ISBN: 978-84-95287-62-5

A E N

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial.

Grupo de Trabajo de la Sección de Rehabilitación de la AEN.

CUADERNOS TÉCNICOS, 16

Junta Directiva AEN:

Presidenta: *María Fe Bravo Ortiz*
Vicepresidenta: *Pilar Balanza Martínez*
Secretario General: *José Carmona*
Vicesecretaria: *Elena Redondo Vaquero*
Tesorera: *Carmen Bayón Pérez*
Director de Publicaciones: *Óscar Martínez Azumendi*
Vocales: *Eudoxia Gay Pamos, Manuel Gómez Beneyto, Juan Francisco Jiménez Estévez.*
Presidentes de Asociaciones Autonómicas: *Francisco del Río* (Andaluza), *Antonio Tarí García* (Aragonesa), *Paz Arias García* (Asturiana), *Catalina Sureda García* (Balear), *Francisco Rodríguez Pulido* (Canaria), *Juan A. Estévez Salinas* (Castellano-Manchega), *Roberto Martínez de Benito* (Castellano-Leonesa), *Francisco Villegas* (Catalana), *Alfonso García-Ordás* (Extremeña), *Iván de la Mata Ruiz* (Madrileña), *María José Lozano Semitiel* (Murciana), *Ana Sánchez Guerrero* (Valenciana), *Iñaki Markez Alonso* (Vasco-Navarra).

A E N

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial.

Grupo de Trabajo de la Sección
de Rehabilitación de la AEN.

COORDINADOR

Fermín Pérez

CUADERNOS TÉCNICOS, 16
MADRID, 2012

“Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial” es producto del debate, reflexión y análisis del Grupo de Trabajo de la Sección de Rehabilitación de la AEN. El Equipo Redactor de este Documento Técnico lo componen:

Almela Bernal, Joaquín
Aznar Martínez, Ana
Caballero Estebaranz, Nayra
Canovas Conesa, Joaquín
Carcelén García, Elena
Ferrera Rodríguez, Beatriz
Guinea Roca, Ricardo
López Gómez, Desiderio
López Navarro, José Manuel
Lozano Semitiel, María José
Martínez Benítez, Silvestre
Martínez Jambrina Juan José
Martínez Sande, Gonzalo
Olmos Villaplana, Estrella
Pastor Martínez, Ananías
Pérez Pérez Fermín (coordinador)
Rodríguez García, María Ángeles
Rodríguez Pulido, Francisco
Ruiz Periago, Bartolomé
Sánchez Suárez, María
Sobrino Calzado, Teodosia
Vehil Blanco, Liana
Villegas Miranda, Francisco

© Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012

Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
C/ Magallanes, 1 Sótano 2 local 4. 28015 Madrid.
www.aen.es - www.observatorio-aen.es

Impresión: Imprenta Arenas, S.L. Ezequiel Aguirre, 15. 48930 Las Arenas.

ISBN: 978-84-95287-62-5
Depósito Legal: BI-810/2012
Impreso en España. Unión Europea.

Accesible en formato digital en http://www.aen.es/docs/CTecnicos16.pdf
Solicitud de copias en papel en www.tienda-aen.es

ÍNDICE

Prólogo 7

Capítulo 1.- La sociedad, los sistemas y las personas. 11
1.1. Una sociedad abierta y cambiante 11
1.1.1. La población española 11
1.1.2. La economía 12
1.1.3. La familia 12
1.1.4. El mercado de trabajo 13
1.1.5. La pobreza 14
1.1.6. La exclusión 14
1.1.7. Las tecnologías 15
1.1.8. La educación 15
1.1.9. La salud 16
2. Los Sistemas 17
2.1. Sistemas de Salud y Salud Publica. 17
2.1.1. Determinantes Sociales de la Salud 23
2.1.2. La asistencia en salud mental en Europa. 28
Figuras y Tablas 31

Capítulo 2. La Reforma, los cuidados y la participación. 39
2.1. La Reforma Psiquiátrica 39
2.1.1. Lo que se dijo y lo que se ha hecho 39
2.1.2. El escenario y lo que nos falta por hacer 41
2.2. La salud mental comunitaria: 45
2.2.1. Definiciones de comunidad 45
2.2.2. Salud mental comunitaria 47
2.2.2.1. Definiciones 47
2.2.2.2. Principios y conceptos fundamentales 47
2.2.2.3. Sistema y componentes para los cuidados comunitarios 51
3. Las personas participan, cooperan, y ejercen la gobernanza 51

Capítulo 3. El camino hacia la recuperación. 69
3.1. La atención orientada a la recuperación. 69
3.2. Visiones de la recuperación 71
3.2.1. Perspectivas de los usuarios 72

3.2.2. Perspectivas de los familiares 73
3.2.3. Perspectivas de los profesionales 74
3.3. Valores y componentes de la recuperación. 75
3.4. Modelos de Recuperación 76
3.4.1. Modelo basado en la Alianza Terapéutica y Red de Redes 77
3.4.2. Modelo de Empoderamiento 77
3.5. Autoevaluación, fases y evidencias de recuperación 79
3.6. El saber de la experiencia 81

Capítulo 4. Marco contextual 87
4.1. Introducción. 87
4.2. Caracterización de la situación actual. 98

Capítulo 5. Perspectivas sobre la Rehabilitación Psicosocial en el mundo. 103

Capítulo 6. Las prácticas y las técnicas en rehabilitación psicosicial. RPS 119
6.1. Introducción 119
6.2. Rehabilitación, continuidad de cuidados y transversalidad 119
6.2.1. Transversalidad en el sistema de atención a la salud mental. El lugar de la RPS 119
6.2.2. Transversalidad: ¿utopía? Buscando un eje. 122
6.3. Gestión clínica en la Rehabilitación psicosocial 126
6.3.1. Responsabilidad social 127
6.3.2. Calidad en Rehabilitación Psicosocial 128
6.3.3. ¿Qué se entiende por proceso? 130
6.4. ¿Para quien es la RPS? 131
6.4.1. Criterios de definición de población con Trastorno Mental Grave TMG. 133
6.4.2. Criterios de definición de población con trastorno psicótico Incipiente 134
6.5. Cartera de servicios de RPS. 134
6.5.1. Rehabilitación Neurocognitiva 135
6.5.2. Cognición social 137
6.5.3. Funcionalidad y entrenamiento en AVD 139
6.5.4. Cuidado de la salud general 140

6.5.5. Intervención arteterapéutica y Técnicas expresivas 141
6.5.6. Intervenciones Psicoterapéuticas 142
6.5.7. Entrenamiento en Habilidades Sociales 143
6.5.8. Psicoeducación 144
6.5.9. Resolución de problemas 145
6.5.10.Prevención de recaídas 146
6.5.11.Apoyo a la Formación 146
6.5.12.Intervención Familiar 147
6.5.13.Promoción de la Inserción comunitaria y del ocio 148
6.5.14.Inserción laboral 149
6.5.15.Apoyo a la vivienda 150
6.5.16.Asesoramiento de Trabajo Social 151
6.5.17.Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario 152

Capítulo 7. Plásticos, Interactivos, Aprendices Y Caminantes, (Contribución de la rehabilitación psicosocial a la recuperación de la subjetividad). 155
7.1. Presupuestos 155
7.2. Plásticos 155
7.3. Interactivos 156
7.4. Aprendices 160
7.4.1. Las características de los aprendizajes curriculares son: 161
7.4.2. Currículum de rehabilitación 161
7.5. Características de los programas 162
7.6. Consecuencias del aprendizaje (Rehabilitación contextual) 162
7.7. Caminantes 163
7.7.1. Estrategias y procedimientos de rehabilitación personal 164
7.8. Plásticos, interactivos, aprendices, caminantes… y subjetivos. 166
7.8.1. Bases de la subjetividad. 166
7.8.2. Aproximación a la subjetividad 167

Capítulo 8. Ética de la Rehabilitación Psicosocial. Ética de la salud mental 169
8.1. Introducción 169
8.2. Psicoética: definición y principios 169
8.2.1. Principio de Beneficencia 170
8.2.2. Principio de no maleficencia. 171

8.2.3. Principio de Justicia 172
8.2.4. Principio de Autonomía 172
8.3. Modelos de relación terapéutica. 174
8.3.1. El modelo paternalista 174
8.3.2. El modelo informativo 175
8.3.3. El modelo deliberativo 176
8.4. Marco normativo básico en la relación terapéutica 178
8.5. Aspectos prácticos en relación a la Ley 41/2002 183
8.5.1. El derecho a la información 184
8.5.2. Confidencialidad de la información 185
8.5.3. Derecho a la intimidad 186
8.5.4. Consentimiento informado 187
8.6. Conclusiones 189

Capítulo 9. Recomendaciones y conclusiones generales 191

Prólogo

La satisfacción del derecho a la salud es uno de los componentes de mayor potencia en la construcción de la ciudadanía, siendo las políticas públicas potenciadoras o debilitantes de la misma. Una cultura sana es una cultura de inclusión, de esperanza, de confianza, de cooperación, de empoderamiento y de respeto a la dignidad humana. Los servicios deben funcionar con elementos de equidad, estabilidad y con garantías de calidad.

Cuando hablamos de rehabilitación puede ser que lo profesionales no estemos hablando de lo mismo, y en lugar de favorecer procesos inclusivos, creativos y normalizadores estemos promoviendo duplicidades, iatrogenias o la co-creación de nuevos procesos de cronicidad.

La Rehabilitación Psicosocial (RPS) se puede entender simultáneamente como una práctica, un medio para favorecer los procesos de recuperación, una filosofía, una estrategia, una ética. Como práctica utiliza componentes técnicos cuyas intervenciones deben estar enmarcadas en la ética y los profesionales deben ser sensibles a la diversidad cultural si pretenden conectar con las personas, pues de otra manera, éstas no seguirán sus prescripciones.

La transdisciplinariedad y el acercamiento entre saberes incompletos forman parte de nuestro quehacer diario cuando las interacciones que se establecen son sintónicas, de respeto y de calidad. La escucha atenta posibilita apercibir mecanismos de representación compartida que se anclan en la neurobiología, y que se expresan de diferentes modos en la comunicación manifiesta.

Como estrategia de atención la RPS es conocida y está extendida en gran parte del mundo, si bien la gran diversidad de ayudas formales e informales se relacionan con las particularidades económicas, organizativas, culturales y políticas de cada país y región. El volumen de recursos formales disponibles cuando va en consonancia con valores de justicia social tiene una estrecha relación con el nivel de desarrollo económico del país. Cuando las personas son conscientes de sus derechos la confianza en sí mismos aumenta.

La lucha por la igualdad de derechos ha formado parte de muchos movimientos ciudadanos con valores de justicia social. Hablar de ética es referirse a la dignidad de la persona. El modelo de recuperación es un movimiento social que se inicia en la década de los 80 en EEUU y en el Reino Unido y está influyendo en el desarrollo de servicios de salud mental en todo el mundo. Contempla las características singulares y únicas de los seres humanos como una manifestación de la diversidad que se sitúa en el marco de los derechos humanos.

Actualmente la recuperación, entendida como un proceso en el sentido de un recorrido único y personal, y la recuperación como objetivo que los servicios de salud mental deben promover, impregna toda la nueva misión asignada no sólo a

los servicios de rehabilitación sino a todos los servicios especializados en salud mental en todos los niveles o ámbitos asistenciales.

La atención se ha desplazado a la necesidad de considerar lo que las personas traen consigo, al significado que le dan a su vida y a los proyectos que desean llevar a cabo, a un respeto al valor y a los procesos de empoderamiento de las personas con problemas graves de salud mental y a sus familiares y/o referentes significativos, y desde un enfoque de servicios en el que las decisiones son compartidas.

Los servicios deben facilitar el acceso a los recursos disponibles en la comunidad para todos los ciudadanos, promover la plena participación de las personas en entornos naturales y responder a sus necesidades atendiendo al momento de los procesos en los que se encuentre cada cual. La relación entre diversas personas en la comunidad ayuda a combatir los mitos relacionados con la enfermedad mental y a que la comunidad sea más acogedora e inclusiva.

La atención a la salud mental se está desplazando hacia la recuperación, lo que implica reorientar la atención hacia la intervención temprana. Ahora bien, cuando las condiciones que estimulan el recorrido hacia la recuperación no han sido implementadas de forma precoz y los problemas se han sobredimensionado, el sentido de uno mismo, el funcionamiento psicosocial y la participación en la comunidad se encuentran seriamente dañados.

Tanto los relatos autobiográficos de las personas con un problema de salud mental como los escritos de los autores clave de la atención orientada a la recuperación señalan cómo la salud de un individuo que evoluciona es mucho más que la restauración funcional de sus capacidades.

Los movimientos en primera persona que han decidido colaborar en el desarrollo de mejores servicios a través de sus plataformas internacionales colaboran con la ONU. Nos recuerdan que nuestro trabajo no es juzgar quién y quién no se recuperará, que nuestro trabajo es establecer relaciones sólidas, un trato humano cálido y cercano que ayude a las personas con un trastorno mental grave a retomar el control de sus vidas.

Desde su creación en 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) como agencia internacional de la Salud de Naciones Unidas estableció una clara relación de la salud con los valores de seguridad y justicia, enfatizando la interrelación entre la salud de la población con el desarrollo económico y social.

La RPS ha sido promovida en todo el mundo por la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR) que se fundó en 1986 por iniciativa de un grupo de psiquiatras de EEUU, Italia, Reino Unido y Canadá. La Declaración de Consenso WAPR-OMS de 1996 precede en poco tiempo al informe de la OMS de

2001, informe que pone en primer plano la importancia de la salud mental en el conjunto de la salud. Las propuestas de OMS y de WAPR son muy similares.

El esfuerzo más sistemático para conocer la situación de la atención a la Salud Mental en el mundo es el Proyecto Atlas dirigido por la OMS. En su última actualización indica que a nivel global, los recursos siguen siendo insuficientes, no están equitativamente distribuidos, están infrautilizados y los recursos económicos se están reduciendo. Comparativamente, los países desarrollados disponen de más medios económicos y posibilidades para crear recursos formales.

El ordenamiento jurídico español, básicamente en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, recoge la rehabilitación, en concreto la rehabilitación en salud mental, como un prestación sanitaria incluida tanto en el ámbito de la atención especializada como en la atención sociosanitaria. En el ámbito de los servicios sociales la Ley 39/2006 de 14 de diciembre ha supuesto el reconocimiento de todas las personas en situación de dependencia al sistema de protección social.

La OMS considera que la carga de una psicosis para la familia y la sociedad, sólo es superada por la carga de la demencia y la tetraplejia. En una apuesta firme para una mejor atención a las necesidades de sus familiares, las familias, a través de sus movimientos asociativos, han realizado un esfuerzo ingente que ha propiciado el desarrollo de muchos recursos. Sin embargo, en este compromiso, muchos de ellos han olvidado sus derechos y descuidado sus propias necesidades vitales como seres humanos.

Individuos, familias y profesionales están llamados a establecer mecanismos de diálogo que permitan ir negociando una toma de decisiones que hagan factible la elección de las personas y el énfasis en la evidencia científica, mientras se profundiza y se operativizan las dimensiones subjetivas del sentido y propósito de uno mismo, y se validan de forma universal.

Los profesionales que trabajamos como agentes de la salud, desde diferentes modelos y ámbitos de actuación, favorecemos las condiciones para que los individuos puedan tomar conciencia del sentido de sí mismos, para que puedan integrar sus experiencias, protegerse de las emociones desagradables que están vivenciando, y con nuevas herramientas puedan continuar su camino hacia un horizonte que aún no ha sido trazado por nadie.

La reforma psiquiátrica se centró en el desarrollo de servicios y tecnologías con el objetivo de favorecer que las personas pudieran adaptarse a sus entornos naturales de procedencia, de forma bastante utópica, con los mínimos apoyos posibles. La estrategia de RPS no se adopta porque sea más barata que la institucio-

nal. Se adopta porque lo anterior era intolerable. Actualmente es prioritario que cada dispositivo conforme a ley y a derecho defina su propia cartera de servicios, y cumpla con lo que define.

La posición epistemológica del dualismo no posibilita un acercamiento plausible al campo de lo relacional, a la vida, a lo biopsicosocial. Las teorías, las prácticas y las formas de acceso al conocimiento están en consonancia con la flexibilidad mental de los investigadores, con las posibilidades de las épocas, la altura moral de los responsables que dirigen servicios y países, y de todos nosotros como ciudadanos de a pie. Cuando los profesionales sanitarios estamos integrados en equipos del espacio sociosanitario la psicoterapia se diluye en la red de efectos positivos que todos juntos queremos favorecer. Pero la capacidad de favorecer más cambios positivos la tienen las personas que comparten más tiempo con ellos.

Este documento pretende recoger todo lo anteriormente mencionado. Su elaboración ha sido posible gracias al esfuerzo de unos profesionales que desde diferentes ámbitos de actuación en rehabilitación y desde diferentes Comunidades Autónomas siguen creyendo que mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno mental grave y sus familias es posible si se planifican bien los recursos, se cuenta con profesionales implicados y sobre todo si se oye la voz de la experiencia de las personas afectadas.

Beatriz Ferrera Rodríguez.
Secretaria de la sección de rehabilitación de la AEN
Teodosia Sobrino Calzado. Presidenta

Capítulo 1.- La sociedad, los sistemas y las personas.

1.1. Una sociedad abierta y cambiante

La sociedad española está sufriendo desde finales del Siglo XX profundas transformaciones en cualquiera de sus referentes. Son cambios que nos sitúan, en una sociedad abierta, cambiante y compleja y que está requiriendo una capacidad de resiliencia no conocida en tiempos de paz, sino en los tiempos posteriores a las guerras mundiales. Muchos analistas consideran que este ajuste no es solo económico, debido a la expansión de un capital especulativo, sino también es un reajuste social e incluso ideológico. Por lo tanto, nos encontramos en una época de transición en la que no sabemos qué sociedad tendremos ni cuál va a ser el papel del estado, los mercados, las instituciones democráticas, las organizaciones políticas, cívicas, sindicales y sobre todo, de la ciudadanía. Todo se agita en un cóctel de múltiples posibles desarrollos futuros. Y este estado de incertidumbre hacia una nueva definición es el contexto donde los profesionales de la salud mental debemos acometer nuevos compromisos y nuevas acciones. No podemos permanecer como mudos testigos de un mundo que marcha a pasos acelerados a no se sabe dónde. Hace falta volver a colocar al sujeto como centro del mundo. Vivir de otra manera se nos antoja posible.

1.1.1. La población española

La imagen de la sociedad española y su familia ha sido recogida de forma sintética por Hertfelder. España ya es una nación vieja, hoy llamada “la cuarta generación” (mayores de 80 años). A este hecho hay que sumarle que cada vez nacen menos niños (cada vez más fuera del matrimonio), la tasa de nupcialidad ha caído vertiginosamente y cada vez los matrimonios son más tardíos. Las rupturas familiares se han disparado de manera que se rompe un matrimonio cada 3’6 minutos en España.

Los hogares españoles se encuentran vacíos, con más de dos millones de españoles que viven solos. Esta situación tiene consecuencias económicas y sociales. En lo económico porque se incrementan los gastos debido al envejecimiento poblacional (aumentan las pensiones, la edad laboral y el gasto sanitario). A nivel social, emerge una sociedad desestructurada por la ruptura familiar donde crece el individualismo y se pierden los valores que proporcionan la cohesión social.

1.1.2. La economía

En España aparece una nueva realidad en la que tiene presencia la desigualdad económica y la pobreza. Existe una idea compartida por muchos de que para conseguir bienestar hay que aumentar la tasa de crecimiento económico y crear empleo pero la experiencia de España demuestra que en los momentos de máxima creación de empleo la desigualdad no disminuyó.

Las desigualdades económicas en España son más amplias cuando el análisis se centra en la distribución de la riqueza. El grado de concentración de ésta es superior al de la renta (el 1% de los hogares más ricos en términos de riqueza acumula más del 12% del total mientras que en la renta el porcentaje del 1% más alto no llega al 7%). Hoy en día la vivienda constituye más de la mitad de la riqueza de los hogares por lo que dependen de las condiciones cambiantes de dicho mercado. Por otro lado, después de varios años de acercamiento de las cifras relativas del gasto social a los niveles medios de la Unión Europea la brecha volvió a ampliarse a partir del primer tercio de los años noventa. Entre otras consecuencias, que el efecto redistributivo de las prestaciones sociales es hoy inferior al de décadas anteriores.

Asimismo, un factor determinante de la evolución de la desigualdad en España es el territorial. Existe abundante evidencia empírica sobre el truncamiento en la última década de la tendencia a la reducción de las diferencias económicas regionales. El informe revela que persisten también diferencias importantes cuando las diferencias entre las CCAA se miden por la extensión de la desigualdad en cada región. El Informe alerta contra la posibilidad de que esas diferencias aumenten.

1.1.3. La familia

La *resiliencia colectiva* se define como “la capacidad de un país o de una organización para recobrarse de un trauma”, como es la crisis económica que se está viviendo en la actualidad. Dicha capacidad depende de la estructura interna de sus instituciones, entre las que destaca la familia. Inicialmente requiere resistencia para reducir los daños y posteriormente fortaleza para reponerse y seguir adelante. La familia está ayudando en este proceso apoyando especialmente a los jóvenes y necesitan más resistencia las familias de clase baja, debido al alto endeudamiento y la menor riqueza. Los mayores de la familia (jubilados) son el vértice de la resistencia. La familia, en general, cumple un papel de seguridad y aunque el núcleo central esté dañado, la familia extensa (abuelos, tíos, etc.) es crucial para el soporte familiar.

El principal factor de pobreza severa es la ruptura familiar y el debilitamiento de los vínculos.

1.1.4. El mercado de trabajo

Los cambios en el mercado de trabajo son el punto de partida para unas condiciones laborales radicalmente diferentes. En la actual situación de recesión económica, el paro vuelve a ser, una vez más, una preocupación social de primer orden. Es bien conocido que el paro se asocia a un amplio abanico de trastornos de salud y también lo es que las prestaciones de desempleo reducen este impacto. Así, los recortes en estas prestaciones que se han introducido en España recientemente deben abordarse no sólo como un problema de relaciones laborales sino también como un problema salud laboral.

En períodos de recesión económica los trabajadores aceptan peores condiciones de trabajo: aumento de la carga de trabajo, horarios atípicos, contratos temporales o salarios reducidos. Los dos cambios más relevantes en la organización del trabajo probablemente han sido la flexibilización del empleo y la intensificación del trabajo. Pero ni siquiera los trabajadores con contratos fijos están a salvo de procesos de reestructuración de empresas como consecuencia de las exigencias cambiantes de la economía, tal como se viene observando con especial intensidad durante los últimos meses. La feminización del mundo laboral con salarios más bajos, el envejecimiento de la población activa, y peores condiciones de trabajo en los empleos a tiempo parcial. Aunque el trabajo a tiempo parcial se considera a menudo una de las soluciones más efectivas a corto plazo para combinar el trabajo doméstico y el remunerado, en la medida en que continúa siendo una alternativa casi exclusiva para las mujeres, contribuye a mantener las desigualdades de sexo. Este contexto puede ser también el caldo de cultivo para el acoso moral, riesgo laboral que viene recibiendo cada vez más atención.

Si la salud laboral desea realmente abordar con éxito los retos que plantea la nueva economía debe a) fomentar la investigación sobre los efectos que las nuevas formas de trabajar tienen sobre la salud; b) impulsar la evaluación y la prevención de los factores de riesgo psicosocial en la empresa desde una visión preventiva centrada en el entorno de trabajo y no en el individuo; c) adoptar un enfoque que tenga en cuenta las diferencias y desigualdades entre varones y mujeres, tanto en el trabajo pagado como en el ámbito familiar y d) desarrollar sistemas de información con indicadores sensibles a la mayor complejidad del mundo laboral y al amplio abanico de trastornos de salud relacionados con el trabajo (más allá de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales) así como a las diferencias según el sexo y el grupo etario.

1.1.5. La pobreza

La pobreza sigue afectando a una quinta parte de los hogares españoles. Las tasas de pobreza son muy similares a los que ya existían décadas atrás, manifestándose por tanto, en el caso de la pobreza los mismos rasgos ya enunciados para las tendencias de la desigualdad.

La mayor novedad en el patrón de pobreza en España es, probablemente, la emergencia de la inmigración como uno de los colectivos con mayor riesgo y con mayor peso relativo en la población duplicando varias nacionalidades las tasas de pobreza de los españoles y casi triplicándolas en el caso de la pobreza extrema. Los bajos niveles salariales, la segregación ocupacional, la necesidad de atender altas cargas familiares, tanto en el país de origen como en el de destino y un acceso más limitado a algunos de los servicios sociales básicos hacen que el riesgo de pobreza de la población inmigrante sea considerablemente superior al de la población nacional

1.1.6. La exclusión

Cada vez existe mayor vulnerabilidad social en los hogares españoles afectados por factores de exclusión. Un punto crítico es la existencia de un 5,7% de hogares en situación severa de pobreza o exclusión, que, además, transmiten intergeneracionalmente esa condición, es decir, las personas que sufren la peor pobreza son siempre las mismas.

Los barrios que estaban en peores situaciones se encuentran, en la actualidad, más afectados y se experimenta especialmente la vulnerabilidad social entre los trabajadores extranjeros o recientemente nacionalizados españoles o europeos.

Aquellas personas que la población española identifica como inmigrantes sufren condiciones laborales más precarias y han visto disueltas con mayor facilidad sus relaciones contractuales en la coyuntura de la crisis. Aunque un colectivo significativo de inmigrantes ha vuelto a su país no se ha registrado un retorno masivo que reduzca cualitativamente su presencia en nuestro país. Lo que está en juego en la sociedad actual no es la presencia de inmigrantes sino su integración.

Para compensar esta vulnerabilidad hay que potenciar los factores de integración procedentes del sistema de protección social o de la estructura comunitaria.

1.1.7. Las tecnologías

Durante los últimos años hemos asistido a un crecimiento sin precedentes en el desarrollo de la *sociedad de la información*. Esta evolución ha sido posible gracias a diversos factores como el desarrollo de infraestructuras, la evolución de los dispositivos y sobre todo el creciente interés por el uso de los servicios por parte de los ciudadanos. Este último es un factor clave ya que el objetivo último de la *sociedad de la información* no es promover el uso de tecnologías en sí sino favorecer el uso de nuevos servicios que facilitan la vida de los ciudadanos.

La digitalización de la vida de las personas y la adopción de Internet como instrumento habitual en las actividades diarias no se está produciendo de una forma homogénea en la sociedad sino que diversos segmentos de población se encuentran mucho más avanzados en este terreno. Hasta ahora, los líderes en adopción han sido sin duda los sectores más jóvenes de la población.

En el Informe de Telefónica, se señala que este es un proceso de rápida adopción por parte de sectores más jóvenes de población y posterior aceptación en las capas más maduras es un patrón que parece repetirse en el tiempo, lo que nos hace pensar que actividades que ahora son comunes entre los jóvenes como la utilización de las redes sociales como mecanismo de comunicación se harán habituales para el resto de la sociedad en los próximos años. Estas tecnologías facilitan la creación de comunidades y la integración de sociedad, sistemas y personas a través de los sistemas amplios de comunicación y aumenta la eficiencia de los sistemas, a pesar del retraso en este ámbito de los sistemas sanitarios y sociales.

Las nuevas tecnologías derivadas de la nanotecnologías aplicadas a las biotecnologías y otras áreas tendrán consecuencias en la vida de las sociedades, de las personas y de la medicina. La epigenética y los sistemas virtuales es una consecuencia de estos avances que sin duda abrirá horizontes insospechados. Las sociedades cada vez demandan soluciones más rápidas.

1.1.8. La educación

En el Informe de la OCDE y en su valoración por el Ministerio de Educación se reconoce que estos cincuenta años han supuesto para España uno de los mayores cambios educativos de los registrados en los países de la OCDE. Partiendo de los niveles más bajos de formación de la población adulta entre los países de la OCDE a mediados del siglo pasado hemos alcanzado en formación superior los promedios de la OCDE y los niveles de los países más avanzados entonces, Estados Unidos y Alemania. En Educación Secundaria superior hemos reducido

drásticamente las diferencias de partida, de más de 60 puntos porcentuales que nos separaban de los países con mayores niveles educativos entonces, a poco más de 20 con los que tienen ahora los porcentajes más elevados. Es en esta etapa educativa donde se mantiene el reto español de alcanzar los promedios de la OCDE. Sin embargo, sólo un 22% de ciudadanos españoles han completado la segunda etapa de Educación Secundaria, frente al 44% de la OCDE y un 48% de la UE. Es en esta etapa donde se producen las principales diferencias entre el nivel educativo de la población adulta española y la de los países de la OCDE, a pesar de los avances de los últimos años (8 puntos desde 1999 y 3 desde 2004). Otros países que alcanzan porcentajes elevados en Educación Secundaria son Alemania (59%), Japón (56%) y Suecia (52%). Los altos índices de fracaso escolar continúan presentes y sus múltiples orígenes y las reformas educativas no cesan en cada etapa legislativa.

Por otro lado, la forma de educar es diferente a la de hace algún tiempo. Lo cierto es que no resulta posible educar igual que antaño. Y si nos fijamos, señala Corominas (5), en algunas de las pautas que marcan esas diferencias educacionales deberíamos comenzar por la propia familia, institución claramente distinta con respecto a la de hace algunos años. Por lo pronto, nos encontramos con que trabaja él pero también ella. Se produce un cambio de papeles y mientras el marido se ha debido integrar en la educación de los hijos la mujer se ha convertido en una trabajadora más, igual de implicada en sus asuntos que el cónyuge. Entre los dos deben ponerse de acuerdo en las normas y educación de los hijos.

1.1.9. La salud

En el informe de la OMS sobre las amenazas a la salud pública en el siglo XXI la directora general nos advertía que, el crecimiento demográfico, la incursión en zonas antes deshabitadas, la rápida urbanización, las prácticas agrícolas intensivas, el deterioro del medio ambiente y el mal uso de los antimicrobianos han alterado el equilibrio del mundo de los microorganismos. Están surgiendo nuevas enfermedades al ritmo sin precedentes de una por año. Las compañías aéreas transportan hoy a más de 2000 millones de pasajeros anualmente, disparando así´ las oportunidades de los agentes infecciosos y sus vectores para propagarse rápidamente de un país a otro.

Nuestra dependencia de los productos químicos es hoy mayor, al igual que nuestro grado de conciencia sobre los peligros potenciales para la salud y el medio ambiente. Como consecuencia de la industrialización de la producción y elaboración de los alimentos y de la globalización de su comercialización y distribución

un solo ingrediente contaminado puede obligar a retirar toneladas de alimentos de un gran número de países. Una tendencia especialmente ominosa es que los antimicrobianos básicos están empezando a fallar a un ritmo mayor que el del desarrollo de los medicamentos que habrán de reemplazarlos.

Estas amenazas se ven amplificadas en un mundo caracterizado por una gran movilidad y por la interdependencia económica y la interconexión electrónica. Las defensas tradicionales empleadas en las fronteras nacionales son insuficientes para protegerse contra la invasión de una enfermedad o un vector. Las noticias en tiempo real permiten que el pánico se propague.

2. *Los Sistemas*

2.1. Sistemas de Salud y Salud Publica.

Frenk identificó hasta cinco acepciones para el término salud pública. En la primera, igualaba el adjetivo público a la acción del gobierno, es decir, al sector publico. Como segunda acepción definía la salud pública como aquella acción que no solo incluye los programas del gobierno, sino también la participación de la comunidad organizada, el público. En una tercera acepción identificaba a la salud pública con los servicios no personalizados, ya que son servicios que pueden no ser apropiados para un individuo específico, porque su objetivo o meta es el ambiente o la comunidad. Como cuarto concepto y complementario al anterior planteaba que la salud pública es aquella actividad que añade una serie de servicios personales preventivos para grupos vulnerables. Y, por último, señalaba que se asimilaría al concepto utilizado dentro de la expresión problemas de salud pública, frecuentemente usado, en especial en el lenguaje no técnico, peligroso o frecuente. Cuando se utiliza el término de salud pública vemos que admite varios significados, resultando imprescindible ubicar el contexto donde se utilizan.

Los sistemas de salud están formados por todas las personas que actúan y todas las medidas que se adoptan con la finalidad principal por mejorar la salud. Pueden ser integrados y estar centralizados pero a menudo no es así. En este siglo, los sistemas de salud han experimentado un crecimiento explosivo a medida que se adquirían y se aplican nuevos conocimientos para resolver las necesidades de las poblaciones y los sistemas han contribuido enormemente a mejorar la salud. Pero su contribución podría ser mayor aún, especialmente para los pobres. Si no se alcanza todo lo que esos sistemas pueden dar ello se debe a fallos en el sistema, no a limitaciones técnicas. ¿Cómo pueden funcionar mejor para que además de proteger la salud respondan a las expectativas de la gente?

En esta línea, aunque sin total consenso científico sobre la definición de *sistema sanitario*, si hay un acierta homogeneidad entre lo que los diferentes autores opinan. Así, el informe de la Organización Mundial de la Salud planteaba que un sistema de salud abarca todas las actividades cuyas finalidades principales son promover, restablecer o mantener la salud. Identifica a la salud como el objetivo definitorio del propio sistema tanto en nivel como en equidad. Además, plantea que la capacidad de dar respuesta a las expectativas de las personas y la equidad de las contribuciones financieras son otros dos objetivos de los sistemas sanitarios. Por último, señala que las funciones de cualquier sistema de salud son la rectoría, la creación de recursos, la prestación de servicios (individuales y poblacionales) y la financiación del sistema. Incluiría acciones intersectoriales realizadas por los directivos sanitarios, por ejemplo solicitando al ministro de educación correspondiente que promueva la educación de las mujeres el conocimiento de los determinantes de la salud. Este documento reconoce que los sistemas de salud deben ejercer varias funciones con independencia de su organización, como son la provisión de servicios, el desarrollo de los trabajadores sanitarios y otros recursos clave, como la gestión de las finanzas y asegurar el liderazgo y la gobernanza del propio sistema sanitario.

En la revisión realizada por Alboal Viñas nos plantea un posible marco de las funciones de un sistema sanitario (véase Figura 1) en el cual se identifican tres objetivos y cuatro funciones que se asimilan a los macroprocesos de cualquier organización, como son los procesos estratégicos, los procesos clave y los procesos de apoyo. Asimismo, se identifica una serie de funciones o procesos de nivel más bajo. Es interesante señalar que en ningún documento revisado, nos advierte el autor, se indica el reparto que debe hacerse entre los distintos componentes o unidades de un sistema. Podemos decir que la extensión de la cobertura sanitaria y la búsqueda de la equidad han ocupado un lugar prioritario en la política sanitaria del siglo XX. Para garantizar estos objetivos los gobiernos han ido participando cada vez más en este sector, aunque su papel ha sido muy distinto según la época y el modelo sanitario establecido en cada país. Su actividad, como señala Merino et al.(10) hasta el siglo XIX había llegado incluso hasta la creación de redes especificas, bien para atender problemas prioritarios de salud pública, como la tuberculosis, bien para proteger a grupos económicamente débiles, como los beneficiarios municipales, A su vez, algunos grupos sociales buscaron formas para protegerse de las enfermedades creando los seguros de enfermedad. Es entre ambos planteamientos donde hay que enmarcar los orígenes de los modernos sistemas de salud. En general, señala la autora citada, se definen tres modelos teóricos de sistemas que algunos autores consideran como etapas evolutivas de

las mismas. Aunque algunas naciones no han variado substancialmente su modelo sanitario otros países han pasado gradualmente de un sistema a otro, de acuerdo con las corrientes ideológicas mayoritarias que han ido dominando el continente. Sin embargo, matiza Merino (10), que en ningún país europeo se puede encontrar un tipo de sistema puro; todos ellos poseen combinaciones de estos modelos en diferentes grados, aunque siempre hay una característica y tendencias dominantes que definen la estructura sanitaria del país (véase tablas 1 y 2) y tendríamos como modelos 1) los seguros voluntarios y modelos de libre mercado o aseguramiento libre; 2) el seguro obligatorio y los sistemas de seguros sociales; y 3) el derecho a la salud y los servicios nacionales de salud. El sistema Nacional de Salud es el sistema organizativo predominante en Europa Occidental. Once países pueden incluirse dentro de este modelo sanitario; el Reino Unido e Irlanda, los países Nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia) y la Europa del sur (Grecia, Italia, Portugal y España). Se caracterizan sobre todo por la cobertura universal. Según su filosofía básica, el derecho a la salud, entendido como derecho a la asistencia, es patrimonio de todos los ciudadanos y corresponde al Estado hacerlo efectivo. Por este motivo, generalmente es el sector público el encargado de la financiación, la gestión y la prestación de servicios. Los sistemas sanitarios europeos a parte de compartir el objetivo de fomentar, mantener y recuperar la salud, tienden a regirse los mismos principios básicos de eficiencia, equidad, solidaridad y democracia.

Este sistema sanitario soportado por el sector público es uno de los ingredientes del *estado del Bienestar*, que en Europa es centenario y construido con el sudor de muchas generaciones, pues era justo y necesario, como una salida que el propio capitalismo de la era industrial y de la posguerra ha permitido durante años. Este significó: 1) apoyar a las familias y a sus hijos, 2) establecer una estructura educativa de calidad para todos, 3) facilitar el acceso a servicios sanitarios según necesidad (y no según capacidad-deseo de pago) mediante un sistema sanitario público de cobertura universal con escasos o nulos pagos en el lugar de la prestación de servicios, 4) redistribuir la riqueza y facilitar las comunicaciones, el transporte, el comercio y la actividad económica y la participación democrática de todos en la cosa pública y 5) crear un sistema de subsidios de desempleo y de pensiones que asegure el futuro. Hoy estos pilares están siendo destrozados aplicando las teorías del liberalismo económico.

Hoy esto está en tela de juicio. En una brillante conferencia en la Asociación de Salud Pública de Australia, los profesores Martin Makcke y David Stukclernos muestran las diferencias entre los Estados Unidos y Europa. Afirman que para aquellos que desean destruir el modelo de Estado de bienestar europeo, los Es-

tados Unidos les ofrece un modelo atractivo de las debilidades estructurales del bienestar social. Nos dicen que, en el sistema americano, si usted es rico pagará mucho menos impuestos, en cambio, le proporcionará una red de seguridad básica cada vez más raquítica. De hecho, el sistema de bajos impuestos / bajo sistema de bienestar es tan sesgado que un multimillonario pagará una proporción mucho menor de impuestos que los que pagan los trabajadores más pobres, por lo que efectivamente los pobres están subsidiando a los ricos. Por el contrario, en los países escandinavos, los impuestos son altos, pero, en cambio, los ricos obtienen un paquete integral de beneficios de alta calidad, gratuitamente o con un coste mínimo, incluyendo el cuidado de niños, salud, asistencia social, y educación universitaria. Existe una clara relación inversa: los que pagan impuestos más altos, obtienen más a cambio (además de vivir de una manera más armoniosa, la sociedad es más segura).

Estos autores señalan que los ataques a los programas universales en el estado de bienestar americano es una estrategia perfectamente identificable y que solo está en sus comienzos. En primer lugar, crearon la imagen de un grupo identificable de "pobres indignos". En segundo lugar, crearon un sistema en el que los ricos vean pocos beneficios de sus impuestos que fluyan de nuevo a ellos. En tercer lugar, disminuyeron el papel de los sindicatos, presentándolos como la búsqueda de los estrechos intereses de sus miembros y, como es en la actualidad, reconociendo que las altas tasas de afiliación sindical históricamente han beneficiado a la población general. Por último, como hizo Reagan cuando cortó el bienestar en la década de los 80, establecer una política cuyas consecuencias no están claras y cuyos efectos sólo se verán en el futuro. Todas estas estrategias, afirmaban que se pueden observar en el Reino Unido hoy. La prensa sensacionalista, muchas de ellas propiedad de multimillonarios, está a la vanguardia de la primera aproximación. Cada día llenan sus páginas con relatos de las personas "ordeñando el sistema." Por la constante repetición que crean nuevas formas de asociación de palabras, la construcción de una cultura marginada. "Bienestar" se asocia invariablemente a "gorrones" y "los fingidores" describe a los "los que están en manicomios." Se acepta que hay un grupo de pobres que lo merecen, cuya situación ha surgido de la "verdadera desgracia" (que aparentemente excluye a los refugiados atrapados en las guerras), pero cuando estos grupos aparecen en sus páginas es porque han sido abandonados por el Estado, que está dedicando sus esfuerzos a los indignos. Y un creciente grupo de investigaciones muestra esta dieta continua de odio que hace la diferencia. Nos explican que tal denigración de los pobres indignos no es nueva y se preguntan ¿Qué está cambiando en el Reino Unido para la progresiva exclusión de las clases medias del estado de bienestar a través de la erosión adi-

cional de los beneficios universales? La lógica es atractiva, pero muy divisoria: ¿Por qué el estado paga por aquellos que pueden pagar por sí mismos? ¿Por qué "la gente trabajadora" paga "los beneficios de la clase media"? Se genera lo que algunos llaman tres mundos en las sociedades europeas.

La crisis económica ha dado al gobierno la oportunidad de hacer del reajuste económico un reajuste ideológico. El déficit debe ser reducido, y por lo tanto, uno por uno, los beneficios se eliminarán y se enfrentarán unos grupos contra otros, así como se marchitarán los intereses de la clase media en el Estado de bienestar. En este sentido se han realizado varios cortes y restricciones al beneficio. En primer lugar, a la prestación universal por hijo -ahora prestaciones por hijo a cualquier persona de una familia donde una persona es un contribuyente mayor a la tasa impositiva. El siguiente paso fue ir a por la educación universitaria asequible – toda una generación que lucha por pagar sus deudas se están preguntando porque están pagando impuestos-. Y ahora, están estudiando si por la comida, los libros, también se debe pagar impuestos

Estos ataques recientes en los programas universales son sólo el comienzo. Cada vez más, las clases medias se preguntan por qué están pagando por un sistema que les da poco a cambio. La idea de que el Estado es un sistema de seguridad del que pueden beneficiarse si se encuentran en necesidad, se erosionó. Habrá una reducción cada vez mayor en la financiación e inevitablemente en la calidad de los servicios restantes utilizados por las clases medias, como la educación primaria y secundaria y la salud, persuadiéndolos de que sería mejor buscar opciones privadas. Los servicios públicos se convertirán en los hospitales públicos de EEUU, es decir, un servicio para los pobres.

Las reglas del juego ya están establecidas en la asistencia sanitaria. En algún momento, en el futuro, cualquier vestigio de garantías podría desaparecer y la puesta en marcha de consorcios, por entonces financiados con cargo a presupuestos personalizados, se convertirán en compañías de seguros, con todo tipo de formas de limitar los que se inscriben y lo que se cubre ¿Quién se beneficia de esta progresiva degradación del estado de bienestar? Obviamente, las clases bajas, no. Sin embargo, no lo hacen las clases medias, con los nuevos sistemas, complejos, e individualizados más caros que los que existían anteriormente, y a menudo de menor calidad, y siempre mucho más complicados. Los verdaderos beneficiarios son los que son muy ricos, que ya no tienen que pagar. La experiencia de los Estados Unidos muestra la facilidad con que personas pueden ser persuadidas a votar en contra de sus propios intereses económicos. Como hemos visto, recientemente ha ocurrido en las elecciones autonómicas de Cataluña, siendo las personas mayores, las que asumen las iniciativas populares de protesta ciudadana.

Muchos tira y aflojas hay en la prensa nacional y en los debates no especializados sobre el copago, apoyándose en la mayor eficiencia y la sostenibilidad del sistema público sanitario. Y muchos de ellos en vez de un ajuste económico desde la eficiencia del sistema lo que realmente buscan es un ajuste ideológico. Decimos esto porque si nos vamos a la lectura de los principales resúmenes de la evidencia comentados por expertos en economía de la salud se puede recoger una serie de conceptos que se reiteran. El nivel de evidencia sobre copagos es bajo y los estudios disponibles, en general, son de poca calidad metodológica. La mayoría de los estudios son observacionales sobre diversas poblaciones, y los resultados obtenidos pueden también ser debidos a otras causas (sesgos). En nuestro país, no existe mucha evidencia empírica sobre copagos y salud. La escasa información existente en países de sistema sanitario similar al nuestro se basa en copagos por medicamentos. En la sustantiva revisión realzada por la SEMFYC, comprobamos como por otro lado, es muy difícil comparar los copagos instaurados en los diferentes países ya que las diferencias entre sistemas sanitarios, cartera de servicios o definición de los límites de la atención primaria hacen que la comparación pueda ser inexacta. Si sumamos a todo ello que no hay evidencia de beneficios por el copago (salvo una leve disminución de la utilización que no se mantiene al cabo de un año) y en cambio hay indicios (de poca calidad pero concordantes y en muy distintos países) de perjuicios en la salud y en la equidad de la atención sanitaria, es más que razonable sugerir que si se considerara aplicar algún tipo de copago sanitario éste debería someterse a pilotaje y evaluación. Es decir, no es una medida contrastada para su uso: en todo caso, es una intervención que se debería monitorizar.

La evidencia disponible sugiere que los copagos no tienen ninguna capacidad para contener el gasto sanitario, sobre todo el gasto global a largo plazo. En cualquier caso, los expertos coinciden en que deberían eximirse de copago las prestaciones sanitarias personales que implican externalidades en beneficios (p. ej., las vacunas). Así mismo, los programas de cribado poblacional coste-efectivo deberían quedar en cualquier caso al margen de los copagos para las personas del grupo diana. El abuso imputable al paciente parece ser muy limitado en los sistemas públicos de salud (menos del 2% del gasto) por lo que la atención debe redirigirse al comportamiento de los proveedores. En consecuencia, se precisaría una estrategia de compromiso de los profesionales sanitarios que necesariamente pasa por la incentivación y la mejora de las condiciones laborales así como la capacidad de decisión

La SEMFYC está en desacuerdo con la aplicación de copagos en los servicios sanitarios dado que no existen pruebas concluyentes de sus beneficios, pero

en cambio sí existen evidencias, aunque sean débiles, y derivadas de múltiples estudios, sobre sus posibles efectos perjudiciales en la equidad y la salud de la población, especialmente la más desfavorecida socioculturalmente. Y pese a las grandes diferencias existentes entre el sistema sanitario americano y europeo, es de destacar que en Estados Unidos los copagos han mostrado una disminución de la adherencia a los tratamientos crónicos y, en algunos estudios, un aumento de las hospitalizaciones urgentes y las visitas médicas. Estos resultados son concordantes y coherentes con los europeos citados anteriormente, pese a las diferencias estructurales en sus sistemas sanitarios y sociales. Se apuesta claramente para la sostenibilidad del sistema sanitario y seguir las referencias de los últimos cambios en el Reino Unido, a saber, reforzar el papel del médico de familia así como el control del presupuesto sanitario de AP y de la consulta externa de especialidades hospitalarias en manos de los médicos de familia, permite una mejor gestión del mismo. El traspaso de la responsabilidad de gestión a los médicos de familia puede causar (según sus cálculos) un ahorro del 45% de las tareas administrativas y mejorar la calidad global de la atención sanitaria.

2.1.1. Determinantes Sociales de la Salud

El diagnóstico de la situación de salud constituye una parte imprescindible de cualquier proceso de planificación y programación sanitaria dirigido al mejoramiento del nivel de salud de una población y a la solución de problemas de salud. Entendiendo por tal cualquier situación que se produce en la comunidad tanto para la salud de las personas como la parte social y económica. El estudio de las dimensiones del estado de salud y los factores que les afectan son de indudable valor en la toma de decisiones en la política sanitaria (Véase tabla 3).

Reunir cierta evidencia científica, no como un acto académico, permite servir de palanca para orientar un cambio de las políticas con la finalidad de captar el interés por parte de los responsables políticos y los más directamente implicados. Hoy sabemos que la desigualdad social y de género generan problemas de salud y recorre de una forma transversal tanto las políticas macro como las actividades a un nivel micro; siendo indicativo del bajo nivel de descripción e intervención sobre la reducción de las desigualdades. Peiró et al. en el Informe del SESPAS, en su monográfico sobre la *salud pública* desde el punto de vista de clase y género-, al hablarnos de las desigualdades entre hombres y mujeres, enfatizan que se producen, además de por motivos económicos y culturales que afectan a toda la población, por lo que se denomina "género", cuyo concepto incorpora al hecho biológico del sexo, el impacto negativo de los factores sociales asociados a los

diferentes patrones de socialización de hombres y mujeres, que tiene que ver con roles familiares, las expectativas laborales y tipos de ocupación . Como resultado, la esperanza de vida en las mujeres es mayor respecto a la de los hombres pero también lo es la presencia de enfermedades crónicas que derivan en discapacidad y dependencia física. Con el incremento del envejecimiento, la dependencia aumenta y se produce una desproporción entre necesidades de esta población y recursos disponibles, por lo que la solución a los problemas de dependencia sigue recayendo en la familia y sobre todo en las mujeres (esposa, madre o hija del paciente), que son el agente sanitario más importante de la Atención Primaria. Son mujeres con un perfil determinado, en edad media de la vida, con estudios primarios o secundarios, situación laboral activa, escasa ayuda social percibida por parte de la administración, restricción en sus relaciones sociales y disfunción familiar. Estas dificultades sociales son capaces de desencadenar alteraciones en el estado de salud, como trastorno ansioso-depresivo, insomnio y trastornos osteomusculares produciendo el patrón de enfermar que caracteriza el género.

La población inmigrante acumula una serie de desigualdades que afectan a su salud. La propia situación de inmigración conlleva en muchas ocasiones a la marginación social, escasos recursos económicos, falta de redes de apoyo social (familiares, amigos), desconocimiento de recursos sociosanitarios del país que les acoge, asistencia sanitaria a través de ONGs, etc. En estos grupos poblacionales en los que domina la figura del hombre, la mujer presenta vulnerabilidad ante las desigualdades en la esfera no solamente social, sino también laboral y familiar. La población inmigrante, respecto a la población general, utiliza más los servicios públicos del INSALUD y los servicios de urgencias constituyen la principal vía de ingreso hospitalario en esta población, siendo la patología ginecoobstétrica la principal causa de estos ingresos. Los principales problemas por los que el inmigrante acude a nuestro sistema de salud son las patologías infecciosas (tuberculosis avanzada, SIDA y otras ETS), los accidentes laborales (trabajan en condiciones de precariedad y en puestos de trabajo para los que no están cualificados) y los trastornos psiquiátricos (trastornos psicosomáticos, depresión, esquizofrenia).

Berrios, al reflexionar sobre el riesgo en psiquiatría, como inseguridad, peligro o probabilidad, concluye en esencia que el término es engañoso porque no está claro cuando nos referimos a él si ¿se trata de un rasgo inherente y autónomo de algún objeto externo? ¿Es una reacción a una subjetividad determinada? ¿Es el resultado de la integración del sujeto y el mundo? Estas preguntas, dirigidas a aclarar la ontología (su naturaleza, lo que es, y epistemología (como se conoce y hasta qué punto conocimientos tal conocimiento) del riesgo, advierten al clínico de las complejidades implicadas en instrumentalizar el “riesgo”, o sea, hacerlo útil

para la prevención o manejo de las enfermedades y de sus consecuencias. Berrios advierte al clínico, que las estimaciones epidemiológicas, genéticas y estadísticas del riesgo para todos los trastornos tienen poco significado por si mismas. Solo consiguen, tener sentido y son útiles cuando desencadenan una acción correctora en aquellos considerados de riesgo. Para ser útil, el riesgo debe transformarse en un probabilidad subjetiva y en una representación social, no basta solo con comunicarle al sujeto que está en riesgo para que esto le motive al cambio.

Los tres principios determinantes para salud mental y el bienestar son: 1) La equidad en salud es una cuestión de justicia social, 2) La salud y la equidad en salud son marcadores de desarrollo social, 3) El empoderamiento de las acciones sobre las causas de las causas nos ayudan a un mayor control de los determinantes. Las inequidades de salud intra y entre países no solo vienen medidas en base a la ausencia de los trastornos mentales. Hay que tener en cuenta el estado de bienestar de cada individuo con su propio potencial, pudiendo este afrontar el nivel de estrés de la vida, pudiendo trabajar productiva y fructíferamente y siendo capaz de hacer una contribución a su comunidad.

En todo el mundo hay 450 millones de personas con enfermedades mentales. Visto de otra manera, en una de cada cuatro familias al menos uno de sus miembros padece una enfermedad mental. En el informe del Parlamento Europeo del 2009 sobre salud mental, se viene a cuantificar que en Europa una de cada cuatro personas sufre problemas de salud mental al menos una vez en su vida, y muchas más se ven afectadas de forma indirecta, y que las normas relativas al tratamiento de las enfermedades mentales varían considerablemente entre los países de Europa. En materia de salud mental hay que tener en cuenta los aspectos específicos de la dimensión de género, y que es mayor el número de mujeres que sufren trastornos mentales y mayor el número suicidas varones El suicidio continúa siendo una de las primeras causas de muerte prematura en Europa con más de 50.000 muertes al año en la UE y que en 9 de cada 10 casos se ha visto precedido por trastornos mentales, frecuentemente depresiones. Y que además, la tasa de suicidios y de intentos de suicidio entre las personas encarceladas o detenidas es superior a la de la población general. La elaboración de políticas encaminadas a reducir el número de casos de depresión y de suicidio tiene una profunda relación con la protección de la dignidad humana. Además sabemos que al realizar proyecciones sobre la salud mental en el 2030, el trastorno depresivo unipolar será la causa número uno de causa de DALYs (años de vida ajustados por discapacidad) en los países de altos ingresos, la número dos de causa de DALYs en los países con ingresos medios y la número tres de causa de DALYs en los países con ingresos bajos.

Ningún grupo social está libre de enfermedades mentales, aunque el riesgo de las mismas es mayor en personas con pocos recursos, los niños y los adolescentes, las mujeres que sufren violencia, los parados, las personas con niveles de formación bajos, los ancianos abandonados, las víctimas de violencia, los emigrantes, y los refugiados. Los factores sociales se han relacionado con la depresión y el nivel de evidencia que se ha encontrado:

Factores	**Nivel de evidencia**
Baja posición socioeconómica	Muy convincente
Bajo nivel educativo	Muy convincente
Desempleados y buscando empleo	Muy convincente
Inseguridad alimentaria y deficiencia temprana en la nutrición	Fuerte
Desigualdad de género	Fuerte
Bajos ingresos	Fuerte

Existe un mayor riesgo de depresión en mujeres y esto es debido a varios factores: múltiples responsabilidades sin ganancias económicas, falta de apoyo, violencia de género, salud física pobre, nivel educativo, autonomía en la toma de decisiones, migración, etc. Y también sabemos que, el estrés en el lugar de trabajo incrementa el riesgo de enfermedad. Un estudio de Artacoz et al demuestra que el tipo de contrato se relaciona con la prevalencia de unos índices peores de salud mental. Tienen peores índices los que no están contratados o con trabajos esporádicos que los temporales y fijos.

Para tener unas mínimas condiciones para una vida saludable debemos tener presente: la dieta, la actividad física incluido cuerpo/mente, relaciones psicosociales, conexiones sociales, vivienda, cuidados médicos, estar activo, y la higiene. Para las relaciones psicosociales la persona cuenta con diferentes instrumentos: teléfono, cartas, regalos a los nietos o a otros, ir al cine, deportes, encontrarse con amigos, entretenimiento, la televisión, los periódicos, los amigos, hobbies, jardinería, otros, etc.

Por último sabemos que el coste económico para la sociedad de una mala salud mental se estima entre el 3 % y el 4 % del PIB de los Estados miembros; que en 2006 el coste de las enfermedades mentales para la UE fue de 436.000 millones de euros, y que la mayor parte de estos costes tienen lugar al margen del sector sanitario, sobre todo debido a la ausencia sistemática del trabajo y a la concesión de jubilaciones anticipadas y por invalidez, y que en muchos casos los costes estimados no reflejan la carga financiera adicional de la comorbilidad, que afecta con más frecuencia a las personas que sufren de problemas de salud mental.

Modificar los determinantes sociales de la salud mental requiere unas acciones interactivas entre las políticas globales, nacionales y locales; asimismo sobre las condiciones de las personas en la que nacen, crecen, viven trabajan, y envejecen; y por último, requiere de la supervisión, el entrenamiento y la investigación. Entre las áreas de acción se encontrarían como principales el desarrollo del niño y la educación, lugares saludables, empleo adecuado, las protecciones sociales y los cuidados de salud universales. Alrededor de estas áreas también estaría disponer de una financiación justa, la equidad de la salud en todas las políticas, un buen gobierno global, igualdad de género, la responsabilidad y el empoderamiento político (inclusión y voz).

Hay dos cuestiones prioritarias para la investigación futura. En primer lugar, ¿Cuál es el impacto del cambio social y económico por el que en la mayoría de los países con desigualdades, se amplían las desigualdades de salud mental? Esto requeriría un registro de las poblaciones con evaluaciones simultáneas de los determinantes y los resultados de salud mental. En segundo lugar, ¿cuáles son los factores de protección que fortalecen la resistencia y promueven la salud mental? – por ejemplo, ¿por qué la mayoría de las personas que viven en relaciones violentas, o en pobreza extrema, o expuestos a graves desastres, no sucumben a la depresión clínica? ¿Por qué las tasas de trastornos de conducta en niños de algunos grupos étnicos son más bajas que para otros dentro de una misma comunidad? Esto puede requerir un enfoque de investigación diferente, mediante el cual todas las personas en la muestra del estudio se exponen a un factor de riesgo y medidas de efecto sobre la salud mental y los resultados se calcularían sobre la exposición a la protección en lugar de a los factores de riesgo. Hay una necesidad particular de llevar a cabo esta investigación en países con bajos y medios ingresos en los que como esta revisión ha demostrado la base de la evidencia es más débil.

En la década de 1980, España estaba en plena transición, partiendo de un estado de bienestar poco desarrollado, con una población todavía joven, y la concepción de discapacidad en los objetivos sociosanitarios todavía no otorgaba un papel central a la vejez. El panorama nacional ha experimentado cambios muy rápidos. El cambio principal es el viraje de la atención desde la causa al impacto de la discapacidad, es decir, a sus consecuencias, la dependencia. En la tabla 4, Abellán et al presentan una síntesis sobre el modo en que las tres encuestas reflejan tales cambios, distinguiendo las diversas dimensiones internas y externas implicadas. La definición de la discapacidad no ha cambiado sustancialmente, pero lo han hecho las demás dimensiones. El interés explicativo estuvo en el propio individuo como origen de los problemas, con un modelo médico y causal, pero luego evolucionó y otorgó importancia creciente al entorno, hasta centrarse ahora en las

consecuencias de la discapacidad: la dependencia y su impacto para cuidados y cuidadores. También han cambiado la finalidad y el uso previsto de la información recabada. Inicialmente respondía a criterios educativos, sanitarios y laborales, y de ahí la importancia de la minusvalía

Hay que estudiar cómo se han entendido la discapacidad y la dependencia y el modo de operativizar su conocimiento en España. Se trata de un objetivo de tal amplitud, que la síntesis se hace aquí a título de propuesta interpretativa de los autores. La definición de la discapacidad no ha cambiado sustancialmente, pero lo han hecho las demás dimensiones, lo que ocasiona cierta inconsistencia en los resultados. De hecho, entre 1986 y 1999, con el mismo marco conceptual, los resultados difieren más que entre 1999 y 2008, con marco diferente. El INE se ha visto atrapado entre aplicar los marcos y los modelos explicativos vigentes o dar continuidad a las fuentes, el mismo dilema de toda la comunidad científica y estadística internacional

Hoy los datos se relacionan con el grado de acierto de las políticas de bienestar, las encuestas son más selectivas a la hora medir discapacidad, y deben tener en cuenta necesariamente el factor edad. Además, en el panorama estadístico español relativo a este tema, hay posibilidades crecientes que no están siendo aprovechadas. La implementación de la Ley de Dependencia ha empezado a generar unos registros administrativos, los del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de valor extraordinario, que necesitan de su clarificación y análisis y disponibilidad a los investigadores. Es información delicada y afecta a la concesión de recursos y prestaciones, pero convenientemente anonimizada sería de extraordinaria utilidad. Las sociedades avanzadas necesitan mejorar en gran medida la cantidad y la calidad de la información sociodemográfica sobre la discapacidad, la dependencia y sus prevalencias en el conjunto de la población, pero la epidemiología necesita, también, objetos de estudio definidos y clasificados de manera unívoca y estable.

