueve provincias, como ya aludíamos, posee un Centro de Rehabilitación laboral y solo una un Centro Especial de Empleo. Esto indica una desatención a la integración de las Personas con Enfermedad Mental. Sabemos que es el desempleo y la marginación del mundo laboral una de las más importantes desventajas sociales que suele sufrir esta población. En esta realidad, intervienen varios factores: déficit comportamentales, inhabilidades, efectos negativos de largos periodos de hospitalización, falta de experiencia de historia laboral previa, inexistencia o inadecuación de recursos comunitarios, rechazo social, etc.

Si no se dispone de recursos específicos encaminados a subsanar estas dificultades, difícilmente se conseguirá una rehabilitación completa de la Persona con Enfermedad Mental y su integración real en la comunidad.

Si ni los Centros de Rehabilitación Laboral, ni los CEE existen, los usuarios quedan después de las altas en los Centros de Día, sin futuro, con muchas posibilidades de perder de nuevo las habilidades adquiridas.

La ubicación de este tipo de recursos, al igual que los Centros de Día, requiere atención muy continuada, por lo que también se obliga a su dispersión territorial, aunque el número de plazas no sea elevado.

Con respecto a las MiniResidencias, hay que decir que los dispositivos que atienden a esa denominación, en la mayoría de los casos son herencia de los Hospitales Psiquiátricos y se ofrece cuidado y manutención. Pero en general, no se suele atender a factores tan importantes como la autonomía personal y social de los usuarios para permitirles un funcionamiento lo más normalizado posible. Es muy probable que en estas Unidades

Residenciales se esté fomentando la cronicidad. En muchos casos hemos visto que la media de estancia de los pacientes superaba los 20 años, lo que indica que no se ve salida a los pacientes que viven en estas unidades hasta su fallecimiento. Uno de los problemas que está generando la desinstitucionalización, es la llamada transinstitucionalización por la que los pacientes desinstitucionalizados en un sitio son institucionalizados en otro como podría suceder con las Unidades Residenciales si no evolucionan hacia mini-residencias más enmarcadas en la Comunidad.

Debido a las características de esta población tan deteriorada, las MiniResidencias ofrecen, como ya se ha señalado, una cobertura de las necesidades básicas de alojamiento, manutención y soporte, e incluso se intenta evitar las situaciones de institucionalización y/o marginación; siempre proporcionando la progresiva integración social de los usuarios residentes.

La ubicación de las mismas debe tan solo responder a la presencia de los Equipos de Salud Mental cerca, debido a que la atención médico–psiquiatrica se seguiría haciendo en los servicios de referencia.

En cuanto a pisos protegidos, cuatro provincias Castellano-Leonesas, no cuentan con ninguno. Podemos decir que es el recurso residencial más normalizado que existe. Este modelo de dispositivo puede también subsanar muchos de los inconvenientes que se vienen comentando, relativos a los desplazamientos de zona rurales a urbanas.

Pueden ser equipamientos relativamente baratos, dado que suelen depender de otros servicios y tener el mismo equipo profesional. Además, el grado de autonomía que los beneficiarios de los pisos deben tener es elevado por lo que no requieren grandes esfuerzos profesionales para su buen funcionamiento.

Ello lleva a pensar que la ausencia o escasez de pisos queda difícilmente justificada. Hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones los gastos en transporte, a veces subvencionados, suponen un desembolso mayor que el mantenimiento de un piso protegido, compartido en la ciudad.

En la siguiente tabla podemos ver la situación de los diferentes servicios en cada una de las provincias.

RESUMEN DE SERVICIOS EXISTENCIALES Y PROPUESTOS EN CASTILLA Y LEÓN

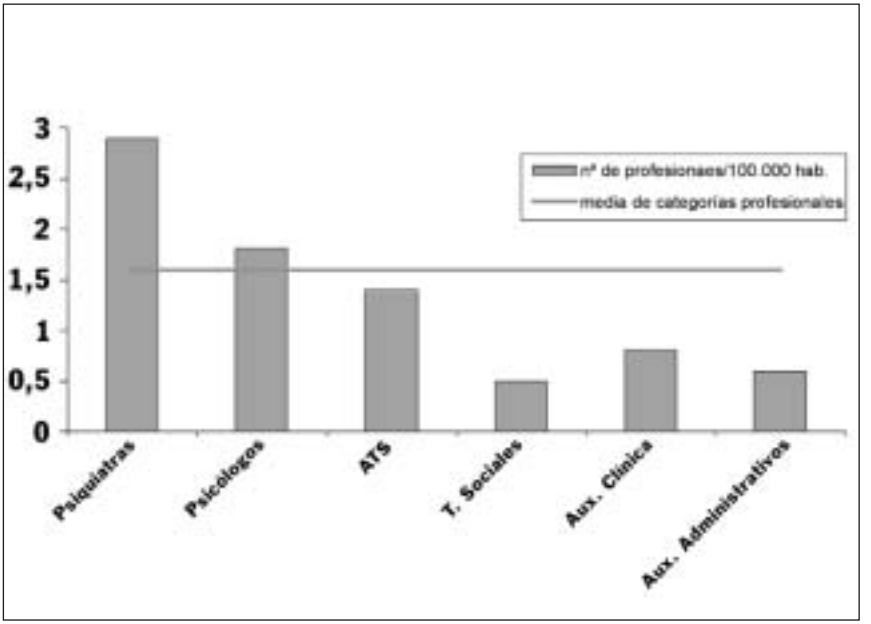
	ESM		UPGH		URH		CD		HD		MR		PP		CRL		CEE	
	reales	estimados	reales	estimados	reales	estimados	reales	estimados	reales	estimados	reales	estimados	reales	estimados	reales	estimados	reales	estimados
Ávila	3	3	1	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1
Burgos	6	6	2	3	0	2	1	3	1	2	0	1	0	3	0	2	0	2
León	7	7	2	4	1	3	0	5	0	3	0	2	1	5	0	3	0	3
Palencia	3	3	2	2	1	1	1	2	0	1	0	1	0	2	0	2	0	2
Salamanca	6	6	1	3	1	2	0	3	1	2	0	1	2	3	0	2	0	2
Segovia	3	3	1	2	1	1	1	1	0	1	0	1	5	2	0	1	0	1
Soria	2	2	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	3	2	1	1	1	1
Valladolid	8	8	2	4	1	3	2	4	0	3	0	1	15	5	1	3	0	3
Zamora	3	3	1	2	0	1	0	2	0	2	0	1	0	2	0	2	0	2
	41	**41**	**13**	**24**	**6**	**23**	**6**	**24**	**2**	**23**	**1**	**10**	**26**	**26**	**1**	**16**	**1**	**16**

- Se cumple más del 75% de las estimaciones
- Se cumple entre el 50% y el 75%
- Se cumple aproximadamente el 50%
- Se cumple entre el 25 y el 50 %
- Se cumple el 25% o menos o no existe el dispositivo

En una lectura vertical de la tabla se observa con total nitidez lo que ya se ha comentado: que los dispositivos que tienen que ver con la inserción y la normalización social son los más deficitarios: la presencia de Centros dedicados a la promoción laboral es anecdótica, tanto como la presencia de estructuras residenciales alternativas al Hospital Psiquiátrico. Los dispositivos dedicados a la rehabilitación están un poco más desarrollados pero siguen siendo insuficientes y sólo los servicios de tipo sanitario se encuentran en una situación aceptable, al menos en un principio.

Si decimos "a simple vista" es porque si miramos con más detalle esos servicios, también se pone de manifiesto alguna carencia importante.

GRÁFICO I: Media de profesionales/100.000 habitantes en los ESM en el conjunto de la Comunidad Autónoma.



El perfil profesional que predomina es el de psiquiatra, lo cual no deja de tener su lógica tratándose del recurso ESM, pero existe una clara desproporción con respecto a otras categorías profesionales que tienen un perfil más orientado a los aspectos de reinserción social.

En ese sentido el número de trabajadores sociales es particularmente escaso, mucho más si atendemos a las características sociodemográficas de Castilla y León, pues la dispersión de la población hace aconsejable una mayor presencia de esos profesionales.

También se echan en falta dentro de los equipos otros profesionales, como educadores o monitores ocupacionales cuya aportación puede ser enriquecedora en ese sentido.

Así pues, la mejora de la asistencia en la Comunidad Autónoma, pasaría por:

- Promocionar los CRL, CEE, y otros programas relacionados con la inserción laboral de las Personas con Enfermedad Mental.
- Incrementar los dispositivos centrados en los aspectos de rehabilitación y normalización: Centros y Hospitales de Día, Residencias.
- Abandonar progresivamente y con alternativas el modelo de Hospital Psiquiátrico, aceptando sólo de manera transitoria que esas estructuras sirvan a la desinstitucionalización, pues sus inercias hacen realmente difícil que puedan adaptarse a otros usos y prácticas.
- Incrementar el peso de perfiles profesionales relacionados con la inserción y la normalización en los ESM.

Por lo que respecta a las prioridades por provincias, una lectura horizontal de la tabla nos señala cuáles son las provincias con mayores carencias.

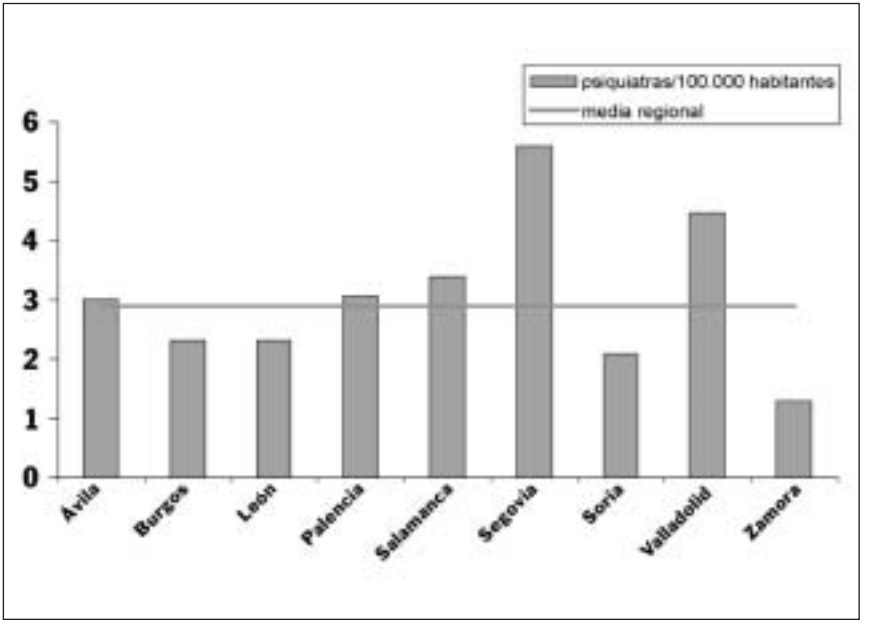
Las mayores carencias se acumulan en la provincia de Zamora, sin que se pueda decir que León y Valladolid estén mucho mejor dotadas (en Valladolid, el hecho de que existan recursos puede llevar a creer que está mejor dotada, pero si los ponemos en relación con el número de habitantes esto no es así).

Aun con carencias, Segovia y Ávila serían las provincias mejor dotadas, situándose el resto en una posición intermedia.

Así pues, el incremento de dispositivos al que aludíamos como una necesidad general, sería más urgente en las provincias de Zamora, León y Valladolid.

Otro dato que nos permite evaluar la situación de cada provincia en particular es el de número de profesionales por 100.000 habitantes en los ESM. Veámoslo.

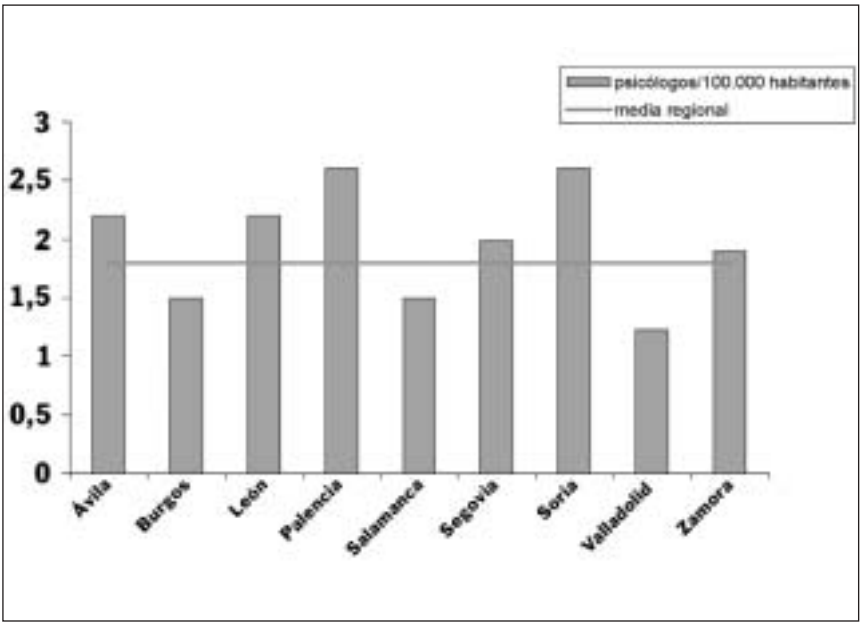
GRÁFICO II: Psiquiatras/100.000 habitantes por provincia en los ESM comparados con la media de la Comunidad Autónoma.



Las provincias de Burgos, León, Soria y, sobre todo, Zamora, se sitúan por debajo de la media regional en número de psiquiatras/100.000 habitantes. Destacan Segovia y Valladolid por las ratio que mantienen. El caso de Valladolid es especialmente llamativo pues hemos visto que, en cuanto a dispositivos, se sitúa entre las provincias de más carencias, lo que nos indica que, quizá con una mejor distribución de recursos su situación mejoraría.

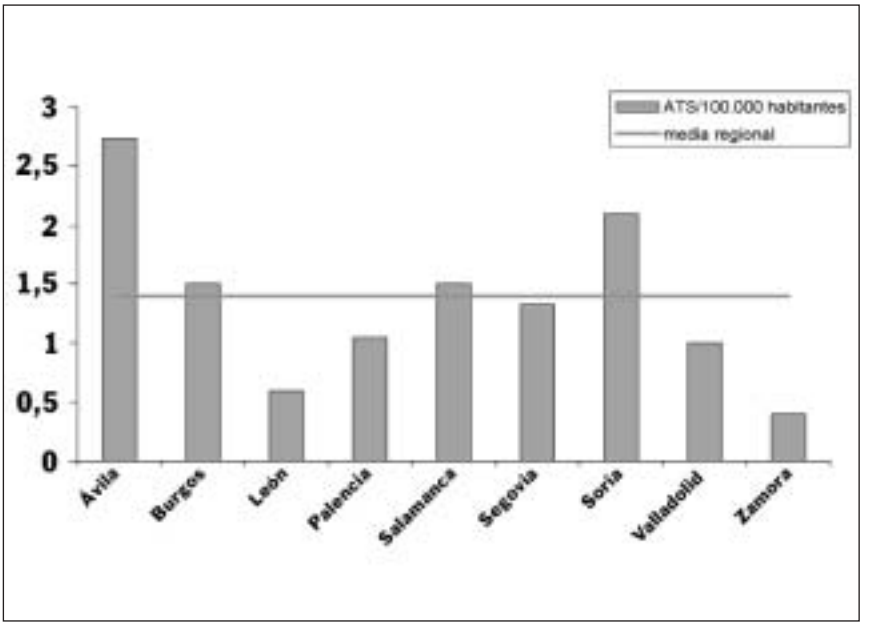
Este dato vendría a confirmar a Segovia como la provincia mejor dotada, manteniendo el resto su posición intermedia.

GRÁFICO III: Psicólogos/100.000 habitantes por provincia en los ESM comparados con la media de la Comunidad Autónoma.



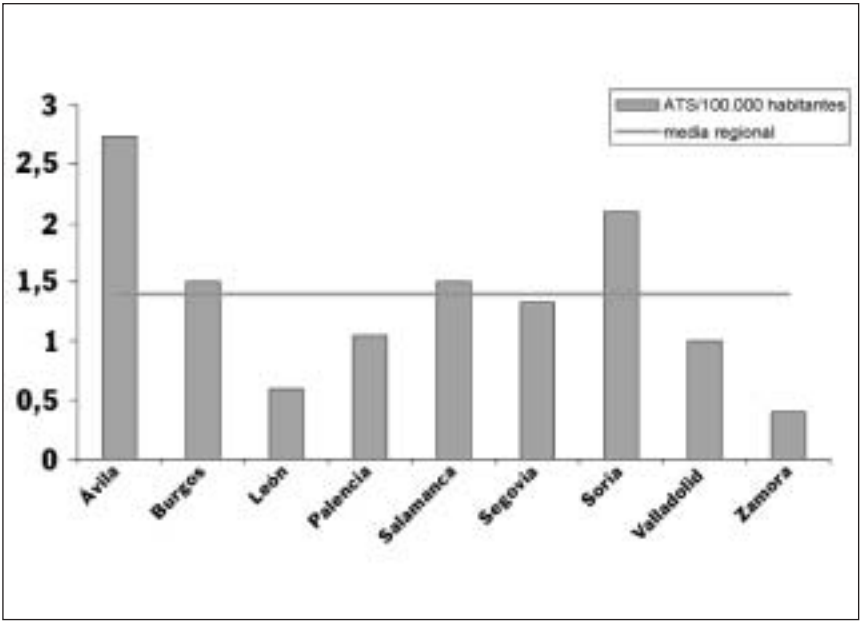
Las diferencias en esta categoría profesional son más escasas ya que predomina una distribución en torno a la media. Aun así, son ahora las provincias de Burgos, Salamanca y Valladolid las que se sitúan por debajo de ese estadístico.

GRÁFICO IV: ATS/100.000 habitantes por provincia en los ESM comparados con la media de la Comunidad Autónoma.



Zamora, León, Palencia Valladolid y Segovia son, por ese orden, las provincias que más se alejan de la media regional de ATS.

GRÁFICO XXIII: T. Sociales/100.000 habitantes por provincia en los ESM comparados con la media de la Comunidad Autónoma.



Nuevamente León y Zamora, ahora con Burgos y Salamanca, nos aparecen por debajo de la media, en el caso de T. Sociales. Si tenemos en cuenta el número especialmente bajo de estos profesionales nos haremos cargo de la tremenda carencia que se observa en esas provincias.

En resumen, con respecto a las carencias que se detectan por provincias, lo lógico sería tender al reequilibrio entre las provincias. En concreto:

- Apertura de dispositivos intermedios en Zamora, León y Valladolid.
- Mayor dotación de profesionales en los ESM, igualando por arriba el nº/100.000 habitantes.
- Sin perjuicio de eso, el número de Trabajadores Sociales debe incrementarse en todas las provincias, así como promover contratos de otras categorías profesionales vinculadas a la acción socioeducativa.

Entiéndase que se trata de buscar un mayor equilibrio entre las provincias de la comunidad pero sin perder la lectura vertical de nuestra tabla que nos indicaba carencias generalizadas en cuanto a determinados dispositivos.

Habría una prioridad de prioridades ya que en algunas provincias la situación es sensiblemente más precaria que en otras y la estrategia, tendiendo al crecimiento y la mejora de los servicios, debe prestar más atención a esas últimas, sin que esa atención sea exclusiva.

Epílogo

Más allá de un cúmulo de cifras, sin duda importantes, lo que quizá deba prevalecer de estos dos trabajos, es la necesidad de cambiar las gafas con que se mira a la enfermedad mental.

Distintos profesionales de distintas orientaciones se harán fuertes en determinadas explicaciones; asentadas en premisas biológicas unas, en aspectos ambientales otras. Pero para quienes trabajamos en la normalización social de personas con discapacidad, esas discusiones tienen poca importancia.

