

Capítulo

LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Mariano Hernández Monsalve¹

(Correo e: hergoico@teleline.es)

(Publicado como capítulo del libro: Imágenes de la Psiquiatría Española. Asociación Mundial de Psiquiatría. Ed.

Glosa. Barcelona 2004; pag: 585-602)

1 Introducción . Premisas conceptuales y perspectiva histórica

La psiquiatría comunitaria surge como reacción al fracaso de la psiquiatría asilar que, lejos de los principios del tratamiento moral que la inspiraron, había derivado hacia la generalización de instituciones degradadas por el hacinamiento, el abandono y la conculcación del más elemental respeto a los derechos de los pacientes (Espinosa 1983). Frente al aislamiento asilar, la psiquiatría comunitaria se propone intervenir en la comunidad y con la comunidad, inspirada en una visión optimista de las relaciones del individuo con su comunidad de pertenencia, animada por la nueva moral democrática tras la II Guerra Mundial, empujada por la experiencia de las intervenciones en la situación bélica (eficacia de las intervenciones en crisis, las experiencias de Bion y otros en intervenciones grupales, de Maxwell Jones con comunidades terapéuticas), y enseguida respaldada también por la disponibilidad de psicofármacos eficaces. La psiquiatría comunitaria no es una especialidad de la psiquiatría, sino una forma de concebir lo terapéutico (y los procesos de salud-enfermedad en general) como inevitablemente enraizado en el contexto de la vida de las personas y los grupos. Desde el principio, la psiquiatría comunitaria ha estado orientada en una doble perspectiva: por un lado, conectó con las ideologías emparentadas con las utopías liberadoras y solidarias que recorrieron el mundo occidental en la segunda mitad del siglo XX; y por otra parte, representa una opción que podemos definir como estratégica y “funcional”, que pone el énfasis en la desinstitucionalización asilar y en el despliegue de nuevos servicios comunitarios alternativos. El movimiento internacional de salud mental comunitaria (que incluye profesionales, pacientes, y movimiento ciudadano) vemos representadas ambas perspectivas²

En lo que a España se refiere, la psiquiatría comunitaria hizo acto de presencia con mucho retraso respecto a otros países occidentales, por razones políticas. El aislamiento político y cultural de la España de la dictadura respecto al resto de países democráticos, se acompañó de un rechazo a toda novedad foránea que entrañara una visión crítica con el sistema, como así lo eran las propuestas comunitarias. Durante décadas, la España oficial, y la psiquiatría oficial, vivieron totalmente al margen del viraje comunitario que estaba produciéndose en los países democráticos³. Los primeros intentos de reforma, en los años sesenta, hacia la desinstitucionalización y el modelo comunitario, tuvieron en España una fuerte connotación política y chocaron frontalmente con el poder establecido, que respondió con fuertes medidas represivas. Los cambios hacia la perspectiva comunitaria solo fueron posibles tras el fin de la dictadura, de modo que la reforma psiquiátrica evolucionó al compás de la reconstrucción democrática del país. Las reformas han

² Desde asociaciones de expacientes “supervivientes” de la psiquiatría que rechazan por ejemplo toda modalidad de tratamiento involuntario, hasta secciones ad hoc de la Asociación Mundial de Psiquiatría e incluyendo muy diversas asociaciones científicas, y ONGs miembros de la Federación Mundial de Salud Mental

³ Mientras en Francia la Asamblea nacional aprobaba las resoluciones de 1944 y 1945, la OMS enunciaba la recomendación de reorganización de los hospitales psiquiátricos según el modelo de las comunidades terapéuticas, en el Reino Unido se aprobaba el Acta de Salud Mental en 1959, o en EEUU el presidente Kennedy pronunciaba su famoso discurso fundacional de la salud mental comunitaria norteamericana (1963), en España la psiquiatría pública seguía siendo una prestación de beneficencia, excluida de las

supuesto, el traslado del punto de referencia desde el hospital psiquiátrico a los servicios comunitarios.⁴ Ha significado una positiva aproximación al panorama europeo, a la vez que un abandono de muchas de las premisas ideológicas iniciales⁵.

Por otra parte, “el caso español” puede ser considerado un magnífico exponente de la fuerte dependencia de la psiquiatría comunitaria respecto a las condiciones sociales, políticas y culturales, más allá de los argumentos y de las aportaciones científicas: la historia nos muestra que fue precisamente en España, y más concretamente en la Cataluña republicana del primer tercio del siglo XX, donde se inició una de las primeras experiencias consistentes de psiquiatría comunitaria en Occidente, cuando se desplegó una organización asistencial centrada en el territorio (las comarcas) , y se inició el seguimiento en el domicilio, por psiquiatras y auxiliares psiquiátricos, de los pacientes después de que hubiera sido dado de alta en el hospital. El líder de aquél proceso, el psiquiatra Tosquelles⁶, abanderó más tarde, durante su obligado exilio francés, el movimiento de psicoterapia institucional, antecesor inmediato de la psiquiatría de sector , reconocida a su vez como uno de los pilares fundacionales de la psiquiatría comunitaria. Avatares e infortunios políticos diversos consiguieron que, lejos de que nuestro país mantuviera su protagonismo inicial en los cambios hacia la perspectiva comunitaria, haya sido uno de los últimos países europeos en acometerlos

2. Etapas de la psiquiatría comunitaria en España

2.1 .- **Los prolegómenos.** Esta fase abarca los últimos años de la dictadura, tiempos en los que en España se asiste a un fuerte desarrollo industrial y económico, que se tradujo en un desarrollo de la estructura sanitaria, del que quedó fuera la asistencia psiquiátrica. Esta mantuvo su viejo status de asistencia de beneficencia, fuera de la Seguridad Social, a merced de las diputaciones provinciales y de las órdenes religiosas. Fuera de esto, existía una red de neuropsiquiatras de zona , que prestaban atención de neurología y psiquiatría en periodos de dos horas diarias, y una difusa red de ámbito nacional que tiene un carácter poco más que anecdótico (algún hospital de ámbito nacional , y centros piloto, sin responsabilidad sobre poblaciones ni territorios concretos). El resto era asistencia privada.