2.1.2. La asistencia en salud mental en Europa.

Recientemente al analizar las enseñanzas obtenidas de la implementación de las asistencia de la salud mental en Europa, véase las tablas 5 y 6, -procedentes de los datos de las investigaciones de análisis sistemáticos y estudios randomizados controlados (RCT) en los que se valoran los servicios de salud mental de la población en las regiones, en general, indican que, la asistencia a la salud mental en la población es eficaz, algo que conceptualmente sabíamos. Hay ciertos datos indicativos de la eficacia de una integración de la salud mental en los servicios de

salud primarios en los diferentes modelos de asistencia, y también de equipos de salud mental en la población, tratamiento asertivo comunitario, tratamiento intensivo de casos, intervención en crisis y apoyo al empleo. Sin embargo, los datos de valoración de gran calidad de otros servicios de salud mental tradicionales o especializados en la comunidad no son uniformes o son inexistentes. De hecho, para la mayor parte de los países europeos hay una escasez de investigación de calidad sobre los servicios de salud mental basados en la población y la mayor parte de los RCT en nuestro entorno se han llevado a cabo en el Reino Unido (alrededor del 80%) y en algunos otros países con altos ingresos. Por tanto, los hallazgos pueden no ser aplicables a otros países. Es más, los resultados pueden ser difíciles de comparar en los estudios debido a la falta de claridad sobre el modelo de asistencia, las diferencias entre los tratamientos control o una superposición de los componentes del tratamiento basado en la población con el tratamiento habitual (y por tanto se reducen las diferencias en los resultados). Otros problemas son que los servicios valorados en los estudios a menudo no son sostenidos y que hay una falta de estudios que valoren la rentabilidad de los servicios.

Además de los estudios de eficacia, se han realizado algunos estudios de observación y cualitativos en Europa (principalmente en el Reino Unido). Estos han demostrado que el tratamiento en el domicilio es considerado favorablemente por los prestadores de servicios y que los servicios de salud mental en la población especifica, tales como los hogares para atender episodios de crisis en las mujeres vulnerables, son muy apreciados por los usuarios de los servicios (35). Algunos de los procesos que pueden ser importantes para la eficacia y la sustentabilidad de los servicios de salud mental en la población también se han identificado de esta manera, entre ellos, la satisfacción del personal, los puntos de vista sobre el trabajo interdisciplinario y la participación de los puntos de vista de los usuarios de los servicios.

Los autores concluyen su informe, señalando que todavía hay una brecha entre las necesidades de la población y las prestaciones de servicios efectivos en Europa, tanto entre los diferentes países como en cada país. Para reducir las diferencias entre los países orientales y occidentales de Europa e incrementar los servicios en toda la región, es necesario enfocarse en el desarrollo de servicios basados en la población en los países de ingresos bajos y medianos y a la vez mantener y mejorar los servicios en países con altos ingresos. Así mismo, es necesario garantizar un acceso equitativo en los países, es decir, en las diferentes regiones y subgrupos de la población. Las modificaciones en la prestación de servicios se han de planificar cuidadosamente para garantizar una reforma gradual, equilibrada y sostenible, que tenga en cuenta las condiciones locales y los recursos, así como el

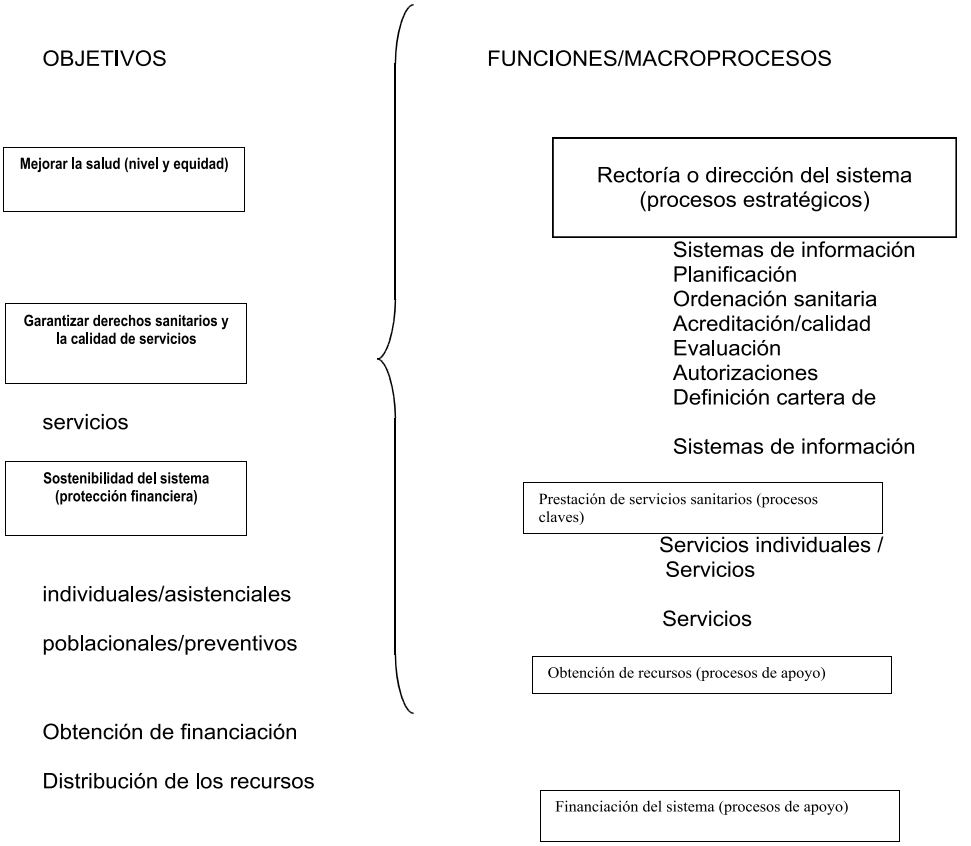
contexto cultural. Un factor importante para lograr que los servicios sean accesibles a poblaciones enteras es la integración continuada de los servicios de salud mental en la asistencia primaria a la salud así como una mejora de la calidad de la asistencia dentro de este sistema. Esto se facilita si se garantiza que haya suficientes cantidades de personal de atención primaria, regulando la capacitación, organizando la supervisión adecuada y constante del personal de atención primaria por los profesionales de la salud mental, atendiendo a las actitudes del personal y creando y gestionando redes de apoyo coordinadas con servicios de salud mental en la población especializados y otros sectores pertinentes (tales como bienestar social, salud, albergue y empleo, así como ONG y el sector privado).

Es necesaria la investigación valorativa de gran calidad y bien definida en los países a fin de fortalecer la base de evidencia científica referente a los resultados clínicos y la rentabilidad de los servicios de salud mental en la población, así como la eficacia y eficiencia relativas de las políticas y los programas. A fin de evitar la duplicidad innecesaria de la información, esto debe comprender normalizar los sistemas de obtención de datos y las indicaciones de las diferentes partes de la región (por ejemplo a través de la publicación de directrices para la obtención de datos) y la formación de un consenso sobre definiciones de los componentes del servicio. Esto, aunado a los sistemas de difusión adecuada, permitirá realizar comparaciones de servicios y programas que estén basados en evidencia científica, lo cual a su vez proporcionará información para establecer políticas y permitirá una asignación más fundamentada de los recursos limitados.

En nuestro país, el observatorio de la AEN con la incorporación de una metodología cuantitativa, y de una metodología cualitativa, en su último cuaderno técnico, está en disposición de proporcionar -si continúa en su progresiva mejora en la definición de los componentes de los servicios- información de indudable valor estratégico para las políticas sanitarias en materia de salud mental.

TABLAS Y FIGURAS

FIGURA 1:
Objetivos y funciones de los sistemas sanitarios.



Fuente: Aboal-Viñas, J. Informe SESPAS 2010.Gac. Sanit.2010;24(Suplpl 1):12-18.

TABLA 1:
Modelos de sistemas sanitarios en Europa.

MODELO SNS		MODELO SEGUROS SOCIALES	MODELOS DE LIBRE MERCADO
Suecia	Grecia	Alemania	
Finlandia	España	Austria	
Noruega	Irlanda	Bélgica	
Dinamarca	Portugal	Francia	Suiza *
Reino Unido	Islandia	Países Bajos	
Italia		Luxemburgo	

**En 1995 se publica una ley que convierte obligatorio el aseguramiento*
Fuente: Merino Merino B. et al (2000). En Rodríguez, Hernández S, Rodriguez Pulido, F et al. La Psiquiatría Comunitaria. La integración social y laboral de los enfermos mentales Ayuntamiento SantaLucia;.2000;19-61

TABLA 2:
Principales formas de financiación y prestación de servicios en países europeos.

PAIS	**Financiación Seguros**			**Prestación de servicios**	
	Impuestos	**Seguros Sociales**	**Seguros Privados**	**Publico**	**Privado**
Alemania		•		•	•
Austria		•		•	• (1)
Bélgica		•		•	•
Francia		•		•	•
Países Bajos		•	•		•
Luxemburgo		•		•	•
Suecia	•			•	
Finlandia	•			•	
Noruega	•			•	
Dinamarca	•			•	
Reino Unido	•			•	
Italia	•	•		•	
Grecia	•			•	
España	•			•	
Irlanda	•			•	
Portugal	•			•	
Islandia	•			•	
Suiza			• (2)		•

(1). El sector privado es muy importante (2) Seguros privados voluntarios de cobertura casi total y desde 1995 obligatorios

Fuente: Merino Merino B. et al (2000). En, Rodríguez, Hernández S, Rodriguez Pulido, F et al. La Psiquiatría Comunitaria. La integración social y laboral de los enfermos mentales Ayuntamiento Santa Lucia;.2000;19-61

TABLA 3:
Dimensiones del estado de salud y factores que afectan.

Factores ligados al sistema sanitario: Disponibilidad de servicios Cantidad y calidad. Complejidad. Integración Accesibilidad a los servicios Geografía. Económica Organización cultural **Factores ambientales:** Vivienda Nacimiento Calidad aire y agua Alimentos: calidad y cantidad Saneamiento Distribución de recursos **Factores sociales, familiares y personales** Autocuidado de la salud. Hábitos de vida. Actitudes personales. Uso servicio sanitarios. Conocimientos sobre la salud. Red apoyo social.	Cantidad. Diversidad. Sofisticación. Habilidades de afrontamiento de situaciones. **Recursos:** Económicos. Educativos. Psicológicos Estado de salud. Herencia genética. Condiciones anatomofisiológicas. Presencia enfermedades. Existencia de discapacidades. Condiciones funcionales. Desempeño rol social. Capacidad física. Capacidad cognitiva. Condiciones mentales. Estado efectivo. Autopercepción humor. Potencial de salud. Longevidad. Capacidad funcional. Pronóstico enfermedades y capacidades

Fuente: Plan de Salud para Asturias (1993).

TABLA 4:
Encuestas sobre discapacidad y dependencia en España.

	Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías, 1986	Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999	Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia, 2008
Marco conceptual	Deficiencia	Discapacidad en detalle	Dependencia
Concepto clave			
Definición formal de discapacidad	Limitación grave en actividades, origen en una deficiencia, duración superior a 1 año	Limitación grave en actividades, origen en una deficiencia, duración superior a 1 año	Limitación importante en actividades de la vida diaria, origen en una deficiencia, duración superior a 1 año
Marco teórico vigente	CIDDM, 1980	CIDMM, 1980 (y CIDDM-2 versión beta)	CIF, 2001
Modelo explicativo Tipo de modelo	Médico; causal (problema-deficiencia-discapacidad-minusvalía)	Médico; causal (problema-deficiencia-discapacidad)	Biopsicosocial "impregnado" de la CIF, pero sin renunciar al modelo causal
Conceptualización de la discapacidad	La discapacidad es un atributo de la persona	La discapacidad es también un conjunto de condiciones creadas por el entorno	En la discapacidad interaccionan la condición de salud y los factores contextuales (ambientales y personales)

Paradigma profesional Visión política	Medicalización de la discapacidad Las personas tienen problemas	Multidisciplinario Las personas reclaman derechos	Multidisciplinario Las personas tienen derechos subjetivos exigibles
Representación social Preocupación por	La población no “normal”; la estimación de los minusválidos	La visibilidad de los problemas que pasan a ser de carácter social; la estimación de la demanda	La eficacia de la ayuda; la elegibilidad para beneficios; el Sistema Nacional de Dependencia
Fase del estado de bienestar Estrategia política Hitos legislativos	Rediseño Asistencialista Real Decreto sobre calificación de subnormal y minusválido15 , 1981; Ley de Integración Social de los Minusválidos16, 1982	Expansión Competencial Leyes de accesibilidad y barreras, (CCAA); Ley de igualdad de oportunidades y accesibilidad universal32, 2003	Maduración Operativizar políticas sociales Ley de Dependencia

Fuente: Abellan, A et al. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España Gac. Sanit. 2011. doi:1016/j.gaceta2011.07.010

TABLA 5:
Panorama general de las revisiones que valoran los servicios de salud mental en la región europea.

Autores	Servicio evaluado	Número de estudios incluidos	Resultados principales
Burns et al (18)	Atención extrahospitalaria (gama de servicios) en comparación con hospitalización	91	Ventajas en cuanto a días de hospitalización (sea cual sea el tipo de servicio) No definitivo en cuanto a rentabilidad
Wright et al (19)	Atención extrahospitalaria (componentes de la atención relativos a la eficacia)	55	Visitas periódicas al domicilio y responsabilización de la asistencia a la salud y social con disminución de la hospitalización (sea cual sea el tipo de servicio)
Harkness y Bower (20)	Personal de salud mental en el centro de atención primaria a la salud (modelo de reemplazo en comparación con los servicios de salud mental fuera del centro)	42	Reducción pequeña y no constante del número de consultas por personal de atención primaria, prescripción de psicoactivos, costes de prescripción y tasas de remisión Ningún efecto sobre la prescripción o la remisión en población más amplia de pacientes Rentabilidad no clara
Gilbody et al (21)	Asistencia en colaboración en comparación con asistencia habitual	34	Ningún factor previsivo importante del uso de antidepresivos Factores previsivos clave de desenlaces de síntomas de depresión fueron la identificación sistemática de pacientes, antecedentes profesionales de personal y supervisión especializada
Malone et al (22)	Equipos de salud mental de la población en comparación con asistencia normal no en equipo (proporcionada como tratamiento extrahospitalario, ambulatorio o intrahospitalario)	3	Reducción de hospitalizaciones y número de muerte por suicidio Se fomentó más aceptación del tratamiento
Marshall et al (23)	Tratamiento de casos en comparación con la asistencia normal en la población	10	Incremento del número de pacientes que permanecieron en contacto con los servicios Mayor proporción de pacientes hospitalizados Ninguna ventaja significativa en las variables psiquiátricas o sociales Rentabilidad no definitiva
Marshall y Lockwood (24)	Tratamiento asertivo extrahospitalario en comparación con atención normal en la población, rehabilitación basada en el hospital o tratamiento de casos	20	Mejora los desenlaces y la satisfacción del paciente Reduce los costos de la atención hospitalaria para usuarios frecuentes de atención intrahospitalaria
Burns et al (25)	Tratamiento intensivo de casos en comparación con atención normal en personas con trastornos mentales graves	29	Reducción pequeña pero estadísticamente significativa de los días de hospitalización en general, pero gran variación entre los estudios Los efectos fueron más importantes cuando los pacientes tuvieron un alto uso de hospital al inicio y el tratamiento se apegó más a los principios del tratamiento asertivo extrahospitalario El ámbito del estudio no tuvo ningún efecto
Marshall y Lockwood (26)	Intervención temprana en la psicosis	7	Datos de escasa calidad global y estudios no equivalentes debido a diferentes enfoques de intervención adoptados
Irving et al (27)	Equipos para intervención y resolución en crisis (proporcionados como parte de un programa de tratamiento constante en el domicilio)	5	Reducción de las admisiones Puede ser menos costoso que el tratamiento habitual, pero se necesitan más datos para confirmar esto
Macpherson et al (28) A	tención residencial extrahospitalaria (con personal durante las 24 horas) en comparación con el tratamiento hospitalario normal)	1	Los pacientes tienen más posibilidades de utilizar los servicios sociales y de estar internados más tiempo en centros socialmente constructivos (como de autocuidados, consumo de alimentos con grupo) El estudio fue pequeño y de escasa calidad
Marshall et al (29)	Atención hospitalaria diurna en pacientes agudos en comparación con atención intrahospitalaria	9	Por lo menos una quinta parte de los pacientes ingresados a asistencia bajo internamiento pudieron atenderse en un hospital de días para agudos Mejora más rápida del estado mental, pero no de funcionamiento social Menos costoso

Fuente: Semra, M et al. Enseñanzas obtenidas en la implementación de la asistencia a la salud mental en la población de Europa. World Psychiatry 2011

TABLA 6:

Panorama general de estudios randomizados comparativos (RCT) en los que se valoran servicios de salud mental extrahospitalarios en regiones europeas.

Autores	Servicio evaluado	País, número de sujetos	Criterios principales de valoración
Richards et al (30)	Asistencia en colaboración en comparación con la asistencia habitual	RU, 114	Reducción de los síntomas en pacientes depresivos
Killaspy et al (31,32) McCrone et al (33)	Tratamiento asertivo extrahospitalario en comparación con el tratamiento habitual por un equipo de salud mental extrahospitalario	RU, 251	Ninguna diferencia en la necesidad de asistencia intrahospitalaria, desenlaces clínicos o sociales Representó más contacto con los pacientes, pero ninguna diferencia en costes Aumentó la satisfacción de pacientes y participación en los servicios
Morrison et al (34)	Intervención temprana en pacientes con síntomas prodrómicos (psicoterapia cognitiva conductual comparada con sólo vigilancia)	RU, 60	Ninguna diferencia en retirarse del estudio en etapa temprana o transición a la psicosis
Agius et al (35)	Intervención temprana asertiva comparada con equipo habitual de asistencia a la salud mental extrahospitalaria	RU, 125	Diversos beneficios en tres años, pero el estudio no fue completamente randomizado y los pacientes por lo general participaron de manera no habitual en los servicios (de manera que los resultados deben tratarse con cautela)
Petersen et al (36) Bertelsen et al (37)	Intervención temprana intensiva comparada con el tratamiento habitual en pacientes con esquizofrenia del primer episodio	Dinamarca, 547	Mejor desenlace clínico en dos años, pero los efectos no persistieron en el seguimiento a cinco años Diferencias en la proporción de pacientes que vivían en albergues de apoyo y días de hospitalización a favor de la intervención temprana en el seguimiento a cinco años
Johnson et al (38) Cotton et al (39)	Equipo para resolución de crisis (atención a corto plazo en 24 horas) en comparación con el tratamiento habitual en pacientes que experimentaron una crisis tan grave que precisó hospitalización	RU, 260	Reducción de ingresos de pacientes Los pacientes más probablemente hospitalizados eran los que no cooperaban con la valoración inicial, tenían riesgo de autodescuido, antecedentes de hospitalización obligatoria, fueron valorados fuera de las horas habituales de consultas o fueron valorados en los servicios de urgencias de los hospitales Más satisfacción de los pacientes
Priebe et al (40)	Atención en hospital diurno para agudos en comparación con salas habituales	RU, 260	Mayores mejoras en la psicopatología en el alta, pero no en el seguimiento Más satisfacción de los pacientes con el tratamiento en el alta y después de tres meses, pero no después de 12 meses Más costosos
Burns et al (41,42) Catty et al (43)	Servicio de rehabilitación vocacional (apoyo al empleo) en comparación con otros servicios vocacionales de gran calidad	RU, Alemania, Italia, Suiza, Países Bajos, Bulgaria; 312	Empleo competitivo obtenido con más frecuencia, trabajos conservados por más tiempo y más horas trabajadas Mayor número de personas enfermas recibieron ayuda para trabajar Trabajo relacionado con mejores desenlaces clínicos y sociales a los 18 meses Pacientes con antecedente de trabajo previo, un menor número cumplió las necesidades sociales y mejores relaciones con sus trabajadores vocacionales tuvieron más posibilidades de obtener empleo y de trabajar por más tiempo

Nota: En los casos en que se ha publicado un análisis sistemático de un servicio específico, sólo se muestran los RCT que se llevaron a cabo después de la revisión.

Fuente: Semrau, M. Barley, E; Thornicroft, G.. World Psychiatry 2011;10:217-225.

Capítulo 2.- La Reforma, los cuidados y la participación.

2.1. La Reforma Psiquiátrica

Como dijimos en el Capítulo anterior, en el ámbito sanitario, la universalidad y la gratuidad del sistema sanitario está amenazada desde la consideración de la salud como otro elemento del mercado, y la defensa de la libertad de elección como gesto democrático formal de cosificación y seducción de la opinión publica. Si bien, la cartera de servicios está reconocida y por otra parte, el derecho subjetivo, a las prestaciones sociales, a través de la ley de dependencia, -cuya implementación se va alejando de su misión de sustituir los sistemas de cuidados informales por unos sistemas de cuidados formales- nos servirían de contención. No obstante, la nueva ley de salud pública en su disposición adicional sexta extiende el derecho de acceso a la asistencia sanitaria pública, a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico. Es decir, aunque sea de una manera un tanto atípica, la ley introduce la universalización del derecho a la asistencia sanitaria -necesidad pendiente desde 1986 con la Ley General de Sanidad- y garantiza que los parados que a 1 de Enero de 2012 agoten su prestación de desempleo puedan recibir atención sanitaria ordinaria en el Sistema Nacional de Salud. Lo paradójico y dramático de los tiempos en los que vivimos es que mientras la Ley de Salud Pública y la Ley de la Dependencia garantizan la universalidad de las prestaciones sanitarias y sociales, las normas y las políticas se encargan de limitarla, reducirla y cuestionarla. Este es el contexto actual. Con una mano doy y con la otra te quito.

Por ello, en este contexto, analizar la reforma psiquiátrica en nuestro país es difícil por los muchos ángulos desde donde se podría hacer- pero para aproximarnos a las diferentes valoraciones, hemos intentado seccionar la tarea en diferentes temporalidades, de manera sincrónica y diacrónica, sin intentar perder su hilo conductor. Con toda seguridad, cada lector, pondrá el acento en unos de sus ángulos, pero nosotros sabemos la figura poliédrica que representa su valoración y análisis.

2.1.1. Lo que se dijo y lo que se ha hecho

La valoración que hacen los diferentes autores sobre la reforma psiquiátrica es muy variada y compleja, como lo es la propia realidad al valorarla pasado los años, y más aún, cuando muchos de sus protagonistas son quienes lo hacen. Unos la miran desde una posición de “ilusión”, otros la contemplan como “inacabada”, otros como algo “difícil de evaluar”, e incluso, algunos, de forma más radical, como simplemente, “decepcionante para quienes la habían prefigurado como una aventura apasionante”. Hay adjetivos donde elegir.

La reforma psiquiátrica se inicia en un contexto político, social y económico de la vieja Europa determinado por el desarrollo del estado del bienestar como salida social a las guerras mundiales con un cambio progresivo de gobiernos dictatoriales a gobiernos democráticos, un auge de los derechos humanos y la diferenciación de las minorías, un renacer de las técnicas biológicas con el descubrimiento de nuevas moléculas, y un ambiente más favorable a las libertades fundamentales.

La estructura asistencial que predominaba en el ámbito de la psiquiatría era el manicomio y las consultas de neuropsiquiatría. El escenario anterior a la reforma se podría caracterizar por tres aspectos:

1) La mayoría de los recursos pertenecían a estructuras situadas al margen del aparato sanitario general y se distribuía entre varias redes que funcionaban paralelamente, centrada en diputaciones o cabildos.

2) Existía una atención muy escasa y de baja calidad para los trastornos mentales menores.

3) La atención a los trastornos mentales graves era altamente estigmatizarte y estaba basada en el internamiento en hospitales monográficos.

Más tarde, en los setenta, con el advenimiento de la reforma de estado y la democracia constituyente, el reconocimiento de las libertades fundamentales y de las organizaciones democráticas, la caótica e insostenible situación asistencial -más custodial que asistencial- y las denuncias e intentos de reformas desde el interior de muchas institucionales manicomiales, hacen que las autoridades políticas en 1983 a través del Ministerio de Sanidad constituyesen una Comisión para definir la "Reforma Psiquiátrica" con tres pilares básicos:

- La integración de la asistencia psiquiátrica y salud mental en la salud general.
- Los servicios de Salud Mental se sitúan en el segundo nivel de atención (atención especializada) en conexión con atención primaria.
- Los nuevos servicios estarán orientados hacia la comunidad con el propósito de generar alternativas al hospital psiquiátrico.

Los trabajos de esta Comisión Interministerial, posteriormente no fueron en vano y en 1986 la Ley General de Sanidad establece en el artículo 20 la esencia de las recomendaciones citadas en la Comisión. Esto significó, al menos jurídicamente, la total equiparación en cuanto a los derechos básicos, del enfermo mental a los demás enfermos y alumbró los ejes de la nueva organización de servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica en una perspectiva comunitaria. Los principios de la reforma, en el marco de la LGS, apostaban por un sistema nacional de salud que garantizara una prestación igualitaria y universal de financiación pública.

Los puntos clave de la Reforma estaban caracterizados por:

• Ruptura de la marginación en la asistencia al enfermo mental. El objetivo era integrar los servicios de salud mental en el sistema sanitario general, teniendo un servicio de atención especializada coordinado con los servicios locales y en conexión con atención primaria.

• Se comienza a priorizar la creación de servicios especializados como la atención domiciliaria, la rehabilitación psiquiátrica y los recursos residenciales (pisos supervisados, residencias, etc.)

• Cambios en las normativas legales. Se potencia una legislación específica que no pudiera discriminar a los enfermos mentales.

• Modificaciones en los planes de formación de los médicos residentes en psiquiatría. Se crean especialidades de psicología clínica y de enfermería en salud mental.

Esto implicaría una disminución del número de camas en los hospitales y la creación de unidades de internamiento breve dentro de estos. El objetivo final, el anhelo de todos, era el cierre de todos los "manicomios" en su consideración de instituciones totales y de negación del sujeto.

Podríamos resumir que la universalidad y la gratuidad han sido ingredientes fundamentales para la equidad del sistema sanitario y la cohesión social en el conjunto del país. La universalidad es el principio rector del Estado de Bienestar. El Estado de Bienestar es un bien común, construido gracias a la solidaridad social garantizado por políticas fiscales redistributivas y con un control democrático. Ahora bien, las constituciones de los servicios de salud en el ámbito territorial, de acuerdo a las correlaciones de fuerzas en esos ámbitos, la tradición organizativa del sector, y sus influencias en los poderes locales, han conducido en la práctica a los desarrollos propios de la reforma en las diferentes comunidades, con ritmos diferentes y orientaciones que se viene moviendo, desde los de mayor fidelización y compromiso con las orientaciones de la psiquiatría comunitaria a los que han realizado cambios con mayor lentitud casi arrastrados por las dinámicas del resto del territorio, las recomendaciones internacionales y el corpus legislativo. La reforma, como todo proceso, ha tenido avances positivos en algunas ocasiones y en otras aspectos que han quedado pendientes – y que habrá que resolverlos- y asiste a amenazas que no favorecen hoy la aplicación de los principios de la Reforma (Véase tablas 1, 2, 3 y 4).

2.1.2.- El escenario y lo que nos falta por hacer

El contexto actual en estas décadas iniciales del siglo XXI para ir ultimando la Reforma psiquiátrica en defensa de los intereses generales, va a ir navegando

en un contexto muy diferente a los años del auge económico y del desarrollo de la democracia formal del siglo XX. Navegamos como náufragos en un intento de construir un estado con las menores regulaciones posibles y debilitamiento de sus prestaciones en un contexto mundial de debilitamiento de las clases medias y de los órganos de decisión política frente a los poderes económicos, una internalización del capital especulativo y una crisis global de representatividad de la ciudadanía en las organizaciones políticas y sindicales tradicionales, siendo vistas éstas como parte del propio sistema. La estrategia ideológica y política neoliberal para desmantelar el modelo social europeo es atacar su pilar básico: el principio de universalidad. La crisis económica es una oportunidad para las élites de imponer un relato explicativo de los orígenes de la misma y disfrazar el desmantelamiento del Estado de Bienestar como medidas necesarias para garantizar su sostenibilidad. Los recortes en los servicios públicos, las privatizaciones, los ataques a los empleados públicos, el insuficiente desarrollo de las prestaciones sociales, el encarecimiento de la justicia, las desgravaciones a la educación privada, los planes de pensiones privados, etc.., son un conjunto de políticas que deterioran la calidad de los servicios públicos y disminuyen las prestaciones que recibimos. Los representantes políticos y sus gestores toman medidas que corroen el sistema sanitario público de cobertura universal y están desmantelando el Estado de Bienestar.

Frente a estos hechos ofensivos para el interés general, se observan nuevos fenómenos defensivos como la exigencia de una mayor participación ciudadana en la toma de decisiones, reclamando formar parte de la gobernanza de los países colocándose así los derechos humanos como eje central para la defensa de la ciudadanía, de las personas y los pueblos, jugando los jóvenes, las mujeres y las personas mayores, un papel relevante en estos procesos, a diferencia del pasado, que eran los obreros de las zonas industrializadas.

En cambio, aunque muchos de los aspectos que se legislaron en la Ley General de Sanidad se han ido desarrollando a diferentes ritmos e intensidades en todo el territorio, aún hoy, todos estamos de acuerdo que aún queda por reconducir, superar, o avanzar en muchos niveles y ámbitos de la reforma psiquiátrica. Quizás se nos antoje que la agenda de los próximos años de los reformadores o de otras generaciones de profesionales, de familiares y usuarios deberán prestar especial atención a la mejora más que en los recursos, en las personas, y en determinados poblaciones dianas que son atendidas insuficientemente, mejor focalización del trabajo clínico de forma más sistémica, una transversalidad necesaria de las políticas públicas, por los modelos de los equipos y de las técnicas y explorar lugares de participación donde la voz de las personas sea recuperada en todos los ámbitos de decisiones desde la relación terapéutica a la planificación de servicios. El trata-

miento a largo plazo exige que los profesionales y los servicios asuman una perspectiva centrada en la recuperación y en función de las necesidades. Los servicios de salud mental, y por ende, los de rehabilitación y recuperación, deben enfocarse en concordancia con la estructura sanitaria y deben apoyarse en la promoción y prevención de la salud mental, e iniciarse la ayuda fundamentada lo antes posible, no esperar a estadios muy avanzados cuando ya existen grandes déficits. Esto en un clima donde disponemos de una tecnología, la psiquiatría comunitaria, mejores formatos para la disponibilidad de técnicas psicológicas que requieren la mejora de su implementación en contextos clínicos reales y una mejor implantación de los servicios comunitarios, corrigiendo su debilidad y su futuro incierto. Aún hoy, hay un sector que se mantiene bastante crítico a la no desaparición de los manicomios. Y efectivamente esto debe ser corregido, ya que sustanciales sumas de dinero se dedican a su pervivencia y quién sabe si se reactivarán ante la crisis económica, como está ocurriendo en algunas comunidades con la privatización de los cuidados comunitarios de las personas con trastornos mentales graves. Además aún hoy, a pesar de disponer de la «Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud», publicada por el Ministerio de Sanidad en 2007, no incluye ni indicadores sensibles para medir cambios ni datos científicos sobre costes sino que incorpora datos extraídos de una encuesta efectuada por una consultora para una compañía farmacéutica. Aunque el plan reconoce la falta de datos sobre la carga de los trastornos mentales en España, no incluye la economía de la salud mental entre sus objetivos. Afortunadamente, contamos con la información publicada por diversos grupos de trabajo y algunas administraciones autonómicas. Los datos parciales disponibles apuntan a que el coste global de la salud mental en nuestro país es tan elevado como en otros de nuestro entorno, pero presenta peculiaridades que requieren un análisis pormenorizado. Así, los costes directos por esquizofrenia son hasta 10 veces inferiores a los señalados en otros países europeos, como el Reino Unido, mientras que los costes atribuibles a carga familiar suponen el 70% de los costes totales atribuibles a esta enfermedad. Los estudios sobre la carga de enfermedad, aplicados al coste-efectividad de diversas estrategias terapéuticas, indican la importancia de esta información para establecer políticas de financiación. Realmente, la economía de la salud mental en España es una asignatura pendiente.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece en el anexo III punto 7 la cartera de servicios en Salud Mental (Véase tabla 5). En las líneas de futuro debería estar incorporar a los representantes y movimientos de usuarios para que no se pierda de vista su visión y sus necesidades. Hay que fomentar de cara a un futuro su participación en la planificación y evaluación de los servicios,

fomentando el trabajo en equipo. Cada vez más se observa, de cara a un futuro, un repliegue individualista y gremial. Son una amenaza de retroceso los signos actuales que nos avisan del deterioro de la atención primaria (por tiempo o presupuesto). El presupuesto atribuido en España a los hospitales y a la atención primaria sigue siendo uno de los más bajos de Europa. El informe SESPAS informó que el presupuesto para 2010 del programa económico <<salud pública>> representa solo el 1'3% del total del gasto sanitario en los sistemas autonómicos de salud. El estado de bienestar es amenazado constantemente pero resistente en Europa y Canadá. Es importante asegurar que en los planes de gobierno se encuentren los acuerdos pactados. Para el desarrollo del sistema sanitario, se precisa una acción política de los profesionales y del conjunto de la sociedad. Seguramente si no se identifica bien qué se debe hacer en salud mental ni se define de forma clara su misión, los servicios que se deben prestar, las actividades que han de realizarse y los resultados que tiene que alcanzar será difícil convencer a los políticos y otros responsables que una mayor inversión en salud mental produce una ganancia mayor en salud de la población que otras actividades sanitarias.

En una mirada de espejo aunque esté referido a otro contexto y a sabiendas de las diferencias, observamos que en el informe de las Comisiones Estatales de Salud Mental de los EEUU, se ha apuntado recomendaciones no muy lejanas a nuestras necesidades. Las recomendaciones han sido las siguientes:

- Las enfermedades mentales deben ser desestigmatizadas y mejor comprendidas por el público en general. Las asociaciones deben formar a los líderes de la comunidad que tradicionalmente no han entendido los problemas de salud mental.

- También debemos crear una conciencia pública de que los tratamientos de salud mental son tan eficaces como otros tratamientos médicos bien aceptados.

- El tratamiento eficaz de la salud mental debe estar disponible en escenarios naturales de ayuda, tales como la atención primaria de salud y escuelas.

- Mucho más énfasis se debe colocar en la prevención e intervención temprana. La prevención, que históricamente ha recibido poca atención en salud mental pública, debe estar estrechamente ligada a la educación pública y al liderazgo político. La intervención temprana en los problemas de desarrollo se puede lograr a través de la detección primaria de la salud y la identificación dentro de las familias, en el trabajo, la escuela o en una variedad de otros lugares donde la gente se reúne.

- Necesitamos educación pública efectiva para que los consumidores bien informados pueden insistir en la atención adecuada. Las políticas públicas que refuerzan la evidencia basada en prácticas y un fuerte liderazgo local y estatal, son parte de la solución para la reducción de la brecha del conocimiento / práctica.

- Se informará y se ofertarán prácticas basadas en evidencia a quienes los necesiten. A pesar de la cantidad gastada, muchos tratamientos esenciales de Salud Mental y servicios de apoyo necesitan desesperadamente financiamiento adicional y/o un sistema de asignación más eficiente con el fin de servir a todos aquellos que necesitan atención.

- Es esencial disponer de una financiación adecuada, creativa, flexible y responsable. El gobierno federal debe proporcionar un modelo de liderazgo de la agencia nacional para la integración y una mayor flexibilidad para el uso de los recursos federales a nivel estatal y local.

- La criminalización generalizada de la enfermedad mental se debe a los obstáculos y fallos en los servicios de emergencia de salud mental, la falta de identificación e intervención temprana y la insuficiencia de recursos basados en la comunidad.

- Los servicios deben ser ampliados para satisfacer mejor las necesidades de personas privadas de libertad con trastornos de salud mental y el mayor énfasis se debe colocar en el desarrollo de programas para reducir encarcelamientos inapropiados. Por último, una mejor capacitación para identificar y responder a las personas con problemas de salud mental debe ser proporcionada a la policía, abogados, jueces y otras personas que interactúan con estas personas.

El Informe provisional del Presidente identificó cinco principales barreras para la atención de la Salud Mental: La fragmentación y las brechas en la atención a niños con trastornos emocionales severos y en adultos con problemas mentales, el elevado desempleo en adultos con enfermedad mental, los adultos que están desamparados con problemas mentales, y, por último, que no son todavía una prioridad la salud mental y la prevención del suicidio.

Observamos cuestiones comunes a pesar de las diferencias de sistema sanitario y social. Resumiendo, el futuro después de la reforma va a estar muy influenciado por la política de recortes, el sistema de distribuciones y por la privatización de los servicios. Por todo ello, nuestro reto es ampliar nuestras fortalezas acumuladas, reducir nuestras amenazas ampliando nuestro campo de alianzas, fomentando la participación y la visibilidad y la cooperación intersectorial.

2.2. La Salud Mental comunitaria:

2 .2-1. Definiciones de comunidad

En muchas ocasiones, el vocablo comunitario o la práctica de lo que es o no comunitario parece ser que lo determina y se reduce de forma simple a el lugar en

donde se realiza el quehacer rehabilitador o en su caso, lo comunitario es definido por el lugar donde se encuentran las personas con trastorno mental. Por lo tanto, no es lo mismo utilizarlo como referencia espacial, como referencia de soporte o como referencia conceptual y metodológica. En la revisión de los estudios realizados en Gran Bretaña, Shah y Colmes, tras los inicios de la desinstitucionalización concluyen que el término "cuidados en la comunidad" puede significar cualquier cosa, desde un modo de vida totalmente independiente hasta residencias con numeroso personal y muchos de los investigadores no han precisado el tipo de entorno en donde vivían los sujetos.

Para nosotros lo comunitario vendría definido por la posición o la relación significativa que el sujeto mantiene con un lugar y por el vínculo que mantiene ese lugar con el sujeto. Realmente si el entorno o el quehacer es visualizado y comprendido como comunitario debe favorecer de forma interdependiente los procesos de socialización, autorrealización, sentido de pertenencia e individualización. Estos cuatro ingredientes forman el contenido de lo comunitario y deben estar presentes operativamente en los procesos de recuperación personal. Los procesos de institucionalización no son solo genuinos de los manicomios, sino también pueden darse en los recursos de alojamientos alternativos o en las prácticas de rehabilitación psicosocial. No hay que pensar que lo comunitario es depositar la carga en las familias, haciendo que estas sean las responsables de los cuidados y soporte de las personas con trastornos mentales graves. La comunidad no solo es un espacio geográfico, sino, sobre todo, una red de vínculos en los que se construye y desarrolla el sujeto.

Los procesos de la práctica asistencial o de la toma de decisiones en la gestión deben favorecer el hacer individual desde lo comunitario y promover la socialización desde la individualidad. Esto es intrínsecamente sustancial de los procesos de diferenciación psicológica para hacer que las identidades personales se construyan a partir de la interacción con los otros. Los procesos de separación, diferenciación e individualización se construyen desde la interacción con los otros a través y en el marco de todas las formas grupales que nos vamos encontrando en nuestra maduración y desarrollo. En resumen, es relevante el significante de lo comunitario como una sucesiva construcción operativa grupal, visible y alternativa de mediación y soporte para promover, desarrollar y madurar los procesos de recuperación desde la individualidad.

2.2.2.-Salud mental comunitaria

2.2.2.1.- Definiciones

Acontecimientos a nivel político, social e institucional durante el último tercio del s. XIX y la primera mitad del s. XX, preparan los orígenes del modelo de psiquiatría comunitario. Este modelo emerge después de la Segunda Guerra Mundial como respuesta ante el fracaso de la psiquiatría asilar donde las instituciones hacinadas y abandonadas no respetaban los derechos de los pacientes. El inicio oficial de la reforma en España coincide con un momento de balance y replanteamiento de la psiquiatría comunitaria en el panorama internacional. Siguiendo a Mariano Hernández "*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*".

Para entender la psiquiatría comunitaria es importante la definición de algunos conceptos.

El término "psiquiatría comunitaria" (Véase tabla 6),comprende según la definición de Graham Thornicroft y George Szmukler "*los principios y prácticas necesarias para proporcionar a los servicios de salud mental de la población local, a)El establecimiento de las necesidades de tratamiento y atención poblacionales, b)Proporcionar un sistema de enlace entre una amplia gama de recursos con capacidad adecuada, operando en lugares accesibles, y c) Ofrecer tratamientos basados en la evidencia a las personas con trastornos mentales*."

En los últimos años, la práctica de la psiquiatría comunitaria se ha transformado. Personas con enfermedad mental, han sido movidas fuera de grandes instituciones, con estructuras y jerarquías claras a la comunidad. Este cambio ha requerido el desarrollo de estructuras de servicios nuevas, nuevas instalaciones, nuevas actitudes y nuevas relaciones profesionales.

Quizás tenga relevancia en las nuevas prácticas recuperar conceptos como "instituciones totales" cuando observamos prácticas llamadas comunitarias donde el proceso que deben seguir las personas está cargado de normas y ritos que conducen a la persona hasta un lugar definido socialmente por los expertos. Los procesos de mortificación descritos por Goffman son una serie de maniobras diseñadas para privar al habitante de la institución (residencia, pisos) de sus características individuales y para indicarle cuál es su lugar. Las personas ante esto suelen reaccionar con la rebelión, el aislamiento, aceptación (institucionalismo) y exceso de sumisión. Igualmente tenemos que recobrar el sentido de los conceptos aplicado al ámbito de los cuidados comunitarios, del "fenómeno de puerta giratoria" que además de su

aplicación tradicional al ámbito hospitalario, describiría en este caso por extensión a los pacientes que "entran y salen periódicamente de un "alojamiento alternativo" y el concepto de las personas que "caen de las grietas del sistema" que se refiere a la carencia de seguimiento y tratamiento en la comunidad, que aún sucede, pero además, caen habiendo estado alguna vez en contacto con los equipos de seguimiento. Estos fenómenos merecen ser analizados no sólo desde los estudios de las singularidades de esta población, sino lo más relevante, que nos habla de los equipos: permisividad, apuesta por el libre albedrío o ineficacia.

Es complicado separar, a su vez, la psiquiatría comunitaria de la psiquiatría social. Según Leff la psiquiatría social se refiere "*los efectos del entorno social en la salud mental de las persona, y a los efectos de las personas con enfermedad mental en su medio ambiente*". La mayoría de las investigaciones han estado dirigidas a establecer mecanismos causales relacionados con la aparición o el curso de la enfermedad mental. Mientras que las implicaciones referidas al tratamiento han sido importantes, la evaluación de las intervenciones complejas ha recibido poca atención. La psiquiatría comunitaria, en cambio, se centra en la prestación de servicios. Común a ambas es una dependencia de los métodos epidemiológicos.

2.2.2.2. Principios y conceptos fundamentales

Los principios de aplicación a la comunidad de cuidados son los siguientes:

Autonomía. Definida como "libertad personal" o la "doctrina de autodeterminación de la voluntad". Esto no es una característica de los servicios de salud sino más bien el producto de lo que los servicios hacen. Se refiere a la capacidad del servicio de preservar y promocionar la independencia por experiencias positivas y reforzar las fortalezas los aspectos saludables de cada paciente, especialmente en los que tienen discapacidades severas, mientras se controlan los síntomas.

Continuidad. Se define como "un continuo o todo conectado", o "coherencia". Johnson y colaboradores distinguieron las dimensiones longitudinales y transversales de la continuidad de cuidados. La continuidad longitudinal de refiere a la habilidad de los servicios para ofrecer ininterrumpidamente una serie de contactos sobre un periodo de tiempo. Continuidad transversal incluye la continuidad entre la provisión de diferentes servicios.

La implementación de este principio debe además ser una forma de incrementar la eficiencia, por ejemplo, la evitación de la superposición de múltiples intervenciones puede reducir los costes y los efectos adversos. Al mismo tiempo, hay desventajas como el exceso del estrés compulsivo de la continuidad, el cual puede fomentar en los pacientes el desarrollo poco saludable de un grado de de-

pendencia de un particular servicio, el cual puede fomentar un rol de enfermo crónico.

Efectividad. La base de datos de Cochrane define efectividad como "el grado en que una intervención específica, cuando se utilizan las mismas circunstancias clínicas, hace lo que se pretende hacer". En este sentido, la efectividad se aplica a situaciones clínicas rutinarias, en comparación con "eficacia" que significa hasta qué punto una intervención específica alcanza sus intenciones bajo condiciones experimentales ideales como las randomizadas y controladas.

Al moverse del nivel de paciente individual al nivel del programa de tratamiento, la máxima evidencia de los estudios controlados, se reduce rápidamente a la vez que la calidad y la cuestión principal es convertir la eficacia en efectividad.

Accesibilidad. Puede ser entendida como "la capacidad de alcanzar o lograr". Esto se relaciona directamente con el punto central que es que los pacientes deben ser capaces de "alcanzar" y "llegar a" servicios donde y cuando sea necesario. Puede haber desventajas asociadas a demasiada accesibilidad. Si los especialistas de los servicios o los hospitales están demasiados disponibles, entonces los pacientes pueden bajar los umbrales de consulta cuando hay dificultades.

Amplitud. Un dilema central para los servicios de salud es el equilibrio entre ofrecer un mayor cuidado intensivo a menos pacientes o menos intensidad de cuidados a más pacientes. El grado de amplitud de un servicio por lo tanto plantea una cuestión clave: ¿la amplitud para quién? Tomando la salud mental como un ejemplo, los trastornos psiquiátricos afectan a cerca de una cuarta parte de la población adulta general en un año y ya que la capacidad de los servicios de especialistas en salud mental, incluso en los países económicamente más desarrollados pueden ofrecer un servicio general de entre el 2 y el 6% de la población adulta, estos servicios tendrán que ser necesariamente limitados a sólo una minoría de las personas que padecen enfermedades mentales. La pregunta que entonces se plantea uno es ¿calidad o cantidad?

Equidad. Comúnmente se define como los aspectos de la "justicia", la aplicación del principio de equidad implica que la distribución del dinero para los servicios de salud debe realizarse de acuerdo a los criterios de especificidad, que sean transparentes y que tengan una amplia aceptación como justos. Hay una necesidad de adaptar y aplicar tales criterios racionales y explícitos para la asignación de recursos en los entornos donde los patrones históricos y de desigualdad pueden predominar. La base sobre la cual se asignan los recursos debe ser un proceso de evaluación de las necesidades.

Responsabilidad. En el nivel individual del paciente, el principio de responsabilidad se refiere al elemento de ser responsable dentro de la relación entre el

personal y los pacientes individuales, una relación que debe basarse en la confianza y la verdad. Por ejemplo uno de los aspectos de responsabilidad es que la información clínica debe ser confidencial.

Coordinación. Podemos distinguir entre los tipos de corte transversal y longitudinal de coordinación. El primero se refiere a la coordinación de la información y los servicios dentro de un episodio de cuidados (tanto dentro como entre los servicios). Este último se refiere a la interrelación entre el personal y entre los organismos en un período más largo de tratamiento que a menudo abarca varios episodios.

Eficiencia. Nunca habrá suficientes recursos asignados para los servicios de salud a la vista de los pacientes, sus cuidadores o los profesionales. Si aceptamos esta escasez como una condición básica, nuestro punto de partida es por lo tanto la cuestión limitada de la asignación.

La búsqueda de eficiencia significa, por lo tanto, reducir los costes para un nivel dado de efectividad (resultados), la mejora del nivel de efectividad o el volumen y calidad de los resultados alcanzados a partir de presupuestos fijos.

Vecindad y Redes.- Son otros conceptos importantes y han sido propuestos, ya sea como sustitutos o complementos al concepto de comunidad desde 1970. El concepto de *vecindad* hace referencia a la proximidad geográfica de las personas que no han elegido vivir una junta a otra, y que (al menos en principio) los extranjeros parece que son menos integrados en las cualidades típicas de las comunidades. A menudo, la gente está allí por casualidad, con muy pocas expectativas de la comunidad y se tienen que construir gradualmente sobre la base de sus relaciones con las pocas personas con las que han desarrollado un vínculo más estrecho. El estrechamiento de las relaciones se desarrolla a partir de intereses comunes (por ejemplo, tener niños en edad escolar parecida o las congregaciones religiosas locales). Por otro lado, las redes se han definido como un conjunto específico de relaciones en las que grupos e individuos establecen relaciones más estrechas en torno a determinados intereses compartidos. La pertenencia a una red no hace que se oponga a otra ni la pertenencia a un miembro excluye al otro. Las redes están menos constreñidas por los límites gráficos de cualquiera de las comunidades o barrios y su elasticidad, en principio, permite una mayor inclusión que la exclusión.

Resumiendo, el concepto de comunidad tiene más de una definición, y muchos significados y connotaciones. Aunque es menos clara que los conceptos relacionados, como vecindad y redes, la comunidad tiene un significado que incluye la esfera más simbólica y emocional como espacios relacionales sociales vividos que faltan en los otros conceptos.

2.2.2.3. Sistema y componentes para los cuidados comunitarios

El modelo de psiquiatría comunitaria se compone de un conjunto de sistemas y servicios interconectados (Véase Figura 1), donde cada componente muestra una serie de valores para la comunidad (Véase Figura 2). En la figura 2 se puede observar que en la base están los valores más importantes. Dentro de cada grupo puede haber diferencias, por ejemplo en los profesionales pueden estar incluidos psiquiatras o trabajadores sociales. La política social hace referencia al gobierno central y local y a la legislación que afecta a la vida de las personas. Los cambios dentro de cada uno de los componentes tendrán una serie de impactos en las unidades organizativas para los cuidados de las personas con enfermedad mental.

La naturaleza del estado de bienestar que antes parecía indiscutible e incluso aburrida, ahora es controvertida y sus instituciones están sujetas a una revolución aparentemente permanente.

Las personas participan, cooperan y ejercen la gobernanza

En contraste con un modelo jerárquico de la prestación de servicios, el modelo cooperativo permite a los usuarios y los profesionales trabajar juntos para planear, negociar y tomar decisiones sobre los servicios y actividades que usarán para apoyar el proceso de recuperación. La cooperación implica que el usuario es un participante activo, que él o ella se presentan con una gama de opciones y la oportunidad de elegir entre ellas y que los profesionales asumen que él o ella, pueda tomar algunos riesgos con estas opciones. Los usuarios tienen la oportunidad de tomar decisiones que no sean las que el profesional podría haber hecho para ellos. Por último, una relación de cooperación verdadera es aquella en la que el usuario y el profesional se ven como seres humanos. Para los profesionales, esto significa aprender a ver más allá del diagnóstico o raza étnica y las categorías socioeconómicas para las que han sido entrenados a usar y repensar "cuestiones de límites" para que puedan permitirse relacionarse con los usuarios a un nivel de persona a persona.

La terminología es un aspecto importante para el trabajo en cooperación ya que aclara quién debiera intervenir, cómo esas personas y grupos se ven a sí mismas y sus respectivas funciones, así como las formas y los niveles de participación y dónde y de qué manera ocurren. La terminología para cada grupo de interesados puede ser debatida incluso entre el grupo pertinente, por ejemplo, el deseo de las personas de que se les llame «consumidores», «usuarios de servicios», «pacientes», «clientes» o «sobrevivientes» difiere de un individuo y un grupo a otro

y también es motivo de controversia entre los otros grupos. En nuestro país se llaman movimiento en primera persona. Así mismo, las personas que participan como miembros familiares pueden querer que se les llame «cuidadores» o «prestadores de cuidados» o simplemente «familia» o «amigos».

Se define la cooperatividad como una relación de colaboración entre usuarios, cuidadores y profesionales clínicos. Las formas de cooperatividad pueden fluctuar desde proporcionar información a usuarios de servicios o a servicios coordinados por la familia y cuidadores y comprenden diversos tipos de colaboración. Las formas y los niveles, desde informar hasta compartir las facultades y el liderazgo por familias y usuarios de servicios, deben ser un aspecto clave de las relaciones, ya que la claridad con respecto a lo que se ofrece o está disponible es un aspecto esencial para establecer los términos de la cooperatividad.

Los lugares para la cooperatividad comprenden la asistencia personal al nivel básico, desde los ámbitos local, regional, nacional e internacional donde puede tener lugar la participación. Cada lugar tiene sus propios niveles. Por ejemplo, al nivel de la persona, alguien puede estar informado de sus opciones, ser apoyado para tomar decisiones o recibir los recursos para adquirir sus propios servicios. Al nivel nacional, las personas pueden recibir información de las decisiones tomadas, consultadas en una etapa temprana mediante encuestas, invitadas como miembros a comités nacionales o recibir financiación para establecer sus propios programas nacionales. La participación de los usuarios y miembros de la familia o amigos en la planificación mental de los servicios de salud refleja la preocupación de desempeñar un papel central en el proceso. Sin embargo, su mera inclusión en los foros públicos de discusión de la atención y los servicios no significa necesariamente ser escuchado de manera significativa. Por ello, es necesario adoptar un nuevo enfoque metodológico para comprender el proceso de recuperación mediante el uso de los datos que provienen de tres fuentes: las personas con una enfermedad mental, su familia o los amigos, y los profesionales de la salud. La participación de los usuarios y miembros de la familia o amigos en la planificación de los servicios de salud refleja la preocupación de desempeñar un papel central en los procesos. Otros criterios para la cooperatividad son el tipo de servicio y el grupo diagnóstico. Cuando la cooperatividad se enfoca en aspectos concretos del trabajo psiquiátrico como, por ejemplo, al establecer nuevos servicios en la población para personas con diagnóstico de trastornos de la personalidad existe un esclarecimiento del proceso es cooperatividad. Este comienza con el establecimiento de las metas y procede a través de todas las acciones para especificar cómo tendrán lugar el trabajo, cómo vigilar y valorarlo y utilizar lo que se ha aprendido de manera que sirva de información para el trabajo futuro. El análisis permitió identificar

una gama de actividades en las cuales los usuarios de los servicios y las familias han participado, entre ellos, la formación y educación, abogacía, investigación y valoración, planificación, asistencia y prestación de servicios. La claridad en torno a propósitos, objetivos, procesos, medición de los resultados y aprendizaje de lo realizado son pertinentes a cada una de estos y ayudan a garantizar el éxito y la duración prolongada.

En nuestro país, en mayo del 2003 en Barcelona, tuvo lugar una reunión, tras una preparación previa, de profesionales y usuarios de salud mental, cuya información obtenida la reconocen como "Decálogo de pacientes". En este Foro, los propios usuarios realizaron las siguientes propuestas para mejorar la participación de los ciudadanos en las políticas públicas: a) Fomentar la formación de asociaciones de pacientes y crear federaciones entre las mismas; b) Crear un foro de participación de las asociaciones; c) Que el Consejo de Salud Social incorpore a representantes de las federaciones y que éstos sean de carácter rotativo; d) Tener en cuenta los puntos de vista del foro de asociaciones de pacientes en la aplicación de la Ley de Cohesión y Calidad, y la Ley de Autonomía del Paciente; e) Que la Ley especifique de forma explícita el número de representantes de las asociaciones y su rol en el desarrollo de la misma; f.) Aumentar la formación (tanto de médicos como de pacientes) para incentivar la concienciación y participación de los mismos en la definición de las políticas públicas; g) Buscar mecanismos que favorezcan la participación de pacientes que no formen parte de asociaciones específicas. Y en relación a sus derechos estos reclaman:

a. Desarrollo de una carta específica de derechos básicos.
b. Programas educacionales formativos.
c. Identificación del personal sanitario.
d. Acercar el conocimiento y cumplimiento de los derechos a médicos y profesionales.
e. Incluir como elemento de evaluación de la calidad de la asistencia el grado de cumplimiento de los derechos.
f. Mejorar la información al paciente y garantizar el uso de un lenguaje más inteligible en el informe médico.
g. Divulgación y difusión de las cartas de derechos y deberes tanto a los profesionales como a los pacientes.
h. Guías y servicios de acogida de orientación e información a los pacientes, como servicio integrado a los servicios específicos, y de tipo multidisciplinario.
i. Facilitar la accesibilidad a la información sobre derechos a los pacientes en su recepción al centro.

j. Información adecuada y apoyo psicológico a los pacientes con continuidad en el curso de su enfermedad.
k. Aclarar la terminología a los pacientes sobre dispositivos asistencias y tecnologías sanitarias: centro asistencial/ centro sanitario.
l. Facilitar la atención especializada en enfermedades multisistémicas, creando modelos asistenciales que sirvan como referente y facilitando la coordinación entre dispositivos-servicios asistenciales.

La cooperación también presenta sus obstáculos. Los análisis demostraron que los mismos obstáculos para la cooperatividad emergen una y otra vez en la bibliografía en tanto que las acciones y los sistemas que apoyan la participación, también cada vez, resultan más claros. La cooperatividad puede verse dificultada por la falta de claridad sobre la cuestión de la representatividad o la responsabilidad. La falta de compromiso por los prestadores de servicios, planificadores y personal profesional a menudo se demuestra en el «simbolismo» —es decir, escaso número de participantes, apoyo deficiente por lo que respecta a la financiación y acceso a los recursos o falta de apoyo y formación para los interesados. Todo mundo necesita capacitación para trabajar en colaboración.

Otro obstáculo característico tiene que ver con la normatividad y la estrategia. Las organizaciones precisan una normatividad clara acerca de la cooperatividad y el personal debe conocer las políticas existentes y cómo ponerlas en práctica. Diferentes objetivos entre los interesados pueden crear obstáculos para el trabajo en colaboración satisfactoria.

Podemos encontrar algunos ejemplos de colaboraciones satisfactorias en los usuarios de servicios y cuidadores que participan en la formación de personal de la salud mental en el Reino Unido o en los usuarios de servicios que intervienen en la vigilancia de los servicios o en crear indicadores de resultados en algunos países. En muchos países, los usuarios de servicios y los cuidadores forman parte de comités para planificar y administrar los servicios aunque la participación de la familia en los comités es menos frecuente. Los asesores de usuarios son empleados con éxito en Australia. El diálogo (reuniones para charlas periódicas fuera de los ambientes laborales entre los interesados) es otro método que ha resultado eficaz en Alemania y Austria. En algunos países se han elaborado directrices para el trabajo en colaboración.