Hay que impedir que los árboles nos impidan ver el bosque, aceptar que la enfermedad mental es una deficiencia que acarrea determinadas discapacidades (diferentes en cada caso) a quienes la sufren. Sentado esto, pensemos en cuáles son las barreras que están impidiendo su inserción social, luchemos por removerlas y lograremos así vencer las condición de minusvalía de las personas con enfermedad mental.

No cabe duda de que FEAFES es la organización que está en condiciones de liderar ese proceso, ni tampoco que el apoyo de FSC (valga éste lo que valga) no ha de faltarle en ningún momento.

Atención primaria y centros de Salud Mental

Dr. Martín Vargas Aragón
Presidente de la Asociación FEAFES-Valladolid (El Puente). Psiquíatra en la Fundación INTRAS de Zamora

Situación actual

En el modelo comunitario de salud mental y asistencia psiquiátrica, el eje de los dispositivos asistenciales son los equipos o centros de salud mental, donde se coordina de una manera integral la asistencia psiquiátrica y los programas de promoción de la salud mental. Su estrecha relación con los Equipos de Atención Primaria (EAP), con los Centros de Acción Social (CEAS) y con los Centros de Atención a Drogodependientes (CAD) garantiza la prestación de una atención integral a la salud mental desde la concepción bio-psico-social de la salud y la asistencia sanitaria y socio-sanitaria.

La atención a las personas con problemas de salud mental desborda el tradicional ámbito sanitario, de ahí la importancia del trabajo coordinado entre todos los dispositivos que la sociedad ha desarrollado para hacer realidad una concepción solidaria del estado, desde el sistema público de salud a la red de servicios sociales, al sistema educativo y a las organizaciones de participación ciudadana.

En el estudio realizado por FEAFES sobre el "Análisis y diagnóstico de situación de los recursos socio-sanitarios de Salud Mental de Castilla y León"[1], respecto a los Equipos de Salud Mental existe en todas las provincias un número equivalente de Equipos de Salud Mental propuestos por FEAFES y dotados por las distintas administraciones: tres en Ávila, seis en Burgos, siete en León, tres en Palencia, seis en Salamanca, tres en Segovia, dos en Soria, ocho en Valladolid y tres en Zamora. De esta manera, y tal como se recoge en el citado documento, los Equipos de Salud Mental constituyen el servicio más asentado en todas las provincias que forman la Comunidad Autónoma.

Las cifras referidas coinciden con las aportadas por la Consejería de

Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León en su "Sistema de Información Autonómico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental", referentes a la actividad de 1998[2]. Los principales indicadores cuantitativos del Sistema de Información Autonómico se resumen en la Figura 1. En 1998 en Castilla y León se atendieron en los Equipos de Salud Mental un total de 25.969 casos nuevos, de los cuales el 80,5% (20.710 casos) procedía de los Equipos de Atención Primaria y sólo el 2,5% (638 casos) procedía de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. Respecto a su incidencia administrativa, los grupos diagnósticos más frecuentemente atendidos en consultas nuevas fueron el conjunto de los trastornos de ansiedad (F40 a F49), que ocuparon el 35,5% de todas las primeras consultas. Los trastornos afectivos (F30 a F39) ocuparon el segundo lugar de frecuencia con el 24,9% de las primeras consultas. Los motivos de consulta no especificados (consultas administrativas, etc.) ocupan el tercer lugar de importancia con el 10,4% de los casos, después los trastornos infanto-juveniles (F90 a F99) con el 6,0% y los trastornos esquizofrénicos (F20 a F29) con el 4,7% de las primeras consultas. El resto de patologías tuvieron una incidencia administrativa menor.

El análisis de los datos anteriores permite extraer algunas conclusiones sobre la situación de la asistencia prestada en los Equipos de Salud Mental:

1. Los indicadores cuantitativos de los recursos existentes se ajustan a los aceptados como idóneos.
2. El 70,8% de los casos nuevos atendidos son por trastornos de ansiedad, afectivos o no codificables (administrativos).
3. La vía mayoritaria de derivación a los Equipos de Salud Mental es desde los Equipos de Atención Primaria.
4. La atención a personas con trastorno mental severo del grupo de la esquizofrenia sólo ocupa el 4,7% de las primeras consultas.

¿Son estos datos indicativos de una óptima atención comunitaria a la Salud Mental?, ¿Cuál debería de ser la prioridad asistencial de los Equipos de Salud Mental?, ¿Es de calidad el proceso asistencial seguido

en los Equipos de Salud Mental?, ¿En qué aspectos debería mejorarse? A continuación intentaremos aportar algunos argumentos para la respuesta a estas preguntas.

Los primeros y los segundos pasos de la reforma psiquiátrica

Los primeros pasos de la reforma psiquiátrica se encaminaron al desplazamiento de la asistencia desde los hospitales psiquiátricos hasta la comunidad. Desde su inicio en los años 80[3], el principal aspecto considerado ha sido el grado de dotación de estructuras comunitarias y la provisión de profesionales. Reflejo de ello es que los indicadores de calidad de la asistencia manejados hasta la actualidad por la mayoría de los planificadores de Salud Mental se refieren a "indicadores de estructura", esto es, del número de recursos asistenciales y de profesionales disponibles.

En la Asistencia Psiquiátrica es difícil aún establecer los recursos idóneos necesarios, debido a que la demanda de servicios ha experimentado un continuo cambio desde que se inició la atención comunitaria a la salud mental, observándose, eso sí, un desplazamiento de la proporción de recursos dedicados a los distintos trastornos. Previo a la reforma psiquiátrica, la práctica totalidad de recursos, los hospitales psiquiátricos, estaba destinada a la atención, mejor o peor, de trastornos psicóticos y otros trastornos severos de salud mental. Actualmente la gran mayoría de trastornos atendidos en los Equipos de Salud Mental corresponden a patología neurótica. Se ha ampliado notablemente la oferta de servicios proporcionados por la red asistencial de Salud Mental, constituyendo ahora un apoyo fundamental a los Equipos de Atención Primaria. Pero, ¿ha sido la dotación de recursos proporcional a este incremento de los servicios? o, por el contrario, ¿se ha aumentado la oferta de servicios a costa de disminuir los ya mermados recursos disponibles para las personas con trastorno mental severo?

El avance en la calidad del sistema asistencial en Salud Mental debería,

en sus "segundos pasos", fijarse en otros indicadores, especialmente en "indicadores de proceso" y en "indicadores de resultado"[4 y 5]. Los primeros podrían informarnos de la accesibilidad, adecuación, continuidad, efectividad, eficacia, eficiencia, aceptabilidad, seguridad y oportunidad del proceso asistencial; los segundos aportarán información sobre la utilidad global del procesos asistencial. Pero quizá en primer lugar deba de responderse a una pregunta aún pendiente, ¿qué es lo que no se atiende en los Equipos de Salud Mental? Animados por la posibilidad de una atención integral a la salud, muchas veces nos hemos olvidado de nuestras limitaciones, olvidando también el uso justo, equitativo y solidario de los recursos. Posiblemente, si no definimos claramente qué es lo no susceptible de tratamiento, será difícil que identifiquemos claramente la cartera de servicios de atención especializada en Salud Mental, prestando entonces un servicio demasiado dependiente de las fluctuaciones del entorno y olvidando aspectos prioritarios que pasen más desapercibidos.

Algunos de los siguientes pueden ser condicionantes del tipo de patología que se atiende en los Equipos de Salud Mental si no se define previamente la cartera de los servicios que se prestan:

a) Atención preferente a los enfermos complacientes, más que a los de difícil abordaje u hostiles. Atención preferente a los pacientes que acuden a revisiones y olvido de los que, por su patología, no acuden a revisión. Esto podría explicar la ocupación creciente de la "patología menor" en la asistencia ambulatoria en detrimento de los recursos destinados a la atención a trastornos mentales severos.

b) Excesiva independencia de los profesionales a la hora de definir 'su' cartera de servicios, en función de su orientación de escuela, preferencias o capacitación profesional. De esta manera se adaptan los servicios prestados al perfil de capacitación de los profesionales en lugar de perfilar la capacitación de los profesionales en función de los objetivos asistenciales.

c) Insuficiente definición de los objetivos de la intervención terapéutica, con lo cual no existen criterios para considerar finalizada la interven-

ción, ya sea ésta médica, psicoterapéutica o social. La asistencia en Salud Mental, más que curativa, busca un incremento en la calidad de vida de personas con problemas crónicos, por lo cual, de no limitarse los objetivos de la intervención, siempre pueden ampliarse, de forma indefinida, las intervenciones y el gasto de recursos.

Junto a estos condicionantes otros, ya cronificados, limitan la eficiencia del proceso asistencial:

d) Múltiple dependencia institucional de los profesionales, con solapamiento de funciones y jerarquías.

e) División administrativa y descoordinación de las competencias en planificación, financiación y provisión de servicios.

f) Indefinición de las responsabilidades y funciones de los distintos profesionales y, por ello, inadecuada planificación de la dotación de recursos humanos.

g) Insuficiente clarificación del papel que juegan las asociaciones de usuarios en la atención a la Salud Mental, que debería ser la de velar por una atención psiquiátrica con calidad total.

h) Excesiva presión comercial de la industria farmacéutica sobre los psiquiatras, mermando el tiempo diario de consulta, influyendo en la prescripción o promoviendo actividades de formación, a veces, de muy escasa calidad científica. Escaso control de los jefes clínicos sobre esta actividad.

i) Excesivo uso politizado de la asistencia a la salud mental.

Priorizando objetivos

Una actuación que ha quedado descuidada en la planificación de la asistencia psiquiátrica ha sido la clara definición y priorización de los objetivos asistenciales. Este debería de ser el primer paso en cualquier sistema de planificación. En términos generales, los problemas de salud mental más graves son los menos frecuentes y los menos graves son los más fre-

cuentes, de ahí que si no se prioriza la atención los problemas más graves pueden quedar desatendidos. En la Figura 2 se representan dos posibles modelos de atención, el primero sin priorización y el segundo priorizando la atención a los caso más graves. En el modelo A se atienden con la misma prioridad los casos leves y los graves, de tal forma que los casos graves, al ser menos frecuentes y requerir de más recursos quedan escasamente atendidos. En el modelo B se produce una discriminación positiva en la atención a los casos graves, con mayor atribución proporcional de recursos, que se ven mermados de la atención a casos leves.

El modelo gráfico propuesto no pretende sino ejemplificar una limitación con la que cuenta cualquier sistema planificador, y es que los recursos son siempre limitados. Además de aumentar la asignación de recursos para la salud mental, los usuarios deberían de fijarse en cómo se distribuyen éstos y en si existe o no un claro orden de prioridades asistenciales.

Propuestas

Bajo nuestro punto de vista, la atención sanitaria en los Equipos de Salud Mental podría beneficiarse de las siguientes actuaciones:

1. La clara delimitación de los objetivos asistenciales y de promoción de la salud que se buscan en los Equipos de Salud Mental.
2. La clara delimitación de las funciones de cada profesional.
3. La implementación de un programa de calidad total en el que se evalúen no solamente indicadores estructurales, sino también indicadores de calidad de los resultados y del proceso asistencial.
4. El consenso y utilización de guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento.
5. La intervención de los representantes de los usuarios en la evaluación de la calidad de la asistencia.

Referencias bibliográficas

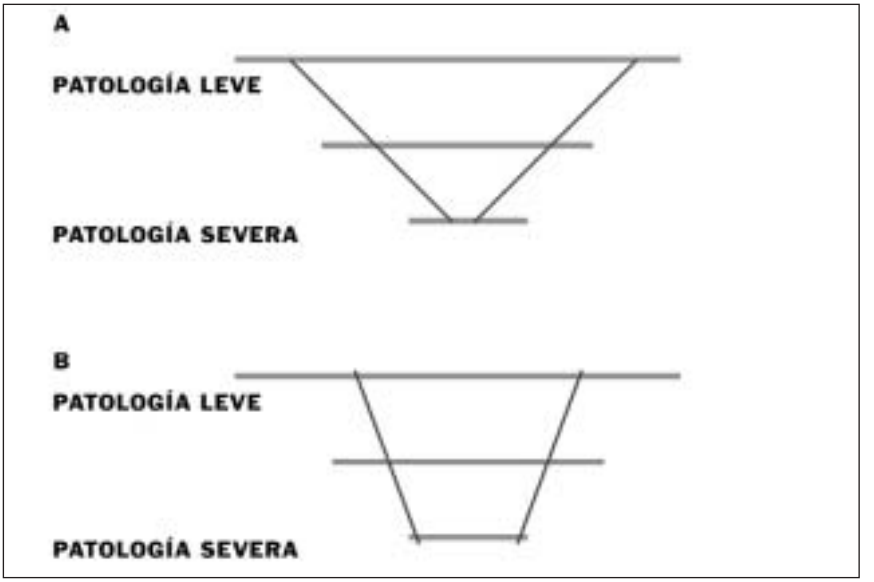
1. FEAFES, (1999): *Análisis y diagnóstico de situación de los recursos socio-sanitarios de Salud Mental de Castilla y León.* Documento interno.
2. Junta de Castilla y León, (1998): *Sistema de Información Autonómico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Resumen de actividad 1998.*
3. García, J.; Vázquez-Barquero, J.L., (1999): *Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España.* Act. Esp. Psiquiatr., 27 (5): 281-291.
4. Avellana i Revuelta, E.; Pico Navarro, J.A.; Urís Selles, J., (1994): *La calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas. II La medidad de la calidad. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria,* 1 (2): 75-87.
5. Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (1991): *Características de los indicadores clínicos* (publicado originalmente en 1989 en Quality Review Bulletin). *Control de Calidad Asistencial,* 6 (3): 65-74.

FIGURA 1: Indicadores cuantitativos de los Equipos de Salud Mental en Castilla y León. Datos correspondientes a 1998.

RECURSOS MATERIALES		
Nº de Equipos de Salud Mental		37
Nº de Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil		4
Tasa de cobertura: nº hab./ESM		68.284
RECURSOS HUMANOS		nº/100.000 hab
Nº de psiquiatras	78,5	3,1
Nº de psicólogos	48,5	1,9
Nº de ATS / DUE	36,8	1,5
Nº de Asistentes Sociales	13,9	0,5
Nº de Auxiliares Clínicos	20,0	0,8
Nº de Auxiliares Administrativos	16,1	0,6
Nº de otros	13,8	0,5
ACTIVIDAD		nº/1.000 hab
Consultas totales (frecuentación)	212.680	84,2
Nº de pacientes nuevos (primeras consultas)	25.969	
Nº de revisiones (consultas sucesivas)	186.711	
Índice de consultas sucesivas/primeras consultas		7

Fuente: Junta de Castilla y León

FIGURA 2: Dos modelos de distribución de recursos en atención psiquiátrica.



Unidad de agudos, especializada; Unidad de rehabilitación y Hospital de Día

Dr. Alfredo Barbero García
Psiquiatra del Hospital Policlínico de Segovia. Asesor Técnico de AMANECER y FECLEM

1. Unidades de psiquiatría en hospital general

1.1 No son el fracaso del tratamiento ambulatorio

Como lo es ingresar a una persona en un hospital por una apendicitis. Cada enfermedad, en función de la agudeza y gravedad que presenta, requiere el tratamiento en el centro más adecuado, que cuente con los recursos humanos y materiales que sean necesarios.

1.2 Ingreso de 2-3 semanas

Si el resto de los dispositivos de la red asistencial están dotados (centros y hospitales de día, de rehabilitación, etc.) esta estancia corta es posible. Si no lo están, el ALTA supone, en muchos casos, un verdadero problema de ética profesional y una indudable carga para la familia.

1.3 Ubicación adecuada

Basta ya de que las Unidades de Psiquiatría estén en los últimos pisos de los hospitales generales, en las 'azoteas'. La ubicación lógica, por razones de seguridad y de acceso a zonas exteriores es en plantas bajas y con un hábitat interno digno y amplio. Las Unidades de Psiquiatría no deben estar junto a Módulos de presos, ni siquiera separadas por un tabique.

2. Niveles de atención sanitaria

- Primer Nivel: Prevención (Prevención primaria).
- Segundo Nivel: Tratamiento (Prevención secundaria).
- Tercer nivel: Rehabilitación (Prevención terciaria).

En muchas enfermedades médicas los niveles de atención son SUCESIVOS. Por ejemplo, la fractura de un hueso supone realizar primero el tratamiento (inmovilización con escayola) y después, una vez quitada la escayola y consolidado el hueso, se hace la rehabilitación. En la enfermedad mental crónica esto no se hace así. Los síntomas activos de la enfermedad se siguen dando al mismo tiempo que aparecen deterioros funcionales que requieren rehabilitación. El tratamiento y la rehabilitación han de proporcionarse pues de manera SIMULTÁNEA y no sucesiva. Esta es una característica esencial de las enfermedades mentales crónicas y graves y sobre ella se fundamenta la DOBLE ATENCIÓN SANITARIA a la que están obligados algunos dispositivos asistenciales de salud mental: Hospitales y Centros de Día y Unidades de Rehabilitación, principalmente.

3. Unidades de rehabilitación hospitalaria

3.1 Doble atención sanitaria: Tratamiento más rehabilitación

En estas unidades se deben hacer Programas activos de Rehabilitación, por áreas funcionales o psicosociales deterioradas, al mismo tiempo que el tratamiento activo de la enfermedad con psicofármacos y psicoterapias.

3.2 Estancia media: 2-3 meses, hasta un año

Se trata de Unidades pensadas para una estancia de tipo medio, de varios meses, y para jóvenes psicóticos 'nuevos crónicos'. Su ubicación debería estar fuera de los antiguos Hospitales Psiquiátricos o manicomios.

3.3 Falsas unidades de rahabilitación

Cuando en el excelente Informe que presentó en las Cortes regionales el Procurador del Común de Castilla y León, D. Manuel García Álvarez, en noviembre de 1996, se lee que la estancia en las unidades regionales llamadas de 'rehabilitación' llega a ser de hasta ¡25 años! se pone en evidencia que tales unidades son, en realidad, Unidades Residenciales, y así deberías llamarse.

3.4 Admitir ingresos no voluntarios

El artículo 211 del Código Civil que regula el ingreso no voluntario de los enfermos psíquicos no está hecho exclusivamente para las Unidades de Agudos. En cualquier tipo de centro hospitalario o sociosanitario, el juez puede autorizar el ingreso no voluntario. Si los responsables de la Unidad de Rehabilitación exigen la firma del ingreso voluntario para entrar en ella, están excluyendo de hecho a los enfermos más graves que necesitan este tipo de atención pero que se niegan a admitirla por carecer, como consecuencia de su psicosis, de conciencia de enfermedad. La negativa a realizar ingresos no voluntarios por parte de la Unidad de Rehabilitación puede ser entendida como una ilegalidad. Como es lógico, siempre son preferibles los ingresos voluntarios, pero también deben admitirse los casos excepcionales no voluntarios que lo requieran. La demagogia fácil sobre la libertad debería evitarse en tales casos. La libertad de un enfermo mental grave empieza por el adecuado control de su enfermedad; por su derecho a la salud y a una debida atención sanitaria, que el propio enfermo rechaza. Una persona de la que se apodera una enfermedad mental grave por falta de la debida atención sanitaria no es una persona libre.

4. Hospitales Centros de Día

4.1 Doble atención sanitaria: Tratamiento y rehabilitación

Aunque la atención en los Hospitales de Día se focaliza más en el Tratamiento que en la Rehabilitación y lo contrario ocurre en los Centros de Día, lo cierto es que en ambas funciones sanitarias se recomienda que se hagan dispositivos intermedios y así aparece en la reciente GUÍA DE GESTIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN DE DÍA PSIQUIÁTRICA que ha confeccionado el INSALUD, y así se hace, además, en los Hospitales de Día de reciente creación, como el de Guadalajara.