En este contexto, los primeros indicios de cambio fueron en la línea de intentar modernizar los manicomios, transformándolos en hospitales psiquiátricos (aliviar el régimen custodial y el hacinamiento, dinamizar los centros). En algunos casos, merced a condiciones locales excepcionales, se produjeron inicios de intentos más ambiciosos, como en el caso del proyecto de transformación del hospital psiquiátrico de Oviedo (1965-71), con sectorización de la red asturiana. En torno a ese proyecto se configuró un grupo de profesionales interesados en promover las reformas, pero

prestaciones de la Seguridad Social.

⁴ En otro capítulo se aborda la reforma psiquiátrica en España, por lo que en éste abordaremos los aspectos más relevantes en lo referente al desarrollo del modelo comunitario

⁵ No deja de ser significativo el que la propia OMS hable cada vez más de “servicios de proximidad” en lugar de la anterior designación de “servicios comunitarios”.

muy pronto se pusieron en evidencia las escasas miras de los proyectos modernizadores y la rigidez del sistema para cualquier transformación que no fuera un mero maquillaje: los conflictos entre los profesionales “críticos” reformadores y los administradores-políticos sanitarios fueron los aspectos más significativos de ese periodo. Los conflictos se sucedieron a lo largo de la geografía española; fue el periodo de las llamadas “guerras psiquiátricas”.

El eco que despertaron rebasó con mucho el marco de lo profesional y sanitario: mantuvieron durante años una permanente presencia en la prensa general, suscitando a veces la solidaridad de los sectores sociales más conscientes. Aún cuando en muchas ocasiones, la confrontación tenía un carácter marcadamente técnico, inmediatamente adquirían una dimensión política⁷. Al conflicto de Oviedo siguió inmediatamente después el de Conxo, en Santiago de Compostela, y más tarde en muchos otros lugares (las clínicas de la calle Ibiza en Madrid en 1971; el Instituto Mental de la Santa Cruz en Barcelona, en 1973, Bermeo, Salt, Huelva) . Las “guerras psiquiátricas” fueron un alegato por el cambio, una variante más de la confrontación social generalizada a la que entonces se asistía en nuestro país; formaban parte de la “agitación social” contra la dictadura, por la democracia y las libertades. Fue un movimiento paralelo a la crisis universitaria y las luchas estudiantiles, que se reflejó en una organización assemblearia, la Coordinadora Psiquiátrica, en la línea con el tipo de organización propia de los movimientos sociales de aquellos momentos. Frente a ello, la administración respondió con intransigencia y defensa del “principio de autoridad”. Los distintos conflictos se saldaban con el despido de los “agitadores”.

El punto de referencia teórica de aquél movimiento era diverso, pero predominaba el interés por las aportaciones antipsiquiátricas, el movimiento de psiquiatría democrática italiana, el sector francés, los centros de salud mental comunitarios estadounidenses y las comunidades terapéuticas inglesas.

El mundo de las asociaciones científicas y profesionales reflejaba también aquella ebullición: en el Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) de 1971 se aprobó una moción en pro de la democratización de los hospitales, y de su gestión assemblearia ; más tarde, en plena transición política, en el congreso de 1977, la AEN se transformó en una asociación multiprofesional y apostó decididamente por la reforma según el modelo comunitario, lo que produjo una escisión en su seno, con importantes repercusiones en la actividad asociativa de los psiquiatras y demás profesionales de salud mental en los años sucesivos.

A pesar de la censura cultural y política aún vigente en aquellos momentos, algunos periodistas pudieron publicar informes magníficos sobre la situación de absoluto deterioro y precariedad en que se encontraban los manicomios y la asistencia psiquiátrica española, siendo dignos de recordar los reportajes de Tomás Martín Arrioriaga y el libro “ Mi viaje

⁶ Quien antes de ejercer como psiquiatra había trabajado como auxiliar, lo que siempre consideró esencial para su formación.

⁷ Valga como ejemplo que el conflicto de Oviedo llegó a movilizar 25 hospitales y 2000 médicos en huelga, en momentos en que no estaba reconocido el derecho a huelga y participar en esas movilizaciones podía suponer, como de hecho supuso en muchas ocasiones, el despido sin apenas opción de ser contratado en otro hospital. El conflicto del hospital psiquiátrico de Oviedo se saldó

a la locura” de Angel M^a de Lera, en 1972.

El mejor informe global sobre esta fase que hemos llamado de prolegómenos lo constituye el libro “La transformación de la asistencia psiquiátrica” (González de Chávez 1980)⁸

2.2 La transición 1976-1985. Marcada por el comienzo del cambio democrático y la publicación del informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Durante ese periodo en que se produjo la reforma política en España se van produciendo los primeros indicios de sensibilidad política hacia el modelo comunitario, inicialmente en municipios y provincias, donde gobiernan partidos progresistas. Se contratan los primeros psiquiatras y psicólogos para trabajar, en equipos multiprofesionales, en programas de educación, prevención y promoción de la salud, planificación familiar y preparación al parto⁹. En otros lugares se inician, no sin fuertes controversias profesionales, sociales y políticas, intentos de desinstitucionalización, sin apenas soporte de dispositivos comunitarios alternativos (Gómez- Beneyto 1986 , Polo 1999)¹⁰.