Para una óptima gobernanza de la sanidad, es precisa una acción política de los profesionales, los usuarios y las familias con el conjunto de la sociedad. Es preciso que la población asuma el cuidado de la salud, y de la salud mental en particular, como uno de sus objetivos prioritarios. Hay que decirlo una vez más: la forma de atender a los enfermos más frágiles y necesitados define el sistema

sanitario. Es indudable que la participación mejoraría el grado y calidad del servicio obtenido, la disminución de los costes innecesarios y la implementación de necesidades expresadas por los pacientes en las políticas públicas.

En la normativa sanitaria de las comunidades están recogidos diversos órganos de participación comunitaria (regional, área, zona), aunque las funciones son consultivas, de asesoría, de carácter informativo y de conocimiento y con escasas funciones de gestión y control directo. El Sistema sanitario debe tener en cuenta los valores que están latentes en este momento para dar una respuesta efectiva a las demandas de participación que protagonizan cada vez con más intensidad los usuarios y los pacientes; éstos demandan más información, más participación y más transparencia en las decisiones que afectan a su salud individual y colectiva.

En Junio del 2006 se celebró en Toledo el *Encuentro regional sobre participación ciudadana en el Sistema sanitario público de Castilla-La Mancha*, donde se planteó y debatió un nuevo modelo de participación ciudadana en los servicios de salud. El evento estuvo organizado por la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM). De la misma, después de un trabajo intenso, a través de varias mesas, concluyen que:

1) Los agentes clave de salud (ciudadanos, pacientes, profesionales sanitarios, Administración) consideran: que la participación ciudadana es un instrumento útil, válido y necesario para mejorar el sistema; que los ciudadanos participan poco y hay que involucrarlos lo más posible; que la participación ha de ser a través de las asociaciones más representativas y más consolidadas; que la participación ciudadana es fundamental para la sostenibilidad social; y que hay que buscar cauces de comunicación entre los ciudadanos/usuarios y los profesionales sanitarios.

2) La Administración, junto con los profesionales sanitarios, no debe vivir la participación de los ciudadanos como una amenaza. Y aquella debe ser más transparente y debe facilitar la participación de los ciudadanos. Por su parte, el ciudadano/usuario debe sentir el sistema sanitario como algo suyo, debe sentirse parte del mismo.

3) Los clásicos y tradicionales órganos de participación ciudadana en el sistema sanitario español están obsoletos, no han funcionado como se esperaba; por lo tanto, es necesario buscar otras estructuras más adecuadas al momento actual y más adaptadas a las demandas y a las necesidades de los ciudadanos y para ello hay que contar con los ciudadanos y pacientes individualmente o asociados.

4) Todos los agentes clave de salud consideran que son necesarios nuevos órganos de participación ciudadana, en los que se contemple una participación deliberativa y corresponsable en la gestión del sistema sanitario.

5) Se ha de producir un cambio cultural en la organización sanitaria y en los estilos de gestión.

6) La participación de los ciudadanos y pacientes debe hacerse de forma directa, regulando los mecanismos necesarios para ello, a través de las asociaciones más representativas, más capacitadas y más consolidadas, sin olvidar la implicación de los profesionales sanitarios y de la propia Administración regional.

7) La participación activa de los ciudadanos y los pacientes es necesaria; éstos cada día están mejor informados y las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) han contribuido a ello y han supuesto un cambio social, una nueva realidad.

8) Los pacientes deben estar mejor informados y formados; ello contribuye a mejorar la atención sanitaria e incrementar la calidad.

9) Es necesario un nuevo modelo de participación ciudadana, creando un servicio de participación a nivel central y de áreas sanitarias, desarrollando nuevos órganos de participación (foros participativos de salud de área y foro regional de salud) y realizando un proceso de implantación, como incorporar a la estructura administrativa sanitaria el servicio de participación).

10) Desarrollo piloto: en la Gerencia de área de Puertollano se va a implantar el nuevo modelo de participación contemplando los actuales órganos e instrumentos de participación existentes y los de nueva creación (Foro de participación ciudadana, Foro virtual, Consejo de participación y administración de área y Servicio de participación).

TABLAS Y FIGURAS

TABLA 1:
Avances de la reforma.

Tabla 1 a. Política sanitaria y gestión de los servicios

Fernández Liria (1998); Espino (2002); Hernández(2004); López, M. (2006)	Aumento de camas de psiquiatría en hospitales generales
Fernández Liria, et al., (1998); Espino, (2002);Desviat(2011)	Desarrollo de la atención primaria
Fernández Liria, et al. (1998); Hernández (2004);Espino (2002)	Creación de unidades de hospitalización psiquiátrica
Fernández Liria,et al. (1998); Hernández (2004); Espino (2002)	Creación de equipos multiprofesionales
Hernández (2004);Espino(2002)	Creación de una red de equipos de salud mental comunitarios
Espino (2002)	Aumento de recursos humanos para atender a los pacientes Crecimiento del interés por el desarrollo de la gestión clínica y el trabajo en equipo

Tabla1b.Profesionales

Espino (2002)	La experiencia clínico-asistencial de los profesionales de la red de salud mental desarrollada ha consolidado un colectivo competente y bien formado
Hernández (2004);Espino(2002)	Creación de programas de formación de especialistas en la red pública de salud mental comunitaria (psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeros de salud mental)

TABLA 2:
Aspectos pendientes de la reforma.

Tabla 2a. Política sanitaria y gestión de servicios

Desviat (2011); Fernández Liria et al (1998);Hernández (2004), Espino, A. (2002); López, M. Laviana, M. y García Cubillana, P.(2006)	Desigualdades en la implantación de recursos entre autonomías
Fernández Liria, et al(1998)Hernández (2004)Raimundez (2003)	Insuficiencias de recursos intermedios
Desviat (2011),Hernández (2004),López et al. (2006),Espino, (2002)	Siguen existiendo en la actualidad hospitales psiquiátricos en algunas comunidades
Raimundez(2003)	Ausencia de mecanismos de evaluación y coordinación eficaces dentro de cada autonomía
Hernández (2004)	La atención domiciliaria está descuidada en algunas comunidades y no está apoyada por una estructura organizativa Cambios sustancial en el abordaje de los problemas de salud mental La investigación independiente en salud mental es prácticamente inexistente
Espino(2002)	No hay consenso técnico sobre la organización asistencial y formas de integración de la atención a los problemas relacionados con el abuso de sustancias dentro del sistema sanitario y la red de salud mental Desarrollo desigual de la atención primaria y los servicios sociales afectando al funcionamiento del sector de salud mental El desarrollo de recursos comunitarios necesarios para atender a los enfermos mentales externalizados de la institución manicomial ha sido tardío e insuficiente Falta transparencia del presupuesto sanitario que se dedica al sector de salud mental
Fernández Liria et al (1998)	El trabajo en red es muy escaso en la mayor parte de los servicios de salud mental

Tabla2b. Desarrollo de programas

Fernández Liria(1998)	Ausencia de programas de prevención
Hernández(2004)	Las intervenciones, salvo excepciones, están poco desarrolladas en atención a domicilio, programas de acompañamiento, formación, trabajo, ocio y apoyo familiar 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 las que no se le proporcionan programas asistenciales específicos No ha habido una definición clara de la cartera de servicios ni compromiso de la administración sanitaria en ofrecer estándares de calidad de los servicios Insuficiente desarrollo de los programas de atención a la infancia y adolescencia dentro de la red de salud mental Los programas de prevención y promoción están muy poco desarrollados No hay compromiso con los programas de continuidad de cuidados debido a la sobrecarga asistencial y que no han sido suficientemente respaldados por la organización Con frecuencia se mantienen programas según el modelo clínico tradicional, en virtud de diagnósticos o protocolos de tratamiento
Espino (2002)	Insuficiente desarrollo de los programas de atención a la salud mental en la comunidad Ausencia de un proceso de coordinación real y de experiencias compartidas entre las Comunidades Autónomas a través del Consejo Interritorial de Salud
Rodríguez Pulido (2010)	No activación de la coordinación sanitaria con los servicios sociales que se establece en la ley dependencia.

Tabla 2c. Políticas intersectoriales

López et al (2006)	No hay información general común desde alguna agencia central (Ministerio de Sanidad) ni desde las Comunidades Autónomas que permita reconstruir una visión de conjunto
Espino (2002)	Falta de cumplimiento por parte del Ministerio de Sanidad de sus funciones de coordinación careciendo de compromiso en materia de salud mental Ausencia de un cultura de empresa pública centrada en el compromiso con el ciudadano y la cooperación entre las unidades asistenciales del territorio
Desviat(2011)	No creación de un Plan Integrado de Salud y la no constitución de las Gerencias y Consejos de Salud de área política.
Hernández (2004)	Escasa colaboración de los servicios comunitarios con los servicios sociales generales que están más preocupados por otros colectivos (Pobreza, exclusión social, etc.)
Raimundez (2003)	Se ha producido un trasvase de la responsabilidad de una parte sustancial de la atención desde el sector sanitario público a los servicios sociales, el sector privado y las familias

Tabla 2d. Participación

Hernández (2004)	Poca participación de los movimientos asociativos en la planificación y evaluación de los servicios
Espino, A. (2002)	Las revistas de especialidad, salvo excepciones, son órganos de expresión de intereses corporativos.

Tabla 2e. Legales

Fernández Liria (1998)	La falta de una legislación específica ha generado algunos problemas de indefinición y de vacío legal
Espino(2002)	Ausencia de consolidación de un modelo de servicios centrado en la comunidad junto con un soporte legal que consolide lo logrado y consolide un desarrollo de servicios equilibrado y estable frente a los cambios políticos

Tabla 2f. Profesionales

Espino(2002)	Insuficiencias formativas de los profesionales en determinados campos necesarios para la atención a la salud mental
Fernández Liria et al (1998); Espino(2002)	La desincentivación de los profesionales llamados a realizar la reforma

TABLA 3:
Amenazas de la reforma.

Tabla 3a. Política sanitaria y gestión de servicios

Fernández Álvarez (2000)	Las familias acusan sobrecarga objetiva (incremento de gastos, pérdida de tiempo libre) y subjetiva (sobrecarga emocional, experiencia de duelo, soledad o estigma) por la convivencia y cuidado de pacientes con problemas de salud mental
Raimundez,(2003);Fernández Liria, et al(1998)	El sistema no dispone de suficientes número de camas en hospitales generales
Hernández (2004)	Tendencia a prestar más atención a quienes mejor articulan sus demandas (generalmente pacientes con trastornos adaptativos) Los nuevos fármaco son los principales protagonistas del mercado sanitario dejando en segundo lugar otros desarrollos igualmente necesarios para la atención a la salud mental
Espino(2002)	Crecimiento del papel del sector privado (aseguradoras) en el desarrollo de la atención a la salud mental. No existe una estrategia común en las Comunidades Autónomas en favor de un mayor desarrollo de la salud mental Restricción progresiva de la consideración sanitaria de determinadas prestaciones de soporte psicosocial necesarias para la atención integral del enfermo mental Menor compromiso de los gobiernos con las políticas sociales La salud mental no es un asunto prioritario para los políticos ni para los medios de comunicación y el colectivo de enfermos mentales (y sus familias) tienen poca capacidad de presión real sobre los gobiernos No existen “liderazgos” sólidos y reconocidos ni en el ámbito de la política sanitaria ni en el sector de la salud mental Al separar las actuaciones del SNS en materia de financiación, compra y provisión de servicios, sus resultados van a depender, exclusivamente, del desarrollo que cada administración haga de las mismas
Desviat (2011)	Falta determinación política para que la sanidad tenga la preferencia que le corresponde
Raimundez (2003)	Las familias están supliendo la escasez de recursos ocupacionales
Fernández Liria et al. (1998)	Incompatibilidad de del sistema de atención con los objetivos admitidos por las fuerzas políticas con posibilidades de gobernar el Europa (reducción del déficit público y el de la seguridad social, etc.).

Tabla 3b. Profesionales

Fernández Liria, et al(1998)	La reforma se establece por una buena dosis de voluntarismo de los profesionales
Hernández (2004)	En la formación de los nuevos psiquiatras como en la práctica clínica se descuida la perspectiva subjetiva, relacional y social
Desviat (2011)	Falta de apoyo al esfuerzo docente e investigador de los profesionales
Espino (2002)	Se prima la atención del enfermo en sus aspectos de diagnóstico y tratamiento hospitalario, en detrimento de una cultura sanitaria y asistencial que integre los diversos desarrollos científicos, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y acciones sobre la comunidad

Tabla 3c. Política económica

Desviat (2011)	El deterioro progresivo de la atención primaria (por falta de medios, tiempo y presupuesto). La financiación de las asociaciones de familiares dependientes de los cambios de gobierno
Espino (2002)	La progresiva descapitalización del sistema sanitario público La red sanitaria es casi gratuita, la red sociosanitaria no Cargo a los usuarios de una parte de los costes derivados de la atención a su salud Las políticas económicas actuales de corte liberal cuestionan los criterios que hicieron posible la Europa del Bienestar, reduciendo el gasto social y conteniendo el crecimiento del gasto público mediante políticas de restricción presupuestaria y privatización de servicios La participación creciente del sector privado en el conjunto del gasto sanitario está conduciendo a una progresiva descapitalización del sistema público Ante un contexto de congelación real del gasto presupuestario con recursos escasos, el sector de salud mental es débil frente a otros de mayor interés para la administración
Francisco Pulido (2000)	Costes de las prestaciones sanitarias y las prestaciones sociales

TABLA 4:
Oportunidades de la reforma.

Tabla 4a. Política sanitaria y gestión de servicios

Espino(2002)	La universalización de la atención a la salud y la ordenación de las prestaciones sanitarias del SNS comprometen a los poderes públicos con los problemas de salud mental
	La preocupación de algunos sectores institucionales como la Oficina del Defensor del Pueblo, por todo lo relacionado con salud mental
	La existencia de Planes de Salud Mental en distintas Comunidades Autónomas expresan una preocupación real para afrontar los problemas
	La existencia de Planes de Salud Mental en distintas Comunidades Autónomas expresan una preocupación real para afrontar los problemas
	La preocupación creciente entre las capas medias por estilos de vida más saludables junto a un mejor conocimiento de las relaciones existentes entre la manera de vivir y determinadas patologías puede devolver protagonismo al sector de la salud mental si se desarrollan medidas preventivas y de promoción efectivas y accesibles para la población
	El crecimiento de nuevas formas de malestar social y de los fenómenos de exclusión social producen un aumento de los problemas psíquicos y presionan al alza sobre el gasto sanitario derivado de las acciones en salud mental
	La progresiva toma de conciencia y creciente capacidad organizativa de las asociaciones de familiares y usuarios en favor de los enfermos mentales, puede potenciarse con un discurso en favor del desarrollo de formas organizativas más autónomas y operativas

Tabla 4b. Profesionales

Espino(2002)	La presencia de diferentes colectivos profesionales (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras de salud mental, trabajadores sociales, etc.) aumenta la capacidad de influencia social y sanitaria
	Las prestigiosas revistas médicas y las asociaciones profesionales que le dan soporte necesitan un desarrollo transparente y riguroso de sus actividades para recuperar la credibilidad perdida
	La intersectorialidad favorece el conocimiento mutuo de su problemática y la cooperación entre los distintos sectores, aumentando así sus posibilidades y resultados prácticos

Fuente: Raimundez (8); Fernández Liria et al (10); López et al (14);Desviat (15);Rodríguez Pulido (28); Rodríguez Pulido (29); Hernández (31);

TABLA 5:
Cartera de servicios en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

Atención primaria

La atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada incluye:

1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.
3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.
4. Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación, en su caso, al servicio especializado correspondiente.
5. Seguimiento, de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales, de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

Atención especializada
Atención a la salud mental

Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización. La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:

1. Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
2. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
3. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
4. Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.
5. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
6. Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
7. Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

El proceso de reforma psiquiátrica y la Ley General de Sanidad han permitido la creación de una nueva red sanitaria de atención a la salud mental, de base y orientación preferentemente comunitaria e integrada en el sistema sanitario público.

TABLA 6:
Definiciones de psiquiatría comunitaria.

Rehin and Martin (1963)

"Cualquier plan dirigido a proporcionar atención y tratamiento en la comunidad para facilitar la detección precoz de la enfermedad mental o una recaída y su tratamiento sobre una base informal, y para proporcionar un servicio social en la comunidad con apoyo o seguimiento".

Freudenberg (1967)

"La psiquiatría comunitaria asume que las personas con trastornos de salud mental pueden ser más eficaces cuando la ayuda los vínculos con la familia, amigos, compañeros de trabajo y la sociedad en general se mantienen, y tiene como objetivo proporcionar un tratamiento preventivo, y servicios de rehabilitación para un distrito que significa que las medidas terapéuticas van más allá del paciente individualmente.

Serban (1977)

"La psiquiatría comunitaria tiene tres aspectos: en primer lugar, un movimiento social, en segundo lugar una estrategia de prestación de servicios, haciendo hincapié en la accesibilidad de los servicios y la aceptación de la responsabilidad dirigidas a las necesidades de salud mental de una población total, y en tercer lugar, ofrecer la mejor atención clínica posible, con énfasis en los principales trastornos de salud mental y en el tratamiento fuera de las instituciones".

Bennett (1978)

"La psiquiatría comunitaria está interesada en las necesidades de salud mental no solo del paciente individual sino de la población en general, no sólo de aquellos que se definen como enfermos, sino también a los que pueden estar contribuyendo a que enfermedad y su estado de salud o el bienestar pueden, a su vez, poner en peligro ".

Tansella (1986)

"'Un sistema de atención dedicada a una población definida y basada en amplios servicios de salud mental integrados, que incluyen servicios ambulatorios, centros de día y ocupacionales, alojamiento en residencias, talleres protegidos y unidades de pacientes internos en hospitales generales, y que garantice, con equipos multidisciplinares, el trabajo, el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y la continuidad de la atención, el apoyo social y una estrecha relación con otros servicios dentro de la comunidad médica y social y, en particular, con los médicos generales".

Strathdee and Thornicroft (1997)

"La red de servicios ofrecen tratamiento continuo, alojamiento, ocupación y apoyo social y en conjunto ayudan a las personas con problemas de salud mental a recuperar su papel en las funciones sociales".

Thornicroft and Tansella (1999)

"Un servicio basado en la comunidad de salud mental es el que ofrece una gama completa de cuidados de salud mental efectivos a una población definida, y que se dedica a tratar y a ayudar a las personas con trastornos mentales, en proporción a su sufrimiento o angustia, en colaboración con otras organizaciones".

Fuente : Oxford Textbook of Community Mental Health (Traducción propia) (32)

FIGURA 1:
Interfases claves entre los sistemas de salud mental comunitarios de salud mental y otros servicios de salud y organismos de servicios públicos
Imagen extraída del libro Oxford Textbook of Community Mental Health (Traducción propia) (32)

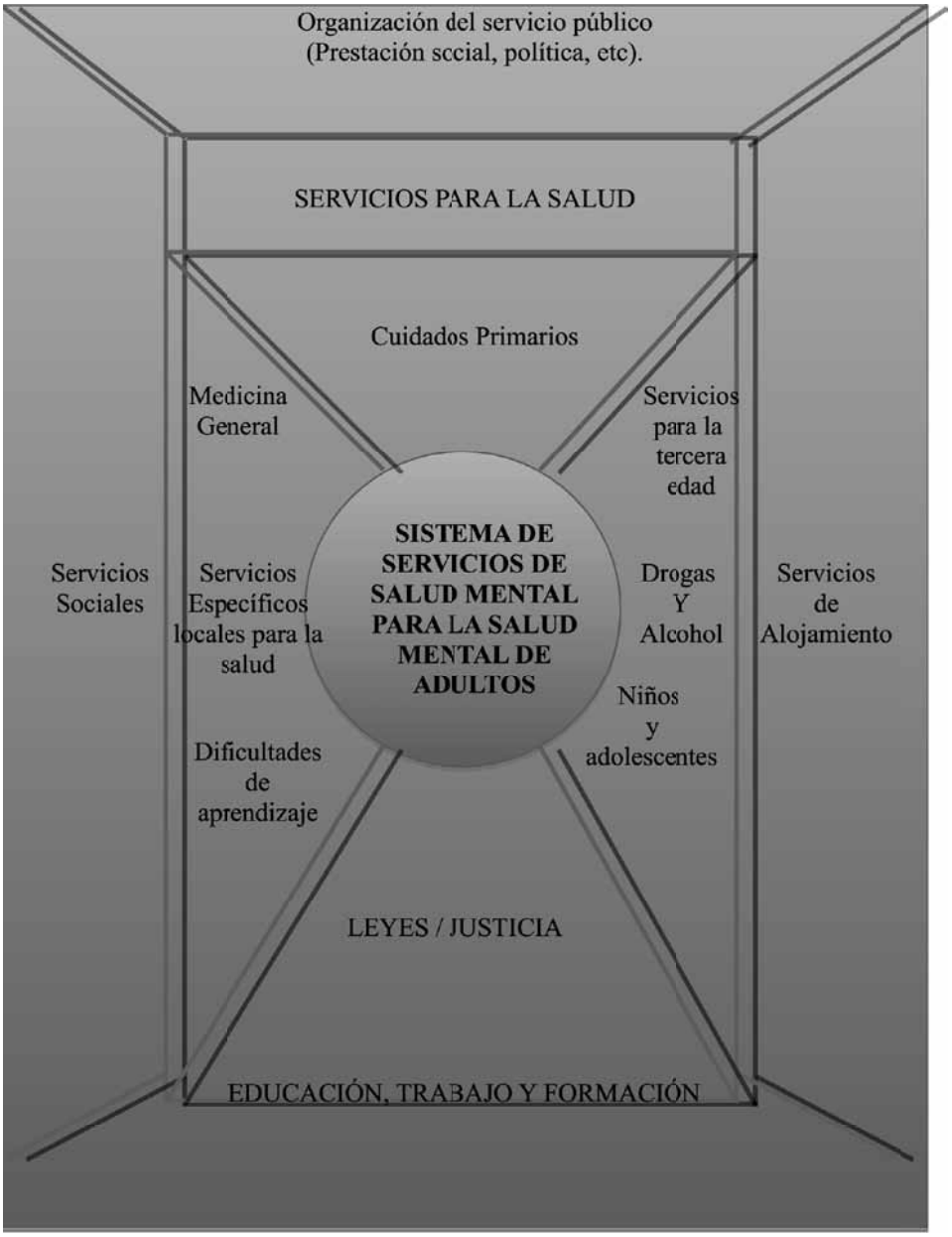
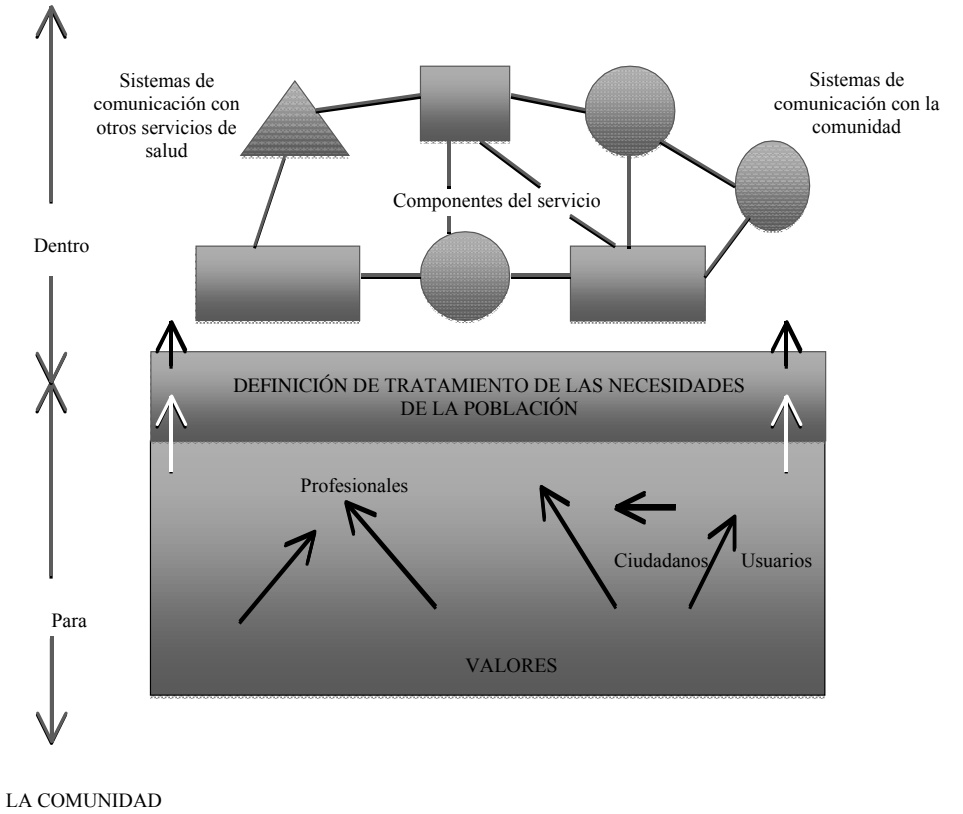


FIGURA 2:
Funcionamiento del modelo de psiquiatría comunitaria
Imagen extraída del libro Oxford Textbook of Community Mental Health (Traducción propia)(32)



Capítulo 3.- El camino hacia la recuperación.

3.1. La atención orientada a la recuperación.

El modelo de recuperación es un movimiento social que se inicia en la década de los 80 en EEUU y en el Reino Unido y está influyendo en el desarrollo de servicios de salud mental en todo el mundo. Tanto los relatos autobiográficos de las personas con un problema de salud mental como los escritos de los autores clave de la atención orientada a la recuperación señalan cómo la salud de un individuo que evoluciona es mucho más que la restauración funcional de sus capacidades. Una cultura sana es una cultura de inclusión, de esperanza, de confianza, de cooperación, de empoderamiento y de respeto a la dignidad humana.

Las personas que hacen uso de los sistemas de atención y los profesionales que trabajan en ellos deben colaborar juntos para planear, negociar y tomar decisiones sobre los servicios y sobre las actividades. Los profesionales tienen que respetar una característica central en la relación terapéutica, el concepto de "dignidad de riesgo" de los sujetos al asumir sus decisiones estando debidamente informados.

En líneas generales, la atención se ha desplazado a la necesidad de considerar lo que la gente trae consigo dada su situación, así como el significado que le dan a su vida y los proyectos que desean llevar a cabo. Se refiere a la experiencia subjetiva de optimismo sobre el resultado de la psicosis, a una creencia en el valor de la autonomía de las personas con problemas mentales y a un enfoque en los servicios en el que las decisiones sean compartidas.

La Reforma psiquiátrica se centró en el desarrollo de servicios y tecnologías con el objetivo de favorecer que las personas pudieran adaptarse a sus entornos con los mínimos apoyos posibles. El modelo de recuperación contempla las características singulares y únicas de los seres humanos como una manifestación de la diversidad que se sitúa en el marco de los derechos humanos. La satisfacción del derecho a la salud es uno de los componentes de mayor potencia en la construcción de la ciudadanía siendo las políticas públicas potenciadoras o debilitantes de la misma.

El modelo de recuperación va mas allá, sin sustituirlo, que el modelo de rehabilitación psicosocial; es una perspectiva que se podría superponer y que modula la forma en que se piensa en cuál es el objetivo de la atención, cómo se pueden favorecer los procesos, cuáles son los recursos y los indicadores de calidad y qué formación se considera relevante para que los profesionales participen como agentes favorecedores de cambios positivos en las personas con las que colaboran. En definitiva, lo que se resalta es favorecer el alcance del bienestar eudaimónico y estimular las potencialidades que no han podido ser desarrolladas.

La evidencia empírica longitudinal ha demostrado que muchas personas que fueron diagnosticadas con esquizofrenia han pasado a tener una vida satisfactoria sin signos de la enfermedad. Es importante entender que las ideas de recuperación se deben principalmente a las actividades de los movimientos de los usuarios y que han sido formuladas por y para las personas que hacen uso de los servicios. Por tanto, los profesionales deberían ser cuidadosos con las acusaciones de que los pacientes intentan asumir sus funciones o de que no aportan nada nuevo.

Actualmente la recuperación, entendida como un proceso en el sentido de un recorrido único y personal, y la recuperación como objetivo que los servicios de salud mental deben promover, impregna toda la nueva misión asignada no sólo a los servicios de rehabilitación sino a todos los servicios especializados en salud mental en todos los niveles o ámbitos asistenciales. La atención a la salud mental se está desplazando hacia la recuperación (ver figura 1), lo que implica reorientar la atención hacia la intervención temprana (ver figura 2).

Figura 1:
Camino hacia la recuperación para los nuevos y actuales problemas de salud mental.

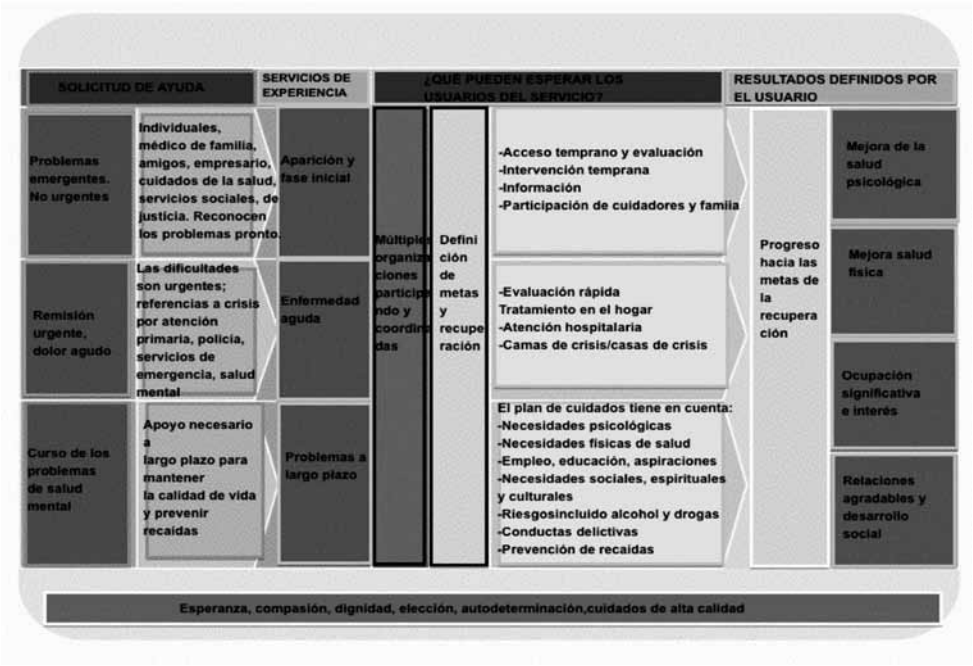
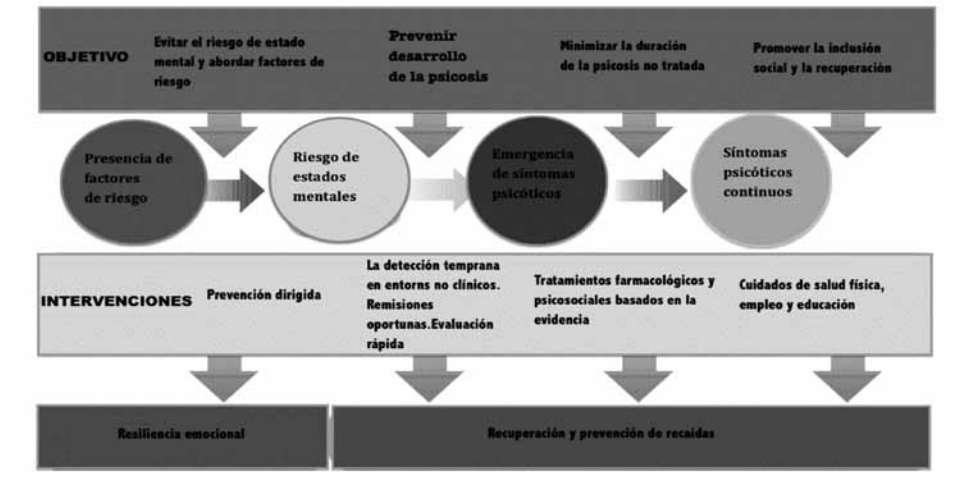


Figura 2:
La Intervención Temprana.



Desde el modelo de la atención orientada a la recuperación se han desarrollado distintas líneas de investigación que se apoyan fundamentalmente en estudios subjetivos de relatos en primera persona, principalmente realizados por personas recuperadas. Profesionales de la salud mental se han basado en estos relatos para formular modelos teóricos y prácticos que pudieran adaptarse para su uso en el ámbito psicosocial. Los resultados de estas investigaciones y experiencias pueden ser agrupados de la siguiente manera: visiones de la recuperación; valores y componentes de la recuperación; modelos de recuperación; y autoevaluación, fases y evidencias de recuperación.

3.2. Visiones de la recuperación

No hay una única definición de recuperación pues el significado variará dependiendo de quién pregunta y de quién responde a esa pregunta. Si se define como el alivio de los síntomas y la angustia, entonces no todos los individuos son capaces de recuperarse. Sin embargo, si se toma la perspectiva de que la recuperación es la adición de significado, de roles sociales valiosos para cada sujeto, de empoderamiento y de ciudadanía, entonces todo el mundo es capaz de recuperarse, aunque quizá no en la misma medida.

La recuperación como proceso no puede ser definida previamente a no ser por el propio individuo. La recuperación es una actitud frente a las diversas po-

sibilidades, una postura activa, un proceso no lineal y cada sujeto debe encontrar la manera de enfrentarse a los retos diarios. Estas definiciones contemplan algún componente de aceptación de la enfermedad, un sentido de esperanza en el futuro y la búsqueda de un sentido de sí mismo. Re-encontrar y volver a definir un sentido de ser y de estar en la vida es tan importante como el alivio de los síntomas y el aumento del nivel de funcionamiento.

3.2.1. Perspectivas de los usuarios

"Tradicionalmente, los que fueron golpeados con las enfermedades mentales fueron expulsados de la sociedad y se colocan en los manicomios aislados. Hasta hace unos treinta años aquellos de nosotros que estaban diagnosticados como "locos" fueron retirados y no se esperaba que regresasen a la sociedad. Cuando empezaron a regresar no fueron generalmente bien recibidos. Las películas tienen una tradición de retratar a los enfermos mentales como monstruos. Los medios de comunicación también se refieren principalmente a la enfermedad mental cuando uno de nosotros ha muerto o ha cometido algún tipo de crimen extraño".

"Debido a la naturaleza de nuestra enfermedad la capacidad de mantener nuestros procesos racionales se daña. A menudo es útil, si queremos, participar en actividades que no agravan nuestras capacidades lógicas. La música, el arte y la poesía son a menudo más fáciles para nosotros de manejar. Por este motivo, animo a las personas con discapacidad por esquizofrenia a participar en estas formas de expresión como una forma de comunicación".

"Mis experiencias con la esquizofrenia fueron inicialmente muy devastadoras, echando por tierra mi carrera y casi destruyendo mi futuro. Desde aquellos tiempos difíciles, ahora utilizo mis experiencias de una manera positiva para educar a otros y abogar por mejores servicios para todos los consumidores de servicios de salud mental".

"Verse libres de los síntomas no capacita automáticamente a las personas para recuperar el control de sus vidas y hacer las cosas que quieren hacer. En el tiempo que se necesita para que los síntomas de una persona disminuyan, no es raro que dicha persona haya perdido las cosas que más valora en su vida: trabajo, casa, actividades de ocio, amigos y socios. También ocurre que un gran número de personas permanecen excluidas de las oportunidades que buscan por causa de su historial de problemas de salud mental: la opinión popular de que un esquizofrénico siempre es un esquizofrénico predomina sobre cualquier cosa".

"El hecho de que no se puedan eliminar los síntomas no ha de impedir que las personas hagan lo que quieren hacer. Es un mito destructivo creer que las

personas con problemas de salud mental progresivos o recurrentes no pueden trabajar, estudiar, vivir por su cuenta, salir con los amigos, criar a los hijos, tener amigos, dedicarse a hacer política …o a lo que quieran hacer. Si las personas tienen la clase de apoyo y ayuda correcta, si se hacen los ajustes y las adaptaciones necesarias pueden hacer todas estas cosas".

"La dependencia de los servicios puede ser buena o mala, creativa o restrictiva. Es destructiva si nos impide explorar nuestros talentos y luchar por nuestros sueños. Es constructiva si nos permite tomar el control de nuestras vidas, hacer las cosas que queremos hacer y rendir al máximo de nuestras capacidades. El aspecto crítico no es cómo podemos promover mejor la independencia de los servicios sino cómo podemos ayudar mejor a las personas con problemas de salud mental a tomar el control de sus vidas y hacer las cosas que quieren hacer".

"Estar comprometido con una agenda de empoderamiento es estar comprometido en identificar, facilitar y crear contextos en los cuales las personas que hasta este momento han estado calladas y aisladas y han sido consideradas intrusas en distintos contextos, organizaciones y sociedades, obtienen comprensión, voz e influencia en las decisiones que afectan a sus vidas".

Los protagonistas se han esforzado por desarrollar una nueva identidad positiva, a veces en desacuerdo con la forma en que la sociedad percibe el bienestar de la salud mental y la enfermedad, identificándose a sí mismos como supervivientes, no de una enfermedad mental, sino del sistema de salud mental. El tratamiento se considera como potencialmente útil pero no es un requisito indispensable.

A menudo los profesionales han fallado a la hora de dar opciones y han omitido la inclusión de los usuarios y familiares como colaboradores en el proceso de tratamiento. Nos recuerdan que nuestro trabajo no es juzgar quién sí y quién no se recuperará, que nuestro trabajo es establecer relaciones sólidas de apoyo con las personas con las que colaboramos.

Proponen cambios en la política y la práctica de la salud mental que no se basen únicamente en la evaluación comparativa de los procesos patológicos.

3.2.2. Perspectivas de los familiares

"A menudo he dicho que la defensa en nombre de mi hijo y de todas las personas con enfermedad mental es terapéutico para mí. No puedo curar su enfermedad ni remover su dolor… puedo hablar sobre las necesidades de los centros comunitarios de salud mental …esto no sólo me da objetivos significativos para mi ira contra la enfermedad… refuerza la defensa del potencial para curar dentro de las familias y la sociedad".

Conocer cuáles son las actitudes de las familias hacia su familiar, hacia su enfermedad y el estigma permite dar y ajustar la información a su debido tiempo. Los servicios deben ayudar a las familias y los amigos respondiendo a sus necesidades, favoreciendo que se relacionen de forma más efectiva. Parte del proceso de empoderamiento de las familias es reclamar sus historias de vida; de ahí la importancia de los grupos de autoayuda.

En una apuesta firme para una mejor atención a las necesidades de sus familiares, las familias, a través de sus movimientos asociativos, han realizado un esfuerzo ingente que ha propiciado el desarrollo de muchos recursos. Sin embargo, en este compromiso, muchos de ellos han olvidado sus derechos y descuidado sus propias necesidades vitales como seres humanos. La lucha por la igualdad de derechos ha formado parte de todos los movimientos de liberación, de modo que cuando se reconocen los derechos aumentan la fortaleza y la confianza en sí mismos. Se proponen la abogacía, como una respuesta saludable a la desesperanza, y la promoción como una condición necesaria para el ajuste y la recuperación de las familias. Se alienta a los profesionales a incluir a las familias en la planificación y en la evaluación y el seguimiento de los problemas de derechos humanos.

Los cuidadores, sus familias y amigos tienen sus propias necesidades. Muchos autores describen el impacto de cuidar sus familiares en términos de carga, tanto subjetiva (percibida) como objetiva (mala salud, carga económica, rutina diaria ajena al cuidador). La OMS considera que la carga de una psicosis para la familia y la sociedad sólo es superada por la carga de la demencia y la tetraplejia. Los cuidadores tienen que respetar la dignidad inherente y la autonomía individual de las personas con problemas de salud mental, que incluye la aceptación de la diferencia como parte de la diversidad humana.

3.2.3. Perspectivas de los profesionales

"La recuperación definida con criterios operativos de remisión de síntomas y de funcionamiento bajo el paradigma de la enfermedad mental no se consideran en sí mismos indicadores del proceso de recuperación" .

"Es necesario ampliar el foco de visión a largo plazo y no imponer el pronóstico típico de "crónico" antes de que el sujeto se determine a mejorar".

"Esta investigación obsesionada por las deficiencias sólo puede producir teorías y actitudes que son irrespetuosas para con los clientes y es posible que también provoque en los médicos un comportamiento tal que a los usuarios de los servicios no se les escuche como es debido, no se les crea, no se les valore con justicia y que probablemente se les trate como ineptos y no se espere, además, que

sean capaces de llegar a ser individuos independientes y competentes al realizar las tareas de su vida".

"Estamos marginando las narrativas, hay que pensar el encuentro paciente/profesional. Estamos sesgados en la intervención por el rol del profesional respecto a control, saber, rutina y automatización y análisis de la actividad. En realidad, el control debe ser devuelto al usuario; él sabe mucho de cómo apañárselas en las rutinas y automatizaciones. Es necesario mantener la esperanza y la expectativa de cambio. Hay que analizar la actividad porque a temporadas sólo se puede acompañar…" .

"Es importante continuar con la investigación del proceso de recuperación de la salud mental a través de las tríadas compuestas por un usuario, un familiar o amigo importante y un profesional importante con el fin de conocer las diferencias en las percepciones de los actores, es necesario desarrollar una práctica clínica que ofrezca a las personas una verdadera ayuda y apoyo en su recuperación".

3.3. Valores y componentes de la recuperación.

El campo de la recuperación está en fase de desarrollo respecto al conocimiento del proceso y al significado del propio concepto de recuperación. Los servicios asistenciales deben aplicar prácticas que con una cierta base de evidencia reflejen, como mínimo, los cuatro valores básicos de la recuperación para alcanzar un objetivo por encima de la supervivencia o del mantenimiento del estado actual de las cosas. Estos cuatro valores son:

• *Orientación hacia la persona:* entendido como servicios asistenciales centrados en la persona o en la experiencia humana completa y no en los «casos».

• *Implicación de la persona:* participando en la planificación y puesta en marcha del programa rehabilitador y no obedeciendo lo que el profesional dicta.

• *Autodeterminación y posibilidad de elección:* sin imponer estrategias coercitivas que promueven sentimientos de hostilidad.

• *Potencial de crecimiento:* compromiso con la esperanza y no con la desesperanza.

Se han identificado los componentes y conceptos del proceso de recuperación (Tabla 1):

• *Encontrar esperanza y mantenerla:* creer en uno mismo, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro.

• *Reestablecimiento de una identidad positiva:* encontrar una nueva identidad que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo.

• *Construir una vida con sentido:* entender la enfermedad, encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad, dedicarse a vivir.

• *Asumir la responsabilidad y el control:* sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida.

Tabla 1:

Conceptos que subsumen al proceso de recuperación.

ESPERANZA	SIGNIFICADO	IDENTIDAD	RESPONSABILIDAD
- Optimismo esperanzador - Esperanza de otros - Inspiración - Modelos de rol - Creencias de los otros en uno mismo - Esperanza de autoeficiencia para el futuro	- Propósito en la vida - Trabajo significativo - Espiritualidad - Cambio de valores y actitudes - Cambio de objetivos - Valores intrínsecos - Auto estima - Significado dentro de los problemas de salud mental	- Sentimiento reestructurado del self - Redefinición de uno mismo - Aceptación de la enfermedad - Aceptación de sí mismo - Significado de la enfermedad por encima del estigma - Sentimiento integrado del self - Conocimiento personal	- Responsabilidad para la recuperación - Empoderamiento - Determinación personal - Querencia - Determinación - Actitud - Manejo de la enfermedad - Independencia - Descartar el rol de “paciente”

Desde la SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) en una declaración nacional de consenso sobre la recuperación en salud mental, se han señalado diez características que deben tener los servicios eficaces orientados a la recuperación: Autodirección; Capacitación; Holístico; No lineal; Basado en los puntos fuertes; Apoyo de iguales; Respeto; Responsabilidad; y Esperanza.

3.4. Modelos de Recuperación

Los profesionales de la salud mental se han basado en los relatos en primera persona para formular modelos teóricos y prácticos de la recuperación que se pudieran adaptar para su uso en el ámbito psicosocial. El modelo basado en la Alianza Terapéutica y Red de Redes es un ejemplo de ello. El Modelo de Empoderamiento tiene la enorme relevancia de haber sido desarrollado por autores del proceso de recuperación.

3.4.1. Modelo basado en la Alianza Terapéutica y Red de Redes

Los defensores de este modelo defienden que la recuperación es posible dentro de la comunidad siguiendo un modelo de red de redes, donde una variedad de equipos multiprofesionales actúan como dinamizadores y catalizadores de procesos psicosociales de comunicación, participación y organización relativos a un conjunto de espacios (sanitario, social y laboral) cada uno con su propia red, y en conjunto, conformando una red de redes. Los servicios deben facilitar el acceso a los recursos que están disponibles en la comunidad para todos los ciudadanos, promover la plena participación de las personas en entornos naturales, deben responder a las necesidades y las prioridades de cada cual, dando oportunidad para la diversificación, la expansión y el fortalecimiento de las redes sociales naturales. Se considera que la relación entre diversas personas en la comunidad ayuda a combatir los mitos relacionados con la enfermedad mental y a que la comunidad sea más acogedora e inclusiva.

Desde este modelo se da un papel de vital importancia al espacio sanitario. Una atención personalizada que escuche a las personas, que favorezca el acompañamiento en su viaje hacia la recuperación y que promueva las condiciones para que sea posible.

3.4.2. Modelo de Empoderamiento

Los autores de este modelo, el Dr. Dan Fisher y Laurie Ahern, fueron diagnosticados de esquizofrenia a los 25 y 19 años respectivamente. A pesar de requerir diversas hospitalizaciones ambos fueron capaces de recuperarse y obtener estudios universitarios.

Fisher y Ahern, que comenzaron el proyecto PACE (Asistencia Personal en la Existencia en la Comunidad), proponen un modelo de recuperación que se centra en el Empoderamiento, concediendo gran importancia al concepto de la potencia de actuar y de integración de las personas en la sociedad. Además, el proceso de recuperación se considera una trayectoria no lineal experimentada por un individuo.

El modelo PACE se basa en el principio fundamental de que las personas pueden recuperarse de lo que se conoce como “enfermedad mental” a través de formas voluntarias de asistencia dirigida por los propios individuos. La piedra angular de esta ayuda es el desarrollo de relaciones de confianza, que a su vez permite a la gente la (re)captura de sus sueños y les permite (re)obtener un valioso rol social. PACE encarna los valores y actitudes de autodeterminación, la ausencia

de coerción y la creencia excesivamente arqueada de que la angustia emocional severa es una interrupción temporal en la vida de una persona de la cual una persona se puede recuperar.

La investigación del National Empowerment Center se centró en cómo las personas se recuperan de una "enfermedad mental". Los estudios retrospectivos con entrevistas estructuradas de personas que se recuperaron totalmente de la "enfermedad mental" han puesto de manifiesto los temas que se pueden englobar dentro de cinco categorías:

- *Las creencias de recuperación:* Por encima de todo, para que las personas puedan recuperarse necesitan que la gente que les rodea crea que son capaces de recuperarse. Necesitan creer, como lo hacen los demás en sus vidas, que son capaces de volver a dirigir su propia vida, de tener sueños, amigos, un trabajo y un lugar propio.
- *Las relaciones de recuperación:* Las personas que se han recuperado dicen que contar con relaciones cercanas y de confianza fue vital para su recuperación, que encontraron a alguien que creía en ellos, que es importante estar con la gente que les respeta y entiende. Este tipo de relaciones ayudó a las personas a recuperarse debido a que sentían un trato humano, cálido y cercano, pero sobre todo les ayudó a retomar el control de sus vidas.
- *Habilidades de recuperación:* Una vez que la gente y sus allegados han llegado a creer en su capacidad para recuperarse y creer en sí mismos ya pueden adquirir muchas de las habilidades necesarias para manejar sus propias vidas y su sufrimiento emocional. Una habilidad principal es aprender a conectar en un nivel emocional. Aprender a expresar la ira, la tristeza, la alegría, el amor y el miedo ayuda a la gente a hacer amigos y ganar control sobre sus vidas.
- *La recuperación de la identidad:* Tenemos que dejar atrás la identidad fragmentada, aislada, de un paciente mental y recuperar la "sensación de ser un ser humano completo". Esta identidad positiva es importante para la recuperación de un lugar valorado en la sociedad. Este proceso ocurre a través de ser objeto de valoración en las relaciones, a través de los éxitos que tienen y a través de la valoración de uno mismo.
- *La recuperación de la comunidad:* Es vital que las personas que se están recuperando formen parte de una comunidad, pues proporciona a cada persona un valor y una dignidad a través de los roles sociales que resultan reforzadores. Al recuperar el rol social en la comunidad se construye una identidad positiva, una conexión, unos papeles valiosos y el empoderamiento de muchos de sus miembros. Además la relación entre diversas personas

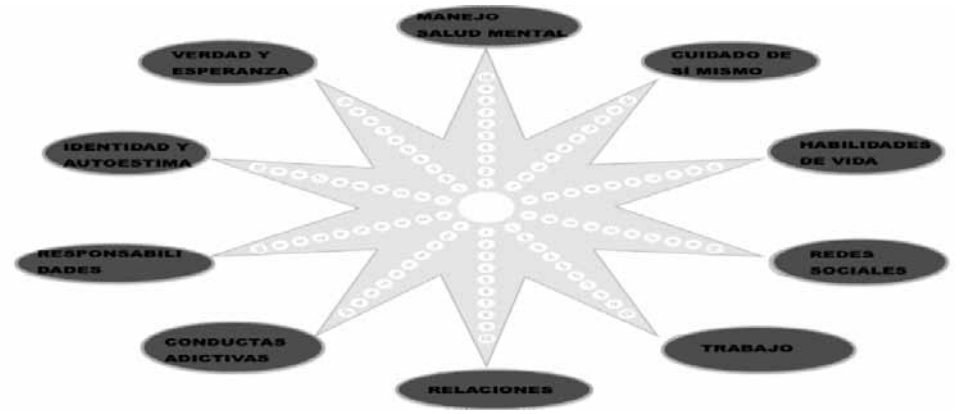
en la comunidad ayuda a combatir los mitos relacionados con la enfermedad mental y a que la comunidad sea más acogedora e inclusiva.

3.5. Autoevaluación, fases y evidencias de recuperación.

Desde el modelo de la recuperación se han identificado unas habilidades básicas que deben tener los profesionales que trabajan desde el modelo de la recuperación: mostrar actitud; colaborar de igual a igual; centrarse en los recursos internos del individuo; mostrar reciprocidad; tener voluntad de ir mas allá; crear relaciones que inspiran esperanza, tolerancia de la incertidumbre y habilidades personales de afrontamiento.

Desde esta posición, los profesionales podemos utilizar la *Estrella de la recuperación* (ver Figura 3) como una herramienta de soporte visual que favorece que los individuos con más dificultades para comunicarse haciendo uso de las palabras, puedan formular objetivos poniendo atención en su calidad de vida. Esto permite que los profesionales podamos evaluar y planificar en torno a objetivos definidos por las personas con más dificultades en la comunicación oral. Con el apoyo de profesionales, son capaces de usar la estrella para autoevaluar su camino de recuperación a través de 10 dominios según el lugar donde sienten que están en su camino hacia la recuperación. Esto no sólo es una herramienta útil para la autoevaluación y la identificación de necesidades, sino que puede ser usada para monitorear la evolución del proceso.

Figura 3:
La Estrella de la Recuperación.



Aunque la recuperación es una opción para todos no es preciso que cada individuo la asuma al mismo nivel; depende de su elección. Muchas personas pueden parecer reticentes a implicarse en su recuperación debido a la gravedad de sus síntomas, sus experiencias negativas con los servicios de salud mental, los intolerables efectos secundarios de la medicación o el simple hecho de que es, a veces, demasiado doloroso y costoso para ellos empezar a reconocer que necesitan el tipo de ayuda que se les está ofreciendo.

Se sugieren cinco etapas que representan las experiencias de 140 personas con diagnóstico de enfermedad mental grave. Estas etapas no deben interpretarse como una progresión lineal que todo el mundo debe recorrer. Han sido identificadas las siguientes:

• *Moratoria:* Un tiempo de retraimiento caracterizado por una profunda sensación de pérdida y falta de esperanza.

• *Concienciación:* Darse cuenta de que todo no está perdido y que una vida plena es posible.

• *Preparación:* Hacer un inventario de las fortalezas y las debilidades respecto a la recuperación y empezar a trabajar en el desarrollo de habilidades de recuperación.

• *Reconstrucción:* Trabajar activamente para lograr una identidad positiva, fijar metas significativas y asumir el pleno control de la propia vida.

• *Crecimiento:* Vivir una vida con sentido, caracterizada por la autogestión de la enfermedad, la fuerza moral y un sentido positivo de uno mismo

La recuperación requiere de la investigación a un nivel micro, medio y macro que determine el sistema, la organización, la estructura del programa y los elementos que son necesarios para activar y mantener el proceso de recuperación.

Individuos, familias y profesionales están llamados a establecer mecanismos de diálogo que permitan ir negociando una toma de decisiones que hagan factible la elección de las personas y el énfasis en la evidencia científica mientras se profundiza y se operativizan las dimensiones subjetivas del sentido y propósito de uno mismo y se validan de forma universal.

El modelo médico de la enfermedad se muestra insuficiente. Son necesarios tratamientos psicofarmacológicos más específicos. La investigación sobre los tratamientos psicológicos y psicosociales basados en la evidencia ha experimentado una importante evolución. Si bien han resultado adecuados en la intervención temprana necesitamos disponer de otros criterios que, basados en la evidencia, nos orienten de modo que la eficacia reconocida en condiciones experimentales pueda ser transferida a la efectividad y la eficiencia en condiciones de la práctica natural.

Autores clave de la atención orientada a la recuperación plantean una serie de modificaciones para hacer más compatible la práctica basada en la evidencia con la recuperación:

- *Centrar los resultados en los aspectos claves que han sido identificados por las personas en su proceso de recuperación* (sentimiento de autoeficacia y autodeterminación, reducción de la discriminación, impactos iatrogénicos, vivienda digna, trabajo significativo y retomar actividades formativas).
- *Utilización de medidas cualitativas que posibiliten apresar mejor la percepción de los individuos sobre los componentes eficaces de las intervenciones* (visión de la tolerancia a la intervención, percepción de elementos potentes, opinión sobre la relevancia de los resultados y disponibilidad para implicarse una vez fuera del estudio).
- *Identificar principios y prácticas que trascienden a los modelos de los programas* (efecto beneficioso para la recuperación).
- *Explicitar los valores humanistas del proceso de atención.*
- *Identificar los componentes activos de los programas.*
- *Contemplar el impacto que otros factores pueden estar teniendo en los procesos de recuperación* (familia, amigos, discriminación, pobreza, servicios sociales o sistema educativo).

3.6. El saber de la experiencia

Quien camina hacia la recuperación es un ser único, cuyo sentido de sí mismo incorpora un sistema de valores propio acorde a sus experiencias personales y únicas. El ámbito de lo psicosocial, por excelencia, es el campo de la experiencia interpersonal, en el cual, a partir de la interacción y del intercambio de significados relacionales se configuran los procesos personales subjetivos que construyen realidades personales, sociales y culturales.

La reducción de lo complejo a lo simple y la separación entre cultura científica y cultura de las humanidades fueron opciones epistemológicas que pretendieron garantizar el rigor y la objetividad del conocimiento, pero el resultado ha sido la incapacidad de pensar en totalidades aislando los objetos de los contextos.

Dentro de la posición epistemológica del dualismo, que separa el observador de lo observado como punto de partida, no es posible entender los procesos interpersonales; tampoco el funcionamiento del sistema nervioso como muestra la neurociencia actual. La experiencia de la vida no puede ser atrapada por la ciencia porque se trata de otra cosa.

La intencionalidad es el ámbito propiamente mental. El cuerpo humano viene preparado para interrelacionarse socialmente con los demás, para comprender sus actos, las intenciones que los orientan, las motivaciones que los impulsan y para sentir sus emociones. Sin embargo, hay personas que en determinadas circunstancias no pueden hacerlo, por lo menos desde criterios consensuados de realidad social compartida.

Se han identificado ocho sentidos o corrientes de información sensorial: los cinco órganos de los sentidos clásicos (información del mundo físico externo), la interocepción (mundo físico interno, incluidas las sensaciones viscerales y propioceptivas), la visión de mente (de la propia, mindsight, y de la ajena, teoría de la mente) y la resonancia (relaciones interpersonales). Este octavo sentido, la resonancia emocional, nos informa sobre la existencia de resonancia o disonancia en las relaciones interpersonales y nos permite sentirnos sentidos por los otros.

En la percepción semántica de las relaciones interpersonales, los individuos nos apoyamos fundamentalmente en el lenguaje corporal y en los aspectos paralingüísticos que se traslucen del modo en que otros hacen uso de las palabras. Las interacciones sociales son circulares y simbólicas. Las creencias y las expectativas se proyectan sutilmente. La percepción que tenemos de cómo los demás actúan con nosotros influye en nuestro significado personal y este significado, a la vez, determina nuestra conducta. De forma similar, nuestra propia conducta, por retroalimentación, influye en el significado y en la imagen o idea que tenemos de nosotros mismos.

Así, la imagen o idea que tenemos de nosotros mismos, la hemos ido construyendo principalmente a partir de cómo nos hemos sentido vistos y tratados por los demás en los diferentes espacios por los que ha discurrido nuestra experiencia, especialmente con los otros significativos. De este modo, construimos unas lentes únicas de tonalidad propia, que resaltan los aspectos ya conocidos y atenúan o eliminan del todo, los novedosos. Estas lentes hacen que todo lo veamos a través de la tonalidad previamente preestablecida.

El problema aparece cuando las gafas se estallan de modo que casi se rompen. Tras su reparación hasta donde sea posible, la tonalidad también puede ser nuevamente restaurada y pulida. Pero si esta tarea es apoyada por otros significativos, que nos demuestran y nos hacen ver que respetan nuestro sistema de valores propios, este proceso de restauración puede ser más fácil y menos doloroso. Los procesos de arriba-abajo representan en términos neurofisiológicos a las gafas únicas y no tanto al color, que puede ser nuevamente establecido.

Esta imagen o idea acerca de nosotros mismos puede resultar cercana a la memoria autobiográfica. De este modo, hay zonas a las que podemos acceder a

través del lenguaje pero también zonas no articuladas en palabras, por adquirirse antes del lenguaje (somáticos, sensoriales o de saber hacer), porque no les hayamos prestado atención por no ser problemáticas o que se evitan porque activan emociones desagradables.

El yo, como categoría universal de la experiencia y de la capacidad de diferenciarnos de los demás, es un logro evolutivo propiciado por el desarrollo y perfeccionamiento de nuestras capacidades simbólicas, si bien la línea que nos separa de los demás varía entre culturas y entre los individuos que las conforman. La conciencia del yo se experimenta por contraste cuando nos tomamos a nosotros mismos como objeto y nos distanciamos de aquello que consideramos ajeno. El sentido de un yo está anclado en el sentido que cada uno/a tiene de «ser éste cuerpo» y de «ser lo que se es», dentro de la trama de conversaciones de las que está hecha la vida de cada cual.[1]

El saber de la experiencia es un saber incompleto y fragmentario sobre el tiempo y sobre las circunstancias y la única forma en que puede articularse es en la forma narrativa. Al ir contando historias sobre nosotros mismos vamos creando un sentido de quienes somos, ordenamos lo que nos pasa y podemos ir integrando los dos planos en los que de forma simultánea ocurre la experiencia: el nivel de vivencia inmediata (tácito, emocional y continuo) y el de su ordenamiento lingüístico (explícito, cognitivo y discontinuo) y de este modo podemos insertar nuestra experiencia en un marco cultural compartido.