4.2 Ubicación adecuada, no dependiente de la unidad de agudos

Una ubicación accesible, en zona urbana y con personalidad propia, al tiempo que bien conectada y coordinada con otros dispositivos de la red social y sanitaria, sería lo más recomendable.

4.3 Polivalentes y con programas específicos (psicosis, anorexias, etc.)

No se puede hacer un Hospital o un Centro de Día para cada enfermedad. Tampoco se pueden marginar a unos enfermos respecto de otros. Estos dispositivos intermedios deben ser flexibles y adaptar sus Programas a las patologías más prevalentes y que cuenten con mayor demanda social.

5. El futuro: ¿Unidades polivalentes?

Recientemente se ha abierto en Barcelona la primera Unidad Polivalente de España que agrupa en unas mismas instalaciones en zona urbana: Centro de Día, Hospital de Día, Comunidad Terapéutica o Unidad de Rehabilitación y Unidad Residencial. Este tipo de Unidades, ¿se pueden convertir en 'minihospitales psiquiátricos' o su funcionamiento puede ser aceptable en según qué condiciones y agrupamientos? El debate es del mayor interés y quizá el futuro lo resuelva.

Salud Mental en Castilla y León: Presente y futuro

D. Antonio Sáez Aguado

Director General de Salud Pública y Director de la Gerencia Regional de Salud

Evolución reciente de la atención psiquiátrica en Castilla y León

Del isomorfismo asilar a la diversificación de recursos. La integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario. Decreto 83/1989, de organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica. Integración de recursos, delimitación territorial de la asistencia y coordinación. Ley General de Sanidad y Ley de Ordenación del sistema sanitario de Castilla y León. El Plan de Salud.

El problema competencial en materia de asistencia psiquiátrica

Limitaciones del sistema sanitario en la atención a los enfermos mentales. Decreto de ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Necesidades Sociales de los enfermos mentales; el papel de los servicios sociales. ¿Coordinación o atención sociosanitaria? Un nuevo agente: las asociaciones de afectados y familiares.

La construcción del sistema de salud de Castilla y León

Descentralización autonómica y atención psiquiátrica. El Sistema de salud en la L.O.S.S. Integración de los servicios sanitarios dependientes de las diputaciones provinciales. Estatutos de Autonomía y competencias en materia de asistencia sanitaria. El traspaso de los servicios y recursos del Insalud a la Comunidad de Castilla y León.

Propuesta para el debate

Completar el mapa de atención psiquiátrica en Castilla y León. Impulsar la acción conjunta de las administraciones competentes. Asegurar la participación social de los sectores implicados. Defender los derechos de los enfermos mentales. Mejorar la dotación y el funcionamiento de los recursos sanitarios. Desarrollar las estructuras intermedias y sociosanitarias. Impulsar la atención específica a grupos específicos. Mejorar la cualificación y situación de los profesionales.

Conferencia:
Derechos de los enfermos mentales y sus familias

Derechos de los enfermos mentales y sus familias

D. Manuel García Álvarez
Exmo. Sr. Procurador del Común de Castilla y León

Agradezco a los organizadores la invitación a hablarles en mi condición de Procurador del Común de Castilla y León.

Claro que no es tan fácil hacerlo como me parecía en un primer momento. Ni soy experto en psiquiatría, ni como Procurador del Común puedo contarles, como si se tratara de una intervención en las Cortes, cuáles son los problemas que tienen los enfermos o sus familiares, puesto que son Uds. mismos quienes los ponen en mi conocimiento.

Intentando centrar el tema, pensé que, en la medida de lo posible, habría que combinar la perspectiva regional, autonómica de Castilla y León, con la nacional, puesto que de un Congreso de ámbito nacional se trata.

Por otro lado, ya que la Institución de la que soy yo titular es una institución jurídica –no es una institución benéfica, destinada a la asistencia social– al tratarse de una institución jurídica es preciso, en el enfoque de la conferencia, recoger así mismo aquella naturaleza jurídica. De ahí que sea un acierto el título de mi intervención, escogido por los organizadores, que figura en el programa, “Los derechos de los enfermos mentales y sus familias”.

Pues bien, ¿cuál ha sido hasta ahora mi actuación, la actuación del Procurador del Común de Castilla y León, en defensa de los derechos de los enfermos mentales y sus familiares?

He actuado tanto de oficio como a instancia de parte:

a) DE OFICIO, hace años inicié, como algunos de Uds. saben, una actuación. En el contexto de dicha actuación, visité todos y cada uno de los centros de atención a la salud mental de titularidad pública, y los pri-

vados de Castilla y León, todos y cada uno. Y han sido visitas prolongadas, de varias horas cada una que me han permitido hablar con especialistas, con los responsables de los centros y, en no pocas ocasiones, también con los enfermos mentales.

Bien entendido que en la actuación de oficio, aunque ha sido llevada a cabo pensando sobre todo en los enfermos, también se ha tenido en cuenta a sus familiares más allegados, a la vista de lo prevenido en los artículos 43 y 39 de la Constitución española.

Por lo demás, es un buen momento, como decía, para recordar que una de las características que dirimen a esta Institución, de la que tengo el honor de ser titular, es la de poder abordar situaciones que no están definidas en el Ordenamiento Jurídico como tales, como puede ser el caso, precisamente, de las familias de los enfermos mentales.

En el transcurso de la actuación de oficio celebré también como recordarán, encuentros con las asociaciones de familiares, con las que mantengo contacto, se puede decir, permanente.

Debo decir que tras la presentación informe, visité así mismo "residencias", cuya naturaleza sigo desconociendo, pero cuyos residentes son en su mayoría enfermos mentales. No se les escapará lo delicado de la cuestión.

Por cierto que tengo intención de volver a visitar en su totalidad los centros que ya visité antes y después de la presentación del informe.

b) ACTUACIÓN A INSTANCIA DE PARTE, hemos atendido quejas, presentadas muchas de ellas por familiares de enfermos, algunas por vecinos y en algún caso aislado por los propios enfermos mentales. No debe extrañar esto último, si recordamos que la ley reguladora de la institución dice que no será impedimento para dirigirse al Procurador del Común la incapacidad legal del sujeto, entre otras cosas.

A lo largo de estos años se ha recibido, efectivamente, un significativo número de quejas que hacen referencia a la problemática existente en relación con los enfermos mentales.

Del estudio de estas quejas se advierte la persistencia de algunas de

las dificultades por las que atraviesan estos enfermos y sus familias, y que fueron ya puestas de manifiesto en el Informe Especial.

La necesidad de internamientos en Centros asistenciales adecuados para el tratamiento de los enfermos mentales ha sido uno de los problemas más frecuentemente planteados, debido a la imposible convivencia que se deriva de las conductas agresivas manifestadas por algunos enfermos. Lo que, a su vez, se encuentra agravado por la falta, en nuestra Comunidad Autónoma, de dispositivos asistenciales adecuados para el ingreso, y sobre todo cuando a ello se añade la falta de recursos económicos para sufragar los gastos mensuales de hospitalización de los centros privados.

Otras quejas hacían referencia a la ausencia de estructuras intermedias. O a la deficiente, me dicen, atención domiciliaria.

Tanto la actuación de oficio como las actuaciones a instancia de parte deben ser llevadas a cabo por el Procurador del Común dentro de un marco legal.

En los fundamentos del marco legal está, claro está, la Constitución española:

El art. 43 consagra el derecho a la protección de la salud, siendo competencia de los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

En cuanto a la salud mental, aunque sin mencionarla explícitamente, cabría referirse al art. 49: “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e interacción de los disminuidos 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 los ciudadanos”.

El derecho a la salud es objeto de desarrollo por la Ley General de Sanidad, que habla, entre otras cosas, de la plena interacción de las actuaciones relativas a la salud mental, en el sistema sanitario general, y la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, pretensión esta última que no

deja de dar pie a alguna duda, al menos en su referencia a la totalidad.

De acuerdo con ello, se dice:

Que la atención a los problemas de salud mental se realiza en el ámbito comunitario, potenciando los recursos existenciales a nivel ambulatorio, y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriátrica.

Que la hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

Que se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales".

Por su parte, la Ley de Ordenación del Sistema Sanitario de 1993 de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, en su Exposición de Motivos, da rango legal a una carta de derechos de los ciudadanos, derechos y programas que se consideran preferentes para grupos específicos de población (entre ellos, los enfermos mentales).

El derecho del colectivo de enfermos mentales a actuaciones preferentes se reitera e el art. 8 de la mencionada Ley.

Cabría, asimismo, citar otras disposiciones normativas, que comento en el Informe Especial que defendí en las Cortes de Castilla y León en el contexto de mi actuación de oficio.

Permítanme ahora unas reflexiones sobre lo que podríamos llamar la CUESTIÓN COMPETENCIAL.

La CE dice que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en materia de sanidad. Y añade, que el Estado tiene competencia exclusiva, entre otras materias: Bases y coordinación general de la sanidad.

De acuerdo con ello los Estatutos de Autonomía suelen contener una cláu-

sula, según la cual la Comunidad Autónoma en cuestión tiene competencias de desarrollo normativo y de ejecución en materia de sanidad.

En algunas Comunidades Autónomas, de acuerdo con ello, el proceso de transferir competencias en esta materia está prácticamente finalizado.

Entre otras, como en Castilla y León, dicho proceso no ha comenzado, quiero decir el traspaso de bienes y servicios está aún por dar sus primeros pasos.

Entre tanto, los servicios psiquiátricos dependen de diversas administraciones con competencias en materia de salud mental y entidades públicas y privadas, sin que ninguna de ellas asuma un enfoque global de conjunto de necesidades de la población. De ello se deriva que se mantengan servicios psiquiátricos en diferente evolución y tipo de demanda, sin una estructura común que asegure una actuación coordinada de las mismas.

La Ley General de Sanidad prevé la trasferencia de estos servicios a las Comunidades Autónomas. Castilla y León y otras han asumido únicamente la coordinación de los servicios de salud, no habiendo asumido aún la asistencia propiamente dicha.

En este sentido, no creo descubrir nada nuevo, si digo que la ambigüedad competencial sirve, en no pocas ocasiones, para que las administraciones no quieran asumir responsabilidades, rechazando hacerse cargo de la carga, carga que no les correspondería, como consecuencia, ni a unos ni a otros.

Se trata, claro está de un punto muy importante, ¿quién debe resolver estos problemas? Cuando se produzcan las trasferencias, será la Comunidad Autónoma, como ocurre ya en otras Comunidades. Pero esa trasferencia va a tardar aún varios años; en el mejor de los casos, unos pocos años. Es preciso dar una respuesta a esta pregunta dada la gravedad de la problemática que estamos analizando.

Alguien dijo, que la transformación del Estado unitario en un Estado auto-

nómico sería obra de toda una generación; y que, en consecuencia, teníamos que esperar disfuncionalidades, que se están produciendo. No sé si tal vez, hubieran podido haberse hecho las cosas de otra manera en esa transformación, con lo que a lo mejor, cabe pensar, se hubieran originado menos problemas. Pero dado que se hicieron como se hicieron, ya no se trata de ver ahora lo que hubiera podido ser, de haberse llevado a cabo de otra manera, sino de que lo que ya está hecho se hiciera con la mayor racionalidad posible y causando el menor número de perjuicios posibles a los ciudadanos.

Es preciso reconocer que existe una multiplicidad de normas y de convenios de diverso tipo, cuyo alcance no siempre es fácil de determinar. A mí, al menos, no me resulta fácil de precisar, ni ha resultado fácil de precisar a mis colaboradores; y yo creo que si, en general, no resulta fácil para los especialistas, cuanto menos para el hombre de la calle; y es que, me parece evidente que existe una considerable falta de nitidez a la hora de determinar las competencias de cada Administración en la materia que nos ocupa, y me remito al informe que presenté en las Cortes de Castilla y León y a la defensa que de él hice en las mismas.

Pero, claro está, tampoco la ambigüedad competencial debe ser un obstáculo para la defensa de los derechos de los enfermos. Y esta idea es la que mantienen también la Procuradoría del Común cuando afirma, por ejemplo, que la atención a los enfermos mentales no debe ser sólo sanitaria, sino también asistencia social. Y aquí sí que tiene competencias la Comunidad Autónoma. Permítanme que haga una serie de consideraciones al respecto, interesantes, creo, al menos en la medida en que hayan sido aceptadas por la Administración.

PRIMERA: Para la atención del enfermo mental se hace necesaria una cooperación estrecha entre los servicios de salud mental y los servicios sociales. Ambos aspectos son fácilmente distinguibles.

- La asistencia psiquiátrica propiamente dicha, es una prestación sanita-

ria del sistema Nacional de Salud. Se presta a través de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de los Hospitales Generales y de las Unidades de Salud Mental Extrahospitalarias.

- Los cuidados que precisa un paciente de estas características, una vez superada la fase aguda de su enfermedad, dirigidos a su rehabilitación y resocialización, no deben llevarse a cabo sólo desde los recursos sanitarios propiamente dichos, sino desde o en coordinación con los servicios sociales. Y ello por las siguientes razones:

  a) La Ley General de Sanidad afirma, ya lo decíamos, la total equiparación del enfermo mental a las "demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales", y señala: "Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general".

  b) También un Decreto autonómico sobre organización de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica, establece expresamente que "los cuidados asistenciales para la atención de los problemas de salud mental se prestará a todos los ciudadanos preferentemente desde los recursos sanitarios y sociales existentes en su correspondiente Área de Salud".

  c) Aunque el Decreto antes citado establece que "las estructuras intermedias (...) formarán parte de la red de asistencia psiquiátrica", no tiene por qué existir inconveniente alguno, más que financiero, para incluirlas dentro del equipamiento de los Servicios Específicos del sistema de Acción Social a que se refiere la Ley de Acción Social y Servicios Sociales.

  d) Las estructuras intermedias (centros de día, pisos tutelados, talleres ocupacionales.) tienen como finalidad evitar ingresos y facilitar altas. No se fuerza la interpretación al afirmar que en estas estructuras no hay un componente sanitario en sentido estricto. Lo mismo puede decirse de las Residencias permanentes, especializadas en

el tratamiento de situaciones concretas.

SEGUNDA: Los enfermos mentales que precisan estas estructuras bien pueden encajar en el concepto de "minusválidos psíquicos a que se refiere la Ley de Acción Social y Servicios Sociales o en el de "otros sectores" a que alude su art. 16, entre los que se recogen las situaciones de emergencia o de extrema necesidad. Estos son, entre otros, los colectivos a los que van dirigidos los Servicios Específicos, sectores concretos de la población en función de sus necesidades y que requieren un tratamiento especializado. Entre ellos, obviamente, no tiene por qué excluirse al colectivo de enfermos mentales que lo precisen.

TERCERA: La Comunidad Autónoma, como reconoce su Estatuto, tiene competencia exclusiva en materia de asistencia social y servicios sociales.

Por su parte, la Ley, Reguladora de las Bases de Régimen Local, establece que los municipios ejercerán en todo caso competencias, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, en materia de "prestaciones de servicios sociales y de promoción en integración social". El mismo texto legal, atribuye competencias a las Diputaciones Provinciales, asignándoles la cooperación con los servicios municipales, entre los que se encuentran los relativos a la acción social.

Con el fin de estructurar racionalmente los servicios sociales de la Comunidad Autónoma, se promulgó la Ley de Acción Social y Servicios Sociales, ya citada, que distribuye las competencias en esta materia entre las Administraciones de la Comunidad y las Entidades Locales y establece formas de financiación del Sistema de Acción Social resaltando la importancia de la colaboración con las entidades privadas.

No olvidemos que uno de los principios que presiden esta Ley es la universalidad, por ir dirigido a todos los ciudadanos y grupos como portadores de derechos.

Por ello, entendemos que es urgente que las Administraciones citadas acometan la potenciación (haciendo uso de las competencias legalmente

atribuidas y mediante la dotación a corto, medio y largo plazo de los correspondientes medios de infraestructura y equipamiento profesionales) de unos servicios sociales eficaces que den respuesta coherente a las necesidades de atención a los enfermos mentales.

CUARTA: No debería existir obstáculo mayor para que el enfermo mental pueda ser considerado un disminuido psíquico. Muchos de ellos tienen reconocido un cierto grado de minusvalía y perciben las correspondientes prestaciones por tal motivo. Sería discriminatorio que pudiese acceder a los servicios sociales básicos y específicos un minusválido físico, un drogodependiente o un anciano y no pudiese recurrir a tales instrumentos un enfermo mental necesitado de ellos.

Se echan en falta, por ello, en nuestra Comunidad Autónoma, supongo como en otras, Programas Específicos para prevenir la marginación e inadaptación y fomentar la integración social y laboral de las personas que padezcan enfermedades psíquicas generadoras de incapacidad personas y social y tengan dificultades de acceso a los recursos normalizados.

QUINTA: El Plan Sociosanitario, cuando estaba en fase de elaboración por parte de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, preveía crear una completa red de atención sociosanitaria para ancianos, pacientes terminales, enfermos con largas convalecencias y enfermos crónicos con enfermedades médicas de alta dependencia.

Sin embargo, en principio, no se había incluido en él a los enfermos mentales crónicos y graves, sin que existiese razón alguna que, a nuestro juicio, lo justificara.

Por ello, estimé oportuno formular a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social sugerencia formal con un doble objetivo:

Por un lado, incluir en el Plan Sociosanitario la atención sociosanitaria a los enfermos mentales crónicos y graves.

Por otra parte a elaborar la normativa necesaria para crear o potenciar, según los casos, unos servicios sociales específicos y adecuados para la

atención de enfermos mentales crónicos, centros orientados a la rehabilitación o reinserción social o laboral de los enfermos en los casos en que sea posible y otros que sirvan de residencia alternativa al hogar. Así lo ha hecho ya alguna Comunidad Autónoma creando nuevos servicios que se van a prestar a enfermos mentales crónicos. Entre ellos, figuran no sólo los Centros de Día sino también un nuevo tipo de residencia permanente, llamado Centro Específico para enfermos mentales crónicos.

Permítanme decir que en Castilla y León la aprobación, con la modificación aludida, del plan de atención sociosanitaria ha dado un paso adelante, aunque es de temer que su puesta en práctica se esté retrasando por el hecho, entre otras cosas, de que la asistencia psiquiátrica se presta de forma pluri–institucional: Insalud, JCYL, Diputaciones y Consorcios Hospitalarios.

Por ello, es urgente para su implantación y desarrollo un importante esfuerzo de colaboración entre todas las administraciones.

Otro aspecto que es preciso abordar, es el de los internamientos.

Se trata de una cuestión que ha llegado al Procurador del Común a través de diversas quejas.

Unas procedentes de las familias.

Otras firmadas por vecinos de los enfermos.

Preciso, es decir que a mi juicio, no siempre las quejas han estado justificadas, al menos, con la normativa vigente en mano.

¿Cuál es esa normativa? Aunque de sobra conocida, quizá no esté de más recordarla, por lo que acabo de decir. Además, afecta directamente a los derechos de los enfermos.

Son dos maneras, como es bien sabido, en las que un enfermo puede quedar ingresado en una institución psiquiátrica, teniendo en cuenta la existencia del consentimiento de dicho enfermo: voluntarios e involuntarios.

Dejando a un lado los voluntarios por falta de tiempo, digamos que los IN-

TERNEMIENTOS INVOLUNTARIOS son todos aquellos que se llevan a efecto tomando la decisión otras personas diferentes al interesado. El planteamiento del internamiento debe hacerse tras establecer un diagnóstico de enfermedad psíquica grave y, en la que sea cercana, tratamiento psiquiátrico.