El libro de cabecera de los psiquiatras que están por las reformas es “ La institución negada” de Franco Basaglia. El psiquiatra español Ramón García, a través de la editorial Anagrama, contribuye a la divulgación de textos antipsiquiátricos. Szasz, Gintis, Foucault (Colina 1984), Robert Castell y Castilla del Pino (Diez Patricio 1997) son autores familiares para los profesionales “críticos” y para muchos de quienes comparten la cultura progresista de la época. La aprobación de la ley 180 en Italia fue un baño de “realismo utópico” en aquellos momentos, y proporcionó optimismo a las tesis anti-institucionales pro-comunitarias.

Son momentos en que la enfermedad mental , la locura y sus mitos, los manicomios y sus puertas abiertas o cerradas, están en la calle y en la prensa, y forman parte de los debates intelectuales y de las conversaciones de los ciudadanos en general. Ciertas películas como “La naranja mecánica”, “Alguien voló sobre el nido del cuco”, “Family life” o “Diario de una esquizofrénica”, y libros como “ Viaje a través de la locura” (Mary Barnes y Joe Berckley) alcanzaron gran popularidad . Quizás fuera el momento de mayor sensibilidad social hacia la integración de los pacientes y la normalización de la asistencia psiquiátrica. La salud mental como objetivo individual y colectivo pasa a ser un valor en alza. Fueron momentos de cambios en profundidad en las actitudes y creencias de la población al respecto, una primera oleada de alivio frente a la tradicional exclusión y estigma que pesaba sobre la psiquiatría y los pacientes mentales, lo que permitió el desarrollo de actitudes positivas de la población frente a las propuestas comunitarias.

con una represión hasta entonces desconocida en el ámbito sanitario

⁸ Obra colectiva que habría de presentarse y discutirse en el XV Congreso de la AEN , a la que siguieron otras obras que dan cuenta de la evolución de la psiquiatría comunitaria española de los últimos 20 años .

⁹ Fue también muy significativa la contratación de psiquiatras y psicólogas para colaborar con otros médicos en el tratamiento del Síndrome de Aceite Tóxico (una grave intoxicación alimentaria por aceite de colza desnaturalizado, de dimensión epidémica , producción de muertes, secuelas deficitarias y síntomas multisistémicos crónicos.)

¹⁰ Junto a intentos reformadores en hospitales psiquiátricos como Málaga, Jaén, Sevilla, Albacete, Bétera (Valencia) o Valladolid, se constituyen “Institutos” para apoyar técnicamente las reformas en Madrid, Valencia y Andalucía, que tendrían un porvenir desigual con

Las principal aportación es la generalización de la voluntad de cambio, con creciente sensibilización de la población. Con el empuje de amplios sectores profesionales favorables al modelo comunitario y la complicitad de una población cada vez más permeable a esas propuestas, los políticos no podían sino sumarse al proyecto, como así sucedió, con más o menos convicción según los casos.

A nivel nacional, se comenzó el proceso de Transferencias desde la administración central hacia las administraciones autonómicas. En cuanto a la salud mental, El Ministerio de Sanidad constituyó en 1983 una Comisión (en la que la mayor parte de sus miembros eran profesionales) para definir la “ Reforma Psiquiátrica”. Este “ Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica” optó por la perspectiva comunitaria para los nuevos servicios. Los tres puntos fundamentales son los siguientes:

1º Integración de la asistencia psiquiátrica y a la salud mental, en la salud general

2º Los Servicios de Salud Mental (SSM) se sitúan en el segundo nivel de atención (atención especializada), si bien en conexión con los de atención primaria

3º Los nuevos servicios estarán orientados hacia la comunidad con el propósito de generar alternativas al hospital psiquiátrico

2.3.- La reforma “oficial”. En 1986 la Ley General de Sanidad supondrá el espaldarazo definitivo, al establecer en el artículo 20 la total equiparación, en cuanto a derechos a prestaciones, la total equiparación del enfermo mental respecto a los demás enfermos, y al definir la nueva organización de servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica en una perspectiva claramente comunitaria.

El inicio oficial de la reforma en España coincide con un momento de balance y replanteamiento de la psiquiatría comunitaria en el panorama internacional (Talbot 1979, Lam 1993)¹¹ . Se pone en evidencia la ausencia de un consenso en torno al proceso, por lo demás muy heterogéneo, con importantes diferencias según los países , y distintos lugares de un mismo país. Las divergencias atañen a cuestiones tan elementales como los fundamentos legislativos, recursos financieros, humanos y materiales, provisión y tipología de servicios, sociales y sanitarios; u otras cuestiones referidas a la formación comunitaria de los profesionales o la importancia de las políticas (privado vs público) de salud ¹². Además, muy pronto la “crisis del Estado de Bienestar” y la moda de “la medicina gestionada” (manage care) contribuirá a que se resientan los servicios públicos, y particularmente los de salud mental.

el paso del tiempo

¹¹ Junto a la reforma italiana y avances en el cierre de hospitales en Inglaterra, en Estados Unidos coinciden experiencias muy contradictorias : por un lado se pone en evidencia la eficacia de ciertas intervenciones (ej. los tratamientos comunitarios asertivos de Sein y Test, o las intervenciones psicosociales en esquizofrenia, - Goldstein, Hogarty- y por otra parte, son evidentes ciertos desastres derivados de la situación de lamentable abandono en que han quedado muchos pacientes desinstitucionalizados, ante la ausencia de políticas sociales adecuadas

¹² Se inicia el estudio comparativo de distintos sistemas de salud, y su impacto en la salud mental comunitaria, en países con