La autoría del yo está codificada en los pronombres de todos los idiomas siendo posible distinguir el lugar que otorgamos a las personas en el discurso y en su autorreferencia o cuando hablan de sí. De modo que el yo implícitamente se designa a sí mismo al hablar del mundo a un tú, compareciendo como el centro privilegiado de su mundo tanto en su límite como en su condición de posibilidad.[2]

El yo que nos acompaña a todas partes, si bien nos facilita adaptarnos a las circunstancias y a sobrevivir, no deja de ser en cierta forma una máscara que en ocasiones nos impide ver nuestros valores más profundos o lo que en filosofía se denomina mismidad. A pesar de su apariencia universal, cuando utilizamos la primera persona en su uso relevante, el yo no deja de ser un constructo hipotético irreductible que no tiene referente. No puede distinguirse de los conceptos culturales empleados para concebirlo, es inaccesible a la observación objetiva y sólo puede ser conocido de manera subjetiva como el principio organizador central de la experiencia.[3]

---

[1] Miro MT: La reconstrucción de la trama narrativa. Mon de Psiquiatría julio-septiembre 2005, 8-18
[2] Miro MT: La reconstrucción de la trama narrativa. Mon de Psiquiatría julio-septiembre 2005, 8-18
[3] Fulton PR. Anatta: yo, no-yo y el terapeuta. En Mindfulness y psicoterapia. Ed. Kairós, Barcelona, 2010.

Las tareas evolutivas de distinción entre el mundo interno y el mundo externo, lo real y lo posible, así como la articulación de las categorías del sentir y del pensar son tareas que duran toda la vida. En el contexto de la interacción bebé-cuidador, los patrones de apego, como pautas de regulación afectiva, propician un aprendizaje prelingüístico que da lugar a estados mentales recurrentes que constituyen las bases del significado personal y que se expresan en la edad adulta en forma de narrativas prototípicas que permiten predecir el tipo de transmisión transgeneracional del apego. La calidad de esta relación de apego en la primera infancia conforma el modo en que de niños respondemos corporalmente a las experiencias que se registran en el cuerpo.

Estas primeras experiencias de la infancia condicionan el desarrollo de la capacidad de mentalización, aunque esta capacidad puede adquirirse posteriormente a través de experiencias con otros significativos. Están estrechamente relacionadas con la capacidad de comunicar y modular sentimientos propios, siendo el cauce natural por el que transcurre la trama narrativa de la propia vida, que requiere de funciones neurofisiológicas y cognitivas que van perfeccionándose a lo largo del ciclo vital.

En el apego seguro, el doble proceso de resonancia emocional y comunicación al compartir el foco de atención, las intenciones y los estados emocionales, nos permite sentir que sentimos algo próximo a lo que siente otro y acordar con el otro que estamos compartiendo una experiencia. La calidad de esta relación se ha relacionado de forma consistente con las diferencias individuales en la reactividad al estrés, la desregulación del afecto, el desarrollo cerebral y la vulnerabilidad a la enfermedad tanto física como mental.

La capacidad para diferenciar lo interno de lo externo se desarrolla lentamente, aunque se pueden trazar sus bases en la intersubjetividad primaria y secundaria. En el mundo oral no existe un sentido diferenciado del yo; por tanto, el habla, los pensamientos, los sentimientos y las acciones se experimentan como originados fuera del yo. Con el desarrollo de la «teoría de la mente» podemos acceder a nuestros pensamientos y sentimientos y diferenciarlos de lo que piensan o sienten los demás. El desarrollo de otras habilidades mentalistas nos permiten construir muchos mundos posibles y la articulación de todas las categorías del sentir y del pensar. Con la escritura surge la capacidad de diferenciar entre mundo interno y mundo externo en los personajes del relato, pudiendo de esta manera ordenar nuestra experiencia en términos cronológicos, causales y temáticos.

Las emociones son la base de la actividad del organismo y representan el mecanismo del que disponemos para resolver los problemas de la vida de forma automática, sin necesidad de que el razonamiento participe de ello. Así, la percep-

ción de una imagen o contenido mental genera una reacción emocional más o menos automática, que es positiva o negativa en función de si confirma o cuestiona el sentido establecido al yo. O dicho de otra forma, si cuestiona o confirma el color previamente establecido de nuestras gafas únicas.

Las tareas evolutivas de distinción entre el mundo interno y el mundo externo, lo real y lo posible, la articulación de las categorías del sentir y del pensar, la autoaceptación, la conquista de altos niveles de autonomía y control del ambiente y el alcance de un sentido vital pueden ser tareas que duren toda la vida, si bien todas las personas no van a poder seguirlas en la misma medida.

Dar valor y oportunidad al proceso de resignificación de la experiencia significa reivindicar la despatologización de la identidad de las personas y en un contexto en el que ésta pueda ser reconocida como posibilidad. Por tanto, son los individuos en colaboración con los demás actores quienes van indicando. Y cuando van pudiendo, poniendo en palabras su propio camino hacia la recuperación.

Ahora bien, cuando las condiciones que estimulan el recorrido hacia la recuperación no han sido implementadas de forma precoz y los problemas se han sobredimensionado, el sentido de uno mismo, el funcionamiento psicosocial y la participación en la comunidad se encuentran seriamente dañados. Y los profesionales de la red asistencial, en la parte que nos toca, nos encontramos ante una tarea muy compleja y de gran responsabilidad. Y en ocasiones, sólo debemos estar presentes y acompañar manteniendo el silencio de las palabras.

Una mirada respetuosa y amplia a los seres humanos en su complejidad permite hacer visibles fortalezas psicológicas, cualidades y capacidades en los sujetos objeto de nuestra atención, en sus familias y en las personas identificadas como importantes o significativas por y para ellos.

Sin embargo, los individuos pueden tener grandes problemas en la comunicación empática por carecer de la flexibilidad mental que les permite adoptar diferentes perspectivas. Y por tanto, presentar grandes dificultades en tareas que requieren de la activación de mecanismos de representación compartida o de "acoplamiento percepción-acción", situación que se agrava más aún si no se sienten vistos por nosotros como seres únicos con valores propios.

Cuando ajustamos, enlazamos y articulamos diversos procedimientos como un medio para conectar con intereses y significativos a través de los diferentes canales en los que la comunicación se expresa, estamos propiciando de alguna manera sensaciones de competencia, protagonismo y autoría que pueden ser optimizadas en el proceso de acompañamiento hacia contextos naturales.

Y de este modo, y desde una distancia que favorece el aprendizaje proximal, propiciamos que las experiencias vividas puedan ser puestas en palabras y sean

interiorizadas como experiencias personales y positivas de éxito. Esta forma de proceder a través de diversos espacios y contextos facilita, junto a otros procedimientos, que el encuentro con uno mismo pueda vivenciarse como una realidad.

Tomar conciencia de cómo podemos utilizarnos a nosotros mismos como instrumentos respetuosos favorecedores de experiencias positivas promueve en los integrantes de los equipos la movilización e implementación de actuaciones que al estar coordinadas favorecen sinergias que refuerzan las excepciones a las conductas disfuncionales habituales. Y todos juntos, atentos y coordinados podemos favorecer las condiciones para la implementación de una red de efectos positivos.

Los profesionales que trabajamos como agentes de la salud, desde diferentes modelos y ámbitos de actuación, favorecemos las condiciones para que los individuos puedan tomar conciencia del sentido de sí mismos, para que puedan integrar sus experiencias, protegerse de las emociones desagradables que están vivenciando y con nuevas herramientas puedan continuar su camino hacia un horizonte que aún no ha sido trazado por nadie.

Capítulo 4.- Marco contextual.

Si può dire che l'orrore dei manicomi non scompare solo per legge e soprattutto non riemerge solo nella vecchia forma istituzionale ma nella manicomialità che si reistituzionalizza anche nei nuovi servizi, …. In molti casi, invece, si assiste a un cambio di etichetta, da struttura psichiatrica a centro di riabilitazione e le cose restano esattamente come prima, come se per la riabilitazione non valessero gli stessi principi di rispetto, di recupero, di reale abilitazione alla vita del degente.

Franca Ongaro Basaglia.

4.1. Introducción.

Considerando lo ocurrido hasta ahora, la amplia literatura existente y las diferentes aportaciones teóricas, experiencias y evidencias en el ámbito de rehabilitación en salud mental, es posible coincidir en que la rehabilitación se puede entender simultáneamente, como instrumento, itinerario, recurso, filosofía, ética, técnica e incluso, como política. Resulta difícil, por tanto, delimitar en la actualidad su propio espacio, categorizar su diferenciándolo de forma clara del resto de intervenciones posibles en la atención a personas diagnosticadas que padecen un Trastorno Mental Grave.

Como pensar la rehabilitación en el ámbito del Estado español, si su propia dimensión histórica y semántica hacen posible su utilización a veces contraria y contradictoria, tal como refleja la heterogeneidad de dispositivos de rehabilitación recogidos en el propio Observatorio de Salud Mental 2010 (Unidad de Hospitalización Rehabilitadora, Centros de Rehabilitación Laboral, Rehabilitación Psicosocial, Unidad de Clínica y Rehabilitación, Centro de Día/Servicio de Rehabilitación Comunitaria, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Rehabilitación Laboral, que se encuentran en el ámbito de los Servicios Sociales y que a la vez se definen como sanitarios).

Cómo entenderla, sin considerar que convive con otros conceptos, prácticas y dispositivos estructuralmente antagónicos, el hospital psiquiátrico continúa existiendo como dispositivo de "cura" y rehabilitación, las unidades de larga estancia tienen un enorme peso en la estructura asistencial y una gran presencia en todo el territorio nacional (probablemente bajo formas eufemísticas, p.e. Unidades de Larga Estancia Rehabilitadora u otras), las estructuras de soporte y apoyo comunitario, en la mayoría de territorios adolece de una verdadera implantación, y donde la continuidad de cuidados, en la mayoría de los casos, tiene una consistencia incierta.

Resulta difícil conceptualizar la rehabilitación en salud mental si no es detallando los diferentes lugares en que puede situarse su propia realidad actual.

Lugares que es preciso colocar en un primer plano, ubicarlos en la realidad de una reforma inacabada o de desarrollo desigual, y no solo porque los espacios y, en algunos casos, los itinerarios sean los mismos que hace unas décadas, ni porque los hospitales psiquiátricos aún estén significativamente presentes en la lógica organizativa y asistencial, sino, porque la historia y el desarrollo de tales itinerarios de transformación de la asistencia psiquiátrica en cada una de las Comunidades Autónomas y la dimensión de la atención en materia de salud mental comunitaria a las personas con Trastorno Mental Grave aún adolece de una gran vulnerabilidad y su capacidad, implantación, organización y coordinación de los nuevos dispositivos no elimina la posibilidad real de que cierta lógica segregadora y estigmatizante siga presente e incluso se acabe imponiendo sobre intentos más o menos pragmáticos de construcción de nuevas estructuras pretendidamente rehabilitadoras.

Cuando hablamos de rehabilitación, puede que ni todos ni siempre hablemos de lo mismo, ni siquiera de algo parecido. La rehabilitación psiquiátrica nacida como concepto antitético a la institucionalización, (como respuesta necesaria a la situación de inhabilitación social, política, económica, cognitiva, relacional, subjetiva, etc., producida en las personas por años de reclusión manicomial) como posicionamiento ético frente a la reclusión indiscriminada y permanente de las personas con trastornos mentales graves, puede devenir en un instrumento tendencialmente excluyente, donde la disposición del recurso, los criterios de acceso, la técnicas y los espacios utilizados, en lugar de favorecer procesos inclusivos, creativos y normalizadores, colabore, posiblemente por las propias limitaciones de su aplicación, en acciones segregadoras y provocadoras de lo podríamos denominar "nueva procesos de cronicidad".

Desde nuestro punto de vista, podríamos situar la rehabilitación psiquiátrica en este momento, en un escenario definido por el entrecruzamiento de cuatro ejes o continuos: el primero de ellos que denominaremos eje conceptual, se extendería desde un extremo donde la rehabilitación es entendida en sentido amplio y extenso hasta la rehabilitación definida en su dimensión estrictamente tecnológica, el segundo, estructural, transitaría desde una visión procesual y dinámica a una visión compartimentada, reducida y concretada en un recurso o dispositivo monográfico. El tercero de estos ejes referiría el ámbito gestor (sanitario o social) y por último el cuarto eje referiría su titularidad (pública o privada). Podríamos incorporar un quinto eje, que consideraríamos como contractual (incapacitación-empoderamiento), pero que preferimos en este caso, incluir como una dimensión más de los primeros.

Así pues, dependiendo de que el punto de intersección de cada uno de estos con el resto esté más o menos desplazado hacia uno u otro de sus extremos, cristalizarán formas diversas de entender, articular y sustanciarse lo que denominamos genéricamente como intervención rehabilitadora, rehabilitación psiquiátrica o rehabilitación psicosocial, etc. (filosofías, prácticas, recursos, técnicas, espacios, técnicos, instrumentos, dispositivos y herramientas). En este sentido, cabe la posibilidad de que en alguno de los casos, la rehabilitación como concepto, como práctica, como ética, llegue, en términos de Baudrillard, a convertirse en su propio simulacro.

Como primero de estos continuos, podemos referir el que sitúa la rehabilitación como filosofía, como posición ética, como elemento central y objetivo último de la intervención con personas con Trastorno Mental Grave, como horizonte de las múltiples intervenciones posibles y necesarias, como proyecto comprometido "con la mejora de la autonomía y el funcionamiento de la persona en su entorno y el apoyo activo a su integración y participación social normalizada" (al menos como planteamiento inicial, con diferentes gradaciones en su consecución) frente a la rehabilitación exclusivamente entendida y reducida a una técnica o conjunto de técnicas, como herramienta de cribaje, como instrumento de categorización y medida.

Por tanto, considerando este continuo, mientras que en un extremo la rehabilitación podría quedar reducida a un concepto sin realidad, a un ideario sin práctica, en el otro extremo, la praxis rehabilitadora podría reducirse, parafraseando a Saraceno, a una práctica sin concepto, a un conjunto de instrumentos y técnicas de categorización, justificados en sí mismos y no como herramientas o instrumentos necesarios para alcanzar objetivos de recuperación e integración definidos en función de las necesidades y deseos de las personas con enfermedad mental grave. Cabe el riesgo de que, así entendida, la praxis rehabilitadora precise de la generación de perfiles, de categorías (rehabilitable/no rehabilitable) en función de los requerimientos necesarios para su aplicación, y donde en la categoría "rehabilitable" solo encuentren acomodo aquellas personas capaces de ajustarse a los criterios que previamente se hayan establecido como necesarios para su inclusión, por tanto, las personas que no los alcancen, quedarían excluidos del proceso, situados en un segundo término en el ámbito de las decisiones de prioridad y relegados al destino cierto de su categorización estigmatizante de "crónico".

La transformación progresiva de la asistencia psiquiátrica producida en España en las últimas décadas, ha tenido como consecuencia, entre otras, una sustancial modificación en los modos y modelos de atención y tratamiento de las personas con enfermedad mental grave. La práctica rehabilitadora inicialmente

centrada en el trabajo con personas con largos historiales de reclusión, con profundas secuelas de estigmatización, con grandes déficits de funcionamiento, orientada a reducir tales déficits y lograr objetivos de "integración" comunitaria, de "normalización" social y laboral (búsqueda de espacios de interacción y convivencia no segregadores), ha ido modificado su target inicial, desplazándolo hacia este otro tipo de personas que han vivido y enfermado en ambientes definitivamente más normalizados y normalizadores y, por tanto, en teoría, con mejor pronóstico de rehabilitación.

Esta razonable modificación del target puede continuar un desplazamiento cada vez más radical hacia personas con déficits personales y sociales menos intensos, hacia personas con menor historial psiquiátrico, por tanto, priorizando la atención sobre los mejores pronósticos (tanto desde el punto de vista clínico como de soporte social) y "abandonando" proyectos rehabilitadores con personas de perfil más complejo o de itinerarios asistenciales más prolongados e historiales de fracaso y déficits más dilatados.

La nueva tipología de pacientes con patología mental que jalonan su itinerario asistencial con fracasos reiterados (imputables a muchos y diversos factores, especialmente relacionados con la precariedad, inexistencia o descoordinación de recursos), que conviven en muchos casos con sus familias, a veces en condiciones de aislamiento más o menos pronunciado, que requieren recurrentemente ingresos hospitalarios, con edades cada vez más avanzadas, con deterioros cada vez más limitantes, cabe el riesgo de que puedan ser "descatalogados" del mapa de prioridades del "sistema rehabilitador" en favor de una tipología de pacientes con trastorno mental grave en estadios precoces y mejor pronóstico.

Podemos concluir que, en la parte central del continuo, encontraríamos una concepción de la rehabilitación entendida como una dimensión de la intervención integral e integrada con personas con enfermedad mental grave y, por tanto, definida en su intensidad, objetivos y niveles en función de las necesidades y posibilidades de la persona, de sus decisiones y deseos, de las características del entorno, de los instrumentos y herramientas de las que disponga el sistema/servicio, y no tanto, por sus limitaciones en el funcionamiento, que aún pudiendo limitar el punto de partida, no habría de determinar el punto de llegada. Rehabilitación Psicosocial entendida como un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que estén deteriorados, discapacitados o afectados por el handicap (desventaja) de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. … que…abarca diferentes sectores y niveles, desde los hospitales a los hogares y los lugares de trabajo… y donde… los actores involucrados son…usuarios, profesionales, familias, empresarios, gestores, administradores de

servicios comunitarios y la comunidad misma en su conjunto".(Psychosocial Rehabilitation, a consensus statement", WAPR Bulletin, vol. 8, nº 3 julio de 1996).

En este sentido, en nuestro país, la proximidad a este posicionamiento medio, varía en función del territorio al que nos refiramos.

Como segundo continuo, e íntimamente ligado con el anterior, podemos enfrentar la idea de transversalidad de la rehabilitación frente a la idea de estanqueidad o cosificación. La rehabilitación transita entre ser el elemento vertebrador del conjunto de acciones e intervenciones de los diferentes dispositivos y profesionales de salud mental, comprometidas como se ha dicho con anterioridad, con la mejora de la autonomía, integración y participación social normalizada de las personas con TMG, de ser el eje de la dialéctica sujeto (en situación de vulnerabilidad, deficitaria funcional y emocionalmente, sujeto en su individualidad, con su propia historia, sus relaciones, etc.) –entorno (limitaciones y resistencias sociales, familiares, culturales, institucionales, económicas, técnicas) puede devenir en una mera etapa del proceso de intervención (siempre y cuando el paciente reúna ciertos requisitos y acepte determinadas normas), en un eslabón concebido como un estadio artificial entre "tratamiento" e "inserción sociolaboral", como un conjunto de acciones, en muchos casos, descontextualizadas y desconectadas de las necesidades reales del sujeto y las resistencias u oportunidades posibles del entorno. En este sentido, en la medida en que este desplazamiento de la dialéctica hacia la linealidad vaya haciéndose más acusado, el proceso rehabilitador irá transitando hacia un binomio objeto-dispositivo, donde el acceso a este, vendrá precedido por la exigencia de requisitos/limitaciones de acceso, mecanismos de selección, horarios de apertura y cierre, ausencia de crisis, tiempo de permanencia en el centro y fecha de alta, y, un itinerario, tras el cual y si no fracasa, podrá ser derivado a otro recurso -otro estadio- del entendido "proceso rehabilitador" y así sucesivamente.

El abandono de la comprehensión dialéctica del proceso, instala la rehabilitación en una concepción de linealidad (espacial y temporalmente), en un momento (técnicamente más o menos sofisticado), en una etapa de "entrenamiento", un acto aislado en un aquí y ahora artificial, cosificado en la relación técnica/objeto/técnico, y entendida como una fase de un supuesto recorrido donde, si hay éxito, las personas entrarán "inhabilitadas" y saldrán "rehabilitadas", por el contrario, si hay fracaso, será atribuible a un mal diagnóstico de la situación, un error técnico o una insuficiencia personal.

Así pues, el desplazamiento de la praxis rehabilitadora hasta esta posición, tiene como consecuencia, entre otras, que la persona con trastorno mental grave deje de ser percibida y atendida en su complejidad, potencialidad, en su interacción y relación con el entorno donde ha vivido y vive, con los proyectos que ha

tenido y tiene, con la conmoción que supone la aparición de un trastorno mental grave, tanto a nivel personal como en su entorno próximo, con las variaciones que supone en la organización sociofamiliar esta nueva situación, con los obstáculos y resistencias que aparecen en el mismo momento en que se presenta la enfermedad y el deterioro de las redes de proximidad del enfermo a medida en que transcurre el tiempo; se corre el riesgo de equiparar y, por tanto, reducir la complejidad de los procesos de rehabilitación a una dimensión de "pedagogía terapéutica" o "terapéutica del aprendizaje", de modificación de las conductas del sujeto, situando el éxito o fracaso del mismo, exclusivamente en la propia funcionalidad del sujeto, y no tanto, en la recuperación posible de las capacidades, habilidades y competencias deficitarias, a la vez que, en la remoción de aquellos elementos u obstáculos que dificultan e interfieren este proceso de integración y normalización. "Para los servicios es esencial trascender de una visión miope del curso de la enfermedad, que minimiza la capacidad de cambio, de influencia del entorno y de las propias intervenciones, que busca siempre respuestas y resultados inmediatos, que funciona de manera simplista, al más puro estilo causa–efecto, que confunde a las personas con sus enfermedades y contraponer esa visión a largo plazo, que puede resumir nuestro espíritu y actitud ante estas personas (Harding, 1996). Es necesario trascender la cultura del resultado inmediato, de la necesidad de que cada intervención conlleve un resultado obvio derivado, de la visión miope, a corto plazo, de la evolución de la enfermedad mental y del resultado de las intervenciones y mantener la vista puesta en la evolución a largo plazo, en la confianza de que dicha evolución, aunque a veces no sea evidente, depende críticamente de lo que hacemos, y de cómo lo hacemos" (AEN, Oviedo 2003). Esto supone, por tanto, la necesidad de implicación de la propia organización en la transformación de las condiciones que impidan o dificulten el objetivo rehabilitador, el intento de remoción de los obstáculos, sean estos de índole familiar, personal o social, implica la necesidad de generar recursos y redes de soporte estables, consistentes y adecuadas a las necesidades del paciente, implica construir una dialéctica con el territorio, con el resto de organizaciones e instituciones, presidida por la negociación, la interacción e incluso la tensión y cierto conflicto, implica el acompañamiento de la persona en esta difícil situación, implica que el timing de este recorrido lo debe establecer indiscutiblemente el paciente y no la organización, y por último, también implica, por imprescindible, y recurriendo a Pulido, que el diseño del proceso se disponga en una estructura reticular, pasando de la lógica aditiva de los dispositivos a de la transitividad de las redes.

"La rehabilitación opera intentando apoyar a la persona con trastorno mental severo en los difíciles retos que supone su desenvolvimiento e integración en la

vida social normalizada, ayudándole también a recuperar su dignidad como persona y como ciudadano. Y opera en todas las áreas de la vida y en los diferentes escenarios en los que ésta se desarrolla: alojamiento, red social, trabajo, relaciones familiares, estudios, ocio, etc.". La rehabilitación en el caso de personas con trastorno mental grave debe ser concebida " a través de la intervención en redes sociales, como un enfoque de intervención comunitaria sobre numerosos problemas o necesidades que presentan las personas con trastornos mentales graves, donde una gran variedad de equipos multiprofesionales que actúan como dinamizadores y catalizador social de procesos psicosociales de comunicación, participación y organización relativos a un conjunto de espacios (sanitario, social y laboral) cada uno con su propia red, y en conjunto, conformando una red de redes". Y por tanto, no reducida a la "suma de profesionales ni de recursos, sino una experiencia vincular de corresponsabilidad desde una perspectiva clínica biográfica individual cuya función es resolver las necesidades del sujeto, desde el punto de vista de este, y darle el protagonismo de su vida". Si se privilegia lo clínico, cabe el riesgo de obviar lo "político". Claramente la contradicción se subjetiviza, los no recuperables no alcanzan el perfil requerido en este estadio, por tanto la exclusión se contabilizará en el sistema (de forma aséptica) como inadmisión o abandono.

Considerando este segundo continuo, podríamos afirmar que la realidad actual de la rehabilitación transita, por tanto, entre la idea inicial de rehabilitación entendida como un esfuerzo (organizativo, técnico y logístico) tendente a la promoción del "derecho de las personas con enfermedades mentales crónicas a una ciudadanía plena y digna", que debe "promover y fomentar la implicación activa y responsable de dichas personas en el control de sus propias vidas y que entre sus objetivos y planes", que debe "promover la integración de cada persona en su comunidad natural", etc., asimilable al concepto de recuperación, "como proceso por el cual las personas con trastornos psiquiátricos severos reconstruyen y desarrollan estas conexiones personales, sociales, ambientales y espirituales mediante la capacitación personal y la toma de las riendas y decisiones sobre su vida.., y que requiere de unos servicios asistenciales que sitúen concepto de recuperación en la misión de la organización/servicio,… incluyendo los aspectos filosóficos, las actitudes y formación del personal, la capacidad para funcionar en modelos de colaboración y la asistencia técnica correcta", y aquella otra idea/praxis que circunscribe la rehabilitación de forma tácita (aunque probablemente no en su ideario) a la existencia de un dispositivo específico, depositario del encargo institucional de "rehabilitar".

Los dispositivos de rehabilitación, diversos y contradictorios, en muchos casos, en nuestra realidad nacional, están dotados de un espacio físico, de personal,

metodología, técnicas, horarios, etc. Conectados o no con el resto de dispositivos, y en el mejor de los casos, con objetivos, cartera de servicios, estrategias, procedimientos e instrumentos que le identifican como un recurso más de la red de salud mental. El hecho de haber conseguido (de forma más o menos uniforme) la implantación de estos dispositivos es todo un logro, una conquista, así lo entendemos todos. Entonces, ¿dónde situar el riesgo?, precisamente en la propia existencia de estos dispositivos. Su aparición y consolidación representan, a la vez, una oportunidad y una amenaza de similares proporciones. Cabe pensar que la creación de estas unidades permita al sistema investirlos como depositarios exclusivos de las acciones rehabilitadoras, descapitalizando al resto de la red/redes de esta función, con las posibles consecuencias y riesgos que tal reducción conlleva.

En este sentido, la probabilidad de que la rehabilitación en su concepción amplia, transversal a todo el sistema (no solo sanitario a nuestro entender), al cristalizar en un dispositivo específico, con un encargo institucional exclusivo, quede reducido a una "fase itineraria" concreta, desarrollada en un espacio "rehabilitador" concreto, por unos "especialistas" exclusivos con itinerarios formativos y acreditativos específicos, con técnicas exclusivas y horarios y programas específicos, es extremadamente alta. Así pues, una vez cosificado el concepto y reducido a un dispositivo con su propia lógica, funcionamiento, normas, espacios, roles, etc. la tendencia será, como es propio de la lógica institucional, producir una reconceptualización que le de sentido a esta nueva disposición organizacional, aparecerá, por tanto, una concepción propia de esta nueva "praxis rehabilitadora", se establecerán un conjunto de normas que la ordenen, unos objetivos que la orienten, unos profesionales que la practiquen, una oferta de servicios que la justifiquen, unos conocimientos que la expliquen, unas evidencias que las validen, una ética que la justifique y un perfiles de pacientes susceptibles de beneficiarse de esta.

Podemos entender, pues, que en esta vertiente del continuo se corre el riesgo de una escisión funcional de la red, puede suponer que los Centros de Salud Mental pasen a ser considerados como meras consultas multiprofesionales de neuropsiquiatría o, en cualquier caso, consultas externas de hospitales generales. Probablemente, la ausencia de una definición de las estructuras y dispositivos de salud mental, la ausencia de una reflexión serena sobre el sentido de tales redes, su función y las funciones de cada uno de los diferentes dispositivos, el incremento exponencial de la demanda de baja intensidad y la presión asistencial ejercida sobre los Centros de Salud Mental, puede tener como resultado que dichos Centros, originariamente diseñados para ser ejes vertebradores de la atención comunitaria en salud mental, priorizando especialmente la atención integral de las personas con trastorno mental

grave, puedan dejar de serlo (o quizás no lo hayan sido nunca o pensemos que nada sucede si dejan de serlo), que las consultas están sobresaturadas de trastornos menores que obliga a tratar la patología psiquiátrica grave de forma no comprehensiva, que el funcionamiento en equipo se difumine cuando no desaparezca, que la atención se especialice por categorías profesionales y que la interacción con el territorio, con el resto de organizaciones y recursos desaparezca. A partir de este momento, quién, cómo y mediante qué dispositivos se gestionarán las necesidades terapéuticas, asistenciales y de soporte de las personas con TMG.

Cosificar la rehabilitación, situarla en este extremo del continuo, puede ser al mismo tiempo, una causa y una consecuencia de este proceso de escisión conceptual del sistema, de la desarticulación de lo que, en primera instancia, fue pensado como red integrada de salud mental. La difuminación del concepto transversal de rehabilitación como objetivo central que la sustenta y le da sentido, al desaparecer, posibilita su fragmentación, y por tanto, la necesidad de creación de dispositivos que, aún de forma subsidiaria, recojan este encargo institucional. En este caso, la duda que surge desde el lado de la operativa, formulada a través de los siguientes interrogantes, ¿Resulta necesario que esta red disponga de dispositivo gestor?, ¿A qué dispositivo de la red le asigna la facultad/propiedad de control del proceso?...¿Es irrelevante que la vertebración del sistema se sitúe en un dispositivo u otro o que el lugar de decisión se ubique en el ámbito de lo comunitario o de lo hospitalario?

Tras esto, la cuestión sobre quienes, con qué metodología e instrumentos, mediante que praxis y a través de qué itinerarios se estructura la rehabilitación, pasa a ser central en el análisis de la situación. En palabras de Saraceno "…una buena psiquiatría que verdaderamente pretenda curar, debe considerar la dimensión de la libertad y de la ciudadanía como parte integrante de cualquier proceso de cura", lo político, entendido como dimensión social del proceso (promoción y provisión de recursos de soporte, promoción de redes sociales de apoyo y cobertura de necesidades, inserción en procesos de producción adecuados y justamente remunerados) debe tener, al menos, la misma relevancia en el proceso de rehabilitación que la dimensión restrictiva (¿clínica?) de la rehabilitación, entendida como una función de recuperación en las personas con trastorno mental grave de "habilidades, que por alguna razón, carecen de ellas", habilitar una función parcial del estado mental o del funcionamiento de la vida diaria, con el fin de aumentar su rendimiento, competencia o capacidades a un nivel de eficacias más próxima a niveles premórbidos…". Esta sin aquella conducirán, probablemente, al fracaso.

La rehabilitación entre lo social y lo sanitario sería otro de los continuos a considerar en torno a la rehabilitación. Aunque en la teoría, la mayoría coincidimos con Saraceno en que …"no existe un punto donde termina lo sanitario y co-

mienza lo social, sino que lo social es sanitario, lo social cura y al contrario, y que "allí donde faltan estas dimensiones, tendremos simplemente una "mala cura", una "terapia inadecuada", la práctica, tanto desde el punto de vista de la organización administrativa y territorial (sanitaria y social), las disposiciones normativas que regulan uno y otro sistema, la dotación de recursos materiales y técnicos, conceptos, políticas y métodos diferentes etc., pone de relieve la existencia de órbitas de gestión estructuralmente diferentes y con importantes dificultades de coordinación, que en muchos casos, coincide con la desconfianza o el escepticismo de los propios profesionales sobre los beneficios de una posible coordinación.

Cada uno de estos sistemas, históricamente ha desarrollado un andamiaje normativo, conceptual, metodológico y técnico diferenciado, con técnicos, organizaciones territoriales, dispositivos asistenciales, carteras de servicios, etc., propios. Ambos sistemas se han relacionado, en las últimas décadas, desde la distancia dada por su propia misión y por el encargo institucional asignado, sin entrar en colisión ni interferirse sustancialmente más allá de lo estructuralmente aceptable. Este hecho, aunque no ha facilitado ni la optimización de los recursos ni la calidad de las respuestas ofertadas, tampoco ha supuesto una dificultad en la gestión concreta de cada uno de las competencias propias de cada uno de los sistemas, haciendo compatible, en muchos casos la multiplicidad de respuestas. En cualquier caso, desde hace más de tres décadas se viene intentando, sin mucho éxito, el diseño de un modelo de coordinación sociosanitaria, que de sentido y forma al apartado 3 del artículo 20 de **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad** *<<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*. Durante este periodo, tanto a nivel nacional como de Comunidades Autónomas, se han promovido formas organizacionales e incluso desarrollos legislativos locales, con la finalidad de paliar la escisión histórica y estructural entre ambos sistemas.

Existen, por tanto, en el momento actual Comunidades Autónomas donde el sector sanitario ha asumido la atención "integral" de estas personas, desarrollando y dotando al sistema sanitario de servicios propios de otros sistemas; territorios donde de forma más o menos tácita se han distribuido competencias entre ambos sectores, otros se ha dotado de soportes normativos de coordinación, otros territorios han interpuesto organismos de carácter privado aunque de titularidad pública como bisagra entre ambos sistemas e incluso, de otros sistemas como el laboral o educativo. Este hecho, que ha tenido consecuencias positivas, posibilitando "estructuras" de coordinación "ad hoc" entre sistemas, ha provocado también otro tipo de consecuencias, en este caso negativas, como la imposibilidad

de conceptualizar un sistema público de coordinación entre el sector sanitario y social jurídicamente articulado, estructuralmente coordinado, equitativo y competencialmente homologable, evaluable y contrastable en el conjunto del territorio nacional. En algunos casos, se han desarrollado sistemas dependientes en casi su totalidad del sector sanitario (en plena coincidencia con la posición de la mayoría de técnicos que trabajan en el ámbito de la salud mental), en pocos, la gestión ha sido compartida entre el sector sanitario y el sector de servicios sociales de forma más o menos estructurada y armónica, y en algunos otros se ha planteado una diversificación, que a riesgo de ser reduccionista podríamos decir que "lo agudo y conservado" ha sido entendido como una competencia propia del sector sanitario, mientras que "lo crónico y residual" ha sido transferido al ámbito de gestión de los servicios sociales.

El ordenamiento jurídico español, básicamente en la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad** y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la rehabilitación, en concreto, la rehabilitación en salud mental, viene recogida como un prestación sanitaria incluida tanto en el ámbito de la atención especializada como en la atención sociosanitaria. En cuanto a documentos técnicos, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud aprobada por el Consejo Interterritorial de Salud el 11 de diciembre de 2006, como documento de consenso, intenta trazar las líneas estratégicas y de desarrollo, recogiendo, tanto un diagnóstico de la situación, como los objetivos generales y específicos u recomendaciones básicas en cada uno de los aspectos relativos a la organización de la atención de la salud mental en España.

Por otra parte, en el ámbito de los servicios sociales, Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, ha supuesto el reconocimiento de la universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia al sistema de protección social, la concepción integral e integrada de la atención, el reconocimiento de la rehabilitación como uno de los principios de esta norma, la introducción del concepto de participación de las personas en situación de dependencia en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título individual o mediante asociación y la participación de la iniciativa privada y del tercer sector en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia, así como, la introducción del concepto de rehabilitación, tanto en lo que se refiere a los principios inspiradores de la norma, como a la prestación específica de servicios (art.3 y 24).

Podemos considerar lo público y lo privado, como el último de los continuos a reseñar en este análisis y del que no vamos a detenernos más allá de lo

estrictamente necesario. El paradigma de lo público en el sector sanitario ha sido observado y entendido desde la mayoría de los profesionales del ámbito de la salud mental, como un elemento de garantía, equidad, estabilidad y calidad del sistema. Por el contrario, en el ámbito social, la creación y permanencia de un gran número de recursos y servicios, sobretodo especializados, ha estado sujeta a **las dotaciones presupuestarias que en cada anualidad han sido consignadas en los Capítulos IV y VII de las respectivas leyes de presupuestos anuales de cada Comunidad Autónoma.**

Podemos considerar, por tanto, que este hecho ha ido generando en cada territorio realidades organizacionales diferentes, que si bien, una parte de la red de salud mental (Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, Centros de Salud Mental, Unidades de Rehabilitación Hospitalaria, etc.) ha permanecido, casi de forma generalizada en el ámbito de la gestión pública directa, es decir, más consolidada, mejor articulada, con una financiación garantizada y mejores condiciones estructurales y salariales, en lo que se refiere al resto de dispositivos y recursos como Centros de día, Unidades residenciales, Alojamientos alternativos, Formación e Inserción laboral, Ocio y tiempo Libre, etc., han sido desarrollados, en gran medida, desde el ámbito de los servicios sociales, y por tanto con una diversidad mayor en su gestión, siendo significativa la gestión privada, especialmente desde el tercer sector (asociativo o fundacional) que desde hace más de dos décadas, participa activamente en la ordenación, organización y gestión de recursos especializados de servicios sociales, financiados a través de convenios de colaboración, conciertos o subvenciones finalistas.

4.2. Caracterización de la situación actual.

A nivel sanitario, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, define la rehabilitación como una prestación sanitaria incluida tanto en el ámbito de la atención especializada como en la atención sociosanitaria. Por otro, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud aprobada por el Consejo Interterritorial de Salud el 11 de diciembre de 2006, como documento de consenso, traza las líneas estratégicas y de desarrollo, recogiendo, tanto un diagnóstico de la situación, como los objetivos generales, específicos y recomendaciones básicas en cada uno de los aspectos relativos a la organización de la atención de la salud mental en España.

En el ámbito de los servicios sociales, la promulgación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, ha supuesto el reconocimiento de la

universalidad en el acceso de las personas en situación de dependencia al sistema de protección social, la concepción integral e integrada de la atención, el reconocimiento de la rehabilitación como uno de los principios de esta norma, la introducción del concepto de participación de las personas en situación de dependencia en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título individual o mediante asociación y la participación de la iniciativa privada y del tercer sector en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia, así como, la introducción del concepto de rehabilitación, tanto en lo que se refiere a los principios inspiradores de la norma, como a la prestación específica de servicios (art.3 y 24).

La realidad en cuanto a la denominación, número, ratio, dependencia y tipología de dispositivos denominados de rehabilitación en las diferentes Comunidades Autónomas, según los datos, probablemente no completos que aporta el Observatorio de Salud Mental 2010 de la AEN, es cuando menos, en algunos de los casos, heterogénea. De las valoraciones globales que aparecen en los informes de cada Comunidad Autónoma, casi todas advierten un avance en los objetivos de mejora del sistema de atención a la salud mental. Algunas Comunidades parecen tener desarrollos equilibrados en materia de rehabilitación psicosocial (Andalucía, Canarias, Madrid) y algunas otras no se encuentra mención alguna a este apartado. En cuanto a los aspectos más críticos y puntos débiles recogidos en las citadas valoraciones y que de forma directa o indirecta tienen que ver con la rehabilitación, destacaremos los siguientes:

En cuanto al número de recursos y su puesta en marcha, se destaca la falta de ellos, especialmente de rehabilitación, el crecimiento cero de recursos de rehabilitación psicosocial e integración comunitaria y el inicio tardío de la rehabilitación, como señala Baleares.

Aragón destaca la ausencia de un sistema de acreditación que homogenice los criterios de funcionamiento de los recursos, ausencia de un modelo de gestión clínica, ni estructural entre profesionales, una red informática que permita el intercambio de información y un soporte normativo que defina y estructure el sistema de salud mental.

Cantabria destaca la necesidad de reflexionar sobre el desarrollo de prácticas, cada vez, más hospitalocéntricas y mimetizadotas del modelo médico más convencional. El riesgo, como señala Madrid, de ruptura del modelo comunitario de atención y una tendencia hospitalaria y medicalizada (más alejada del medio habitual del paciente y con un mayor consumo de psicofármacos.

Asturias junto con Baleares destaca el deterioro del funcionamiento de los equipos interprofesionales, desbordamiento de equipos comunitarios por patolo-

gías leves, reproducción de formas asilares y cronificantes de atención en algunos dispositivos de larga estancia, derivación de pacientes graves a dispositivos residenciales de tercera edad y escasa participación de los profesionales en los modelos asistenciales.

En relación a la titularidad de los recursos, se destaca el debilitamiento del sector público como proveedor de servicios, y el progresivo proceso de privatización con la consiguiente pérdida de calidad y equidad como señala Madrid.

En cuanto a la vertebración de la red, en el citado observatorio destaca la existencia de una red nodal pero escasamente articulada al no haberse conseguido un modelo de atención comunitario, el peso excesivo de los recursos hospitalarios y escasa implicación de los profesionales e instituciones en la innovación de modelos asistenciales y la existencia de unidades de larga estancia residuales en hospitales psiquiátricos como refiere Castilla León; así como la ausencia de sectorización de la Rehabilitación Psiquiátrica como señala la Comunidad Autónoma de Murcia y la creación de unidades específicas sin la suficiente integración en la red, sin trabajo sobre la continuidad de cuidados y sin orientación comunitaria.

En lo que se refiere al sector de adscripción, sanitario o social, se destaca la falta de integración de la rehabilitación en la red sanitaria, se advierte del riesgo de que los recursos de rehabilitación pasen a servicios sociales, aunque en varias de las Comunidades Autónomas, algunos dispositivos definidos como de rehabilitación están adscritos a este sector, y en algunos de los casos, aunque con financiación pública, su gestión es privada.

Por otra parte, el Informe de 2009 de evaluación de la Estrategia de Salud Mental, a pesar de no ser suficientemente preciso que permita realizar un análisis cuantitativo detallado, arroja los siguientes datos:

- En relación a la creación e inclusión de pacientes en programas de rehabilitación, el Informe destaca que las CC.AA. están trabajando en aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben rehabilitación, 15 de ellas declaran haber establecido en su plan de salud este objetivo específico, mientras que 13 lo tendrían incorporado como objetivo en el contrato o acuerdo de gestión con los servicios de salud mental. Sin embargo, pese a que 14 declaran que se dispone sistemas de medición, sólo 5 lo han evaluado, y sólo 4 han facilitado a la evaluación resultados.

- El citado informe recoge que el Sistema Nacional de Salud ha evolucionado hacia un progresivo y mantenido decremento de camas de hospitales psiquiátricos, pasando de 20,36 por cada 100.000 habitantes en el año 1997 a 12,64 en el 2006, mientras que en los hospitales privados “noSNS” durante este mismo periodo, se ha producido un descenso en mucha menor proporción, pasando de 25,81 camas

por 100.000 habitantes en 1997 a 23,93 en 2006. Las Comunidades Autónomas con mayor número de camas en hospitales monográficos son Cantabria, Extremadura, País Vasco, Castilla León y Cataluña. En el caso de Cantabria, Castilla León y Cataluña la mayoría de estas plazas están ubicadas en hospitales "noSNS". Durante el mismo periodo, el número de camas en hospitales de hospitalización breve en hospitales generales se ha situado en una tasa de 7.5 por 100.000 habitantes, siendo casi en su totalidad de titularidad pública.

- Por otro lado, en relación a la existencia de estructuras territoriales sanitarias, el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos, incluyendo los rehabilitadores, suficientes para encarar las necesidades de su población, asegurando la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios en la que estarán incluidos los hospitales generales, y coordinados con atención primaria", el informe refiere que 16 Comunidades Autónomas declaran haber establecido en su plan de salud el establecimiento y garantía en el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos, habiendo desarrollado todas ellas actuaciones en esta línea. Algunas CCAA afirman que la creación de Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental en todas las áreas hospitalarias o áreas de Gestión Sanitaria, podría facilitarlo. También se crean Unidades de Rehabilitación de Salud Mental para la Recuperación de las Habilidades Sociales y la Reinserción Social y Laboral.

- Son 15 las Comunidades Autónomas que declaran disponer en los equipos de salud mental en el ámbito comunitario, y en relación con los trastornos mentales graves prolongados, de un sistema organizativo para evitar los abandonos, facilitar la adherencia y que incluya la atención domiciliaria, así como la gestión y la coordinación multisectorial de su proceso asistencial" y otras 15 serían, asimismo las CCAA que habrían llevado a cabo estas actuaciones.

- La mayoría de Comunidades Autónomas afirma tener incluido en su plan de salud la necesidad de implantar mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional e interinstitucional. Así, todas ellas declaran mantener espacios de coordinación y cooperación con servicios, departamentos y/o centros de las distintas instituciones.

- Respecto del objetivo de establecer un marco general que determine la implicación y el papel de la «Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia » en las personas con dependencia por enfermedad mental 14 CCAA han proporcionado información sobre este objetivo, aunque predominan las CCAA en las que están definidas e incluidas las valoraciones y características de las personas con problemas de salud mental, aun es pronto para poder valorar los logros alcanzados.

Por último, si nos remitimos a la caracterización de la situación de la rehabilitación psicosocial recogida en el Cuaderno Técnico nº 6 de 2002, Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo, podremos observar que, salvo algunos matizaciones desde un punto de vista cuantitativo, el diagnóstico que se hizo en aquel momento, sería trasladable en casi todos sus extremos a la situación actual.

• *Una indefinición y falta de consenso sobre la denominación de los recursos de rehabilitación*. Aparecen dispositivos similares en su función con distinto nombre, y dispositivos con el mismo nombre que realizan funciones muy diferentes (ya se ha señalado previamente la importancia de adoptar sistemas de descripción estandarizada de recursos).

• *Dentro de una misma comunidad autónoma la dotación y el desarrollo de los recursos varía mucho de un área a otra*.

• *Dificultades de recogidas de datos en algunas comunidades autónomas, ya que no se han desarrollado registros específicos de recursos de rehabilitación*. En algunos casos han aparecido discordancias entre los datos oficiales y los datos facilitados por profesionales que trabajan en dichos recursos.

• *La diferente titularidad de los recursos* (servicios sociales, asociaciones de familiares, fundaciones privadas...) implica ya de por sí una mayor diversidad en las formas de registros.

• *En algunas comunidades autónomas en las que persisten hospitales psiquiátricos, dichos dispositivos han cambiado su denominación manteniendo las mismas estructuras físicas y de funcionamiento*. Es decir, aunque nominalmente aparece como un nuevo recurso, funcionalmente se mantiene el recurso del hospital psiquiátrico. Este tipo de situaciones dificulta enormemente la valoración real de los recursos existentes. La gran heterogeneidad de recursos desarrollados, probablemente debido a un intento de adaptación al medio local, ha impedido poder realizar una comparación entre todas las comunidades.

Capítulo 5.- Perspectivas sobre la Rehabilitación Psicosocial en el mundo.

Si miramos al mundo para examinar como se entiende y se practica la asistencia a las personas con enfermedad mental grave en sus distintas regiones, se percibe que en todas partes los problemas básicos son idénticos. Los enfermos afrontan parecidas dificultades para sacar sus vidas adelante debido a sus síntomas y discapacidades. Dependen de la ayuda disponible para sobrevivir y acceder a los recursos básicos, en condiciones que frecuentemente parecen lesivas para la dignidad personal (al menos, tal y como lo entendemos en occidente). Afrontan parecidos procesos de discriminación, segregación social y económica. Son mal comprendidos, incluso por sus allegados. Y están en riesgo de no poder acceder al tratamiento, o de que, cuando éste se prescribe y se aplica, sea de calidad deficiente para los estándares de "buenas prácticas", o incluya medidas de control cuestionablemente aplicadas.

Hoy, con la facilidad para las comunicaciones, la RPS es una estrategia de atención conocida y extendida por todo el mundo, pero su grado de implementación, sus estrategias y sus prioridades cambian mucho en función de las condiciones del país. La gran diversidad de ayudas formales e informales, se relacionan con las particularidades económicas, organizativas, culturales y políticas de cada país y región. El volumen de recursos disponibles tiene una estrecha relación con el nivel de desarrollo económico del país, pero también con los valores, cultura e ideas dominantes, y con un eje temporal sobre el que las organizaciones y las ideas aplicadas en el terreno evolucionan en el tiempo.

El manicomio ha sido un fenómeno prácticamente universal. En algunos países a veces existe como el único recurso. Así, P. Deva refiere como en una región de Mongolia, es la práctica común que familias enteras se desplacen hasta el hospital desde zonas lejanas, y acampen en sus alrededores esperando el tiempo que dura el tratamiento de su allegado.

En los países en los que la política manicomial alcanzó un fuerte desarrollo, la implantación de la RPS parece haber seguido una pauta temporal. Comienza como metodología de desinstitucionalización, seguida por el desarrollo de recursos comunitarios y preocupación por sus diferentes aspectos (organizativos, científicos, económicos), el desarrollo de recursos de ingeniería social para la inclusión social (laboral, ciudadana) de los afectados y finalmente por describir el proceso (la recuperación de los usuarios). En esta secuencia podemos describir fenómenos típicos: la resistencia al cambio de las instituciones, la dificultad de trasladar recursos institucionales a la comunidad, y los prejuicios de las comunidades hacia los enfermos, que se expresan como resistencia a la aceptación de los

recursos comunitarios en su barrio: "recursos si, pero no en mi calle" ("*Not in my backyard*")

En las zonas donde el manicomio como institución no ha llegado a tomar fuerte desarrollo, en el sentido de instituciones grandes con muchas camas e importante volumen económico en juego (habitualmente países jóvenes y de bajos recursos), el problema de partida es otro: cómo establecer un sistema de atención sanitaria básica estable que incluya también atención en salud mental. En esta situación, apenas se puede hablar de una política especial de salud mental: un hospital puede tratar conjuntamente pacientes con esquizofrenia, demencia, epilepsia y sida. En situaciones así, es necesario comenzar desde el principio, y la lógica temporal de implantación de un sistema de RPS podría describirse comenzando por la sensibilización social y gubernamental, la formación de personal sobre el terreno, el establecimiento de accesibilidad a medios básicos de tratamiento, la definición de intervenciones factibles y sensibles a la diversidad cultural, y la formación de redes comunitarias.

Desde su creación en 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) como agencia internacional de la Salud de Naciones Unidas, se estableció en la visión de una clara relación de la salud con los valores de seguridad y justicia, destacando que un aspecto muy importante de la justicia en las relaciones humanas consiste en promover un acceso equitativo a las condiciones que posibilitan la salud, enfatizando la interrelación entre la salud de la población y el desarrollo económico y social.

La RPS ha sido promovida en todo el mundo por la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR). La WAPR se fundó en 1986 por iniciativa de un grupo de psiquiatras de EEUU, Italia, Reino Unido y Canadá, países en que la RPS ya había adquirido cuerpo como entidad intelectual. Podríamos convenir que contribuyó a la formalización de su campo en la Declaración de Consenso WAPR-OMS de 1996. La WAPR presenta un visión claramente "comunitaria" de la RPS. En el campo general de la salud mental, WAPR se orientó de manera focal y especifica por el espectro de las patologías graves que se suelen encontrar en los manicomios, fundamentalmente esquizofrenia y trastorno bipolar, aunque en algunas áreas geográficas esta especialización no es así de estricta.

La Declaración WHO-WAPR precede en poco tiempo al informe de OMS 2001 en el que, como importante novedad, se pone en primer plano la importancia de la salud mental en el conjunto de la salud. En el Informe, se mantiene la visión de que la salud (y la salud mental como parte de ella) tiene una estrecha relación con valores sociales dominantes y los modos de organización social. Se denuncia con datos la ilógica subestimación de la importancia de la salud mental respecto

del conjunto de la salud, y su insuficiente financiación relativa. Y como organización representativa de los consensos en salud pública del mundo, se ratifica oficialmente el abandono del modelo manicomial.

Las propuestas de OMS y de WAPR son muy similares. Como filosofía de la atención, el informe de OMS 2001, al igual que antes la WAPR, recomienda el tratamiento en la comunidad frente al institucional, las medidas de educación de la población, potenciar la organización de la sociedad civil de usuarios y familiares, y la adopción de políticas públicas nacionales.

Las Asamblea de la OMS esta formada por los Ministros de Sanidad de los países adherentes. La OMS propone consensos, y emite recomendaciones a nivel global. Pone especial énfasis en promover políticas que mejoren la atención en los países en desarrollo. Por ello, su foco de atención es mas amplio que el de la RPS: sus prioridades incluyen además de esquizofrenia y trastorno bipolar, epilepsia, demencia, depresión, suicidio, abuso de alcohol y de sustancias, y trastornos de comienzo en infancia. Alguna de sus recomendaciones, por ejemplo, sus alusiones a la integración de tratamientos desde atención primaria, tienen el sentido de establecer una primera línea de atención básica en países donde el acceso a la atención especializada puede ser difícil o inexistente. Sin embargo, otras recomendaciones, como la de mejorar la accesibilidad a los tratamientos, tiene una orientación general y debe considerarse dirigida también a los países desarrollados, en muchos de los cuales se observan barreras en la atención a grandes bolsas de la población.

Desde el punto de vista de la información técnica, el esfuerzo mas sistemático para conocer la situación del tratamiento psiquiátrico en el mundo, es el Proyecto Atlas, dirigido por la OMS. Atlas ofrece informes individuales sobre los países del mundo que aportan datos, que son la mayoría. Este proyecto se lanzó en 2000; ha ofrecido informes en 2001 y 2005 que incluyen indicadores (económicos, demográficos, epidemiológicos) y alguna información cualitativa sobre política sanitaria y legislación en cada país. Esta información está pensada como base pública de referencia sobre la que establecer comparaciones entre países. Los datos del Proyecto Atlas contienen fundamentalmente información aportada por los gobiernos. Ello es asumido como una limitación y en su versión de 2005 se ha tratado de completar con otras fuentes.

Complementariamente, OMS ha diseñado e impulsado el programa *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP) que contiene manuales técnicos y programas de intervención básicos, pensados como factibles de adaptar y aplicar desde el nivel de atención primaria, con el objetivo de estimular a los gobiernos a destinar mayores recursos y a mejorar la accesibilidad a la atención psiquiátrica (reducir la brecha de la atención). Por ejemplo, para orientar a los países en la

definición de sus prioridades, propone listas de medicamentos esenciales (clorpromazina, valproato, carbamazepina, fenobarbital, amitriptilina, litio, biperideno…)

Los datos del Atlas permiten formarse una idea de la situación global. En su edición de 2005 se informa de que solo el 61% de los países informaron tener políticas gubernamentales explícitas y específicas de salud mental, que incluyan actividades de atención, promoción, prevención, y rehabilitación. Debido a la prioridad de OMS por los trastornos graves, aunque su foco de atención sea mas amplio que el de WAPR, los datos del Atlas, con algunos matices, describen bien las oportunidades de acceso a la atención de las personas con enfermedades mentales graves.

El informe halla que tener políticas expresas de salud mental correlaciona positivamente con tener asistencia a discapacitados, formación en salud mental en atención primaria, servicios comunitarios de salud mental o actividad de ONGs en el territorio. De las distintas regiones OMS, en la del sudeste asiático solo el 23% de la población vive en un país con política de salud mental, por el 70% de África subsahariana, el 89% de Eurasia y el 93% de la región pacífico oriental, que si cuentan con una.

Solo el 61% de los países informa de tener *servicios comunitarios* (entendidos como *cualquier tipo de supervisión o cuidado de pacientes mentales fuera del hospital, atendido por personal sanitario y de servicios sociales*). En las regiones de África subsahariana, Mediterráneo Oriental y Sudeste de Asia, solo en la mitad. La distribución de países con servicios comunitarios parece netamente influida por el nivel de renta de los países: los países de alta renta disponen de servicio comunitarios en un 97%, los de media alta en un 90%, y en los de media baja y baja, solo el 50%. Se informa que el 77% de países tienen prestaciones por discapacidad aplicables a salud mental; el 100% de los países de Europa, por el 45% los de África subsahariana, con parecida relación con el nivel económico de los países: el 100% de países de renta alta por el 55% de países de renta baja.

El informe señala que existen problemas de disponibilidad de medicamentos esenciales en muchos países, medido como *disponibilidad en el nivel de atención primaria de amitriptilina, fenitoína y clorpromazina*. La clorpromazina es disponible en el 90% de países, el litio solo en el 65% y el biperideno solo en el 45%. También se reporta de grandes variaciones de precios de los mismos según las regiones del mundo: el coste medio de un año de tratamiento con clorpromazina varia de 100$ en la región de Eurasia a 28$ en el sudeste asiático.

Respecto de los aspectos económicos, el informe subraya que a pesar de su importancia como campo de la salud con fuerte impacto sobre la población en forma de carga por la *proporción de años vividos en situacion de discapacidad*

(DALYs), la salud mental en el mundo esta infradotada. El 30% de países no tienen presupuesto de salud mental separado del presupuesto general de salud, y muchos gastan menos del 1% del presupuesto total de salud en salud mental, a pesar de que la salud mental aporta el 13% de la carga asociada, medida en DALYs. (Pero recuérdese que, para OMS, la carga asociada a salud mental también incluye demencias, epilepsia, etc.)

Normalmente la financiación de los servicios procede en cada país de fuentes distintas en diferentes proporciones. El método mas importante de financiación de servicios de salud mental es a través de *impuestos generales* (en 62% de países), seguido del *pago directo del usuario* (lo es en 17% de países), y solo en el 14% el mas importante es algún sistema de seguridad social (el informe reporta que sistemas de *seguridad social* existen prácticamente solo en Europa). A nivel global, la relevancia de los *seguros privados* o de las *ONGs* es muy escasa. El pago directo del usuario es el método mas frecuente en países africanos o del sudeste asiático con sistemas sanitarios muy deficientes. En países de renta alta y media alta, los servicios se pagan por impuestos (en poco mas del 60%) o por seguridad social (sobre el 30%). En países de renta baja la proporción reportada de pago directo es la mas alta (42%) y no existe prácticamente sistema de seguridad social.

Al margen de estos datos técnicos, en la ultima actualización 2011 del Proyecto Atlas (8), el análisis de OMS indica que a *nivel global, los recursos siguen siendo insuficientes, en términos absolutos y relativos (solo el 3% del gasto medio en salud es para salud mental, que es en cambio responsable del 13% de la carga medida en DALYs). Los recursos no están equitativamente distribuidos en el territorio, no son eficientemente usados (la mayor parte del gasto se sigue localizando en dispositivos institucionales en detrimento de los comunitarios). La mitad de la población tiene menos de un psiquiatra por cada 200.000 habitantes, con el 62% de las camas y el 67% de los fondos en instituciones psiquiátricas. Además, se detecta que los recursos económicos dedicados a salud mental se están reduciendo ligeramente. La única buena noticia del informe es que la tendencia a la reducción del gasto viene de la tendencia al cierre de los dispositivos manicomiales.*

Sin disponer de un observatorio tan sistemático, los países socios de WAPR pueden aportar visiones complementarias sobre lo que sucede en distintos países y regiones del mundo específicamente en RPS.