En estos casos, la asistencia psiquiátrica suele ser solicitada por la familia cercana, el tutor legal, otros médicos o una autoridad judicial.

Los internamientos involuntarios pueden ser penales o civiles.

1. INTERNAMIENTOS CIVILES: a raíz de cometer un delito o durante la investigación del mismo.

   El nuevo Código Penal, establece que "el internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad si hubiera sido declarado responsable el sujeto y a tal efecto, el Juez o Tribunal fijará en la Sentencia ese límite máximo".

   Se trata de una norma penal a la que es aplicable todo el régimen de retroactividad de las leyes penales.

   Las medidas en ejecución impuestas con arreglo al antiguo Código Penal, dado que éste no se fijaba límite máximo de cumplimiento, han exigido la revisión en todo caso. El nuevo Código Penal dice: "En aquellos casos en que sea inferior al tiempo que efectivamente hayan cumplido los sometidos a la misma, el Juez o Tribunal dará por extinguido dicho cumplimiento y, en el caso de tratarse de una medida de internamiento, ordenará su inmediata puesta en libertad".

   Ello, exige el examen de todas las causas en que existan en ejecución medidas de internamiento acordadas al amparo del antiguo Código Penal para fijar el límite máximo de cumplimiento. Tal límite vendrá dado por la pena que correspondería al delito en el nuevo Código Penal, sin que pueda acudirse al antiguo texto, aunque el límite fuese inferior, habida cuenta de la necesidad de valorar globalmente una y otra legislación.

   Si de ese límite resultase la necesidad del levantamiento de la medida

impuesta, se valorarán los informes médicos y demás circunstancias y en atención a ellos habrá que decidir si lo procedente es la puesta en libertad, o mantener el internamiento, el cual deberá instarse en vía civil.

Al mismo tiempo, será necesario, aunque con menor urgencia, proceder, en cuanto a todas esas situaciones y en la forma prevista en el nuevo Código Penal, a instar la declaración de incapacidad ante la jurisdicción civil.

La aplicación de esta normativa no es sencilla, toda vez que, aun cuando se cuente con una autorización judicial de internamiento al amparo de lo dispuesto en el Código civil, determinados enfermos, por su propio deterioro, no van a poder incluirse en el circuito terapéutico diseñado tras la reforma psiquiátrica ni mantenerse en el entorno comunitario. Vds. Saben mejor que yo acerca de las dramáticas situaciones a que ello puede dar lugar.

2. INTERNAMIENTOS CIVILES: la indicación del internamiento viene derivada por motivos estrictamente médicos, sin connotaciones judiciales previas, aunque a tenor del Código Civil, el Juez será el que autorice o deniegue la solicitud de un internamiento involuntario. Puedan darse dos circunstancias clínicas que, en la práctica, se traducen en dos vías diferentes para conseguir el internamiento de un paciente no voluntario.

a) Internamiento civil forzoso ordinario.

Es el internamiento que tiene lugar una vez obtenida la autorización por parte del Juez, después de examinar al presunto incapaz, oír a la familia y conocer el dictamen de un facultativo.

No es exigible por ley que este sea un especialista en Psiquiatría, así como tampoco está expresamente indicado que deba ser el médico forense el que lo efectúe, si bien es al que con más frecuencia designa el Juez por la vinculación y pertenencia al Juzgado.

El Juez no interviene normalmente, una vez concedida la autorización, ni

en la elección del centro en el que debe ingresar al enfermo ni en los problemas de traslado del mismo. Sin embargo, si para ejecutar una orden de internamiento de este tipo fuese preciso, por la negativa del enfermo, el Juez puede dar órdenes a los servicios asistenciales, o policiales para que lo lleve a efecto. Incluso, mediante resolución motivada, entrar en el domicilio de éste y proceder a su traslado forzoso.

b) Internamiento civil forzoso excepcional.

Es la vía de situación de urgencia clínica, contemplada en el Código Civil, en el cual se faculta a adoptar la medida de internamiento en casos de urgencia, debiendo dar cuenta al Juez correspondiente dentro del plazo de 24 horas.

Con posterioridad, el Juez podrá denegar o autorizar el internamiento, después de examinar personalmente al enfermo en el lugar donde está ingresado y escuchar los informes médicos de los psiquiatras encargados de la asistencia del enfermo o bien tras el dictamen del facultativo por él designado.

Esta vía, que en la ley se puede considerar como la excepción, es, en la práctica, muy utilizada.

Claro que, al margen de lo prevenido en la ley, un internamiento puede encontrarse con obstáculos importantes.

Por ejemplo, puede no contarse con ambulancia para atender esas situaciones (lo que sucede muy frecuentemente en el medio rural) por lo que el interesado deberá procurarse el modo y medio de transporte al centro de salud. Ello es, de ordinario, muy complicado, superando las posibilidades y disposición de familiares o terceros proclives a colaborar en el trabajo, el cual, finalmente, no se lleva a cabo. Además, se presentan episodios a los que sólo puede hacer frente un dispositivo sanitario.

Cuando se trata de enfermos potencialmente peligrosos para sí o para su entorno, la carencia de personal especializado y con un destino específico que ayude al traslado urgente del enfermo al centro psiquiá-

trico suele concluir en la petición de auxilio policial y en convertir en muchas ocasiones a los policías en auténticos enfermeros, sin preparación para ello a pesar de su buena voluntad. Si a ello añadimos que el auxilio policial muchas veces se presta previa intervención del Juez, se aumentan los trámites y se pierde finalmente un tiempo necesario en el tratamiento del enfermo.

Frente a esta situación de falta de medios, sólo cabe encarecer a las autoridades sanitarias que doten suficientemente todas las unidades de salud mental, auxiliadas, en caso necesario, por las Fuerzas de Seguridad del Estado en el traslado de pacientes psiquiátricos.

Permítanme ahora, muy brevemente, unas palabras en relación con la asistencia a los MENORES. Un decreto de la entonces Consejería de Educación y Cultura, aprobó en 1989 el Plan Estratégico de Salud, fijándose entre los objetivos de mejora de servicios relativos a la salud mental y asistencia psiquiátrica para 1995, la creación de una Unidad de hospitalización infanto-juvenil de ámbito regional.

Pero la ausencia o la deficiencia estructural de la asistencia en el campo de la Salud Mental Infanto-Juvenil (por desgracia evidente en toda España) junto con la falta de puesta en marcha de tal dispositivo, motivó que como defensor del menor que soy en esta Comunidad autónoma, en el ámbito de la actuación de oficio desarrollada sobre la situación de los enfermos mentales en Castilla y León, recomendara a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social que se intensificara la atención a la salud mental infantil y juvenil mediante la creación de dispositivos específicos, como la citada Unidad de ámbito regional.

Sin embargo, en la actualidad dicha Administración mantiene que, si bien la planificación regional es de su responsabilidad, la creación de tal dispositivo, por su carácter exclusivamente sanitario, corresponde al Insalud. Y que teniendo en cuenta que las demandas de atención ambulatoria psiquiátrica de menores de edad, es reducida en Castilla y León, se han creado únicamente en esta Comunidad Autónoma cuatro Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil, ubicados en aquellas capitales de provincia en las

que existe una población significativa demandante de tal servicio (un 20% aproximadamente): dos en Valladolid, uno en Burgos y otro en León.

Otro aspecto importantísimo relativo a los derechos de los enfermos es el de LA TUTELA.

Tras la reforma del Código Civil, en materia de tutela, se procedió a instar la declaración de incapacidad de la práctica totalidad de los enfermos mentales ingresados en las llamadas áreas residenciales de los hospitales psiquiátricos. Según el artículo 210 del Código, "la sentencia que declare la incapacitación determinará la extensión y los límites de éste, así como el régimen de tutela o guarda a que haya de quedar sometido el incapacitado". Lo que pasa es que un número importante de enfermos mentales, con largos años de institucionalización, carecen de las personas que –según el Código Civil- "preferirá" la autoridad judicial para ser nombrados tutores, o bien las que existen se excusan del desempeño de la tutela por falta de vínculos entre tutor y tutelado, tal y como permite el mismo Código Civil.

Ello ha dado lugar a que algunas de las asociaciones de familiares y amigos de enfermos mentales hayan tenido que hacerse cargo de su desempeño, con las obligaciones que les impone el Código Civil, entre las que figura la formación de inventario, o la rendición anual de cuentas, en detrimento de otras funciones que podrían desarrollar, como es la educación de familiares, ocupación del ocio de enfermos, etc. En el resto de los casos es la propia Dirección del centro en el que permanece ingresado el enfermo la que asume las funciones de tutor.

A este respecto creo que sería necesaria la constitución de Federaciones tutelares, aquí en concreto de una Fundación Tutelar Castellano– Leonesa de Enfermos Mentales, con el fin de ejercer esas tutelas, y otras figuras, sobre los enfermos mentales declarados incapaces, cuando no se puedan encomendar tales cargos, evidentemente, a familiares u otras personas físicas o jurídicas.

Conviene tener en cuenta que, desde la reforma del Código Civil del año

ochenta y tres, se faculta a las personas jurídicas que no tengan finalidad lucrativa, y entre cuyos fines figura la protección de menores e incapacitados, a constituirse en tutores de los mismos. Es decir, si me permiten el ejemplo, se trataría de seguir los pasos, por ejemplo, de la Fundación Tutelar Castellano–Leonesa, que ya existe, de Deficientes Mentales. Soy consciente –lo digo una vez más, adelantándome a una posible objeción que me puedan hacer– de que no es una materia propia de ninguna administración, en principio; pero me parece oportuno referirme a ello, en la medida en que la Administración, al igual que ha hecho con la Fundación Tutelar de Deficientes Mentales que acabo de citar, podría llevar a cabo una cierta labor de apoyo, o incluso de fomento.

Afortunadamente, parece que se están planteando dando pasos en esta dirección, aunque en principio estén limitados a una sola provincia de la Comunidad Autónoma, al menos eso se me comunicaba en escrito de la Consejería del pasado 22 de marzo.

También debo hacer objeto de mención, como un derecho fundamental que es, al DERECHO AL TRABAJO, consagrado en la Constitución Española.

Ya sé que el sistema socioeconómico no puede garantizar este derecho, si se entiende como derecho a obtener un puesto de trabajo; y esa imposibilidad de garantía afecta al conjunto de ciudadanos, y no sólo a los enfermos mentales.

Por supuesto que me doy cuenta de que la puesta en práctica del derecho al trabajo por parte de los enfermos metales es tremendamente difícil, y de que esas dificultades en buena medida de la propia condición personal de los enfermos, y en consecuencia del rechazo de los empleadores, tanto públicos como privados. Esos obstáculos no pueden ser ignorados; por eso quizá – al menos hoy por hoy – convendría pensar en fórmulas del tipo de las fundaciones o de las cooperativas, y no con todos los enfermos, por desgracia. Ciertamente tales iniciativas necesitan de la ayuda pública, pero sobre todo de una decisiva intervención, precisamente, de las asociaciones de familiares y amigos de los enfermos.

Es bueno, de todos modos, recordar que en los encuentros que he tenido con enfermos jóvenes, así como en las quejas que me hicieron llegar, ponían particular énfasis en el trabajo, al que, decían, tenían derecho.

Hay OTRO ASPECTOS otros aspectos en los que he actuado como Procurador del Común y que me limitaré a mencionar. Por ejemplo, dado que a través de los distintos medios de comunicación tenemos conocimiento de la comisión de delitos presuntamente por parte de personas afectadas por alguna enfermedad mental mediante la UTILIZACIÓN DE ARMAS DE FUEGO, para lo que parecen disponer de la correspondiente licencia, se ha solicitado la colaboración del Ministerio Fiscal para conocer si en la actualidad existe o, pudiera existir en el futuro, un sistema de conexión permanente entre los Cuerpos de Seguridad del Estado y las distintas Fiscalías, que pudieran evitar, disponiendo de forma inmediata de los antecedentes penales, que personas condenadas judicialmente puedan poseer armas de fuego.

Y en relación con aquellas otras personas que, aun cuando no han sido condenadas por la comisión de un delito, padecen algún tipo de enfermedad mental que impediría, en todo caso, la posibilidad de utilización de armas, se ha solicitado información sobre si existe asimismo o se prevé la puesta en práctica de una conexión entre las Fiscalías y los Cuerpos de Seguridad para informar a estos últimos de aquellos incapacitados judicialmente en virtud de enfermedad mental, así como entre los servicios médicos de la Red de asistencia psiquiátrica y dichos Cuerpos de Seguridad, con la finalidad de que éstos puedan conocer inmediatamente de aquellas personas afectadas por una enfermedad mental que les impida la posibilidad de uso de un arma de fuego. Todo ello en interés de la protección de los propios enfermos y de terceros.

Algo similar cabría decir en relación con los PERMISOS DE CONDUCIR.

Hasta aquí, pues, los aspectos más destacables del marco legal en el que se desarrollan los derechos de los enfermos mentales. Pero, lo dicho con anterioridad no puede ser entendido, claro esta, si no es en el contexto de lo que se ha dado en llamar “reforma psiquiátrica”.

La reforma psiquiátrica emprendida en Castilla y León, como en las demás Comunidades Autónomas, ha propiciado una progresiva des-hospitalización de los enfermos mentales, como consecuencia inmediata de la aplicación de los postulados de la llamada "psiquiatría comunitaria". Como es sabido, de unas estructuras en las que la intervención sanitaria sobre el enfermo se basaba sobre todo en el internamiento, se ha pasado de preconizar la inserción del individuo en su núcleo familiar, con el siguiente desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos.

Lo que pasa, es que, a veces, las actuaciones que se han desarrollado desde la Administración sanitaria han ido caminadas a acomodar la realidad de los enfermos mentales al modelo teórico establecido, aun sin contar con la disponibilidad de medios suficientes para su total puesta en práctica.

Reducidas las estructuras de internamiento, los nuevos y escasos dispositivos asistenciales no alcanzan, o lo hacen insuficientemente, a un grupo de pacientes que no siempre aceptan fácilmente ni el reconocimiento de su enfermedad ni los tratamientos que se les ofrecen.

De la falta de dispositivos adecuados en número suficiente para el tratamiento de cada clase de enfermos –entre los que incluimos las indispensables estructuras intermedias– se deriva que veamos a enfermos con serios problemas mentales, deambulando y mendigando por las calles y pasando toda clase de calamidades, de albergue, sin ninguna atención psiquiátrica. Y en no pocas ocasiones con grave peligro para ellos y sus familiares.

Qué duda cabe de que, en las últimas décadas, al respecto de los derechos de la persona en este ámbito ha crecido, afortunadamente, de manera notable. Lo que ocurre es que como ha sucedido en otras ocasiones cabría pensar que, por una especie de pudor progresista mal entendido –a mi juicio-, no se ha hecho la crítica de los aspectos negativos que está ofreciendo la reforma en cuestión; aspectos negativos que pueden afectar tanto a su concepción básica como a su puesta en práctica.

Esta Institución de la que soy titular viene intentando llamar la atención sobre algunos posibles defectos que tiene, como toda obra humana –no habría que alarmarse ni ofenderse por ello-, también la reforma psiquiátrica en España; vengo intentando llamar la atención sobre esos efectos desde que anunciamos públicamente el inicio de esta actuación de oficio, y en el Informe enviado a Las Cortes en octubre de 1996.

La reforma, necesaria y bienvenida –no me cansaré de repetirlo, para que no haya malentendidos-, parece como si estuviera a medio camino, debido a la ausencia, en buena medida, de esas estructuras internas alternativas a las que me refería hace unos momentos.

Pero es que, además, quizá la reforma psiquiátrica no ha tenido en cuenta determinados e importantes aspectos de la realidad: en no pocos casos, no hay, simplemente, no existe una familia allegada en la que insertar al individuo; o, si la hay, en determinado momento, con el paso del tiempo dejará de haberla inexorablemente; es inevitable.

En otros casos, aun existiendo esa familia allegada, ésta no puede hacerse cargo del enfermo, lo que es fácil de comprender en los supuestos de padres de edad avanzada, que es obvio que cada vez más difícilmente podrán hacer frente al problema. Incluso en el caso de padres más jóvenes, pueden no estar física o psíquicamente en condiciones de hacerse cargo del enfermo.

Por otro lado, hay que admitir la posibilidad también de que la familia no quiera hacerse cargo; lo cual tampoco tiene nada de extraño –para bien o para mal– sobre todo si no se trata de los padres; y en cualquier caso, si se trata de enfermos particularmente agresivos.

Por último, como Uds. saben, en algunos casos son varios los miembros de una familia, padres e hijos, que padecen una enfermedad mental grave. Cabe preguntarse entonces: ¿cómo se puede concebir que la familia sea el núcleo ideal de la inserción del enfermo en esos casos? y ¿cómo es posible no haber tenido en cuenta esos supuestos cuando se concibió la reforma psiquiátrica?

En cualquier caso, me pregunto ¿en qué precepto del ordenamiento jurídico español se basaría una supuesta obligación de los padres, en su caso, de albergar en su domicilio, a un hijo, o hijos enfermos mentales? Pido disculpas por la crudeza del planteamiento pero, lamentablemente, no es menos dura que la realidad.

Y permítanme otra pregunta (no sé si retórica) en voz alta, ¿no han estado y estarán las administraciones, de cualquier color político que sean, aprovechándose de los sentimientos de los padres hacia sus hijos para eludir hacerse cargo, o al menos ayudar a hacer frente a unas situaciones, que, a mi juicio, no puede desconocer un Estado que pretende ser un Estado Social de Derecho?

Como les decía, en el terreno de los logros conseguidos, en buena medida, sobre todo por las asociaciones de familiares de enfermos, en su lucha diaria, no puede olvidarse el avance supuesto, para esta Comunidad Autónoma, la aprobación por Decreto del Plan de Atención Socio Sanitaria, que ha incluido entre sus beneficiarios, a los enfermos mentales crónicos.

Dado, no obstante, que las actuaciones se llevan a cabo de manera muy lenta, he recomendado recientemente a la Administración autonómica que se agilice, en la medida de lo posible, el desarrollo y puesta en práctica de dicha planificación.

De este modo, ha sido aprobada la estructura de coordinación de atención sociosanitaria que será responsable de impulsar las acciones necesarias para la ejecución del plan, definir criterios generales de ordenación de recursos, determinar las prioridades de actuación y la valoración y gestión de casos.

Y ya termino. En los últimos años han conseguido Uds., me refiero a las asociaciones en Castilla y León, otros logros, aunque pocos. Quisiera creer que algunos con mi modesta ayuda.

Por supuesto que aún queda mucho por hacer. Sobre esas carencias hemos hablado y seguiremos hablando en adelante.

Hay promesas aún por cumplir, y hay objetivos que ni siquiera son todavía promesas.

Espero que, como hasta ahora, me sigan honrando con su confianza, para ayudarles a conseguir y a que se cumplan las promesas.

Segunda mesa redonda: Discapacidad, vida autónoma e integración social

Dispositivos de Integración Social

Representante de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León

La nueva concepción de la discapacidad, supone una visión diferente de lo que constituyen las posibilidades de vida de las personas con discapacidad.

Esta visión enfatiza la autodeterminación, la integración y la igualdad de derechos y desarrollo de las capacidades.

En base a esta reconceptualización de la discapacidad, es necesario marcarse unos dispositivos u objetivos de acción a largo plazo, a fin de conseguir las oportunidades que la vida ofrece a cada individuo.