Más allá de los inconvenientes derivados del retraso con que se inició en España la reforma psiquiátrica, significó también algunas ventajas, tales como el haber podido tener en cuenta los aciertos y los errores que se cometieron en reformas de otros países, y tener por tanto la oportunidad de aprovechar los unos y evitar los otros. Al iniciar la reforma española había quedado patente en la experiencia internacional que la atención comunitaria a la salud mental es una opción real, y no una quimera. Pero había quedado también claramente establecido que la mera externalización no garantiza la integración social, ni la recuperación espontánea de la salud, ni la calidad de vida; y que los pacientes más graves requerirán atención continuada, incluyendo tratamiento, rehabilitación y cuidados. Sabíamos ya el riesgo de abandono de los pacientes, y la sobrecarga que podría suponer para las familias esta nueva situación. Otros elementos cruciales a tener en cuenta eran el que la desinstitucionalización no supone ahorros, sino que requiere un esfuerzo financiero (especialmente durante los años en que deben coincidir antiguas y nuevas estructuras), y exige imaginación para decidir en cada caso un despliegue de servicios que permita que la mayor parte del presupuesto se vaya trasladando (al igual que los pacientes y los programas asistenciales) de las estructuras hospitalarias hacia la red de dispositivos intermedios y ambulatorios (Leff 1997, Thornicroft 1992, Tansela 1997). Habíamos aprendido la importancia de que los servicios especializados no suplan a los “normalizados”, sino que actúen justamente allí donde aquellos no pueden llegar; así como la importancia de los cuidados informales, o de la participación de usuarios, familiares y entidades ciudadanas en la planificación, gestión y evaluación de la nueva red.

Otras conclusiones de la experiencia internacional nos informaban de la importancia de la cooperación interinstitucional (con los departamentos de trabajo, justicia, educación), y de las instituciones con los ciudadanos (“partnership”), de la importancia de transferir protagonismo y capacidad de decisión a los propios interesados (“empowerment”) y de apoyar la defensa de los intereses de pacientes, familiares y usuarios en general (“advocacy”).

Los postulados de la reforma, fueron los del Informe de la Comisión Ministerial, debiendo aclararse que: 1) Los servicios sociales asumieron atención a deficientes y ancianos que estaban viviendo en los viejos hospitales, excepto cuando presentaban trastornos psiquiátricos relevantes. Fue una transinstitucionalización positiva, al mejorar mucho las condiciones de vida de los pacientes-residentes. 2) La atención a drogodependientes se organizó en redes distintas de las de salud mental¹³ 3) Ni en las legislaciones o normativas de ámbito estatal ni autonómico, se definió con claridad la responsabilidad (entre la administración sanitaria y la de asuntos sociales) sobre los programas de rehabilitación e inserción de pacientes crónicos, y sobre la red de cuidados intermedios. En la práctica, estos aspectos cruciales del modelo comunitario han tenido un desarrollo muy precario. 4) La reforma psiquiátrica se desarrolló de forma paralela a la de la atención primaria, si bien de forma más irregular, tanto en su ritmo de implantación como en la dotación de nuevos

sistemas tan distintos como EEUU, Finlandia, Holanda, Reino Unido o Italia.

¹³ Han sido en general programas con fuerte implantación comunitaria

servicios. 5) También evolucionó a la vez que la descentralización del Estado.

3 Resultados globales de la reforma en lo que atañe a la dimensión comunitaria

El logro principal es el haber configurado un conjunto de servicios de atención psiquiátrica y a la salud mental que proporcionan condiciones de posibilidad de desarrollo del modelo comunitario, si bien éste está muy Irregular y débilmente implantado . Esas condiciones de posibilidad son : a) Reconocimiento formal de que la perspectiva comunitaria es el modelo de referencia de la reforma psiquiátrica; b) en consonancia con el derecho constitucional a la salud¹⁴ y el desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS) se prevén servicios públicos de salud mental para todos los ciudadanos (equidad), c) ubicados en segundo nivel de asistencia (atención primaria atiende todas las demandas y deriva aquellas que por su gravedad o complejidad requieren atención especializada), d) desplegados en el territorio (red de dispositivos de salud mental, hospitalarios y extrahospitalarios - en los que la atención pivota en los equipos de salud mental comunitarios , y en los que el hospital puede ser concebido como un dispositivo comunitario más), e) con garantías de equidad, f) accesibles geográfica y culturalmente, g) llamados a coordinarse con los otros servicios que operan en la comunidad , principalmente con los servicios sociales, otras instancias públicas y entidades ciudadanas, h) llamados a intervenir con criterios de salud pública (criterios epidemiológicos , diagnóstico de salud, prioridad de las demandas, intervención sobre grupos vulnerables , aunando las intervenciones terapéuticas con las preventivas y las rehabilitadoras en un trabajo de equipo organizado por programas - planificación y evaluación), i) propiciando la participación de ciudadanos y asociaciones .