Un ejemplo de la situación en países de baja renta puede ser Pakistán. Pakistán es un país multiétnico que gasta el 3.9% del PNB en salud y de ello el 0.4% en salud mental. (España gasta cerca del 7% y EEUU más del 13%). Declara disponer de política en salud mental desde 1997: apostó por un programa para la formación en salud mental de su personal de atención primaria. Informa

tener pendiente la creación de recursos para discapacitados psíquicos, unidades de crisis y la reorganización de los psiquiátricos. La atención en salud mental se proporciona desde atención primaria. Informa de la existencia de muchos centros residenciales y de día para personas con trastornos del aprendizaje (el informe no aporta detalles de en qué consisten). Sus esfuerzos de desarrollo de un sistema de salud mental comunitario se plasman en su política de sensibilizar a la población, especialmente a través de lideres sociales (religiosos). La mayoría de los profesionales de salud mental están ubicados en los centros urbanos grandes y atienden en clínicas privadas. En este contexto, un líder local de Lahore, con el apoyo de WAPR, ha combinado la idea de atención precoz en primeros episodios, con un programa de atención comunitaria de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (el *Programa STOP, Supervised Treatment for Patients with Schyzophrenia*, basado en el tratamiento supervisado en el medio familiar) y un programa de microcréditos (el *Programa Akhuwat*) para crear un proyecto para 50 personas basado en la perspectiva de Recuperación. La idea es primero designar un familiar, del que se espera mantenga una relación estable con el paciente, darle "formación" sobre la naturaleza de la enfermedad (en un contexto cultural que tiende a atribuírsela a causas "sobrenaturales"), y "*microconceptos*" sobre el tratamiento (esencialmente sobre la necesidad de medicación). Tras 6 o 12 meses, si la situación clínica mejora (hasta un GAF de 80) el paciente accede al programa de microcréditos, orientado a que la persona pueda iniciar alguna actividad laboral. Los criterios de evaluación de este proyecto incluyen el datos sobre mantenimiento de la salud global, el alivio de la situación de pobreza y la reducción de las consecuencias del estigma social.

Tomemos ahora un ejemplo de país de economía media baja. Ghana es un país centroafricano emergente, con régimen democrático desde 1993, y relaciones exteriores políticas y comerciales estables. Según OMS, el país formuló políticas de salud mental en 1994 y hay acceso comunitario a los medicamentos de la lista OMS de medicamentos psiquiátricos básicos. Se pueden conseguir en el mercado medicamentos como olanzapina o fluoxetina, pero resultan demasiado caros para la población media. Gasta en salud el 5% de su PIB y en salud mental el 0.5% del presupuesto total de salud. En 2008, el *Global Forum for Mental Health* (una organización creada al amparo de OMS y de WAPR) convocó una conferencia (Entebbe, Uganda 2008) con el objetivo de apoyar en la región las bases del sistema de salud mental. Esta iniciativa fue seguida por otra conferencia internacional celebrada en 2011 en Accra (Ghana) y apoyada por la ONG *Basic Needs*. Esta nueva conferencia pone ahora un énfasis especial en construir un movimiento social comunitario para mejorar la situación de las personas con enfermedad men-

tal (incluida aquí la epilepsia). Algunos de los objetivos estratégicos propuestos fueron potenciar la capacidad técnica de los grupos de usuarios para influir en el proceso, incrementar el trabajo en red y establecer criterios de buenas prácticas profesionales acordes a la situación de la región. Allí se presentó la Asociación por la Salud Mental de Ghana, fundada en 2009. Ghana cuenta con un corresponsal de WAPR que trabaja para el naciente sistema público de salud mental y lidera algunos procesos de reforma civil a nivel local, fundamentalmente mediante un equipo móvil que aporta información a la comunidad en el territorio.

Lo que observamos en ambos casos es que, en el contexto de sistemas sociales y sanitarios en estado de creación o de desarrollo, y donde existe desigualdad territorial en el acceso a los servicios, las ideas y propuestas sostenidas por OMS o WAPR llegan y se establecen a manera de cabezas de puente en colaboración con los gobiernos, ONGs, y liderazgos locales que pueden mantenerlas y desarrollarlas través de la creación de grupos civiles.

Si consideramos el caso de países de economía algo más desarrollada (media-alta), podemos usar como referencia Brasil. Su constitución actual viene de 1988. Gasta en salud el 7.6% del PNB, de lo que el 2.5% va a salud mental . La Reforma de Brasil comenzó a finales de los ’70 como un movimiento centrado en los derechos de los pacientes psiquiátricos a imagen del Italiano (Franco Basaglia visitó Salvador en 1978). Incluye a múltiples interlocutores y actores (incluyendo un potente grupo de usuarios de servicios de salud mental) a la que el Ministerio de Salud se adhirió por encima de las diversas alternativas políticas. Brasil aprobó una Ley de Salud mental en 2001 que se esta implementando a buen ritmo (en un 50-75% según OMS). El plan se basa en la una reforma del sistema institucional, la integración de la salud mental en atención primaria y la creación de una red de servicios especializados, los *Centros de Atençao Psicossocial* (CAPS), para la atención de los trastornos severos. La reforma de Brasil es un proyecto muy potente de cambio hacia un modelo comunitario, partiendo de un modelo institucional previo con gran peso de la prestación privada de servicios hospitalarios no controlada por el Estado. En los últimos 15 años ha logrado reducir a la mitad las camas de larga estancia en hospitales psiquiátricos. Ha emprendido una evaluación de la calidad de la atención en los centros psiquiátricos (que incluye la posibilidad de su clausura administrativa si no es aceptable), programas para la reducción gradual de tamaño de los psiquiátricos de más de 200 camas. Se han creado mas de 1000 CAPS por todo el territorio. La desinstitucionalización de los pacientes se apoya con un programa especifico, el *Programa Volta a Casa*, (que crea un estimulo para que las familias acepten a las personas que salen del hospital prestando apoyo económico directo a la persona desinstitucionalizada (al

cambio unos 110$ cada mes), muchas veces tras muy largas estancias. Hay recursos residenciales como los Serviços Residenciais Terapêuticos que con el apoyo de un CAPS apoyan y ayudan a vivir en la comunidad a los enfermos con pleno respeto a su libertad de circulación y a sus elecciones personales. Los CAPS son centros comunitarios especializados en atención a personas con trastornos graves, atendidos por equipos interdisciplinares de entre 9 y 16 personas, responsables de la atención en un territorio y financiados por la transferencia de gasto hospitalario a extrahospitalario mediante acuerdos con los gobiernos local, nacional y federal. Hay varios tipos de CAPS y algunos cuentan con camas (pero no más de 5). Son el centro de la estrategia comunitaria de Brasil. En la reforma brasileña, muy centrada en la desinstitucionalización, "Salud Mental" casi equivale a Rehabilitación Psicosocial, incluyendo a también a personas con adicciones. Parte de la atención se hace desde los centros de atención primaria, en coordinación con los CAPS. Hay otros programas de integración laboral y cultural. Aunque inconclusa y con problemas para dar todos los servicios necesarios por la población, y trabajando en condiciones difíciles por la situación de pobreza extrema y exclusión social de segmentos enteros de población (los *meninos da rua*, las *favelas*), cosa habitual en muchos países de su nivel de desarrollo económico y social, la reforma de Brasil, ha sido puesta como ejemplo de proceso de reforma.

Comparativamente, los países desarrollados disponen de más medios económicos y posibilidades para crear recursos sociales y sanitarios. Lo interesante en ellos es observar como organizan sus recursos, como definen sus prioridades.

Arabia Saudí, por ejemplo, es un país de ingresos altos. Los datos aportados por OMS refieren que hasta 1983 estaba claramente en una política hospitalaria: un solo hospital psiquiátrico saturado con mas del 1800 pacientes. Con ese sistema, muchos pacientes y familias necesitaban largos desplazamientos para conseguir atención. Como en otros países, su reforma hacia el modelo comunitario consistió en establecer un sistema descentralizado por todo el país, con unidades de entre 20 y 120 camas que se ocupaban también de la asistencia ambulatoria, y en formar en salud mental al personal de atención primaria. Sin embargo mantiene un gran sector de asistencia privada. Informa de la existencia de servicios comunitarios y asistencia a personas con discapacidad, y que se planearon servicios de rehabilitación, pero no han sido suficientemente desarrollados. Hay ONGs y grupos de autoayuda de usuarios que operan en la medida de sus posibilidades. Los informantes refieren un curioso problema idiomático: muchos profesionales médicos o enfermeros de atención primaria no hablan árabe y necesitan traductores para atender. Otro tema de naturaleza cultural se refiere a la estrategia de pactar con personas notables de la comunidad (los sheiks, sanadores tradicionales)

ya que, en la práctica, éstos se hacen cargo de la atención de muchas personas con cuadros leves y menos leves.

Otro ejemplo interesante de países de alta renta es el de Estados Unidos de America, que tiene uno de los presupuestos de salud mas importantes del mundo, el 13.9% del PNB y que, si embargo, no tiene cobertura sanitaria universal. De hecho, un sexto de la población carece de algún tipo de cobertura. Gasta en salud mental el 6% del presupuesto general de salud. Los métodos de financiación mas importantes son, por orden de volumen, los seguros privados, los impuestos generales y el pago directo de los usuarios. Dispone de servicios comunitarios de distintos tipos. Las oportunidades de financiación para el usuario a lo largo de un proceso de tratamiento suelen cambiar entre lo público y lo privado. Desde los años '50, su sistema ha pasado por fases en que las prioridades han cambiado: la introducción de la atención en hospitales generales, la aparición de centros de inserción social, la preocupación por la evaluación de servicios y costes, la aparición del *case management* (como modo de ganar eficiencia en el gasto), del *tratamiento asertivo comunitario* por el problema de las recaídas en el ámbito de la atención comunitaria, y los enfermos mentales sin hogar. El último gran tema es de los *servicios orientados a la recuperación*. Hay una gran presencia de organizaciones civiles en el país, más de 4300. Hay un gran desarrollo de programas específicos: para minorías, refugiados, afectados por desastres, población indígena, mayores o niños. Como todo territorio con gran extensión y zonas rurales, hay grandes inequidades en el acceso a los servicios. Desde 1999 se ha reactivado un debate sobre salud mental y en 2003 el Presidente emitió una orden ejecutiva para crear la *Freedom New Commission for Mental Health*, que debe estudiar las barreras a la atención y modos de afrontar el problema. Un nuevo plan estratégico 2011-2014 ha sido elaborado por la *Substance Abuse and Mental Healh Administration (SAMHSA)* y ha recibido el apoyo de la Asociación Americana de Rehabilitación Psiquiátrica (USPRA), que valora positivamente la creciente preocupación preventiva sobre infancia y atención a jóvenes, y la intervención en prisiones. No obstante, expresa su preocupación por varios de sus aspectos: aun comprendiendo que la *limitación de recursos no puede cubrir todas las áreas importantes*, el nuevo plan no contempla financiación para programas de empleo; le parece que la RPS es subestimada en los avances hacia cierta integración de redes de drogodependencias y de RPS (asumiendo el dato local que halla hasta un 60% de comorbilidad entre enfermedad mental y abuso de sustancias); encuentra decepcionante que no se considere una prioridad apoyar las redes de apoyo mutuo; se preocupa por la importancia de los trastornos postraumáticos de militares, critica la falta de iniciativas para mejorar la discontinuidad de la atención inducida

por modos de financiación de programas (si un usuario logra trabajar, pierde sus beneficios sociales pero normalmente no puede acceder a un seguro privado), encarece mejorar los programas para personas sin hogar, como medio probadamente eficaz de evitar la encarcelación y acceder a oportunidades de empleo.

Otra interesante visión sobre la situación en países desarrollados es la que ofrecieron durante algunos años los informes de la Comisión de Seguimiento de la *Mental Health Act británica*. Las alternativas del sistema de atención británico, tanto en el aspecto de su des-institucionalización, y desarrollo del modelo comunitario como en la reforma sanitaria de los '90 han sido una referencia para otros países.

La *Mental Health Act Commission* siguió hasta su disolución en 2009 la aplicación de poderes de detención y tratamiento coercitivo para personas con enfermedad mental que otorga la Ley de Salud Mental Británica. En un muy extenso y minucioso informe, la Comisión formuló muchas observaciones sobre la situación de los últimos años. El incremento de uso de modalidades coercitivas en el tratamiento es notorio desde 1991, así como el creciente papel del *sector independiente* (privado) como lugar para los ingresos coercitivos. La interpretación de esta dato por OMS (recogida por los autores del informe) es que la des-institucionalización y el modelo comunitario hacen que las decisiones de ingreso tiendan a tomarse mas tarde que antes, cuando las personas ya no están en condiciones de dar su consentimiento. Pero el informe también hace notar que muchas personas que lo necesitarían no están en contacto con servicios comunitarios y que, de hecho, crece el numero de personas cuyo primer contacto con el sistema de salud mental es un ingreso coercitivo. Pero como en otros países de Europa, también se puede interpretar como signo del balanceo de los valores dominantes hacia formas más autoritarias. Esa tendencia podría estar relacionada con los cambios del modelo de atención: se informa que algunos servicios privados "prefieren" selectivamente usuarios internados bajo autoridad judicial. Entre otras muchas cosas, señala que muchas unidades de agudos son muy deficitarias desde el punto de vista de su calidad humana, la tendencia al incremento de unidades de agudos cerradas, su habitual sobreocupación (entre el 100 y 110%), con políticas de mantenimiento, seguridad y personal mejorables. El informe destaca su interés por el *modelo de recuperación*, y desde él, emite críticas sobre estilos de atención institucional basados en la repetición rutinaria de estándares, con normas arbitrarias o el uso punitivo de la restricción de tabaco. Entre los trabajadores de programas específicos de rehabilitación observamos interés en la aplicación de algunas de las ideas del modelo de recuperación, buscando maneras creativas y eficaces de activar y hacer posible la participación de los usuarios en la mejora de los servicios, definiendo

tareas participativas factibles y significativas para grupos de usuarios, identificando y aportando apoyo y formación a usuarios con habilidades para actuar como líderes sociales emergentes.

Un reciente informe sobre Dinamarca retrata algunos de los problemas comunes a muchos países con políticas desarrolladas de desinstitucionalización: el riesgo de que las nuevas instituciones centradas en esquemas de "cuidado" (las "casas a medio camino") reproduzcan en pequeño las situaciones de abandono de las viejas; y propone la activación de estrategias preventivas del deterioro y orientadas por el modelo de recuperación; señala la falta de apoyos psicoterapéuticos (se critica que para muchos usuarios, la única forma de apoyo accesible es la medicación); se critica también la fragmentación de la atención en situaciones de cambio por mejoría (al conseguir trabajo o independizarse, se cambia de red de apoyo y se interrumpe la continuidad), se critica que la rigidez administrativa dificulta la posibilidad de investigar nuevas maneras de resolver los problemas, la necesidad de mejora de acceso a la información sobre recursos, y expresa su preocupación por el estigma.

Para terminar, estas breves descripciones, vale la pena repasar algunos temas que se perciben hoy globalmente como importantes o como retos pendientes.

Desde una perspectiva mundial de salud pública, reiterar que, sin duda, el reto mas llamativo es la inequidad y las barreras en la *accesibilidad a los elementos básicos del tratamiento*. La accesibilidad a servicios esta vedada a muchas personas en el mundo, y no solo en los países en desarrollo. Existen regiones enteras que carecen de personal con la formación básica. El acceso a medicamentos esenciales es también un problema para los enfermos. Ello tiene que ver con el nivel de desarrollo económico y social de los países, con la sensibilidad de sus sociedades y gobiernos, y también con factores comerciales. En algunos países de baja renta, a pesar de la diligencia y la formación de sus gestores de salud, la dificultad tiene que ver con la escasa rentabilidad comercial que la industria encuentra al colocar medicamentos "baratos" en el territorio. Los responsables tratan de afrontar este último problema promoviendo centros de compra conjunta a mayor escala, pero hasta con eso, la disponibilidad es intermitente.

La perspectiva de la recuperación (recovery) ha sido el último de los conceptos en hacerse sitio en las bibliografías sobre RPS. La emergencia de movimientos civiles de usuarios puso enseguida de relieve el hecho de que los profesionales, los familiares y los usuarios no veían de la misma manera las prioridades en RPS. Definida como meta, o como proceso, o como estado, y construida en buena medida por contribución de los testimonios de personas enfermas *recuperadas*, en los últimos años ha captado el interés de clínicos e investigadores. Su referencia re-

corre todo le mundo, pero en muchos países con sistemas desarrollados EEUU, y Europa, ya se estimula a los servicios de RPS a organizarse para estar *orientados a la recuperación*; se analizan los procesos en función de como contribuyen (o no) a ello. La orientación ha sido recogida en los manuales gubernamentales de buenas prácticas. La organización norteamericana de RPS propone que la adopción de prácticas institucionales orientadas a la recuperación (como por ejemplo, incluir formalmente *usuarios expertos* en los equipos de evaluación de los servicios) sea condición para obtener fondos públicos. Se están desarrollando instrumentos psicométricos para evaluar la recuperación. Pero el tema también es objeto de debate. Slade editorializa que las prácticas orientadas a la recuperación aun no han superado la prueba de la investigación empírica, y propone un plan de investigación antes de implementar los cambios a nivel general.

La perspectiva de recuperación conlleva poner de relieve un aspecto descuidado: el de entender y describir el *recorrido subjetivo de la persona en el proceso de recuperación*. La RPS puso el acento en un cambio de paradigma ideológico y político, en el abandono de la lógica del manicomio y la adopción de un modelo comunitario basado en los derechos civiles y humanos de ciudadano. Las perspectivas psicoterapéuticas, que hubieran podido y debido contribuir al cambio, no lo hicieron significativamente (salvo quizás en Francia con Tosquelles), por centrarse en la relación médico paciente y olvidar el contexto social en el que se desarrollan los problemas. La vía del *empoderamiento* de los usuarios les sirvió para reafirmarse, para establecer una identidad de colectivo que permitió definir sus problemas desde la perspectiva del usuario, en primera persona, a veces también para criticar a la psiquiatría y la manera en que se les había dejado solos, sin atender a su visión de los problemas. Pero había que recuperar el contexto subjetivo, las *narrativas* del proceso de enfermar y sanar, y la perspectiva de recuperación parece una vía prometedora para que esta recuperación (personal, pero también de la identidad social) se pueda analizar y describir de una manera mas cercana como las personas viven y sienten los problemas.

El tema de *ciudadanía y derecho humanos* está hoy en primer plano, habida cuenta de que cuando se estudia de cerca, en todos los países del mundo se reportan problemas en este campo. El problema más importante es la dificultad de implementar el derecho a obtener atención adecuada, pero temas como el uso de la autoridad en el internamiento coercitivo o el tratamiento ambulatorio involuntario son enérgicamente contestados desde algunas de las organizaciones de usuarios mas radicales (entre ellas, hay varias sensibilidades). Es un tema que también preocupa a los profesionales, ya que se acredita que determinadas medidas que afectan a los derechos fundamentales de la persona (como la contención mecáni-

ca) carecen de suficiente protocolización, muestran variaciones en su uso que no se pueden explicar por las circunstancias clínicas, y orientan la atención sobre la idiosincrasia y los hábitos de equipos, turnos, o de determinadas áreas geográficas.

Aunque haya organizaciones científicas que se siguen centrando de manera exclusiva en los aspectos biomédicos de la enfermedad, desde 2001 la visión de los organismos que se ocupan de la salud a nivel internacional es claramente de *orientación comunitaria*. Pero la noción de comunidad no es la misma en todas partes. En los países desarrollados, *comunidad* se suele entender como equivalente a *servicios comunitarios*, esto es, a servicios profesionales formales accesibles para las personas que los necesitan y cofinanciados por algún procedimiento de solidaridad (impuestos, seguridad social, ONGs, filántropos). Ello no es muy exacto, ya que dependiendo de factores culturales, la familia es muchas veces un elemento comunitario esencial. (Lo es en los países donde la familia es un núcleo fuerte de vertebración social, pero mucho menos en otros, como EEUU, donde la persistencia de los vínculos familiares es en general mas laxa). Pero en países de baja renta, en los que no se han establecido recursos formales, comunidad es los *modos de solidaridad espontánea que hay en la cultura*, y los pacientes y profesionales es casi lo único con lo que pueden contar. En muchas ocasiones, por ejemplo, no es habitual que sea un profesional sanitario la primera persona que ve a un enfermo, ni la persona que va a estar más en contacto con ella. De manera que se hace conveniente encontrar maneras de tender puentes entre los técnicos y los líderes comunitarios civiles, religiosos o culturales. Esto no es un exotismo, se percibe también en países desarrollados, y a veces a gran escala (como pasa en EEUU con una población muy multiétnica), o con poblaciones en situaciones severas de exclusión (como los *sin hogar* o algunos inmigrantes en España)

La desinstitucionalización llevada a cabo no logró (no podría hacerlo), eliminar el malestar asociado a la enfermedad mental. Sabemos que una parte de los pacientes no estará bien estabilizada y la comunidad que los acoge sufre y se resiente. Ello, combinado con las dificultades de accesibilidad y con que las dificultades de integración a veces se expresan como tendencia a la exclusión, hace que haya una permanente tentación a recurrir a formas mas o menos novedosas de exclusión institucional, lo que se ha venido a denominar *la transinstitucionalización*: los pacientes desinstitucionalizados se reinstitutionalizan en otro sitio. Una forma de ello es el encarcelamiento: en todo el mundo se detecta una importante presencia de enfermedad mental en las prisiones. En varios países de Europa, en medios profesionales se percibe una nueva preocupación por los tratamientos coercitivos, las unidades de seguridad, etc. Ya se indicó que en Reino Unido, país

con buena monitorización de sus tendencias, se detecta un suave pero continuo crecimiento de camas para tratamientos involuntarios.

A nivel global, el *asociacionismo de usuarios* (familiares y pacientes) es una herramienta de gran importancia en el empoderamiento civil de los afectados. Espontánea y autoorganizada (se dice que en EEUU las actividades de ayuda mutua fueron la vanguardia de la RPS), o promovida por otras organizaciones civiles, las organizaciones de usuarios se han extendido por todo el mundo y forman hoy parte de la estrategia civil de la RPS desde la misma implantación de los servicios. Ha aportado lideres sociales influyentes (como Judy Chamberlin o Pat Deegan), hay asociaciones internacionales de usuarios que funcionan a gran nivel, cooperando con la ONU en la definición de políticas sobre derechos humanos. Aunque algunas de ellas son bastante críticas con la psiquiatría tradicional (WNUSP: Red Mundial de Usuarios y *Supervivientes* de la Psiquiatría), su aportación ha sido muy significativa, no solo en términos de representación política del colectivo, sino contribuyendo en la construcción de conceptos (recovery) o en el desarrollo de instrumentos de evaluación.

En la base de la RPS hay fuertes argumentos éticos. La estrategia de RPS no se adopta porque sea mas barata que la institucional, o mas eficiente. Se hace así porque es como se debe hacer, y porque lo anterior era intolerable. Basaglia comentó que su principal aportación fue *demostrar que las cosas se podían hacer de otra manera*. Sin embargo desde OMS, Saraceno señala que aún hay que *documentar la desinstitucionalización*: así como hay un fuerte cuerpo de evidencia científica en los aspectos biomédicos de la enfermedad, los aspectos relacionados con la parte de ingeniería social de la RPS, que tradicionalmente se han descrito en términos narrativos y promovido con argumentos ideológicos, necesitan una mayor investigación, que hasta ahora no se ha producido a la escala necesaria, ya que existe un sesgo en la financiación que favorece la inversión en investigación farmacológica en detrimento de la social.

Hay un factor político que influye en la configuración de las prácticas profesionales en psiquiatría y RPS. En fechas no muy lejanas, se destacaban las referencias sobre el uso de la psiquiatría como medio de dominar disidencias políticas en países totalitarios. En la visión de Tomov, la ideología del socialismo totalitario, condujo a prácticas que combinaban una versión particular de la psiquiatría biológica, a un desprestigio de lo individual que conducía a la falta de interés por las necesidades particulares, y a la negación del papel jugado por el contexto humano (familia, relación médico-paciente). El prestigio soviético de la planificación central arriba-abajo, que negaba representatividad a los delegados locales, no condujo a la equidad en el acceso a los servicios. Tomov señala que en los países

exsoviéticos, esta influencia se percibe claramente todavía hoy en el encuentro médico paciente, en una especie de desprestigio del ocuparse de los aspectos relativos a la individualidad de la persona. Pero tampoco el pensamiento liberal que pone el acento en la economía de la salud buscando la eficiencia y la rentabilidad en los procesos ha probado hasta ahora a nivel global ser capaz de resolver el problema de la equidad y la accesibilidad.

Finalmente debemos mencionar la *importancia del factor cultural*. En los últimos años, con el auge de los movimientos migratorios, se ha destacado la importancia de que los servicios sean sensibles culturalmente hacia la población a la que atienden, ya que de otra manera no lograrán conectar con las personas y no se seguirán las prescripciones. En Reino Unido, por ejemplo, se constata la escasa presencia de mujeres musulmanas en los servicios de salud mental, debido a que éstos suelen ser atendidos por varones. Los equipos de Panamá, en sus planes de intervención con población indígena, explican que lo primero es pactar con los lideres comunitarios locales, ya que no se aplicará ninguna medida sanitaria que no sea aprobada por estos. Como última curiosidad, la perspectiva psicodinámica, de tanta influencia en occidente, no ha suscitado interés en las regiones de Asia influenciadas por el budismo, que desarrollan técnicas de intervención basadas en concepciones totalmente diferentes de la subjetividad y de la salud mental.

Capítulo 6.- Las prácticas y las técnicas en rehabilitación psicosocial.

6.1. Introducción

El Cuaderno Técnico 6 de la AEN "Rehabilitación Psicosocial del Trastorno mental severo", definía en su Capítulo 3 una cartera de servicios de Rehabilitación Psicosocial, describiendo la red de recursos específicos y de intervenciones propias. El objetivo de este capítulo es partir de la propuesta allí detallada, que continua vigente en muchas de sus definiciones, para hacer una actualización que revise la cartera de servicios de RPS diez años después. En diez años la RPS ha crecido y ha cambiado, pero también lo ha hecho el contexto.

Esta revisión toma en consideración las transformaciones que se han producido en la RPS, en el sistema de atención a la salud mental y en el marco social. Pero también tiene en cuenta las previsiones de cambios futuros, enmarcadas en dos efectos principales: las transformaciones del modelo de global de la atención a la salud mental (punto 6.2), las transformaciones de los sistemas de gestión de la asistencia (punto 6.3) y los cambios que afectan a las características de la población atendida (punto 6.4)

Se revisa finalmente el conjunto de dispositivos programas y actividades englobables en una cartera de servicios de Rehabilitación Psicosocial (punto 6 .5)

6.2. Rehabilitación, continuidad de cuidados y transversalidad

6.2.1.-Transversalidad en el sistema de atención a la salud mental. El lugar de la RPS

En general, la creación de los servicios de salud mental ha adolecido de planificación, de manera que lo que venimos llamando red asistencial es en realidad una suma de equipamientos que han surgido aprovechando momentos favorables de crecimiento económico o de política sanitaria y que a menudo responden a diferentes conceptualizaciones clínicas de los trastornos mentales. Los servicios de RPS, a menudo dispares, con objetivos y estructuras diversas y pertenecientes a diferentes redes sanitarias o sociales, han ido ocupando progresivamente un lugar significativo en la red asistencial.

La estructura que hoy en día persiste se adapta con dificultad a la complejidad de los trastornos mentales graves y conlleva algunas disfunciones en su asistencia, a pesar de los esfuerzos dirigidos a minimizarlas con la introducción de mecanismos de coordinación más o menos exitosos. Junto con servicios altamente especializados en los distintos niveles asistenciales, el tratamiento tiende a la parcialización, poniendo el énfasis en un determinado aspecto del trastorno, más

centrado en la discapacidad que en las posibilidades del sujeto y dependiendo más de las características de los servicios que de las necesidades de la persona. Se produce retrasos en la detección o prestación de tratamiento, como sucede en las fases incipientes de los trastornos psicóticos, o solapamientos como en la atención a las familias que también sufren en ocasiones de ausencia de respuesta. Asimismo, en el paso de un nivel asistencial a otro el paciente puede perderse por los agujeros de la red e incluso estar sometido a prácticas contrapuestas según el modelo asistencial del profesional o del servicio que lo atienda. Todo ello en contextos distintos en los que la distribución y coordinación de los recursos no son homogéneas y pueden variar mucho según los territorios.

En este sistema, la RPS ocupa un lugar a menudo secundario puesto que es todavía frecuente que se incorpore a la atención cuando los demás tratamientos no han obtenido los resultados esperados. Parece difícil integrar las aportaciones de la literatura científica y de las experiencias actuales dentro de la conceptualización predominante de los trastornos mentales graves y comunes. Todavía actualmente, se prescribe la RPS con un mensaje de desánimo, de última opción cuando las posibilidades de cambio se han ido reduciendo con el paso del tiempo, en lugar de efectuar la prescripción, no como última alternativa, sino con el análisis de sus indicaciones reales. Uno de los problemas que genera esta situación es que personas que podrían haberse beneficiado de la RPS no acceden a dichas intervenciones en el momento adecuado retrasándose o perdiéndose definitivamente la oportunidad de incidir en su recuperación.

La respuesta asistencial obedece muy a menudo al establecimiento de un diagnóstico psicopatológico y deja en un lugar secundario las repercusiones del trastorno en la vida cotidiana de las personas. Los servicios se han ido estructurando de manera predominante alrededor de este paradigma centrado en la sintomatología, fundamentalmente positiva. En estas circunstancias, parece que los pacientes deben adaptarse en muchas ocasiones a estos servicios y no al revés. Esta conceptualización y estas prácticas se derivan del papel que se otorga a la sintomatología positiva como eje de las intervenciones que contrasta con los conocimientos más recientemente adquiridos acerca de la constitución y evolución de los trastornos mentales graves.

También en este terreno parece que cuesta reconocer el valor de la experiencia. Los trastornos mentales graves se caracterizan fundamentalmente por la complejidad de sus manifestaciones y por su repercusión en la calidad de vida de las personas afectadas. Esta realidad, aceptada de manera general, ha sido recogida operativamente por la RPS, pero su implantación en la red tiene un alcance menor. Así, el reconocimiento de la dimensión psicosocial del trastorno y la necesidad

de un tratamiento específico de este aspecto han producido la incorporación de nuevas patologías atendidas desde la RPS, aún cuando todavía persisten las dudas en muchos casos respecto a la pertinencia de la indicación.

A pesar de que cada vez existe mayor grado de consenso en la necesidad de diferenciación de respuestas y de programas específicos para poblaciones y necesidades específicas, tanto los servicios de rehabilitación como el resto de equipamientos se muestran prudentes en la modificación de respuestas asistenciales y cambios funcionales. Las dudas son todavía mayores en el caso de los trastornos mentales menos graves, que definitivamente se ven relegados fuera de la RPS por preservar estos colectivos menos afectados del riesgo de estigmatización. Todos estos elementos contribuyen a mantener una situación que empobrece la reflexión asistencial y las oportunidades de ofrecer un tratamiento a personas que seguramente podrían beneficiarse de él.

Por otro lado, la complejidad de los trastornos plantea retos asistenciales que se sitúan más allá de la red de salud mental. Claramente, la calidad de vida de las personas está definida por el acceso que tienen a la satisfacción de las necesidades básicas: vivienda, salud, trabajo, formación, ocio, afecto, vida familiar. Si el objetivo del tratamiento es fundamentalmente la mejora de esta calidad de vida, ¿cuál puede ser la razón para la separación existente entre tratamientos? En la misma RPS, se suele plantear alternativas identitarias tales como: ¿cuál ha de ser la prioridad de la intervención, la recuperación de la funcionalidad afectada por el trastorno o los esfuerzos deben orientarse hacia la inclusión social con el doble foco de atención, la persona afectada y la comunidad? ¿Puede la RPS aspirar a ser considerada un tratamiento si sus carteras de servicios no siguen el criterio de la súper especialización presente en una práctica asistencial general escorada hacia un modelo reduccionista? ¿Podemos considerar como parte del tratamiento las intervenciones en la comunidad? Cuando se tiene noticia del valor de la inserción laboral en el desarrollo de un individuo y se implementa un programa que promociona esta alternativa ¿se está programando una actividad asistencial?

Aunque puede parecer que éstas son preguntas especulativas, de hecho están directamente relacionadas con la posibilidad de ofrecer a la persona que padece un trastorno mental una respuesta asistencial integrada, que responda a la complejidad de sus necesidades y a la globalidad de su sufrimiento y a su capacidad de recuperación.

Con una relativa independencia de dónde se realiza la RPS, si en servicios especializados o formando parte de servicios de salud mental más amplios, cualquier organización de la atención de los trastornos mentales debe tener en cuenta que la continuidad de cuidados engloba la red sanitaria especializada la atención

primaria y las redes sociales. La RPS es un tratamiento que, interrelacionado con otros, tiene como objetivo lograr el máximo bienestar posible de la persona y la mejora de su calidad de vida. No puede erigirse como una finalidad y es deudor, como todos, de su complementariedad en relación con el resto de intervenciones.

6.2.2.- Transversalidad: ¿utopía? Buscando un eje.

Ante los problemas generados por esta mirada, tanto los profesionales como los usuarios perciben acertadamente estos problemas de parcialización del sistema y de la rigidez de las fronteras que se establecen entre los dispositivos. La red responde de manera excesivamente parcial a los problemas de aquellos que padecen un trastorno que afecta a todas las áreas vitales. En todos los territorios y en cada uno los distintos niveles asistenciales se desarrollan propuestas para ofrecer una atención integrada a pesar de las dificultades que plantea la organización actual de los servicios. Sin embargo, el proceso dirigido a ofrecer una intervención integral resulta muy dificultoso, lo cual acaba por generar desánimo en los diferentes agentes del cambio, como pueden ser los propios profesionales, los responsables de los servicios y los planificadores de la asistencia.

Mejorar la integralidad de las respuestas en la red depende tanto que los trastornos mentales se pueden comprender de forma holística como de la capacidad de los servicios y de los responsables de la planificación de revertir esta nueva conceptualización en cambios organizativos relevantes.

La introducción del modelo de recuperación propone una comprensión de los trastornos mentales más integral. Este modelo ha ido adquiriendo una evidencia cada vez más sólida a nivel internacional y se caracteriza por enriquecer la conceptualización del problema introduciendo otras dimensiones no médico- psicológicas. Esto ha dado lugar a un constructo que permite una comprensión más amplia de los trastornos mentales y que responde más a su complejidad pero que encaja de manera forzada en la red.

En primer lugar, tener como objetivo la recuperación de la persona ha dado una importancia central a la subjetividad de manera que lo que venía siendo un elemento periférico se ha convertido en parte central de la terapéutica. Este modelo aboga por una introducción de los valores y de los deseos de los pacientes en el mismo tratamiento, llegando a proponer que intervengan activamente en él como expertos. Y esta recomendación tiene, no sólo un valor ético, sino terapéutico, como refieren las evidencias que se han ido acumulando. El empoderamiento, entendido como el proceso a través del cual las personas recuperan el control sobre

sus vidas y la manera en que éste repercute en el bienestar psicológico y vital de las personas ha situado sus necesidades en el centro de las intervenciones.

En segundo lugar, la relación terapéutica se encuentra en plena evolución. Desde la relación paternalista, centrada en la única responsabilidad del profesional y pasando por una relación informativa que incorpora el respeto por los derechos de la persona como elemento terapéutico, se abre el camino hacia una relación deliberativa entre paciente y profesionales en la que ambos operan de manera equilibrada, como expertos complementarios.

En tercer lugar, otra aportación importante proviene de la relativización del síntoma al priorizar la construcción de una vida significativa más allá de las manifestaciones psicopatológicas. De esta manera, se sitúa en el centro del tratamiento las necesidades y las elecciones de la persona favoreciendo así la redefinición de una identidad que trascienda el trastorno y la discapacidad y que se apoye en sus fortalezas. En la RPS se reconoce la importancia de valorar los aspectos sanos y capaces de las personas para poder establecer un camino hacia la recuperación. Sin embargo, los mismos profesionales reconocen la dificultad de introducir esta mirada en la práctica cotidiana, haciendo necesario implementar actuaciones que puedan impulsar este cambio de enfoque.

Cada vez se dispone de más evidencias acerca de la influencia de los factores sociales y de la exclusión social sobre la discapacidad vinculada al trastorno. La inclusión social aparece cada vez más como un objetivo y al mismo tiempo como un factor de cambio y de recuperación. La reconstrucción de roles socialmente significativos y participativos en la comunidad rompe el aislamiento favorecedor de la cronicidad. La intervención en las redes sociales más o menos próximas y más o menos formales constituye parte del tratamiento incluso, o fundamentalmente, en las fases tempranas de los trastornos.

En esta línea, la lucha contra el estigma, que implica tanto una intervención sobre las redes externas del sujeto (ciudadanía, profesionales, familiares) como sobre la internalización que de él haya podido hacer la persona, también adquiere una importancia central.

De todo anterior se deriva la importancia de incorporar la idea de transversalidad de los dispositivos a la ya descrita de integralidad asistencial.

Se podría afirmar que un primer nivel de transversalidad en la red se sitúa en el terreno de la comprensión del trastorno y de la persona para poder plantearse objetivos asistenciales compartidos entre los distintos dispositivos y profesionales. Si se tiene en cuenta hacia dónde apuntan las evidencias internacionales y las experiencias más próximas, deberíamos orientar la práctica asistencial hacia un modelo que considere la recuperación y la inclusión social como el objetivo

central de los tratamientos. Esto significa la necesidad de consolidar el cambio ya iniciado en la red hacia la inclusión de la subjetividad de la persona que padece el trastorno, situando en el centro de la red sus necesidades y sus elecciones y no las prioridades organizativas de los servicios y de los profesionales.

La incorporación del componente social y relacional en la etiología de los trastornos mentales y su repercusión sobre el curso clínico plantea cambios en los programas asistenciales, en las carteras de servicios, así como en los mecanismos de coordinación. Por estos motivos, la complejidad de las intervenciones se ha visto incrementada lo que genera la necesidad de cambios en la organización interna de los equipos. Entre otras cosas, por la incorporación de nuevas disciplinas.

También las identidades se encuentran en un proceso de cambio: tanto las de los profesionales como las de los pacientes. Unos y otros deben encontrar la manera de delimitar su propio ámbito de intervención desde lugares diferentes pero complementarios.

Muchos de estos conceptos están presentes en mayor o menor medida en la RPS. En realidad, este cambio de mirada empezó hace tiempo aunque no se haya producido una generalización homogénea, sobre todo si se considera la traducción de estas ideas en instrumentos específicos de evaluación y de intervención. Cuanto mayor ha sido la coordinación entre todos los servicios de una red, incluyendo la RPS, más consenso existe en la forma de establecer las intervenciones y mayor es la presencia de los presupuestos de la recuperación. Este proceso de transformación hacia la integración y la transversalidad se ha visto favorecido por la introducción de programas asistenciales como los referidos a la población con trastorno mental grave y el trastorno psicótico incipiente.

Estos cambios y otros que forman parte del modelo de recuperación deben estar presentes en toda la red para que se pueda dar una respuesta global a la integralidad de la persona. La atención a los trastornos mentales graves y en particular la RPS es un proceso durante el cual es necesario proveer de asistencia a la persona durante largos períodos de tiempo ofreciendo continuidad en las respuestas. El objetivo es facilitar el mejor rendimiento en un contexto social lo más normalizado posible, convirtiendo la inclusión social en el eje central del proceso independientemente del servicio en el que se encuentre la persona. De esta manera la continuidad de cuidados debe tener en cuenta todos los recursos y servicios de la comunidad, entre ellos los específicos de salud mental.

En la atención a los trastornos mentales, particularmente en los graves, es necesario disponer de una red orientada a la recuperación, idea que debe estar presente en todos los niveles asistenciales. Cada uno de los servicios debería implementar sus respuestas asistenciales específicas dentro de unos objetivos compar-

tidos por toda la red asistencial. Actualmente, con independencia de las diferentes modalidades organizativas territoriales, las redes asistenciales infantojuveniles y las que atienden a la población adulta suelen estar más o menos distanciadas; lo mismo ocurre con los servicios que atienden problemas de salud mental y aquellos dirigidos a la población con problemas de consumos de tóxicos. Es indispensable que se integren en una misma organización que permita al usuario transitar de un equipamiento a otro sin interrupciones y retrasos en la atención.

La coordinación es un elemento indispensable y como tal debería estar asegurada en todos los territorios. Esta coordinación debería reformularse como un programa transversal de atención a la complejidad, que ofreciera un modelo organizativo común y una misma metodología de trabajo. De esta manera, cada equipamiento debería ofrecer una cartera de servicios que se complemente con los otros dispositivos, que incluya los distintos momentos del procesos asistencial (evaluación, intervención), diseñada en clave territorial y adaptada a los recursos existentes. Debería hacerse un esfuerzo para conseguir mayor dinamismo en los cambios de un servicio a otro a través de sistemas de coordinación más ágiles.

Servicios y recursos no pueden limitarse a la red sanitaria; en realidad la complejidad de los trastornos y las crecientes evidencias científicas contrastadas plantean la necesidad de una continuidad de cuidados que incluya servicios y recursos de la comunidad de todas las áreas vitales de la persona. La intervención de cada uno de los servicios se organiza en torno a la vinculación de las personas atendidas según el momento en que éstas se encuentran, sus necesidades y sus capacidades.

De igual manera, conviene un cambio en la formación de los profesionales; a menudo ésta no responde a criterios establecidos según un interés global. Los vacíos en la formación aparecen con claridad cuanto mayor es el intercambio entre profesionales, servicio y usuarios. La introducción de la psicosis incipiente en la RPS ha evidenciado la necesidad de mayor formación de sus profesionales en adolescencia o en patología dual, entre otros aspectos. El contacto de otros servicios con la RPS y la recuperación pone de manifiesto la necesidad de introducir en la formación aspectos de las características personales de los profesionales tales como la capacidad de empatía o de promover la esperanza.

Por otra parte, parece que se sigue considerando un ejercicio secundario y poco práctico la evaluación de los resultados de las intervenciones. En realidad, la investigación, y particularmente aquella centrada en la actividad de los propios dispositivos, constituye un potente motor de cambio. Su introducción sistemática podría aportar mayor conocimiento y satisfacción a los profesionales y ofrecería la posibilidad de contrastar la experiencia clínica con las evidencias disponibles.

El hecho de compartir información acerca de los resultados de su práctica asistencial entre los distintos servicios podría contribuir a reforzar la continuidad asistencial y a mejorar la integración de las intervenciones.

6.3. Gestión Clínica en la Rehabilitación Psicosocial

La atención a la salud en el siglo XXI en los países del primer mundo está fuertemente condicionada por la gestión y la organización que se hace de los recursos asignados para el logro de sus objetivos. La atención a la Salud Mental y en concreto a la Rehabilitación no sólo no escapa al establecimiento de nuevas modalidades de gestión sino que probablemente sea uno de los campos donde estos enfoques tengan una mayor aceptación y trascendencia. A fecha de hoy, la práctica totalidad de las CC.AA. Españolas han incorporado a sus estructuras de rehabilitación psicosocial herramientas de gestión clínica, bien a través de intervenciones destinadas a mejorar la calidad asistencial o bien enfatizando la "eficiencia" a través del control de costes.

Es bien sabido que la mayoría de modelos de gestión clínica surgen de la constatación de la importancia que tienen los profesionales sanitarios (sobre todo, los médicos) en los procesos asistenciales. Las importantes repercusiones económicas derivadas de las actuaciones de los clínicos tanto en materia terapéutica como diagnóstica motivaron un importante trasvase de responsabilidades gestoras a los médicos a través de un paulatino proceso de empoderamiento.

Según Vicente Ortún, uno de los profesionales que mejor ha estudiado el fenómeno "gestión clínica" durante los últimos 20 años en España, la gestión clínica implica en cuanto "gestión", coordinar y motivar a las personas para alcanzar determinados objetivos; en cuanto a "clínica" afecta a decisiones diagnósticas y terapéuticas. Ortún afirma que la gestión clínica pretende estimular la evolución de la práctica médica en tres direcciones: hacia un mayor uso de la medicina basada en la evidencia, una mayor orientación hacia las necesidades del paciente, y una cierta interiorización del coste de oportunidad de las decisiones.

Este autor concluye afirmando que tras veinte años de desarrollo del modelo de gestión clínica se ha avanzado bastante en la parte clínica del modelo pero bastante poco en el desarrollo de modelos organizativos de situación.

Sin embargo, la situación de crisis económica que vivimos desde hace tres años ha espoleado el desarrollo de propuestas de gestión clínica en especialidades sanitarias donde apenas si habían tenido repercusión y ha obligado a los modelos organizativos vigentes a una revisión conceptual para hacerlos más eficaces y con una mayor capacidad de control de costes.

Así, como dijimos más arriba, la mayoría de los Servicios de Salud Mental de nuestro país están involucrados en procesos de transformación en unidades o áreas de gestión clínica.

Los modelos actuales, más depurados que las aisladas experiencias iniciales, entiende la gestión clínica como una herramienta de los Servicios Sanitarios cuyo objetivo es mejorar la actividad asistencial que se presta a la población, con una mejor calidad y una mayor eficiencia presupuestaria. No es por tanto una formula para recortar prestaciones a base de ahorro, sino todo lo contrario: se trata de mejorar las prestaciones pero sin aumento de costes.

Es fácilmente constatable que durante los estudios universitarios (médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos clínicos...) y en la formación posterior los profesionales han aprendido mucho sobre el manejo de la enfermedad de los pacientes, pero casi nunca les han enseñado a combinar su mejor practica asistencial con una mejor gestión de los recursos que la sociedad pone a su disposición para llevar a cabo dicha practica.

Los actuales modelos de gestión clínica se asientan sobre la idea de que cada profesional de la organización es un microgestor capaz de alcanzar resultados propios y favorecer los resultados grupales; cada acto sanitario se convierte en un momento para llevar a cabo una gestión más eficaz. El éxito del modelo radica en la capacidad de lograr altas cotas de profesionales implicados en el mismo. Y, a tenor de lo dicho, uno de los primeros pasos que debe hacerse con cada grupo de profesionales es darles formación para capacitarles en la microgestión.

6.3.1. Responsabilidad Social

La responsabilidad social se define habitualmente como un compromiso u obligación que los miembros de una sociedad, ya sea como individuos o como miembros de subgrupos, tienen con la sociedad en su conjunto; compromiso que implica la consideración del impacto, positivo o negativo, de las decisiones que se toman. Este es un valor esencial en la mayoría de los nuevos modelos de gestión clínica.

Los profesionales de un Servicio de Salud Mental (desde los médicos hasta el personal subalterno, pasando por enfermeras, auxiliares, administrativos, psicólogos clínicos, etc.) ya ejercen una responsabilidad social: la de cuidar por la salud de los ciudadanos.

Lo que se persigue es una ampliación del rol del profesional que, asumiendo nuevos compromisos, amplían su responsabilidad social y aceptan que su ejercicio profesional va más allá de papel asistencial y lo complementan con un nuevo rol de gestión de los recursos.

En definitiva: Gestión Clínica es igual a la mejor práctica asistencial posible unida a la mejor utilización posible de los recursos. Se trata, pues, de organizar a los profesionales en Unidades y Áreas de Gestión Clínica, entendidas como agrupaciones de profesionales que buscan de forma conjunta esa mejora en su eficacia y eficiencia, dotándoles progresivamente de más autonomía de gestión. Así, en atención primaria, los Centros de Salud se convierten en Unidades de Gestión Clínica y en atención especializada en Unidades o Áreas, según el tamaño y la complejidad de los servicios asistenciales que agrupa.

Pensamos que la Salud Mental Comunitaria y por ende la Rehabilitación Psicosocial pueden beneficiarse de estos nuevos modelos de gestión clínica que contribuyen de manera firme a reducir la enorme variabilidad existente en las intervenciones clínicas y a incorporar la cultura de la evaluación de los procesos asistenciales tanto entre la Administración como entre los profesionales. Pero tal vez el mayor beneficio que aporta la gestión clínica sea la irrevocable apuesta por el trabajo en equipo como pilar fundamental para conseguir los objetivos clínicos y de gestión establecidos. Asimismo, estos modelos incorporan la participación de los usuarios desde los Consejos de Salud y desde frecuentes encuestas de satisfacción para usuarios y familiares que habrán de confirmar o desmentir el nivel de calidad alcanzado por los profesionales en su quehacer.

Los Servicios Sanitarios de atención a la Salud Mental sufrieron profundas reformas al incorporarse a los Sistemas Generales de Salud. En poco tiempo tuvieron que adaptarse estructuras asistenciales provenientes del siglo XIX a los nuevos modelos sanitarios. En esta situación, los profesionales de la Rehabilitación Psicosocial y los gestores de Salud Mental tienen que afrontar serios retos como la atención de personas con trastornos mentales graves en nuevos contextos sociales donde los derechos personales y las necesidades de integración social adquieren la misma relevancia que el uso de nuevos recursos terapéuticos basados en evidencia científica. Pensamos que poner en manos de los profesionales la gestión de los recursos con los que se va a intervenir con los pacientes elimina uno de las clásicas debilidades de las estructuras rehabilitadoras como es la lejanía con la que tradicionalmente han sido percibidas por los sistemas sanitarios generales.

6.3.2. Calidad en Rehabilitación Psicosocial

La Calidad constituye hoy día uno de los elementos clave en la gestión de cualquier tipo de organización, y especialmente en las de prestación de servicios públicos.

Valores como la orientación al ciudadano, la equidad, la excelencia clínica, la eficiencia, etc., son fuente de inspiración para las organizaciones que prestan servicios sanitarios.

Para la OMS, es "una medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si éstos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia". Le interesa por tanto, los resultados en beneficios para los pacientes y usuarios y que estos resultados provengan de un conocimiento científico contrastado y actualizado.

En el caso concreto de la Salud Mental, una buena calidad se alcanza cuando:

- se salvaguarda la dignidad de las personas enfermas.
- se proporcionan cuidados que disminuyan el impacto de los trastornos.
- las intervenciones capacitan el afrontamiento por sí mismos de la discapacidad que conlleva el trastorno.
- hay un uso eficiente y efectivo de recursos.
- se dan cuidados integrales continuados y coordinados en toda la red de atención: promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación en atención primaria y atención comunitaria residencial, ambulatoria y hospitalaria.

La OMS entiende que un enfoque sobre la calidad en SM ayuda a:

1. Asegurar que los recursos se utilizan de manera adecuada, entendiendo que igual de perniciosa puede ser la infrautilización de servicios como su sobreutilización.
2. Asegurar que los tratamientos se basan en el conocimiento y tecnología más reciente, destacando que hay que superar tecnologías tradicionales por otras de tipo comunitario y de contrastada efectividad.
3. Asegurar que se reciben los tratamientos que se necesitan, incluso (y muy especialmente) en aquellos casos que, necesitándolos, no los buscan.
4. Fomentar la confianza en la efectividad del sistema. La imagen del sistema de atención a la salud mental no es precisamente buena, un enfoque basado en la calidad puede proporcionarle la buena imagen de la que tradicionalmente ha carecido, además de aumentar la satisfacción con sus servicios.
5. Superar los obstáculos para conseguir cuidados apropiados en diferentes niveles, precisamente por la mejora en la confianza sobre la efectividad del sistema de atención.
6. Optimizar los cuidados de salud mental de una manera sistemática.

Existen muchas y variadas herramientas que nos pueden ayudar a desarrollar y mejorar nuestra organización ofreciendo unos mayores niveles de calidad de

servicio, siendo la gestión de procesos una de las que más nos puede orientar en la mejora.

6.3.3. ¿Qué se entiende por proceso?

En términos de calidad un proceso es una secuencia ordenada de actividades que desarrollan una o varias personas para proporcionar un resultado a un destinatario, aportando valor. Otras definiciones más académicas que podemos encontrar son las que proporcionan los modelos de gestión de la calidad, como las Normas ISO 9000 o el Modelo Europeo de Excelencia (Modelo EFQM) y que se recogen a continuación:

- Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados(ISO 9000: 2000)

- Secuencia de actividades que van añadiendo valor mientras se produce un determinado producto o servicio a partir de determinadas aportaciones (Modelo EFQM).

Gestionar organizaciones o servicios a través de sus procesos implica partir de herramientas que aportan una visión general de los procesos que aborda una organización (mapas de procesos) y profundizando en la propia gestión de los procesos, gracias a la utilización de distintos medios que nos ayudarán a definir los procesos (fichas de proceso y procedimientos), a evaluarlos (indicadores) y a mejorarlos.

Se denomina gestión por procesos a esta forma de gestionar organizaciones teniendo en cuenta los distintos procesos que la integran. Podemos entender las organizaciones sanitarias como un complejo entramado de procesos que están orientados a satisfacer necesidades de sus grupos de clientes y que deben prestar un servicio satisfactorio.

Previamente a la descripción de una organización a través de sus procesos es necesario definir el para qué de la misma, su misión.

Una vez que tenemos identificados los procesos y que se ha determinando quien va a ser el gestor de cada uno tenemos que gestionar esos procesos. A continuación se describirá una propuesta metodológica de gestión de proceso que no deja de ser una aplicación práctica del ciclo de mejora continua o ciclo PDCA (Plan – DO – Check – Act, o en castellano: Planificar – Hacer- Comprobar – Ajustar)

En resumen, se trata de:

- Describir el proceso. Se emplearán como herramientas, los mapas de proceso, las fichas de proceso y los procedimientos.

- Analizar y medir los resultados obtenidos, comparándolos con los esperados. Para este paso se emplearán los indicadores y los Cuadros de Mandos.

- Proponer acciones correctoras o de mejora para seguir mejorando los resultados del proceso, volviendo a planificar los procesos y modificando los planes de acción.

El proceso asistencial clave en Rehabilitación Psicosocial es el del Trastorno Mental Grave. Supone un auténtico reto para las organizaciones sanitarias el prestar atención a estos pacientes de una forma coordinada, interdisciplinaria y basada en la mejor evidencia científica disponible. No es sencillo elaborar un Proceso Asistencial basado en un concepto tan endeble como el de Trastorno Mental Grave. Por eso, aunque similares en sus contenidos, son varias las formulaciones del proceso asistencial integrado del Trastorno Mental Grave que funcionan por los distintos Servicios de Salud Mental. A nivel general todas ellas deben cumplimentar una serie de ítems que señalamos a continuación y que delimitarán el devenir del paciente con TMG por la red de rehabilitación y/o de salud mental. A saber: Definición de TMG; Detección y evaluación; Elaboración de un Plan Individualizado de Rehabilitación; Cartera de Servicios para realizar el PIR; Red asistencial implicada; Evaluación del Proceso a partir de indicadores y estándares de calidad. La redacción y puesta en funcionamiento de dicho Proceso Asistencial es una herramienta de primera magnitud para conseguir los objetivos delimitados por el plan de Calidad para asegurar de forma única, ágil, sencilla y protocolizada la rehabilitación/recuperación de los enfermos mentales más graves

6.4. ¿Para quien es la RPS?

La RPS surgió como un tratamiento que tenía una población de referencia muy clara: las personas con un Trastorno Mental Grave que vivían en instituciones psiquiátricas o estaban en procesos de externación para ir a vivir en contextos comunitarios. La RPS tenía como objetivo paliar conjuntamente los déficits provocados por el trastorno y los provocados por los largos procesos de institucionalización. La cartera de servicios de rehabilitación ponía el acento en el entrenamiento en habilidades sociales y en actividades de la vida diaria, junto a intervenciones orientadas a promover la "conciencia de enfermedad" y la "adherencia a los tratamientos (farmacológicos)".

Desde ese origen, la RPS ha ido ampliando progresivamente los perfiles de población atendida y con ello, las necesidades a abarcar:

- Se empezó a aplicar en contextos comunitarios a través de dispositivos ambulatorios del tipo CRPS, que atendían a personas con trastornos psicóticos, fundamentalmente de tipo esquizofrénico, y con evolución de curso crónico que no habían estado institucionalizadas, salvo en episodios agudos. En su mayoría

vivían con familiares que se convertían a su vez en usuarios/colaboradores indirectos de los servicios rehabilitadores.

- Se atendían también personas con trastorno de tipo bipolar, sobre todo aquellos en que el curso del trastorno acentuaba la disfuncionalidad.

- Con el mismo criterio de disfuncionalidad ligada a trastorno mental se atendían otros trastornos no psicóticos, como por ejemplo personas con diagnostico de Trastorno Obsesivo Compulsivo, trastorno depresivo o con síntomas fóbicos muy incapacitantes.

- Llegaron en menor medida, pero no con menor impacto, personas con trastorno de personalidad, especialmente trastorno limite de personalidad, que obligó a desarrollar intervenciones más individualizadas y flexibles.

De esta forma se fue ampliando el concepto de trastorno mental grave, manteniendo siempre algo en común: las personas llegaban a los dispositivos rehabilitadores después de largos periodos de evolución del trastorno, cuando se había consolidado un deterioro funcional y se habían perdido los vínculos que podían arraigar la inserción social. Habían sido hospitalizados en periodos de crisis, habían tenido seguimientos psiquiátricos, se les derivaba a recursos sociales, hacían cursos formativos sin un eje definido, incluso algunos habían seguido psicoterapias, pero no se proponía tratamiento rehabilitador hasta que el déficit se consolidaba.

Paralelamente, los servicios rehabilitadores se encontraban que el trastorno dual por consumo de tóxicos, que al principio era con frecuencia un motivo de no derivación al servicio, se convertía en un fenómeno que, con diferentes intensidades, era cada vez más común entre las personas con TMG. O sea que había que plantearse como lidiar con este tema como parte integrada de la atención ofrecida.

Pero el sistema de atención al trastorno mental, no solo la rehabilitación, seguía orientada a atender exclusivamente la cronicidad. Pero en el campo de la RPS la situación era particularmente desesperanzadora. La juventud de la persona afectada por un TMG solía ser un motivo de no indicación de tratamiento rehabilitador porque se sobrentendía que, más que rehabilitar, se fomentaría la cronificación asistiendo a centros en que se trataban personas de edades más avanzadas y con largo historial psiquiátrico. Los jóvenes huirían asustados del panorama y de las expectativas que se les ofrecieran desde los servicios de rehabilitación, incluyendo los de rehabilitación laboral. En estos casos es claro que la RPS ha de orientarse de forma muy activa a la recuperación del nivel funcional premórbido y a la integración normalizada.

En el otro extremo del ciclo vital, la RPS tiene otro reto. Las personas que han sido atendidas en los servicios comunitarios, que iniciaron su andadura a partir de los 80, van envejeciendo. Las familias en el seno de las cuales han estado convivien-

do, se transforman o desaparecen. Las necesidades asistenciales van cambiando y la RPS ha de desarrollar alternativas compatibles con el sistema de vida de un anciano y con los tratamientos que se vayan implantando en el ámbito de la psicogeriatría.

De forma progresiva se han ido incorporando al ámbito asistencial de la RPS nuevos perfiles psicopatológicos y nuevas franjas de edad que hacen imprescindible una adaptación de las intervenciones disponibles a estas nuevas situaciones.