Se consideran imprescindibles en el planteamiento y organización de servicios y de la rehabilitación e integración social, los siguientes dispositivos:

1. Reconocimiento grado de minusvalía: Censo.

2. Información y Sensibilización social: Jornadas del discapacitado.

3. Medidas de derivación para el apoyo directo o indirecto a las familias:
   - Información.
   - Asesoramiento.
   - Formación.

4. Accesibilidad a los recursos comunitarios e integración socio–laboral. Inclusión dentro de los recursos formativos y de fomento del empleo que existe para el discapacitado, a nivel general, a través de:
   - Formación.
   - Empleo.
   - Ocio y Tiempo Libre.
   - Actividades ocupacionales y de autonomía.

5. Fomento de la participación socio–comunitaria a través del asociacionismo y el voluntariado.

Programa de Atención Personal/Vida Autónoma y Apoyo Familiar (Atención Domiciliaria y Respiro Familiar)

D. Alfonso Díaz Lage

Psicólogo. Coordinador de la Asociación MOREA. Orense

En primer lugar, me gustaría agradecer a FEAFES, FECLEM y a AMANECER, en mi nombre y en el de la Asociación MOREA, la invitación para participar en esta mesa en la que se tratan temas tan importantes para el desarrollo de nuestro colectivo. Es un placer y un honor compartir asiento con todos ustedes en estas Jornadas, a través de las cuales podemos conocemos mejor e intercambiar nuestras experiencias con el fin de enriquecer y fortalecer nuestra lucha cotidiana a favor de la Salud Mental de este país.

El sugerente título de esta mesa me hace pensar en una de las mayores aspiraciones de nuestro sector. Tanto a nivel de afectados como de los profesionales que les prestan atención, la integración social y la vida autónoma son dos retos a los que hacemos frente con todos los recursos que somos capaces de manejar.

Por otro lado, todo reto tiene sus dificultades, tiene unas barreras que lo hacen más o menos asequible. En nuestro caso estas barreras tienen unas características específicas: la dificultad para reconocer y asumir la enfermedad, la tendencia al aislamiento, las tensiones que se acumulan día a día y la sobrecarga que supone la inestabilidad y ejercer de cuidadores y cuidados junto con la escasez de recursos son algunas de las principales.

En este sentido es en el que se plantean estos programas, en los que la Confederación ha realizado y realiza grandes esfuerzos. Así, tras varios años de trabajo se han diseñado unas herramientas que seguro irán evolucionando hasta alcanzar la madurez y cubrir las expectativas que en ellas se han puesto. El tiempo nos ayudará a ratificar lo acertado y a corregir los errores.

Espero poder transmitirles la certeza que yo tengo de que con los recursos, voluntades y esfuerzos necesarios se pueden alcanzar las metas realistas que nos trazamos en ellos.

SADEM

El Programa o, mejor dicho, el SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL, aunque se viene ejecutando desde hace más de 10 años en las diferentes Autonomías (y de ello nos podría hablar con mayor conocimiento de causa nuestra compañera Elena Aznar, que es una de las pioneras del mismo en la Comunidad Valenciana) ha adquirido recientemente una dimensión de especial importancia al ser consensuado por todas la Asociaciones que integran FEAFES.

Hoy en día existen más de 60 Asociaciones que desarrollan este Servicio en sus localidades, así que la mayoría de ustedes lo conocerán. De todas formas, desde el año 97 hemos realizado diferentes reuniones, tanto en las propias Comunidades como en la Sede de la Confederación, hasta elaborar a finales del año pasado el documento que será la base para el desarrollo de este Servicio en el futuro y quizás éste sea el lugar y el momento oportuno para que vea por primera vez la luz pública.

Voy a tratar de exponer de forma resumida el contenido de este Programa. Sí alguna persona está interesada en conocerlo en todos sus detalles, tal y como está redactado, no tiene más que ponerse en contacto con la Confederación, aunque me consta que se está elaborando a efectos de su distribución.

Cuando nos sentamos por primera vez para trabajar en la elaboración de este programa se planteó la cuestión de sentar las bases de las que podríamos partir. Es decir, cuáles serían los pilares sobre los que se iba a construir este edificio. La filosofía del programa se tradujo en los principios de IGUALDAD, NORMALIZACIÓN, INTEGRACIÓN, INDIVIDUALIZACIÓN, PROMOCIÓN, COORDINACIÓN, CONTINUIDAD, PARTICIPACIÓN, NO DISCRIMINACIÓN, CONFIDENCIALIDAD, AUTODETERMINACIÓN Y GLOBALIDAD; que se entienden como:

- IGUALDAD: Las personas afectadas por una enfermedad mental son, ante todo, ciudadanos de pleno derecho. El Servicio deberá velar porque no se produzcan situaciones de exclusión por causa de la enfermedad, proporcionando el apoyo necesario para que sus usuarios puedan disfrutar de una ciudadanía plena y digna.

- NORMALIZACIÓN: Se debe promover, siempre que sea posible, la utilización de recursos normalizados, así como el desempeño de roles sociales apropiados a las características de cada persona y de su entorno social concreto.

- INTEGRACIÓN: Se deben ofrecer oportunidades y facilidades para la participación de las personas afectadas en su entorno comunitario, evitando situaciones de discriminación y/o aislamiento.

- INDIVIDUALIZACIÓN: El Servicio debe respetar y ajustarse a las características, necesidades, aspiraciones y deseos de cada usuario; así como promover su implicación y participación activa en el control de sus propias vidas y en la atención que reciben.

- PROMOCIÓN: La enfermedad mental puede implicar unas limitaciones y restricciones, que afectan a la calidad de vida, contra las que se puede luchar a través de un mejor conocimiento y de la difusión de la problemática.

- COORDINACIÓN: La multiplicidad de áreas (física, psíquica, familiar, social, laboral) a las que afecta la enfermedad mental implica numerosas necesidades que hacen ineludible el desarrollo de acciones complementarias entre los distintos servicios que las atienden.

- CONTINUIDAD: Los cambios en las necesidades de las personas a lo largo de su vida hacen necesario disponer de recursos prolongados y diversos que puedan satisfacerlas en los distintos momentos en que se van produciendo.

- PARTICIPACIÓN: Siendo consecuentes con los principios anteriormente planteados, los usuarios del Servicio nunca serán considerados como

objetos pasivos del mismo. Más bien al contrario, deben poder expresar en todo momento sus opiniones con el fin de lograr una implicación total con el Programa.

- NO DISCRIMINACIÓN: Redundando en el principio de Igualdad, toda persona que cumpla los requisitos de admisión del Servicio será incluida sin distinción de raza, cultura, religión, sexo, ideología, etc.

- CONFIDENCIALIDAD: Los profesionales están sujetos al deber de guardar secreto de la información y situación que presentan los beneficiarios del Servicio, no pudiendo transmitirla sin el consentimiento de éstos, salvo en las situaciones reguladas por las leyes y por los Códigos Deontológicos de las respectivas profesiones.

- AUTODETERMINACIÓN: Entendiendo por la misma el reconocimiento inalienable de toda persona a gobernar su propia vida y a tomar las decisiones que le conciernen.

- GLOBALIDAD: Se refiere a que la atención prestada tratará de abarcar las necesidades del usuario de forma integrada e integral.

Una vez establecida la base, había que concretar el aspecto que tendría la casa. Tratamos de hacernos una idea de qué era lo que se pretendía hacer definiendo el Servicio de la siguiente manera:

Definición

El SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA es un conjunto de Prestaciones de carácter psicosocial especializado dirigido a personas con enfermedad mental grave y a sus familias, desarrollado por personal cualificado que interviene a nivel preventivo, educativo y rehabilitador con el fin de que se mantenga en su entorno comunitario con una calidad de vida digna.

Es decir, se entiende que el SADEM consiste en que un equipo de profesionales pertenecientes a las Asociaciones acudan a las casas de las personas y les presten su ayuda especializada, tanto a ellas como a sus familias (dirigida hacia la prevención, educación y rehabilitación) en atención

de sus demandas, necesidades y de sus características particulares (individuales, familiares y comunitarias).

La NECESIDAD de este Programa viene dada por dos características propias de la enfermedad: la AUSENCIA DE CONCIENCIA de la misma y el AISLAMIENTO en el que se sumergen las personas afectadas y sus familias.

De todos es sabido que en numerosas ocasiones el enfermo no tiene conciencia de su enfermedad o no es capaz de aceptarla, con el riesgo que conlleva en cuanto a la dificultad para proporcionarle la atención que necesita o para que acepte el tratamiento y lo siga correctamente, con lo cual lo más probable es que el daño que causa la patología sea mayor y que las condiciones de vida, tanto para él como para su familia, se vean profundamente alteradas resultando, a veces, muy difícil la convivencia.

También es muy frecuente ver cómo la persona que padece (y siempre es el que más sufre, el "doente") la enfermedad directamente, se encierra en su casa y deja de comunicarse con el exterior. Normalmente se siente confuso, temeroso e incomprendido en medio de la gente "sana". Se suele sentir diferente, extraño e inferior a los demás, lo cual le lleva a desconectar del exterior y refugiarse en el único lugar donde se siente seguro y protegido: en su casa, en su "cueva". Ante esta situación, la familia suele reaccionar de la misma forma, centrando todos sus esfuerzos en la enfermedad y rompiendo muchos de los lazos que mantenían con el exterior (amigos, trabajo, familia, etc.). El ritmo familiar se ve alterado y la enfermedad pasa a tomar las riendas del mismo, causando verdaderos estragos en las relaciones entre sus miembros. Así pues, la familia también se aísla y es arrastrada por un torbellino realmente difícil de parar.

Otra de las razones importantes, y sangrantes, de este Servicio es la CARENCIA DE APOYOS Y ASISTENCIA PÚBLICA de estas características por parte de los servicios sociosanitarios en la mayoría de las Autonomías. Aunque es los Planes de Salud Mental se recoge este tipo de asistencia a los enfermos, normalmente no se lleva a cabo. Por otra parte, la familia, a la que se le ha responsabilizado del cuidado de estas personas tras la Reforma Sanitaria, no se contempla en dichos Planes y, por tanto, carece

de apoyos especializados para hacerle frente.

Por último, otro motivo no menos importante de este Servicio es la posibilidad que tenemos a través del mismo de LOCALIZAR NUEVOS FOCOS DE ENFERMEDAD que no están siendo atendidos. En las ciudades y, especialmente, en el campo seguimos sintiendo mucha vergüenza y rechazo para admitir a una persona con enfermedad mental en nuestra comunidad. Así pues, las familias y los propios enfermos esconden su problema por miedo a ser excluidos de su entorno, cosa que desgraciadamente ocurre con mucha frecuencia, debido a la falta de información general que rodea a nuestra problemática.

Todas estas razones sobre la necesidad del Programa nos llevan a plantearnos cual es su finalidad, su OBJETIVO FUNDAMENTAL, que no es otro QUE LOS AFECTADOS SE MANTENGAN EN SU ENTORNO CON UNA CALIDAD DE VIDA DIGNA, equiparable a la de cualquier otro ciudadano.

Asimismo, para alcanzar este objetivo general, existen otros más específicos, que se podrían resumir en: Orientar sobre las características de la enfermedad y su curso; POTENCIAR LOS NIVELES DE AUTOESTIMA, AUTOCONTROL Y AUTONOMÍA; FACILITAR LA INCORPORACIÓN A OTROS SERVICIOS DE LA COMUNIDAD; PROPORCIONAR ACOMPAÑAMIENTOS Y APOYO EMOCIONAL.

Para lograr estos objetivos se hace necesario un EQUIPO DE PERSONAS. En la definición se dice que lo hará “personal cualificado”, entendiendo por el mismo los profesionales que trabajan en las Asociaciones (psicólogos, trabajadores sociales, educadores).

Aquí conviene señalar la importancia del voluntariado, que puede desarrollar un papel facilitador en la comunicación con los usuarios. El voluntario generalmente se percibe como un no profesional que puede aportar un punto de vista más cercano a las necesidades de relación personal del enfermo y la familia, eliminando las barreras de la relación terapéutica con los profesionales.

De todas formas, éste es un tema delicado que habría que tratar más a

fondo, ya que puede dar lugar a distorsiones e interferencias no deseadas. Conviene hacer un inciso en este sentido para destacar la labor de la Confederación a través del cuaderno editado a finales del año pasado titulado 'VOLUNTARIOS EN LA SALUD MENTAL', en el que podemos encontrar unas primeras indicaciones acerca de cómo enfocar el tema del voluntario en nuestra problemática y que puede resultar una guía muy útil para esta cuestión.

Por otro lado, hay que destacar la necesidad de que este sea un SERVICIO COORDINADO con los profesionales de referencia del usuario. Es muy importante que el psiquiatra, psicólogo, trabajador social, etc. que atienden regularmente al usuario y su familia estén al tanto y colaboren estrechamente con nuestros equipos en todo el proceso.

De lo dicho hasta ahora podemos extraer que la atención se presta cuando se detecta alguna persona o familia con el tipo de necesidad a la que he hecho referencia al hablar de la justificación del Servicio. Esta detección la pueden realizar los equipos sociosanitarios de nuestras áreas, o también cuando se realice una demanda directa a la Asociación a través de personas necesitadas o sensibilizadas con este tipo de problemática.

A la hora de hablar del LUGAR en el que se desarrolla este programa parece obvio que básicamente tendrá que ser en el domicilio de los afectados. Pero también es importante el trabajo en el exterior en cuanto a: acompañamientos en crisis, actividades de integración, coordinación con otros servicios, gestiones comunitarias y el trabajo que se desarrolla en la propia Asociación (planificación, entrevistas, etc.).

Uno de los aspectos más importantes y que me imagino que todos quieren conocer es cómo se presta esta atención. Para hablar de ello se hace necesario establecer unos PRINCIPIOS METODOLÓGICOS, que son: PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL, SOPORTE SOCIAL Y ADAPTABILIDAD.

- PREVENCIÓN: En oposición a la asistencialidad, entendemos por la misma la actitud de anticipación a las circunstancias que pudieran agravar la situación actual o la aparición de situaciones patológicas nuevas.

- REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: La atención debe realizarse propiciando y maximizando la autonomía e independencia personales, potenciando las capacidades y recursos personales al tiempo que se mejora y fortalece la red de apoyo familiar y social.

- SOPORTE SOCIAL: Se debe proporcionar la atención, apoyo y soporte que cada persona necesite durante el tiempo que precise en el medio comunitario en el que vive, potenciando los apoyos naturales y/o generando los apoyos técnicos necesarios para que pueda permanecer en la comunidad del modo más autónomo e integrado posible.

- ADAPTABILIDAD: La atención y el soporte prestados deben ser objeto de una valoración continuada, tanto de su impacto como de su rendimiento, eficiencia y eficacia, con el fin de articular las medidas correctoras que los adecuen a las necesidades cambiantes de la población.

De forma resumida, diré que la metodología del Programa se desarrolla en cinco Fases:

- Fase I: Recepción de la demanda.

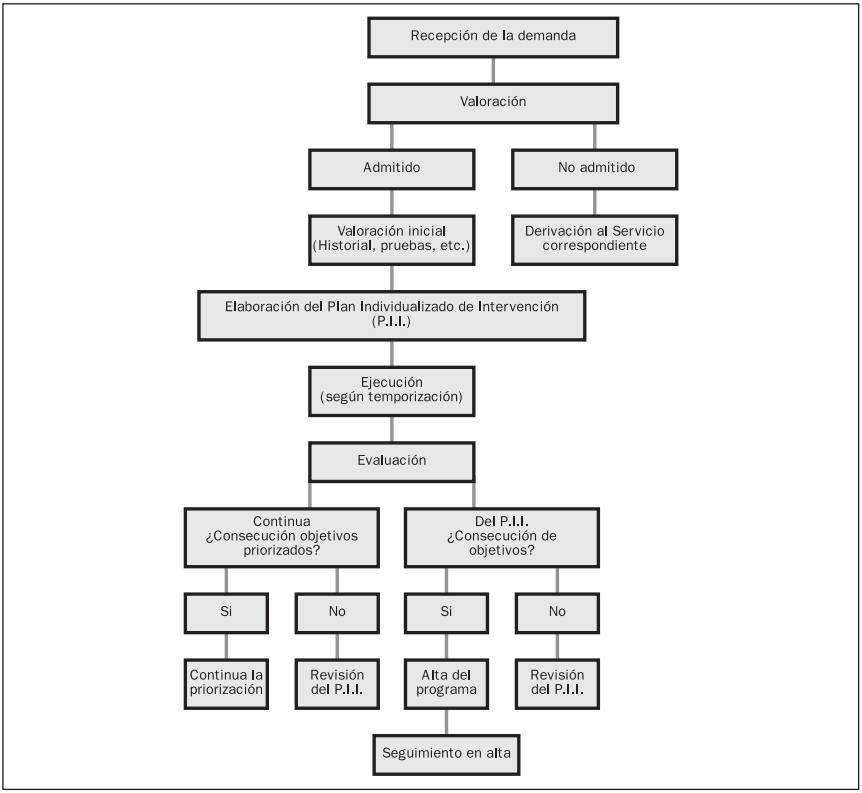
- Fase II: Estudio individualizado y resolución de la demanda.

- Fase III: Plan Individualizado de Intervención.

- Fase IV: Ejecución de las actividades definidas en el PII.

- Fase V: Evaluación (del Servicio y del usuario) y resolución (alta, derivación, modificación del PII).

El proceso se puede ver en el siguiente organigrama:



Para ir finalizando la exposición sobre este Servicio, me queda por comentar el coste del mismo, que podemos decir que estará en función del número de usuarios que se atienden, o de los profesionales que en el mismo trabajen.

Éste ha sido un punto de difícil unificación, ya que es muy complicado de establecer a priori cuánto tiempo se va a dedicar a cada usuario. Sin embargo, hemos realizado un cálculo aproximado que creemos se ajusta a la mayoría de las situaciones que se puedan dar, llegando a la conclusión de separar la dotación de personal en módulos de 25 usuarios atendidos.

De esta forma, se necesitarían para la correcta atención de 25 usuarios a 1 psicólogo, con 25 horas semanales de dedicación; 1 trabajador social a media jornada y 1 educador a jornada completa, lo cual supondría un coste aproximado de 8.000.000 de pesetas por año (presupuesto año 2000).

Resumen

Como síntesis de lo expuesto con respecto a este Programa podemos concluir que la Atención Domiciliaria es un Servicio de la Asociación para la Asociación en el que prima el factor humano por encima de los demás. No olvidemos que lo más importante es ayudar al enfermo y su familia en su conciencia de enfermedad, en salir de su aislamiento, en facilitarles los apoyos que necesiten y prepararles para hacer frente a las dificultades de la forma más efectiva posible. Cuanto antes nos podamos concienciar todos de la situación a la que nos enfrentamos, mejor se podrá ayudar a la persona que sufre la enfermedad.

Esta es la parte gratificante del Programa. En cuanto el usuario rompa su aislamiento y consiga integrarse en los dispositivos comunitarios le daremos el alta del Servicio, lo cual es una clara diferencia con el resto de los dispositivos, en los que es realmente difícil ver un alta por razones de éxito terapéutico. Es decir, no se trata de hacer rehabilitación en el domicilio, sino conseguir que los usuarios se integren en los servicios existentes.

Por la misma razón, las actividades básicas serán las de la atención personal y los acompañamientos individuales y/o familiares. Si conseguimos que una persona se integre en algún tipo de actividad trataremos de ir distanciando los acompañamientos progresivamente para potenciar la implicación y participación autónoma del usuario.

Por último, habría que destacar la importancia de la coordinación con el resto de los dispositivos de tratamiento y apoyo. Siempre que podamos implicar al mayor número posible de recursos conseguiremos mayores avances; lo cual, evidentemente, repercutirá en la mejoría de la atención que reciben los usuarios.