3. 1. **Cambios en la red de servicios** . Los aspectos más relevantes:

- ◆ Reducción, en torno al 65%, del número de camas en los hospitales psiquiátricos (de unas 43.000 camas en 1978 a una 15000 en1996), con muy importantes diferencias (mientras en Andalucía se han podido cerrar todos los hospitales psiquiátricos públicos , en País Vasco apenas se ha modificado el nº de camas, y se observa una tendencia al incremento en Cataluña e indirectamente, a través de camas concertadas, en Madrid.
- ◆ Incremento en el nº de camas de psiquiatría en los hospitales generales ,y el nº de hospitales que cuentan con unidades de hospitalización psiquiátrica y con programas de enlace . El incremento de camas en hospitales generales sucedió principalmente en los 10 primeros años, siendo ahora una lenta progresión del reemplazamiento.
- ◆ Creación de una red de centros de equipos de salud mental comunitarios (se habían creado 555 en los primeros 10 años. Sin datos actuales, apenas se ha modificado esta cifra en los últimos seis años)
- ◆ Creación de redes de dispositivos intermedios. Se han generado muy pocos recursos en esta área, crucial para el

¹⁴ Y el explícito reconocimiento de la salud mental con el mismo rango que el resto de cuestiones relativas a la salud, según el ya citado artículo 20 de la Ley General de Sanidad del año 86

porvenir de la psiquiatría comunitaria¹⁵. Y lo mismo puede decirse de alojamientos alternativos u oportunidades de rehabilitación e inserción laboral.

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

Estimación de calidad de los servicios desde una perspectiva de “buenas prácticas” .

A falta de una evaluación objetiva exhaustiva¹⁶ de los resultados de la psiquiatría comunitaria en España en estos años, presentamos una breve reseña de las realizaciones más positivas, y de los errores e insuficiencias más evidentes, que se manifiestan en los siguientes aspectos: .

1.- En la equidad: Se han producido importantes desigualdades en la dotación de las redes asistenciales en las distintas comunidades autónomas y aún en distintos lugares de una misma comunidad autónoma. No ha habido una definición clara de cartera de servicios , ni compromiso de la administración sanitaria en ofrecer estándares de calidad de los servicios. Los grupos de población más perjudicados son : los pacientes “sin hogar” , niños, adolescentes y ancianos, pacientes con patología dual, pacientes psicóticos en prisión, y otras poblaciones “de riesgo” a quienes no se proporcionan programas asistenciales específicos (víctimas de malos tratos, familias monoparentales, pacientes psicóticos que viven solos o con graves problemas familiares, emigrantes)

2. En la accesibilidad : Al no haberse establecido en la mayor parte de los servicios criterios de prioridad asistencial, observamos una tendencia a prestar mayor atención a quienes mejor articulan sus demandas (generalmente pacientes con trastornos adaptativos, muy acentuada percepción de necesidad de ayuda y conscientes de su derecho, como ciudadanos, a una buena atención especializada), con riesgo de abandono de pacientes que por su patología (ej pacientes psicóticos sin apoyo familiar) u otras circunstancias (subculturas marginales o excluidos, adolescentes, emigrantes) no se benefician de los nuevos servicios y corren mayor riesgo de exclusión o de neo-institucionalización asilar a la antigua usanza (González Duro 2000).

Otro déficit muy importante es el descuido, cuando no abandono total, de la atención domiciliaria . Las intervenciones en el domicilio, paradigmáticas de la atención comunitaria, no están siendo apoyadas por la estructura organizativa, que en la práctica permite o incentiva la realización del máximo número posible de consultas, independientemente de criterios de prioridad social o sanitaria.

3.- En la normalización: Se ha avanzado mucho a este respecto (ubicación de gran numero de dispositivos en instituciones sanitarias: centros de salud, hospitales generales) , pero un 40% de las hospitalizaciones de pacientes con

¹⁵ Información detallada, en el Cuaderno Técnico nº 6 de AEN (2002)

¹⁶ Información detallada en los Cuadernos Técnicos nº 4 y 6 de la AEN, en Desviat (1994) y en García (1998)

problemas agudos aún tiene lugar en hospitales psiquiátricos que, aunque en su gran mayoría ofrecen unas instalaciones mejoradas respecto a la situación previa, mantienen sesgos estigmatizantes¹⁷

4.- En la diversificación de respuestas asistenciales, en el trabajo por programas: En la mayor parte de las ocasiones se ha debilitado o abandonado la organización del trabajo por programas, de modo que se está respondiendo de forma indiscriminada al aluvión de demandas (que han crecido mucho más que la oferta de servicios¹⁸). Con cierta frecuencia se mantienen programas según el modelo clínico tradicional, en virtud de diagnósticos o protocolos de tratamiento, pero no tanto según la vulnerabilidad u otros criterios epidemiológicos, que debieran marcar las prioridades asistenciales. Los programas de prevención y promoción están muy poco desarrollados

5.- En la atención integral

La importancia de la atención integral es reconocida y proclamada como la más idónea por la mayoría ,es escasamente trasladada a la práctica :predomina la oferta de tratamientos farmacológicos. Los datos disponibles indican que a medida que crece la demanda de atención aumenta la escasez relativa de intervenciones psicosociales. A su vez, se da una insuficiente colaboración con los servicios sociales generales, más volcados en la atención a otros colectivos víctimas de la pobreza, la exclusión y la injusticia social.

El despliegue de la psiquiatría comunitaria en España ha coincidido con un despliegue aún más fuerte de la psiquiatría centrada en el fármaco (y de una potente influencia de la industria sobre los profesionales, además de una demanda social de alivio sintomático inmediato y de acceso a los nuevos fármacos, publicitariamente ensalzados hasta el extremo) En contra de lo que podría esperarse inicialmente, la psiquiatría comunitaria, al proporcionar servicios más accesibles, está siendo un magnífico factor intermediario del incremento de consumo de psicofármacos. La conclusión más evidente es que en muchos casos , la psiquiatría comunitaria ha consistido en un cambio en el lugar del tratamiento más que en un cambio en sustancial en el abordaje de los problemas .

Tanto en la formación de los nuevos psiquiatras como en la práctica clínica asistimos al descuido de la perspectiva subjetiva, relacional y social. Las funciones y nuevos compromisos (científicos, éticos y sociales) y la identidad de los psiquiatras están cambiando, siendo nuestras controversias similares a las planteadas a nivel internacional.