Para precisar mejor las dos poblaciones diana más relevantes para la rehabilitación, a continuación se proponen definiciones operativas de Trastorno Mental Grave TMG y de Trastorno Psicótico Incipiente TPI

6.4.1 Criterios de definición de población con Trastorno Mental Grave TMG.

El TMG es un conjunto de entidades nosológicas de diferente naturaleza y presentación clínica, que tienen en común criterios de gravedad y persistencia en el tiempo, con tendencia al déficit funcional y a la alteración de las relaciones personales, familiares y sociales de la persona que lo padece. Se define por los siguientes criterios:

1-Diagnóstico	Uno de los diagnósticos siguientes (CIM 9): Tr Esquizofrénicos 295 (295.0 al 295.9) Tr Personalidad Esquizotípica (301.22) Paranoia 297.1 Tr Paranoide compartido (297.3) Tr Esquizofrénico Esquizoafectivo (295.7) Otras psicosis no orgánicas (298) Tr Bipolar, maníaco (296.4) Tr Bipolar, depresivo (296.5) Tr Bipolar, mixto (296.6) Tr Depresivo Mayor, episodio único con sínt. psicóticos (296.4) Tr Depresivo Mayor, Episodio recurrente (296.3) TOC (300.3)
2-Grado de funcionamiento	Igual o inferior a una puntuación de 50 en la EEAG
3-Temporalidad	Evolución de 2 años o mas Deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento de los últimos 6 meses a pesar de la remisión de síntomas.
4-Complejidad	Discapacidad intelectual Comorbididad psiquiátrica Problemas relacionados con consumo de substancias Problemas relacionados con salud física Riesgo de desvinculación de la asistencia Uso inadecuado de recursos asistenciales Problemas de dependencia Problemas relacionados con el ámbito familiar (falta de soporte, disfuncionalidad de la relación familiar, hijos menores, padres a cargo, otros miembros de la familia con TMG, etc.) Problemas relacionados con el ámbito social y laboral Problemas relacionados con el ámbito legal Personas “sin techo” Grupos de edad de riesgos específicos

6.4.2 Criterios de definición de población con trastorno psicótico Incipiente

Personas jóvenes (entre 14 y 35 años) que pueden encuadrarse en alguna de las tres categorías de poblaciones de riesgo:

• Estados mentales de riesgo de desarrollar un trastorno psicótico
• Primeros episodios psicóticos
• Personas en período de recuperación o durante el período crítico de cinco años posteriores a un primer episodio psicótico

Criterios estado mental de alto riesgo (EMAR)	• Síntomas positivos que no suficientemente graves o persistentes para considerarse primer episodio psicótico o trastorno psicótico breve según DSM-IV-TR y CIM-9. • Historia familiar de trastorno psicótico en familiar de primer grado, o bien trastorno esquizotípico más declive funcional persistente o significativo en el último año • Síntomas psicóticos breves intermitentes y limitados (BLIPS), que no presentan duración superior a una semana i que remiten espontáneamente.
Criterio de primer episodio psicótico	Personas que presentan por primera vez manifestaciones psicóticas francas compatibles con diagnósticos de psicosis afectivas y no afectivas.
Criterio de período crítico	Personas dentro del período crítico que comprende los cinco años que siguen a un primer episodio psicótico.

6.5. Cartera de servicios de RPS.

La RPS es, o tendría que ser, una intervención transversal a todo el sistema de atención a la salud mental. Pero hay dispositivos en los que la RPS constituye la práctica nuclear. Entre ellos podemos mencionar los dispositivos tipo centro de rehabilitación psicosocial, los programas y dispositivos de apoyo a la vivienda, los servicios de inserción laboral, los equipos de TAC o las unidades de hospitalización de orientación rehabilitadora. Dado que la distribución de las funciones e intervenciones no es homogénea en todo el territorio español, es más adecuado plantear la cartera de servicios en base a las intervenciones a realizar, con cierta independencia del dispositivo en que se realizan.

La matriz generadora de las intervenciones ha de ser las necesidades de las personas a atender, intentando garantizar una cobertura de las necesidades en base a las intervenciones. Es un concepto de cartera de servicios flexible, que puede adaptarse a variables propias de cada entorno comunitario.

Antes de desgranar las modalidades de intervención, es necesario hacer una serie de consideraciones previas:

- En RPS, el todo (el efecto terapéutico) es más que la suma de las partes (las intervenciones especificas). Los tratamientos rehabilitadores se hacen desde dispositivos, constituidos siempre por equipos multiprofesionales, que pueden ofrecer alta intensidad y prolongada continuidad asistencial. Aunque no se han establecido con certeza cuales son los componentes terapéuticos que actúan en la RPS, uno de los que parece ofrecer cierta evidencia es el hecho de que la atención al paciente se realiza desde un equipo y no solo desde un profesional de referencia, como ocurre en la atención psiquiátrica estándar.

Se consigue así un conocimiento detallado y diverso de los usuarios más allá de los espacios de visita y se trabaja combinadamente desde la dimensión individual, grupal y familiar. Estas condiciones facilitan el establecimiento de una alianza terapéutica y ofrece una alta accesibilidad y proximidad, que es la base sobre la que se asentará posteriormente cualquier programa asistencial.

- Un requisito para una aplicación adecuadamente adaptada a la persona de la cartera de servicios es una evaluación inicial integral del usuario que recoja como mínimo las siguientes áreas: expectativas, funcionalidad, salud, psicopatología, socialización, neurocognición, situación socioeconómica, contexto familiar, capacidad laboral y valoración de riesgos. Junto a esta evaluación analítica, hay otras modalidades de evaluación global, como por ejemplo la evaluación de calidad de vida, de necesidades o de recuperación. Este última linea, que cuenta con un nutrido grupo de instrumentos que orientados a objetivar los procesos de recuperación individuales, es una interesante opción para la RPS.

Aunque la aceptación de la evaluación como un factor de calidad de la asistencia no se cuestiona, las divergencias sobre cómo ha de hacerse esta evaluación son amplias. Sin embargo este punto es un preocupante déficit de la RPS (en realidad, de toda la asistencia en salud mental) porque la cultura de la evaluación aun no esta integrada en muchos servicios. La dificultad de contar con instrumentos realmente eficaces para la practica rehabilitadora y la falta de consensos sobre instrumentos aplicables no anima a dedicar esfuerzo a ello, pero sigue aún considerándose con demasiada frecuencia que la evaluación es una actividad ajena a la asistencia, incluso como una actividad que resta tiempo a la asistencia.

6.5.1. Rehabilitación Neurocognitiva

En los últimos años el interés científico sobre el deterioro cognitivo en esquizofrenia ha ido aumentando de manera progresiva hasta ser considerado un objetivo primario para el tratamiento de esta enfermedad. La alteración cognitiva representa una característica nuclear de la esquizofrenia (McGurk et al., 2007;

Heinrichs, 2005; Saykin et al 1994) y autores como R. Keefe (2008) han propuesto la inclusión de las alteraciones cognitivas en los criterios diagnósticos de la esquizofrenia.

Otra de las razones de este creciente interés es que las alteraciones cognitivas pueden ser uno de los mejores indicadores del pronóstico funcional de la esquizofrenia (Penadés, 2009). Las dificultades en el autocuidado, las dificultades para el aprendizaje de nuevas habilidades, la reducida autonomía, la alta vulnerabilidad al estrés, la discapacidad social, el rendimiento ocupacional deficitario, la poca conciencia de salud y enfermedad y los problemas de adherencia a los tratamientos son consecuencias funcionales de los déficit cognitivos y requieren una intervención específica, estructurada e intensiva. Numerosos estudios han demostrado que los déficit cognitivos interfieren y disminuyen el rendimiento en otros programas de intervención psicosocial (Silverstein et al., 1994; Hoffman y Kupper, 1997; Garety et al. 1997), llegándose a considerar el principal limitante de su éxito (Green). Las alteraciones neurocognitivas, además de ser decisivas en la adaptación social y la vida diaria del enfermo, también son más persistentes en el tiempo que los síntomas positivos, más resistentes a los tratamientos convencionales y pueden predecir en gran medida el pronóstico funcional; por tanto, la rehabilitación del déficit cognitivo es básica para conseguir una mejora del funcionamiento en la vida cotidiana del paciente con esquizofrenia (Krabbendam L., Aleman A., 2003)

El deterioro cognitivo no está causado por los síntomas psicóticos, pero hemos de tener presente que la variedad de la sintomatología de los pacientes (positiva, negativa, afectiva, neurocognitiva) se presenta de manera simultánea. A menudo los síntomas negativos de la psicosis pueden confundirse con las alteraciones cognitivas por ser sus manifestaciones muy parecidas. No obstante, es importante diferenciar el origen de estos síntomas ya que su tratamiento requiere el uso de intervenciones diferenciadas, y objetivar su origen nos ayudará a elegir un tratamiento más adecuado y efectivo.

Las disfunciones cognitivas en la psicosis se dan desde el inicio del trastorno, no son manifestaciones residuales de la psicopatología ni efecto secundario de la medicación (Bilder et al., 2000). En estudios recientes sobre primeros episodios, se han encontrado evidencias que consideran las alteraciones en la memoria de trabajo y en la memoria verbal marcadores de cambio en la evolución hacia la psicosis (Garolera, M. 2010), por ello y para minimizar las consecuencias funcionales de estas alteraciones, se considera de gran importancia una intervención precoz que favorezca la recuperación de estos pacientes y la prevención de un deterioro más difícilmente reparable.

Evidentemente, no todos los pacientes presentan las mismas alteraciones ni con la misma intensidad, por eso la evaluación neuropsicológica debe ser considerada el punto de partida para el tratamiento y la rehabilitación neurocognitiva. La evaluación nos ayudará a objetivar y describir las funciones alteradas así como las preservadas, y a estimar las consecuencias funcionales del posible déficit.

La rehabilitación neurocognitiva es un tratamiento psicológico que intenta mejorar el funcionamiento neurocognitivo y el funcionamiento psicosocial mediante un proceso de aprendizaje. (Penadés, R. 2009). La rehabilitación puede centrarse en las funciones alteradas detectadas en la evaluación, en aquellas preservadas que son los puntos fuertes del paciente, o en ambas. Según León Carrión (1995) y Muñoz y Tirapu (2001) las técnicas o estrategias de intervención pueden ser: RESTAURACIÓN, intervenir directamente sobre la función dañada para estimularla o mejorarla; COMPENSACIÓN, potenciar el uso de mecanismos alternativos o funciones preservadas, cuando la función alterada no puede ser restaurada, y SUSTITUCIÓN, instruir al paciente sobre diferentes estrategias que ayuden a minimizar las consecuencias de sus disfunciones.

Además, debemos tratar la neurocognición conjuntamente con otros aspectos como el funcionamiento emocional, conductual y psicosocial. No hemos de limitarnos a entrenar las funciones cognitivas de nuestros pacientes, la filosofía de la rehabilitación cognitiva puede estar presente en un gran número de intervenciones que podemos proponerles. Muchas de las intervenciones psicosociales que a continuación se tratarán presentan una metodología que contempla este tipo de variables, favoreciendo así un mayor aprovechamiento de estas técnicas. A la vez, es adecuado el uso de técnicas de diferentes disciplinas (neuropsicología, psicopedagogía, terapia cognitiva, terapia cognitivo-conductual, técnicas de instrucción, técnicas de aprendizaje, etc.) en el proceso de rehabilitación.

6.5.2. Cognición social

En las últimas décadas ha habido un creciente interés sobre el estudio de las disfunciones cognitivas en la esquizofrenia. A partir de los años 90 y como posible explicación al deterioro del funcionamiento social y comunitario que se da en esta enfermedad, surgió el concepto de Cognición Social, demostrándose empíricamente que constituye una variable mediadora entre la neurocognición y el funcionamiento social.

En el año 2003, la iniciativa MATRICS estableció un consenso respecto a los ámbitos cognitivos alterados en personas con esquizofrenia, incluyendo la Cognición Social entre uno de los siete: Velocidad de Procesamiento, Atención/

Vigilancia, Memoria de Trabajo, Aprendizaje y Memoria Verbal, Razonamiento, Solución de Problemas y Cognición Social.

Es difícil elegir una definición de Cognición Social, ya que debido al interés que ha suscitado este tema a lo largo de los últimos años, encontramos decenas de ellas al revisar la literatura. Entre aquellas en que se pone en relación con la esquizofrenia, podríamos tomar la de Brothers, 1990 y Ostrom, 1984 (citados en Ruiz et al., 2006): "*la Cognición Social es el conjunto de operaciones mentales que subyacen en las interacciones sociales, y que incluyen los procesos implicados en la percepción, interpretación y generación de respuestas ante las intenciones, disposiciones y conductas de otros*".

Los componentes de la Cognición Social, es decir, los procesos que permiten a las personas entender, actuar y beneficiarse de las relaciones interpersonales, son cinco:

- *Procesamiento Emocional:* está relacionado con la forma de reconocer y entender las expresiones y emociones de los otros.

- *Teoría de la Mente (ToM):* tiene que ver con la capacidad de las personas para hacer inferencias sobre los estados mentales de otras personas.

Percepción Social: se asocia a la capacidad para valorar reglas, contextos y roles sociales.

- *Conocimiento Social*: es el marco de referencia que permite a las personas saber cómo actuar, cual es su papel y el de los otros en una situación determinada, cuáles son las reglas sociales y cuáles las razones por las que una persona puede verse involucrada en una situación social.

- Estilo Atribucional: hace referencia a las explicaciones que una persona da a las causas de resultados positivos o negativos.

En numerosos estudios se ha podido comprobar que las personas diagnosticadas de Esquizofrenia presentan alteraciones en mayor o menor medida en la mayoría de estos componentes.

A nivel de praxis, se han desarrollado diferentes instrumentos en este ámbito. Por un lado encontramos intervenciones estructuradas entorno a los diferentes componentes que conforman la Cognición Social, tales como el Entrenamiento en Reconocimiento del Afecto (TAR) (Frommann et al., 2003; Wölwer et al., 2005) o el módulo de Percepción Social perteneciente a la Terapia Psicológica Integrada (IPT) (Roder et al., 2005). Y por otro, existen programas de creación más reciente, que pretenden integrar varias áreas, como son el Entrenamiento en Cognición Social e Interacción (SCIT) (Penn et al., 2005) y la Terapia Neurocognitiva Integrada para la Esquizofrenia (INT) (Roder et al., 2007).

6.5.3. Funcionalidad y entrenamiento en AVD

El déficit en las áreas de funcionamiento, como son las relacionadas con las actividades de la vida diaria (AVD), es un denominador común en las personas que padecen Trastorno Mental Grave (TMG). Estas dificultades conllevan una escasa competencia social, influyen negativamente en la recuperación y se traducen en una pobre calidad de vida en el paciente y en la familia.

El término de AVD abarca las actividades más frecuentes que realiza un individuo, están relacionadas con lo familiar, diario, cotidiano, con las necesidades humanas, con la independencia y con el uso del tiempo (Romero, D., 2007). En su nivel básico, incluyen conductas de aseo, comida, descanso, vestido y organización domestica entre otras, que están en la base para el reconocimiento de la situación de dependencia (LEY 39/2006).

En un principio el énfasis de las AVD se ceñía al autocuidado personal, pero en la actualidad se han ampliado sustancialmente incluyendo todas las actividades necesarias o deseables para que un individuo posea una aceptable autonomía y competencia social ya que las AVD incidirán directamente en los hábitos y los roles. Por ejemplo, una concepción actual de las AVD ha de incluir el uso de nuevas tecnologías (uso de móviles, internet, etc.)

Las intervenciones en AVD incluyen una combinación de técnicas de evaluación, de modificación de conducta y de motivación con el objetivo de incrementar el número de habilidades, su frecuencia y de mejorar su topografía. Ya que el nivel de afectación depende del conjunto persona-ambiente y éste es específico en cada persona, un buen planteamiento de intervención estará sujeto a un plan de entrenamiento individualizado y en el ambiente natural del paciente para garantizar su éxito.

Un factor central de la eficacia del desarrollo de habilidades de funcionalidad es su desarrollo en contextos naturales y no solo en entrenamiento en los contextos artificiles de loes servicios. Velligan et al. (2006), Verdugo, Martín, López y Gómez (2004), Moriana, Pulido y Cabrera (2004) encontraron resultados positivos en programa de AVD básicas e instrumentales, aplicados de manera individual en el domicilio. Comprueban que el entrenamiento individualizado en el ambiente natural del usuario a través del empleo de medidas específicas como recordatorios, listados de tareas, alarmas, grabaciones, uso de pastilleros, etc., mejoran el funcionamiento psicosocial, se reducen las hospitalizaciones y mejora el seguimiento de tratamientos farmacologicos así como mejoras en las variables asociadas a la cronicidad: autocuidados, responsabilidad en el tratamiento, afrontamiento personal y social, autonomía y autocontrol.

En algunos de los programas llevados a cabo también se interviene con la familia para el registro de las habilidades y el reforzamiento. La colaboración de los referentes que conviven con el usuario es otro factor determinante en su eficacia.

6.5.4. Cuidado de la salud general

El cuidado del estado de salud general no ha sido una prioridad de la atención a la persona con TMG, que era contemplada sobre todo como caso psiquiátrico. Los efectos secundarios de la medicación o los hábitos insalubres de vida eran un mal menor propio de la enfermedad mental. La sensibilidad general ante los problemas de salud, la prevención y la necesidad de disminución del gasto medico ha cambiado esta tendencia.

Las personas diagnosticadas de esquizofrenia presentan un incremento de la morbilidad y mortalidad, con un riesgo de muerte 2,5 veces mayor que la población general y una expectativa de vida un 20% menor, y un riesgo especial para determinadas patologías asociadas con un deficitario cuidado personal o con la institucionalización (hepatitis, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual), trastorno por uso de sustancias (enfisema pulmonar, patologías asociadas al abuso de nicotina y de alcohol, enfermedades asociadas al VIH) y patologías neurológicas relacionadas con el uso de antipsicóticos. El incremento de la mortalidad relacionada con la patología cardiovascular se asocia a una mayor prevalencia de síndrome metabólico, asociada a su vez a efectos secundarios de antipsicóticos de segunda generación.

Los servicios de rehabilitación, además de poder orientar en la realización de intervenciones de mejora de la salud, pueden realizar directamente actividades, adaptando el nivel de dificultad al colectivo de personas con TMG. Las intervenciones que realizan los SRC en los aspectos de salud son:

- Evaluación de aspectos relacionados con la percepción y el cuidado de la salud (Percepción del propio estado de salud, valoración de hábitos de vida relacionados con la salud y valoración de riesgos)
- Actividades individuales y grupales de educación sanitaria y prevención de riesgos
- Actividad física (grupos de paseo, psicomotricidad, etc.) y deportiva (natación, pilates, deportes de equipo, etc.)
- Actividades de la vida diaria relacionadas con el cuidado de la salud y mejora de los estilos de vida (nutrición, higiene personal, hábitos de vida, seguimiento de tratamientos médicos, etc.).

6.5.5. Intervención arteterapéutica y Técnicas expresivas

La aplicación de técnicas expresivas en pacientes con trastorno mental grave cuenta con una larga tradición de aplicación en servicios de hospitalización y de rehabilitación. Esta serie de técnicas son bien diferenciadas en su finalidad y metodología de otras técnicas con una finalidad más ocupacional. De la década de los treinta hasta los años sesenta, la arteterapia comienza a construir su autonomía disciplinar, nutriéndose de una gran influencia de enfoques pero al mismo tiempo, desvinculando progresivamente su práctica de la educación artística, la terapia ocupacional y del papel reduccionista otorgado a las actividades plásticas, tanto en los diagnósticos psiquiátricos como su uso en la psicoterapias verbales.

La arterterapia es una práctica centrada en objetivos expresivos y/o comunicacionales, no estéticos, por lo que no precisa de ninguna experiencia artística previa, ni tan siquiera de habilidades plásticas específicas. El objetivo principal de la intervención desde la Arteterapia consiste en hacer del lenguaje artístico una vía terapéutica: facilitar la expresión, la comunicación y la reflexión, el sentimiento de sentirse capaz, favorecer el crecimiento y el desarrollo personal y sobre todo promover cambios significativos en relación con la salud (Del Rio M. 2006). Ofrece la oportunidad de expresarse y comunicarse a través de un lenguaje artístico, por lo que inhibe posiciones defensivas habituales y resulta especialmente adecuada para personas que tienen dificultades para comunicar o expresar sus sentimientos verbalmente. La intervención tiene la intención de desencadenar un proceso de transformación a través de un proceso de creación artística. Un proceso dentro del cual la persona deja de ser un sujeto paciente para convertirse en un sujeto agente capaz de dar sentido a sus experiencias y a la transformación de su significado.

Los tratamientos rehabilitadores requieren de un abordaje basado en intervenciones multidisciplinares y adaptadas a las necesidades de cada paciente. Dentro de este modelo de intervención la Arteterapia, a la luz de las últimas revisiones (Nice, 2009; Ruddy R. & Milnes D. 2005) ha demostrado ser una vía de trabajo eficaz en el abordaje de la sintomatología negativa. Otra técnica que ha tenido revisiones de nivel de evidencia es la musicoterapia, que ha sido validada como complemento a la atención estándar, ayudando a la mejoría del estado mental, general y funcional, aunque ello depende, en gran medida, del número de sesiones de la misma.

6.5.6. Intervenciones Psicoterapéuticas

Cuando hablamos del proceso de recuperación, no nos referimos únicamente al control y estabilización de los síntomas, sino a la recuperación del funcionamiento autónomo y de integración en la propia comunidad. Este concepto también referencia a la capacitación del paciente sobre el manejo de la enfermedad y a su papel activo en todo el proceso.

Así, las intervenciones psicoterapéuticas que vamos a proponer a los pacientes deben estar orientadas a promover un cambio en su funcionamiento cognitivo, emocional y conductual, para conseguir una mayor autonomía y la capacidad de vivir más saludablemente.

La discapacidad producida por la psicosis repercute de forma negativa en la autoestima de los pacientes, generando intensos sentimientos de inutilidad. Para que el paciente sea un elemento activo en su proceso de recuperación, es imprescindible que recobre la confianza en sus habilidades y capacidades, alcanzando un nivel adecuado de autoestima. De esta forma obtendrá un mejor aprovechamiento de otras intervenciones (HHSS, Resolución de Problemas, Prevención de Recaídas).

Como se ha mencionado anteriormente, el lugar que ha ocupado la RPS en la red asistencial ha sido secundario, quedando como una opción para aquellos casos en que la cronicidad ya ha comenzado a instaurarse. Asimismo, ha existido la tendencia a asumir que cierto tipo de intervenciones, como el tratamiento de los síntomas positivos, eran más propias de otros dispositivos de "primera línea". En este sentido, los servicios de RPS llevan a cabo intervenciones centradas en la mejora de la funcionalidad y de los aspectos relacionales/sociales de los pacientes, lo que focaliza el tratamiento básicamente en los síntomas negativos de la enfermedad pudiendo dejar algo de lado los síntomas positivos.

Asumir esta diferenciación sería del todo disfuncional, ya que el paciente con TMG convive con su sintomatología negativa y positiva simultáneamente, incluso en los momentos de estabilidad ¿Por qué entonces se acaba "escindiendo" el tratamiento entre los diferentes dispositivos? Según un enfoque transversal, se trataría de ofrecer un tratamiento integrado donde la RPS pudiese asumir todos aquellos aspectos que dificultan la vida del paciente (a nivel psicológico, funcional y social) que son susceptibles de modificar para conseguir una recuperación lo más completa posible.

El modelo vulnerabilidad-estrés se basa en el reconocimiento de sintomatología propia del trastorno y en la búsqueda y aplicación de conductas de protección. Muchos pacientes aprenden a controlar en qué ocasiones es adecuado en cuáles no, hablar de sus creencias delirantes. Pueden llegar a tener una conducta

social muy apropiada a la situación pero eso no significa que los contenidos delirantes no estén presentes. Se trataría de no fomentar que el paciente no hable de sus síntomas, sino de ofrecer el espacio de tratamiento para que el contenido delirante o alucinatorio pueda aparecer y se pueda escuchar, observar, cuestionar, tratar. La experiencia subjetiva es un intento de dar sentido a aquello que le pasa y merece un lugar en el tratamiento si no queremos que acabe siendo algo de lo que el paciente deje de hablar aunque siga experimentando.

Lógicamente, no con todos los pacientes podremos trabajar los esquemas cognitivos en la misma profundidad, pero a nivel general existe una gran evidencia a favor de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de sintomatología positiva como los delirios y las alucinaciones (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente). Autores como Chadwick (1996, citado en Valiente, 2005) han descrito intervenciones para guiarnos a través del proceso de la evaluación a la intervención, dentro del curso habitual de la terapia cognitivo conductual. En cualquier caso, el objetivo siempre es la disminución de los sentimientos de tristeza, ansiedad o discapacidad, siendo la disminución del síntoma positivo un objetivo secundario.

6.5.7. Entrenamiento en Habilidades Sociales

Como exponíamos anteriormente en el apartado dedicado a la rehabilitación neurocognitiva, para lograr un adecuado desempeño funcional y social a lo largo de la vida, necesitamos disponer de una serie de capacidades cognitivas, conductuales y emocionales que nos permitan y faciliten la convivencia y el intercambio social (Vallina, O. y Lemos, S. 2001). Roder y Brener (1996), los autores de la Terapia Integrada para la Esquizofrenia (IPT) defienden en su modelo explicativo la coexistencia de dos tipos de déficit que están interrelacionados en las personas con esquizofrenia: por una parte existen alteraciones en el funcionamiento cognitivo, y por otra encontramos déficit en la conducta social.

Los déficit cognitivos estarían relacionados con disfunciones del procesamiento de la información de tipo atencional y de codificación de la información. A su vez, esas disfunciones llevarían a producir otros déficit cognitivos más complejos en el proceso de formación de conceptos y recuperación de la información (memoria). Estos déficit impedirían que el sujeto adquiriera habilidades de afrontamiento social adecuadas, lo que le llevaría a ser altamente vulnerable a los estresores sociales, disminuyendo su capacidad de afrontamiento general, que a su vez afectaría a los déficit cognitivos.

El entrenamiento en Habilidades Sociales puede ser grupal o individual y tiene como objetivos reducir el estrés y las dificultades en las relaciones sociales e incrementar las capacidades de afrontamiento de situaciones de interacción social (GPC…..). Se trata de un proceso psicoeducativo que utiliza técnicas conductuales y de aprendizaje que permite a los pacientes desarrollar habilidades nuevas o alternativas, para ampliar el repertorio de conductas adaptativas.

Este modelo de intervención ha demostrado un efecto favorable sobre la mejoría de las habilidades sociales, y es recomendado por la GPC para pacientes graves o moderadamente discapacitados.

6.5.8. Psicoeducación

Una de las características de la esquizofrenia es la limitada capacidad de introspección y la falta de adherencia a los tratamientos. Los enfoques psicoeducativos pretenden aumentar la capacidad de introspección de los pacientes así como el conocimiento de su enfermedad y el tratamiento de la misma. El pronóstico de la enfermedad podría mejorar y el número de recaídas reducirse, si los pacientes estuvieran más implicados en su propio proceso terapéutico y pudiesen utilizar mecanismos de afrontamiento más efectivos.

Este aprendizaje no sólo consiste en un aumento de los conocimientos relacionados con la enfermedad, sino que implica procesos cognitivos y afectivos que generan cambios en los pensamientos, las emociones y la conducta.

La psicoeducación puede llevarse a cabo en diferentes modalidades, pudiendo ofrecerse de manera individual o grupal. En los primeros estadios de la enfermedad la psicoeducación ofrecida de manera individual permite un acompañamiento más cuidadoso y a medida del paciente. Son todavía momentos de mucha confusión y temor, y el terapeuta puede graduar así la cantidad de información a ofrecer al paciente y su familia, en función de la evolución del caso.

Cuando los pacientes tienen un largo recorrido en su enfermedad, sus necesidades son otras y no necesitan, generalmente, “partir de cero” en el conocimiento su trastorno y su tratamiento. Partir de la información de la que disponen, de sus experiencias y sus estrategias, facilita que adopten un rol activo en su proceso de recuperación. A menudo el trabajo con estos pacientes supone aclarar creencias erróneas si las hubiera y ofrecer la información significativa de la que no disponen, revisando las estrategias utilizadas para manejar los síntomas y ofreciendo nuevas alternativas si fuera necesario. En estos casos, el grupo puede ofrecer numerosas ventajas: los pacientes pueden compartir estrategias de afrontamiento de los síntomas, contrastar la veracidad de sus experiencias, recibir y brindar apoyo, mejorar sus habilidades relacionales y reducir su sensación de aislamiento.

Muchos enfoques psicoeducativos incluyen a las familias en las intervenciones. Hasta la actualidad, la mayoría de ellos se han centrado en reducir la emoción expresada de la familia, considerándola una variable de pronóstico. La mayoría de programas están estructurados a partir de las necesidades detectadas por los profesionales (ofrecer información sobre las causas y los síntomas de la enfermedad, prevenir las recaídas revisando las señales de alarma, ofrecer información sobre el tratamiento farmacológico y sus efectos secundarios, reducir la angustia y ajustar las exigencias respecto al paciente...).

6.5.9. Resolución de problemas

La Resolución de Problemas es una técnica que puede formar parte del entrenamiento en Habilidades Sociales, siendo un modelo específico con una metodología propia, pero también puede utilizarse como método para resolver problemas de otra índole, no únicamente aquellos derivados de las relaciones sociales. Ya que hemos hablado del Entrenamiento en Habilidades Sociales anteriormente, nos centraremos ahora en tratar esta técnica de forma más global.

Como se ha comentado anteriormente, en un gran número de pacientes psicóticos existen alteraciones neurocognitivas que tienen una repercusión directa en su funcionalidad. Las dificultades en el razonamiento abstracto concretamente, están directamente ligadas a las habilidades adaptativas: es imprescindible entender los procesos de causalidad para prever las consecuencias de los hechos y poder tener un mejor funcionamiento en la vida diaria. Los pacientes psicóticos además de presentar estas limitaciones tienen una mayor sensibilidad al estrés ambiental (Falloon, 1984). Estos factores, además de los emocionales y de la propia personalidad de cada paciente, pueden reducir de manera considerable su capacidad para vivir de forma independiente y su calidad de vida. Por tanto, deberemos tenerlos en cuenta a la hora de poner en práctica el entrenamiento.

La Resolución de Problemas se ha definido como una técnica propia de la TCC en la que se instruye al paciente sobre un método para resolver los problemas de forma sistemática. El planteamiento se basa en que la vida está llena de situaciones que no son en sí problemáticas, lo que constituye un problema es la solución que adoptamos. Así pues, para llegar a obtener una solución satisfactoria, se deben seguir una serie de pasos: especificar el problema, concretar la respuesta que habitualmente damos al problema, hacer una lista con soluciones alternativas, valorar las consecuencias de cada alternativa, elegir la alternativa que presenta más ventajas y menos inconvenientes, ponerla en práctica y valorar sus resultados. La instrucción y práctica de este método puede hacerse de manera individual,

pero también puede ser enriquecedor planteada de forma grupal (siempre que los integrantes del grupo tengan un nivel neurocognitivo y funcional similar), pues la cantidad de alternativas diferentes que puede generar el grupo ayuda a modificar la visión unilateral que muchos pacientes tienen de su situación. Además, el compromiso que genera el grupo puede ayudar a tomar responsabilidad con las situaciones planteadas y a modificar las conductas desadaptativas.

6.5.10. Prevención de recaídas

Los problemas de adherencia a los tratamientos y las altas tasas de recaídas son habituales en las personas con trastornos mentales graves. Asociados a un peor pronóstico, estos factores han motivado la inclusión de la Prevención de Recaídas en la oferta de intervenciones psicoterapéuticas disponibles en los servicios de salud mental.

Basada en la TCC, esta intervención tiene como objetivo que el paciente identifique con ayuda de profesionales y de personas de su confianza, los factores de riesgo de recaída (diferenciando señales de aviso, síntomas persistentes, síntomas secundarios de la medicación, etc.), así como los factores de protección para hacer frente a los síntomas de recaída. Se trata de elaborar, desde la estabilidad sintomatológica, un plan de actuación estructurado para poderlo activar en momentos de crisis. Este trabajo requiere una implicación activa del paciente, una adecuada conciencia de necesidad y capacidad de autocontrol, y de demanda de ayuda a otras personas cuando por sí mismo no puede reducir la intensidad de sus síntomas.

6.5.11. Apoyo a la Formación

Es habitual que las personas con TMG hayan visto interrumpidos sus itinerarios de formación y que su experiencia haya resultado frustrante. Esto repercute en una disminución de opciones de inserción laboral. Sin embargo es relativamente frecuente que desde los servicios asistenciales se les ofrezcan cursos variados, a veces solo con fines ocupacionales, sin tomar en consideración las dificultades especificas que la tarea formativa les presenta. Este apoyo a la formación es imprescindible en las personas más jóvenes que aún mantienen opciones de recuperar sus itinerarios de formación.

La finalidad de este programa es compensar los déficits cognitivos, desarrollar el metaconocimiento, motivar hacia el proceso formativo, proporcionar herramientas, instrumentos y técnicas que faciliten el proceso de desarrollo formativo, y ofrecer orientación, para la elección del itinerario.

Las técnicas que pueden integrarse en este programa son: Soporte Cognitivo (para aquellas personas con déficits cognitivos básicos), Técnicas de estudio y Orientación formativa y profesional.

6.5.12. Intervención Familiar

No existe ninguna duda sobre el impacto que supone un trastorno mental grave sobre la vida familiar, ni de la importancia que tiene la colaboración de la familia en los abordajes rehabilitadores.

Existen muchas modalidades de intervención, con mayor o menor grado de estructuración (como por ejemplo , los modelos integrados para esquizofrenia de Left o de Falloon) pero en todas ellas hay una serie de objetivos comunes: Construir una alianza de trabajo, orientar sobre problemas y conflictos relacionales, ofrecer información realista y ajustada, mejorar la comunicación familiar (manejo de la emoción expresada), capacitar para la anticipación y resolución de problemas y mantener expectativas razonables consiguiendo cambios en el sistema de creencias familiar.

Los estudios publicados sobre la utilidad de los programas de intervención familiar demuestran su eficacia en la reducción de recaídas e ingresos hospitalarios, mejoría del ajuste global, una mejoría del seguimiento de tratamientos y reducción de la vivencia de carga familiar. También es un factor importante la participación del paciente ya que, si se le incluye, disminuye significativamente la tasa de recaídas. Sin embargo, no hay evidencia científica de que se produzca una mejoría en los síntomas negativos y el funcionamiento social (lo que no implica que no se produzca).

Respecto al tipo de intervención, no se ha demostrado mayor eficacia de un modelo concreto, aunque la mayoría de programas utilizan intervenciones de tipo psicoeducativo, que incluyen diferentes estrategias terapéuticas (técnicas de afrontamiento del estrés, entrenamiento en resolución de problemas e información sobre la enfermedad). Tampoco se ha demostrado evidencia significativa sobre si son mejores intervenciones unifamiliares o multifamiliares. Lo que sí parece claro es que, más que el tipo de intervención, importa su duración. Intervenciones breves no han resultado eficaces en la prevención de recaídas por lo que se recomiendan programas con un mínimo de seis meses de duración.

Centrándonos en la aplicación de intervenciones familiares en RPS, lo habitual es que las personas y sus familias mantengan el contacto con los servicios durante largos periodos de su vida, que suponen diferentes fases del ciclo vital que tenemos ocasión de acompañar. El reto es organizar una atención a largo plazo

adaptada a las circunstancias de las familias, muchas de las cuales son ya "expertas" en intervenciones ya que han pasado a lo largo del tiempo, por ejemplo, por varios grupos psicoeducativos de formato estándar.

6.5.13. Promoción de la Inserción comunitaria y del ocio

Este apartado se refiere a un conjunto estructurado de intervenciones dirigidas de forma directa a les variables de apoyo social y comunitario, con la finalidad de mejorar la integración de la persona en la comunidad. Definir un conjunto cerrado de actividades a desarrollar desde este ámbito no tiene sentido ya que las opciones vienen muy condicionadas por las características que tiene cada contexto comunitario.

Los objetivos de estos programas giran en torno a promover la integración y participación social en recursos de la comunidad, incrementar la autonomía y las habilidades relacionadas con ocupación del tiempo libre, mejorar la red social de suporte de que disponen los usuarios y reducir la estigmatización.

A continuación se detallan algunos procedimientos y modalidades de actividad que pueden servir de guía en un terreno que exige mucha creatividad y capacidad de innovación:

- Entrevistas individuales de orientación e información sobre recursos comunitarios con posterior seguimiento de los procesos de vinculación.
- Acompañamientos en el medio natural destinados a promover el uso de recursos comunitarios
- Uso de espacios y recursos comunitarios para realizar actividades de los servicios de rehabilitación
- Actividades abiertas realizadas en el seno de la comunidad. Son frecuentes actividades como jornadas de puertas abiertas, exposiciones y proyectos vinculados al mundo del arte, programas de radio, concursos literarios, etc.
- Actividades de voluntariado
- Acciones de sensibilización comunitaria y reducción del estigma

Dentro de las acciones de fomento de la inserción social y de la integración comunitaria que en los últimos años ha ganado presencia propia en la RPS , incluso con la creación de recursos específicos como los Clubs Sociales, es la ocupación significativa del tiempo libre. El ocio (ocio es el tiempo libre en que se desarrolla una ocupación significativa y satisfactoria para la persona) aporta una dimensión esencial de la calidad de vida por su carácter estructurador para la persona, su naturaleza socializadora y fundamentalmente el disfrute y goce que conlleva.

6.5.14. Inserción laboral

"Se recomienda alentar a las personas con esquizofrenia a encontrar un puesto de trabajo. Los especialistas en salud mental deberían facilitarlo activamente y los programas específicos que incorporen esta intervención necesitarían ser ampliamente establecidos". Esta es una de las recomendaciones de la GPC de Esquizofrenia y es la clave para conseguir que la rehabilitación sea realmente orientada a la inserción laboral. Esto no es habitual porque muchos profesionales no creen que el intento valga la pena y no se evalúa ni se incluye la rehabilitación laboral como una de las opciones de aplicación generalizada en primera instancia (que si es una de las recomendaciones del modelo de Individual Placement and Support (IPS).

Los tipos de programas de apoyo a la inserción laboral para personas con trastorno mental se pueden resumir en dos modalidades básicas:

- Entrenamiento prelaboral: Consiste en la rehabilitación de capacidades y competencias generales básicas previas a la inserción, así como el desarrollo de la motivación y la orientación en la búsqueda de trabajo. Este enfoque puede incluir desde los servicios de rehabilitación prelaboral hasta el empleo de carácter protegido.

- Empleo con apoyo: Consiste en la incorporación del afectado al empleo normalizado de forma lo más inmediata posible, y el apoyo en el mantenimiento del puesto de trabajo.

Las revisiones de la literatura científica sugieren que el apoyo laboral debiera ser continuo e integrado en un programa de rehabilitación psicosocial donde los afectados pudiesen contar con el apoyo de un equipo multidisciplinar. El empleo con apoyo fue significativamente más eficaz que el entrenamiento prelaboral en personas con trastornos mentales graves. Los pacientes en programa de empleo con apoyo también consiguieron mejor remuneración y trabajaron más tiempo que los de entrenamiento prelaboral. También son variables relevantes un apoyo ilimitado en el tiempo y la consideración de las preferencias del paciente en la elección y consecución del puesto de trabajo.

Los componentes esenciales integrados en el modelo de empleo con apoyo son:

• Centrarse en el trabajo remunerado como un objetivo alcanzable

• Priorizar un planteamiento de búsqueda rápida de empleo en lugar de largos procesos de evaluación, formación y asesoramiento preempleo.

• Orientar la búsqueda de trabajo de forma personalizada de acuerdo con las preferencias, aptitudes y experiencia laboral del usuario.

• Mantenimiento del seguimiento asistencial de forma indefinida.
• Trabajar de forma coordinada con los servicios de salud mental.

Sin embargo, como matización a todas estas recomendaciones, hay que precisar que los estudios de mayor nivel de evidencia científica se han elaborado en contextos sociales y económicos anglosajones, razón por la que la aplicación a otros contextos, como el nuestro, no puede ser automática y requiere de adaptaciones específicas.

6.5.15. Apoyo a la vivienda

Disponer de una vivienda digna y estable es una necesidad básica y una de las causas que repercuten en procesos que llevan hacia la exclusión social.

El modelo de continuum residencial contempla un conjunto de servicios o dispositivos estructurados a lo largo de un continuum para proveer diferentes niveles de atención y supervisión, desde los de mayor autonomía hasta los de mayor nivel de apoyo. Este esquema es reversible, es decir que la orientación rehabilitadora debe estar presente en cada nivel para intentar recuperar en los casos en que sea posible un nivel de menor dependencia.

Como criterio general, siempre que sea posible debería favorecerse la elección de aquellos recursos o lugares donde la persona desee vivir, ofreciendo la oportunidad de hacerlo en un entorno lo más normalizado posible, articulando los programas de entrenamiento necesarios y ofreciendo el apoyo preciso para que pueda acceder y mantenerse en dicho entorno. En cuanto al criterio de elección, las personas que presentan un TMG, prefieren vivir de la manera más autónoma posible y en viviendas independientes.

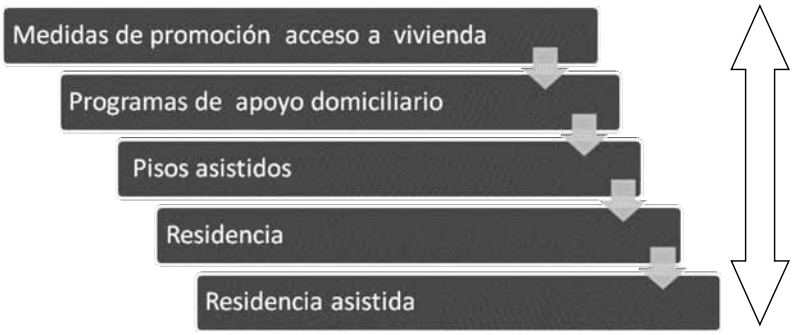
Para cada nivel de soporte, se pueden definir poblaciones diana de referencia según el grado de autonomía de que disponen. Esta diversidad debe adaptarse a los distintos momentos y necesidades de soporte que precisa la persona, teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas, capacidades y nivel de autonomía en la realización de las AVD:

a) Personas que viven en domicilio propio, sea individualmente, en familia o compartiendo el hogar: servicios de apoyo domiciliario para reducir las dificultades en la organización de la vida diaria, en la realización de tareas domésticas y la integración comunitaria.

b) Personas que pueden vivir en hogar compartido pero con supervisión profesional discontinua: Pisos asistidos con apoyo externo eventual.

c) Personas que requieren atención para la satisfacción de sus necesidades básicas, pero con niveles de autonomía aceptables para mantenerse en el entorno comunitario: Residencias

d) Personas que requieren altos niveles de apoyo continuado y atención sanitaria, que no mantienen casi vínculos con el entorno comunitario: Recursos residenciales asistidos o unidades de hospitalización rehabilitadora que permitan una atención sanitaria continuada y prestada en el propio centro.



La experiencia constata la relativa insuficiencia de los recursos para adecuarse de forma efectiva a la gran complejidad de los perfiles de personas y sus diferentes niveles de necesidades (expectativas personales, autonomía personal y capacidad para la realización de AVD, funcionamiento social, inestabilidad psicopatológica, atención especializada a problemas de salud general, condiciones de copago, etc.). También suele estar poco articulada la continuidad y la transición entre recursos. Este problema, junto con el progresivo envejecimiento de la población, hace que cada vez más los dispositivos residenciales acaben siendo lugar definitivo de vida y no de transición a niveles más autónomos.

6.5.16. Asesoramiento de Trabajo Social

Las personas con TMG y sus familias suelen requerir de recursos de apoyo social, que son complejos de tramitar y de gestionar. Es adecuado también que se puedan inscribir dentro de un proyecto mas amplio de promoción de la autonomía y la recuperación.

Es necesario hacer desde trabajo social una valoración continuada (son necesidades muy cambiantes a lo largo del tiempo) y prospectiva (no solo ligada a las necesidades actuales, sino haciendo previsión de necesidades futuras que requieren una concienciación previa y una habilitación de recursos que suelen ser escasos) de necesidades relacionadas con el propio usuario y con su medio próximo, que suele ser la familia:

- Prestaciones económicas
- Tramitación de recursos sociales
- Valoraciones de discapacidad y dependencia
- Asesoramiento en temas legales, jurídicos y procesos de incapacitación

6.5.17. Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario

El proceso de Reforma Psiquiátrica llevado a cabo en España hace unas décadas nació con un objetivo programático muy claro: facilitar el seguimiento de los enfermos mentales más graves en la comunidad, evitando su institucionalización con vistas a conseguir el mayor nivel de funcionalidad y de autonomía posibles para lograr la máxima integración social.

Tras algunos errores, algunas ingenuidades y algunas insuficiencias, la mayor parte de las CC AA hubieron de reconocer tras los 10 primeros años de Reforma que la población subsidiaria de dicho proceso de cambio era la que más dificultades tenía para acceder a la asistencia psiquiátrica.

Ante esta situación, los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, por su peculiar forma de funcionamiento, han supuesto una importante salvaguarda de la salud y la dignidad de los enfermos mentales graves, que, paradójicamente, son los que menos asistencia demandan.

Los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario surgen en la década de los ochenta del siglo pasado, en el estado de Wisconsin en Estados Unidos de la mano de un psiquiatra, Len Stein, y una trabajadora social, Mary Ann Test. Estos profesionales lograron demostrar que los aprendizajes que los pacientes necesitan para mantenerse en la comunidad eran más potentes y duraderos si se hacían en sus propios domicilios y en sus medios sociales habituales que si se realizaban en hospitales psiquiátricos. El Tratamiento Asertivo Comunitario es la intervención comunitaria que mejores resultados ha recibido en los numerosos estudios de eficacia publicados. Actualmente está muy difundido en USA, Canadá, Reino Unido, Australia y la práctica totalidad de Europa.

Se trata de un equipo multiprofesional, de predominio sanitario en nuestro entorno, que debe realizar seguimientos intensivos de los pacientes a su cargo desempeñando la práctica totalidad de las intervenciones fuera de los despachos. Ello supone que la ratio de pacientes adscritos a cada profesional debe ser baja ya que el ETAC debe asumir casi todas las intervenciones asistenciales que se realizarán con sus usuarios

El padecer un TMG es requisito indispensable, pero no suficiente, para poder acceder a este tipo de tratamiento. La evidencia sugiere que la intervención debe ser reservada para aquellos sujetos especialmente graves (mala evolución clínica con múltiples reingresos) y desvinculados de los servicios.

Diferentes estudios publicados rinden habitualmente los mismos resultados: los pacientes de los TAC ingresan menos y durante menos tiempo que los pacientes seguidos de forma estándar. Asimismo, son pacientes con mejor calidad de vida y más satisfechos con el trabajo de los Servicios de Salud Mental ya que la perspectiva de la recuperación impregna la filosofía del TAC desde su nacimiento. Consecuencia de ello, los ETACs mantienen unas altas tasas de adherencia al tratamiento con los pacientes más graves.

El coste efectividad de los ETAC fue relativamente fácil de demostrar en los primeros tiempos cuando la mayoría de los pacientes procedían de hospitales psiquiátricos. En los próximos años los Equipos de TAC deberán mantener su eficacia delimitando al máximo sus criterios de admisión y con una rigurosa evaluación de sus resultados

Capítulo 7.- Plásticos, Interactivos, Aprendices Y Caminantes, (Contribución de la rehabilitación psicosocial a la recuperación de la subjetividad).

7.1. Presupuestos

En la enfermedad mental se pueden diferenciar entre mecanismos psicológicos subyacentes y dificultades manifiestas. Las dificultades manifiestas cursan a través de los subsistemas de la persona (conducta, procesos cognitivos, emociones y autoconcepto). La psicoterapia por medio de sus diferentes escuelas y propuestas pretende dar una respuesta científica a los mecanismos subyacentes y a las dificultades manifiestas.

Desde una consideración más educativa que clínica, la rehabilitación ofrece procedimientos e intervenciones, también con suficiente evidencia científica, para reducir o eliminar estas dificultades manifiestas. Estos procedimientos se enmarcan y apoyan en una valoración del usuario como una persona con puntos fuertes, posibilidades y derechos.

Por eso, los objetivos de la rehabilitación no son los síntomas, sino enfatizar que los usuarios de los servicios de salud mental son ciudadanos con derechos y obligaciones, que tienen capacidades y competencias y que poseen como todas las personas una zona de desarrollo próximo que les permite encontrar un nuevo rumbo y sentido a su vida.

Al considerar los contenidos de la rehabilitación, el punto de referencia serán las características de la persona y en menor medida las erosiones y los déficits que le ha ocasionado la enfermedad.

7.2. Plásticos

Cada vez adquiere más consistencia científica el concepto de plasticidad cerebral. De modo genérico podemos definirla como la capacidad del sistema nervioso para adaptarse a necesidades cambiantes. Esta definición se puede completar con varias afirmaciones:

a.- La importancia de la estimulación.

b.- Teniendo en cuenta las características y diferencias de las áreas cerebrales, la estimulación no será igual para todas.

c.- La estimulación deberá ser amplia y holística para que llegue a todo el cerebro.

d.- Esta estimulación se realiza a través de conductas que canalizan y expresan los diferentes subsistemas de la persona.

e.- La elección de estas conductas no es neutra. Reflejan unos valores y unos conocimientos científicos y suelen ser la expresión de un modelo asistencial.

En función de estas aproximaciones, podemos perfilar la consideración inicial sobre la plasticidad inicial, subrayando la interrelación que se da entre el cerebro, la biografía de la persona, su conducta y la cultura.

Aquí se sitúa el valor científico y la aportación de la rehabilitación:

a.- Favorecer u ofrecer una consideración del cerebro como un órgano abierto frente a la cerrazón a la que le ha conducido la enfermedad o la poca estimulación que le proporciona la medicación.

b.- Ofrecer modelos y propuestas que generen "múltiples circunstancias cambiantes" las que la persona se tenga que enfrentar.

c.- Diseñar conductas diferentes que estimulen las distintas áreas cerebrales.

d.- Analizar y valorar la incidencia que estas conductas han tenido en la persona.

7.3. Interactivos

La persona es un sistema que a través de sus diferentes subsistemas se relaciona con sistemas más amplios, de los cuales recibe apoyos pero también demandas, exigencias y obligaciones. Entre estos sistemas podemos referirnos a la familia, vecinos, sistemas comunitarios, cultura.

Entre todos ellos hay continuas implicaciones y retroalimentaciones, y permiten considerar el concepto de interacción de forma más amplia que la mera relación entre iguales. Supone también la relación con contextos diferentes, con valores y contenidos de la cultura distintos.

Una distinción elemental pero que permite clarificar esta compleja relación sistémica es la que habla de que podemos diferenciar entre elementos formales (contextos comunitarios con una dosis importante de institucionalización), no formales e informales (contexto familiar). Este es el esquema que voy a seguir en este punto.

Se consideró de manera bastante utópica con propuestas como la desinstitucionalización y la psiquiatría comunitaria, que la mera presencia de la persona con enfermedad mental en la comunidad sería una garantía y un factor benéfico para su recuperación e incluso para su curación. Baste citar a modo de ejemplo los conceptos de emoción expresada, estigma o aislamiento y desmoralización para poder apreciar que la mera presencia en la comunidad no es garantía de salud.

Por lo tanto, para que las interacciones que la persona con enfermedad mental realiza en la comunidad contribuyan a su crecimiento, desarrollo y recuperación

deben existir intervenciones y programas en la comunidad que las favorezcan. Es lo que podemos denominar rehabilitación ecológica/comunitaria.

Entre sus contenidos y programas, siempre de modo esquemático podemos señalar los siguientes:

1-. Limpiar/reducir modelos segregacionistas: Se manifiestan en una insuficiente consideración de los derechos de las personas con enfermedad mental con la aparición de posturas estigmatizantes, discriminantes y de exclusión social. Esta ideología segregacionista se manifiesta por medio de creencias y valores sociales, opiniones, alegatos pseudocientíficos, actitudes y conductas y se expresa de forma muy variada: favorecer la incapacitación de las personas, no transmitirlas información ni a ellos ni a su familia, presencia de espacios exclusivos para enfermos, ausencia de ofertas de participación en los servicios y ausencia en la toma de decisiones, alta expresividad emocional por parte de la familia y de los profesionales y reinstitucionalización.

Algunos programas, entre otros, para hacer frente a esta toxicidad podían ser:

a.- Rehabilitación Formal: Frente a modelos reduccionistas (farmacológicos y clínicos) presencia de la rehabilitación en la red asistencial no sólo por medio de dispositivos (con frecuencia segregantes) sino por medio de una cultura de rehabilitación, cuyas notas características serían: Consideración del enfermo como persona con capacidades, competencias y derechos, afirmación de su papel activo en su recuperación y consideración de la rehabilitación como un procedimiento complementario a procedimientos clínicos (psicoterapéuticos y farmacológicos).

La cultura de rehabilitación afecta también a la organización de los servicios: Trabajo en Equipo, abandono de una evaluación clínica, utilizar propuestas educativas como primera opción para el cambio y situar la medicación en un papel secundario, reducción de la emoción expresada en los profesionales, conversión de los profesionales en tutores y puntos de referencia, dar calidad a la toma de decisiones de las personas con enfermedad mental y que ellos sean responsables de algunos de los programas que se realizan.

b.- Apoyar a las asociaciones de familiares y usuarios, como representantes de la sociedad civil, a que sean mediadores y puentes con los diferentes servicios y grupos de la comunidad a la vez que delimitan su sistema como un servicio encaminado a l apoyo mutuo de sus miembros y a la defensa de los derechos de la persona con enfermedad mental.

En este punto tienen cabida acciones encaminadas a influir en la política y legislación en todo aquello que se refiere a las personas con enfermedad mental, denunciar situaciones de falta de acceso a recursos, llevar a cabo campañas contra

la discriminación y dar retroalimentación sobre las necesidades de los usuarios a los profesionales y a los servicios.

c.- Rehabilitación Informal: Programa psicoeducativo para grupos de familia dirigido a reducir la alta expresividad emocional. Además de los contenidos de información sobre la enfermedad y tratamiento, pródromos, mejora de los patrones de comunicación, habilidades de solución de problemas y de estrategias de superación; es un procedimiento básico de aprendizaje cooperativo para que los componentes de grupo se apoyen entre sí, ventilen sus emociones, asimilen los contenidos y emitan propuestas.

2.- Relacionar/Apoyar las relaciones intersistémicas: La conexión entre los sistemas es un elemento de crecimiento y desarrollo. Esta relación se produce entre los diferentes servicios comunitarios como los Servicios Sociales, Sanitarios, Educativos y Judiciales dentro de la rehabilitación formal; entre estos servicios y los sistemas de la comunidad como las asociaciones de familiares, asociaciones de vecinos y culturales dentro de la rehabilitación no formal y entre ambos tipos de rehabilitación y la familia.

De manera general se puede decir que el objetivo de estos programas, es favorecer el sentido psicológico de la comunidad en las personas con enfermedad mental, que se sientan formando parte de sistemas y contextos. De modo más específico los objetivos serían:

- Ofrecer a la persona una imagen global de sus capacidades que se traduce en la salud, educación, apoyo social, trabajo.
- Defensa de los derechos de los usuarios, evitando propuestas de reinstitucionalización.
- Transmisión de expectativas altas sobre el crecimiento de la persona con enfermedad mental.
- Intercambio de información que permita la operativización de los apoyos.
- Favorecer una imagen de igualdad. Son personas como los demás con frustraciones, alegrías, errores y logros.
- Acercar a las personas con enfermedad mental a los recursos de la sociedad civil.
- Fortalecimiento de los diferentes sistemas que les permitan asumir y profundizar en sus competencias a la vez que evitan realizar tareas que son competencias de otros dispositivos.
- Prolongar los servicios de rehabilitación en la comunidad.
- Sensibilizar a los profesionales y a los gestores de la salud mental sobre la conveniencia de la participación de los usuarios en la gestión de los servicios.

La conexión sistémica y estos objetivos sientan las bases para la realización de programas, algunos de ellos realizados conjuntamente por los diferentes servicios comunitarios:

- Búsqueda de empleo a través de sus diferentes modalidades: formación, talleres protegidos, empresas sociales, empleo con apoyo.
- Programas de vivienda: miniresidencia, pisos.
- Campaña de sensibilización sobre la salud mental y su recuperación.
- Formación de agentes comunitarios en rehabilitación.
- Implementar procedimientos de tutoría entre iguales.
- Observatorio de defensa de los derechos de las personas con enfermedad mental (incapacitación, ingresos involuntarios).
- Operativización de apoyos para las personas dependientes.

3.- Participar/formar parte: además de intervenciones formales y concretas como la participación de la familia de los usuarios en los servicios se plantea en este punto que las personas con enfermedad mental forman parte de los diferentes contextos y dispositivos comunitarios.

a.- Participar en los recursos formales comunitarios: Atención primaria, CEAS, educación de adultos, programas de empleo, sistema judicial. Recuperar la ciudadanía.

b.- Interactuar con los vecinos y participar en grupos y asociaciones. Recuperar la cultura (con sus tradiciones) y la realidad (mediante la participación y análisis de la misma).

c.- Participar en la familia como una comunidad de prácticas (entorno de relaciones interpersonales donde se adquieren conocimientos, habilidades y destrezas): currículum familiar, interacciones entre los holones, rituales, familia extensa. Recuperar el escenario familiar.

4.- Aportar/ofrecer: Incluyo en este punto una muestra pequeña de programas, entre otros que podríamos señalar, que son propios de los diferentes tipos de rehabilitación y que al ser ofrecidos a las personas con enfermedad mental garantizan y avalan sus integraciones:

a.- Rehabilitación formal: Programa de continuidad de cuidados, entendido como la confluencia, a través de los diferentes dispositivos de la red asistencial entre las dos formas de afrontar la enfermedad: la clínica y la rehabilitadora.

En esta línea, es prioritario que cada dispositivo sanitario y sociosanitario defina su cartera de servicios para estar en condiciones de ofrecer respuestas asistenciales a las necesidades de las personas evitando duplicidades y lagunas en la red. Pero al mismo tiempo hay que recalcar que es necesario la confluencia de las respuestas asistenciales en torno a objetivos y estrategias comunes que eviten abordajes contradictorios.

b.- Rehabilitación no formal: Las asociaciones de familiares y usuarios promueven el acercamiento y facilitan la incorporación de las personas con enfermedad mental a grupos, instituciones, asociaciones y diversos contextos comunitarios.

c.- Rehabilitación informal: Programa de orientación familiar. Es realizado con cada familia y se la apoya para que realice, una vez rebajada la emoción expresada para que realice sus funciones básicas y propias: mantenimiento, apoyo, estimulación, estructuración y apertura a otros contextos en función del nivel de rehabilitación en que esté la persona.

A través de estas funciones las personas con enfermedad mental entran a formar parte del nicho evolutivo de los padres (los padres actúan como mediadores en la realización de tareas) y del nicho ecocultural (por medio de las rutinas y actividades cotidianas, los hijos aprenden a través del modelado, de la participación conjunta en la organización de tareas y de la elaboración e intentos de consecución de metas).

5.- Consecuencia de las interacciones (rehabilitación ecológica/comunitaria):

a.- Enfatizar la importancia de la contribución de la comunidad a la rehabilitación. Las posibilidades y oportunidades proceden de la propia persona pero también y sobre todo de fuera de ella, de los sistemas más amplios que la acogen como la familia, la comunidad y la cultura.

b.- Transmisión de una forma de mirar diferente: Énfasis en la recuperación no en la curación.

c.- Reducción /desaparición del estigma.

d.- Reconocimiento de los derechos de los usuarios. Reconocimiento como ciudadanos frente a la discriminación, incapacitación y exclusión.

e.- Se revitalizan los sistemas simples de la persona: conducta, procesos cognitivos, autoconcepto y emociones.

f.- Aumenta el papel activo de la persona.

g.- Colocan a la persona en una continua situación de aprendizaje.

7.4. Aprendices

A través de las interacciones, la persona realiza constantes aprendizajes. Y al igual que al hablar de las interacciones al hablar del aprendizaje podemos referirnos a un aprendizaje formal, no formal e informal. Una de las diferencias entre ellos es la presencia en el aprendizaje formal de un currículum definido y estructurado. Por razones de espacio no voy a referirme al aprendizaje no formal e informal.

El currículum garantiza que los otros aprendizajes favorezcan el crecimiento de la persona y que progresivamente recupere un papel más activo. Si no fuera por el currículum la persona estaría debilitada por las contradicciones y tensiones de los sistemas comunitarios.

7.4.1. Las características de los aprendizajes curriculares son:

a.- Tienen unos objetivos, unos contenidos, una metodología, una secuencia y una temporalización.

b.- La metodología más apropiada es el aprendizaje cooperativo.

c.- Aprender supone que la persona emite conductas, adquiere conocimientos, afianza/cambia pensamientos, tiene emociones positivas y adquiere una valoración diferente de sí mismo.

d.- Los aprendizajes curriculares proporcionan conocimientos que ayudan a la persona a interpretar la cotidianidad de las interacciones. Los aprendizajes fortalecen las interacciones y los aprendizajes curriculares y las interacciones posibilitan la adquisición por parte de la persona de aprendizajes significativos, que son aquellos que le sirven para su vida, le transmiten sensación de conocimiento de cambio, de recorrido, de superación y también de fortalezas.

e.- El proceso de aprendizaje no es progresivo y lineal y con frecuencia se aprecian en él sentimientos negativos de aburrimiento, ansiedad, inseguridad, miedo, frustración, indiferencia y desesperación.

7.4.2. Currículum de rehabilitación: En rehabilitación existen propuestas de currículum muy atractivas como la clásica de Liberman o el I.P.T. de Roder y Brenner. Ambos se basan en el défict/s que la enfermedad ha ocasionado en la persona.

La propuesta que hacemos responde a las necesidades que el usuario tiene como persona y a las demandas y exigencias de la cultura y la sociedad. Para ello utilizamos las propuestas básicas de la Unesco.

Necesidades de la persona	Demandas y exigencias	Programas
Necesidad de contextualización	Aprender a comportarse	Habilidades Sociales
Necesidad de estimulación	Aprender a pensar	Feurstein, Harward, Ejercicios de atención, Narrativa, Relación pensamientos emociones.
Necesidad de vinculación	Aprender a convivir	Inteligencia emocional, Manejo de las emociones.
Necesidad de autodeterminación	Aprender a ser	Psicoeducación, Musicoterapia, Psicomotricidad, Autoestima, Solución de problemas.

Estos programas se realizan en dispositivos de la red asistencial (Equipos de salud mental, unidad de rehabilitación, centros de rehabilitación psicosocial). A la realización de estos programas se le puede denominar rehabilitación contextual.

7.5. Características de los programas:

a.- Contemplan los elementos más básicos de los subsistemas: atención, percepción, respuesta de indicaciones, organización del tiempo.

b.- Promueven la generalización (tareas para casa) para facilitar el aprendizaje significativo.

c.- Hay conexión de unos programas con otros para favorecer la integración en la comunidad.

d.- Son una ocasión para una valoración diferente de sí mismo.

e.- Las estrategias que se utilizan son: didácticas (qué se va a enseñar, par qué aspectos de su vida les va a servir), de orientación (tareas que se van a realizar), de compromiso (aceptación de normas y reglas), validación (reconocimiento de los avances), de relación (aprendizaje cooperativo: construcción conjunta de la asimilación de los contenidos) y de generalización (aplicación a la vida cotidiana).

7.6. Consecuencias del aprendizaje (Rehabilitación contextual):

a.- Por medio del aprendizaje la persona inicia un proceso de crecimiento con un papel activo por parte de ella cada vez mayor. En este proceso podemos diferenciar varios niveles. Tomando como referencia las propuestas de Bateson sobre el aprendizaje; el nivel 0 implicaría cambios debidos a la medicación sin participación de la persona. El nivel I incluiría los cambios encaminados a la corrección del déficit/s. El nivel II refleja las propuestas y elecciones que efectúa la persona entre las posibilidades que se le presentan y que son consecuencia de las conclusiones que saca de los programas. El nivel III permite a la persona encontrarse consigo misma, analizando su biografía y trayectoria a la vez que genera expectativas positivas sobre su futuro.

b.- De los diversos tipos de aprendizajes (formal, no formal e informal) se produce un tránsito a la propia persona, a un aprendizaje personal. Los aprendizajes influyen en los sistemas simples de la persona: Ya hay presencia de emociones positivas, hay claridad perceptivo-atencional, comienza a haber una imagen diferente de sí mismo que le permite empezar a interpretar la enfermedad, efectúa conductas pro-activas y no sólo reactivas; pero también se nota su influencia en los sistemas complejos (rol, relaciones interpersonales, capacidad de afrontamiento, competen-

cias): tiene un papel más activo en los contextos, sus relaciones son más satisfactorias y en ellas prima el intercambio, hace frente a las dificultades y exigencias y en ocasiones al estrés y percibe la sensación de capacitación y competencia.

c.- El aprendizaje produce también cambios en el cerebro. Al influir en los diferentes subsistemas los cambios en el cerebro abarcan todas las zonas y estructuras del mismo. Como señalan Blakemore y Fith "algo cambia en nuestro cerebro cada vez que aprendemos algo nuevo, sea una cara, una palabra o una canción. La educación es al cerebro lo que la jardinería al paisaje".

d.- Las influencias de los aprendizajes en los subsistemas y en el cerebro favorecen la aparición progresiva del yo: canalizan los retos y metas siguientes (zona de desarrollo próximo), descubre con mayor nitidez que el poder está en él, tiene criterios para analizar su biografía y encuentran experiencias con las que identificarse a la vez que le sirven como punto de referencia.

7.7. Caminantes

Las repercusiones de las interacciones y los aprendizajes en la persona suponen para ella adentrarse en su recuperación. Ahora ya no dependerá de los sistemas de la comunidad o de los aprendizajes que realice, su crecimiento estará en relación con el encuentro consigo mismo. No será un encuentro lineal, con frecuencia aparecerán residuos de su enfermedad (en forma de ansiedad social, paranoidismo, depresión y desorganización conductual) pero también, posibilidades, caminos y metas cercanas de cada uno de sus subsistemas, que de forma más o menos organizada y clara se le presenta.

En este camino, a veces con presencia de desencantos y estereotipias (a los cuales no son ajenas las propuestas de la cultura en la que vivimos) es básico que la persona tenga un punto de referencia, un tutor. Y da pie para que estas intervenciones se puedan llamar rehabilitación personal.

Por medio de la relación personal que se establece entre ambos y de las estrategias utilizadas por el tutor, la persona impulsa el crecimiento de sus subsistemas (hace realidad sus posibilidades) mediante el análisis y asimilación de sus interacciones y aprendizajes. Igual que el yo de la persona no es unitario sino progresivo; sus subsistemas también son progresivos y están divididos en elementos o dimensiones. En los elementos o dimensiones siguientes a los que se encuentra la persona en sus subsistemas, anidan sus posibilidades (zona de desarrollo próximo). Como la conversión de las posibilidades en realidad, está en relación con las interacciones y el aprendizaje, la capacitación de la persona tiene una mirada ecológico/comunitaria (transición horizontal) y otra personal (transición vertical).

7.7.1.- Estrategias y procedimientos de rehabilitación personal:

Las propuestas que vienen a continuación pretenden ser una aproximación a una forma de intervenir en la relación personal en rehabilitación, diferenciada de la psicoterapia.

A/. Empatía y aceptación incondicional: Supone situarse en el lugar de la persona y aceptar sin críticas, ni diagnósticos su biografía y su realidad. De ambas se extraen algunas sugerencias:

- Transmisión de expectativas positivas.
- Los errores son ocasión de aprendizaje.
- Apoyo en los recursos y puntos fuertes.
- Reconocimiento de sus esfuerzos.

Ponerse en el lugar de la otra persona, supone relacionarse con ella en los dominios de Subsistemas básicos: afectivo, cognitivo, conductual y percepción personal.

B/.- Análisis y valoración: Es un proceso conjunto entre la persona y el tutor. En él se pone de manifiesto el papel activo de la persona y al mismo tiempo, se le transmite un modelo diferente de valoración: Ya él no está en relación con un diagnostico, sino con unos objetivos y metas, y el poder no reside en un profesional sino en la relación que se establece entre los dos.

La relación vincula, estructura y hace posible la recuperación y el cambio en la medida que permite al profesional aportar sus conocimientos en función del itinerario escogido por la persona y en la medida que se inicia y se consolida el tránsito del control a la cooperación. Como diría Alanen se inicia un proceso de imagen compartida.

Los contenidos del análisis son las interacciones que ha realizado en los diferentes contextos, la respuestas que ha dado a las demandas de los mismos y en qué medida los aprendizajes, sobre todo los curriculares, han fortalecido el proceso. En la valoración se persigue constatar las dificultades que ha tenido, cómo las interacciones y los aprendizajes han favorecido el crecimiento de los subsistemas y diseñar los objetivos y metas próximos y seguir alcanzando nuevas posibilidades.

C/.- Mediación: Es el proceso que realiza el tutor para favorecer la consecución de los objetivos y metas de la persona. Podemos diferenciar:

a.- Transmitirle reconocimiento y confianza: Reconocimiento y respeto hacia su biografía, individualidad y posibilidades. Fortalecer la autoimagen y autoestima.

b.- Implicarle en la experiencia de su recuperación. Supone

- Eliminar creencias erróneas y modelos parciales.
- Relativizar afirmaciones absolutas.

• Generar expectativas positivas. Alentar la esperanza.
• Cambio de estilo atribucional.

c.- Generalizar los aprendizajes (sobre todo los contenidos de los programas) a la vida cotidiana:

• Las tareas que se asignan son expresión de los subsistemas.
• Explicarle cómo y por qué le van ayudar las tareas.
• Establecer las tareas en colaboración con la persona.
• Anticipar posibles dificultades y problemas.
• Apoyar el afrontamiento activo.

d.- Ayudarle a descubrir la importancia de lo que hace para su bienestar y mejora de su calidad de vida.

D/. Personificación: El tránsito por los elementos de los subsistemas promueve la consolidación de la persona. Poco a poco va fraguándose su identidad y en torno a ella giran ilusiones, gustos, intereses, esfuerzos, sueños y también decepciones y fracasos; pero también en torno a ella va recuperando poder como se expresa a través de los autodescubrimientos que realiza, de la autoeficacia que alcanza, del autoconcepto y autonomía que posee y de la autodeterminación y autorregulación que despliega.

El tutor ya no es necesario. Ahora las interacciones ya no son diseñadas por profesionales, sino elegidas y creadas por la persona y ya no precisa de aprendizajes curriculares que le sirvan de guía para dar respuesta a sus necesidades pues a través de los aprendizajes que es capaz de efectuar (por inmersión, reflexión, imaginación e intuición) descubre que el aprendizaje está en él, que es el puente que permite unir lo necesario y lo posible y que es la base que alimenta su crecimiento y desarrollo.

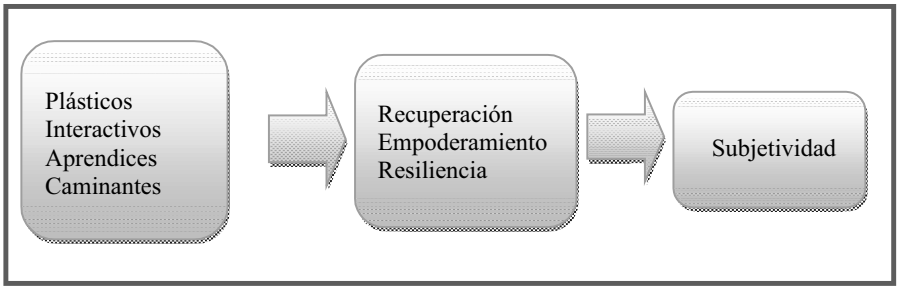
Ahora la persona camina desde los dispositivos (formales y no formales) a la comunidad, de las sugerencias y objetivos consensuados con los profesionales (tutor) a las propuestas que él efectúa. El foco de atención se traslada del profesional experto al usuario experto. La contribución del tutor a la personificación es:

- Actitud abierta.
- Colaborar de igual a igual.
- Favorecer la mirada de la persona sobre su conocimiento y consolidación.
- Dar información para que pueda tomar una decisión informada.
- Centrarse en los recursos internos de la persona.
- Abrir espacios para que se exprese y se manifieste.
- Apoyar un estilo atribucional que descansa en la persona y el locus de control interno.

El reconocimiento de la condición de experto del paciente permite establecer una relación de cooperación entre él y los servicios, superando las asimetrías.

7.8. Plásticos, interactivos, aprendices, caminantes… y subjetivos.

7.8.1. Bases de la subjetividad.



Aunque el proceso es complejo y hay influencias y retroalimentaciones, se puede aventurar que la recuperación se aproxima más a la interacción, el empoderamiento al aprendizaje y la resiliencia al camino que realiza la persona.

La recuperación está en relación con el sentido de identidad que va construyendo la persona, separado de la enfermedad y de la discapacidad. La construcción de una vida con sentido está próxima a la autodeterminación y promueve esperanza y expectativas positivas.

Los contenidos del empoderamiento giran en torno al progresivo papel activo que la persona tiene en la definición de sus necesidades y en la satisfacción de las mismas por medio de sus capacidades y recursos. Ahora la persona, además de interactuar reconoce y promueve los recursos de los contextos, elige entre ellos, tiene poder para tomar decisiones y adquiere además de bienestar emocional experiencias de autoeficacia y autocontrol.

En ambos procesos, interacción y aprendizaje las personas identifican algunas figuras claves en el recorrido de la recuperación y el empoderamiento. Podemos cifrar las aportaciones de estas personas clave en práctica (dar información para permitir tomar decisiones y dar soporte para la solución de problemas), moral (habilidad de escucha y de confirmación de sus aspiraciones) y guía (compartir experiencias similares a las suyas).

Estos recorridos apuntalan la resiliencia de la persona. Se manifiesta en un respeto y reconocimiento de su biografía, conocimiento cada vez más claro de que

controla su vida, que tiene capacidad de afrontamiento para hacer frente al estrés y que aprende del éxito pero también del fracaso.

Estos conceptos de recuperación, empoderamiento y resiliciencia están muy próximos a las acciones de apoyo y fomento de la salud mental (A y F) aglutinadas en torno al término inglés de advocacy que se refiere a un conjunto de intervenciones muy amplio que van desde la provisión de información, educación, ayuda mutua hasta la defensa y promoción de los derechos humanos y reducción del estigma. En este empeño tienen cabida diferentes actores: los propios usuarios, las familias, los profesionales y la clase política.

7.8.2. Aproximación a la subjetividad:

Las interacciones que realiza, los aprendizajes que efectúa y el apoyo en el itinerario favorecen y posibilitan junto con la medicación que la persona comience a tomarse como punto de referencia.

La persona empieza a vivenciar el tiempo, a tener un papel activo, a efectuar propuestas, a situarse metas y objetivos, que le van dotando de un sentido a su vida y le embarcan en una socialización progresiva.

Así se irá fraguando poco a poco la capacidad de dotar de continuidad a su pasado y a su presente de transferir intencionalidad a su futuro, de experimentar su vida y su realidad como algo significativo, de adoptar marcos de referencia y perspectivas compartidas, y de esperar a participar en diferentes configuraciones sociales, aumentando y creciendo su conciencia ciudadana.

Se puede proponer que la subjetividad es un proceso continuo que se sustenta y se expresa en las necesidades de la persona y en lo que denomino sus sistemas simples y complejos.

Necesidades	Subsistemas simples	Subsistemas complejos
Contextualización	Conducta	Rol
La subjetividad consiste en proponer conductas con sentido e intencionalidad mediante el desempeño de roles contextuales (familiares) y comunitarios.		
Vinculación	Emociones	Relaciones interpersonales
La subjetividad está en relación con la Percepción emocional de satisfacción/optimismo, con la presencia de vínculos creativos con el establecimiento de relaciones interpersonales positivas y con la conciencia de sentirse parte de un grupo.		
Autodeterminación	Autoconcepto	Capacidad de afrontamiento
La subjetividad está en relación con la percepción de que aumenta su identidad, de que el poder está en él, de valoración positiva de sí mismo, presencia de intereses propósito en la vida y afrontamiento de las demandas y dificultades.		
Estimulación	Procesos cognitivos	Competencia
La subjetividad está en relación con la construcción de significados, entiende e interpreta la realidad, realiza simbolizaciones y representaciones, tiene creencias básicas positivas y percibe y es consciente de sus propias capacidades y recursos.		

Capítulo 8.- Ética de la Rehabilitación Psicosocial. Ética de la salud mental.

8.1. Introducción

Los principios de la bioética se basan en valores éticos universalmente aceptados. La responsabilidad moral de los profesionales de la salud se fundamenta en ellos, tanto en el desarrollo de la actividad asistencial como en la investigadora o docente. La rehabilitación es una práctica que utiliza componentes técnicos y que exige, por tanto, que las intervenciones también sean enmarcadas en la ética.

Cuando se hace referencia a aspectos legales y éticos relacionados con la práctica de la salud mental, normalmente nos solemos centrar más en aspectos que tienen que ver con el internamiento involuntario, los procesos de incapacitación, la contención mecánica o el tratamiento ambulatorio involuntario. Se suelen obviar otros problemas éticos que influyen en el trabajo diario que se desarrolla en los servicios y dispositivos de rehabilitación psicosocial. En ellos se dan situaciones que obligan a tomar decisiones que van más allá de los conocimientos técnicos y que tienen que ver con la ética.

Hablar de ética es referirse a la dignidad de la persona. La defensa y promoción de la misma se va a plasmar en el empeño por la satisfacción de sus necesidades. Todas las acciones realizadas en esta dirección serán valiosas y de ellas podemos extraer unos principios que llamamos valores. Hablar de ética es por lo tanto hablar de valores y de principios. Aquí entronca la consideración de los derechos de la persona, como algo dinámico, como un proceso y de aquí surge la confianza en la persona y el establecimiento de expectativas positivas con ella (todas las personas tienen su espacio de crecimiento).

En este capítulo se pretende reflexionar sobre diferentes problemas éticos que se dan en la práctica asistencial diaria, sobre la base de una disciplina con una implantación muy desigual en diferentes países, la psicoética.

Se analizan los diferentes modelos de relación terapéutica y el marco normativo básico que rige las intervenciones en salud mental.

A continuación se plantean cuestiones de la práctica cotidiana en relación con la Ley de Autonomía del paciente.

8.2. Psicoética: definición y principios

Dentro del conjunto de las éticas profesionales, la bioética ha ocupado un lugar preponderante ya que se ocupa del estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud.

La presencia de la ética en el campo de la salud mental ha sido tan importante que muchos bioeticistas se han pronunciado sobre el reconocimiento de la psicoética, entendida como la reflexión sistemática y metódica de todos los problemas éticos que se suscitan en el ámbito de la práctica psicológico-psiquiátrica.

Partiendo de la casuística de la práctica diaria en psiquiatría, muchas son las situaciones que nos plantean conflictos éticos. Cuestiones referentes a la confidencialidad y secreto profesional, participación del paciente en la toma de decisiones sobre su tratamiento, aplicación de medidas restrictivas (internamiento, contención...), etc. Más adelante abordaremos alguna de estas cuestiones para analizar sus dificultades.

Con la publicación en 1978 del Informe Belmont por la Comsión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos respecto a la Investigación Biomédica y Conductista (EEUU), la comunidad científica internacional acepta como principios fundamentales de la bioética los de beneficencia, justicia, no-maleficencia y autonomía. La inclusión más recientemente del principio de autonomía ha supuesto una revolución en la consideración de las relaciones entre personal sanitario y paciente.

Estos principios son las vías éticas por las que el valor ético máximo que es la Dignidad Humana puede concretizarse en la relación profesional-persona. A continuación, vamos a definir estos cuatro principios.

8.1.1. Principio de Beneficencia

El principio de beneficencia, está inspirado en el Juramento Hipocrático y exige del profesional "hacer lo posible por producir el bien a través del ejercicio profesional".

Se refiere a la obligación moral que tiene el profesional sanitario de actuar en beneficio de otras personas, en este caso, del paciente, que se constituye como beneficiario principal del acto profesional. Por *bien* se entiende la promoción de la salud tanto física como mental. Se podría considerar a la beneficencia como el principio esencial de la ética, que está destinado a la realización del bien así como el equilibrio positivo de los beneficios sobre los perjuicios.

Desde una visión más paternalista se entendería que es el profesional sanitario quien tiene que determinar lo que es mejor para el paciente. Al fin y al cabo es el experto, el que "sabe" de la enfermedad del paciente y lo que tiene que hacer. Durante muchos años la medicina se ha apoyado en este principio ético en perjuicio de una medicina donde se tiene en cuenta el derecho de los pacientes a tomar sus propias decisiones acerca de de su tratamiento. Era el médico quien definía lo que era bueno para sus pacientes.

En el trascurso de los años la aplicación de este principio ha variado mucho. La aplicación de los principios de la bioética garantiza que se cuente con las preferencias de los usuarios para decidir sobre su salud, incluso que prevalezca el derecho de autonomía del paciente sobre el criterio del profesional.

La beneficencia encuentra sus límites cuando entra en contradicción con los intereses morales sostenidos por la autonomía, que sostiene que el paciente tiene derecho a tomar decisiones sobre su tratamiento, a veces entrando en conflicto con el juicio del profesional asistencial. Este se verá en la necesidad de estudiar pormenorizadamente cada caso concreto para tomar la decisión más acertada y cumplir así con el principio de hacer lo posible en el ejercicio de su profesión para hacer el bien.

En la práctica cotidiana de nuestro trabajo en salud mental y teniendo en cuenta la elevada vulnerabilidad y fragilidad de nuestros usuarios, y la escasa conciencia de enfermedad de muchos de ellos, puede suponer un reto para el profesional hacer valer el principio de beneficencia al mismo tiempo que se respeta el de autonomía. Cuando el paciente se niega a recibir tratamiento psicológico o psiquiátrico debido a su falta de conciencia de enfermedad que no le permite ver la necesidad de recibir ayuda, debemos utilizar nuestras habilidades de comunicación y empatía para convencerle, si fuera necesario, recurriendo a la familia y otros profesionales.

8.2.2. Principio de no maleficencia.

El principio de no-maleficencia, propuesto desde el Juramento Hipocrático, se refiere la prohibición de causar daño intencionadamente a los demás, a no perjudicar innecesariamente a los pacientes. Por ejemplo, podría considerarse que hay maleficencia cuando un profesional ofrece un tratamiento a un paciente con objetivos de investigadores, aún sabiendo que no está indicado. De alguna manera este principio se constituye en el límite del principio de autonomía. Para no actuar con prácticas maleficientes y aplicar la beneficencia se recomienda tener una formación teórico-práctica actualizada por lo que debe facilitarse la formación continuada del profesional. Es importante en rehabilitación utilizar siempre técnicas contrastadas y con la visión centrada en el paciente. En salud mental se puede estar favoreciendo la iatrogenia, por ejemplo, manteniendo un número de sesiones de tratamiento psicológico “interminables” o, como podría ocurrir en unidades hospitalarias de rehabilitación, prolongando innecesariamente tratamientos psicosociales en condiciones hospitalarias.

Comparando el principio de beneficencia con la no maleficencia podíamos aseverar que las obligaciones impuestas por este último principio suelen ser más rigurosas que las impuestas por el principio de beneficencia y, en general, que la no maleficencia debe prevalecer sobre la beneficencia.

8.2.3. Principio de Justicia

El principio de justicia se refiere a la obligación de todo profesional de esforzarse por llevar a la práctica el sentido social de nuestra profesión. Este principio nos obliga a respetar la igualdad de oportunidades de las personas que tienen acceso al tratamiento. Tratar a cada uno como corresponda, intentando disminuir las situaciones de desigualdad. En un sistema sanitario público, la oferta sanitaria es un bien que hay que distribuir y los recursos con los que se cuentan son limitados. Es el caso de los recursos de rehabilitación psicosocial. Tenemos la obligación ética de no lesionar la consideración social de las personas a las que se atiende, sin discriminación. Debemos defender el derecho de acceso a todos aquellos recursos y servicios que se precisan haciendo una equitativa administración de los mismos. Si hubiera que hacer diferencias, que éstas sean las menores posibles y las que más favorezcan a los usuarios menos favorecidos.

Este principio exige un trato igualitario para los posibles beneficiarios de la atención en salud mental en el destino de recursos materiales y humanos, así como en la distribución de beneficios y riesgos. Como claves para entender qué puede considerarse un trato igualitario, el Informe Belmont incluye varias fórmulas en las que se resume el distinto modo de entender la distribución justa de recursos: a cada persona una participación igual, acuerdo con sus necesidades, con sus esfuerzos individuales, con su contribución social y con sus méritos.

8.2.4. Principio de Autonomía

Podemos considerar el principio de autonomía como el más moderno de la bioética. Surge como consecuencia de un concepto de ser humano que implica la idea de libertad personal. Este principio constituye el principal rasgo diferenciador de los códigos deontológicos más actuales, con un fundamento ético que considera al individuo como un ser con capacidad de autodeterminación. Supone el reconocimiento del derecho del paciente a participar en la toma de decisiones sanitarias que le puedan afectar.

El principio de autonomía aboga porque el profesional mantenga una relación empática con el paciente, esforzándose por ayudarle a que se ayude a sí

mismo eligiendo, en cada caso, las mejores opciones. Las decisiones que afectan al tratamiento, los objetivos que se plantean en un plan individualizado de rehabilitación, las acciones a realizar en la aplicación del plan, nunca deben ser impuestas o planeadas solo por el profesional, tendrán que ser tomadas por deliberación conjunta y siempre con la flexibilidad necesaria para ir adecuando la implicación del paciente en la medida que aumenta el grado de competencia para tomar sus propias decisiones.

La autonomía es un reconocimiento explicito de la igual dignidad de las personas. En la relación profesional-paciente, se hace evidente una asimetría. Este último, en su condición de persona enferma siempre estará en una situación más vulnerable frente a la posición del profesional que es el que tiene los conocimientos, la competencia para aliviar o curar esa enfermedad. Esta situación de desigualdad debe ser compensada con mayor protección hacia el más débil, el paciente. Cuando los valores del paciente entran en conflicto con los del clínico, éste tiene que respetar y facilitar el ejercicio de su autonomía permitiéndole tomar decisiones.

¿Cómo podríamos concretar el respeto a la autonomía del paciente en nuestra práctica diaria del trabajo en rehabilitación?. La respuesta podía estar en aplicar nuestros conocimientos técnicos y centrados en el paciente, dándole toda la información relevante, con lenguaje comprensible; manteniendo una actitud empática, con escucha activa y tratando de comprender su problemática, sus emociones, sus intereses y expectativas; propiciando la participación activa del paciente en la elaboración del plan de rehabilitación ajustando con él metas, objetivos y acciones; estando atentos a sus demandas, pero procurando ajustarlas a la realidad social; y respetando siempre la confidencialidad.

Es evidente que la beneficencia a menudo compite con los intereses morales sostenidos por la autonomía. En general, el principio de autonomía es prioritario, pero también hay un límite a esa prioridad, el determinado por la máxima de no perjudicar al paciente. No se le puede pedir a un profesional sanitario que en la aplicación de sus conocimientos actúe produciendo lo que considera un daño, aunque el paciente no lo crea así. Por ejemplo, un paciente no puede exigir a su psiquiatra que recete algo que él cree que puede perjudicarle.

Por las características de la enfermedad y los frecuentes cambios clínicos que presentan los pacientes con trastorno mental grave, puede, por tanto, quedar limitada su capacidad cuando tienen que decidir sobre cuestiones importantes para su salud, y necesitar de otras personas. En tales casos, el profesional sanitario, después de hacer un análisis exhaustivo de sus capacidades, deberá sopesar adecuadamente los principios de autonomía-beneficencia y utilizar responsablemente sus conocimientos técnicos.

El ejercicio de la autonomía lleva implícito en la persona una doble libertad: una externa, ausencia de coacción; y otra interna, tener capacidad para desarrollar esa autonomía. Hay consenso en exigir cuatro condiciones intelectuales: 1) capacidad de comprender la información relevante; 2) capacidad para elaborar razonamientos a partir de la información que se le transmite y de su escala de valores, (conocer, por ejemplo, los distintos tipos de tratamiento que existen); 3) capacidad para comprender las consecuencias de cada decisión (por ejemplo, tener conocimiento, de los efectos positivos de cada opción y también de los efectos negativos); 4) capacidad para tomar, expresar y defender la decisión que haya tomado.

Una consideración importante en este punto es que cuando se habla de autonomía y capacidad desde el punto de vista bioético no se está equiparando a la capacidad legal de un sujeto (el hecho de que un usuario este incapacitado y tenga un tutor).

8.3. Modelos de relación terapéutica.

La relación entre el médico y el paciente ha ido experimentando cambios importantes desde la medicina hipocrática hasta nuestros días, pero ha sido en estos últimos años cuando la relación clínica ha variado de forma extraordinaria. El principio de beneficencia por el que el médico actuaba considerando al paciente como una persona pasiva y "minusválida" que no tiene por qué tomar decisión alguna ha ido perdiendo peso en favor del principio de autonomía que basa la relación clínica en la confianza y en el respeto de las decisiones que toman los pacientes una vez informados de los beneficios y riesgos propuestos por el profesional. Veamos los modelos de relación clínica más conocidos.

8.3.1. El modelo paternalista

El modelo paternalista se caracteriza porque el profesional sanitario utiliza sus conocimientos, para determinar la situación clínica del paciente y elegir qué tratamiento es el más adecuado, sin tomar en cuenta la participación del paciente y su derecho de autonomía.

Este modelo, basado exclusivamente en la beneficencia y no maleficencia, ha sido el que ha dominado la práctica médica desde los primeros tiempos. Se produce un abuso del principio de beneficencia ya que supone la desautorización intencionada de las preferencias o acciones de una persona. El modelo más claramente vinculado al paternalismo es el biomédico o biologicista. Apoya la figura

del médico como un experto de autoridad científico-técnica, autosuficiente en su campo, que sabe siempre lo que es mejor para el paciente desde la perspectiva de lo clínicamente indicado. El médico asume una posición paternal mientras que el paciente se somete "pacientemente" a su criterio. La autonomía del paciente se queda básicamente en asentir ante las decisiones médicas.

Este modelo entra en clara contradicción con el principio de autonomía y con los principios de la rehabilitación psicosocial. Ha generado corrientes como la antipsiquiatría, muy progresista al intentar defender los derechos de las personas con enfermedad mental liberándolas de los "manicomios", pero que actúa también de una forma paternalista al no atender los deseos de la persona y tampoco tener en cuenta la individualidad de cada caso.

En la práctica clínica diaria con personas con trastornos mentales existe mayor riesgo de que el profesional decida con arbitrariedad, y no es difícil verse arrastrado por el modelo paternalista. Personas con trastorno mental grave, por el hecho de tener un problema mental, se les puede suponer incapaces de saber decidir sobre su salud o bienestar. De hecho, muchos de estos pacientes, cuando presentan importante alteraciones clínicas, deterioro psicosocial acentuado, y no cuentan con ambientes familiares estructurados, son firmes candidatos a la incapacitación civil como medida de protección. Estos pacientes pueden mejorar significativamente su capacidad de ser autónomos cuando siguen un proceso de rehabilitación psicosocial. Sin embargo, paradójicamente, la legislación, con objetivos de "proteccionismo" mal entendido, asocian a estas personas como "presuntos incapaces" de por vida, y hay una resistencia a la revisión de su situación de incapacidad, viéndose limitados de parte de sus derechos de forma indefinida.

8.3.2. El modelo informativo

El modelo informativo, se caracteriza porque el profesional actúa como un técnico que proporciona al paciente toda la información relevante, para que pueda elegir y el "técnico" lo lleve a cabo.

El facultativo se limita a diagnosticar la enfermedad, explicar al paciente las opciones de tratamiento junto con los beneficios esperados y los riesgos potenciales, presentarle los pros y contras de cada opción, sin hacer ninguna recomendación. En este modelo, la beneficencia no la ejerce el médico sino que el paciente, basándose en su autonomía, determina lo que es "bueno para él".

A la hora de desarrollarse, en este modelo ha tenido un peso grande la medicina defensiva, en un contexto donde las demandas judiciales a los profesionales de la salud por parte de clientes no satisfechos van creciendo a una rapidez vertiginosa.

Este modelo presenta grandes lagunas éticas y en temas de salud mental podría llevar a actuaciones claramente maleficientes. Por respeto a la libertad del paciente, se le reconoce una competencia y una potestad para tomar decisiones tomando como guía sus valores y creencias. De alguna manera, el profesional deja solo al paciente con la responsabilidad de tomar decisiones sobre temas en los que no tiene preparación suficiente y para los que tampoco tiene competencia suficiente pudiendo hacer elecciones irracionales y peligrosas sobre su salud

8.3.3. El modelo deliberativo

Si en el modelo paternalista, los valores del paciente son los que comparte el profesional, en el deliberativo, al contrario, está abierto a discusión y revisión por el paciente o tutor.

La utilización de este modelo conlleva ayudar al paciente a determinar y elegir, entre aquellos valores que están vinculados con su salud, los que sean mejores, o sea, los que tengan una eficacia más probada, los que tengan menos reacciones adversas, los que tengan menos riesgos, etc. El terapeuta establece un diálogo con el paciente, donde no sólo le informa sino que trata también de persuadirle y no imponerle sobre la mejor opción, tratando de tomar decisiones de forma conjunta.

Pero también este modelo presenta algunos inconvenientes. Por un lado, cabe preguntarse si es propio de los profesionales de la salud juzgar los valores del paciente, con el riesgo de crear un conflicto entre ambos en relación con el valor que debe de prevalecer. En segundo lugar, la intervención terapéutica dependerá del facultativo; pero las recomendaciones no deberían depender ni de los juicios de éste sobre la importancia de los valores del paciente, ni de los valores que asuma el profesional sanitario. Por último, las personas cuando acuden al profesional desean recibir una atención y no involucrarse en una discusión moral o una revisión de sus valores.

Si los pacientes atendidos son personas por trastorno mental grave, existe, además, un riesgo elevado de convertirse este modelo en una relación paternalista, al tratar con personas con escasa o nula conciencia de enfermedad, con graves alteraciones cognitivas en muchos casos que dificultan su capacidad para tomar decisiones. No obstante, si se aprecia incompetencia, ésta será en casos concretos y en determinadas situaciones clínicas y nunca en términos generales, lo que supone que puede ser incompetente para algunos casos, pero no para otros.

En aquellos casos en los que existe incapacidad legal, el tutor deberá valerse de todo cuanto sepa sobre él para poder tomar así una decisión en su nombre. No obstante, el tutor deberá de evitar tener como referencia única y exclusivamente

su escala de valores y creencias, debiendo poner como base las de la persona que representa, para decidir la mejor opción para él.

Es obvio que sólo puede haber una participación en el proceso de rehabilitación si hay una información adecuada y compartida. Pero el problema ético se plantea cuando, por un lado, el profesional se ve en la necesidad de guardar confidencialidad sobre todo lo que el paciente le haya confiado y de lo que de él haya conocido en el proceso de la intervención y, por otro, tiene que informar a los tutores legales, ya que tienen que tomar decisiones junto con el clínico, en nombre del incapacitado. No cabe duda de que podemos encontrarnos con situaciones muy complicadas a la hora de determinar hasta dónde debemos llegar. Parece razonable que el profesional sanitario deberá mantener, siempre que la situación clínica lo permita, una relación empática y fluida con el paciente preguntándole hasta dónde desea que otros se impliquen en el tratamiento. En cualquier caso, deberá respetarse el derecho a la confidencialidad, y comunicar solo aquello que atañe a la terapia o a la intervención, para no desvelar información íntima de éste.

Hay varios argumentos a favor del modelo deliberativo en salud mental. Que un paciente tenga una incapacidad legal no significa que no tenga nada que decir sobre determinadas cuestiones de su tratamiento y que estén excluidas de su derecho a participar en el proceso asistencial. Un caso que se nos presenta muy a menudo en rehabilitación es el de aquel paciente que teniendo sentencia de incapacitación legal su terapeuta considera que debe ingresar en una unidad hospitalaria de rehabilitación y él no lo comparte. ¿Debería tramitarse al juez una solicitud de autorización de ingreso involuntario?. Y en aquellos casos que está siguiendo un proceso de rehabilitación y trascurrido un tiempo el paciente desea interrumpirlo, ¿se debería de dar de alta al paciente, o éste debe continuar ingresado ya que "está incapacitado" para tomar decisiones sobre su proceso asistencial?. No pensamos que esta sea una práctica ética, al fin y al cabo la incapacidad legal no les inhabilita como personas con derechos y que deban de ser excluidas de decisiones tan relevantes.

Sobre este asunto se pronuncia la Organización Mundial de la Salud en el principio número 5 de los Diez principios básicos de las normas para la atención de la salud mental (1995): debe solicitarse la opinión del paciente, al margen de su capacidad para dar su consentimiento, y prestarle la debida consideración antes de llevar a cabo acciones que afecten su integridad o libertad.

Y es que, incluso en el caso de que la persona no sea competente, sigue siendo el actor principal y debe de ser escuchado cuando se trata de tomar decisiones sobre su proceso asistencial. De la misma manera, también los incapacitados, sin perjuicio de la responsabilidad que recae en los tutores legales, tienen derecho a

ser informados sobre el tratamiento psicofarmacológico de un modo claro y comprensible. Medicamentos como los neurolépticos pueden tener efectos adversos desagradables como el incremento de peso, la disfunción sexual o la sedación. ¿La privación de la información sobre estos efectos secundarios facilita el cumplimiento con la toma de medicación?. Todo lo contrario, existe evidencias de que un tratamiento integral incluyendo técnicas psicoeducativas aumenta el cumplimiento de la medicación y la adherencia al tratamiento. Y, sin embargo, la ausencia de conocimientos sobre los efectos positivos o las consecuencias aversivas de la medicación priva al paciente del derecho que tiene a que se le aplique el principio de autonomía. Por contra, con el hecho de pedirle su opinión, respetando la confidencialidad que éste otorgue, puede reforzar la relación terapéutica y mejorar la adherencia al tratamiento.

La Organización de Naciones Unidas en el principio número 11 de los Principios para la protección de los enfermos mentales y la mejora de la atención de la salud mental, mantiene una posición inequívoca al señalar que el facultativo debe de comunicar sobre: a) el diagnóstico y su evaluación; b) el propósito, el método, la duración probable y sus respectivos beneficios esperables; c) las modalidades alternativas del tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles; d) las reacciones adversas y los riesgos y secuelas del tratamiento.

En conclusión, la aplicación del modelo deliberativo en salud mental y en la práctica de la rehabilitación psicosocial es consecuente con la consideración de las personas con trastorno mental grave, incluso los que están incapacitados, como ciudadanos que tienen unos derechos que el profesional asistencial debe respetar. Es el modelo que más se acerca al principio de autonomía, demanda un compromiso por parte del profesional sanitario, no es una forma de paternalismo disfrazado y se exige una comunicación entre paciente y terapeuta para elegir entre aquellos valores que son los mejores para la salud de los pacientes.

8.4. Marco normativo básico en la relación terapéutica:

La necesidad de establecer un código ético en psiquiatría ya se puso de manifiesto en el año 1977, cuando la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría promulgó unas normas dirigidas a toda la clase médica de la especialidad, bajo el nombre de Declaración de Hawai.

Los contenidos de esta declaración siguen vigentes a pesar de que han transcurrido casi 35 años, hasta tal punto que la mayor parte de su contenido ha sido recogida en textos normativos de obligado cumplimiento y se hace extensible a otros profesionales de la salud mental como el psicólogo clínico.

Las principales directrices de esta Declaración son:

a) La finalidad de la psiquiatría es promover la salud, la autonomía personal y el crecimiento del paciente.

b) Debe ofrecerse a todos los pacientes la mejor terapéutica de que podamos disponer y se le tratará con el respeto debido a la dignidad de todo ser humano, respetando su autonomía sobre su vida y su salud.

c) La relación terapéutica paciente-psiquiatra está fundamentada en un acuerdo entre ambos (alianza terapéutica). Esta relación requiere confianza, confidencialidad, apertura, cooperación y responsabilidad mutua.

d) El psiquiatra debe informar al paciente de la naturaleza de su trastorno, del diagnóstico, de todo lo referente a la terapia recomendada, dándole la oportunidad de escoger entre los métodos apropiados disponibles.

e) No se debe llevar a cabo ningún procedimiento ni seguir ningún tratamiento contra la voluntad del paciente o independientemente de ésta, a no ser que éste no tenga capacidad para decidir o que, por esta razón sea una amenaza para otras personas. En estos casos, podrá o deberá administrarse un tratamiento forzoso si es en beneficio del paciente, si se puede presumir de un consentimiento informado retroactivo y si, es posible, se obtiene el consentimiento de alguna persona cercana al paciente.

f) Siempre que la aplicación de un tratamiento forzoso no esté justificada, el paciente podrá ser dado de alta, a no ser que voluntariamente consienta a continuar con el tratamiento.

g) El psiquiatra nunca deberá hacer uso de las posibilidades que le ofrece su profesión y especialidad para perjudicar al paciente y debería hacer lo posible para no permitir que sus propios deseos, sentimientos o perjuicios interfieran en el tratamiento.

h) Todo lo que el paciente dice o explica al psiquiatra, o éste ha sabido durante el tratamiento, debe ser considerado confidencial a no ser que el propio paciente exima al psiquiatra del secreto profesional, o bien cuando valores vitales comunes o el mejor interés del paciente hagan imperativa la revelación de esta información, en cuyo caso debe informarse inmediatamente al paciente de que se ha roto el secreto profesional.

i) Antes de someter al paciente a cualquier tipo de intervención, investigación, exposición como caso clínico, etc., debe obtenerse el consentimiento informado de éste y su participación debe ser siempre voluntaria tomando las medidas necesarias para mantener su anonimato. En el supuesto de no tener capacidad para consentir, deberá hacerlo en su lugar un familiar o persona próxima.

j) Todo paciente que esté sujeto a experimentación, es libre de retirarse en cualquier momento del tratamiento. El psiquiatra tiene la obligación de interrumpir todo programa terapéutico, didáctico o experimento que pueda tener un resultado contrario a los principios éticos contenidos en esta declaración.

Por su parte, La Asociación Americana de Psicología Pública en los "Principios Éticos de los Psicólogos y el Código de Conducta" (2010), establece cinco principios éticos generales que, son considerados el cuerpo ético de la profesión de psicólogos. Estos Principios Generales, que recogen el consenso relativo a los principios morales que son especialmente relevantes en la ética biomédica, pueden servir de guía a los psicólogos que trabajan en rehabilitación psicosocial tanto en la práctica clínica como la investigadora y docente:

a) Beneficencia y no maleficencia. De acuerdo con este principio la actuación profesional del psicólogo debe de dirigirse a hacer el bien a las personas que reciben tratamiento psicológico. Los psicólogos en su ejercicio profesional tratarán de salvaguardar el bienestar y los derechos de las personas a las que proporciona asistencia y otras que resulten afectadas. En caso de duda, tratarán de preservar el principio de evitar o reducir al mínimo los posibles daños.
b) Fidelidad y responsabilidad. Los psicólogos deben establecer relaciones de confianza con aquellos con quien trabajan y, además, ser conscientes del alcance de su responsabilidad hacia la sociedad y la comunidad en la que desarrolla su actividad profesional.
c) Integridad. Los psicólogos deben promover la honestidad y la veracidad en la práctica profesional. No deberá involucrarse en fraudes o engaños, cumplirá con sus promesas y tratará de evitará implicarse en ofertas o compromisos poco claros o difíciles de lograr.
d) Justicia. Reconoce el derecho de todas las personas a acceder y beneficiarse de las aportaciones de la psicología y a recibir prestaciones psicológicas de la misma calidad para todos los usuarios. Los psicólogos tienen que ser cautelosos y tomar precauciones para asegurarse de que sus posibles sesgos y las limitaciones de sus conocimientos no den lugar a prácticas injustas con las personas que reciben tratamiento.
e) Respeto de los Derechos de las personas y su dignidad. Este principio aboga por el respeto de los derechos y la dignidad de todas las personas, los derechos de los individuos a la privacidad, la confidencialidad y la autonomía. Los psicólogos deberán salvaguardar y proteger los derechos y el bienestar de las personas más vulnerables. Tendrán también que respetar las diferencias culturales e individuales como la edad, sexo, tratando siempre de

que su práctica profesional no se vea condicionada por estas diferencias o cualquier otro tipo de prejuicio.

La Declaración de Madrid sobre los Requisitos Éticos de la Práctica de la Psiquiatría, ahonda sobre cuestiones similares y desarrolla pautas para situaciones específicas.

Merece una mención especial para el contenido de este capítulo la pauta 9 sobre la ética de la psicoterapia en medicina.

Se hace hincapié en la formación técnica adecuada que debe tener el psiquiatra que lleve a cabo una psicoterapia y en que ésta se debe regir por las mismas normas que rigen cualquier tratamiento médico, es decir en resultados sólidos de investigación y en la experiencia clínica y adecuado a las necesidades del paciente y teniendo en cuenta las circunstancias personales, familiares, religiosas y culturales.

Al igual que con cualquier otro tipo de tratamiento en medicina, la indicación de la psicoterapia debe ser consecuencia de un consentimiento informado y se debe hacer saber al paciente que la información compartida y su historia clínica son confidenciales, excepto cuando el propio paciente de un consentimiento informado específico para proporcionársela a terceras partes, o cuando un tribunal de justicia requiera la historia clínica.

La pauta 10 hace referencia a conflictos de interés con la industria y advierte sobre la necesidad de negarse de manera activa a aceptar regalos o donativos que pudieren influir de modo indebido en la actividad profesional del clínico y sobre la obligación poner en conocimiento del Comité de Ética correspondiente y de los sujetos del estudio de investigación, sus acuerdos financieros y contractuales con el patrocinador del estudio, si los hubiere cundo se hagan ensayos clínicos.

En esta misma línea advierte de que un bajo nivel educativo o cultural de un paciente no debe ser excusa para pasar por alto la obligación de asegurarse que ha comprendido todos los matices del consentimiento informado en la realización de ensayos clínicos.

Por último, nos parece de especial relevancia en el momento actual, donde prima la privatización de los servicios sanitarios hacer mención a la pauta 11 referida a conflictos con terceras partes financiadoras.

Por su claridad y concisión lo reproducimos textualmente: *Las obligaciones de las empresas con sus accionistas y de los gestores con el aumento de los beneficios y la reducción los costes, pueden no ser compatibles con los principios de la buena práctica. El psiquiatra que desarrollare su actividad en circunstancias potencialmente conflictivas, debe defender, ante todo, el derecho de los pacientes a recibir el mejor tratamiento posible*.

Otros textos han seguido en esta línea de promulgar los grandes principios rectores de la práctica asistencial con pacientes que sufren trastorno mental, y en especial sobre el respeto de los derechos de estos pacientes.

A nivel europeo merecen ser destacados:

• *Recomendación 2004 (10) sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales, del Consejo de Europa.*

• *Declaración Europea en Salud Mental (Enero 2005)*, aprobada por la Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental.

• *Convenio relativo de los derechos humanos y la biomedicina (convenio de Oviedo).*

Todos estos textos pretenden promover la coordinación a nivel internacional en cuanto a los criterios éticos y de respeto a los derechos humanos que deben imperar en la práctica en salud mental, estableciendo por lo menos una base común válida para todos los estados, a partir de la cuál se puedan desarrollar normativas y políticas sanitarias concretas, ajustadas a las necesidades de cada país.

En España, el marco legislativo actual lo marca la Constitución que recoge con carácter general en su artículo 43 el Derecho a la protección de la Salud, y establece más específicamente en su artículo 49 «*La obligación de los poderes públicos de llevar a cabo una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales, a los que prestará la atención especializada que requieran y les ampararán especialmente en la consecución de los derechos que otorga a todos los ciudadanos*».

Más allá del texto constitucional, la aplicación de sus principios y enunciados principales se ha llevado a cabo mediante el correspondiente desarrollo normativo a través de leyes y reglamentos. En este sentido, si bien es cierto que el tratamiento específico de los pacientes con trastornos mentales y el respeto a sus derechos básicos no cuentan con una ley especial, sí que se contemplan dentro de normas más generales, bien con apartados especiales, bien siéndoles de aplicación, igual que al resto de pacientes, la regulación de derechos de los usuarios de servicios sanitarios.

Si bien desde 1984 en España existía una Carta de Derechos y Deberes de los pacientes, la primera vez que se que se formulan en una norma de derecho positivo es en la Ley General de Sanidad de 25 de Abril de 1986. Sus artículos 10 y 11 recogen un listado de derechos que incluían por primera vez la mención del derecho a la información, a prestar el consentimiento informado, etc. Dicha ley, también recoge en su artículo 20 un redactado específico bajo el epígrafe «De la salud mental», basándose en la plena integración de las actuaciones relativas a salud mental en el sistema sanitario general y en la total equiparación de la persona

con enfermedad mental a las otras personas que requieren servicios sanitarios y sociales, en unos principios sobradamente conocidos por todos los profesionales de la rehabilitación.

A pesar de estos principios recogidos en la ley, transcurridos 25 años desde su vigencia, estamos aún muy lejos de alcanzar sus objetivos aún cuando se ha avanzado mucho en este tiempo. Sin embargo, la coordinación entre servicios sanitarios y sociales es francamente precaria y a veces dentro del propio ámbito asistencial.

Respecto a la formulación y reconocimiento de derechos de los pacientes en general, y por lo tanto también en salud mental, se ha producido un importante avance legislativo en los últimos años, sobre todo en la legislación sobre el derecho a la autonomía y de derechos y obligaciones sobre información y documentación clínica, que se ha concretado a nivel estatal en la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*.

8.5. Aspectos prácticos en relación a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Esta Ley ha sido debatida por los diferentes profesionales de la rehabilitación psicosocial porque parece que deja al margen a los dispositivos socio-sanitarios e incluye a todos los sanitarios.

Pero esto no es así. La aplicación de las leyes depende en gran medida de principios filosóficos y de políticas de organización de servicios.

Vamos a comentar brevemente algunos conceptos y principios de esta Ley.

Se define como Centro sanitario, *el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios*.

Según esta definición serían centros sanitarios los Centros de Rehabilitación Psicosocial, los Centros de Día, las Miniresidencias y otros recursos residenciales independientemente de su adscripción administrativa.

Pero hay un problema, estos centros no suelen contar con médico, figura a la que la Ley otorga el poder de decisión, hasta el punto de que cuando define el informe de alta, habla específicamente de Informe de alta médica *-el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas-*.

Según esta definición los psicólogos que prestan sus servicios en dispositivos de rehabilitación, incluidos los sanitarios, están infringiendo la ley, puesto que emiten informes de alta.

Esto en el sistema sanitario se salva con el término *facultativo*, según el cual se faculta a otros profesionales de la salud, concretamente a los psicólogos a tomar decisiones y se les equipara en muchos lugares casi en su totalidad, a excepción de la prescripción de fármacos, con los médicos.

La Ley 41/2002 menciona el término facultativo en nueve artículos, en cuestiones tan importantes como la libre elección, los límites del consentimiento informado, el consentimiento por representación, el contenido de la historia clínica, etc.

En este caso el problema es el mismo con los recursos socio-sanitarios, no hay facultativos.

Si entramos en esa discusión también podríamos entrar en otras. Por ejemplo, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias no considera a los trabajadores sociales profesionales sanitarios y han estado siempre presentes en los dispositivos de salud mental siendo la pieza fundamental de los programas de continuidad de cuidados.

Al margen de estas consideraciones, vamos a hacer referencia a elementos e esta ley válidos para todo tipo de dispositivo o programa de rehabilitación psicosocial, analizando algunos de sus problemas.

8.5.1. El derecho a la información

Uno de los principales motivos de insatisfacción y queja de los usuarios de los servicios sanitarios es la falta de información. Esta queja persiste incluso cuando el resultado general de las intervenciones asistenciales es plenamente satisfactorio. No obstante, surgen problemas a la hora de determinar la forma y el contenido de la información. Los clínicos seguimos preocupándonos por el efecto perjudicial que pudiera tener para el paciente recibir toda la información sobre su enfermedad, y con frecuencia se invoca al *privilegio terapéutico*, una formulación más actualizada de principios paternalistas tradicionales que sostiene que en determinados pacientes y en determinadas situaciones el terapeuta debe retener o diferir la información. Hoy en día, existen pocas dudas acerca del derecho a la información, otra cosa es cómo, cuándo y en qué contexto facilitamos esa información. Cuando el destinatario es una persona con trastorno mental grave, al profesional se le puede presentar todavía mayores dudas sobre la cantidad y calidad de información que se debe dar. Por ejemplo, siempre puede aparecer el temor de que empeore el cumplimiento del tratamiento si se expone abiertamente

los efectos secundarios de los fármacos. En tales casos se corre el riesgo de caer en actitudes paternalistas y en una utilización excesiva del privilegio terapéutico. El usuario tiene derecho a la información asistencial incluso cuando está incapacitado legalmente, en cuyo caso se debe adaptar esa información a sus capacidades cognitivas. Un ejemplo puede ser el tratamiento con clozapina, en el que es el tutor legal el que tiene que firmar el consentimiento, pero esto no debe ser una excusa para no informar al paciente de las razones de ese tratamiento, sus posibles efectos adversos o las analíticas que requiere.

En aras del cumplimiento de este deber asistencial ha habido en los últimos tiempos una profusión de folletos informativos, guías de acogida, etc., que se da por igual a todos los pacientes sin tener en cuenta que no siempre les sirve de ayuda, y que a veces puede llegar a ser perjudicial. Lo que nunca debe faltar es información verbal. El profesional deberá estar dispuesto a darla todas las veces que sea necesario a lo largo del proceso de rehabilitación.

La Ley de Autonomía deja claro que el derecho a la información la tiene el paciente, incluso en caso de incapacidad. En rehabilitación es fundamental contar con la implicación de la familia por lo que también ésta necesita recibir información comprensible. No obstante, el paciente debe de autorizarlo y, a veces, el terapeuta tiene que persuadirle para que permita incluir a los miembros familiares más relevantes en el desarrollo del plan de rehabilitación.

8.5.2. Confidencialidad de la información

La Ley General de Sanidad ya recogía en su artículo 10 el derecho de los enfermos a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público. En la Ley de Autonomía queda plasmada en la custodia de la historia clínica. No obstante, este término es mucho más amplio y está relacionado con el secreto profesional.

En el pasado, el concepto de secreto profesional ha sido usado con diferentes acepciones. Una de ellas se refiere al secreto entre los médicos que mantenía a estos en un estatus especial fuera del peligro de los intrusos. Otra acepción es el del secreto del médico respecto al paciente, según la cual, bajo una actitud paternalista se protegía al paciente de una información que no iba a ser capaz de entender. Una tercera acepción es la obligación de no divulgar información que se da en una relación de confianza como la que se establece entre el profesional de la salud y su paciente. Esta es la que corresponde al término actual de confidencialidad.

Actualmente, desde un planteamiento de salud mental comunitaria y especialmente en el caso de la rehabilitación, la confidencialidad es un deber de todo el equipo multidisciplinar y algo difícil de mantener en las coordinaciones entre todos los agentes implicados. La existencia de estos espacios de coordinación y de la configuración de los equipos es algo que también debe ser informado.

No obstante, el deber de confidencialidad no es absoluto. La ley contempla varias excepciones que tiene que ver con los principios de no maleficencia y de justicia. Un ejemplo en el que no informar se consideraría una mala práctica es cuando un paciente informa a un profesional de su deseo de quitarse la vida y le pide confidencialidad. La persona que escucha esta información está liberada de ese deber. Un ejemplo similar es cuando un paciente informa de que no está tomando la medicación y pide que no se le comente a su psiquiatra.

Los profesionales deben de esforzarse por mantener un equilibrio entre el principio de confidencialidad y la necesidad de información que precisan los cuidadores y familiares para poder atender a los pacientes de manera apropiada.

La Ley introduce algunas precisiones en relación con la historia clínica que merecen también un comentario. Así, incluye de manera explícita el llamado secreto ampliado, al indicar que todo el personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto, En rehabilitación este asunto es muy delicado. Son equipos multidisciplinarios los que intervienen en el diseño y aplicación del plan de rehabilitación y, por tanto, son varios los profesionales y de varias disciplinas los que necesitan tener acceso a la información que se recoge en el plan de rehabilitación. La Ley extiende la responsabilidad del secreto profesional a todos los profesionales, incluso a aquellos alumnos que estén en formación realizando prácticas, pero se necesita multiplicar las precauciones para no vulnerar la confidencialidad en ningún momento.

8.5.3. Derecho a la intimidad

Este derecho está recogido en el Capítulo III de la Ley 41/2002 haciendo referencia al *derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley*, pero sus implicaciones van mucho más allá.

El respeto a la intimidad conlleva un respeto por lo más oculto de la persona, reconociendo la individualidad de cada ser humano. Se trata del derecho a la libertad de una persona a protegerse frente a la intromisión no deseada de otras personas y está relacionado con el principio más importante, la dignidad.

Los pacientes con trastorno mental grave que siguen un proceso de rehabilitación, en muchos casos durante largos periodos de tiempo, son especialmente vulnerables. Esta condición de especial fragilidad exige del conjunto del equipo profesional una mayor preocupación para que la dignidad de todas las personas que reciben tratamiento sea en todo momento respetada. En el día a día, la intimidad y la confidencialidad corren el riego de ser vulneradas, por ejemplo, cuando los profesionales comentan o hablan de pacientes en lugares comunes o públicos que no ofrecen privacidad (una cafetería, trasporte público o en los propios recintos donde desarrollan su trabajo) si no se hace con precaución y asegurándose de que no están escuchando personas ajenas al equipo u otros pacientes. Esto se puede hacer extensivo a espacios técnicos como son los congresos o los cursos de formación.

Cuando se trata de pacientes ingresados, son numerosas las situaciones que comprometen el derecho a la intimidad, entre otras: la entrada en las habitaciones sin haber pedido permiso, la presencia del personal cuando un paciente se está duchando, el registro de un armario cerrado con llave, etc. Medidas como realizar un registro de una habitación de un armario o incluso de los bolsillos o bolso de un paciente tienen que estar siempre muy justificadas y hacerse en condiciones que no vulneren la dignidad de la persona. Un ejemplo lo vemos cuando hay ciertas evidencias de que un paciente tiene droga que está ofreciendo a otros usuarios o cuando en un paciente con intentos autolíticos repetidos se sospecha que por su estado clínico ha podido apropiarse de algún utensilio para atentar contra su integridad.

En cualquier caso lo que debe primar es no hacer al paciente lo que no nos gustaría que nos hicieran a nosotros.

8.5.4. Consentimiento informado

Se define como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada acerca de una actuación que afecta a su salud.

Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes.

Para poder consentir es necesario estar informado. La información debe ser completa, comprendiendo, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. La regla general es que esta información sea verbal, aunque habrá que dejar constancia en la historia clínica de que se ha informado al paciente. Sólo en algunos casos se requiere el consentimiento por escrito.

El cumplimiento del derecho a la información recae sobre el clínico responsable del paciente, pero también serán responsables de informarle los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial.

Así mismo, la ley contempla que el consentimiento debe hacerse para cada actuación, es decir, no vale con que el usuario al entrar en un recurso consienta sobre todo el proceso terapéutico que pueda desarrollarse en el futuro sino que debe hacerse cada vez que se inicia un tipo de intervención. La ley reconoce además el derecho del paciente a revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

El principio de individualización, uno de los principios básicos que rigen la rehabilitación psicosocial permite que las condiciones de los tratamientos no sean normas generales que se aplican a todos por igual, sino consensuadas con quienes directamente pueden ser afectados. En este sentido, los contratos de conducta son instrumentos terapéuticos, suficientemente contrastados, que además de exigir una aplicación individualizada, requiere el consentimiento por escrito del paciente. Igualmente, permite que el paciente pueda revocar libremente su consentimiento en cualquier momento. Aunque su aplicación es compleja cuando el contexto donde se encuentra el paciente es difícil de controlar y exigencias como las revisiones periódicas de los acuerdos recogidos son complicadas de llevar a cabo, cumple perfectamente con las directrices éticas que aseguran un buen uso de la tecnología comportamental. Sin embargo, a veces puede producirse abuso o mal uso de determinadas técnicas. Así, ante las dificultades de encontrar reforzadores positivos en personas con sintomatología negativa acentuada cabe la tentación de recurrir excesivamente a la utilización de técnicas como el coste de respuesta, más apropiadas para la disminución de conductas desadaptadas, y dejar de emplear técnicas basadas en el reforzamiento positivo para el desarrollo y fortalecimiento de conductas socialmente adecuadas. La rehabilitación psicosocial es una práctica que debe hacer uso de técnicas psicológicas cognitivo-conductuales, pero que exige su enmarcación en la ética, y que en cada momento del proceso terapéutico se demande la conformidad voluntaria y consciente del paciente.

El uso de la contención mecánica se suele hacer sin consentimiento informado. Es una técnica necesaria y útil siempre que se ajuste a indicaciones clínicas, que debe ser utilizada en muy pocas ocasiones en tanto que restringe claramente la libertad personal. Por ello, sólo se aplica en situaciones extremas para garantizar la seguridad del paciente y de su entorno. La indicaciones está recogidas por la APA y existen protocolos en todas las unidades.

La contención mecánica, como acto terapéutico impuesto al paciente, está vinculada a los mismos condicionamientos legales que el ingreso involuntario y por tanto debe estar indicada por el facultativo siempre que el ingreso sea involuntario.

En el caso de que el proceso de rehabilitación psicosocial deba iniciarse o dar continuidad con ingresos hospitalarias en unidades de rehabilitación, el ingreso debe de hacerse de forma voluntaria y, solo en situaciones excepcionales, debe solicitarse al juez autorización para hacer un ingreso involuntario. En estos casos no debe de abusarse de las "ventajas" que para muchos profesionales el ingreso involuntario ofrece al poder iniciar un proceso de rehabilitación aunque sea sin el consentimiento voluntario del paciente y la condición de involuntariedad debería ser revisado de forma continua y nunca alargarlo más del tiempo estrictamente necesario.

Otra situación en la que no es necesario el consentimiento es cuando existe riesgo de salud pública, en casos de urgencia y si no es posible contactar con terceros.

Por último, el hecho de que una persona se niegue a recibir un tratamiento no puede llevar como consecuencia el alta si existen intervenciones alternativas y el paciente las acepta.

8.6. Conclusiones

Este capítulo no pretende dar respuestas concretas ante dilemas éticos, pero sí orientar en la toma de decisiones, proporcionando un marco legislativo y normativo que, a pesar de la casuística tan variada con la que el profesional de la salud mental puede encontrase, le permita reflexionar sobre la mejor forma de actuar.

Como resumen podemos considerar, algunas variables favorecedoras de las "intervenciones éticas":

- El trabajo en equipo
- La existencia de una cultura de rehabilitación.
- El análisis de lo cotidiano.
- La participación en la gestión de familiares y usuarios.
- Marcar el contexto de las unidades hospitalariasd de rehabilitación dentro de la red asistencial.
- Afán por ofrecer un tratamiento integral.

En cuanto a las características de las intervenciones en rehabilitación promotoras de ética, consideramos, al menos las siguientes:

- Que den respuesta a las necesidades de los usuarios - en menor medida a sus déficits y a sus síntomas.
- Que partan de una aceptación incondicional: los errores son una fuente de aprendizaje.

- Que reconozcan la capacidad de crecimiento de la persona.
- Basadas en la defensa de sus derechos: información, participación en la toma de decisiones (PIR), intimidad, privacidad etc.
- Que transmitan estimulación y capacitación (programas): empoderamiento/aprendizaje/generalización.
- Que validen la biografía de la persona.
- Que apoyen la relación y participación de otros sistemas: familia, comunidad. El crecimiento descansa en gran medida en las interacciones.
- Que contemplen cada recorrido personal y valoren los cambios efectuados (procesos de recuperación).
- Que hagan frente al estigma y al autoestigma.
- Que promuevan la autonomía y la autodeterminación.

Capítulo 9.- Recomendaciones y conclusiones.

Este Documento Técnico está impregnado en todos sus capítulos y apartados de una máxima común: La Rehabilitación Psicosocial (RPS) debe centrarse en la subjetividad. Desde una atención basada en los recursos se llega a una atención ajustada a la persona, orientada a la recuperación, que trabaja en las posibilidades personales, con una fuerte relación en la continuidad de cuidados, la red asistencial y las interacciones sociales. La autonomía personal, la clínica, el relato biográfico, el acompañamiento, la atención domiciliaria, la construcción de una red de redes, el empoderamiento, la participación de la sociedad civil, el respeto a los derechos de la ciudadanía… son los elementos más destacables en una nueva reformulación de la Rehabilitación Psicosocial.

Todo ello desde una sociedad del siglo XXI, una sociedad abierta y cambiante donde el entorno comunitario debe favorecer de forma interdependiente los procesos de socialización, autorrealización, sentido de pertenencia e individualización, presentes en el proceso de recuperación. Es éste un recorrido, un itinerario único donde las personas participan, cooperan y ejercen la gobernanza. De la misma manera la recuperación debe ser entendida como objetivo a promover por los servicios de Salud Mental y no sólo de los servicios de rehabilitación.

Los profesionales podemos favorecer, desde diferentes modelos y ámbitos de actuación, las condiciones para que los usuarios puedan tomar conciencia del sentido de sí mismos, para que puedan integrar sus experiencias, protegerse de las emociones desagradables que están vivenciando y, con nuevas herramientas puedan continuar su camino hacia un horizonte que aún no ha sido trazado por nadie.

La Salud Mental comunitaria se ha transformado en los últimos tiempos, abriendo paso a un nuevo concepto de Comunidad de Cuidados donde los principios de aplicación son: favorecer la autonomía, continuidad de cuidados, efectividad, accesibilidad, amplitud, equidad, responsabilidad, coordinación, eficiencia, vecindad y redes.

La participación ciudadana es un instrumento útil, válido y necesario para mejorar el sistema. Las administraciones no deben vivirlo como una amenaza. Es necesaria una adecuación, otras estructuras que sustituyan a mecanismos obsoletos, lo que exige un cambio cultural en la organización sanitaria y en los estilos de gestión. La participación activa de los ciudadanos y usuarios es necesaria creando nuevos foros participativos.

La Rehabilitación Psicosocial debe ser concebida a través de la intervención en redes sociales, como un enfoque de intervención comunitaria sobre numerosos problemas o necesidades que presentan las personas con trastornos mentales graves, donde una gran variedad de equipos multiprofesionales actúan como

dinamizadores y catalizador social de procesos psicosociales de comunicación, participación y organización relativos a un conjunto de espacios (sanitario, social y laboral) cada uno en su propia red y en conjunto conformando una red de redes.

Una perspectiva global de la historia reciente nos lleva a entender el manicomio como fenómeno universal y con similares características en todos los países. De la misma manera, la implantación de la RPS parece haber seguido una pauta temporal. Comienza como metodología de desinstitucionalización, seguida por el desarrollo de recursos comunitarios y preocupación por sus diferentes aspectos (organizativos, científicos, económicos), el desarrollo de recursos de ingeniería social para la inclusión social (laboral, ciudadana) de los afectados y finalmente por describir el proceso (la recuperación de los usuarios). En esta secuencia podemos describir fenómenos típicos: la resistencia al cambio de las instituciones, la dificultad de trasladar recursos institucionales a la comunidad, y los prejuicios de las comunidades hacia los enfermos, que se expresan como resistencia a la aceptación de los recursos comunitarios en su barrio. Algunos temas que se perciben hoy globalmente como importantes o como retos pendientes: sin duda, el reto más llamativo es la *inequidad y las barreras en la accesibilidad a los elementos básicos del tratamiento*. *La perspectiva de la recuperación (recovery)* ha sido el último de los conceptos en hacerse sitio en las bibliografías sobre RPS. La emergencia de movimientos civiles de usuarios puso enseguida de relieve el hecho de que los profesionales, los familiares y los usuarios no veían de la misma manera las prioridades en RPS.

La perspectiva de recuperación conlleva poner de relieve un aspecto descuidado: el de entender y describir el *recorrido subjetivo de la persona en el proceso de recuperación*. La RPS puso el acento en un cambio de paradigma ideológico y político, en el abandono de la lógica del manicomio y la adopción de un modelo comunitario basado en los derechos civiles y humanos de ciudadano.

La vía del *empoderamiento* de los usuarios les sirvió para reafirmarse, para establecer una identidad de colectivo que permitió definir sus problemas desde la perspectiva del usuario, en primera persona, a veces también para criticar a la psiquiatría y la manera en que se les había dejado solos, sin atender a su visión de los problemas.

El tema de *ciudadanía y derecho humanos* está hoy en primer plano, habida cuenta de que cuando se estudia de cerca, en todos los países del mundo se reportan problemas en este campo.

A nivel global, el *asociacionismo de usuarios* (familiares y pacientes) es una herramienta de gran importancia en el empoderamiento civil de los afectados.

En general, la creación de los servicios de salud mental ha adolecido de planificación, de manera que lo que venimos llamando red asistencial es en realidad una suma de equipamientos que han surgido aprovechando momentos favorables de crecimiento económico o de política sanitaria y que a menudo responden a diferentes conceptualizaciones clínicas de los trastornos mentales. Los servicios de RPS, a menudo dispares, con objetivos y estructuras diversas y pertenecientes a diferentes redes sanitarias o sociales, han ido ocupando progresivamente un lugar significativo en la red asistencial. Un modelo más centrado en la discapacidad que en las posibilidades del sujeto.

Trabajar en la Recuperación supone una visión más integrada, con la subjetividad como parte central de la actuación, actualizar la relación terapéutica, en continua evolución, priorizar la construcción de una vida significativa más allá del síntoma psicopatológico.

Cada vez se dispone de más evidencias acerca de la influencia de los factores sociales y de la exclusión social sobre la discapacidad vinculada al trastorno. La inclusión social aparece cada vez más como un objetivo y al mismo tiempo como un factor de cambio y de recuperación. La reconstrucción de roles socialmente significativos y participativos en la comunidad rompe el aislamiento favorecedor de la cronicidad. La intervención en las redes sociales más o menos próximas y más o menos formales constituye parte del tratamiento incluso, o fundamentalmente, en las fases tempranas de los trastornos.

En esta línea, la lucha contra el estigma, que implica tanto una intervención sobre las redes externas del sujeto (ciudadanía, profesionales, familiares) como sobre la internalización que de él haya podido hacer la persona, también adquiere una importancia central.

¿Cuál es el proceso de la recuperación?: Gracias a las interacciones que realiza, los aprendizajes que efectúa y el apoyo en el itinerario, se favorece y posibilita junto con la medicación, que la persona comience a tomarse como punto de referencia. La persona empieza a vivenciar el tiempo, a tener un papel activo, a efectuar propuestas, a situarse metas y objetivos, que le van dotando de un sentido a su vida y le embarcan en una socialización progresiva. Así se irá fraguando poco a poco la capacidad de dotar de continuidad a su pasado y a su presente de transferir intencionalidad a su futuro, de experimentar su vida y su realidad como algo significativo, de adoptar marcos de referencia y perspectivas compartidas, y de esperar a participar en diferentes configuraciones sociales, aumentando y creciendo su conciencia ciudadana.

Como resumen podemos considerar, algunas variables favorecedoras de las "intervenciones éticas": El trabajo en equipo, la existencia de una cultura de reha-

bilitación, el análisis de lo cotidiano, la participación en la gestión de familiares y usuarios, marcar el contexto de las unidades hospitalarias de rehabilitación dentro de la red asistencial, afán por ofrecer un tratamiento integral.

En cuanto a las características de las intervenciones en rehabilitación *promotoras de ética*, consideramos, al menos las siguientes:

- Que den respuesta a las necesidades de los usuarios - en menor medida a sus déficits y a sus síntomas.
- Que partan de una aceptación incondicional: los errores son una fuente de aprendizaje.
- Que reconozcan la capacidad de crecimiento de la persona.
- Basadas en la defensa de sus derechos: información, participación en la toma de decisiones (PIR), intimidad, privacidad etc.
- Que transmitan estimulación y capacitación (programas): empoderamiento/aprendizaje/generalización.
- Que validen la biografía de la persona.
- Que apoyen la relación y participación de otros sistemas: familia, comunidad. El crecimiento descansa en gran medida en las interacciones.
- Que contemplen cada recorrido personal y valoren los cambios efectuados (procesos de recuperación).
- Que hagan frente al estigma y al autoestigma.
- Que promuevan la autonomía y la autodeterminación.

Por último, si nos remitimos a la caracterización de la situación de la rehabilitación psicosocial recogida en el Cuaderno Técnico nº 6 de 2002, Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo, podremos observar que, salvo algunos matizaciones desde un punto de vista cuantitativo, el diagnóstico que se hizo en aquel momento, sería trasladable en casi todos sus extremos a la situación actual.

• *Una indefinición y falta de consenso sobre la denominación de los recursos de rehabilitación*. Aparecen dispositivos similares en su función con distinto nombre, y dispositivos con el mismo nombre que realizan funciones muy diferentes (ya se ha señalado previamente la importancia de adoptar sistemas de descripción estandarizada de recursos).

• *Dentro de una misma comunidad autónoma la dotación y el desarrollo de los recursos varía mucho de un área a otra*.

• *Dificultades de recogidas de datos en algunas comunidades autónomas, ya que no se han desarrollado registros específicos de recursos de rehabilitación*. En algunos casos han aparecido discordancias entre los datos oficiales y los datos facilitados por profesionales que trabajan en dichos recursos.

• *La diferente titularidad de los recursos* (servicios sociales, asociaciones de familiares, fundaciones privadas...) implica ya de por sí una mayor diversidad en las formas de registros.

• *En algunas comunidades autónomas en las que persisten hospitales psiquiátricos, dichos dispositivos han cambiado su denominación manteniendo las mismas estructuras físicas y de funcionamiento*.

Referencias bibliográficas.

- Abellan, A et al. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España.Gac. Sanit. 2011. doi:1016/j.gaceta2011.07.010
- Aboal-Viñas, J.L. Salud pública y sistema sanitario. Informe SESPAS 2010.Gac. Sanit.2010;24(Suplpl 1):12-18.
- ACT Mental Health Consumer Network. Consumer participation and carer participation across mental health - a framework for ac- tion. Camberra: ACT Mental Health Consumer Network, 2007.
- Adam, C., Freemantle, N. And Lewis, G. Meta-analysis. In: Knudsen, H. C. And Thornicroft, G. (eds), Mental Health Service Evaluation. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.pp. 176-196.
- Adresen, R, Oades L, Caputi, P. The experience of recovery from Schizophrenia: towards an empirically validated stage model, A & NZ J. Psychiatry, 2003; 37 (5): 586-601.
- AEN Informe descriptivo de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas.Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría Cuaderno Técnico 15, Madrid, 2011.
- Alanen Y. (2003) : La esquizofrenia. Madrid : Fundacion para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis
- Alcedoa. E. de La familia y la vida hoy en España. En familia y sociedad. Año 2009; nº6 :1-4.Febrero Pontificio Instituto Juan Pablo II.
Amering M. Trialog - An exercise in communication between consumers, carers and professional mental health workers be- yond role stereotypes. Int J Integr Care 2010;10 (Suppl.):e014.
- Anthony WA, Rogers ES, Farkas M. Research on evidence-based practices: Future direction in an era of recovery. Community Mental Health Journal. 2003; 39:101-114. Stocks ML. In the eye of the beholder. Psychiatric Rehabilitation Journal. 1995;19:89–91.
- Artazcoz L. La salud laboral ante los retos de la nueva economía. Gac Sanit 2002;16(6):459-461.
- Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortés I. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. Journal of Epidemiology and Community Health; 2005. 59: 761-767.
- Arregui JV Basombrío MA. Identidad personal e identidad narrativa. En concepciones y narrativas del yo. Themata 1999; 22:17-31.
- Asociación Americana de Psicología (2010). Principios éticos de Psicólogos y el Código de Conducta

- Asociación Canaria de Neuropsiquiatría. La ACN y la aplicación de la ley de la dependencia. http://www.aen.es/index.php?option=com_content&view=article&id=370:la-acn-y-la-aplicacion-de-la-ley-de-dependencia-02-06-2010&catid=9:seccion-de-rehabilitacion-psicosocial&Itemid=111
- Asociación Médica Mundial. «Declaración sobre Problemas éticos en psiquiatría», Francia, 1995.
- Asociación Mundial de Psiquiatría. (1977). Declaración de Hawai. Hawai.
- Asociación Mundial de Psiquiatría (2002). Declaración de Madrid sobre los Requisitos Éticos de la Práctica de la Psiquiatría. Aprobada por la Asamblea General de Madrid, España, del 25 de Agosto de 1996 y revisada por la Asamblea General de Yokohama, Japón, del 26 de Agosto de 2002.
- Baldini M. Story of recovery from Schizophrenia..Written for Internet Mental Health, August 1995. Updated: February 14, 1996.
- Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for the borderline personality disorder; mentalization based treatment. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatmen for the borderline personality disorder; a practical guide. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Bateson G. (1976): Pasos para una ecologia de la mente. Buenos Aires: Carlos Lohle
- Bell, N. y Shern, D. Comisiones Estatales de Salud Mental: Recomendaciones para el cambio y direcciones futuras.05-2002.
- Bellack AS. Modelos científicos y de usuarios sobre la recuperación en la esquizofrenia: coincidencias, contrastes e implicaciones. Schizophrenia Bulletin Ed Esp. 2007; 2 (3):117-128
- Beneviste, E. (1971). Problems in general linguistics (Miami Linguistic Series, nº 8).
- Berrios G.E. Riesgo en psiquiatria. ¿un concepto manque?. En Sanchez Planell, L. Vallejo Ruiloba J. Menchon Magriña J. Et al., Factores de Riesgo en Psiquiatria. Barcelona Ars Medica. 2008;1-14 pp.
- Billings J, Johnson S, Bebbington P et al. Assertive outreach teams in London: staff experiences and perceptions: Pan-Lon- don Assertive Outreach Study, Part 2. Br J Psychiatry 2003;183: 139-47.
- Bioética y salud mental. Revista Labor Hospitalaria. Vol. XXXIV, 2-2002, núm. 364 (75-160) —Varios autores—.
- Birkel RC, Hall LL, Lane T et al. Consumers and families as partners in implementing evidence-based practice. Psychiatr Clin North Am 2003;26:867-81.
- Blakemore/U.Frith S. (2006): ¿Como aprende el cerebro?. Barcelona: Ariel

- Block, S., Chodoff, P., Green S.A. (ed.) (2001). La ética en psiquiatría Madrid Triacastela.
- Boardman, Jed; Currie, Alan; Killaspy, Helen; Mezey, Gillian. Social inclusion and mental health. The Royal College of Psychiatrists, Londres, 2010
- Bluebird G. Redefining consumer roles: changing culture and practice in mental health care settings. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2004;42:46-53.
- Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds (Trad cast: Vínculos afectivos: formación, desarrollo ypérdida, Madrid: Morata, 1986). London: Tavistock, 1979.
- Borg M y Kristiansen, K. Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. Joirnal of Mental Health, 2004; 13, 143-505.
Bronfenbrenner U. (1987) : La ecologia del desarrollo humano. Barcelona : Paidós
- Bruner J. Realidad mental y mundos posibles. Barcelona: Gedisa, 1989.
- Bruner J. Actos de significado. Madrid: Alianza, 1990.
- Cabasés JM, Haro JM, Martínez Larrea A, Muñoz PE, Salvador-Carulla L, Torres F. Impacto del tratamiento de la esquizofrenia en España. Actas Esp Psiquiatr. 2002;30 Supl 3:43-51.
- Carulla, L. Comentario. La economía de la salud mental en España. ¿Una asignatura pendiente?. Gac Sanit. 2007;21(4):314-5 314.
- Carta de toma de posición de US Psychiatric Pehabilitacion Association (USPRA) hacia el Plan Estrategivco de la Substance, Abuse and Mentak Health Services Administration (SAMSHA) http://uspra.ipower.com/PublicPolicy/Position_USPRA_SAMHSA_Strategic_Plan.pdf
- Ciompi L, Catamnestic long-term study on the course of life and aging of Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1980; 6: 606–618. [PubMed]
- Claxton G. (2001): Aprender. Barcelona: Paidós
- Consejo de Europa «Recomendación 2004 (10) sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales», Bruselas, 2004.
- Chadwich PK. Schizophrenia: The positive Perspective. En search of dignity for schizophrenic people. Londres. Routjedge, 1997
- Chadwick P. (2009): Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis
- Chamberlin, J., & Rogers, J. Planning a community-based mental health system: Perspective of service recipients. American Psychologist, 1990;45 (11),1241-1244.

- Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health ser- vice delivery. Epidemiol Psichiatria Soc 2005;14:1.
- Chamberlin J.. Servicios dirigidos por usuarios en J.Read, R.Mosher, P.Bental (2006): Modelos de locura. Barcelona: Herder .
- Chew-Graham C, Slade M, Montana C et al. A qualitative study of referral to community mental health teams in the UK: explo- ring the rhetoric and the reality. BMC Health Services Research 2007;7:117
- Chodoff P. The responsibilty of the psychiatrist to his society. In: Bloch,S. and Chodoff, P. (eds), Psychiatric Ethics. Oxford: Oxford University Press,1981. pp. 306-321.
- Cochrane Database of Systematic Reviews.Adam, C., Anderson, J. and Mari, J. (eds), Available in The Cochrane Library (database on disk and CDROM). The Cochrane Collaboration; Issue 3. Oxford: Update Software; 1996. Updated quarterly. Available from: BMJ Publishing Group: London.
- Corominas F. Educar para la sociedad de hoy. Aprendizaje en valores y conductas en familia. Fundación Grupo Correo. Mayo 2002. http://servicios.elcorreo.com/auladecultura/corominas1.html
- Crawford M, Aldridge T, Bhui K et al. User involvement in the planning and delivery of mental health services: a cross-sectio- nal survey of service users and providers. Acta Psychiatr Scand 2003;107:410-4.
- Crawford M, Rutter D. Are the views of members of mental heal- th user groups representative of those of “ordinary” patients? A crosssectional survey of service users and providers. Journal of Mental Health 2004;13:561-8.
- Damasio A. Descartes. error: emotions, reason and the human brain (Traducción al cast: El error de Descartes. Barcelona: Crítica, 1996). New York: Grosset/Puttnam, 1994.
- Damasio A. Looking for Spinoza: Joy, sorrow, and the feling brain (trad cast: En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos. Barcelona: Crítica, 2005). New York Harvest Books, 2003
- Davidson L, Strauss JS. Sense of self in recovery from severe mental illness. British Journal of Medical Psychology. 1992;65:131–145. [PubMed]
- Davidson L, O´Conell MJ, Staeheli M y col. Concepts of Recovery in Behavioral Health: History, Review of the Evidence, and Critique. Department of Psyquiatry, Yale University School of Medicine and the Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services, 2001.
- Davidson et al. Concept of recovery in behavioural health: History, Review of the Evidence and Critique.Department of Psyquiatry. Yale University school of

Medicine and the Connecticut Department of Mental Health and Addition Services, 2001.
- Declaración de Barcelona (dBcn) 2003. http://www.webpacientes.org/2005/documentos/indexhttp://www.fbjoseplaporte.org/docs/Declaracion_Barcelona_2003.pd.
- Deegan, P. Recovery as a journey of the heart, Psychiatric Rehabilitation J. 1996; 19: 91-97.
- Deegan, P. E. Recovery as a self-directed process of healing and transformation, 2001; p.1-23.
- Department of Helth (DH) New Horizons: Towards a shared vision for mental health. Consultation. DH publications, 2009.
- Desviat, M y Germain, J. La salud mental, una reforma difícil de evaluar. En www.medynet.com/elmedico/noticias/2000/12/16/n1.htm
- Desviat, M. Los avatares de una ilusión: La reforma psiquiátrica en España. Cuadernos de trabajo social. 23, 2010, pp. 253-263.
- Desviat M. "Libertando Libertades" en "Libertando Identidades" Átopos. Revista de salud mental, comunidad y cultura, 2011; 11.
- Desviat, M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev. Esp. Pública. 2011;85: 427-436.
- Dickenson, D. Ethical issues in long-term psychiatric management. Journal of Medical Ethics, 23,1997.300-304.
- DH Care Programme Approach. www.dh.gov.uk/en/ Publicationsandstatistics/Publications/ (2008) DH_083650
- Documento de Consenso "Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave". IMSERSO 2006
- Doidge N. (2008) : El cerebro se cambia a si mismo. Madrid : Aguilar
- Donabedian, Avedis, The Lichfield Lecture. Garantía de calidad en la atención de salud: el papel del consumidor. Revista Calidad Asistencial 2001; 16: S102- S106.
- Duarte T. Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. Análise Psicológica, 2007; 1 (XXV): 127-133.
- Eaton, J.: "Report on GFCMH Mental Health Service Users Conference for West Africa". WAPR Bulletin. Vol 28. December 2010. En www.wapr.org
- Ellison, N. and Pierson, C. Developments in Brtitish Social Policy. Basingstoke: Macmillan Press.1998.
- Empoderamiento del usuario en salud mental. Declaración de la Oficina Regional de Europa de Salud Mental de la OMS, 2010.
- Engel, Fries y Singel. Dyvnamic predictions: Oscillations and synchorony in top-down processing. Nature Reviews Neurocience, 2: 704-716. 2001.

- Fakhoury WK, Priebe S, Quraishi M. Goals of new long-stay patients in supported housing: a UK study. Int J Soc Psychiatry 2005;51:45-54.
- Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW. Family Care of Schizophrenia - a problem-solving approach to the treatment of mental illness. New York: The Gulford Press, 1984.
- Farkas, M.: "The vision of recovery today: what it is and what it means for services". World Psychiatry 2007; 6:4-10.
- Farkas M. La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención. World Psychiatry. Ed. Española. Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psuquiatría (WPA)Volumen 5, Número 2. Sept. 2007.
- Faulkner A. SURGE Guidance for Good Practice Service User Involvement in the UK Mental Health Research Network. Lon- don: Mental Health Research Network, 2005.
- Fernández A, Rodríguez B: El redescubrimiento del cuerpo en psicoterapia. Atopos. Salud mental, comunidad y cultura, 2009;8: 5-16.
- Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Borrell C, García M, Segura A. Desigualdades en salud según la clase social en Cataluña, 1994. Aten Primaria 2000; 25:560-2
- Fernández Liria, A. y Diéguez,M. La reforma psiquiátrica en España:aspectos diferenciales. Rev. Adm sanitaria. volII. Enero/marzo 1998. Núm. 5.
- Fiorillo, et al.:"How to improve clinical practice on involuntary psychiatric admisions: sugestions from the EUNOMIA study" European Psychiatry (2010).
- Fisher DB, Ahern L. PACE: Alternative to PACT National Empowerment Center: Lawrence, MA, 1999.
- Fisher, D. Personal Assistance in Community Existence (PACE) A Recovery Guide. National Empowerment Center, Inc, 2002.
- Fitzimmons S, Fuller R. Empowerment and its implications for clinical practice. Mental Health: a Review Journal of Mental Health, 2002; 11(5):481–499.
- Florit Robles, A. (2010). Bioética y Rehabilitación Psicosocial. En Pastor, A. Blanco, A. y Navarro, D. (coords.). Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Madrid. Síntesis.
- Fonagy P, Gergely G, JE, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press, 2004.
- França-Tarragó, O. (1996). Etica para Psicólogos. Introducción a la bioética. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Frenk J. The new public health. Annu Rev Publ Health. 1993;14:469–90. 2. Jorm L, Gruszin S, Churches T. A multidimensional classification of public health activity in Australia. Aust New Zealand Health Policy. 2009;6:9.

- Frese FJ. Doping with schizophrenia. Innovations & Research, (1993) Vol 2, No.3. http://www.mentalhealth.com/story/p52.html
- Frommann, N., Streit, M., Wölwer, W. (2003) Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new training program. Psychiatry Research, 117, 281-284.
- Fulton PR. Anatta: yo, no-yo y el terapeuta. En Mindfulness y psicoterapia. Ed. Kairós, Barcelona, 2010.
- Gallese V. The Roots of Empathy: The Shared Manifold Hypothesis and the Neural Basis of Intersubjectivity. Psychopatology, 2003; 36: 171-180.
- Gazzaniga M. (2010) : ¿ Que nos hace humanos ? . Barcelona: Paidós
- Gervas, J. Capital social. ('No volveré a por Ana').Acta Sanitaria. Madrid 9(01/2012). http://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/articulo-capital-social-no-volvere-a-por-ana.html
- Glynn, SM, Cohen AN, Dixon LB, Niv N. Impacto potencial del movimiento de recuperación en las intervenciones familiares en la esquizofrenia: oportunidades y obstáculos. Schizophrenia Bulletin (ED ESP)2007; 2(3):129-142.
- Goffman E. On the characteristics of total institutions. New York. Prentice Hall. 1958.
- Gómez I. y otros (2010): Abordaje terapeutico grupal en salud mental. Madrid: Piramide
- Green, M.F., Nuechterlein, K.H. (2004) The MATRICS initiative: Developing a consensos cognitive battery for clinical trials. Schizophrenia Research, 72, 1-3.
- Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2
- Guidano V. Complexity of the self. Nueva York: Guilford, 1987
- Guidano V. El sí mismo en proceso. Barcelona: Paidós. 1991.
- Gumley y M. Schwanuawer (2008): Volver a la normalidad después de un trastorno psicótico. Bilbao : Descleé de Brouwer
- Haigh R. The 16 personality disorder pilot projects. Mental Heal- th Review Journal 2007;12:29-39.
- Hall, S.A. Should public health respect automomy? Journal of Medical Ethics,1992. 18, 197-201.
- Happell B, Roper C. The role of a mental health consumer in the education of postgraduate psychiatric nursing students: the stu- dents' evaluation. J Psychiatr Ment Health Nurs 2003;10:343.

- Happell B, Nurs C, Ed D et al. Wanting to be heard: mental heal- th consumers' experiences of information about medication. Int J Ment Health Nurs 2004;13:242.
- Haro JM, Salvador-Carulla L, Cabasés J, Madoz V, Vázquez-Barquero JL, PSICOST Group. Utilisation of mental health services and costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain. Br J Psychiatr. 1998;173:334-40.
- Herrman H. WPA project on partnerships for best practices in working with service users and carers. World Psychiatry 2010;9:127-8.
- Hernández Monsalve, M. La psiquiatría comunitaria. En Imágenes de la psiquiatría Española. Asociación Mundial de Psiquiatría. Ed. Glosa. Barcelona 2004; pag:585-602.
- Hernández P. "Güanir". Educación pensamiento y emociones. Psicología de la educación. Tafor-Narcea, 2006.
- Hesse E. The Adult Attachment Interviev. Historical and current perspectives. Handbook of attachment; theory, research and clinical applications. New York: Cassidy J and Shaver PR; 1999; 395-433.
- Hill SA, Laugharne R. Decision making and information seeking preferences among psychiatric patients. Journal of Mental Health 2006;15:75-84.
- Hogan, M. Informe de la Comisión: La Comisión Presidencial Nueva Libertad: Servicios de Psiquiatría 2003; doi: 10.1176/appi.ps.54.11.1467
- Hogan, MF, Townsend, W. Recovery The New Force in Mental HealthOhio Department of Mental Health, 1994.
- Hopkins C, Niemiec S. Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders. J Psychiatr Ment Health Nurs 2007;14:310-8.
- INFORME Los derechos humanos y la salud mental. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. ADOPTADOS POR LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, EN SU RESOLUCIÓN 46/119, DE 19 DE DICIEMBRE DE 1991
- Informe OCDE. "Education at a Glance 2011: OCDE Indicators. Panorama de la educacion, Informe Español. Ministerio de Educación. 2011. (http://www.ite.educacion.es/es/inicio/noticias-de-interes/492-informe-ocde-2011-de-la-educacion)-Informe de Resolución del Parlamento Europeo sobre salud mental. (2008/2209(INI)).PE414.223v02-00.RR\765131ES.doc. 2009:1-16pp
- Jacobson N, Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication. Psychiatric services. 2001;52:482–487. oi: 10.1176/appi.ps.52.4.482. [PubMed]
- Javed, A., Farooq, S., Sayyed, N.: "Maintaining Recovery with the help ofMicrofinance in Firts Episode Psychosis: a Pilot Episode in Pakistan". En WAPR Bulletin, vol 29, December 2011. En www.wapr.org

- Jinnet-Sack, S. Autonomy in the company of others. In: Grubb, A. (ed.), Choices and Decisions in Healthcare. London: Wiley,1993. pp. 97-136.
- Johnson S, Bingham C, Billings J et al. Women's experiences of admission to a crisis house and to acute hospital wards: a qualita- tive study. Journal of Mental Health 2004;13:247-62.
- Johnson, S., Prossor, D., Bindman, J. and Szmukler, G.Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1997.32, 137-274.
- Karlsson B, Borg M, Kim HS. From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway. Nurs Inq 2008;15:206-15
- Knapp, M. Community mental health services: towards an understanding of cost-effectiveness. In: Tyrer, P. and Creed, F. (eds), Community Psyquiatry in Action: Analysis and Prospects. Cambridge: Cambridge University Press.1995.
- Knapp M, McDaid D, Mossialos E et al. Mental health policy and practice across Europe: an overview. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E et al (eds). Mental health policy and practice across Europe. Maidenhead: Open University Press, 2007:1-14.
- Knapp M. y otros (2007) : Salud mental en Europa : Políticas y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo
- Kloos, B. Creating new possibilities for promoting liberation, well-being and recovery: Learning from experiences of psychiatric consumers/survivors. In G. Nelson, & I. Prilleltensky (Eds.), Community Psychology: In Pursuit of Liberation and Well-Being. New York: Palgrave Macmillan, 2005.
- Kotecha N, Fowler C, Donskoy A et al. A guide to user-focused monitoring. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2007.
- Lammers J, Happell B. Consumer participation in mental health services: looking from a consumer perspective. J Psychiatr Ment Health Nurs 2003;10:385.
- Lammers J, Happell B. Mental health reforms and their impact on consumer and carer participation: a perspective from Victoria, Australia. Issues in Mental Health Nursing 2004;25:261-76.
- Leal J., y A. Escudero (2006) : La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental. Madrid: AEM
- Leff, J. Principles of social psychiatry. In: Bhugra, D. and Leff, J. (eds), Principles of Social Psychiatry. Oxford: Blackwell Scientific Publications.1993.
- Left J, Warner R. Social Inclusion of People with Mental Illness. Cambridge University Press, 2006.
- León-Carrión, J. (1995) Manual de neuropsicología humana. Madrid. Siglo XXI.
Ley 13/1983, de 24 de Octubre de 1983, reforma del Código Civil en materia de tutela. BIE nº 256, 28 de Octubre de 1983:28932-28935

- Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de Abril de 1986 (BOE 101 y 102 de 28 y 29 de Abril).
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre de 2002, «Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica» (BOE núm. 274 de 15 de Noviembre de 2002).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128 Jueves 29 mayo 2003:20567-20588.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE núm. 240, de 5 de octubre de 2011:104593-104626
- Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio, de Reforma Urgente y Parcial del Código Penal. BOE número 152 de 27/6/1983. 17909-17919
- Liberman R. (1993): Rehabilitación integral del enfermo mental crónico . Barcelona : Martinez Roca
- Liberman RP. Recovery from Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation. American Psychiatric Publishing, 2008.
- López Abuin JM. El médico de familia ante el abordaje sociosanitario del inmigrante. FMC 2002; 9:492-7.
- López D. (2008) : Familia y Esquizofrenia. Salamanca : Amaru
- López M, Laviana M y García-Cubillana P. "Los Hospitales Psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria".En Dos Décadas tras la Reforma Psiquiátrica. F. Pérez (Coord.). 2006; AEN: 239-273
- Lopez Martinez M.D., (2009) Tesis Doctoral. La Intervención arteterapeutica y su metodología en el contexto profesional español
- López Villalta M.C., Moreno Jiménez J., Navarro Bayón D., Carrasco Ramírez O., 2009 "Entrenamiento en habilidades de la vida diaria en personas con Trastorno Mental Grave. Descripción de la intervención y estudio de casos" FUENTE: PSICOLOGIA.COM. 2009; 13
- Lugo, E. Relación médico–paciente - encuentro y sus modelos, en García, José Juan (director): Enciclopedia de Bioética, URL:http://enciclopediadebioetica.com/index.php/autores/77-voces/95-relacion-medicopaciente-encuentro-y-sus-modelos
- Lloyd C, King R. Consumer and carer participation in mental health services. Australasian Psychiatry 2003;11:180-4.
- Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. Monographs of the Society for Research in Child Development 1985; 50(1-2):66-104.
- Main MC, et al. Arco Psychiatr Nursing. Universidad de Illinois, Escuela de Enfermería, de Chicago. Jun 1993; 7 (3) :147-53.

- Marmot M. Determinants of Mental Health and Well Being. Ucl Cahir of CSDH. EC Conference on mental health. Nue 13th.2008
- Marshall M, Gray A, Lockwood A et al. Case management for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998a;2: CD000050
- Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Sys- tematic Reviews 1998b;2: CD001089.Martin McKee,The assault on universalism: how to destroy the welfare state.BMJ 2011; 343 doi: 10.1136/bmj.d7973 (Published 20 December 2011). http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7973
- Mathers,CD. Loncar D. "Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030". PLoS Med 3(11): e442. doi: 10.1371/journal.pmed.0030442, available at http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0030442.
- Maturana H. El sentido de lo humano. Santiago de Chile: Dolmen, 1991.
- McIntyre A. Tras la virtud. Barcelona: Crítica, 1984.
- Mental Heath Act Commission: "Coertion and Consent: monitoring the mental Health Act 2007-2009". London, The Stationery Office. UK. 2009.
- Merino Merino. R. Los sistemas de salud en Europa. En Rodriguez Hernandez S. Rodriguez Pulido, F. Hdez Marrero, J. La psiquiatría comunitaria. Ayuntamiento de Santa Lucia , Proyecto ISLEM. 2000: 16-61 pp.
- Middleton P, Stanton P, Renouf N. Consumer consultants in mental health services: addressing the challenges. Journal of Mental Health 2004;13:507-18.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2007.
- Ministerio da Saúde do Brasil: "Reforma Psiquiátrica e politica de saúde mental no Brasil". Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasilia 2005.
- Miró MT. La reconstrucción terapéutica de la trama narrativa. Monografías de Psiquiatría, nº 3, año XVII, Julio-Septiembre, 2005, pp. 8-18.
- Miró, MT. La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. Revista de psicoterapia. Mindfulness y psicoterapia; 2006, EpocaII Volumen XVII: 31-76
- Mistral W, Velleman R. CMHTs: the professionals' choice? Jour- nal of Mental Health 1997;6:125-40.
- Mitchell, J.C., (The concept and use of social network. In: Mitchell, J.C. (ed.), Social Networks in Urban Situations: Analyses of Personal Relationships in Central African Towns. Manchester: Manchester University Press. 1969.

- Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial IMSERSO, 2007
- Mooney, G.H. Economics, Medicine and Healthcare. Brighton: Wheatsheaf Books.1986.
- Mora F. (2009): ¿ Como funciona el cerebro?. Madrid : Alianza editorial
- Morgan L. Brief guide to involving mental health service users in research. London: Service User Research Group/Mental Health Research Network, 2006.
- Morris T & Vincent M.Child and Adolescent Primary Mental Health Workers: An Overview A training and education conference. The Tavistock and Portman NHS Foundation London. 2007.In the primary Care Graduate Worker: can this role be well utilised by CAMHS and more specifically by the PCMHW in order to enhance delivery?
- Muñoz, J.M. y Tirapu, J. (2004) Rehabilitación de las funciones ejecutivas. Revista de neurología, 38, 7, 656-663
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). London: National Institute for Clinical Excellence; 2009.
- Noiseux S, Denise St-Cyr Tribble, Claude Leclerc, Nicole Ricard, Ellen Corin. Elaboración d'une théorie du rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie.Tesis Doctoral. La Universidad de Montreal, Facultad de Enfermería, 2004.
- O' Hagan (2000). Citado en Roberts y Wolfson.. Roberts G y Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. Advances in psychiatric treatment, 2004; 37-49.
- Oliva-Moreno J, López-Bastida J, Osuna-Guerrero R, Montejo- González AL, Duque-González B. The costs of schizophrenia in Spain. Eur J Health Econ. 2006;7:182-88.
- OMS: "Country profile: Arabia Saudi". Información aportada por OMS en el Día de la Salud Mental 2001. www.emro.who.int/mnh/whd/CountryProfile-Saa.htm
- Organización Mundial de la Salud: Informe 2003 "La Salud en el Mundo·" www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud - Conferencia Ministerial para la salud mental «Declaración europea en salud mental», Helsinki, 2005.
- OMS. El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Ginebra.Organización Mundial de la Salud. 2006
- OMS El Informe sobre la salud en el mundo 2007 - un porvenir más seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI. Organización Mundial de la Salud 2007.

- Owen AJ, Sashidharan SP, Edwards LJ. Availability and accep- tability of home treatment for acute psychiatric disorders: a na- tional survey of mental health trusts and health authority purcha- sers. Psychiatr Bull 2000;24:169-71.
- Palomer E. y otros (2011): Advocacy:Fomento y apoyo de la Salud Mental. Concepto Modalidades y agentes implicados. El proyecto Emilia como ejemplo. Atopos, 11, 5-17
- Palomer E. y otros : El usuario como experto desde el proyecto Emilia. Revista del AEM , 105,109-123
- Pannaaji, B.:"Budismo y psicoterapia", Buddish Quaterly, 10, 1974.
- Peiró Pérez R. Ramón Bou N. Desigualdades en salud: una perspectiva de desarrollo desde Atención Primaria. Informe SESPAS 2004. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit v.18 supl.1 Barcelona mayo 2004 http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/editorial.pdf
- Pekkala, E., Merinder, L. Psicoeducación para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2 Oxford: Update Software Ltd.
- Penadés, R. y Gastó, C. El tratamiento de rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. Barcelona: Herder; 2010
- Pérez M. (2011): El mito del cerebro creador. Madrid: Alianza editorial
- Perkins, R. Más allá de la independencia de los servicios sociales y de salud mental: apoyo, control y oportunidad. La salud mental es cosa de todos. Colección documentos. Ministerio de trabajo y asuntos sociales, IMSERSO, 2005.
- Perkins R. First person: "you need hope to cope". In Roberts G, Danenport S, Holloway F y Tattan T (eds.). Enabling Recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatry. Gaskell. London, 2006.
- P. Stern D. Diary of a baby (trad cast: diario de un bebé. Barcelona; Paidós, 1999). New York, 1990.
- Pinquart M, Sörensen S. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age. A meta-analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2001; 56:195-213.
- Presentación de Jodi Morris de la revisión del Proyecto Atlas en 2011 en la conferencia GAPmh para ONGs en Ginebra, Octubre 2011. Ver reseña en WAPR Bulletin, nº 29 December 2011 en www.wapr.info
- Priebe S, Watts J, Chase M et al. Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. Br J Psychiatry 2005;187:438-43
- Proyecto Atlas. www.who.int/mental_health/evidence/atlas/en/
- Psiquiatría Comunitaria. Gran Canaria. Ayuntamiento de Santa Lucia. Proyecto ISLEM, 2000;114-145..

- Psychosocial Rehabilitation, a Consensus Statement. Division of Hental Health and Substance abuse, World Health Organisation, Geneva 1996. www.wapr.info/WAPR_Documents_and_Statements_archivos/WHO_WAPR_ConsensusStatement_96.pdf
- Raimundez, G. Las víctimas de una reforma inacabada. Rev Esp Econom. Salud Sep-Oct 2003; 2(4)
- Ramos Montes, J. El debate ético en psiquiatría, en Revista Bioètica & Debat, año II, núm. 8, 1997 (4-5).
- Ramos Pozón, S (2008). Enfermedades y tratamiento: el modelo deliberativo en psiquiatría. Bioética & Debate, www.bioetica-debat.org/modules/news/article.php?storyid=220
- Read J, Mosher L y Bental, RP (Eds)Models of Madness(pp.133-146). Hove: Brunner-Routleedge, 2004.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.BOE núm. 222, de 16 de septiembre de 2006:32650-32679
- Recomendaciones para a la monitorización y promoción de la salud física en el paciente con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2010
- Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones Cuaderno Técnico nº 6 AEN. Cristina Gisbert et al. Madrid 2002
- Rethink. A brief introduction to the recovery approach (www.rethink.org/living-with-mental-illness/recovery-and -self-managment/recovery) (Accessed February 2008).
- Ricoeur P. Sí mismo como otro. Madrid: S. XXI Editores, 1991.
- Riviére A. Objetos con mente. Madrid: Alianza, 1991.
- Roberts, Glenn; Davenport, S; Holloway, Frank; Tattan, Theresa. The principles and practice of rehabilitation psychiatry. The Royal College of Psychiatrists, Londres, 2007
- Roder W. y otros: (2007) Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia. Granada: Alborán editores.
- Roder, V., Brenner, H.D., Kienzle, N., Fuentes, I. Terapia Psicológica integrada para la Esquizofrenia IPT. Rehabilitación Psicosocial. 2008; 5(1y2): 17-24.
- Rodríguez, A. (coord.): Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid:1997 Editorial Pirámide
- Rodríguez Pulido F. La recuperación de las personas con trastorno mental grave: Modelo Red de Redes. Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife, 2010.

- Rodríguez Pulido F, Perez Perez R. Robles Santos A. et al., Canarias: Una aproximación al desarrollo de la ley de la siatuacion de dependencia en el ámbito de la salud mental. Rev Norte de Salud Mental, 2011;vol IX, nº 40;19-33.
- Rodriguez Pulido, F. Rodriguez Hernández S. La comunidad y sus alternativas para los enfermos mentales. Capítulo 14. En Rodriguez Hernández S. Rodriguez Pulido F. Marrero J
- Rodríguez, J.T., Touriño, R. Cognición social en la esquizofrenia: una revisión del concepto. Archivos de Psiquiatría. 2010; 73:9.
- Rogers, E. Anthony, W., y Farkas, M. De la recuperación y las pruebas basadas en prácticas. En C & R. Stout Hayes (Eds.). El manual de la práctica basada en la evidencia en la salud del comportamiento: Métodos, modelos y herramientas para los profesionales de Salud Mental. New Jersey: John Wiley and Sons, 2005, 199-219.
- Rohlfs I, Borrell C, Fonseca M do C. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac Sanit 2000; 14 (supl 3): 60-71.
- Rosenfield, S. Factors contributing to the subjective Quality of Life of the Chronic Mentally Ill. Journal of Health and Social Behaviour 1992, Vol 33 (December): 299-315
- Ruddy R, Milnes D. "Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses". CochraneDatabase Syst Rev. 2005;(4):CD003728.
- Ruiz, J.C., García, S., Fuentes, I. Cognición Social. Apuntes de Psicología. 2006; 24(1-3): 137-155.
- Runciman, O., Seider, M., Jensen, P.: "Denmark: on the bumpy road to recovery orientation". WAPR Bulletin, vol 29, December 2011. En www.wapr.org
- Rush B, Cert M. Mental health service user involvement in England: lessons from history. J Psychiatr Ment Health Nurs 2004;11:313.
- Rutter D, Manley C, Weaver T et al. Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London. Soc Sci Med 2004;58:1973-84.
- SAAD. Ley de dependencia. Gestion de Datos de gestión del SAAD a 1 Enero del 2012. http://www.imserso.es/imserso_01/index.htm.
- SAMHSA. Declaración Nacional de Condenso sobre la Recuperación en Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU. Servicio de Abuso de Sustancias y Salud Mental, 2004.
- Santander, F. (coord.) (2000). Etica y praxis psiquiátrica. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Santos, J.L. y Bausela, E. (2005) Rehabilitación neuropsicológica. Papeles del Psicólogo. nº90, 15-21Madrid.

- Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. Aten Primaria 2000; 26:314-8.
- Saraceno B. Salud mental: llos escapes de recursos obligan a paradigmas nuevos. Worldwide Psychiatry (Ed Española), 2004;2:1;2;3-5.
- Sávio, D.: "Entrevista com Benedetto Saraceno". En Ciênc. Saúde Coletiva, vol 16 nº 12 Rio de Janeiro. Decembre 2011.
- Secker J, Pidd F, Parham A et al. Mental health in the community: roles, responsibilities and organisation of primary care and specia- list services. Journal of Interprofessional Care 2000;14:49-58.
- Semrau, M. Barley, E; Thornicroft, G..Enseñanzas obtenidas en la implementación de la asistencia a la salud mental en la población de Europa. World Psychiatry 2011;10:217-225.
- Servicio de Salud Castilla-La Mancha .Conclusiones del Encuentro regional sobre participación ciudadana en el Sistema Sanitario Público de Castilla-La Mancha. Toledo, 2006 http://sescam.jccm.es/web1/home.do?main=/ciudadanos/elSescam/enlaces_participacion_ciudadana.html)
- Shah A. Colmes N. Locally-based residencial services for mentally handicapped adults: a comparative study. Psychol Med 1987;17:763-764.
- Shepherd, Geoff; Boardman, Jed; Slade, Mike; Hacer de la recuperación una realidad. Sainsbury Centre for Mental Health, 2008.
- Schore AN. Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development. Hillsdale (NJ): Erlbaum, 1994.
- Schore AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. Inf Ment Health J, 2001, 22:201-269.
- Schore AN. Affect disregulation and disorders of the Self. New York: Norton, 2003.
- Schore AN. Affect regulation and the repair of the self. New York: Norton, 2003.
- Shepherd G, Boardman J y Slade M. Making Recovery a Reality. Sainsbury Centre of Mental Health, 2008.
- SemFYC. Copago. Conclusiones desde las evidencias. Documento nª 29. científica. Sociedad Españolade Medicina de Familia y Comunitaria, 2010.
- Sicras Mainar A, Rejas Gútierrez J, Navarro Artieda R, Serrat Tarrés J, Blanca Tamayo M, Díaz Cerezo S. Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. Gac Sanit. 2007;21:306-13.
- Siegel DJ. Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, «mindsight», and neural integration. Inf Ment Health J 2001; 22:67-94

- Siegel D. The developing mind. New York: Guilford, 2007
- Simón, P., (2006) Diez mitos entorno al consentimiento informado. An. Sist. Navar., 29(3):29-40.
- Simón VM. Mindfulness y neurobiología. Revista de psicoterapia. Mindfulness y psicoterapia. Epoca II, Volumen XVII, 2006 5-30
- Simpson EL, House AO. User and carer involvement in men- tal health services: from rhetoric to science. Br J Psychiatry 2003;183:89-91.
- Slade M, Phelan M, Thornicroft G. A comparison of needs asses- sed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis. Psychol Med 1998;28:543-50.
- Slade M, Leese M, Ruggeri M et al. Does meeting needs improve quality of life? Psychother Psychosom 2004;73:183-9.
- Slade, M., Hayward, M.: "Recovery, psicosis and psychiatry: research is better that rhetoric". Acta Psychiatr. Scand. 2007. 116: 81-83.
- Spaniol L, Wewiorski NJ, Gagne C, Anthony WA. The process of recovery form schizophrenia. International Review of Psychiatry. 2005; 14: 327–336.
- Stacey K, Herron S. Enacting policy in mental health promotion and consu- mer participation. Australian e-Journal for the Advan- cement of Mental Health 2002;1:1.
- Stern D. The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psycho- therapy (Trad cast: La constelación maternal: la psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. Barcelona: Paidós, 1997). New York: Basic Books, 1995.
- Stern D. The birth of a mother (Trad cast: El nacimiento de una madre. Barcelo- na: Paidós, 1999). New York: Basic Books, 1999.
- Stern D. The present moment in psychotherapy and everyday life. New York: Norton; 2004.
- Sobrino T. y Rodriguez .A. (2007): Intervención social en personas con enferme- dades mentales graves y crónicas . Madrid : Sintesis
- Sobrino T., Fernandez A.. Continuidad de cuidados en A Pastor , A. Blanco y D. Navarro (2010) : Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Madrid : Síntesis
- Sobrino Calzado, T., Rodriguez Pulido F., Vallespin Cantabrana A..et al., Im- pacto de la "ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia" en las personas con trastorno mental grave. Revista AEN, 2012; (in prensa).
- Spiers S, Harney K, Chilvers C. Service user involvement in fo- rensic men- tal health: can it work? A UK National Forensic Men- tal Health Research and

Development Programme. Journal of Forensic Psychiatry and Psychology 2005;16:211-20.
- Srebnik D, Hendryx M, Stevenson J et al. Development of outco- me indicators for monitoring the quality of public mental health care. Psychiatr Serv 1997;48:903.
- Talbott J.A. Stopping the revolving door: A study of readmisión to state hospital Psychiatr Q 1974;48:599-604.
- Talbott J.A. Deinstitunalization. Avoiding the disasters of the past. Hosp. Community Psyciatry, 1979;30:621-624.
- Tansella, M. and Thornicroft, G. A conceptual framework for mental health services. Psychological Medicine, 1998.28, 503-508.
- Taylor Ch. Fuentes del yo, la construcción de la identidad moderna, Paidós, Barcelona, 1996.
- Taylor I, Braye S, Cheng A. Carers as Partners (CaPs) in social work education. London: Social Care Institute for Excellence, 2009
- Tebar L. (2003): El perfil del profesor mediador. Madrid : Santillana
Telefónica. La sociedad de la información en España 2010. Ariel. Colección FundaciónTelefónica.2010.(http://elibros.fundacion.telefonica.com/sie10/aplicacion_sie/ParteA/datos.html
- Terribas i Sala, N (2006). Etica y Praxis. Informaciones Psiquiátricas - Primer trimestre 2006. Número 183.
- Thornicroft G. Babingthon P. Deinstitunalisation from hospital closuse to service development. Br J. Psychiatry, 1989;155;739-753.
- Thornicroft, G. y Szmuckler,G. Textbook of community psychiatry. Oxford. Oxford University Press.2001.
- Thornicroft G, Slade M. Comparing needs assessed by staff and by service users: paternalism or partnership in mental health? Epidemiol Psychiatr Soc 2002 Jul;11:186-91.
- Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence. Br J Psychiatry 2004;185:283-90.Tissier J, Hull S, Jones C. Working relationships between GPs and community mental health teams: a qualitative study. Primary Care Psychiatry 2002;8:21-5.
- Thornicroft G, Tansella M. Growing recognition of the importan- ce of service user involvement in mental health service planning and evaluation. Epidemiol Psichiatr Soc 2005;14:1-3.
- Thornicroft G, Tansella M, Law A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. World Psychiatry 2008;7:87-92

- Thornicroft G, Tansella M. Better mental health care. Cambridge:Cambridge University Press, 2009.
- Tizón, JL .Los cuidados democráticos de la psicosis como un indicador de democracia social. Átopos. Num 6, Abril 2007.
- Tomov, T: "Países del Centro y Este de Europa". En "La matriz de la Salud Mental"; Thornicroft, G. y Tansella M., Tricastella Ed. Madrid 2005.
- Touriño R. y otros (2007): Guia de intervención familiar en la esquizofrenia . Barcelona : Editorial Glosa
- Trevarthen C. The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. En U. Neisser (Ed.), The perceived self: ecological and interpersonal sources of self-knowledge. Nueva York: Cambidge University Press, 1993;127-173.
- UNESCO (1996) : La educación encierra un tesoro. Madrid : Santillana
- Urry HL, Nitschke JB, Dolsky I, Jackson DC, Dalton KM, Mueller CJ, Rosenkraz MA, Ryff CD, Singer BH y Dasvidson K. Making a life worth living. Neural correlates of well-beining. Psychological Science, 15(6), 15(6):367-372.
- Valles Fernández MN, Gutiérrez Cillan V, Luquin Ajuria AM, Martín Gil MA, López de Castro F. Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. Aten Primaria 1998; 22:481-5
- Vallina, O. y Lemos, S. Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. Psicothema. 2001, vol.13, 345-364.
- Vázquez , M. Nieto : Rehabilitación en Salud Mental en A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (2010): Manual de Rehabilitación del trastorno mental grave . Madrid : Síntesis
- Wagner, R.: "Estados Unidos". En "La matriz de la Salud Mental"; Thornicroft, G. y Tansella M., Tricastella Ed. Madrid 2005.
- Walker P, Haeney OG, Naik PC. Attitudes to referral to commu- nity mental health teams: a questionnaire study. Psychiatr Bull 2005;29:21
- Walsh, D. A journey toward recovery: From the inside out. Psychiatric Rehabilitation Journal, 1996; 20(2): 85-90.
- Wallcraft J, Amering M, Schrank B. Handbook of service user involvement in mental health research. Chichester: Wiley-Blac- kwell, 2009.
- Warner R. Does the scientific evidence support the recovery model? The psyquiatrist on line, 2010, 34:3-5.
- Westrin, C.-J., Nilstun, T., Smedby, B. and Haglund, B. (1992) Epidemiology and moral philosophy. Journal of Medical Ethics, 18, 193-196.
- Whitley R, Gingerich S, Lutz W J, Mueser KT. Implementing the Illness management and recovery Program in Community Mental Health Setttings: Facilita-

tors and Barriers. Psychiatric Services. 2009;60(2) :202–209. doi: 10.1176/appi.ps.60.2.202. [PubMed].

- WHO, Report Mental Health 2001: www.who.int/whr/2001/en/
- WHO. CSDH PPHC KN Commission on Social Determinants of Health Priority Public Health Conditions Knowlledge Network. Scoping Paper: Priority Public Health Conditions.Version 3.1, January 4, 2007.Wisner K, Chambers C, Sit D. Postpartum depression: a major public health problem. JAMA 2006;296:2616.
- WHO: Programa GAPmh versión en español 2008: www.who.int/publications/list/9789242596205/es/index.html
- WHO Social dererminants appoaches to public health: from concept to practice. Editor Erik Blas, Johannes Sommerfeld and Arnand SivasanKara Kurup. WHO2011.
- World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva,
- World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/whr/2001/en, accessed 11 May 2009).
- World Health Organization. Mental health services in Europe: the treatment gap. Briefing Paper, WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, January 2005.
- World Health Organization. Mental Health Gap Action Program- me - Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: World Health Organization, 2008.
- World Health Organization. European health for all database, 2009. Geneva: World Health Organization, 2009.Xia J, Li Chunbo Habilidades para la resolución de problemas en la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- Young SL, Ensing DS. Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. Psychiatric Rehabilitation Journal. 1999;22:219–231.