Programa de Respiro Familiar

La mayoría de los presentes tienen algún familiar enfermo en su domicilio y actúan como cuidadores del mismo desde el comienzo de la enfermedad, supongo. Por tanto, la han visto aparecer y desarrollarse a lo largo del tiempo, teniendo que hacer frente a multitud de dificultades y contratiempos que seguramente les han ido alejando de la vida que tenían antes de su aparición.

Es también muy probable que muchos de ustedes hayan tenido que renunciar, por diferentes motivos, a sus aficiones, sus amistades, incluso en algunos casos a sus trabajos y a sus familias para centrarse en el cuidado de su familiar afectado.

Todos sabemos que esta situación se debe a la falta de recursos de apoyo, por una parte y, por otra a los sentimientos contradictorios que genera este tipo de enfermedad, de los que podríamos hablar largo y tendido, aunque quizás éste no sea el momento para hacerlo.

Como consecuencia, vemos, por desgracia con mucha frecuencia y muchas veces sin darnos cuenta de ello, cómo la enfermedad se convierte en la protagonista de la familia, que gira en torno a ella como una peonza bailada por un hilo invisible y que no para nunca. Si nuestro familiar está contento nosotros también, si está bajo de moral nosotros lo mismo. Vamos de un sitio para otro buscando soluciones y solemos encontrar siempre las mismas respuestas. Así, nos vamos aislando, sentimos que nadie nos comprende, oímos con frecuencia los comentarios de los que no viven nuestra situación: “no es para tanto”, “esto se arregla con disciplina”, “lo tenéis demasiado consentido”, etc., y cada vez nos cansamos más de intentar convencer y explicar que no, que es una enfermedad, que es así y que hay que vivirla de cerca para entenderla.

Incluso en el seno de nuestra propia familia surgen fuertes discrepancias. Muchos padres y hermanos no son capaces de asimilar lo que pasa y descargan todo el peso del cuidado y los reproches en las madres que,

como casi siempre, son las que antes asumen las dificultades y las que primero buscan soluciones.

Todo esto crea un ambiente enrarecido, en el que tanto unos como otros se sienten presionados, lo cual acarrea una carga estresante difícil de llevar.

Estas son las premisas básicas de las que se parte a la hora de plantear un Programa de Respiro Familiar, que vamos a ver en qué consiste:

Definición

ES UN CONJUNTO DE RECURSOS DE ESTANCIA Y APOYO, INTERNOS Y EXTERNOS, PUESTOS AL SERVICIO DE LOS USUARIOS CON EL FIN DE ALIVIAR LA SOBRECARGA QUE SUPONE ASUMIR EL PAPEL DE CUIDADOR DE UNA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA.

LA NECESIDAD de este Programa ya ha sido contestada en la introducción anterior, aunque sí me gustaría destacar aquí, una vez más, la ausencia de recursos en la red pública sociosanitaria para la atención global del enfermo y, sobre todo, de su familia, que prácticamente no se tiene en cuenta si no es para pedirle que asuma responsabilidades, muchas veces por encima de su capacidad, sin recibir la preparación y apoyos necesarios.

Lo mismo que la anterior cuestión, ya he hablado de lo que se pretende, de la finalidad del Programa. De todas formas, existen unos OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS, que son:

GENERALES

- Crear una Red de apoyos sociales y personales que contribuyan al respiro y/o apoyo y bienestar de las familias de personas con enfermedad mental.

ESPECÍFICOS

- Diversificar/ampliar la función de las redes internas y externas.
- Favorecer la autoayuda y la ayuda mutua.

- Apoyar a la familia en su función de cuidador y agente terapéutico.
- Aliviar las situaciones de estrés y sobrecarga de la familia en las funciones que asume y se le exigen personal y socialmente.

En cuanto a quiénes serán BENEFICIARIOS o no del Programa, está claro que se dirige tanto a las personas con la enfermedad como a las personas con las que conviven, sean o no familiares suyos (cuidadores, tutores, etc.).

Aun así, habrá que tener en cuenta una serie de REQUISITOS, entre los que destacaré:

- Que la persona con la enfermedad esté estabilizada.
- Que no presente dificultades para seguir el tratamiento médico.
- Que no existan otras patologías que puedan suponer un riesgo de desequilibrio o que imposibiliten la convivencia.

En este sentido también podemos decir que es un programa que puede repercutir en una cantidad importante de personas. Al ofrecer actividades puntuales siempre pueden ir variando los usuarios y lograr así un alto índice de participación.

La cuestión de QUIÉN LO REALIZA está abierta en este programa, ya que aunque tendrá que estar coordinado por los trabajadores de la Asociación (1 psicólogo/a-coordinador, 1 trabajador/a social y monitores/as o educadores/as sociales), también pueden y deben participar los voluntarios y los propios usuarios a la hora de incorporar recursos y/o realizar gestiones de cara al exterior.

Estos RECURSOS se pueden identificar como internos y externos.

INTERNOS

- Ampliación de horario de atención a los usuarios.
- Apertura de fin de semana.

- Estancias temporales para usuarios y familias por separado (fines de semana, vacaciones, etc.).
- Red interna estable de acogida.

EXTERNOS

- Servicios y actividades comunitarias socioculturales (clubes de ocio, programas, etc.).
- Conciertos con recursos residenciales (albergues, residencias, etc.).

Resumen

El Respiro Familiar trata de cubrir un hueco existente en el mundo de la enfermedad mental como es la atención directa a la familia que convive con ella.

Se trata, en definitiva, de ayudarnos entre nosotros mismos para atender nuestras necesidades, es un programa de la asociación para la asociación. Es fundamental que para que podamos disfrutar de una calidad de vida digna podamos también disfrutar de nuestra vida en todos sus aspectos. Es muy importante para tener una buena salud mental y estar preparados para la lucha diaria contar con los recursos suficientes de descanso y esparcimiento.

No es una cuestión de hacer cotos cerrados en los que sólo nos relacionemos con personas con nuestro problema, sino más bien todo lo contrario: Por una parte, que podamos contar con ese precioso tiempo que nos roba la enfermedad para desarrollar nuestras actividades y, por otra, recuperar las relaciones con los demás y sentirnos partícipes de lo que sucede en nuestro entorno a través de la utilización de los recursos a nuestro alcance.

Conclusión

Espero que con esta breve intervención se hayan podido hacer una idea de lo que son estos dos Programas que desarrollamos desde las aso-

ciaciones con el objetivo primordial de potenciar la autonomía de las personas con enfermedades mentales crónicas y sus familias así como el apoyo específico a estas últimas.

Debido al poco tiempo de que disponemos he tenido que sintetizar al máximo la exposición; no dudo que en el posterior coloquio y en las mesas de trabajo de mañana podamos profundizar y debatir en torno a estas iniciativas tan importantes de nuestro movimiento asociativo.

Muchas gracias.

La Rehabilitación Psicosocial de las personas afectadas por enfermedades mentales crónicas: concepto, métodos y perspectivas

Dª Elena Aznar Avendaño
Psicólogo. Coordinadora de la Asociación AFEM-Valencia e Investigadora del Proyecto I+D (AFEM-UNIVERSITAT DE VALENCIA)

La rehabilitación psicosocial o psiquiátrica, a pesar de ser un término en boga en el campo de la psiquiatría, es uno de los conceptos más ambiguos y mal comprendidos de la salud mental en estos momentos. Son muchas las razones que pueden explicar esta confusión conceptual, sin embargo, el propósito de mi intervención no es tanto realizar un análisis exhaustivo del tema, como presentar de una forma sistemática y sintética los principios básicos en los que se asienta y los métodos que le son propios. No obstante, se trata de un campo muy amplio y complejo que no voy a poder ni pretendo agotar en mi intervención.

El sentido de la rehabilitación psicosocial comienza cuando, por ejemplo, una persona empieza a comportarse de una forma sustancialmente distinta a la que había sido habitual en él hasta ese momento y comienza a tener dificultades para afrontar sus obligaciones cotidianas. Así, aparecen dificultades en el desempeño en su trabajo o en sus estudios; la relación con los amigos se torna más difícil o empieza a perderse; las relaciones con la familia se van haciendo progresivamente más difíciles y tensas y, en general, se aprecia un cambio en todos los aspectos de su vida. Si se consigue que acuda al psiquiatra y tome la medicación, empresa no siempre sencilla, se produce una mejoría pero, desafortunadamente, muchas de las dificultades en su funcionamiento personal y social siguen persistiendo. La pérdida del empleo o el abandono de los estudios torna el tiempo de ocio en tiempo desocupado, las dificultades con los amigos se convierte en aislamiento y la vida familiar va, progresivamente, girando en torno a su enfermedad y a sus dificultades. La medicación elimina parte del problema pero no le ayuda a encontrar un empleo, ni a seguir una ruti-

na diaria, ni a encontrar nuevos amigos, ni a mantener una higiene adecuada. Y, sin embargo, cada día amanece de nuevo con todos los problemas y dificultades por resolver y con la necesidad de que alguien le ayude en todo aquello que él ya no puede hacer como antes.

La cuestión es qué se puede hacer por alguien que pasa por esta desdichada situación. La rehabilitación psicosocial surge, precisamente, como una respuesta a esa pregunta: se centra en facilitar los recursos necesarios para propiciar la máxima recuperación del individuo afectado por problemas graves de salud mental y para proporcionarle los cuidados que pueda necesitar para poder llevar una existencia digna. Como veremos, la rehabilitación psicosocial no es un centro o una unidad, sino una determinada forma de entender la atención a las personas afectadas por problemas de salud mental graves. Implica tanto un conjunto de procedimientos específicos como una red de recursos orientados a proporcionar el mayor bienestar y calidad de vida a las personas que padecen enfermedades mentales graves y a sus familias.

Características esenciales de la rehabilitación psicosocial

En la literatura científica podemos encontrar múltiples formas de definir y entender lo que se denomina "rehabilitación psicosocial". A modo de ejemplo, algunas de las definiciones que se han formulado son:

"La misión de la rehabilitación psiquiátrica es ayudar a los individuos con enfermedades mentales graves a vivir, aprender, trabajar y socializarse en el ambiente de su elección con la menor ayuda profesional posible" (Anthony, 1980).

"La rehabilitación psiquiátrica se dirige a mejorar las capacidades de a largo plazo de las personas con trastornos psiquiátricos por lo que se refiere a su vida, aprendizajes, trabajos, socialización y adaptación de la forma más normalizada posible" (Anthony y Liberman, 1986).

"La rehabilitación de pacientes crónicos pretende reconvertir, aumentar o mantener la capacidad funcional" (Alanen, 1991).

"El término "rehabilitación psicosocial" hace referencia a un espectro de programas para personas que sufren de manera continuada trastornos psiquiátricos graves. El objetivo es ayudarles a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y a actuar en comunidad tan activamente como sea posible y de manera independiente en su entorno social. Los programas están concebidos para reforzar las habilidades del individuo y para desarrollar los apoyos ambientales necesarios para mantenerse en su entorno" (Perlman, 1980).

En definitiva, lo que se plantea es que, la rehabilitación, incluiría tres elementos fundamentales:

- La mejora de las habilidades.
- La adaptación del ambiente social en el que se desenvuelve el individuo.
- El desarrollo de apoyos ambientales que faciliten su permanencia en el entorno comunitario.

La rehabilitación psicosocial se apoyaría en la evidencia, encontrada en muchos estudios de pronóstico, en los que se constata que la remisión de los síntomas no necesariamente se traduce en un funcionamiento psicosocial y viceversa. Su objeto queda entonces enfocado a propiciar la consecución de cambios específicos en su funcionamiento y sería un acercamiento distinto, aunque complementario, al tratamiento de los síntomas de la enfermedad.

Por otro lado, desde la práctica de la rehabilitación, se asumen unos principios básicos que sintetizan la filosofía de la atención y que, resumidamente, serían los siguientes:

- Individualización.
- Normalización.

- Participación activa del usuario.
- Integración.
- Énfasis en los aspectos conservados y en las habilidades residuales útiles para el funcionamiento.
- Reconocimiento de sus derechos como ciudadano y como persona a una vivienda, a una independencia de la familia y a un medio de subsistencia.

En pocas palabras, la rehabilitación psicosocial lo que se propone es facilitar la recuperación de la enfermedad, tanto como sea posible, con el fin de que las personas lleven una vida lo más autónoma e independiente posible.

Se utiliza la metáfora de la rehabilitación física para evidenciar la necesidad del entrenamiento, la compensación de la pérdida de una función y la utilización de apoyos.

La rehabilitación aglutinaría un conjunto de estrategias por medio de las cuales se intentaría superar las limitaciones derivadas de la enfermedad y fomentar la autonomía de estas personas para que puedan vivir de la forma más normalizada y con las mayores cotas de calidad de vida posibles.

Las diversas estrategias para conseguir esta meta global pueden clasificarse en dos grandes grupos:

- El entrenamiento en las habilidades y competencias que el usuario necesite para desenvolverse en su ambiente, por ejemplo, el entrenamiento en competencia social.
- La intervención social para ofrecer el apoyo necesario para compensar o fortalecer el nivel de funcionamiento del individuo en su entorno, por ejemplo, las intervenciones con la familia o el desarrollo de apoyos en la comunidad.

Los programas de intervención son muy variados, pero los más comunes son:

- Entrenamiento en competencia social.
- Entrenamiento en habilidades para la vida diaria.
- Entrenamiento en administración autónoma de la medicación.
- Psicoeducación y asesoramiento familiar.

Una característica importante de estos programas es que deben responder a las necesidades reales de los usuarios y estar estrechamente vinculados al entorno social en el que el individuo debe desarrollarlos. Además, el entrenamiento debe ir acompañado de una intervención social que, por un lado, propicie su integración en los recursos comunitarios y que, por otro, le proporcione los apoyos necesarios para que esa integración pueda ser efectiva.

Por último, es necesario señalar la importancia que se le da a la evaluación continua de los resultados de la rehabilitación en cuanto a autonomía, mejora de la calidad de vida, satisfacción de los usuarios, etc.

Situación actual de la rehabilitación:

La concepción de la rehabilitación que acabo de exponer de forma muy resumida, ha sido responsable de importantes contribuciones a la mejora de la atención de las personas afectadas por EMC, entre las que podrían destacarse las siguientes:

- Contribuir a la reducción del estigma y la marginación de estas personas.
- Resaltar la necesidad de humanizar las intervenciones y de promover la participación activa de los usuarios en su propia recuperación.
- Fomentar la consideración de aspectos distintos a la patología psiquiátrica y que están estrechamente vinculados con el pronóstico de ésta.

- Resaltar la importancia de las habilidades y del aprendizaje en muchos de los problemas de las personas con enfermedades mentales crónicas.
- Enfatizar la importancia de las variables ambientales y de la atención a la familia.

Sin embargo, la práctica de la rehabilitación ha puesto de manifiesto algunos equívocos que es necesario señalar:

- En muchas ocasiones, se confunde la rehabilitación psicosocial con el mero entrenamiento en habilidades.
- Concepción estática de la rehabilitación: Se ha asumido la idea falaz de la rehabilitación como un tratamiento que acaba cuando el individuo alcanza las habilidades que necesita en un momento determinado de su vida.
- Se ha propiciado la idea de que la rehabilitación se limita a las prácticas que se realizan en un determinado centro o servicio, olvidando que se trata de un enfoque general de la atención que debe promoverse en todos los dispositivos de la red asistencial.
- Como consecuencia, se ha resaltado la importancia de estructurar centros o unidades de rehabilitación, postergando la creación de muchos de los apoyos necesarios, residencias, centros especiales de empleo, etc.
- Partiendo de los principios del aprendizaje, se ha interpretado muchas veces que la rehabilitación podía y debía proporcionar una rehabilitación completa en la mayoría de los usuarios para ser considerada eficaz.

Además, es necesario resaltar que, uno de los problemas con los que tropezamos en RP es que, aunque los resultados de la rehabilitación están mostrando ser positivos para muchos de nuestros usuarios, nuestros métodos son todavía toscos, imprecisos y poco específicos para personas con diferentes clases de desórdenes mentales.

Por ello, no sólo es necesario sino urgente que consideremos dos aspectos importantes en la práctica de la rehabilitación. Por un lado, la necesidad de realizar un seguimiento de nuestras actividades y una valoración de los resultados que obtenemos en el trabajo de rehabilitación. Esta es la única forma de no separarnos de los principios que se supone que deben guiarla y de poder objetivar que, realmente, estamos consiguiendo aquello que nos hemos planteado.

Por otro lado, no hay que olvidar que la rehabilitación psicosocial es un campo altamente especializado, que requiere una cualificación específica y que es necesario promover activamente si realmente deseamos ofrecer unos servicios de calidad.

En este punto, me parece ilustrativo presentar la propuesta que realiza Geoff Shepherd en cuanto a criterios e indicadores que deben cumplir los servicios especializados en la rehabilitación.

Criterios e indicadores para servicios especializados de rehabilitación (Shepherd, en prensa)

1. DEFINICIÓN OPERACIONAL COMPARTIDA DE LOS USUARIOS

- Definiciones claras, compartidas con los dispositivos locales, que abarquen a los "nuevos" y "viejos" pacientes de larga evolución.
- Definiciones claras, de acuerdo con los dispositivos locales, que incluyan los pacientes caóticos / de alta demanda.

2. PLANES DE DIRECCIÓN Y DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- Tiempo dedicado a consulta médica (mínimo 0.1 sesiones/30.000 hab.)
- Tiempo dedicado a psicología clínica (mínimo 0.2 sesiones/100.000 hab.)
- Un único director identificado de los equipos especializados con claras responsabilidades de dirección atendiendo a todo el personal.

- Evidencia de una filosofía de cuidado compartida.
- Buen trabajo de equipo interdisciplinario.
- Buena comunicación entre los diferentes elementos del servicio especializado (p.ej., unidades de internamiento / equipo comunitario).
- Buena comunicación entre los diferentes elementos de los principales dispositivos institucionales (p.ej., equipo comunitario / alternativas residenciales).

3. ALCANCE Y CALIDAD DE LOS RECURSOS RESIDENCIALES Y DE INTERNAMIENTO

- Camas dedicadas a agudos.
- Alojamiento con cuidado de 24 horas (de larga estancia o de transición).
- Camas de respiro.
- Planificación y seguimiento de la calidad del cuidado individual.
- Acceso a un adecuado rango de tratamientos físicos y psicológicos.
- Acceso a programas educativos, sociales y vocacionales.

4. RANGO DE CUIDADOS EN EL DOMICILIO

- Plazas supervisadas 24 horas para usuarios de alta dependencia.
- Apoyo flexible en el hogar.
- Trabajo coordinado entre los dispositivos institucionales y los proveedores independientes de alojamiento.
- Monitorización efectiva para los residentes en el sector de residencias independiente.

5. EQUIPOS COMUNITARIOS ESPECIALIZADOS/DEDICACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD MENTAL

- Cobertura de siete días a la semana.

- Acceso fuera de horas.
- Carga asistencial limitada (n=10-15).
- Integración del trabajo social.
- Mezcla de habilidades adecuada (incluyendo especialistas en: vivienda, apoyo vocacional, pensiones, manejo del abuso de alcohol/drogas, etc.).
- Integración de la atención médica.
- Integración efectiva de los cuidados administrados (sistema de documentación único).
- Presupuestos reservados, p.ej., capacidad para pequeñas compras al nivel del equipo.
- Aproximación al manejo de casos en equipo, es decir, casos compartidos.
- Accesibilidad a camas hospitalarias.
- Enlaces efectivos con los equipos de atención primaria.