6.- En la continuidad de cuidados Fue un objetivo muy cuidado al inicio de la reforma. Se definieron programas de coordinación con otros servicios (con atención primaria, servicios sociales o escolares, entidades culturales o ciudadanas) y entre los distintos dispositivos de la misma red de salud mental (entre el equipo del centro de salud mental y la unidad de hospitalización, o con el hospital de día por ejemplo). La sobrecarga asistencial y el que no hayan

¹⁷ La normalización también arrastra algunos problemas, como por ej la escasez de espacio en las unidades de hospitalización en los hospitales generales, pensadas para la estancia de pacientes encamados.

¹⁸ Las intervenciones "psico" han pasado a ser en cierto modo un producto de consumo, produciéndose distorsiones en la práctica asistencial (Hernández Monsalve 1998)

sido suficientemente respaldados por la organización (no se incentiva ni se evalúa esa actividad; y muchas veces ni tan siquiera se valora en el cómputo de actividades de los profesionales), ha dejado el porvenir de estos programas en manos del voluntarismo de los profesionales, con el consiguiente riesgo de pérdida de efectividad y de concordancia entre la orientación de los intervenciones de los distintos equipos

7.- En la orientación de las intervenciones según las necesidades percibidas por los pacientes.

Las necesidades y preferencias de los pacientes demandan atención a domicilio, programas de acompañamiento, formación, trabajo, ocio, apoyo familiar. Sin embargo, salvo excepciones, son intervenciones muy poco desarrolladas. A pesar de su reconocida importancia (Baca 1993) , las intervenciones no están priorizadas según criterios de impacto en la calidad de vida de los pacientes. Este descuido es particularmente dramático en los problemas de cronicidad (Rendueles 1986).

8.- En el trabajo con el entorno. Asistimos a una retracción en la actividad comunitaria por parte de los psiquiatras. Al igual que la atención domiciliaria, “ salir a la comunidad” es uno de los ingredientes esenciales de la atención comunitaria . Y según comprobamos en la práctica es también uno de los desafíos más difíciles para los equipos, en general entrenados en contextos tradicionales en el despacho. El trabajo comunitario requiere una integración más compleja que las consultas externas de un hospital o que los despachos de un centro de salud mental. Los fallos principales en este área afectan a cuestiones tan importantes como:

- El trabajo en red : Muy escaso en la mayor parte de los servicios de salud mental, mientras que los servicios sociales generales prestan una colaboración muy variables según experiencias locales, pues como ya apuntamos los pacientes mentales “compiten” sin muchas garantías con otros colectivos necesitados (ancianos, emigrantes, excluidos..)
- Se concede escasa importancia en la práctica a enlazar y cooperar con los llamados cuidadores informales (familia, amigos, vecinos, voluntarios) (Bergero 2000). Aunque se han producido experiencias notables de inclusión de familiares en el abordaje psicosocial de la esquizofrenia o trastornos de alimentación, estas no están generalizadas. Tampoco se da, salvo excepciones, colaboración directa entre los servicios de salud mental y las asociaciones de familiares, pacientes, ex-pacientes, usuarios consumidores en general. Por ello:
- Los familiares acusan la sobrecarga objetiva (incremento de gastos, pérdida de tiempo libre) y subjetiva (sobrecarga emocional, experiencia de duelo, soledad o estigma) que significa la convivencia y el cuidado de pacientes con problemas de salud mental (Fernández Alvarez, 2000). Apenas el 15% de las familias reciben apoyo específico para su problemática situación .

9.- Con una perspectiva rehabilitadora y preventiva

El tratamiento a largo plazo con los pacientes crónicos exige que los profesionales y los servicios asuman un cambio de

perspectiva: desde la tradicional centrada en la curación, habitualmente limitada en el tiempo y focalizada en los síntomas, hacia otra centrada en la recuperación (de la subjetividad, de la función social, de la calidad de vida) que se establece inicialmente sin limitación temporal, y es multifocal (según necesidades). En los últimos años se están extendiendo nuevos servicios de rehabilitación, con dos importantes limitaciones: 1) en muchas ocasiones se desarrollan al margen de la estructura sanitaria (y muy a menudo concertados con agencias que ofrecen escasas garantías de eficacia), y 2) no se conciben como actividades propias de los equipos de salud mental comunitaria, 3) se inicia en estadios muy avanzados , cuando los déficits están muy establecidos. El resultado es que la rehabilitación es demasiado a menudo, tardía y parcial

10. Participación de usuarios en la planificación y evaluación de los servicios. Es más la excepción que la norma. Sólo recientemente se están incorporando los representantes de movimientos asociativos a comités o consejos consultores. Uno de los fenómenos más esperanzadores es el gran crecimiento y empuje en los últimos 10 años de las asociaciones de familiares y usuarios (éstos en menor escala)¹⁹.

3.2 **Los profesionales y los equipos**. Los equipos multiprofesionales constituyen uno de los principales instrumentos de cambio en la psiquiatría y salud mental comunitaria (Leal 1997) , pero contamos con escasa tradición y entrenamiento para trabajar en equipos multidisciplinares. Observamos una tendencia al repliegue individualista, cuando no el recurso a la protección gremialista. El trabajo de los psiquiatras en el ámbito comunitario es duro y difícil, y no goza generalmente del prestigio que pareciera merecer, ni está particularmente incentivado. No faltan por tanto razones para explicar la aparición del fenómeno , bien conocido en otros lugares, del “queme” de los profesionales (Rendueles 1992)

3.3. **Formación e investigación** . Una de las aportaciones más importantes del nuevo SNS es la generalización del sistema de residencia para la formación especializada, vinculada a los servicios , que incluye la formación en servicios de salud mental comunitarios, existente para formación de psiquiatras desde 1978, y que en la actualidad existen de forma similar para psicólogos clínicos y para enfermeros de salud mental . La experiencia acumulado en estos años nos habla de los pasos dados y de las dificultades existentes para proporcionar formación y desarrollar investigación en psiquiatría comunitaria (Tizón 2001, Fernández Liria 1999, Montilla 2003)

3.4 **Buenas prácticas en la experiencia española de psiquiatría comunitaria.** También se han producido experiencias creativas en este tiempo que demuestran la viabilidad de la psiquiatría y la salud mental comunitaria cuando confluyen circunstancias apropiadas (profesionales comprometidos, en concordancia con actitudes de la población , y políticas facilitadoras) . Señalamos algunas de las experiencias más significativas:

1.- Experiencias bien articuladas de desinstitutionalización y creación de red de servicios de salud mental comunitarios:

¹⁹ Hace 20 años se constituyó la confederación española de agrupaciones de familiares y enfermos mentales (FEAFES) , y cuenta ya con más de 160 sociedades miembro.

aún cuando han acusado distorsiones por problemas en la adecuación en el ritmo de desarrollo de unas y otras medidas (Vázquez-Barquero 1999), la reforma cuajó más claramente en las comunidades que iniciaron antes la reforma y dispusieron de apoyo político más decidido , como fueron los casos de Asturias (García J, 1998 Aparicio 1993) , Navarra, Andalucía (López 2002) , que cerró el último de los ocho hospitales en psiquiátricos públicos en el año 2000; y , de forma más heterogénea en Madrid. Cabe destacar el despliegue de servicios en el sur de Madrid, en torno al proyecto de cierre del hospital psiquiátrico de Leganés y la creación de una red completa de servicios comunitarios (Desviat 1994)²⁰

2.- La experiencia de programas de salud mental comunitaria, integración social y laboral de pacientes apoyados con financiación del Fondos Sociales Europeo , tales como los proyectos Albanta y Ágora en Valencia (Escribá y Huertas 2000) , desafortunadamente en declive en estos momentos al no mantenerse la financiación

4.- La experiencia de atención comunitaria en el barrio de Gracia de Barcelona, particularmente en cuanto a la atención a pacientes crónicos , consiguiendo una magnífica articulación entre la intervención clínica y la participación comunitaria, obteniendo muy buenos resultados en la integración social y laboral de los pacientes (Blasi 2000) .

5.- En programas de coordinación y apoyo con atención primaria de salud (Tizón 1989, Torres 1993, Retolaza 1996)

6.- Programa de seguimiento (equivalentes a los programas de tratamiento asertivo en la comunidad) en varias localidades de Madrid, y en Avilés (Asturias) (Donas 1997, Hernández Monsalve 2000)

7.- Los programas de rehabilitación psicosocial en centros específicos (CRPS) en colaboración con los equipos de salud mental, proporcionados prioritariamente a pacientes con esquizofrenia (Rodríguez 2002.)

8.- El modelo andaluz de programas de reinserción (principalmente orientados hacia alojamiento y trabajo), mediante una fórmula original de fundación pública amparada en el acuerdo de diversos departamentos (sanidad, servicios sociales, trabajo, justicia, vivienda) (López M 2000)

9.- Programas de promoción y prevención de salud mental, algunos de los cumplen requisitos de eficacia y calidad , según criterios de instituciones europeas (Mental Health Europe 2001)

10. Programas de reinserción de pacientes psicóticos internados en prisiones. Siendo una de las lagunas más dramáticas de nuestro sistema de atención existen algunas experiencias prometedoras a este respecto²¹

3.5 La población. La actitud de la población general ha sido heterogénea según momentos y circunstancias locales, sensible, como en todas partes del mundo a la poderosa influencia de los medios de comunicación²². En uno de los

²⁰ La experiencia de Leganés supone una clara referencia de transformación de antiguas estructuras en las nuevas (cierre de viejo hospital y creación de servicios comunitarios alternativos) , sin perder recursos, contado con participación ciudadana e integrando asistencia, docencia e investigación en los nuevos dispositivos comunitarios

²¹ Como el programa de pacientes psicóticos de la cárcel de Navalcarnero (Madrid)

²² En general, han faltado políticas activas de información sobre los nuevos planteamientos comunitarios, y se han dejado sentir los efectos negativos de las noticias sensacionalistas avivando viejos tópicos y prejuicios. En Andalucía y Asturias se han realizado

pocos estudios de opiniones y actitudes de la población a este respecto, encontramos que los cambios en el discurso social reflejaban un paralelismo con los cambios producidos por la reforma psiquiátrica en esa zona (sur de Madrid , donde se había asistido a uno de los procesos más activos de desinstitucionalización e implantación de servicios comunitarios), siendo destacable la modificación positiva de opiniones sobre la peligrosidad, la necesidad cancelar las instituciones manicomiales, o la de facilitar la inserción social de los pacientes.

4. Perspectivas de futuro :

La psiquiatría comunitaria ha hecho acto de presencia en España en los últimos 20 años , en sintonía con otros cambios profundos en aspectos socioculturales, políticos y sanitarios, y hemos de reconocer que su implantación actual es muy débil (Salvador Carulla 2002), y su futuro es incierto, como lo es en la mayoría de los países. Por se propia esencia, el modelo comunitario de la psiquiatría tiene una extrema dependencia del contexto sociocultural en que actúa. Y de ahí precisamente provienen las principales amenazas: el descrédito de valores convivenciales, como la solidaridad, la debilidad de los lazos sociales en nuestra cultura competitiva, individualista (por defecto, como señala Castell) y mercantilizada hasta el extremo (con efectos como la llamada psiquiatría cosmética – que supuestamente pretende cambios en la forma de ser según las preferencias del cliente-) , la interferencia mercantil en la práctica clínica con su fuerte impacto deshumanizador en la asistencia en salud mental (Guimón 2001), la medicalización del acontecer humano, del trabajo de vivir, son algunas de los elementos que operan en contra del modelo comunitario, en un momento en que “ la comunidad”, concebida como referente de convivencia-coexistencia y reciprocidad está dejando de existir, sin que estén claramente identificados sus posibles sustitutos. La psiquiatría comunitaria está llamada a resistir en su propósito de servir a la salud mental de la comunidad y buscar nuevas fórmulas con las que afrontar los retos actuales.

BIBLIOGRAFÍA

Aparicio V. La reforma psiquiátrica de 1985. En Aparicio V (comp.), Evaluación de Servicios de Salud Mental (pag 127-

informes técnicos sobre las noticias en los medios de comunicación, además del ya citado estudio de C Polo (1999) .

182) Madrid AEN. 1993

Blasi R. La rehabilitació psicosocial integral a la comunitat i amb la comunitat. APAPDIS 2000; 1(nº 4, 5,6):1-62

Bravo MF. Exclusión social en personas con enfermedad mental crónica. En: Rivas (comp.). La psicosis en la comunidad (Pág. 351-381). Madrid . AEN 2000

Desviat M, et al. Morbilidad psiquiátrica en población general en Leganés y Pinto (Madrid). Uso de servicios de salud mental y opiniones y actitudes de la población hacia la enfermedad mental. Psiquiatría Pública 1997; 9 (5) : 315-326

Donas M, Fernández Liria A. Los pacientes de seguimiento y cuidados de pacientes graves y crónicos; un modelo español de case management. En Rebolledo S (comp.), Rehabilitación Psiquiátrica (97-104) Universidad de Santiago. Santiago de Compostela 1997

Escribá Pérez P, Huertas Zarco M. Salud mental comunitaria. Rehabilitación psico-social y reinserción socio-laboral. Valencia, Nau-Lbres. 2000

Espinosa J. Respuesta social e institucional al problema del enfermo mental crónico. En: Espinosa J (comp.), Cronicidad en psiquiatría (Pág. 15-72) Madrid, AEN 1983

Fernández Álvarez A. La familia como institución supletoria: la cara amarga de la Reforma Psiquiátrica. En : Rivas F. La psicosis en la comunidad (Pág. 333-350). Madrid, AEN 2000

Fernández Liria A. La A.E.N. y la Psiquiatría española a finales del siglo XX. Revista de la AEN 1999; 19 (71): 503-520 .

Gómez Beneyto M et al. Desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos sin recursos comunitarios: un análisis de la experiencia de del hospital psiquiátrico Padre Jofré de Bétera (1974-1986). En Espinosa J Cronicidad en psiquiatría (237-264) . Madrid, AEN 1983

González O (comp.). La Asociación Española de Neuropsiquiatría y la reforma psiquiátrica en España. Madrid AEN Cuadernos Técnicos nº 5. 2000 (AEN:www.pulso.com/aen)

González de Chávez (comp.). La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid AEN. 1980.

Hernández Monsalve M. Dilemas en psiquiatría: entre el consumismo, la eficiencia y la equidad. En, Alvarez Uría et al (comp.), Neoliberalismo vs Democracia (Pág. 264-284). Madrid, La piqueta 1998

López Álvarez M. Rehabilitación y red asistencial. Sistemas de atención a “la cronicidad” en salud mental. En: Verdugo MA, López D, Gómez A, Rodríguez M (coord.) , Rehabilitación en salud mental. Situación y perspectivas. Salamanca Amarú. 2002, Pág. 75-106.

Montilla JF, González C, Retolaza A, Dueñas, Alameda et al. Uso de servicios ambulatorios de salud mental en España. Consumo de servicios en el primer año de asistencia a pacientes nuevos. Revista de la AEN 2003; 22 (84):1811-1833

Polo C. Crónica del manicomio. Prensa, locura y sociedad. Madrid, AEN. 1999.

Rendueles G. La cronicidad: ideología e historia de un epistema. En: Espinosa J, Cronicidad en Psiquiatría (Pág. 75-103) Madrid, AEN 1986

Retolaza A. Salud mental y atención primaria. Una guía para la investigación. Bilbao, AG Rupem 1996

Rodríguez A. El papel de los servicios sociales en la atención comunitaria de las personas con enfermedad mental crónica: experiencia en la Comunidad de Madrid. En: Verdugo MA, López D, Gómez A, Rodríguez M . Rehabilitación en salud mental. Situación y perspectivas. Amarú. Salamanca 2002

Salvador-Carulla L, Bulbena A, Vázquez-Varquero JL, Muñoz PE, Gómez-Beneyto M, Torres F. La salud mental en España: cenicienta en el país de las Maravillas. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar. Informe SESPAS 2002 (pag.301 – 326) Valencia. EVES. 2002

Tizón JL. Investigación y docencia en salud mental I . Reflexiones para el clínico antes de la autoinmolación. Revista AEN 2001; 21 (77): 69-98. II. ¿ Queda algún futuro para la “Asistencia Centrada en el Consultante” y el pensamiento clínico?. Revista de la AEN 2001; 21 (78): 73-102

Torres F Evaluación de servicios a través del análisis de la demanda. En Aparicio V. Evaluación de servicios de salud mental (pag. 419-446) Madrid, AEN 1993

Vazquez Barquero JL, García J. Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1999; 249:128-135