6. OPORTUNIDADES DE ENTRENAMIENTO, TRABAJO Y EMPLEO

- Planificación conjunta,
- Evidencia clara de elementos vocacionales en la planificación de cuidados.
- Disponibilidad de un entrenamiento pre-profesional realista.
- Orientación vocacional, búsqueda de empleo y vínculos con empresarios.
- Disponibilidad de trabajo protegido de calidad (centros especiales de empleo, etc.).
- Buenos enlaces para el trabajo voluntario.
- Buenos enlaces para la educación continua.

7. IMPLICACIÓN DEL USUARIO

- Disponibilidad de servicios individuales de apoyo y defensa específicamente dirigidos a los usuarios de rehabilitación.
- Apoyo y soporte desde los dispositivos institucionales para el desarrollo de la implicación del usuario (administración, etc.).
- Apoyo y soporte económico desde los dispositivos institucionales para las iniciativas de participación del usuario.
- Implicación del usuario en la supervisión de la calidad del servicio al nivel de dispositivo.
- Introducción de las aportaciones del usuario en la planificación y dirección estratégica del servicio.
- Consultas regulares de las características arquitectónicas de los nuevos proyectos.

8. ALCANCE DE LAS INTERVENCIONES Y TRATAMIENTOS INDIVIDUALES

- Neurolépticos "atípicos".
- Intervenciones psicológicas de eficacia conocida (p.ej., supervisión de signos tempranos, psicoeducación / técnicas de automanejo, intervenciones motivacionales, planificación individual de crisis, terapia cognitivo-conductual para la psicosis, etc.).

9. ALCANCE DE LAS INTERVENCIONES Y TRATAMIENTOS DE FAMILIARES Y CUIDADORES

- Intervenciones basadas en la Emoción Expresada.
- Apoyo familiar general.
- Consultas regulares con familiares y cuidadores durante la planificación del cuidado.
- Establecer mecanismos para que los familiares y cuidadores opinen sobre la calidad global del servicio.

10. ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL

- Supervisar las habilidades sistemáticas comprometidas.
- Identificación clara de las prioridades de entrenamiento en una estrategia de entrenamiento conjunto.
- Razonable acceso a las oportunidades para el entrenamiento.
- Ejemplos de entrenamiento conjunto.
- Mecanismos efectivos para la supervisión clínica de los casos individuales (incluyendo la supervisión del manejo de los casos).

11. PROBLEMAS DE IGUALDAD (EDAD, SEXO, RAZA)

- Evidencia de atender estos problemas en los diferentes servicios (acceso, representatividad, supervisión, programas especiales, etc.).
- Planes de acción asociados al servicio de supervisión de la información.

12. USO DE REVISIONES SISTEMÁTICAS Y DIRIGIDAS A METAS

- Identificación clara de las prioridades de revisión compartidas (planificación del cuidado individual, evaluación y manejo del riesgo, etc.).
- Evidencia de que se realizan las revisiones de las metas.
- Evidencia de que las intervenciones basadas en la información de las revisiones están siendo implementadas para mejorar los servicios (cerrando el circuito de la auditoría).

Aptitudes esenciales para el personal especialista en el trabajo con adultos afectados por enfermedades mentales graves (Sherpherd, en prensa)

EVALUACIÓN

- Habilidad para desarrollar, en colaboración, una evaluación basada en necesidades.

- Capacidad para desarrollar un plan de tratamiento y cuidado basado en una evaluación minuciosa y comprehensiva del usuario, la familia y el entorno social.
- Aplicar el conocimiento de los problemas y habilidades en la evaluación y manejo de los problemas combinados de enfermedad mental y abuso de alcohol / drogas.
- Habilidades para la evaluación de las necesidades de los usuarios en cuanto a vivienda, ocupación e ingresos.
- Aplicar los conocimientos y habilidades para la evaluación de riesgos y el manejo de la agresividad y la violencia.
- Aplicar los conocimientos y habilidades de los factores relacionados con el desarrollo de crisis crónicas y habilidades en su evaluación y en sus estrategias de manejo.

ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO Y DEL TRATAMIENTO

- Conocimiento del colectivo prioritario, sus necesidades, características y sintomatología clínica.
- Conocimiento de la teoría y práctica de la intervención en crisis.
- Comprensión efectiva de las intervenciones médicas actuales y de los posibles efectos secundarios.
- Conocimientos de las estrategias cognitivo-conductuales básicas para ayudar a usuarios, familia y cuidadores para contener y manejar la enfermedad mental severa y persistente.
- Comprensión de los problemas en la evaluación y el tratamiento del riesgo de autolisis y de suicidio de los usuarios del servicio.
- Conocimiento y habilidades en la comunicación interpersonal eficaz.
- Conciencia de los problemas culturales en la enfermedad mental y conciencia de los principios y prácticas de la práctica no racista y no discriminatoria.

- Habilidades y conocimientos para crear una cooperación terapéutica y para desarrollar una alianza con el usuario del servicio.
- Conciencia de las necesidades, características y principios del cuidado de los pacientes judiciales.
- Conciencia de la perspectiva del usuario en la provisión de tratamiento y cuidado continuo.

TRABAJO COLABORADOR

- Conciencia de la necesidad de trabajar junto con los cuidadores y las redes sociales.
- Capacidad para trabajar efectivamente como miembro de un equipo multidisciplinar de salud mental teniendo claro la finalidad del equipo, su rol y el de los otros miembros.
- Comprensión de las fuentes de conflicto y desarrollo de habilidades básicas de trabajo en equipo incluyendo negociación y resolución de problemas.
- Implicado en la necesidad y en el deseo de participar efectivamente en la supervisión de un equipo multidisciplinar.

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

- Conocimiento de los sistemas de cuidado actuales y de los fundamentos del sistema.
- Comprensión de la legislación en salud mental y leyes relacionadas, especialmente en relación a los derechos civiles de los usuarios y de la autoridad para el internamiento involuntario.
- Compresión de los roles de las distintas disciplinas y dispositivos implicados en la provisión de cuidados en salud mental y el rango de lugares en los que el cuidado y el tratamiento tienen lugar.
- Conciencia del rol y la contribución de los no especialistas y el personal de apoyo y la capacidad para supervisar y proveer apoyo a ese personal.

Una experiencia de Centro Especial de Empleo

D. Ricardo Martínez Gallardo

Psiquiatra. Vicepresidente de la Asociación Virgen del Camino

En la presente ponencia se analiza una experiencia de Centro Especial de Empleo, que se viene realizando en la Asociación Soriana de Familiares de Enfermos Psíquicos, desde junio de 1988 y que permite realizar un trabajo en régimen normalizado a 10 usuarios, a los que facilita no solamente completar la rehabilitación de sus procesos psíquicos, sino que les sitúa en posición privilegiada para conseguir una óptima y real integración social.

Un Centro Especial de Empleo es una estructura laboral, con una estructura jurídico administrativa propia de una empresa (SL, SAL, COOP, etc.) y con la única salvedad de que al menos el 80% de su plantilla total tengan la calificación de minusválidos.

El funcionamiento es el propio de una sociedad empresarial con ánimo de lucro, que debe competir en el mercado con el resto de las empresas del sector, en igualdad de condiciones y para ello cuenta con una serie de ayudas salariales y bonificaciones en las cuotas de la Seguridad Social.

Pero al margen del aspecto empresarial y laboral, desde nuestra experiencia en Soria, querríamos llamar la atención sobre la dimensión rehabilitadora, integradora y estabilizadora de los procesos psíquicos que aporta el trabajo y el plus de autonomía y de autoestima que supone la actividad laboral tanto para nuestros usuarios como para sus familiares.

Alternativas Residenciales (Viviendas tuteladas, mini-residencias)

D. Ladislao Lara Palma

Psiquiatra. Gerente de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental

Cualquier persona necesita disponer de un lugar seguro y confortable donde vivir y -en nuestro país- lo más frecuente es que se use para cubrir esta necesidad el alojamiento de la familia propia, aunque cada vez irá siendo más frecuente el hábito centro y nor-europeo de vivir fuera de la familia de origen a partir de una edad relativamente temprana.

Las personas que padecen una enfermedad de tipo mental -por severa que ésta sea- no son, mi mucho menos, diferentes en sus necesidades al resto de los seres humanos y, por lo tanto, también requieren de una vivienda en la que encuentren seguridad, afecto, vestido, comida, intimidad, etc., lo que, en nuestro medio, también suelen encontrar en el seno de su propia familia.

Ahora bien, a nadie se le oculta, y menos en el ámbito en que nos encontramos, que la convivencia puede ser -en determinadas ocasiones y con determinados enfermos, no solo especialmente difícil, sino también especialmente inadecuada para la propia evolución de la enfermedad, pese a que se intente con los mejores deseos y con los más adecuados apoyos, lo que tampoco está garantizado en la totalidad de los casos.

Además, hay ocasiones en las que la persona afectada por el proceso patológico no dispone de la referida familia ni de la necesaria autonomía (económica, relacional, personal...) para poder vivir independientemente y por sus propios medios.

En estas ocasiones se necesita de alternativas residenciales, sin las cuales no es posible ni tan siquiera la continuidad de la atención sanitaria, que deberán de adecuarse a las posibilidades de autonomía de cada per-

sona en concreto, así como al momento evolutivo en que se encuentre su enfermedad. Este segundo aspecto, el de la variabilidad de capacidades según el momento evolutivo, es algo que hace peculiar la oferta de apoyos sociales a personas cuya discapacidad es consecutiva a una enfermedad de naturaleza psicótica de aquellas otras en las que sus problemas tienen otro origen.

La persona con una deficiencia de tipo intelectivo va a mantener un nivel estable en cuanto a sus limitaciones. Aquella otra afectada por una demencia, bien sea la enfermedad de Alzheimer u otra, va a estar sujeta a una progresiva pérdida de sus habilidades y capacidades. Sin embargo, la persona que padece un trastorno psicótico va a seguir un curso evolutivo por lo general accidentado y siempre susceptible de mejorar en cuanto a la adquisición de habilidades que le posibiliten desenvolverse con mayores niveles de autonomía. Posiblemente el mayor freno con que se pueda encontrar la rehabilitación de un enfermo sea la limitación de expectativas de progreso tanto en el propio sujeto como, sobre todo, en su entorno. En relación a esto, leo un párrafo especialmente significativo sobre la opinión de un tutor respecto a su tutelado en escrito dirigido a la Fundación: “Por ser su enfermedad residual y crónica, no tiene posibilidad de rehabilitación ni de recuperación, por lo que no está indicado su asistencia a la Unidad de Rehabilitación de área, y sí a los talleres ocupacionales básicos y de tiempo libre de la Casa Hogar”.

Es necesario por tanto disponer de una gama –o mejor dicho, una red– de alojamientos para aquellas ocasiones en las que una persona, afectada por un trastorno mental severo y que no necesita estar hospitalizada, no tiene posibilidades de vivir autónomamente y, además, o no dispone de familia con la que convivir, o la relación con la misma no es la adecuada ni conveniente para la propia evolución de la enfermedad o para el mínimo equilibrio emocional del resto de componentes del núcleo familiar.

Lógicamente, esta red ha de tener garantizada una atención sanitaria, tanto general como especializada, propia o de fácil acceso. Ambas fórmulas tienen sus ventajas e inconvenientes. En mi opinión, lo preferi-

ble es que la cobertura sanitaria la realice el sistema sanitario público, que debe mantener una estrecha coordinación con los programas de apoyo social. Al menos esta es nuestra experiencia, pues con relativa frecuencia, una vez que el enfermo ha ingresado en nuestra red residencial, el personal sanitario tiende a "desentenderse" del mismo; luego si el recurso residencial tuviese su propio personal sanitario, con facilidad estaríamos generando un espacio de exclusión.

En Andalucía, el programa residencial para personas afectadas por un trastorno mental severo es desarrollado por la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), que se creó en diciembre de 1993 a instancia parlamentaria, como una entidad de carácter público para que, posibilitando la participación de las instituciones, voluntariado y movimiento asociativo, gestionase eficientemente los recursos sociales, complementarios de los sanitarios, que la Comunidad Autónoma dedicaba a las personas con discapacidades consecutivas a padecer o haber padecido una enfermedad de naturaleza psicótica. En este sentido, además del programa residencial y naturalmente vinculados con él, se desarrollan también los siguientes:

- Ocupacional.
- Apoyo al empleo.
- Fomento de relaciones sociales.
- Apoyo al movimiento asociativo.
- Promoción de instituciones de tutela.
- Formación e investigación.

En la actualidad, los recursos de distinto tipo que dependen de FAISEM se reflejan en la siguiente tabla:

TABLA 1

DATOS GLOBALES DE RECURSOS Y PLAZAS

PROGRAMA	RECURSOS	Nº DE PLAZAS	
RESIDENCIAL	68 PISOS	230 PLAZAS	782 PLAZAS
	17 CASAS HOGAR	266 PLAZAS	
	42 RESIDENCIAS CONCERTADAS	268 PLAZAS	
	6 PENSIONES CONCERTADAS	18 PLAZAS	
OCUPACIONAL	82 TALLERES OCUPACIONALES	1.125 PLAZAS	
INSERCIÓN LABORAL	8 EMPRESAS SOCIALES	158 PUESTOS DE TRABAJOS DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	
	23 CURSOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL	153 PLAZAS	
FOMENTO DE LAS RELACIONES SOCIALES	16 CLUBES SOCIALES	520 PLAZAS	

Por lo que se refiere en concreto al programa residencial, podríamos definirlo como el conjunto de actividades y recursos orientados a favorecer la permanencia y participación activa en la vida social, de personas con discapacidades derivadas del padecimiento de enfermedades mentales, a través de la cobertura de un conjunto de necesidades elementales de la vida cotidiana como son:

- La vivienda.
- La manutención.
- Los cuidados (aseo, medicación, organización cotidiana, etc.).

El objetivo fundamental es ofrecer respuestas específicas que sólo se utilicen cuando las posibilidades más normalizadas se hayan agotado, permitiendo cubrir mínimamente los distintos tipos y grados de necesidad en esta área.

Se trata por tanto de conseguir el máximo nivel de integración en la comunidad mediante el aseguramiento, bien desde el propio recurso o externamente, del cumplimiento del tratamiento indicado, necesidades vitales elementales, rehabilitadoras, educativas y psicológicas, y el conocimiento y utilización de los medios de la comunidad que les permita una convivencia armónica con los demás.

Para ello se utilizan diversos tipos de servicios, en función del grado de apoyo necesario y el nivel de autonomía personal del usuario.

La tipología de recursos se caracteriza por su diversidad y adecuación específica a las necesidades de los usuarios, que de manera esquemática podríamos describir del siguiente modo:

• ALOJAMIENTOS SUPERVISADOS (PISOS): Se trata de un recurso con capacidad para 3-5 pacientes y diversas modalidades en cuanto a cobertura de necesidades cotidianas (comida, lavado de ropa etc.). Si bien no disponen de personal asignado de forma permanente, sí cabe una fase inicial de adaptación al piso, en el que exista una presencia diaria de personal de apoyo. En una fase posterior, el equipo de seguimiento realiza una supervisión flexible y dinámica, centrada fundamentalmente en facilitar apoyo instrumental, resolver problemas y detectar posibles recaídas. El perfil general de los usuarios es:

- Pacientes menores de 60 años preferentemente.
- Diagnosticados de psicosis, siendo derivados y en seguimiento por el Dispositivo de Salud Mental de referencia.
- Con una situación psicopatológica estabilizada, donde no sean frecuentes los trastornos de conducta excesivamente perturbadores y el consumo habitual de tóxicos.
- No padecer enfermedades orgánicas graves que exijan una asistencia médica y de enfermería especializadas y de forma continuada.

Estos alojamientos, requieren un apoyo externo, tanto sanitario como social, en función de las peculiaridades de cada recurso y su momento evolutivo.

• ALOJAMIENTOS ASISTIDOS (CASAS HOGAR): Son espacios residenciales para los pacientes más dependientes, por lo que cuentan con la presencia continuada de personal que sustituye el papel de la familia durante las 24 horas de todos los días, que garantiza la cobertura de las necesidades de atención no sanitaria de los pacientes. Ninguna Casa-Hogar puede sobrepasar las 20 plazas y sus usuarios deben responder al siguiente perfil:

- Personas menores de 60 años preferentemente y con diagnóstico de psicosis.
- Ser derivados y atendidos por los Dispositivos de Salud Mental de referencia.
- Situación psicopatológica estabilizada y ausencia de trastornos de conducta perturbadores que conlleven violencia o agresividad para sí mismos o para los demás. No presentar consumo habitual de tóxicos.
- Existencia de un menor grado de autonomía personal y capacidad de relación social.
- No padecer enfermedades orgánicas graves que exijan una asistencia médica y/o de enfermería especializada, de forma permanente.

Este tipo de alojamientos posibilita un triple uso residencial:

- DE LARGA DURACIÓN o definitivo en los casos en que sea necesario.
- TEMPORAL, como forma de transición hacia alternativas menos dependientes.
- PROVISIONAL, para eventualidades concretas que puedan aconsejar un traslado desde una familia u otro recurso, por un tiempo corto y previamente definido. En ocasiones, este uso provisional obedece a circunstancias de urgencias de carácter social, que plantea la conveniencia de disponer de un espacio residencial para cortas estancias con objetivos a tiempo limitado.

• En determinados casos se recurre a CENTROS RESIDENCIALES NO ESPECÍFICOS con el objetivo de propiciar la utilización, por parte de los enfermos mentales crónicos que son tributarios de este tipo de recursos, de plazas

residenciales destinadas a determinados sectores de población. Fundamentalmente se trata de residencias para personas mayores.

En relación a las características generales de los usuarios se consideran los siguientes criterios:

- Personas con enfermedades mentales crónicas.
- Preferentemente mayores de 60 años.
- Inferior a esta edad si sus déficit y discapacidades les impiden cubrir por sí mismos las necesidades de alojamiento y soporte, y éstas quedan resueltas accediendo a este tipo de recurso residencial.
- Estado psicopatológico estabilizado con una predominancia sintomatológica de tipo residual y que no exija una asistencia psiquiátrica especializada.

• OTROS RUCURSOS SUPERVISADOS (PENSIONES): En determinados casos se recurre a concertar plazas en alguna pensión, lo que permite -durante periodos de tiempo limitados- atender necesidades de alojamiento y supervisión de grado menor, en casos de usuarios con un mayor nivel de autonomía personal.

• PLANES ESPECIALES: En algunos casos, la atención de usuarios cuyo nivel de autonomía exige menor grado de supervisión, permite centrarse en el apoyo a necesidades parciales y concretas (descarga familiar, problemas jurídicos, atención a precrisis, etc.). Para ello se establecen programas especiales que sin precisar la utilización total de las prestaciones del programa residencial, dan la oportunidad de efectuar el seguimiento y apoyo de los usuarios con las características antes mencionadas.

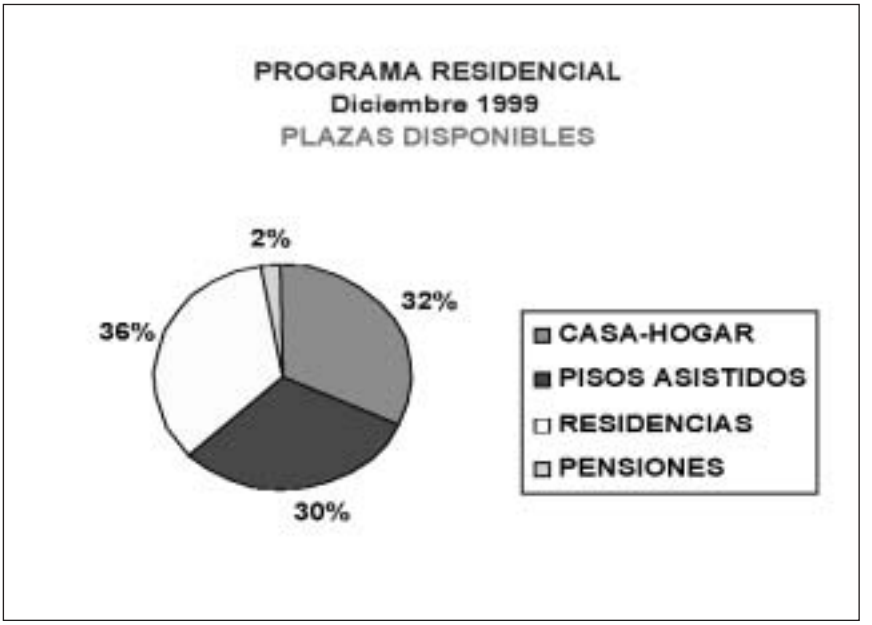
Se plantea aquí la complementariedad, la necesidad de apoyo adicional de forma parcial, que permite a modo de eslabón necesario, recuperar el proceso de rehabilitación psicosocial en personas con un aceptable nivel de autonomía personal.

Dichos programas o planes especiales pueden implicar según los casos un número variado y variable de actividades, y los resultados obtenidos con su puesta en marcha, con la colaboración habitual de diversas enti-

dades, demuestran la eficacia e incidencia positiva en la prevención de recaídas y en el curso evolutivo de la enfermedad.

En la siguiente gráfica, podemos observar la distribución porcentual del conjunto de recursos, que en la actualidad están funcionando en el conjunto de las ocho provincias andaluzas.

GRÁFICA 1

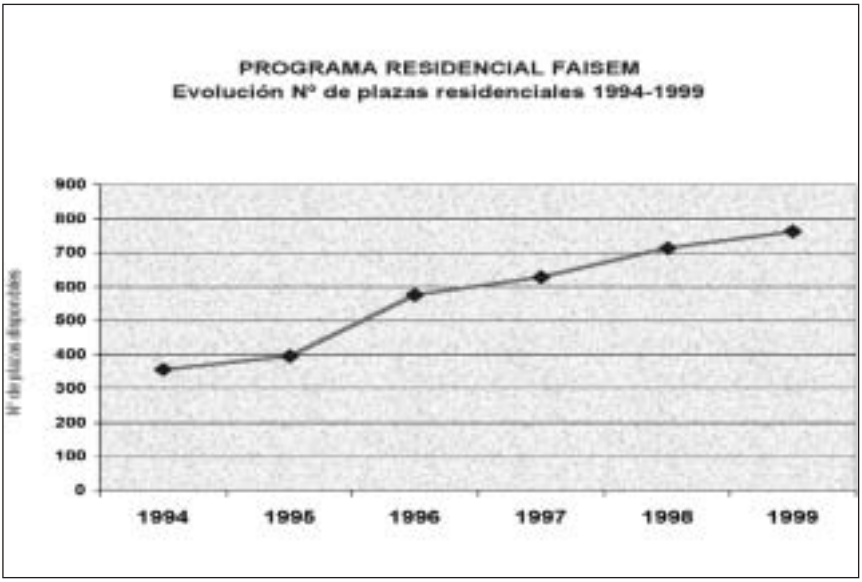


La implementación de dichos recursos se viene realizando de manera progresiva a lo largo de los últimos años, intentando equiparar la disponibilidad de plazas en las diferentes modalidades en todas las provincias, tal y como se recoge en las siguientes tabla y gráfica.

TABLA 2

PROGRAMA RESIDENCIAL Evolución nº de plazas residenciales 1994-1999					
	PISOS	CASAS HOGAR	PENSIONES	RESIDENCIAS	TOTAL
1994	184	40		133	357
1995	189	40		168	397
1996	213	115	14	233	575
1997	173	222	9	225	629
1998	212	254	9	239	714
1999	230	246	18	268	762

GRÁFICA 2



En cuanto al procedimiento de acceso, seguimiento y derivación, tendríamos que decir en primer lugar que los usuarios deberán ser atendidos por algún servicio de la red de atención sanitaria a la salud mental de la Comunidad Autónoma.

Las propuestas de derivación se canalizarán a través del coordinador del Área de Salud Mental correspondiente, estudiándose dicha propuesta en una Comisión Provincial de Coordinación compuesta por:

- Un profesional designado por la Delegación de Asuntos Sociales.
- Un profesional designado por el Director Gerente responsable de cada una de las Áreas de Salud Mental existente en la provincia.
- El Responsable Provincial de FAISEM.

Los usuarios, o los tutores de los mismos si estuvieran incapacitados, cuya propuesta haya sido aceptada, formalizarán un contrato de ingreso con FAISEM para el programa residencial.

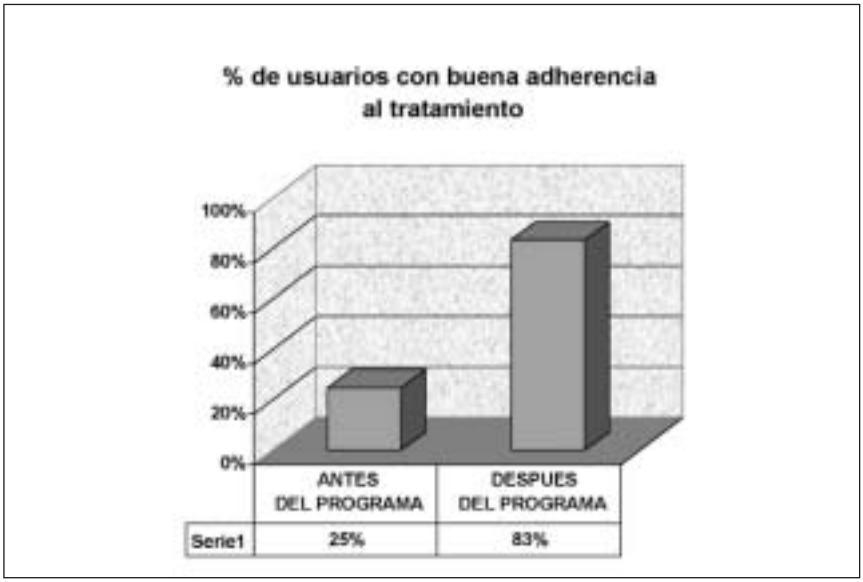
No menos importante son los aspectos de evaluación del impacto en los usuarios de los programas y recursos puestos en funcionamiento, lo que se lleva a cabo mediante instrumentos que analizan los diferentes momentos de la derivación de usuarios, su acceso y seguimiento. Podríamos citar a este respecto un estudio de seguimiento del Programa Residencial realizado en la provincia de Huelva.

En dicho estudio, se pudo verificar la influencia positiva sobre determinadas variables sociosanitarias de los residentes en una casa hogar y un piso asistido de la Fundación en dicha provincia. Las variables se analizaron un año antes y después de la incorporación al programa residencial, siendo los resultados más destacables los siguientes:

- Modificó la tendencia al autoabandono y sobre todo el incumplimiento de los tratamientos prescritos así como las terapias indicadas.
- Aumentó el nivel de participación en programas ocupacionales, de ocio y tiempo libre.
- Permitió el acceso a prestaciones sociales de tipo económico y sanitarias infrautilizadas por los usuarios dadas sus características y su tendencia al desinterés la apatía y la inhibición social.
- Permitió reducir el número de ingresos en la Unidad Hospitalaria de Salud Mental de aquellos usuarios que se incorporaron al mismo (de 34 a 3 ingresos).
- Redujo el número total de días de estancia de los usuarios, en la Unidad Hospitalaria de Salud Mental (de 1.169 a 44 estancias).

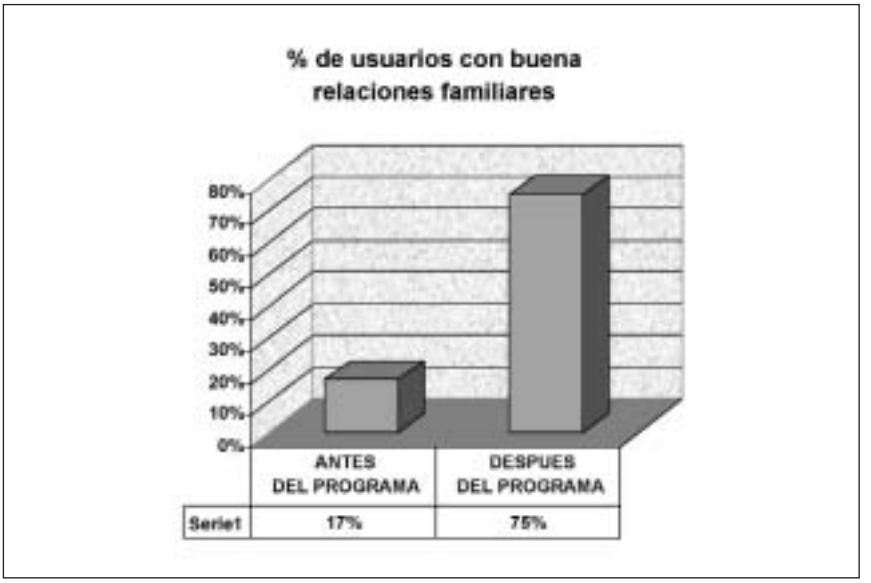
En los siguientes gráficos podemos observar cada uno de los puntos anteriormente señalados:

GRÁFICA 3



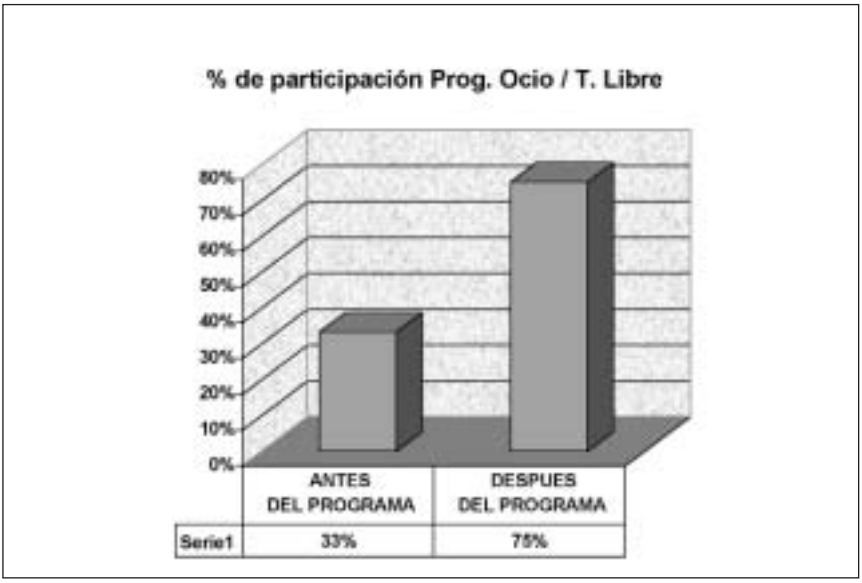
GRÁFICA 4

GRÁFICA 5

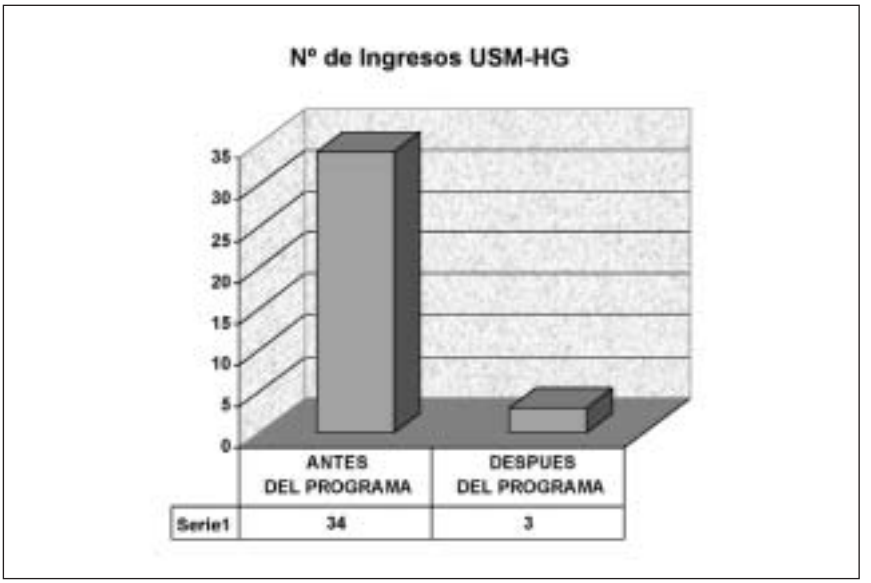


GRÁFICA 6

GRÁFICA 7



GRÁFICA 8



GRÁFICA 9

Conclusiones de los grupos de trabajo

Conclusiones de los grupos de trabajo

1ER TALLER: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR
ESCUELAS DE FAMILIA/ GRUPOS DE AUTOAYUDA

a) Se distingue la autoayuda como fórmula de potenciación de las capacidades de las personas, que tiene también como fin último cubrir las necesidades educativas de la familia-cuidadora.

b) Las intervenciones simplemente educativas, por sí solas, son insuficientes para modificar actitudes o comportamientos familiares. Son precisos aspectos y factores como el contacto social, la comunicación, la interacción en grupo, el apoyo emocional… que garantizarán una formación eficaz y objetiva a la familia.

c) Se propone potenciar cursos de formación para formadores de grupos de autoayuda y que esta forma organizativa se impulse en las distintas asociaciones de familiares en la Confederación FEAFES.

2º TALLER: PROGRAMAS DE ATENCIÓN PERSONAL/VIDA AUTÓNOMA Y APOYO FAMILIAR (ATENCIÓN DOMICILIARIA Y RESPIRO FAMILIAR)

ATENCIÓN DOMICILIARIA

a) Necesidad de no perpetuar el Servicio estableciendo unas metas a corto y medio plazo asequibles para los usuarios y el equipo técnico, de forma que sea posible dar altas de este Servicio. Estas altas supondrán la necesidad de establecer un seguimiento y una prevención de intervenciones futuras, en coordinación con los distintos dispositivos que utilizan los usuarios regularmente.

b) El establecimiento de objetivos debe pasar por un estudio minucioso de la realidad de cada persona, adecuándose las intervenciones a la misma.

c) Se hace necesario establecer la figura de un referente para cada persona atendida que actúe como interlocutor y guía en todo el proceso.

d) Así como mejorar la dotación económica del Servicio, de forma que todos los que lo realizan puedan alcanzar los mínimos establecidos.

e) En cuanto a la diferenciación con respecto a otros Servicios de Atención Domiciliaria se ponen de manifiesto los siguientes aspectos:

   * No se trata de cubrir necesidades básicas de la persona, sino más bien las específicas derivadas de la enfermedad. No es un Servicio asistencial, sino de capacitación e integración social.
   * El objetivo principal es el fomento de la autonomía, la independencia y sentimientos de utilidad de la persona, así como su integración en su comunidad.
   * La aportación del voluntariado familiar como rasgo característico que se aporta desde las Asociaciones.

RESPIRO FAMILIAR

a) El Servicio se debe centrar en estancias temporales para el propio desahogo familiar y para cubrir situaciones de emergencia.

b) Importancia de la implicación familiar como elemento de auto-respiro.

c) Importancia del voluntariado y las redes de apoyo internas.

d) El respiro familiar es un aspecto más para favorecer la permanencia de las personas con enfermedad mental en la comunidad.

3ER TALLER: REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

a) La Rehabilitación Psicosocial es un enfoque de intervención para la atención a los problemas derivados de las enfermedades mentales graves, que debe administrarse de forma complementaria al tratamiento farmacológico. Se centra en el desarrollo de métodos, procedimientos y prestaciones, altamente especializados, con el fin de lograr la máxima autonomía de estas personas y la adecuada cobertura de sus necesidades (residenciales, de ocupación, de ocio, etc.).

b) Tanto familiares como profesionales consideran que, este tipo de intervención, es fundamental en el abordaje de las enfermedades mentales graves y que es necesario un esfuerzo decidido para crear y consolidar recursos adecuados y suficientes para atender las necesidades de las personas afectadas y de sus allegados.

c) El enfoque de la rehabilitación psicosocial debería emplearse no sólo cuando la enfermedad se ha cronificado, sino también de forma preventiva al inicio de la enfermedad.

d) La carencia de recursos de rehabilitación lleva aparejado un aumento de la presión asistencial en otros dispositivos que no pueden dar cuenta de todas las necesidades de estas personas. Además, la calidad de vida de estas personas se ve notablemente mermada.

e) El desarrollo de este tipo de recursos es desigual en las diferentes comunidades autónomas. Es necesario, pues, el desarrollo decidido de una red de recursos de rehabilitación que estén dotados de personal suficiente y adecuadamente cualificado y que atienda las principales necesidades de estas personas (de alojamiento, de ocupación, de ocio, etc.).

4º TALLER: REHABILITACIÓN E INSERCIÓN LABORAL
(PROGRAMAS DE FORMACIÓN E INSERCIÓN LABORAL,
CENTROS OCUPACIONALES, CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO)

a) Impulsar el diseño de un modelo de inserción laboral específica, situación que ya se está trabajando a través de un grupo de trabajo propio en la Confederación.

b) La formación es el preámbulo, condición inexcusable para garantizar el éxito en la integración laboral.

Más allá de las condiciones de formación específico que se trabaja desde los Centros de Rehabilitación Psicosocial y los Centros de Rehabilitación Laboral, se exige la oportunidad de participar y convivir en los planes de formación externa, refiriéndose:

- Convocatorias.
- Formación especializada de los responsables.
- Aptitud de integración y normalización que permita la igualdad de oportunidades.

c) Medidas de inserción laboral.

- Adaptación al puesto.
- Seguimiento de la trayectoria laboral.
- Incentivos fiscales y de Seguridad Social ante reducción de jornada.
- Medidas de promoción laboral y reciclaje.

5º TALLER: ALTERNATIVAS RESIDENCIALES
(VIVIENDAS TUTELADAS, MINIRESIDENCIAS...)

a) Necesidad de crear dispositivos de integración social para personas con enfermedad mental.

b) Derecho a una vivienda digna (pisos tutelados, protegidos, asistidos, miniresidencias).

c) No a la existencia de Hospitales Psiquiátricos en España. Cierre de los que aún existen para poder con ello impulsar la presencia e integración de las personas que sufren esquizofrenia en la sociedad.

1. Se reivindica la elaboración y aprobación de un instrumento político, económico, jurídico o protocolo sobre Salud mental y que esté basado en el principio de “Igualdad” que marque y garantice los servicios mínimos a los que una persona que sufre de enfermedad mental tiene derecho, independientemente de la Comunidad Autónoma a la que pertenezca y de las competencias que su Gobierno tenga transferidas.
2. Se trabajará en un “Libro de Estilo” que acabe con el uso indiscriminado de palabras como “loco”, “enfermos mentales”, “internar”, entre otras.

3. Mejorar, a nivel nacional, los servicios sanitarios y asistenciales de este colectivo.
4. Eliminar la marginación y estigmatización social de estas personas con enfermedad mental.
5. Delimitar claramente los objetivos asistenciales y de promoción de la salud que se buscan en los Equipos de Salud Mental.
6. Implementar un programa de calidad total.
7. Atención especializada para evitar que las personas con trastornos psíquicos sufran recaídas, pues ello genera la propia angustia y sufrimiento de la enfermedad, efectos de deterioro y cronicidad.

Un objetivo en Salud Mental: el fomento de la autonomía, la independencia y sentimientos de utilidad de las personas, así como su integración en la comunidad.

FEAFES
CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y ENFERMOS MENTALES

FECLEM

CEIFEM
CENTRO ESPAÑOL DE INFORMACIÓN Y FORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL