



*Asociación
Castellano
leonesa de
Salud Mental*

Ética y Psiquiatría

A. Castilla García

Algunas consideraciones sobre el Suicidio

J. Morchón Sanjosé

Consideraciones sobre el estado actual
de la evaluación
de los Trastornos de Personalidad

F. J. Samino Aguado - M. J. Lorenzo Bragado - A. Pérez Urdaniz

A la mitad del camino:
Análisis de una andadura

A. Sánchez Peña - C. García Moreno

Avatares de la Reestructuración
en la Unidad de Psiquiatría
del Hospital Psiquiátrico Santa Isabel de León

M^a M. Castro Urdiales - T. Gómez Flórez - L. Castrillo Cuervo
N. Martínez Campos - R. Martínez de Benito

¿ Psicosis o Trastorno Borderline ?
A propósito de un caso

P. de la Vega Juárez

La Ley de Ordenación
del Sistema Sanitario
de Castilla y León

n^o 3

En₁er₉o₄0



Junta directiva de la
Asociación Castellano-Leonesa de Salud
Mental

Y
Miembro de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

Presidente: Enrique Villa Alonso
Vicepresidente: Jesús Morchón Sanjosé
Secretario General: Antonio Uría Pérez
Tesorera: Inmaculada López Alija
Vocales: Félix Martín Herguedas
M^ª del Rosario Palomo Álvarez
Antonio Vecino Gallego
Antonio Sáez Aguado

Comisión de Asistencia y Docencia:

Jesús Morchón Sanjosé
Claudio Rodríguez de la Calle
Germán Molina Romero
Dolores de las Heras
Francisco Ruiz Sanz
José María Álvarez
Teresa Cañas
Carmen Fernández Verde

Comité de Redacción:

Jesús Morchón Sanjosé (Coordinador)
Antonio Uría Pérez
Antonio Sáez Aguado
Ramón Esteban Arnáiz
José M^ª Álvarez Martínez
Jorge Arévalo Ferrera
Félix Martín Herguedas
M^ª del Rosario Palomo Álvarez
Antonio Pérez Urdániz



Resumen
Enero 94

S

UMARIO

Editorial..... **2**

Colaboraciones:

Ética y Psiquiatría **3**
Aurelio Castilla García

Avatares de la Reestructuración en la Unidad de Psiquiatría
del Hospital Psiquiátrico Santa Isabel de León **11**
M^º del Mar Castro Urdiales, Teresa Gómez Flórez, Lourdes Castrillo Cuervo,
Natividad Martínez Campos y Roberto Martínez de Benito

A la mitad del camino: Análisis de una andadura **25**
Asunción Sánchez Peña y Carmen García Moreno

Algunas consideraciones sobre el suicidio **31**
Jesús Marchón Sanjosé

Originales:

Consideraciones sobre el estado actual de la Evaluación de los
Trastornos de Personalidad **37**
F. J. Samino Aguado, M. J. Lorenzo Bragado y A. Pérez Urdániz

Caso Clínico:

¿ Psicosis o Trastorno Borderline ? : A propósito de un caso **43**
Pedro de la Vega Juárez

Dossier:

La Ley de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León **53**
Antonio M^º Sáez Aguado

Páginas de la Asociación **61**

El Comité de Redacción de la revista no asume necesariamente las opiniones e ideas vertidas sobre estas páginas, responsabilizándose de las mismas, en todo caso, los firmantes de los artículos publicados.



ditorial

El pasado mes de mayo dábamos el relevo a la anterior Junta Directiva que tras varios años de trabajo había cumplido su tarea. La nuestra -para la que contamos con más voluntad que capacidades- será mantener las actividades que se han venido realizando en la asociación; a la par, esperamos que vaya en aumento la vitalidad asociativa -no nos parece lo mejor que la asociación sea sólo una empresa de servicios- para lo cual tenemos la intención de facilitar cuantas iniciativas lleguen de los asociados.

Las ciencias de la salud mental y la práctica asistencial siguen siendo los campos de interés de la asociación. En los últimos años La AEN -y la ACLSM como asociación autónoma- ha perdido peso en su capacidad de ejercer una dialéctica con las instituciones y la sociedad. Que esto sea fruto de una "normalización" de la asistencia psiquiátrica no nos debe hacer obviar que se haya producido cierto acomodo -tal vez necesario- a la situación actual (política, académica, asistencial, laboral). Y quizá ahora, que parece que todo está dicho -o precisamente por eso- y que lo que resta por decir lo dirá una Comisión Ministerial o la Consejería, o la OMS, o la APA; que está oficializada una práctica y que se uniformizan las teorizaciones, es preciso pensar que tanto en la práctica asistencial como en la elaboración teórica, los caminos siguen abiertos, y siempre hay un margen en el camino.

Teoría y estructuras para las prácticas asistenciales. Pero la realidad asistencial se configura en gran medida por la práctica diaria. Las peculiaridades de la teoría como ciencia y el carácter de las estructuras sanitarias fomentan prácticas homogéneas en superficie (condición necesaria -y peligro real- para gestionar poblaciones; y para gestionar a los gestores de poblaciones) lo cual es muy conveniente, pero obvia en gran parte el abordaje terapéutico llevándolo al extremo de una tecnología para reparar objetos, tan eficaz... como se pueda hacer creer.

Castilla y León, enero de 1994

Ética y Psiquiatría

Aurelio Castilla García

Sería ingenuo pensar que un buen clínico es el que sabe tomar racionalmente decisiones técnicas aunque sea un auténtico analfabeto en la toma de decisiones morales.

D. Gracia(1)

1.- INTRODUCCIÓN

Hoy día el psiquiatra y los equipos psiquiátricos tienen que asumir en su quehacer cotidiano una amplia variedad de problemas éticos, que ya fueron enumerados hace unos años por el propio Comité de Ética de la World Psychiatric Association (2) y que hacen referencia a aspectos como la psicoterapia, los psicofármacos, los tratamientos involuntarios, los suicidios, la relación médico-paciente, el secreto profesional, la psiquiatría forense, etc.

Veamos: ¿Tenemos en cuenta la relación riesgo/beneficio cuando indicamos una hospitalización psiquiátrica? ¿Contamos con la posibilidad de aparición de una disquinesia tardía al prescribir neurolépticos a largo plazo? ¿Y qué decir de la dependencia de las benzodiacepinas? ¿Advertimos suficientemente a los pacientes de todos estos riesgos? En la psicoterapia existe el riesgo de influir de modo importante en las creencias y principios del paciente, con la pérdida de libertad que esto supone. Cuando utilizamos este tipo de tratamiento, ¿nos hemos preguntado si estaremos influyendo de modo abusivo y entrando en una manipulación del paciente?. Campailla(3) incluso se plantea la razón ética de determinadas psicoterapias de muchos años de duración, y piensa si no terminan con una limitación de la libertad individual, dada la situación de dependencia que crean; el psiquiatra está obligado, dice, a restablecer en el menor tiempo posible la libertad personal con los esfuerzos que sean necesarios. Y en cuanto a la hospitalización involuntaria, ¿en qué casos está justificada desde un punto de vista éti-

co?. Es preciso plantearse si no se está atentando contra la dignidad de la persona al inmovilizar en la cama, o al aislar del medio social durante más tiempo del estrictamente necesario; o cuando no se ha insistido suficientemente en la atención extrahospitalaria, incluso domiciliaria, antes de indicar la hospitalización; y en el caso de los pacientes crónicos cuando bajo el término de laborterapia o ergoterapia se ocupa a estos pacientes en las labores más ingratas. ¿Se puede establecer un tratamiento contra la voluntad del drogadicto, cuando ha perdido la libertad para abandonar la droga que consume y su adicción puede haberlo llevado a cambios psíquicos que lo hagan necesitado de cuidados psiquiátricos? ¿Y qué decir de la investigación?: ¿tiene el estudio a realizar un auténtico interés científico?, ¿hemos valorado la relación riesgos/beneficios para los pacientes?, etc.

Ahora bien, los profesionales de la psiquiatría suelen estar tan centrados en la ayuda al paciente que no perciben muchas veces la importancia de las cuestiones morales, considerando incluso que la buena voluntad y el interés por las personas a las que atienden son suficientes para cubrir los objetivos morales.

Cuando uno reflexiona sobre estas cuestiones o se encuentra ante un conflicto ético serio, se da cuenta de lo equivocada que es la postura del interés y la buena voluntad al abordar los planteamientos éticos en psiquiatría y medicina. No en vano Broggi(4) señala que la ética médica no es asunto de buena voluntad sino que requiere de unos conocimientos. Así mismo, Diego Gracia(5), en el prólogo de una de sus obras, considera que es un error intentar resolver los problemas éticos prácticos y concretos sin una fundamentación éti-

Aurelio Castilla García es Psiquiatra Jefe de Servicio del Área Extrahospitalaria. Servicios Provinciales de Salud Mental de la Excmo. Diputación de Valladolid.

ca, pues "sería como intentar manejarse con la fisiopatología sin tener conocimientos previos de fisiología". Sin estos conocimientos es posible incluso que en un momento dado un profesional de la psiquiatría pueda no percibir los aspectos éticos que se plantean en su trabajo diario, y con mayor razón si, como ocurre a veces, no está claramente presente la propia calidad ética del problema en cuestión.

Con lo expuesto hemos tomado conciencia ya de lo importante que es el reflexionar sobre los aspectos éticos de la psiquiatría, pero más aún si tenemos en cuenta que el interés por los temas éticos se ha visto incrementado en las últimas décadas. El trágico abuso de la medicina durante la segunda guerra mundial supuso un importante acicate para despertar el interés por los problemas éticos. Así se entiende la aparición del Código de Nuremberg para la investigación médica, cuyas reglas se incorporaron luego a la Declaración de Helsinki(6). En 1948 la World Medical Association promulga la Declaración de Ginebra(7), y un año más tarde el Código Internacional de Ética Médica(8), diseñado para ser modelo de códigos médicos nacionales.

A partir de los años 60 se acrecienta el interés por los aspectos éticos de la psiquiatría, quizá facilitado por las críticas a la misma desde los propios profesionales (Szasz, Laing, y otros). En 1977, en el Congreso de la World Psychiatric Association celebrado en Hawái, se adopta la llamada Declaración de Hawái(9), primer código de ética diseñado específicamente para el campo psiquiátrico.

Realmente hasta los años 70 se había pensado que los códigos médicos generales en materia de ética valían para la psiquiatría. Sin embargo, el gran número de problemas específicos que ésta plantea, condujo a que en el Congreso de Hawái se estableciera un código propio de la psiquiatría. Y es que la ética en psiquiatría reviste unas características especiales. Tengamos en cuenta que ningún profesional de la medicina salvo el psiquiatra tiene que afrontar la tarea de valorar el estado de la mente de otros y emitir un juicio sobre ello, lo que coloca a este profesional ante una

responsabilidad enorme. A esto hay que añadir que la psiquiatría está cargada de ambigüedades, como el hecho de no existir un acuerdo suficiente sobre lo que constituye el trastorno psiquiátrico, lo que hace que los criterios para llevar a cabo un diagnóstico sean en gran medida subjetivos. Por otra parte, como señala Otto Dorr(10), el objeto de la psiquiatría no es un órgano u órganos sino la conducta humana, frente a la cual no es posible que el paciente ponga distancia como la pone ante uno de sus órganos, pues sujeto y trastorno son una misma cosa, hasta el punto de que una de las características de la psicosis es la falta de conciencia de enfermedad. Además, el hecho de que en psiquiatría sea la relación médico-paciente instrumento de exploración y tratamiento, hace que la situación de indefensión del paciente sea mayor aquí que en otras ramas de la medicina.

Terminamos esta introducción insistiendo de nuevo en la importancia del estudio de los aspectos éticos en psiquiatría, y señalando que existe un importante descuido de la ética en la formación de los profesionales de la psiquiatría, incluso fuera de nuestro país(11). Algunos(12) han llamado también la atención sobre la ausencia de publicaciones españolas sobre estos temas.

2.- CONCEPTOS

¿Qué es la ética? No nos vamos a detener aquí a precisar las diferencias entre ética y moral, y menos entraremos en las importantes consideraciones de Zubiri sobre la moral como estructura y como contenido. Nos vamos a limitar a decir que entendemos por ética la disciplina que nos dice en el orden de los principios lo que es bueno o malo, lo que uno debe o no debe hacer(13). A la ética le corresponde, pues, señalar en líneas generales las directrices de la conducta humana. Las normas que hay que cumplir hacen referencia a la deontología (del griego deon, deontos = deber); la ética, por el contrario, se ocupa de los principios en que se basan y apoyan estas normas.

Una persona sólo accede a la dimensión de lo moral, dice Anne Marie Pieper, cuando "en lugar de dejarse prescribir dogmáticamente lo que debe considerar como válido, decide por sí misma tras madura reflexión"(14). No basta, pues, con cumplir lo establecido en los códigos deontológicos. Obrar conforme a normas morales que aceptamos dócilmente, dice Aranguren(13), no es obrar moralmente, sino convertir la moral en una realidad inerte. Es necesario reflexionar sobre los principios morales.

Ahora bien, la ética nos plantea un desafío. Los principios de validez universal que han desarrollado los distintos pueblos, y los diversos sistemas éticos, han surgido siempre de acuerdo con las diferentes ideas del hombre que se han tenido(15)(16). Aceptar el desafío de la ética supone, pues, posicionarse, colocarse necesariamente de un lado. Al hablar de ética nos colocamos del lado del hombre, pues la ética hay que entenderla en referencia a la persona, en la que encuentra su lugar apropiado (17). ¿Qué queremos decir con esto? Que la ética no es algo que le venga al hombre desde fuera (sin que aquí se niegue la posibilidad de la trascendencia, pero no considerando ésta imprescindible para definir suficientemente el orden ético), y que tampoco remitimos la ética básicamente a la sociedad, a las costumbres y valores vigentes en un momento dado. "Recurrir a la sociedad como fundamentación última de la moral", señala Cordero, "al margen del ser humano, es detenerse en unos productos humanos que de algún modo misterioso se sostendrían en el vacío"(16).

3.- PRINCIPIOS

Los códigos deontológicos no son suficientemente operativos a la hora de enfrentar muchos de los conflictos morales de la práctica diaria. Por ello, la medicina y la psiquiatría necesitan una clarificación de principios que permita orientar a los profesionales de las mismas sobre cómo decidir lo que deben hacer ante situaciones problemáticas.

Precisamente para establecer unos principios éticos básicos, el Congreso de los Estados

Unidos constituyó, en 1974, la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Esta comisión dio a luz unos años después, en 1978, un informe, el Belmont Report (18), en el que se establecían tres principios éticos fundamentales a tener en cuenta en la investigación con seres humanos, que se han hecho luego básicos para la ética médica, a saber: principio de Beneficencia, principio de Autonomía y principio de Justicia (hay que hacer el bien a los demás, respetar su libertad y actuar de modo justo con ellos).

A estos tres principios añadieron Beauchamp y Childress(19), en 1979, el principio de No Maleficencia (no se debe hacer el mal).

Expondremos ahora algunas consideraciones generales (a modo de breve comentario) sobre estos cuatro principios.

Beneficencia.- Es necesario precisar que este término se entiende aquí en un sentido etimológico (del latín *beneficentia* bondad, virtud de hacer el bien) no en el de caridad paternalista. Hace referencia a que el profesional de la salud debe hacer cuanto esté en su mano para mejorar la salud del paciente pero siempre teniendo en cuenta lo que éste considere adecuado. Por eso, como veremos, este principio está en íntima relación con el de autonomía.

En el principio de beneficencia se han basado todos los códigos médicos desde Hipócrates hasta nuestros días.

La aplicación de este principio es muy compleja pues como señala Diego Gracia, cuando la beneficencia no respeta en lo posible el principio de autonomía, se cae en el paternalismo"(20). Para que la beneficencia no sea paternalista es preciso, al hacer el bien, que el paciente lo pida y acepte. Paternalismo sería presionar a un paciente a aceptar tratamiento psiquiátrico cuando dice no precisarlo y sus trastornos no afectan manifiestamente a los demás, sino solamente le ocasionan a él sufrimiento personal.

El equilibrio entre hacer el bien y respetar la autonomía del paciente, se establece a través del Consentimiento Informado, del que luego hablaremos.

Autonomía.- Se entiende por tal la capacidad del hombre de actuar con conocimiento y libertad. Como se basa en la convicción de que el hombre debe ser libre, es un principio que ha tardado mucho más en incluirse en la cultura occidental y en concreto en el campo de la medicina. Este principio supone, por tanto, el respeto de las opiniones y de las elecciones de los pacientes. No se puede tratar a un paciente contra su voluntad, ni internarlo en una institución psiquiátrica sin su consentimiento. Es necesario que el paciente sea correctamente informado de su situación y de las posibles alternativas terapéuticas, pues en caso contrario no se puede hablar de que tenga conocimiento para decidir. se deben respetar las decisiones de los pacientes competentes (que tienen conocimiento suficiente). El pilar central de este principio es, pues, el Consentimiento Informado.

Los límites a este principio le vienen fundamentalmente del principio de justicia, que a continuación comentaremos. El bien común hace necesario poner límites a la libertad de los pacientes. Como señala Diego Gracia (5), "lo que el paternalismo es a la beneficencia, lo es a la autonomía el anarquismo".

Justicia.- No se ha conseguido elaborar una definición de justicia que fuera tan ampliamente aceptada como lo es la de los dos principios previamente expuestos. Generalmente la justicia se ha tendido a asimilar al concepto de equidad, de dar a cada uno lo suyo.

Como principio de ética médica, se entiende por justicia la imparcialidad en la distribución de los riesgos y beneficios. Hace referencia al respeto al bien común.

No maleficencia.- La práctica médica siempre ha estado relacionada con la máxima "primum non nocere": ante todo no hacer daño. Y a esto se refiere este principio. Pero es preciso

separarlo del de beneficencia, del que es totalmente distinto. Este último tiene que tener en cuenta el consentimiento informado, como ya hemos señalado anteriormente; sin embargo, el principio de No Maleficencia obliga antes de cualquier tipo de información, pues nunca se debe hacer el mal, mientras que en alguna ocasión podemos no estar obligados a hacer el bien.

Los principios aquí descritos deben estar presentes en todas la actuaciones médicas que impliquen aspectos éticos, y se denominan principios "prima facie" porque en caso de no entrar en conflicto, todos son del mismo obligado cumplimiento(21). Ahora bien, si surge un conflicto entre ellos, ¿existe alguna manera de poder valorar el establecimiento de un orden jerárquico entre dichos principios o deberes?. Aunque algunos sostienen que esto no es posible desde un punto de vista estrictamente ético(22), los principios de no maleficencia y de justicia parecen jerárquicamente superiores a los de autonomía y beneficencia, pues pueden definirse como criterios universales, ya que obligan aun en contra de la voluntad de las personas(1): no estamos obligados a hacer bien a otro en contra de su voluntad, pero sí a no hacerle mal; del mismo modo, en caso de conflicto hay que anteponer el bien común a mi-bien particular.

Esto nos lleva a preguntarnos si existen principios morales que puedan ser considerados absolutos. El racionalismo respondió a esta pregunta de modo positivo. Ahora bien, hoy el racionalismo está cuestionado y se piensa que la racionalidad humana es muy limitada, y nunca puede agotar eso que llamamos la realidad. Pero aun así, el principio del respeto a la dignidad de la persona humana parece seguir teniendo carácter de absoluto.

Entendemos por dignidad humana la condición especial que reviste el ser hombre (del latín dignitas consideración condición). La condición que merece el hombre es la de ser persona; el hombre no es animal o cosa; es sujeto, no objeto cuyo comportamiento se determine desde fuera. El hombre no tiene, pues, carácter de medio sino de fin; debe ser tratado siempre como un fin y no

como un medio para algo, por lo que reclama siempre un respeto incondicional y absoluto(17).

Pero el hombre es persona que se auto-realiza, que elige su proyecto general de vida. Y esta opción fundamental que es el proyecto de vida es algo personal e histórico, no universal y absoluto. Por ello son jerárquicamente superiores los principios de justicia y no maleficencia, porque los de autonomía y beneficencia tienen que ver con esa opción fundamental. Las opiniones y elecciones de los pacientes son personales de cada uno, no universalizables, de la misma manera que es personal el modo de entender lo que es beneficioso o no.

El principio de beneficencia es inseparable del de autonomía. Lo beneficioso lo es siempre para mí y en esta situación concreta, razón por la cual es inseparable de la autonomía. Poner sangre a un testigo de Jehová no es un acto de beneficencia, precisamente porque va en contra del propio sistema de valores del individuo(1).

4.- DOS CUESTIONES BÁSICAS

Dado que la relación médico-paciente juega un papel fundamental en el trabajo psiquiátrico, no es de extrañar que sean el secreto profesional y el consentimiento informado dos ejes sobre los que giren muchos de los aspectos éticos de la psiquiatría, pues ambos son elementos centrales en esa relación.

Los dos se basan en el principio de autonomía y tienen excepciones derivadas del principio de justicia, de los derechos de la sociedad. Secreto profesional y consentimiento informado son necesarios al aplicar un tratamiento, ante la *hospitalización involuntaria*, en caso de plantear un trabajo de investigación, etc.

Consentimiento informado.- Se suele entender por tal el proceso por el que se proporciona al paciente información relevante para que éste pueda decidir ante cualquier indicación terapéutica o experimental. Consentimiento proviene del latín *cum sentire* = sentir con, juntamente con. Por tanto

"estar de acuerdo", "asentir". Por ello, este consentimiento informado precisa de tres componentes: información, voluntariedad y competencia(23)(24).

Se entiende por información la necesidad de que la persona posea todos los elementos de juicio precisos para poder tomar una decisión. La voluntariedad supone que el paciente esté libre de toda coacción o influencia indebida. Y la competencia, que el paciente esté en condiciones de comprender la información que se le proporciona.

En la práctica psiquiátrica no es infrecuente que el estado del paciente pueda incapacitarlo para ejercer un juicio libre o para comprender la naturaleza de lo que se le informa, lo que puede llevar a actitudes paternalistas por parte de los profesionales de la psiquiatría que podrían conducir a abusos o a relaciones de dependencia que atentan contra el principio de la autonomía del paciente.

Para el inicio de una psicoterapia, para el establecimiento de un tratamiento psicofarmacológico, para un ingreso psiquiátrico (y en el caso de que sea involuntario se buscará el consentimiento sustitutorio de los familiares o tutores), para la experimentación con pacientes, se hace necesario tener muy en cuenta la necesidad de este consentimiento informado.

Secreto profesional.- La palabra secreto, proviene del latín: *secerno*, -crevi, -cretum = separar, poner aparte. En general, se entiende por secreto aquello que se mantiene oculto a los demás, separado del conocimiento de los otros. Podría definirse el secreto profesional en medicina como la obligación moral que tiene el médico de guardar *reserva de los hechos conocidos por él en el ejercicio de la profesión*. Vemos que en esta definición quedan englobados los hechos que conoce el médico aunque no sean expresamente revelados confidencialmente por el paciente. Y es que aunque generalmente se considera secreto aquello que es informado de manera confidencial, sin embargo, en el contexto de la relación médico paciente, este último puede considerar secreto todo lo

que haya surgido en su interacción con el médico, incluyendo el hecho mismo de consultar.

El mantenimiento del secreto tiene su fundamento en el principio de autonomía; en este caso en el respeto a la intimidad del paciente(25). Teniendo en cuenta que la intimidad es parte esencial y exclusiva de cada hombre, en último término el secreto médico se apoya en el respeto a la dignidad de la persona humana.

Pero la necesidad del secreto se apoya también en la apelación al bien común: sin la existencia del secreto los pacientes no se encontrarían en condiciones de transmitir al médico la información necesaria para el diagnóstico y tratamiento apropiados, lo que redundaría en un perjuicio social.

Hay situaciones que plantean un conflicto entre el deber de respetar la intimidad del paciente y el deber del médico frente a terceras partes, que hemos de resolver con el conocimiento apropiado de los principios *prima facie*.

Algunos opinan que la profesión psiquiátrica que se ha preocupado mucho de la confidencialidad, fracasa con frecuencia en el respeto a la intimidad de las personas(27).

5.- CONSIDERACIONES FINALES

Las cuestiones éticas en psiquiatría y en medicina plantean dilemas complejos sobre los que muchas veces no hay consenso suficiente, pero que afectan directamente a los pacientes, las familias, los profesionales de la psiquiatría y la sociedad.

Ahora bien, la ausencia de acuerdo no debe llevar a dejar de pensar en la necesidad de adquirir conocimientos en ética psiquiátrica. No se pueden tomar decisiones estrictamente técnicas, pues siempre existen implicaciones éticas; ni tampoco es posible pensar que por tomar correctas decisiones técnicas ya uno es buen clínico, si no tienen en cuenta los aspectos éticos de las mismas(26)(1).

Para buscar acuerdos y soluciones a los problemas éticos que hoy día se presentan han surgido los Comités Éticos. En España los comités existentes están regulados en el artículo 64 de la Ley 25/1990 de 20 de Diciembre sobre el Medicamento.

Hoy en día se está incrementando la preocupación por llevar a cabo una formación ética de los profesionales de la medicina, tanto a nivel pre como posgraduado(27)(28)(29)(30).

Bernal señala que precisamente los psiquiatras están en "una posición sin igual para enseñar ética en razón de su formación en áreas que tienen que ver con el desarrollo de la moralidad personal"(27).

Podemos concluir, con Musto(31), que es necesario un sólido análisis de las cuestiones éticas, pues de ello va a depender en gran medida el adecuado papel de la psiquiatría en la sociedad actual.



BIBLIOGRAFÍA

- (1) Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991; 11-12 y 125-129.
- (2) Hans A. The WPA questionnaire on ethics: a brief report. WPA Bulletin 1990; 1: 29-33.
- (3) Campailla G. El psiquiatra frente a los derechos del hombre. Psicopatología 1981; 1: 87-92.
- (4) Broggi i Trias MC. La bioética, una aportación científica a la medicina. Quadern CAPS 1991; 16: 111-116.
- (5) Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema, 1989; 12, y 187.
- (6) Declaración de Helsinki. En: Código de ética y deontología médicas y compendio de doctrinas internacionales. Madrid: Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990; 85-88
- (7) Declaración de Ginebra. En: Código de ética y deontología médicas y compendio de doctrinas internacionales. Madrid: Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990; 75.
- (8) Código Internacional de Ética Médica. En: Código de ética y deontología médicas y compendio de doctrinas internacionales. Madrid: Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990; 77-78.
- (9) Declaración de Hawai. En: Gisbert JA. Medicina legal y toxicología. 3ª ed. Barcelona: Fundación García Muñoz, 1985; 42-43.
- (10) Dorr O. Ética y psiquiatría. Psiquiatría dinámica y psicoterapia 1989; 1: 7-11.
- (11) Bloch S., Chodoff P. Introduction. En: Bloch S., Chodoff P. eds. Psychiatric ethics. Oxford: Oxford University Press, 1981; 1-12.
- (12) Gafo J. Diez palabras clave en bioética. Navarra: Verbo Divino, 1993; 233.
- (13) Aranguren JL. Propuestas morales. 2ª ed. Madrid: Tecnos, 1984; 24-25 y 75.
- (14) Pieper AM. Ética y Moral. Barcelona: Crítica, 1991; 19.
- (15) López Aranguren JL. Ética. Madrid: Alianza, 1990; 266.
- (16) Cordero J. Ética y sociedad. Salamanca: San Esteban, 1981; 96-97.
- (17) Vidal M., Santidrián PR. Ética personal: las actitudes éticas. 7ª ed. Madrid: Paulinas, 1980; 135.
- (18) The Belmont Report. En: Serrano MA., García F., González de Suso F., et al. Ensayos clínicos en España (1982-1988). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990; 121.
- (19) Beauchamp TL., Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 1979; 40.
- (20) García D. Introducción a la bioética. En: Academia Alumnos Internos Facultad Medicina Valladolid. Lecciones de bioética. Valladolid: Secretariado de publicaciones de la Universidad. 1987: 25.
- (21) Beauchamp TL., McCullough LB. Ética médica. Barcelona: Labor, 1987; 13.
- (22) Hare R. The philosophical basis of psychiatric ethics. En: Bloch S., Chodoff P. eds. Psychiatric ethics. Oxford: Oxford University Press, 1981: 33.
- (23) Dyer AR., Bloch S. Informed consent and the psychiatric patient. J Med Ethics 1987; 13: 12-16.
- (24) Serrano MA., García F., Galende I., et al. Aspectos éticos en la investigación clínica con psicofármacos. Farmacología del SNC 1990; 4: 132-136.
- (25) Emson HE. Confidentiality: a modified value. J Med Ethics 1988; 14: 87-90.
- (26) Hassenfeld IN., Silver RJ. Ethics in psychiatry: a view from the clinic. Psychiatric Quarterly 1984; 56: 157-165.
- (27) Bernal V. Ética psiquiátrica y confidencialidad. En: Kaplan HI., Sadock BJ. Tratado de psiquiatría. 2ª ed. Barcelona: Salvat, 1989; 1193-2002.
- (28) Gracia D. Enseñanza posgraduada y formación continuada en ética médica. Organización Médica Colegial 1992; 21: 25-28.
- (29) Herranz G. La enseñanza de la ética y la deontología médica a nivel pregraduado. Organización Médica Colegial 1992; 21: 18-24.
- (30) Gafo J. Enseñanza de la ética a los profesionales biomédicos. En: Vilardell F. coord. Ética y medicina. Madrid: Espasa Universidad, 1988; 161-175.
- (31) Musto D. A historical perspective. En: Bloch S., Chodoff P. eds. Psychiatric ethics. Oxford: Oxford University Press, 1981; 13-30.

Avatares de la Reestructuración en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Santa Isabel de León

*M^a del Mar Castro Urdiales (ATS) - Teresa Gómez Flórez (ATS)
Lourdes Castrillo Cuervo (CTSA) - Natividad Martínez Campos (CTSA) -
Roberto Martínez de Benito (Médico Interno)*

Introducción.-

Este artículo pretende ser un relato y balance de lo acontecido en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Santa Isabel desde su creación material el día 1 de Junio de 1992 al calor de la reestructuración del centro, primero propuesta y posteriormente asumida (1-1-1993) por la Junta de Castilla y León. Asumida en el sentido de ser el primer hospital psiquiátrico que se integra en la red sanitaria de esta institución.

De todos es sabido que su anterior gestor fue la Obra Social de Caja León, que se plantea su puesta en funcionamiento en 1965. Al sufrir esta entidad un proceso de fusión con otras dos cajas de ahorros, la negociación final de traspaso se realiza con esta nueva entidad: Caja España.

A los que conocen el proceso por la prensa, que apliquen las reglas habituales para lectura de periódicos. Para los que conocen la evolución desde más cerca o desde dentro es ocioso dar detalles. Por otra parte, sería una información inútil y solamente un tributo a la morbosidad dar explicaciones más allá de las siguientes:

1º.- Era un hospital que se encontraba fuera de la corriente reformista en salud mental.

2º.- Gestionado por una entidad que recibía subvenciones de la Diputación de León y asumía criterios de la Obra Social por lo que asumió las funciones de centro público y privado al mismo tiempo, produciéndose -por tanto- una cierta indefinición al respecto.

3º.- Hasta hace poco fue el único centro para ingresos psiquiátricos de la provincia, por lo que -en atención a la prevalencia psiquiátrica- durante muchos años funcionó acosado por la masificación de camas; este hecho, no se correspondía con el personal contratado, aún hoy escasamente justo para una menor población ingresada.

4º.- Existía un evidente aislamiento de las corrientes contemporáneas de gestión de la salud mental (Salud Mental Comunitaria) fomentada por diversos motivos, entre otros, la ausencia de una red pública, que probablemente hubiera espoleado una reforma surgida desde el propio centro como ocurrió en otras provincias de nuestra comunidad. Esto tuvo como resultado que aquello que nació como moderno y autosuficiente en la década de los 60, fuera en los 90 una estructura obsoleta y anacrónica: régimen cerrado, mezcla de pacientes, elevado número de pacientes oligotróficos ingresados, ausencia de lazos familiares de los pacientes por el esquema de ingreso manicomial, etc.

En definitiva, los mismos problemas y vicios de otras muchas instituciones psiquiátricas de las que se tienen noticia.

La gestión de la Junta ha permitido -incluido el año de negociaciones previo en las que el único gestor fue la Obra Social- incrementar el personal contratado en todos los estamentos (médicos, psiquiatras, D.U.E., auxiliares etc.) y acceder por tanto a los recursos que han permitido poner en marcha el proyecto de reestructuración

del hospital enmarcado en el proceso de Reforma de la Salud Mental de la Junta.

El plan esqueleto para la reforma pasaba por la creación de unidades asistenciales (Agudos, Psiquiatría y Rehabilitación) y sociales (Deficientes Mentales y Geropsiquiatría) a semejanza de la realizada en otros centros de nuestra comunidad.

Tras algunas dilaciones, se fija como fecha para iniciar el proceso la ya mencionada más arriba.

Y por acabar con este epígrafe, tras la situación en el tiempo, la situación en el espacio.

El hospital tiene una disposición en vertical (4 plantas). Nuestra unidad ocupa las plantas 3ª y 4ª. Todas las ventanas de la planta 3ª están enrejadas. La cuarta planta no.

La planta 3ª tiene una disposición esquemática en >-< situándose en la parte central los ascensores. A ambos lados de los ascensores se encuentran puertas que separan a la sección de hombres de la sección de mujeres (esta distinción es herencia del pasado). Las dos secciones son simétricas. En el punto de encuentro de la Y se encuentra el botiquín. El pasillo central y el ramal de la derecha está ocupado por habitaciones. En el de la izquierda se sitúan el salón de TV, el comedor, una galería-mirador y el resto de las habitaciones. En ambos pasillos hay W.C. comunitarios.

La única distinción entre "hombres" y "mujeres" a nivel arquitectónico es la presencia de un office-cocina adosado al comedor de mujeres (otro rasgo sexista).

Disponemos de 3 habitaciones individuales en mujeres (2 con baño) y de 5 individuales (1 con baño sin W.C.) en hombres. El resto de las habitaciones permiten un mínimo de 2 camas y un máximo de 4 (con un mínimo de dignidad. Antaño llegaron a ser ocupadas hasta por 6).

En la actualidad hemos conseguido que en ninguna habitación haya más de tres camas (más

adelante se explicará la vía por la que se han liberado). Además, existe un despacho en cada ala.

En cuanto a la cuarta planta, no existe este esquema, sino que responde a un esquema lineal, con habitaciones múltiples y 1 individual con baño completo. Disponemos también de una gran sala (hoy utilizada para las reuniones diarias de equipo y para reuniones con los pacientes) que en el pasado fue capilla del hospital. Esta planta está ocupada sólo por hombres. Ésta es someramente la disposición de la unidad.

A esto habría que añadir la existencia de instalaciones comunes para todo el hospital: dos talleres para terapia ocupacional en un edificio adyacente al del hospital, de una sola planta; gimnasio dotado, salón de actos con un pequeño escenario para representaciones teatrales, pantalla reflectora gigante para video etc. y una cafetería para pacientes y personal.

Prolegómenos.-

Al fin llegó el día de poner en marcha la "reestructuración":

Y lo hicimos, no existe otra manera, de una sola vez: el mismo día y a la misma hora reubicación de los pacientes en sus respectivas unidades, unos 315 ingresados en ese momento. Aunque, obviamente, el traslado no afectó universalmente a todos los pacientes que ocupaban el espacio de lo que serían las distintas unidades, sí afectó al menos, al 40% de los mismos. A esto hay que añadir que, simultáneamente, también se reubicó el personal auxiliar y de enfermería que de manera más o menos voluntaria había decidido una determinada de las nuevas unidades. Como resultado de esta "tirada de dados", no existía más que un conocimiento superficial por ambas partes (pacientes y personal). Sobre el papel, desde semanas antes, se había planificado la operación, partiendo de una lista de los pacientes que cada unidad recibiría, elaborada desde la Dirección Médica con el concurso de la Psicóloga del centro atendiendo a criterios de deficiencia mental, auto-

nomía personal (escala de Rehab.), patología y edad. Se avisó a los pacientes implicados en el traslado al menos con un par de días (aún recordamos su relativo asombro por el hecho de ser notificados del cambio: ¿desde cuándo había que contar con ellos?. Por cierto, que este asombro se hizo extensivo a parte del personal - en todos sus estamentos-). También sobre el papel habíamos hecho una primera asignación de dormitorios y pisos basados en el conocimiento que el personal de enfermería tenía de los pacientes "de siempre" -más o menos superficial- y corriendo un albur con los otros. Para el piso 4º se eligió a los pacientes con mayores recursos y menores riesgos (recordar altura y ausencia de rejas en las ventanas).

Dicho en palabras de una de las A.T.S. de la unidad (firmante del artículo): "Desde mi visión personal, y creo que de todo el personal de enfermería, la realidad desbordaba todos los cálculos de dificultades. Nos encontramos de repente con 79 pacientes repartidos en 2 pisos y bolsas -montones de bolsas- con ropas, zapatos, objetos personales Y las escasas pertenencias que se podían adquirir durante "toda una vida en el hospital".

Como en un gran cajón de sastre teníamos ante nosotros todos los crónicos del hospital; desde el punto de vista de enfermería era el grupo más heterogéneo posible : desde los pacientes más dependientes en su nivel más básico de autonomía a los más autónomos ; desde los que conservaban bastantes habilidades hasta los que las habían perdido casi por completo y todos ellos con una característica en común: estaban "enfermos de institucionalización".

Antes de continuar, debemos aclarar que para esta labor contábamos con el siguiente personal: 1 médico psiquiatra, 1 médico interno, 5 A.T.S. (que se compartían con Agudos -18 camas- y con Deficientes -alrededor de 110 pacientes) y 13 auxiliares. Estos se asignaron siguiendo el anterior esquema sexista por "pisos" y sexos, 5 hombres en hombres, 5 mujeres en mujeres y 3 en el 4º (dos mujeres y 1 hombre). A todas luces insuficiente y bajo mínimos. En el momento actual, la situación ha mejorado algo -diríamos que nos

encontramos en mínimos- al incorporarse: 3 auxiliares, 1 psicólogo y al asignarse 4 A.T.S. fijos sólo para esta unidad.

Dicho esto retomemos el hilo. Decíamos que había 79 pacientes, que se repartían de la siguiente manera: 53 varones (38 en el 3º y 15 en el 4º piso) y 26 mujeres (todas ellas en el 3º).

Los extremos en edad estaban representados por un paciente de 22 años y otro de 66 años de edad respectivamente. Y el tiempo de ingreso en un mínimo de 2 años y un máximo de 24 (hay al menos media docena de pacientes, que salvo permisos cortos, no han abandonado el hospital desde su inauguración en el año 1965). Este tiempo de ingreso sólo hace referencia a este centro; la práctica totalidad habían tenido ingresos previos en hospitales de otras provincias limítrofes (Oviedo, Palencia, Conxo); de hecho cuando se abrió el centro se organizaron expediciones multitudinarias desde Conxo y Palencia para el traslado (hay constancia de que algunos llegaron sin documentos y los más con lo puesto; algunos incluso fueron rebautizados).

Si asombra esta indefinición de datos, se debiera echar un vistazo a las historias clínicas que nos encontramos. En muchos casos sólo constaban algunas cortas notas de ingresos y reingresos; mínimos apuntes de evolución y hojas con cambios de tratamientos. Un caso extremo es el historial de una paciente : hoja de filiación, nota de ingreso, y hojas de tratamiento en las que sólo figuraban las sesiones de T.E.C.

En cuanto a patologías psiquiátricas se refiere, alrededor del 90% son psicóticos de algún tipo (de ellos un 60-65% esquizofrénicos residuales); teníamos un caso de paranoia, una neurosis obsesiva, una depresión, un caso de P.M.D., un retraso mental (postmeningitis) y dos casos de trastorno de personalidad con abuso de alcohol. Quince pacientes (\pm 20%) muestran un deterioro grave por un proceso esquizofrénico terminal. Sólo falta para tipificar al paciente medio un a modo de "retrato-robot", siendo una vez más necesario ser sexista y establecer comparaciones.

Así, las mujeres eran por término medio más autónomas y capaces. La mayoría de ellas mantenían un nivel de higiene y autocuidado aceptables. Habían efectuado más salidas del hospital, y un grupo significativo de ellas (de forma individual o acompañadas por auxiliares) compraban su propia ropa. Tenían, por término medio, mejores modales en la mesa.

En general, era completamente al revés en el caso de los hombres. Las salidas para ocio eran escasas. Al menos un 15% de los pacientes no salían para nada del recinto hospitalario (incluido el jardín). Salvo alguna excepción, y no al completo, ninguno compraba su ropa. En una escala subjetiva de dependencia institucional del 1 al 5, los hombres se aproximaban -como grupo- al extremo superior (3-4), en tanto que las mujeres mejoraban la situación en un punto (2-3).

Evolución de la Unidad.-

Haciendo un esquema general de la misma podemos hablar de tres períodos, que no de forma artificial y, suponemos que tampoco arbitraria, han tenido una duración de unos seis meses cada uno.

Hablamos de períodos aunque, evidentemente, sólo existe un único proceso, con un único objetivo fundamental durante este año y medio de funcionamiento: conseguir que los pacientes recobran rasgos humanos, fuesen capaces -dentro de sus límites individuales y de expectativas realistas- de retomar un papel como sujetos dentro de la institución, y algunos -los menos- pudieran abandonarla en las mejores condiciones posibles. Los necesarios cambios motivados por la experiencia, vaivenes de personal, nuevo encuadre administrativo y un largo etc., no han modificado -o al menos no debieran haberlo hecho- esta premisa fundamental.

Aclarado esto, enumero los susodichos períodos:

1º.- Hasta las Navidades del 92 podemos hablar de 3 objetivos fundamentales:

a.- Toma de contacto y primera aproximación individual a los pacientes, tanto en consulta médica y de enfermería, como a nivel de auxiliares.

b.- De forma universal para toda la unidad se persigue, con la única estrategia del trabajo diario y repetido, variar los hábitos negligentes y dependientes de los pacientes en cuanto a higiene, alimentación, vestuario, demanda, etc...

c.- A nivel del personal se plantea la "filosofía de trabajo" y la idea de equipo terapéutico ambos puntos difíciles de comprender -cuánto menos de asimilar- aún sumergidos en hábitos y actuaciones anteriores. La presencia de un nuevo psiquiatra y un nuevo médico interno y jóvenes por añadidura hacía que estos primeros pasos fueran muy difíciles.

2º.- Hasta Junio del 93 se persiguen las mismas metas y se amplían con vistas a trabajar en la resocialización y elevación del nivel de comunicación de los pacientes. Para ello, y en atención al conocimiento general que sobre los mismos hemos conseguido en los meses anteriores, establecemos 3 grupos atendiendo fundamentalmente a su grado de autonomía (más adelante se hará un resumen de la actividad). Se va consiguiendo la consolidación en los aspectos de autocuidados básicos, (esta labor es muy semejante a la de Penélope).

3º.- En el mes de Julio se disminuyen las actividades grupales al iniciarse el período estival; en Agosto se suspenden, a manera de "período vacacional", coincidiendo con el momento de vacaciones para el personal. La pretensión es reanudar la actividad en Septiembre, aunque esto no se hace hasta el mes de Noviembre en parte motivado por problemas surgidos con parte del personal de enfermería, en parte por una nueva distribución de auxiliares y A.T.S. en todo el hospital. Toda esta problemática ha ocasionado una grave regresión en los programas en marcha, aunque una buena prueba del camino andado es que, un duro trabajo durante Octubre y Noviembre ha permitido situar la unidad en el mismo nivel de

principio de verano. No obstante, también debe hacernos pensar en lo fácil que es perder lo ya conseguido, si se abandona el rutinario, muchas veces tedioso y pocas veces gratificante bregar diario.

Para aclarar mejor y cuantificar, en alguna medida, lo expuesto en estos tres puntos, vamos a hacer una enumeración y comentario de las distintas actividades que se han llevado a cabo, exponiéndolas desde esa idea de proceso que comentábamos más arriba.

Consulta de Enfermería.-

La idea de establecer una consulta manejada de forma exclusiva por el personal D.U.E. responde a un buen número de motivos, la mayor parte de ellos de imperiosa necesidad en ese momento inicial y con perspectivas a largo plazo, más allá de la realización de la labor necesaria y diaria de enfermería básica. Por desgracia este método de trabajo que se pretendía como la espina dorsal del funcionamiento de la unidad, ha sufrido un paulatino languidecimiento inmerecido por la riqueza de contenidos. El hecho es que hoy en día, esta consulta ha quedado desvirtuada, siendo sólo un lugar y tiempo en que se procura concentrar la labor de enfermería general.

El espíritu de la idea -que es lo que no se ha conseguido- fue, y esperamos que vuelva a serlo, hacer gravitar el control y funcionamiento de la unidad en el personal de enfermería, tanto en la detección de problemas, como en la solución o derivación, si excediesen sus funciones o capacidades.

Los objetivos más concretos que se perseguían, cuando se inició la actividad eran:

1º.- Conocimiento de los pacientes de un modo individualizado. Para ello se citó a uno o dos pacientes diarios y con ayuda de una incipiente historia de enfermería desarrollada en la propia

unidad por algunos de los D.U.E., se hizo una primera evaluación de problemas y déficits de cada paciente.

Esto permitió el descubrimiento de patologías somáticas desconocidas, actualizar antiguas revisiones o revelar incapacidades hasta entonces no valoradas. Así mismo la atención y escucha dedicada, sólo por permitirla, fue un indudable freno -bien de hecho o en intensidad- a las descompensaciones que todo cambio de esta magnitud suele conllevar.

2º.- Adecuación de la demanda; esto se ha ido consiguiendo precisamente por la existencia de esta consulta.

En primer lugar, se fijó un horario de Lunes a Viernes justo tras la reunión de equipo diaria (que es a las 9,30 h.). La consulta se circunscribió a una hora de duración (de 10 h. a 11 h.) y se realizó siempre en un mismo lugar (el botiquín del 3º H) para romper con la dinámica de atención caótica -hic e nunc- anterior.

A los pacientes se les informó de este nuevo servicio y se derivó -salvo obvias urgencias- a este lugar y hora cualquier demanda física (las más de las veces una máscara) o más específicamente psiquiátrica.

A los pacientes que se les citaba para ese fin, se les informaba con un día de antelación, usando para ello un modo de volante en el que se indicaba hora y lugar de la cita. De esta manera la demanda era atendida y resuelta in situ, o derivada para atención médica si así se consideraba oportuno.

Este modelo de demanda actual y de cita previa para enfermería se continuaba con un esquema similar para solicitud de atención médica. A los pacientes se les informó que en consulta de enfermería podrían pedir cita para su médico, así como de que su médico pudiera, a su vez, citarles a ellos (también se inició siempre que fue posible previa revisión por enfermería, la toma de

contactos con los pacientes en entrevistas de presentación, contacto, y somera anamnesis).

En el momento actual, prácticamente todos los pacientes han aceptado este modelo, permitiendo tanto un trabajo ordenado, como educarles en un modelo lo más similar posible al medio extrahospitalario.

3°.- Educación sanitaria sobre hábitos alimentarios, tabaquismo, higiene bucal, estreñimiento, etc. Se intentó, aunque era más de lo que se podía abarcar en aquel momento por el personal disponible, poner en marcha programas específicos sobre estos temas. No obstante, se siguieron con tres pacientes pautas para el estreñimiento, dado que se había detectado un abuso importante de laxantes (tipo Evacuol). Previamente se hizo una identificación de los hábitos de los pacientes.

4°.- Petición programada de todas aquellas consultas externas, que fueran necesarias (medicina general y especialidades) y su información a los pacientes afectados.

En definitiva conseguir la confianza, prestar atención (aunque fuese aparentemente fútil el problema), servir de reservorio de quejas (aunque no siempre fuera el lugar más indicado) fue uno de esos resultados intangibles que suelen nombrarse con palabras más técnicas -creación de un ambiente terapéutico- que se ha conseguido en parte-. Extrapolarlo desde aquí a toda la vida de la unidad es un camino, más que un fin.

Por objetivar la labor mostramos algunas cifras. Del total de 79 pacientes, fueron citados 72, ya que por diversos motivos, entre los que se respetaba su negativa, cuatro hombres y una mujer no fueron revisados en un primer momento. Se aprovechó este contacto para realizar una analítica de control (con revisión anual) y una revisión de las dietas.

Respecto a los siguientes datos, hay que tener en cuenta que los que aportamos corresponden a esos primeros meses iniciales, y que en

la actualidad existe una mejora en los parámetros pendiente de cuantificación.

Discapitados: 4 pacientes incapacidad importante. 10 pacientes incapacidad leve. 65 pacientes sin incapacidad. 32 pacientes problema agudeza visual. 2 pacientes hipoacusia.

Patología somática: 12 pacientes Bronquíticos. 6 pacientes cardiopatas. 8 pacientes hipertensos. 11 pacientes diabéticos: 2 con insulina. 5 con A.D.O. 4 con dieta. Nutrición: 25 obesos, 15 bajo peso. Otras patologías: 13 pacientes.

Patología bucal: Ausencia de alguna pieza: 60 pacientes. Caries: 62 pacientes. Prótesis dentaria: 9 pacientes. Un solo paciente presenta un buen estado de conservación de sus dientes.

Hábitos:

HIGIENE:

- Malos: 34 pacientes.
- Regulares: 25 pacientes.
- Buenos: 20 pacientes.

ALIMENTARIOS:

- Malos: 22 pacientes.
- Regulares: 26 pacientes.
- Buenos: 31 pacientes.

TABÁQUICOS:

- + de 40 cigarrillos: 25 pacientes.
- + de 20 cigarrillos: 12 pacientes.
- de 20 cigarrillos: 8 pacientes.
- No fuman 28 pacientes: 19 mujeres, 9 hombres.

Capacidad de expresión verbal:

- Nulo: 13 pacientes.
- Escaso: 16 pacientes.
- Normal: 50 pacientes.

Consultas externas:

Dentista: 40 pacientes.

Oftalmología: 21 pacientes.

Otorrino: 8 pacientes.

Ginecología: 11 pacientes.

Médico cabecera: 16 pacientes.

Otras especialidades : 33 pacientes.

COMEDORES.

En este genérico englobaremos más temas que una mera distribución de los mismos. Como ya hemos mencionado antes, los modales al comer eran muy inadecuados, en especial en los hombres; aproximadamente un 50% no sabían utilizar el cuchillo debido a que en la anterior etapa no se les proporcionaba por considerarse peligroso; el 70% comía sin cuidado alguno manchando el suelo y la ropa; un 10% sólo sabían utilizar la cuchara, usando las manos para los alimentos sólidos.

El sistema de comidas hasta entonces en vigor era el siguiente: Existían dos turnos:

- a.- 12 h. pacientes con regímenes especiales.
- b.- 13 h. régimen general.

Este patrón se respetaba a las cenas (19 h. y 20 h.). Los pacientes esperaban en el pasillo, mientras los auxiliares colocaban los servicios, repartían la comida (1º, 2º y postre) y dispensaban la medicación en las cucharas. Planteado este escenario se abrían las puertas del comedor, accediendo los pacientes a lugares asignados en mesas para cuatro comensales. Si durante la comida un paciente necesitaba algo se le servía, pues tácitamente planeaba la prohibición de levantarse. En este ambiente los pacientes engullían "su rancho" en menos de 10 minutos y salían. Nadie vigilaba el aseo posterior.

Ante este panorama, desolador por cierto, nos impusimos como objetivo, desarrollar de forma muy paulatina un modelo de autoservicio. En un primer momento, lo único que se cambió fue la posibilidad de sentarse donde y con quien fuera apetecible.

Unas semanas más tarde, en la parte de mujeres (por ser menor número de pacientes, existir menor número de regímenes especiales y mejores modales) se instauró un único turno a las 13 h. Por los mismos motivos, se implantó esto mismo en el 4º piso (si antes no lo habíamos mencionado, aclarar que habíamos puesto allí a los pacientes más autónomos y capaces -entre los varones- de la unidad). Las cenas también se unificaron a las 20:00 h.

En el 3º H se cambió, manteniendo el esquema de dos turnos, el horario que pasó a las 12,30 h. y 13,30 h. (cenas a las 19,30 h. y 20,30 h.). Estos dos grupos ya no atendían a problemas de dietas sino a las capacidades y problemas específicos. En el 1º de los turnos comían los más discapacitados e inadecuados mientras que en el 2º grupo lo hacían los restantes. Para evitar ese engullir, se les servía sólo un plato a la vez y cuando finalizaban se levantaban a por los siguientes.

El siguiente paso fue que los pacientes, antes de servir las comidas, se colocaran su propio servicio (platos, cubiertos al completo y vaso). Se mantenía el esquema de turnos y comedores.

La etapa subsecuente fue la instauración de un auténtico autoservicio dentro del esquema descrito. Para esto se dotó al menaje de los comedores con bandejas y se redistribuyeron las mesas para confeccionar un modelo de mostrador de servicio y mesas dispuestas, dentro de nuestras posibilidades, para ser ocupadas por dos o cuatro pacientes como máximo. Así mismo, al terminar son los mismos pacientes quienes retiran sus servicios. El último paso en esta evolución, dado en fechas recientes, consiste en haber agrupado a todos los pacientes en un único turno (13 h. y 20 h.) y en sólo dos comedores (3º H y 3º M), pudiendo así disponer del espacio situado en el 4º piso para otros menesteres.

Se ha instaurado un horario flexible de entrada al comedor (15 minutos por delante y detrás de las horas indicadas), agrupando a la mayor

parte de los pacientes en el comedor del 3º H por ser el más amplio. El elevado número de pacientes para las mesas disponibles hace que no todos puedan acceder al mismo tiempo, pero esta espera no ha resultado a la postre molesta -salvo en los primeros días en los que se elevaron varias quejas-. Aún siguen esperando en una ordenada fila en el pasillo al lado de la puerta, pero ya se ve a pacientes aislados esperando tranquilamente sentados en el salón o en la galería que se despeje el comedor y pase la "hora punta".

Es manifiesto en este comedor el mayor reposo, sosiego y orden. Uno de los objetivos futuros será intentar que esta hora y lugar sean también un espacio de relación. El otro comedor está reservado para 14 pacientes, bien que exigen una mayor vigilancia o con problemas físicos que limitan la autonomía, bien para pacientes que aún no han conseguido una adecuación suficiente (5).

Otro aspecto a tratar, comentado en la descripción inicial, era la administración de la medicación en las horas de las comidas. Se ha pasado a la administración individualizada dentro del comedor, salvo para aquellos pacientes que la toman en el botiquín por distintos motivos (control, dosificación especial, etc.). A este efecto hay dos ideas "en cartera". La primera sería desvincular el comedor de la medicación que pasaría a ser administrada en el botiquín a todos los pacientes antes o después de la comida. La otra, más alejada y compleja de poner en marcha, el que al menos un reducido grupo sea capaz de responsabilizarse de la automedicación (somos conscientes de que aún dista un largo trecho, para siquiera planteamos esto más que como deseo).

Una faceta más vinculada a los comedores ha sido la limpieza posterior a la comida.

Dado que el personal de limpieza siempre ha sido escaso en dotación, hemos tenido que recurrir al concurso de los pacientes. En un primer momento se hizo una petición de voluntarios, pero, como suele suceder, eran pocos y siempre los mismos, por lo que se creó una situación de relativa injusticia y malestar. Posteriormente y unido a la necesidad de vincular hábitos de limpie-

za con respecto a todo el espacio de la unidad (colillas, esputos etc.) , se instituyeron turnos rotativos semanales obligatorios que se gratificaban con pequeños obsequios y cantidades de dinero. Sólo llegó a funcionar en el de mujeres; en el de hombres, y esto sólo puede ser achacado a nosotros jamás se puso en marcha. En el 4º piso se inició pero sufrió múltiples altibajos. En mujeres la situación llegó a adquirir con los meses, tintes de auténtica rebelión. Podemos resumir las causas en dos:

Pese a haberse acordado, los empleados no permanecíamos en el comedor para acompañar y echar una mano a las pacientes en el desarrollo de la tarea. Se obvió el problema de las personas que se negaron a realizar la tarea, lo que fue motivo de discusiones, envidias, etc. entre las pacientes.

En el momento actual, hemos trasladado el problema al personal de limpieza, aunque como hasta principios del 94 no se dispondrá del mínimo necesario, aun recurrimos al voluntarismo, pero con dos premisas:

a.- al menos un miembro del equipo permanecerá con los pacientes mientras estos realizan la tarea y ayudará en ello (ahora el trabajo consiste en pasar un paño húmedo por las mesas y subir las sillas a estas para facilitar el fregado del suelo).

b.- pedir día a día a las últimas personas que se quedan su concurso (no suelen ser las mismas).

Si os parece demasiado espacio dedicado a "un comedor" recordad que son muchos, psicóticos y con largos años de institucionalización los pacientes que tenemos.

PROPIEDADES.-

Éste ha sido otro gran capítulo que ha servido para ese proceso de "humanización" en el que nos encontramos empeñados.

parte de los pacientes en el comedor del 3º H por ser el más amplio. El elevado número de pacientes para las mesas disponibles hace que no todos puedan acceder al mismo tiempo, pero esta espera no ha resultado a la postre molesta -salvo en los primeros días en los que se elevaron varias quejas-. Aún siguen esperando en una ordenada fila en el pasillo al lado de la puerta, pero ya se ve a pacientes aislados esperando tranquilamente sentados en el salón o en la galería que se despeje el comedor y pase la "hora punta".

Es manifiesto en este comedor el mayor reposo, sosiego y orden. Uno de los objetivos futuros será intentar que esta hora y lugar sean también un espacio de relación. El otro comedor está reservado para 14 pacientes, bien que exigen una mayor vigilancia o con problemas físicos que limitan la autonomía, bien para pacientes que aún no han conseguido una adecuación suficiente (5).

Otro aspecto a tratar, comentado en la descripción inicial, era la administración de la medicación en las horas de las comidas. Se ha pasado a la administración individualizada dentro del comedor, salvo para aquellos pacientes que la

toman en el botiquín por distintos motivos (control, dosificación especial, etc.). A este efecto hay dos ideas "en cartera". La primera sería desvincular el comedor de la medicación que pasaría a ser administrada en el botiquín a todos los pacientes antes o después de la comida. La otra, más alejada y compleja de poner en marcha, es que al menos un reducido grupo sea capaz de responsabilizarse de la automedicación (somos conscientes de que aún dista un largo trecho, para siquiera planteamos esto más que como deseo).

Una faceta más vinculada a los comedores ha sido la limpieza posterior a la comida.

Dado que el personal de limpieza siempre ha sido escaso en dotación, hemos tenido que recurrir al concurso de los pacientes. En un primer momento se hizo una petición de voluntarios, pero, como suele suceder, eran pocos y siempre los mismos, por lo que se creó una situación de relativa injusticia y malestar. Posteriormente y unido a la necesidad de vincular hábitos de limpie-

za con respecto a todo el espacio de la unidad (colillas, esputos etc.), se instituyeron turnos rotativos semanales obligatorios que se gratificaban con pequeños obsequios y cantidades de dinero. Sólo llegó a funcionar en el de mujeres; en el de hombres, y esto sólo puede ser achacado a nosotros jamás se puso en marcha. En el 4º piso se inició pero sufrió múltiples altibajos. En mujeres la situación llegó a adquirir con los meses, tintes de auténtica rebelión. Podemos resumir las causas en dos:

Pese a haberse acordado, los empleados no permanecíamos en el comedor para acompañar y echar una mano a las pacientes en el desarrollo de la tarea. Se obvió el problema de las personas que se negaron a realizar la tarea, lo que fue motivo de discusiones, envidias, etc. entre las pacientes.

En el momento actual, hemos trasladado el problema al personal de limpieza, aunque como hasta principios del 94 no se dispondrá del mínimo necesario, aun recurrimos al voluntarismo, pero con dos premisas:

a.- *al menos un miembro del equipo permanecerá con los pacientes mientras estos realizan la tarea y ayudará en ello (ahora el trabajo consiste en pasar un paño húmedo por las mesas y subir las sillas a estas para facilitar el fregado del suelo).*

b.- pedir día a día a las últimas personas que se quedan su concurso (no suelen ser las mismas).

Si os parece demasiado espacio dedicado a "un comedor" recordad que son muchos, psicóticos y con largos años de institucionalización los pacientes que tenemos.

PROPIEDADES.-

Éste ha sido otro gran capítulo que ha servido para ese proceso de "humanización" en el que nos encontramos empeñados.

parte de los pacientes en el comedor del 3º H por ser el más amplio. El elevado número de pacientes para las mesas disponibles hace que no todos puedan acceder al mismo tiempo, pero esta espera no ha resultado a la postre molesta -salvo en los primeros días en los que se elevaron varias quejas-. Aún siguen esperando en una ordenada fila en el pasillo al lado de la puerta, pero ya se ve a pacientes aislados esperando tranquilamente sentados en el salón o en la galería que se despeja el comedor y pase la "hora punta".

Es manifiesto en este comedor el mayor reposo, sosiego y orden. Uno de los objetivos futuros será intentar que esta hora y lugar sean también un espacio de relación. El otro comedor está reservado para 14 pacientes, bien que exigen una mayor vigilancia o con problemas físicos que limitan la autonomía, bien para pacientes que aún no han conseguido una adecuación suficiente (5).

Otro aspecto a tratar, comentado en la descripción inicial, era la administración de la medicación en las horas de las comidas. Se ha pasado a la administración individualizada dentro del comedor, salvo para aquellos pacientes que la toman en el botiquín por distintos motivos (control, dosificación especial, etc.). A este efecto hay dos ideas "en cartera". La primera sería desvincular el comedor de la medicación que pasaría a ser administrada en el botiquín a todos los pacientes antes o después de la comida. La otra, más alejada y compleja de poner en marcha, el que al menos un reducido grupo sea capaz de responsabilizarse de la automedicación (somos conscientes de que aún dista un largo trecho, para siquiera plantearnos esto más que como deseo).

Una faceta más vinculada a los comedores ha sido la limpieza posterior a la comida.

Dado que el personal de limpieza siempre ha sido escaso en dotación, hemos tenido que recurrir al concurso de los pacientes. En un primer momento se hizo una petición de voluntarios, pero, como suele suceder, eran pocos y siempre los mismos, por lo que se creó una situación de relativa injusticia y malestar. Posteriormente y unido a la necesidad de vincular hábitos de limpie-

za con respecto a todo el espacio de la unidad (colillas, esputos etc.), se instituyeron turnos rotativos semanales obligatorios que se graficaban con pequeños obsequios y cantidades de dinero. Sólo llegó a funcionar en el de mujeres; en el de hombres, y esto sólo puede ser achacado a nosotros jamás se puso en marcha. En el 4º piso se inició pero sufrió múltiples altibajos. En mujeres la situación llegó a adquirir con los meses, tintes de auténtica rebelión. Podemos resumir las causas en dos:

Pese a haberse acordado, los empleados no permanecíamos en el comedor para acompañar y echar una mano a las pacientes en el desarrollo de la tarea. Se obvió el problema de las personas que se negaron a realizar la tarea, lo que fue motivo de discusiones, envidias, etc. entre las pacientes.

En el momento actual, hemos trasladado el problema al personal de limpieza, aunque como hasta principios del 94 no se dispondrá del mínimo necesario, aun recurrimos al voluntarismo, pero con dos premisas:

a.- al menos un miembro del equipo permanecerá con los pacientes mientras estos realizan la tarea y ayudará en ello (ahora el trabajo consiste en pasar un paño húmedo por las mesas y subir las sillas a estas para facilitar el fregado del suelo).

b.- pedir día a día a las últimas personas que se quedan su concurso (no suelen ser las mismas).

Si os parece demasiado espacio dedicado a "un comedor" recordad que son muchos, psicológicos y con largos años de institucionalización los pacientes que tenemos.

PROPIEDADES.-

Éste ha sido otro gran capítulo que ha servido para ese proceso de "humanización" en el que nos encontramos empeñados.

Antes de la reestructuración ningún paciente disponía de un lugar para guardar su ropa, que permanecía en el ropero general. Justo antes de la creación de las unidades se dotó a las habitaciones de un armario con llave por cama (aunque tiene el problema de que es muy pequeño). Se facilitó a los pacientes una llave (y se guardó un duplicado de la misma) y se les animó a que tuvieran su ropa en él. También disponían de una mesilla con cerradura en la que podían guardar objetos personales aunque algunos no tenían gran cosa que guardar.

Se les proporcionó un bolso de aseo (a cargo de la administración del hospital) con los utensilios imprescindibles para el aseo personal, y una toalla de baño que se cambiaba dos veces por semana. Esto se acompañó, obviamente de una campaña de concienciación de su uso, que unido a una política de un baño semanal obligatorio, ha conseguido un nivel medio de higiene personal y adecuación de la propia imagen y autoestima. Bien es cierto que aún no se ha conseguido una total habituación y autoconcienciación, por lo que cualquier desatención a estos detalles por nuestra parte -y ha habido más de los necesarios, pese a las medidas tomadas de evaluación diaria- hace que el nivel descienda considerablemente.

En el aspecto del vestir, hemos conseguido que la mayor parte de los pacientes salga a comprar su ropa (en compañía de personal) y la elija a su gusto. Anteriormente, se realizaba una compra masiva y uniformada en el costurero del hospital y se repartía a los pacientes previo descuento de sus pensiones (hecho que la mayor parte desconocía, creyendo que era gratuita). Sólo se provee de ropa a los muy incapacitados para una salida o a aquellos que carecen de recursos propios. Por este motivo y otros paralelos (peluquería las mujeres, .) se han realizado 100 salidas con un promedio de 2 pacientes en cada una. Esto tiene especial importancia por dos motivos: muchos eran los que hacía años que no salían del hospital, salvo a sus más inmediatas cercanías. Por otro lado se permite la individualización gracias a la diversificación en el vestir y a que siempre que fue posible la ratio paciente/personal en la salida era 1:1, lo que permite un trato más exclusivo y un

nuevo ambiente en el que ver desenvolverse a los pacientes. En esta línea , salvo muy pocas excepciones, los pacientes masculinos poseen hoy su propia máquina de afeitar (antes eran comunitarias o acudían al barbero). Si son comunitarios dos aparatos de depilación femenina.

Por cierto, que estas salidas se aprovechaban también para reeducar al paciente en el uso del Bus, tomar una consumición en una cafetería etc. El número de horas empleado en esta actividad de las salidas ha sido pues elevado .

Capítulo aparte merecería, y en conexión con lo expuesto, el trabajo que se realizó para convencer -más que sólo informar- a los pacientes de su disponibilidades económicas. Pocos eran los que sabían que disponían de una pensión (F.A.S. u otro tipo), y casi ninguno de su verdadera disponibilidad económica. Pensaban que la anterior administración subvenía a sus necesidades y encima les daba dinero de bolsillo para sus gastos. En la actualidad, todos los pacientes conocen la cuantía y tipo de pensión y casi todos disponen de libreta de ahorro a su nombre para cobrarla.

Se ha comenzado a salir a los bancos con alguno de los pacientes con el objeto de enseñarles el manejo de los mismos.

ACTIVIDADES GRUPALES.-

Antes de nada advertir que el nivel de comunicación relacional de nuestros pacientes era prácticamente inexistente salvo dos o tres excepciones. Esperamos que este solo dato dé una idea de la dificultad del trabajo desarrollado.

Ya desde finales del primer mes de singlatura, se distinguieron dos grupos -de forma empírica- entre los pacientes de la unidad: un grupo de 15 pacientes más deficitario y con características autistas, y el resto de los pacientes con mayor grado de autonomía.

Con los primeros se inició al final del verano un taller de terapia expresiva en el que trabajaban con elementos primarios (agua, barro, color, etc.). Funcionó como tal grupo del 1-10-92 al 23-12-92. Era llevado por una A.T.S. y un auxiliar y supervisado por un médico.

Con los segundos no se realizó actividad grupal, sino que se trabajó individualmente. Se asignó semanalmente al seguimiento de 3 pacientes (1 por piso) a un auxiliar por turno. El objeto era conocer los hábitos, gustos y costumbres de cada uno, ofertando al mismo tiempo compañía y escucha. Para la evaluación se utilizaron unas hojas diarias en las que se recogían una serie de datos de la vida cotidiana del paciente (en grandes rasgos lo relativo a hábitos, nivel de autonomía, nivel de comunicación, de satisfacción, etc.). Esta tarea ocupó todo ese verano y comienzos de otoño. Su finalización permitió iniciar el taller arriba mencionado, ya que el grado de aislamiento impedía este tipo de registro en ese grupo.

Este trabajo se completa, en el aspecto grupal, con reuniones diarias por piso -con carácter voluntario- y con el objetivo de servir de lugar para relación y expresión de las inquietudes, preocupaciones, ideas que los pacientes quieran expresar. El poco nivel de asistencia e interés obligó a suspenderlas.

En Enero de 1993, y en base a lo observado, se ve necesario profundizar en el trabajo grupal y se distinguen lo que aparentan ser tres grupos homogéneos a tenor de los datos obtenidos en lo que a autonomía y posibilidades futuras se refiere.

Se diferencian pues (son grupos mixtos):

GRUPO A.- Compuesto por 26 pacientes, que se subdividen en dos subgrupos de 13 (A-1, A-2). Son los pacientes más autónomos, con aceptable nivel de comunicación y con posibilidades de paso a la Unidad de Rehabilitación o externalización. El objetivo es crear un grupo terapéutico. Es supervisado por la psicóloga de la Unidad de Rehabilitación que colabora con nosotros y realizado por ella misma y las A.T.S. de la

Unidad. Posteriormente se agregaría a la actividad uno de los médicos de Rehabilitación. En la actualidad, son él y la Psicóloga los encargados del mismo. Se establece una reunión semanal (viernes) de una hora de duración. También se han realizado salidas en grupo de carácter lúdico y relacional.

GRUPO C.- Básicamente el mismo que el taller de expresión con un paciente más (16 por lo tanto). Se hace especial hincapié en los aspectos de psicomotricidad, coordinación viso-motora y de labores en común que permitan romper el aislamiento y el autismo.

Supervisado por un médico colaborador de la unidad y realizado fundamentalmente por auxiliares y apoyados por A.T.S. Se trabaja con ellos de lunes a viernes durante una hora.

GRUPO B.- Compuesto por 33 pacientes, con nivel de autonomía y comunicación intermedio entre los dos grupos antes citados.

Suponen el grupo más heterogéneo y en-cronizado. Se subdivide en 3 subgrupos (B-1, B-2, B-3) de 11 pacientes y el trabajo se va conformando a lo largo de unos dos meses hasta adoptar la estructura definitiva: 4 sesiones semanales de una hora de duración (de Lunes a Jueves) con una labor distinta pero fija, para cada día de la semana. Lectura de periódico, reeducación (escritura, lectura etc.); terapia ocupacional (plantado de semillas, confección de murales, creación de un huerto, etc.) grupo de relación los jueves. Los otros tres días eran alternantes para cada grupo para permitir, al menos, una continuidad de persona y labor en esa semana (por ej. periódico: lunes, B-1; martes B-2; miércoles B-3 y así sucesivamente). La supervisión era llevada a cabo por uno de los médicos de la unidad, y realizada por él y los auxiliares fundamentalmente, pues el horario y la escasez de A.T.S. impedían su asistencia regular.

Aclarar que la asistencia a los grupos era de carácter obligatorio.

En la actualidad se mantiene básicamente este esquema, salvo porque la experiencia anterior ha aconsejado la reducción de los subgrupos B (se ha trasladado desde estos al A y al C algún paciente), y por el hecho de que al llegar un psicólogo a tiempo total a la unidad, se ha hecho cargo de la supervisión de los grupos B y C.

La extensión de la problemática detectada y los avatares ocurridos son lo suficientemente extensos para dedicarles un artículo completo, por lo que no nos extendemos aquí. Sólo agradecer a los auxiliares que participaron su valiosa aportación dada la absoluta novedad y las tensiones que genera esta labor (fundamentalmente en el grupo más duro y cerrado: el B). El hecho, no cuantificable de una interacción humana más fluida e intensa tanto entre los pacientes, como con el personal, ha sido la mayor aportación a la creación de un marco terapéutico adecuado, que ha permitido, entre otros más, dos hechos significativos y objetivos: la disminución de los episodios de agresividad en la unidad, y la disminución de las dosis de psicofármacos al menos en un 35% de las dosis iniciales.

AGRESIVIDAD Y PSICOFÁRMACOS.-

Plantear estos dos conceptos de forma unificada es porque todos sabemos que son factores que guardan una proporcionalidad directa cuando la situación de escaso personal, excesivo número de camas y ausencia de marco terapéutico global crean una situación explosiva.

Como apuntamos al principio, ésta era precisamente la situación heredada en el hospital, aunque sólo haremos referencia a nuestra unidad. Pese a que el carácter de las agresiones nunca ha revestido gravedad en relación a las lesiones originadas, sí era un hecho de extrema importancia por su número. Fundamentalmente se originaban entre pacientes y no era extraño registrar estos roces un par de veces por semana. Aclarar que estas maneras no eran generalizadas, pero sí eran las habituales entre 1/5 de los pacientes (precisamente aquellos con mayor tiempo de

ingreso, menor capacidad de relación y mayor deterioro institucional). Esto obligó a asumir durante los primeros meses un exceso de medicación con objetivo apaciguador, si bien prácticamente ya desde entonces erradicamos el uso -hasta entonces regla común- de medicación parenteral (salvo los nemolépticos depot), hasta el punto de ser su uso anecdótico y limitado casi a casos de clara descompensación psicopatológica que no aceptan medicación por vía oral (y esto durante el tiempo mínimo imprescindible).

A modo de inciso, queremos aclarar que -stricti sensu- la agresividad nunca ha respondido a cuadros de agitación psicomotriz, salvo en el caso aislado de un paciente que resultó ser deficiente mental con un elevado componente erético, y que estaba ingresado en el hospital desde los 12 años (contaba 23 cuando pasó a nuestra unidad). Este paciente sí requirió en numerosas ocasiones tanto sedación parenteral como sujeción mecánica de forma puntual.

Retomando el hilo se decidió afrontar el problema, medidas generales ambientales aparte, desde la idea de devolver a los pacientes la responsabilidad de sus actos sin permitir que ninguna agresión pasara sin censura y amonestación por nuestra parte en el momento de producirse. En definitiva, instauramos una "Ley", hasta entonces inexistente, y fuimos sus veladores a la espera del momento en que fuera asumida e introyectada por los pacientes. (Aclarar que la norma de no recurrir a la violencia, junto con otras normas convivenciales básicas -aseo, respeto por la intimidad y la propiedad etc.- se proporcionó a todos los pacientes por escrito y de forma individualizada).

El método utilizado fue fruto más del sentido común y la dedicación que de la planificación.

En primer lugar se definía el agresor y la víctima siempre que era posible. Si no lo era, se trataba a los implicados como agresores mutuos. Esto, supongo, parecerá obvio en caso de imponer tanto a implicados como a observadores una idea de justicia normalizada mas allá de la típica psicótica, a que era con la que nos teníamos que enfrentar.

El siguiente paso era destacar la inadmisibilidad de lo ocurrido, sin permitir ningún tipo de excusas (ni siquiera legítima defensa). Se hacía hincapié en que los problemas se resuelven hablando (el principal déficit de nuestros pacientes), y que si se consideraba irresoluble debía acudirse al personal de la unidad (cualquiera) para su actuación como mediador.

Este discurso se comunicaba al agresor o a los implicados en el hecho, y para resaltar el hecho de ser una decisión de equipo y no una arbitrariedad personal, se procuraba que estuvieran pacientes, además del psiquiatra, un auxiliar y una enfermera/o.

Después se imponía al paciente un aislamiento en su habitación por un tiempo definido en unos casos, o condicionado a una reflexión crítica sobre su actuación (no necesariamente arrepentimiento). Este aislamiento tenía de peculiar que la única traba que se imponía al paciente era cerrar la puerta de su habitación -por supuesto sin llave- y recordarle su situación si se le veía por el pasillo, acompañándole al dormitorio.

Aclarar que se les permitía salir a fumar un cigarrillo al pasillo cada hora, y acudir al servicio siempre que lo solicitaran previamente.

El inicial escepticismo, se transformó en asombro cuando comprobamos que la gran mayoría de los pacientes acataban esta situación con notable autodisciplina. Hablando de asombros, no era menor el suyo cuando se les proponía esta medida en lugar de la habitual sujeción mecánica mas una inyección parenteral.

La salida de esta situación pasaba por un nuevo recordatorio del motivo y la ley y el mensaje de que volvería a ocurrir cuando ésta se infringiera. Dado que no se pedía arrepentimiento, no se obligaba a gesto de reconciliación o disculpa de forma sistemática, aunque se alentaba.

Con esta situación no se perseguía -y por eso no existe- una especie de moral impuesta, sino proporcionar un marco normativo que permi-

tiera la mentalización personal y grupal y con el tiempo la erradicación de esta problemática.

Pese a que hemos empleado en la descripción los verbos en pasado, el problema subsiste, aunque su frecuencia se ha reducido enormemente (2-3 episodios/mes). Además fundamentalmente en el seno de los grupos, se ha detectado la concienciación de los pacientes al respecto, así como lo desagradable que les resulta esta medida, pese a ser ellos mismos sus sustentadores, al no existir como ya dijimos, barreras físicas para evitar el aislamiento.

Toda esta actuación ambiental específica, nos ha permitido, como dijimos antes, eliminar gran parte de la medicación exclusivamente sedativa; disminuir en al menos 1/3 la dosis media general de psicotropos y en algunos casos suprimirla al completo.

Por supuesto -y para acabar- que la reducción de medicación es fruto también, aunque sea repetitivo, de las actividades restantes (grupos, salidas, comedores, manualidades, etc.), que han redundado en la calidad humanizada y, esperamos, terapéutica, de la atmósfera que se respira en la unidad.

Siguiendo con la medicación y su reducción, nos gustaría hablar de cómo se consiguió que la medicación hipnótica -al inicio era casi excepcional el paciente que no la tomaba- se hiciera innecesaria salvo para un número pequeño de pacientes y en la mayoría de las veces sólo episódicamente. El método que utilizábamos pretende además, instaurar nuevos hábitos. Dado que la casi totalidad de los pacientes se acostaban inmediatamente tras la cena (20.30 h.) el primer paso consistió en diferir la toma de esta medicación a las 21.30 h. En principio, se les administraba sin más, y después sólo si lo solicitaban. Después de un par de meses, era raro que se pidiera rutinariamente, y fue posible su suspensión en gran parte de los casos. Completando estas medidas, se ofertó la posibilidad de prepararse infusiones calientes (té, manzanilla) con la intención de motivar una tertulia tras la cena y llenar en lo posible ese tiempo que parecía

deseable alargar antes de acostarse. En el momento actual las infusiones casi han desaparecido por desinterés de los pacientes y falta de motivación por nuestra parte al respecto. Sin embargo, mientras duró, aunque no implicó directamente a muchos pacientes, sirvió para un punto de encuentro y charla entre pacientes y con el personal (que, por supuesto, les acompañaban en la consumición). El otro punto -retrasar la hora de acostarse- no ha sufrido una gran variación numérica, aunque 8 ó 10 pacientes se reúnen todas las noches (hombres y mujeres) para tomar algo y ver un rato la televisión.

OTRAS ACTIVIDADES.-

Han habido otro tipo de actividades que sólo mencionaremos de pasada bien por no haber perdurado o bien por ser limitadas en el tiempo. La mayor parte de ellas han sido realizadas por pacientes nuestros dentro de los programas de la Unidad de Rehabilitación -con la que hemos trabajado desde el principio- dado que un número significativo de pacientes podían beneficiarse de ellos, por capacidad y autonomía, e incluso pasar a Rehabilitación como ha ocurrido en varios casos. Entre estas actividades destacar:

*Curso de Educación Vial: Participaron 6 pacientes de psiquiatría. El material fue solicitado a la D.G.T. y el curso fue dirigido por un monitor ocupacional. Su duración fue de un mes a razón de dos horas semanales .

El curso constaba de material videográfico y de cuadernillos con ejemplos de situaciones de tráfico (previamente vistos en los videos) que los pacientes debían resolver. Este material es el que la D.G.T. proporciona a los colegios.

* Psicoeducación: También participaron 6 pacientes (esta actividad aún se realiza). Siguiendo un modelo de educación para adultos, se pretende refrescar conocimientos a nivel de escolaridad primaria. También es realizada por un monitor ocupacional. Su frecuencia es de una hora semanal.

* Alfabetización: Al detectar pacientes analfabetos en nuestra unidad, pusimos en marcha un programa de alfabetización básica (lectura y escritura) realizada por la psicólogo de Rehabilitación (entonces la única para todo el centro). Se trataba de una mujer y dos hombres. La mujer y uno de los hombres presentaban la dificultad de ser muy aislados e introvertidos. El otro hombre tiene el problema añadido de faltarle el brazo derecho (por accidente laboral). Sólo la mujer continúa hoy en día ya que los hombres se negaron en los tres primeros días. Se realiza dos días a la semana durante 30 m. Comentar la satisfacción con que la paciente acude puntualmente y su aplicación a la hora de realizar "sus deberes escolares".

*Encuademación: Se consiguió que se impartiera un curso de encuademación en el que pudimos incluir a tres pacientes. Este curso fue impartido por una profesional del ramo, y subvencionado por el INSERSO. Tuvo una duración de unos cuatro meses. Actualmente sigue funcionando como pequeño taller de encuademación para -de momento- encargos internos del hospital (B.O.E., documentación, etc.) o para encargos del personal. Estos últimos se pagan, destinando los pequeños ingresos al pago de los pacientes. Sería deseable expandir esta actividad y se plantea -si la situación lo permite- una posible conversión en un taller protegido. También es supervisado por un terapeuta ocupacional.

* Camisetas: Desde la primavera hasta hace un mes se estuvieron pintando a mano camisetas, que posteriormente se vendieron entre el personal y familiares. El grupo estaba formado por pacientes de Rehabilitación y de Psiquiatría (4 pacientes). El dinero se repartía entre aquellos que acudían regularmente.

Además de éstas, para llenar las largas y tediosas tardes del hospital, tras la merienda se intentó formar un grupo estable de manualidades. La estabilidad era referente a su perduración, no a los individuos que lo conformaban, que eran unos u otros según sus gustos, motivación y ganas, pues era de carácter voluntario. Se recabó

para ello de la colaboración de los terapeutas ocupacionales (tres para todo el hospital), pero por diversos motivos ésta fue inconstante e insuficiente, por lo que el peso recayó sobre el personal auxiliar, lo que originó una notable irregularidad en su decurso con momentos de auge y casi desaparición dependiendo del número de trabajadores en turno, actividades en marcha, otras necesidades más preteritorias, etc.

Aún así, se consiguió que se tejieran cuatro alfombras, se hiciesen bonsais con abalorios de cristal (superaron la docena), se iniciara un grupo de costura, etc.

Los objetos realizados han sido vendidos en su mayoría y el dinero revertido a los pacientes siempre que ha habido suficiente para dar una cantidad representativa, o si esto no ocurría así, se salía con los pacientes a merendar o tomar un café con la cantidad conseguida.

Quedan aún en el tintero otros intentos que no han cuajado por lo que una descripción resulta ociosa. Es de justicia añadir que por causas ajenas a nosotros, pero también por nuestros irregulares y discontinuados esfuerzos, estas actividades realizadas dentro de la propia unidad, son una de nuestras asignaturas pendientes.

EN RESUMEN.-

Poco más nos queda añadir a lo anterior. En el momento actual de consolidación de lo descrito, ya estamos intentando -a la vez- seguir adelante. Nuestro empeño ha sido y es que ningún paciente quedara "perdido en los pasillos" debido al mecanismo de selección que comporta habitualmente una unidad de estas características: sólo suele atenderse a aquéllos capaces de estimular nuestra atención por lo que los más inermes -que coinciden con los más molestos de trato o los más deficitarios- suelen ser escotomizados de todo aquello más allá de los cuidados básicos.

Creemos sinceramente haber soslayado este esquema aunque no su peligro. No hemos sido originales, que no era nuestra pretensión.

Nadie se lleve a engaños si lo descrito parece un camino de rosas; quien conoce este trabajo desde dentro sabe de la frustración, cansancio y apatía que todo logro por mínimo que sea comporta; pero es precisamente en este mínimo donde al mismo tiempo se sitúa la gratificación personal (a poco que se esté sensibilizado y responsabilizado en estos objetivos).

Por eso, decir que hemos conseguido el paso de diez pacientes al área de Rehabilitación, resulta menos satisfactorio que el que un paciente salga él solo y espontáneamente a comprarse unas camisetas después de ocho años de no querer salir del hospital.

O que el programa de autoservicio de comidas funcione adecuadamente y permita una mayor autonomía de los pacientes, nos estimula menos en nuestro trabajo que el que un paciente levante los ojos del plato y charle con su compañero.

Estos hechos, más que ninguna cifra, dará cuenta de nuestro trabajo. Nos queda mucho andar por delante y, siguiendo la idea que para un trabajo duro y repetido no hay mejor medida que innovar mientras sea posible, procuraremos avanzar por algún camino poco trillado siempre que el sentido común (el mejor aliado en este trabajo) y la ilusión (el único motor necesitado de combustible diario) nos lo aconsejen y permitan.

A la mitad del camino: Análisis de una andadura

Asunción Sánchez Peña - Carmen García Moreno

Después de una larga batalla interior en el Hospital Psiquiátrico Santa Isabel por mejorar la calidad asistencial, todo se precipitó a raíz de los artículos aparecidos en el diario "El País" durante los meses de junio y julio del 91 en los que se cuestionaba tanto el tratamiento como el trato dispensado a los pacientes. En esos momentos el Hospital pertenecía a una entidad privada, Caja España. Al saltar dicha problemática a la luz se involucran otras entidades públicas: en principio la Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental - ACLSM- pide a la Junta de Castilla y León la apertura de una investigación sobre el centro. Un comité de expertos elabora un informe en el que se constata que el Hospital no ha iniciado el proceso de reforma que marca el decreto de 1989 de la Junta de Castilla y León, uniéndose a lo anterior la ausencia de programas de rehabilitación generales o específicos, lo que convierte al Hospital en un almacén de enfermos que con el paso del tiempo pasan a ser crónicos. La Junta autonómica es a partir de entonces fiscalizadora e impulsora a la vez del proceso de transformación del Hospital que tiene su primer hito el uno de junio de 1992, fecha en la que se lleva a cabo la reubicación de los pacientes en un área asistencial y en un área residencial. En el área asistencial, y haciendo abstracción de la unidad de agudos, se ubican todos aquellos pacientes considerados enfermos mentales crónicos, es decir: pacientes con largos años de institucionalización, menores de 65 años y en su mayoría con un diagnóstico de esquizofrenia, si bien se incluyen también otras psicosis funcionales, cuadros neuróticos, alcohólicos y deficientes ligeros. Son pacientes en los que la enfermedad ha hecho estragos a nivel cognitivo, de autonomía y relacional. La Unidad de Rehabilitación se diseña al plantearse un trabajo individual y con las familias muy intenso, con un objetivo de reinserción, y que no sería posible con los 95

Asunción Sánchez Peña. Psicólogo.

Carmen García Moreno. ATS.

UNIDAD DE REHABILITACIÓN
del Hospital Santa Isabel. LEÓN.

pacientes en masa. Se piensa en una unidad pequeña, donde poder potenciar al máximo los factores curativos de la dinámica de grupo y del entorno terapéutico, y donde puedan concentrarse los esfuerzos de una buena dotación de personal, de un equipo multiprofesional que trabaje en la implantación de hábitos y habilidades necesarias para enfrentarse a la vida cotidiana fuera del Hospital. Por el momento, y a la espera de ofrecer la Unidad como un recurso más de la red de atención, es una unidad filtro donde todos los factores rehabilitadores tratan de potenciarse al máximo encaminados al logro de una autonomía institucional y, por supuesto, a la reinserción. Los criterios de selección de los pacientes que, en un principio, accedieron a la Unidad de Rehabilitación fueron:

-La puntuación obtenida en la escala REHAB de Hall y Baker.

-Las posibilidades de reinserción familiar.

-Los recursos económicos de los pacientes.

-La edad y el buen estado físico general. Los 33 pacientes seleccionados tienen una media de edad de 45 años (mayores de 29 y menores de 62), una media de hospitalización de 15 años, un diagnóstico predominante de esquizofrenia, y son 17 mujeres y 16 hombres.

Nuestra preocupación prioritaria desde el principio fue la de crear un entorno terapéutico que facilitase la aparición de los factores curativos que surgen de la dinámica de grupo: información, universalidad, altruismo, identificación, recapitulación correctora del grupo familiar primario, catarsis, aprendizaje interpersonal. El término entorno terapéutico alude tanto al ambiente físico de la unidad como, y sobre todo, al ambiente psicológico que se respira en ella. En el aspecto físico había que "lavarle la cara" a la unidad, personalizar el espacio, hacerle más digno, cómodo y orientado: cuadros, fotos, plantas, pájaros, espejos de cuerpo entero, calendarios, tableros de anun-

cios, etc. Cuidar el aspecto psicológico fue, evidentemente, mucho más costoso. Es difícil concretar cuáles la característica esencial de un ambiente terapéutico. Para nosotros se trata de "repartir la autoridad". Suprimir toda autoridad sobre los pacientes no es terapéutico: la autoridad marca límites y esto es fundamental en este tipo de patologías donde se confunden "mi interior" con el exterior, "mis deseos" con la realidad. Pero por otra parte la sumisión coarta a la persona en su independencia y la priva del sentido de responsabilidad. El equipo trabajó ese aspecto recurriendo a reuniones de grupo que fomentan las opiniones diversas, el espíritu de crítica y la participación: asamblea de pacientes, grupos que llamamos de buenos días o de buenas noches, etc. Concretando más, el tipo de intervenciones que contempla nuestro programa de rehabilitación se puede dividir en dos grandes bloques: intervenciones dirigidas al usuario e intervenciones dirigidas al medio. Dependiendo de cada paciente se enfatizará en uno u otro tipo de actuación.

Intervenciones sobre el usuario.

I- Revisión psicopatológica. Se trata de ajustar el diagnóstico y el tratamiento psicofarmacológico.

II- Área de autocuidados y de autonomía personal.

IIa- Higiene personal. La meta aquí es conseguir que el paciente presente un aspecto aseado dentro y fuera del hospital. Como objetivos específicos elegimos las típicas unidades conductuales: ducha, lavado de cabeza, peinado, higiene buco-dental, afeitado, elección de calzado y vestido, adornos y demás complementos. Después de obtener la línea base de cada paciente se les dividió en dos grandes bloques: aquellos que ya tenían estas conductas en su repertorio de manera habitual, y que únicamente debían mejorar en algunos aspectos específicos, y aquellos que carecían de ellas. Se trabajó este área en un doble sentido: por una parte durante un mes, de lunes a viernes y durante una hora, el personal de enfer-

mería se reunió con los pacientes divididos en tres grupos de diez con características homogéneas. Mediante charlas de tipo informativo y utilizando todo tipo de recursos didácticos, cada día se trabajaba una unidad conductual intentando a la vez fomentar la discusión y la participación grupal.

IIb- Organización de la vivienda. Dos objetivos igualmente importantes: uno, que aprendan a hacer las tareas que implica el cuidado de una casa; dos, que tomen conciencia de la importancia de cuidar de las cosas comunes, respetar los derechos del otro y resolver los problemas de convivencia. Para lo primero se implantaron turnos semanales de cuidado de comedor, baños y salas de la Unidad, se transformó el comedor en autoservicio y se pusieron en marcha dos grupos de compra de alimentos y de cocina, uno de hombres y otro de mujeres. Los problemas de convivencia se trabajan en los distintos grupos que organizan la vida en la unidad. Nos detendremos brevemente en la llamada "reunión por habitaciones". Es el único grupo de interacción en el que están separados hombres y mujeres. Semanalmente cada grupo se reúne con la asistente social del equipo para tratar de asuntos varios, lo destacamos, porque guiados por nuestro deseo de normalizar las interacciones hombre-mujer, tradicionalmente bloqueadas por la institución, puede que caigamos en el error de no dejar este tipo de espacios unisex.

IIc- Manejo por la ciudad. Los déficits a este nivel se trabajan in vivo por medio de salidas semanales a la ciudad en grupos pequeños de 3-4 pacientes.

IId- Cobrar la pensión, ir al banco, etc, que se trabaja con igual metodología que el apartado anterior.

III- Área de higiene en salud y educación sanitaria. En este campo se han llevado a cabo las siguientes actividades:

IIIa- Revisión médica: aunque el Hospital cuenta con su propio médico internista se han preferido utilizar los recursos sanitarios comunitarios. A cada paciente se le puso en contacto con su médico de cabecera y con el ambulatorio correspondiente.

IIIb- Programa de higiene buco-dental. Importante, dado el mal estado en que suele encontrarse la dentadura de los pacientes por la poca higiene, la medicación psiquiátrica mantenida, la ausencia de revisiones.

IIIc- Programa de prevención ginecológica. A excepción de una paciente de menos de 30 años, todas las mujeres de la unidad superan la cincuentena. Exceptuando los embarazos, ninguna había visitado antes al ginecólogo. El programa lo realizaron las ATS del equipo a nivel individualizado marcando como objetivos la visita regular al ginecólogo y el aprendizaje de la autoexploración mamaria.

IIId- Programa de educación alimentaria y de prevención de la obesidad con una metodología similar a la utilizada en programas anteriores.

IV- Área de rehabilitación cognitiva. Se ha creado un taller de atención-concentración dirigido a pacientes con grandes déficits de atención, concentración, memoria, procesamiento de la información y razonamiento.

V- Área de autocontrol emocional. Aquí el objetivo es fortalecer la autoestima y la prevención y manejo de la ansiedad y de la depresión. Se trabaja por medio de entrevistas individuales y del apoyo del grupo.

VI- Área de habilidades sociales. Cualquier actividad que se organiza desde la unidad procura incidir en la mejora de las habilidades sociales. Además hay un taller específico que denominamos "Taller de expresión" en el que están incluidos seis pacientes con carencias muy graves: son psicóticos jóvenes, aislados, desinteresados en el contacto interpersonal, con gran angustia subjetiva. Lo que prima es la falta de interés por relacionarse y la incapacidad para tolerar la presencia del otro. Por ello se desestimó utilizar un programa estructurado de entrenamiento en habilidades sociales y se decidió trabajarlo a través del periódico y del dibujo. Los primeros 15-20 minutos se ocupan en comentar las noticias de actualidad fomentando sus opiniones. Una vez al mes se hace un brainstorming en busca de temas sobre

los que dibujar. Se dedican unos quince minutos para dibujar y también los miembros del personal dibujan con el único objeto de hacer de modelos. Posteriormente cada uno va poniendo en el centro su dibujo, los demás lo observan y dicen cuál es a su juicio la idea que ha querido transmitir el otro. Se escucha al autor del dibujo, se fomentan nuevas preguntas, se modela la capacidad para hacer críticas, las autorrevelaciones, la capacidad para ponerse en el lugar del otro. Nunca se interpreta ni se ahonda en el conflicto, se trata de ofrecer un marco de apoyo cohesivo y reparador.

VII- Área de educación compensatoria. Un grupo de ocho pacientes acude regularmente a clases de Educación de Adultos en el centro cívico del barrio. Para el resto se oferta en el propio Hospital un taller de Educación Compensatoria que es común con pacientes de la Unidad de Psiquiatría. Los objetivos y el material utilizados son los habituales: cuentas, lectura, escritura, cultura general, fichas de recuperación, dictados, etc.

VIII- Área de ocio y tiempo libre. Se han diseñado hasta el momento las siguientes actividades:

a) Grupo de cine: seis pacientes se reúnen todas las semanas para seleccionar las mejores películas de la cartelera y de la televisión. Son los encargados también de fomentar el interés en los demás por acudir a presenciar otros espectáculos (exposiciones, teatro, etc).

b) Grupos de manualidades: pacientes que ocupan las tardes y los fines de semana en confeccionar alfombras, bonsais, etc.

c) Excursiones por la provincia, utilizando en la medida de lo posible medios de transporte públicos. Los pacientes participan también en actividades organizadas por el Centro Cívico de la zona, por la Asociación de familiares de enfermos mentales y por el Inersero.

IX- Área de rehabilitación laboral. Gracias a las buenas relaciones establecidas con el Inersero, dos pacientes de la Unidad pudieron tener acceso a un curso de jardinería remunerado que tuvo una duración de seis meses y era financiado por el

Fondo Social Europeo. También en colaboración con el Insero se ha podido realizar un curso de aprendizaje en encuadernación al que han asistido quince pacientes y que se desea sea el primer paso para un futuro Centro Especial de Empleo.

X- Área de rehabilitación ocupacional. Algunas actividades de laborterapia en las que participan los pacientes son las de cestería, pintado y estampado de camisetitas, elaboración de tarjetas de Navidad, confección de alfombras y de bonsais.

Intervenciones sobre el medio.

I- Intervenciones a nivel familiar. Para una Unidad que se ha fijado como principal objetivo la externalización es éste, sin lugar a dudas otro ámbito prioritario de actuación. Hasta el momento las líneas de trabajo han sido dos: fomentar el contacto de la familia con su miembro enfermo, incrementando los permisos terapéuticos en el domicilio, y fomentando el asociacionismo.

II- Alternativas residenciales. Recientemente se ha recibido de la Junta de Castilla y León el visto bueno para la apertura de un piso protegido que se ha retrasado exclusivamente por diversas trabas administrativas, y que esperamos sea el primero pero no el último, ya que la mayoría de los pacientes de la unidad tienen en este momento la autonomía suficiente para pasar a un recurso de este tipo. También en breve se va a comenzar la rehabilitación de un chalet anexo al Hospital para su utilización como piso de transición o casa escuela. Hasta aquí la reseña de la labor realizada en la Unidad de Rehabilitación en este año de andadura y que no ha sido más que un pequeño prólogo que esperemos cuaje en futuros proyectos de mayor envergadura.

Discusión teórica.

En los últimos años el término rehabilitación se ha puesto de moda entre los profesionales que atienden a personas con trastornos psiquiátricos crónicos. "Programa de Rehabilitación" se ha

convertido, en muchos casos, en nada más que una etiqueta de moda, vacía de un contenido claro y explícito en cuanto a objetivos, metodología y actividades que lo componen. Por suerte, en el momento actual se ha avanzado lo suficiente como para poder identificar algunos elementos clave que permiten discriminar qué es un programa de Rehabilitación psiquiátrica y qué no lo es, y cuáles son los factores comunes a los programas eficaces. Veámoslos y analicemos luego nuestro trabajo:

I- Planificación sistemática y estructurada de todo el proceso de rehabilitación con cada usuario.

II- Implicación del sujeto y de su grupo de apoyo, en especial la familia, en todos los pasos del proceso rehabilitador.

III- Entrenamiento específico y estructurado de las habilidades que la persona necesita para manejarse de la manera más autónoma posible en base a las demandas ambientales de su entorno concreto.

IV- Seguimiento y monitorización del paciente en los distintos contextos de su vida real.

V- El trabajo debe ser realizado por un equipo multidisciplinario.

VI- Capacidad de respuesta en situaciones de crisis.

VII- Amplio alcance de los servicios. Buena coordinación con adecuados canales de derivación e información, clara delimitación de funciones y de ámbitos de trabajo de modo que se garantice la continuidad de cuidados y se dé respuesta a las distintas necesidades que plantea la cronicidad.

VIII- Apoyo administrativo y prioridad hacia la rehabilitación.

IX- Utilización de los recursos comunitarios, movilización de redes de apoyo social, naturales o de voluntariado.

X- Evaluación planificada y sistemática de los resultados alcanzados, utilizando la misma para el ajuste de objetivos e intervenciones. Los

profesionales que se ocupan de una parcela de la salud mental como es la de la rehabilitación deben tener también ciertas características:

- Excelentes habilidades interpersonales.
- Capacidad de conjugar firmeza y claridad con un alto grado de empatía.
- Familiaridad con los principios de la terapia de conducta.
- Entusiasmo por el trabajo.
- Capacidad de decisión y de improvisación.
- Flexibilidad. Capacidad tanto para seguir procedimientos minuciosos como para adaptarlos a las exigencias situacionales.
- Capacidad para recoger datos conductuales.
- Capacidad para trabajar en equipo: "un grupo se convierte en equipo cuando cada uno de sus miembros se siente tan seguro de sí mismo y del valor de su colaboración que elogia las habilidades de los demás".
- Saber estimular con tacto y paciencia, sin caer en la sobreestimulación.
- Capacidad para establecer objetivos modestos y de ser recompensados por los progresos.

A la luz de estos principios, ¿cómo evaluar nuestra oferta rehabilitadora? Si algo tenemos que destacar de esta oferta es su potencial humano: el equipo de la Unidad. No ha sido fácil aprender a trabajar en algo nuevo, de manera distinta y con gente "venida de fuera", venciendo recelos mutuos, desmontando alianzas de años, haciendo frente a rumores y chismes contaminantes que siempre intentan minar todo intento de reforma. Aunque a decir verdad partimos con buena base: un personal comprometido con la labor asistencial, a nivel individual, idóneo para el trabajo en rehabilitación. Faltaba únicamente aunar objetivos y fuerzas. Está conseguido. Hoy lo que sobra en el equipo es ilusión por el reto marcado. En cuanto a la confrontación de nuestro programa con los principios y características que sustentan el traba-

jo en rehabilitación, para nosotros es satisfactoria. Nos falta la evaluación a cuyo interés responde este artículo, parte primera de un trabajo cuyo objetivo es revisar nuestros métodos y cuantificar los resultados. Lo primero está hecho. Lo segundo queda a la espera de que la unidad cumpla dos años de apertura.

* * * * *

BIBLIOGRAFÍA.

- Anthony, W. A. Cohen, M. Farkss, M. (1982): Apsychiatric Rehabilitation Treatment Program: Can I recognise one if I see one?. Community Mental Health Journal. Vol 18.
- Liberman, R.P. (1993): Rehabilitación del Enfermo Mental Crónico. Martínez Roca
- PAÍS, El, Diario.
- Rodríguez González, A. (1993): Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario del Enfermo Mental Crónico. Ponencia a las III Jornadas de Psicología de la intervención Social. Ed. Ministerio de Asuntos Sociales. Colección Servicios Sociales, nº 19
- Santander Cartagena, F.: Experiencias en Rehabilitación I. Ponencia presentada al Encuentro Regional sobre Unidades de Rehabilitación y Estructuras Intermedias. León, 1993.

Área Asistencial				Área Residencial					
U. Agudos		U. Rehabilitación		U. Psiquiatría		U. Geropsiquiatría		U. Deficientes	
Mixta		Mixta		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nº 15		Nº 33; 29 ocupadas 4 H. de Día		Nº 41	Nº 21	Nº 39	Nº 57	Nº 37	Nº 31
Personal		Personal		Personal		Personal		Personal	
<ul style="list-style-type: none"> · 1 Psiquiatra · 1 Psiquiatra Coordinador · 1 Médico · 1 ATS · 8 Auxiliares 		<ul style="list-style-type: none"> · 1 Psiquiatra · 1 Psiquiatra Coordinador · 1 Médico · 1 Psicólogo · 1 A. Social · 4 ATS · 8 Auxiliares 		<ul style="list-style-type: none"> · 1 Psiquiatra · 1 Psiquiatra Coordinador · 1 Médico · 1 Psicólogo · 1 A. Social · 4 ATS · 16 Auxiliares 		<ul style="list-style-type: none"> · 1 Médico · 1 A. Social · 3 ATS · 21 Auxiliares 		<ul style="list-style-type: none"> · 1 Médico · 1 A. Social · 3 ATS · 16 Auxiliares 	
						<ul style="list-style-type: none"> · 1 Psiquiatra · 1 Psicólogo 			
· 1 Médico Internista									

Cuadro I: Redistribución del Hospital Santa Isabel a partir del día 1 de junio de 1993

Hora	Actividades	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
9:00 h	Buenos días							
9:30 h	Taller encuadernación							
9:30 h	Costurero - Lavadero							
10:00 h	Bonsals Camisetas Sobres							
10:15 h	Taller de Expresión							
10:30 h	Cocina > Compra Mujeres							
11:00 h	Cocina Mujeres							
11:30 h	Camisetas							
12:30 h	Psicoeducación							
13:30 h	R. Habitaciones M							
13:30 h	R. Habitaciones H							
14:00 h	Asamblea (c/15 días)							
14:00 h	Lectura-Escritura							
16:45 h	Grupo de Cine							
16:45 h	Cocina > Compra Homb.							
16:45 h	Cocina Hombres							
17:00 h	Vídeo							
18:00 h	Lectura Periódico							
12:00 h	Inglés							

Cuadro II: Relación de Actividades de la Unidad de Rehabilitación

Algunas consideraciones sobre el suicidio.

Jesús Morchón Sanjosé

Enfocaré la conducta suicida como una manifestación de la pulsión de muerte. Para ello, y como principio, es necesario definir la pulsión y el objeto. Para Freud, la pulsión es un proceso dinámico consistente en un empuje que hace tender al organismo hacia un fin. La fuente de la pulsión es un estado de tensión corporal. El fin de la pulsión es el de suprimir ese estado de tensión. La pulsión alcanza el fin que persigue gracias a un objeto que la satisface. El objeto es el correlato de la pulsión, aquello en lo cual y mediante lo cual alcanza cierto grado de satisfacción. El objeto puede ser total o parcial, real o fantaseado. Freud distinguía dos grandes grupos de pulsiones:

-las que llama pulsiones de vida, dentro de las que incluye la sexualidad y la autoconservación.

-las que llama pulsiones de muerte, dentro de las que incluye la pulsión tanática y la pulsión agresiva.

La autoagresión es el principio mismo de la agresividad. La pulsión de muerte se dirige primero hacia el interior y posteriormente hacia afuera, manifestándose entonces en forma de agresividad cuyo fin es la destrucción del objeto. Ambas conductas, la suicida y la agresiva, originadas en la pulsión tanática, persiguen la absoluta eliminación de las tensiones lo que únicamente se logra cuando el ser vivo se convierte en materia inorgánica. La vida y la muerte han sido un tema de reflexión presente desde que el mundo es mundo. El sentido de la vida, la angustia de la existencia, el cansancio de vivir, son una constante del hombre cuando se pone a pensar.

La concepción de los estoicos del desprecio a la vida y la idea del suicidio como puerta de escape al alcance del hombre engarza, veinte siglos después, con el hastío de los existencialistas: "no debemos aferrarnos a la vida -dice Séneca-. La buena cosa no es vivir, sino vivir bien. El sabio no vivirá tanto como pueda, sino tanto como deba. Siempre piensa en la calidad no en la cantidad de la vida. Si le acontecen cosas molestas que enturbien su tranquilidad, sale de la vida sin dudar. Morir más pronto o más tarde carece de importancia. Si la tiene el morir bien o mal y morir bien es huir del peligro de vivir mal. No vale la pena conservar la vida a cualquier precio. La mejor muerte es aquella que agrada. Si sólo hay una entrada en la vida hay múltiples salidas de ella. Nadie es infeliz si no por culpa suya. Nadie se puede quejar de la vida pues no retiene a nadie". Veinte siglos después Camus dice: "sólo existe un problema filosófico serio, que es el suicidio. La tarea más importante del hombre es responder a la aparente falta de significado de la vida, su desespero y su cualidad absurda". Hay dos concepciones científicas explicativas del acto suicida a las que siempre se hace referencia:

-Una es la concepción sociológica de Durkheim que considera el suicidio como producto de la actuación de la sociedad sobre el individuo diferenciando tres tipos de suicidio:

-El suicidio altruista, exigido por la sociedad sin dejar elección al individuo y valorando el quitarle la vida como algo honroso y como algo ignominioso el seguir viviendo.

-El suicidio egoísta, cuando los lazos del individuo con la sociedad son mínimos y se encuentra inmerso en un aislamiento sin recursos ni apoyos.

-El suicidio anónimo que acaece cuando la relación habitual entre individuo y sociedad se

altera de forma repentina, por pérdidas o incluso éxitos inesperados.

-La otra es la **concepción psicológica de Freud** basada en la identificación ambivalente con los objetos. Con todo objeto hay una relación de amor y odio. Toda pérdida o toda frustración por parte del objeto desencadena una hostilidad, una agresividad hacia ese objeto que, en parte, se dirige hacia uno mismo. El suicidio no sería más que un crimen al que se da la vuelta. Si bien el suicidio, concebido como decisión existencial, puede darse en cualquier persona, el 34% de los suicidios se dan en sujetos con una patología mental previa. Describiremos someramente los cuadros clínicos que pueden conllevar, en un momento dado, un riesgo autolítico e intentaremos ahondar en las razones que explican ese paso definitivo.

I - Los cuadros depresivos son, evidentemente, los que se acompañan de una mayor incidencia de suicidios consumados. El depresivo, en una frase gráfica, empuja el tiempo interminable de vivir. El depresivo carece de futuro, se sume en la desesperación. No espera nada. Todo carece del menor interés para él. En la realidad no tiene nada que hacer. El proyecto de suicidio es un acto de toma de conciencia de esa realidad. De una realidad vacía. El melancólico se queda sin objetos, los ha perdido todos. El suicidio se verifica ante la irreversibilidad de la pérdida de los objetos. El depresivo se queda solo, sin anclaje en lo real. Como veíamos antes con todos los objetos, reales y fantaseados, hay una relación ambivalente de amor y odio. Hay partes del Yo integradas en los objetos y partes de los objetos que se integran en el Yo. La pérdida del objeto despierta una hostilidad que se orienta también hacia las partes de éste integradas en el Yo.

La ideación suicida proviene, por una parte del sentimiento de culpa por odiar al objeto perdido, también amado, de la necesidad de autocastigo por ese sentimiento inaceptable, y de la hostilidad primitivamente dirigida contra el objeto. La

autodestrucción se ve como única salida, como única forma de eludir esa realidad vacía y hostil. La propia muerte conlleva la desaparición de esa realidad: "al morir yo muere todo lo que signifique". Hay varios elementos a destacar en el acto suicida:

-Un elemento vindicativo, perverso, de compartir la culpa con otro, de infligirle un castigo a otro. Siempre recuerdo el suicidio de un muchacho gravemente melancólico que ofreció su muerte a su madre mediante una parafernalia siniestra. Le fue dejando notas por la casa del tipo: "busca un regalo que he comprado para ti encima de la mesa del salón". Allí la madre encontraba una nueva nota que dirigía su búsqueda a la habitación del hijo y así sucesivamente hasta que la nota la mandaba buscar debajo de un árbol del jardín. El regalo era su hijo colgando de una rama.

-Un elemento de omnipotencia. Después de todo el melancólico es alguien privilegiado, dueño de su propio universo, sin necesidades, que puede disponer de su vida a placer. La inhibición del depresivo, su apatía extrema no es más que una imitación de la muerte, de lo inorgánico. El suicidio es el medio para lograr esa aspiración.

-Un elemento narcisista. Hay una autocontemplación, un goce en la consumación de la muerte. El suicida que se fascina mirando la sangre que sale de sus venas o el que se dispara un tiro en la cabeza delante de un espejo se regodea hasta el final en ese acto que confirma su grandeza.

El riesgo de suicidio es más alto cuando a la melancolía se asocia un componente de ansiedad, de agitación o delirante. Las ideas delirantes de autoacusación, de culpa o hipocondríacas alcanzan su máxima expresión en el síndrome de negación de Cotard en el que el sujeto niega su cuerpo, se cree muerto y condenado por indignidad.

II - El gran grupo de las psicosis. El psicótico realiza actos suicidas brutales, inesperados, inexplicables. Si repasamos las vivencias de una crisis psicótica, esos actos nos resultarán más comprensibles. Seguiremos a Conrad a la hora de analizar las distintas fases por las que atraviesa un psicótico en crisis. Hay un período que precede a la crisis franca llamado fase de *trema*. *Trema* es un término que utilizan los actores de teatro para referirse al estado de tensión por el que pasan antes de salir a escena y que expresa su temor a exponerse a las miradas del público. Hay en esta fase como una pérdida de libertad. El sujeto se siente como rodeado de barreras, acosado e incapaz de comunicarse con los demás de los que le separa un abismo. Se siente una gran tensión por algo que no se sabe bien lo que es. Se siente la inminencia de que algo va a pasar. Hay en el aire algo que todo lo penetra. Hay tal grado de angustia que la tentación de escapar hacia la muerte es grande. Esa tensión insoportable se transforma paulatinamente en una vivencia que Conrad llama de *apofanía*. De repente se hace la luz y todo lo que antes era inexplicable tiene ahora un sentido. Es como si de pronto todo se viese a la luz de una revelación aclaradora, una revelación irrefutable, que no precisa de mayor explicación: las cosas no son como antes, aunque no hayan cambiado externamente. Todo gira en torno a uno. Se es el centro del mundo. Todos están pendientes de uno, le observan, le vigilan. Todos están confabulados para ponerle a prueba. Las palabras, los gestos, las muecas, los actos, los movimientos de los demás se refieren a uno. El mundo se convierte en un inmenso campo de pruebas donde todo está dispuesto y preparado para el examen.

Se rompe con el mundo al empezar a ver los objetos como amenazadores y poco a poco se va produciendo un repliegue. El psicótico retorna a un estado en el que el mundo interno y el mundo externo se confunden. Hay como una ambigüedad entre lo objetivo y lo fantasmático. Se entra poco a poco en la fase que Conrad denomina de *apocalipsis*, la más llamativa para el observador. Hay una vivencia caótica de aniquilamiento, de pérdida de la continuidad corporal, como si desaparecieran partes del cuerpo. Vivencias de desagarramiento y de escisión. Vivencias de estar muerto. Hay una

angustia insoportable de desintegración que puede precipitar el suicidio. El delirio es la solución que intenta el psicótico para escapar de esa angustia intolerable. Es como un orden nuevo que surge del caos. Es al mismo tiempo una defensa frente a la irrupción catastrofista de la angustia y el último intento por restablecer unas relaciones tolerables con el mundo de los objetos y por restaurar un orden de realidad. Es también un remedio contra la soledad. El delirio permite al sujeto rechazar fuera de sí estímulos sentidos como intolerables, que entran a formar parte entonces de un ejército de perseguidores: es más fácil defenderse de peligros que vienen de fuera y es más recomendable sentirse perseguido que sentirse solo. Sólo alguien importante o que está investido de grandeza puede ser objeto de una vigilancia, de una observación, de una persecución. También aquí la omnipotencia se une al delirio. Después de todo siempre se delira sobre el origen de uno mismo, del mundo, sobre Dios y el poder de crear, sobre, en definitiva, la vida y la muerte. Pero la omnipotencia y el delirio también tienen sus contrapartidas y sus riesgos: alguien omnipotente puede disponer de su vida a su antojo, máxime si alguna voz divina se lo ordena. Alguien perseguido, amenazado, se puede arrojar por la ventana cuando siente a sus enemigos muy cerca. Hay otro momento peligroso en el psicótico, posterior a la crisis, pero que en muchos pacientes es un estado que permanece a lo largo del tiempo. Un sentimiento de vacío, de falta de energía, como si hubiera desaparecido un impulso interior inexplicable. Una sensación de inseguridad, de duda, de ausencia de voluntad y de alegría, de distanciamiento de las cosas, de alejamiento de todo. Como si el psicótico fuera ajeno a todo. Peor cuando el delirio deja de constituir una defensa. El suicidio es entonces un recurso existencial para resolver el hastío, el cansancio y la desesperanza de vivir.

III - Las neurosis. Ya que el término neurótico se emplea en ocasiones de manera peyorativa me gustaría resaltar que el neurótico, como sujeto de sufrimiento que es, también se suicida y cada vez más. Si tomamos la neurosis histérica como estructura tipo que encuadra las demás

neurosis, veremos que en toda neurosis hay un núcleo de angustia y de melancolía. La neurosis no es más que una forma deficiente de defenderse ante algo inconsciente, peligroso y doloroso, sustituyéndolo por un sufrimiento consciente, soportable y reductible:

-El sufrimiento del obsesivo se presenta en la forma de un pensamiento molesto, no deseado, repetitivo, repudiado y odioso.

-El sufrimiento del fóbico cristaliza en temores concretos situados en el mundo exterior. El sufrimiento en la neurosis histérica se sitúa en el propio cuerpo.

La tentativa de suicidio y el suicidio consumado son más frecuentes en la *neurosis histérica*. Más frecuente la tentativa. El intento autolítico está dirigido más al otro que a sí mismo. Hay un componente sádico más que masoquista. Es un intento de conservar las relaciones objetales que se creen en peligro. Un intento de conseguir de nuevo que el objeto sea una fuente de amor y de cuidados.

En la histeria hay un empeño en la insatisfacción. La insatisfacción garantiza la inviolabilidad de lo fundamental de su ser. Se prohíbe el goce, entendido como deseo satisfecho. El deseo insatisfecho demuestra que el deseo existe. Satisfacer el deseo implica perderlo. Si se alcanza el goce se cae de lleno en la pulsión de muerte. Cuando el deseo se satisface desaparece la pulsión deseante y se cae en lo inanimado. Los objetos garantizan la insatisfacción: permiten desear y ser deseado. Los objetos siempre decepcionan porque en ellos se busca la insatisfacción. Hay una necesidad de retener y de seducir a los objetos para mantenerse deseante, y hay un riesgo permanente de perderlos por la necesidad de ponerles el límite del goce. Los objetos son precisos también para mantener la fantasía de la perfección. Cuando se pierden es como si el cuerpo del histérico se cayera en pedazos. Hay una imposibilidad de asumirse como ser, un intolerable sentimiento de desamparo, una melancolía siempre

presente, aunque atenuada y unida al lado doloroso de la insatisfacción protectora.

Los actos autolíticos en las neurosis obsesivas suelen ser poco frecuentes. No hay que descartar la posibilidad en aquellos cuadros gravemente incapacitantes en los que el pensamiento parásito impuesto se convierte en intolerable.

En las neurosis de angustia y en las fóbicas, más frecuente que el acto autolítico es el temor a matarse. El temor a perder el control refleja una gran inseguridad del Yo. Son muy características de las depresiones neuróticas o de las crisis de angustia las llamadas fobias de impulsión: el temor a objetos cortantes por miedo a utilizarlos contra sí mismo, el temor a cruzar los puentes o a acercarse a las ventanas por miedo a arrojarse al vacío.

IV - Los Trastornos de Personalidad, en particular las Personalidades Psicopáticas, se pueden asociar con frecuencia a conductas suicidas. Se caracterizan por lo impulsivo de sus comportamientos, comportamientos bruscos, en cortocircuito. Se combate la angustia por medio de la acción, acción que nace directamente de la pulsión sin elaborar. Son peculiares de este tipo de personalidades los suicidios encubiertos en forma de accidentes de tráfico o de adicciones autodestructivas graves.

Mención aparte merecen los estados límite o **borderline**, cuadros que no llegan a estructurarse ni en una psicosis ni en una neurosis, que se caracterizan por el desarrollo de un Yo inmaduro y por una gran dependencia en la relación con los objetos, de los que se demanda una gratificación continua. Si esta gratificación no existe o se tambalea aparecen sentimientos de agresividad que despiertan sentimientos de culpa procedentes del deseo de agredir al objeto del que se depende: es preferible destruir el objeto antes que perderlo. La idea de suicidio en estos pacientes es heredera de la agresividad sentida hacia el objeto que se debe

-En los *estados oníricos postraumáticos*.

-En los *tumores cerebrales*.

-En el *Cushing* o en la *insuficiencia cortico-suprarrenal* que se asocian con relativa frecuencia a oscilaciones afectivas.

-La *toma de algunos medicamentos* como los corticoides, los antihipertensivos o los neurolépticos, origen en ocasiones de cuadros depresivos.

X - SIDA. El riesgo de suicidio es 36 veces mayor en un sujeto con SIDA que en la población general. El acto suicida se relaciona con la desesperanza, el aislamiento social o la aparición de cuadros confusionales o depresivos sobreañadidos, a veces desencadenados por la propia medicación utilizada, o la muerte por SIDA de una persona cercana y conocida. No obstante cualquier enfermedad orgánica que implique un deterioro físico y un sentimiento de incapacidad y de falta de expectativas puede conducir al suicidio como huida y como solución.

* * * * *

Unas palabras sobre los que se quedan, sobre los que sufren el impacto de alguien que se suicida.

La pérdida de un familiar o de un amigo íntimo por suicidio se considera como un acontecimiento vital especialmente estresante.

El **duelo** normal se caracteriza por un doloroso sentimiento de tristeza y ansiedad centrada en el recuerdo del fallecido, un aislamiento social y una dificultad para reencontrar un nuevo objeto de

amor. Aunque de modo lento, la elaboración del duelo permite la reincorporación al mundo. Pero en algunos casos se generan situaciones de duelo patológico con una pertinaz localización sobre el muerto, una depresión persistente o unos trastornos crónicos por somatización, sobre todo si hay una especial relación con el suicida, si el suceso ha sido repentino o la forma de la muerte impactante.

El proceso de duelo postsuicidio se asocia a una especial sensación de shock: la persistencia de imágenes amenazadoras y estresantes sobre la muerte, el sentimiento de una triple pérdida (la muerte en sí, la desilusión respecto al ser amado que decidió abandonarnos y la frustración por la pérdida de la persona amada), y la necesidad de buscar una explicación al hecho del suicidio. Son fuertes los sentimientos de culpa. Surgen temores a identificarse con el fallecido ante la aparición de síntomas similares y el temor a imitarle. Todo se traduce en un mayor grado de ansiedad que en otros procesos de duelo.

Y sobre la persona que ha tenido una relación terapéutica con el suicida. Todos hemos tenido esa experiencia. La reacción inicial de incredulidad, la tendencia refleja a prever otros intentos en pacientes con menor riesgo, el sentimiento de fallo y de ser juzgados por los demás, el sentimiento de culpa en forma de creencia de no haber actuado con presteza, el repaso de detalles supuestamente premonitorios, el peligro de distorsión en futuras actuaciones, el pánico ante la posibilidad de que se pueda volver a repetir. Todos hemos pasado por esos duelos.

* * * * *

Consideraciones sobre el estado actual de la Evaluación de los Trastornos de Personalidad

F. J. Samino Aguado - M. J. Lorenzo Bragado - A. Pérez Urdániz (1)

1.- Introducción

Desde siempre ha existido menos consenso en la clasificación de los trastornos de personalidad (TP) que en la de otros trastornos psiquiátricos. Esta incertidumbre en la clasificación ideal para los trastornos de personalidad ha contribuido a la aparición de diferencias en la práctica diagnóstica.

Para hacernos una idea aproximada de la inconsistencia en la nomenclatura de estos trastornos, basta que nos remontemos a la transición, relativamente reciente, desde la segunda a la tercera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, podemos observar que cuatro de los diez tipos de TP existentes en la primera de estas dos ediciones (personalidad ciclotímica, explosiva, asténica e inadecuada) no aparecieron en la siguiente. En cambio, se introdujeron cinco nuevos tipos previamente no reconocidos: límite, narcisista, esquizotípica, por dependencia y por evitación.

El DSM-III, además de facilitar una nueva lista de TP introdujo la novedad de su inclusión en un "eje" separado. Los resultados de estos cambios fueron muy importantes en la práctica clínica. De hecho, los diagnósticos de TP aumentaron más de un 100 % tras la introducción del DSM-III.

Históricamente, los TP siempre han tenido problemas a la hora de ser considerados como verdaderas enfermedades porque carecían de la discontinuidad sintomática y de la morbilidad somática propia de éstas. Los rasgos de personalidad existen en un continuo con la normalidad, que no existe en los síntomas o signos de enfermedad. Estos problemas llegaron a su extremo en la Standard Nomenclature of Diseases (Clasificación aprobada por la American Psychiatric Association antes de la introducción del DSM-I en 1952), donde los TP se incluían bajo el epígrafe de "Sin trastorno mental".

El DSM-III-R propone varias características nucleares de los TP:

- 1.- Inicio en la adolescencia o comienzo de la edad adulta.
- 2.- Conductas inflexibles y permanentes.
- 3.- Estas conductas se hacen patentes en una amplia gama de contextos sociales y personales.

Aunque estas características también pueden aparecer en pacientes con algún síndrome clínico del eje I no son condición *"sine qua non"* para su diagnóstico. No obstante, basten dos ejemplos como son la inclusión de la distimia en el eje I y la personalidad esquizotípica en el eje II, para entender lo permeable de las membranas que separan ambos ejes.

La confusión en la nomenclatura de los TP ha conducido a una confusión equiparable a la hora de su diagnóstico. Clásicamente el diagnóstico de estas patologías se había basado en la observación clínica, la historia personal y el examen del estado mental actual del paciente. La

(1) Departamento de Psiquiatría
Hospital Clínico Universitario
Salamanca

introducción de criterios diagnósticos en el DSM-III tuvo dos objetivos: el primero fue la posibilidad de hacer más comparables y reproducibles los hallazgos de distintos investigadores y el segundo el facilitar a los consumidores de literatura científica una descripción más clara de los pacientes.

No obstante existen claras evidencias de que los diagnósticos de los TP son aún poco fidedignos, y en unos tipos más que en otros. A esta confusión diagnóstica contribuye, sin duda el hecho de que, para hacer una exhaustiva valoración del eje II, deben de ser considerados más de 100 rasgos o conductas. Empleando sólo un minuto en cada criterio, se requerirían más de dos horas de entrevista. Debido a esto, con frecuencia, el psiquiatra clínico asume que ciertos rasgos no están presentes en un paciente, sin preguntar específicamente por ellos.

Otro factor que podría ser origen de la escasa fiabilidad de estos diagnósticos serían las diferentes técnicas de entrevista y métodos de observación empleados por los clínicos. Tampoco debemos olvidar la "predisposición" que puede presentar el explorador hacia ciertos trastornos en detrimento de otros.

Una solución para el problema de la fiabilidad en los diagnósticos de trastornos de personalidad, ha sido la creación de instrumentos de evaluación. Estos instrumentos pueden ser de dos tipos: Cuestionarios autoadministrados y entrevistas semiestructuradas.

II.- Cuestionarios Autoadministrados

Los cuestionarios autoadministrados se diseñaron para la validación de estructuras de personalidad más que para la evaluación de psicopatología. No obstante, si se han desarrollado en los últimos años instrumentos de este tipo más centrados en el diagnóstico de trastornos de personalidad, y sobre los que haremos más incidencia en este trabajo:

Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ)

Se dirige directamente a la detección de los criterios de los trastornos de personalidad DSM-III-R. Fue desarrollado en 1987 por Hyler y cols. y consta de 189 ítems verdadero-falso.

Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)

Este test puede considerarse único en el sentido de que está basado en una teoría propia del autor acerca de la personalidad y la psicopatología y, al mismo tiempo, intenta ser congruente con la nosología DSM-III-R. La versión más actual de este instrumento diagnóstico (1987) consta de 175 ítems verdadero-falso agregados en 20 escalas clínicas, que, a su vez, se agrupan en tres amplias categorías:

- 1.- *Características persistentes de personalidad.*
- 2.- *Síntomas actuales.*
- 3.- *Niveles de patología.*

No obstante, diversos estudios comparativos realizados con el MCMI y otros instrumentos diagnósticos DSM-III-R han mostrado poca concordancia, por lo que el uso clínico sistemático del MCMI necesitará de posteriores investigaciones.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MPI)

Es, sin lugar a dudas el más popular de los cuestionarios de personalidad. Su aplicación se encuentra a medio camino entre la valoración de la personalidad y el diagnóstico de patología. Consta de 567 ítems verdadero-falso, y evalúa la personalidad en 10 escalas: hipocondriasis, depresión, histeria, psicopatía, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social. Diversos estudios han intentado aplicar estas escalas para el diagnóstico de trastornos de personalidad según DSM-III-R, pero los resultados no han sido concluyentes.

III.- Entrevistas Semiestructuradas

Originariamente, las entrevistas semiestructuradas para el diagnóstico de la personalidad fueron diseñadas para ser utilizadas en investigación. No obstante, su uso en clínica está cada vez más extendido. Describimos a continuación algunas de las más representativas, con especial énfasis en una de ellas, el PDE (Personality Disorder Examination), que actualmente está siendo campo de estudio en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Salamanca.

Diagnostic Interview for Borderlines (DIB)

Esta entrevista diagnóstica fue elaborada por Gunderson y cols. en los años inmediatamente anteriores a la aparición del DSM-III. Está basada en criterios muy similares a los que posteriormente adoptaría el DSM-III. En su forma revisada (DIB-R) de 1989, consta de 186 cuestiones divididas en cuatro apartados: afecto, cognición, impulsividad y relaciones interpersonales. La información obtenida de estas cuestiones es utilizada para valorar un total de 22 características de estos pacientes. La entrevista toma un tiempo de 45 min. a una hora. El DIB ha sido utilizado durante la década de los 80 en numerosos estudios acerca de los trastornos límite, y su grado de acuerdo con otras entrevistas diagnósticas o con la exploración clínica ha sido variable.

Structured Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SIDP).

La forma revisada de la SIDP (SIDP-R), apareció en 1989, y fue desarrollada por Pihol y cols. Está organizada en 17 secciones, cada una con alrededor de 10 preguntas. La entrevista dura entre hora y media y dos horas. Existe la posibilidad de tomar información de otras fuentes, aparte del propio explorado, mediante una entrevista especial para informantes. No obstante, los autores han encontrado una escasa concordancia entre pacientes e informantes.

Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Axis II (SCID-II)

El SCID-II es el módulo de trastornos de personalidad de la popular SCID. Elaborada por Spitzer y cols. en 1990. Difiere del resto de las entrevistas semiestructuradas en la existencia de un cuestionario previo de 113 ítems concernientes a los criterios del eje II. Su misión sería ahorrar tiempo de entrevista. Así, el paciente sólo será preguntado acerca de los criterios que han sido contestados afirmativamente. Una vez en la entrevista, el examinador debe hacer tantas preguntas de aclaración como precise, y puede usar otras fuentes de información.

Personality Assessment Schedule (PSE)

Fue desarrollada en Inglaterra por Tyrer y cols. en 1984. Durante la entrevista se cuestiona acerca de 24 características de personalidad, que son puntuadas de 0 a 9. Va más dirigida a informantes que al propio paciente, ya que los autores piensan que están en mejor posición para valorar las consecuencias sociales de los rasgos de personalidad del paciente y libres de la distorsión producida por el estado mental de éste. La entrevista a ambos (paciente e informante) toma alrededor de una hora.

Las 24 dimensiones de personalidad evaluadas en esta entrevista no están definidas por criterios específicos ni son aplicables directamente a trastornos DSM-III-R.

Personality Disorder Examination (PDE)

El PDE está dispuesto en un formato que intenta mantener un balance óptimo entre una entrevista clínica espontánea y los requerimientos de la objetividad y estandarización. Las preguntas están distribuidas bajo seis encabezados: trabajo, uno mismo, relaciones interpersonales, afectividad, prueba de realidad y control de impulsos. Cada sección está encabezada por una pregunta abierta, que ofrece al paciente la posibilidad de hablar sobre el tema tanto tiempo como necesite.

La puntuación está basada en la convención de que un rasgo puede estar ausente (0), acentuado (1) o ser patológico (2). El entrevistador debe solicitar del paciente ejemplos, anécdotas o detalles adicionales para confirmar que un determinado rasgo o conducta tiene una influencia significativa en la vida del sujeto.

El PDE tiene la posibilidad de utilizar, como fuente de información adicional, las declaraciones de familiares o personas próximas a los pacientes. A este efecto, existe una segunda columna de puntuaciones. Para que un criterio pueda ser puntuado según lo recogido en la columna dedicada a informantes, debe cumplir dos condiciones. La primera, que el entrevistador debe tener más confianza en esta información que en la aportada por el paciente, y la segunda que los datos de los informantes deben satisfacer los mismos criterios de baremación que se apliquen a las respuestas del paciente.

Tras la entrevista, las puntuaciones son analizadas en una tabla o de manera computarizada y nos proporcionan la siguiente información: presencia o ausencia de cada criterio; número de criterios cumplidos para cada trastorno; diagnóstico para cada trastorno: definido, probable o negativo y el número e identidad de los criterios basados en informantes. También nos proporciona una puntuación dimensional en cada trastorno, sin tener en cuenta los criterios que cumple o el diagnóstico para ese trastorno. Esta información adicional complementa el método diagnóstico tradicional (Trastorno presente o ausente).

Una evolución posterior de este instrumento de evaluación es el **International Personality Disorder Examination (IPDE)**, que ha sido elegido para un ensayo de campo a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Alcohol, Drugs Abuse, and Mental Health Administration (ADAMHA), con el fin de proporcionar un lenguaje común y establecer las bases del diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales. Las características esenciales del IPDE son muy similares a las del PDE, diferenciándose de la primera versión en que este último se ha adaptado para recoger los

diagnósticos de los trastornos de personalidad incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Ambas clasificaciones (DSM-III-R y CIE-10) tienen entre sí notables diferencias. La CIE-10 no incluye la Personalidad Narcisista, la Pasivo-Agresiva ni los dos trastornos que figuran en el apéndice del DSM-III-R: Autodestructiva y Sádica. El Trastorno Límite es incluido como subtipo del Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad y la Esquizotípica figura en otro grupo nosológico.

El IPDE está asimismo incluido en otro estudio a nivel mundial, también patrocinado por la OMS, el **International Pilot Study of Personality Disorders**, que incluye su traducción a diversas lenguas a fin de estimar la utilidad y fiabilidad de esta entrevista en diversas culturas. En este último estudio, y específicamente en la traducción al español del IPDE están trabajando actualmente los autores, en colaboración con el Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial Nuestra Sra. de Gracia, de Zaragoza y el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Chile.



IV BIBLIOGRAFÍA

1.- **LORANGER, A.W.** "Diagnosis of Personality Disorders: General Considerations". En MICHELS, R. Ed. "Reprinted from Psychiatry". J.B. LIPPINGTON COMPANY. Philadelphia, 1991.

2.- **LORANGER, A.W.; HIRSCHFIELD, R.M.A.; SARTORIUS, N. et al.** "The WHO/ADAMHA international pilot study of personality disorders: Background and Purpose". Journal of Personality Disorders. 5(3). 296-306. 1991.

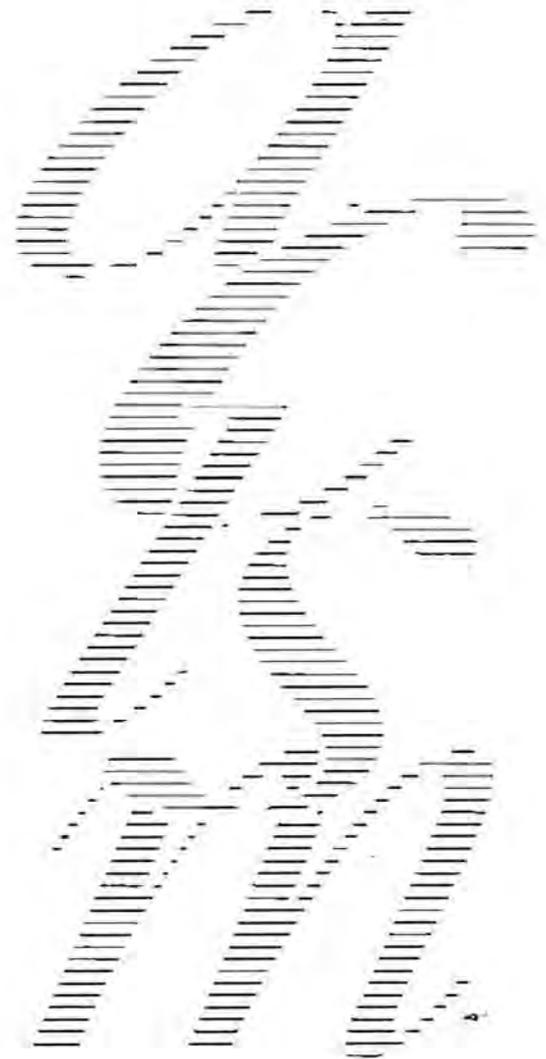
3.- **JACOBSBERG, L.W.; GOLDSMIT, S.; WIDIGER, T. et al.** "Evaluación de los trastornos de personalidad del DSM-III". En WETZELER, S. Ed. "Medición de las enfermedades mentales: Evaluación psicométrica para los clínicos". Ed. ANCOR, Barcelona, 1991.

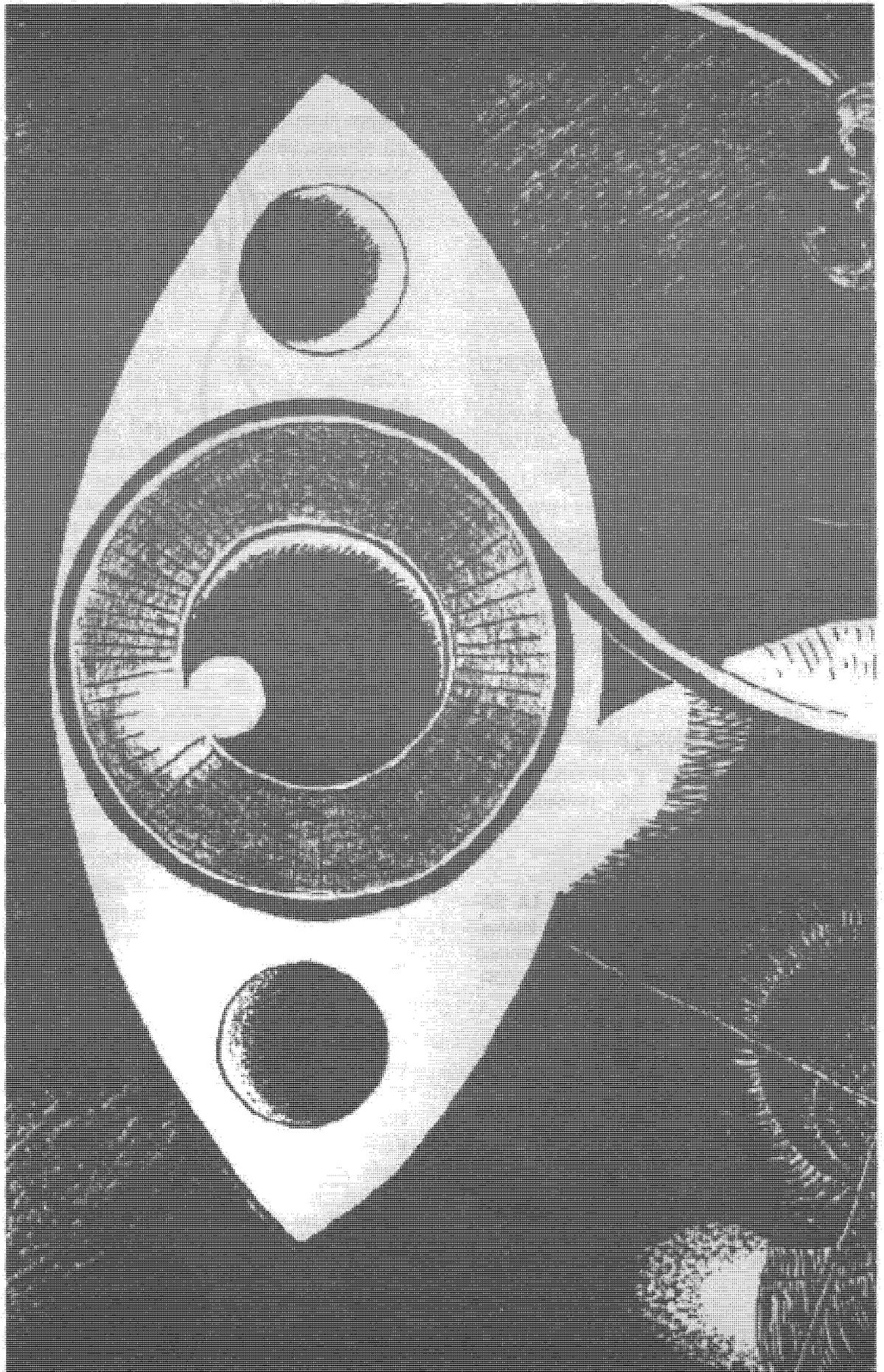
4.- **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", 3ª ed. revisada. Ed. MASSON S.A. Barcelona, 1988.

5.- **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** "Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento" Ed. MEDITOR, Madrid. 1992.

6.- **REICH, J.H.** "Instruments measuring DSM-III and DSM-III-R personality disorders". Journal of Personality Disorders. 1(3). 220-240, 1987.

7.- **LORANGER, A.M.** "Personality Disorders Examination (PDE)" Manual. DV COMMUNICATIONS, Yonkers, NY, 1988.





¿Psicosis o Trastorno Borderline?: A propósito de un caso

Pedro de la Vega Juárez

Introducción Teórica.

En la actualidad coexisten tres grandes líneas en la conceptualización de los pacientes borderline: una expresión leve de la esquizofrenia, un nivel de funcionamiento psíquico intermedio entre neurosis y psicosis y un trastorno específico de la personalidad (J.M. Martínez, 1991). Aún dentro del campo psicoanalítico se está lejos de la unanimidad y persiste la tradicional ambigüedad y confusión en la comprensión de estos trastornos. Para la comprensión del caso que fragmentariamente expondré, haré una breve exposición de las teorizaciones de J. Lacan y W. R. Bion, autores que en mi opinión contribuyen a clarificar el vasto y confuso panorama de las organizaciones límite.

J. Lacan retomando la *verwerfung* freudiana ubicó en el fundamento de toda psicosis la noción de un mecanismo característico, la forclusión del Nombre-del-Padre. "Es en un accidente del registro simbólico y de lo que en él se cumple, a saber, la forclusión del Nombre-del-Padre en el lugar del otro, y en el fracaso de la metáfora paterna, donde designamos el efecto que da a la psicosis su condición esencial, con la estructura que la separa de la neurosis" (Lacan, 1980). Desde entonces, por primera vez, el diagnóstico pudo fundarse, no en la presencia o ausencia de estados delirantes, sino en el reconocimiento de una estructura.

Lacan utilizará después la expresión "Nombre-del-Padre", y dirá que la mujer es uno de ellos, lo que tiene repercusión en la clínica, donde se considera el delirio, la "metáfora delirante", como intento curativo (J M Álvarez, 1991)

Para Lacan que, a diferencia de Freud, privilegia el complejo de Edipo como un desfilaro simbólico ineludible y estrechamente ligado a la fundación del deseo humano, el significante Nombre-del-Padre articula la castración simbólica, que alude a la pérdida del lugar de falo de la madre -el objeto del deseo de la madre, así como su falta- y, por ello, introduce la ley del significante. Ley que soporta a un tiempo el registro *imaginario* y el orden *simbólico* -el campo del lenguaje, de la ley y de las funciones de cada sexo- (V Corcés y cols, 1983).

En la medida en que la forclusión del significante Nombre-del-Padre provoca una falla en lo *simbólico* se ocluye el ingreso del individuo a la dinámica edípica y a la organización especular. El discurso psicótico queda detenido en la imposibilidad de estructuración definitiva de la *fase de espejo* como matriz en la que se precipitarían las identificaciones que darían solidez al yo, no pudiendo asumir una imagen ni evitar la vivencia de despedazamiento. La constitución de la organización narcisística del sujeto se verá amenazada tornándose inconsistente y vulnerable, por la imposibilidad de que el hijo encuentre en el lugar del falo de la madre (Falo que en este caso no falta) la articulación a un deseo que le permita estabilizar su propia imagen.

Pero la metáfora paterna recusada, aunque define la estructura psicótica, no implica la existencia de clínica psicótica. Ésta surgirá cuando

Pedro de la Vega Juárez. MIR. Departamento de
Psiquiatría y Psicología Clínica.
Hospital Universitario. Salamanca.

entra en juego un significante de la paternidad, significante que representa la dimensión de una ley que coloca al sujeto, dada su precaria imaginización, ante los fantasmas del cuerpo fragmentado. La emergencia de este significante de la paternidad, no necesariamente el padre del sujeto, sino "Un-padre", oponiéndose simbólicamente al sujeto, en lo real, desencadena los fenómenos de la desestructuración y el delirio. Lacan lo expresa muy claramente en "De una cuestión preliminar. . .", para añadir "Aún así es preciso que ese Un-padre... se sitúe en posición tercera en alguna relación que tenga por base la pareja imaginaria a-a', es decir yo-objeto o ideal-realidad, interesando al sujeto en el campo de agresión erotizada que induce".

Y caracteriza el discurso paterno que al ocupar el lugar fálico de fundador de la ley realiza la forclusión del Nombre-del-Padre: "los efectos devastadores de la figura paterna se observan con particular frecuencia en los casos en que el padre tiene realmente la función de legislador o se la adjudica, ya sea efectivamente de los que hacen las leyes o ya que se presente como pilar de la fe, como parangón de la integridad o de la devoción... todos ellos ideales que demasiadas ocasiones le ofrecen de encontrarse en postura de demérito, de insuficiencia, incluso de fraude..." (Lacan, 1980)

En el desencadenamiento psicótico, se produce el automatismo mental con sus fenómenos elementales significantes. Para Lacan son ya delirio, pero delirio de significante antes que delirio de significado o delirio en sentido estricto (F Colina, 1991), remarcando que el delirio surge sistematizado, "es también un fenómeno elemental" (Lacan, 1984). Por decirlo de otra forma, el fracaso simbólico a nivel del significante elemental puro se manifiesta en un retorno desde lo real de lo que no ha sido primariamente simbolizado, como algo que viene "desde fuera", con carácter xenopático: alucinaciones, certezas, significación personal... Así mismo, el defecto en la función simbólica provoca un desmoronamiento de lo imaginario que se observa en la regresión tópica al estadio del espejo con manifestaciones del tipo de la fragmentación de la imagen corporal, fenómenos de des-

doblamiento y desperso-nalización, o un automatismo mental manifiesto en el registro imaginario.

Desde una perspectiva muy distinta Bion, dando por sentado que los trastornos mentales pertenecen a una de las dos categorías: neurosis y psicosis, intentará distinguirlos a partir de la teoría de las 'transformaciones' (Bion, 1972), cuyo desarrollo se refiere a la práctica y, fundamentalmente, a la observación psicoanalítica. Sugiere que la tarea del analista sea considerada como transformación de la experiencia psicoanalítica real en una interpretación o una serie de interpretaciones. No entraremos en detalles, únicamente indicaremos que, en el plano mental, distingue 3 grupos de transformaciones: transformaciones de movimiento rígido, transformaciones proyectivas y transformaciones en alucinosis. Aquí nos interesa destacar las primeras. Por analogía a las tomadas de la geometría proyectiva (la translación y la rotación que dejan invariantes el tamaño y los ángulos de las figuras, propiedades invariantes estudiadas por la geometría euclidiana elemental), las transformaciones de movimiento rígido en la mente serían aquellas que implican poca deformación (al contrario que las técnicas de transformación proyectiva o en alucinosis), dejando invariantes en forma más o menos permanente ciertos significados y otras características, de forma que su utilización y el hecho de que las invariantes resalten fácilmente permiten al interlocutor entender (transformar) a su vez el significado incluido.

Sitúa así el problema del psicótico borderline en el campo específico de la sesión psicoanalítica, como lugar para su manifestación y estudio detallado (Bion, 1972).

Por otro lado, como es conocido, plantea el problema en términos de parte psicótica y no psicótica de la personalidad. Sin dejarnos prender por un ánimo energético, y siguiendo a sus hermeneutas más cualificados (Grinberg y cols, 1991), podemos decir que para Bion personalidad psicótica no equivale a un diagnóstico psiquiátrico sino a un modo de funcionamiento mental coexistente siempre con otro conceptualizado como personalidad no psicótica: aún el individuo más evolucionado posee "potencialmente funciona-

mientos mentales y respuestas derivadas de la personalidad psicótica" e incluso en el paciente más disgregado se puede hallar una parte no psicótica de su personalidad (Bion, 1977).

Como características esenciales de la personalidad psicótica describen: intolerancia a la frustración, predominio de los impulsos destructivos manifiesto como odio violento a la realidad tanto interna como externa, odio extensivo a los sentidos y a las partes de la personalidad que permiten el contacto con dichas realidades, "en síntesis, todo lo que tiene la función de vincular" y el uso de la identificación proyectiva y el splitting como sustitutos de la represión. La personalidad psicótica organiza un "Super"-Yo primitivo (M. Klein, 1958), complejo compuesto de imágenes idealizadas y persecutorias, que se opone por sus cualidades a todo aprendizaje por la experiencia. Se rige por un principio de afirmación de superioridad destructiva y obstruye el empleo normal de la identificación proyectiva, prototipo de todo vínculo.

En el contexto transferencial la personalidad psicótica se manifestaría por un permanente "ataque al vínculo" con el analista que impide el progreso del tratamiento y el establecimiento de una relación mental de crecimiento. Las manifestaciones transferenciales características serían:

1. *Sentimientos de arrogancia, obstinada curiosidad, estupidez*, configurando una tríada que es importante detectar porque, aunque puedan aparecer no necesariamente juntos en el tiempo, en una sesión o en un material clínico, constituyen un signo importante de desastre psíquico percibido por el observador como restos diseminados.

2. *Incapacidad de soñar*, diferenciable de la represión del fenómeno onírico en el neurótico, hasta por lo menos una fase avanzada del análisis y una típica falta de asociaciones a los elementos del "sueño" relatado. En este sentido, cuando el paciente refiere un sueño, probablemente se trate de una alucinación nocturna y no de un fenómeno onírico.

3. Dentro del concepto más amplio de *transformación en alucinosis* estarían la alucinación y las "alucinaciones invisibles". Éstas últimas se producirían como consecuencia de la evacuación al exterior, tras una violenta fragmentación en partículas diminutas desprovistas de componente sensorial objetivable, de las partes escindidas de la personalidad. Difícilmente observables, pueden deducirse de algún ademán, actitud, o sacudida muscular en el paciente.

4. *Reversión de la perspectiva*, fenómeno activo cuya intencionalidad es evitar el dolor psíquico. El paciente obstruye el proceso analítico permaneciendo en una única perspectiva, desde la cual "ve" las interpretaciones y el análisis, agazapado detrás de un aparente acuerdo y comprensión de la perspectiva ofrecida por el analista. Si fracasa, recurrirá a *alucinaciones fugaces y evanescentes*, constatables en unos activos "ver mal", "oír mal" o "entender mal".

5. Por último, el particular *splitting forzado*. Como defensa frente al temor de las consecuencias del odio y la envidia, el paciente evita toda clase de sentimientos. Insaciable en la búsqueda de satisfacciones materiales, es incapaz de gozar de ellas y de experimentar gratitud y reconocer la existencia de las personas de las que depende para procurárselas.

En definitiva, como señalan C. A. Paz y cols. (1976) condensadamente:

-Bion restringe el criterio acerca del "psicótico borderline" describiendo su proceso analítico en un alternante funcionamiento en niveles psicóticos y neuróticos, es decir, lo comprende como capaz de "transformaciones rígidas" y de, al mismo tiempo, neurosis de transferencia pero también con posibilidad de perder este funcionamiento en la misma sesión y entrar en confusión.

-En el análisis de *personalidades borderline con predominio de la personalidad psicótica* los mecanismos psicóticos se evidenciarían en un particular tipo de cambio catastrófico (el cambio

catastrófico, que para Bion es un momento inevitable en todo proceso de evolución y crecimiento, lo caracteriza por la *violencia*, la *subversión del orden* y la *invariancia*.): la evolución lenta y tortuosa puede, en ocasiones, pasar por una *crisis psicótica*, que en el mejor de los casos estará contenida y controlada en el marco del tratamiento, en cuyo caso posibilitará un genuino progreso en la integración de la personalidad; o bien puede llegar a exteriorizarse ruidosamente (interferencias de los familiares, peticiones de internamiento, etc.), y el analista tendrá dificultades en mantener el vértice analítico en circunstancias tan trastornantes que implican riesgo para su paciente y para él. La crisis misma, circunscrita o no al marco del tratamiento, es considerada por Bion como ejemplo de cambio catastrófico, porque aparece en forma brusca y violenta (violencia), porque despierta sentimientos de desastre en los participantes (subversión del orden o sistema de cosas). E insiste en la utilidad de apreciar las *invariantes* entre la etapa precatstrófica -en la que la violencia se circunscribe al plano teórico, en un intento de proteger al paciente de la crisis psicótica- y la postcatastrófica, en la que la violencia se hace patente de manera explosiva, exteriorizándose a través de una evidente e inevitable, tanto para el paciente como para el analista, alteración del orden establecido.

CASO CLÍNICO

Primer contacto. Vi por primera vez a J. F. en el Servicio de Urgencias. Presentaba angustia de nadiación -"como un vacío pleno"-, movimientos bizarros repetitivos en un contexto de gran tensión motora, obsesividad, impresión de extrañeza, hipotimia y culpabilidad masiva. El contacto era neurótico, pero la naturaleza del cuadro y las circunstancias que lo rodean, me llevaron a sospechar un desencadenamiento psicótico. En los dos meses anteriores había recibido, con reservas, múltiples diagnósticos (depresión reactiva, t. obsesivo, t. adaptativo con estado de ánimo deprimido, t. conversivo, t. de

personalidad, patología narcisista con funcionamiento psicótico) instaurándose tratamiento anti-depresivo y ansiolítico. Permaneció ingresado 12 días en la Unidad de Hospitalización: *Ingresé para que Dios me comunicara lo que quería de mí y diera un significado a mi vida. No tenía noción del tiempo... Era como un niño, no podía hacer nada sin ayuda y necesitaba que me tendieran una mano. No era dueño de mi cuerpo... las cosas que pensaba no eran normales, tenía mis propias teorías... era una sucesión infinita de porqués que suscitaban respuestas y éstas nunca las satisfacían, no llegaban a la "cosa en sí". Un día pusieron a alguien en mi habitación y pensaba que era mi padre. Pusieron muchas cosas en la mesilla, un bolígrafo... Escribía con él en el respaldo de las sillas, sobre la Vida y la Muerte... y al final sólo la palabra ¡¡¡Muerte. Muerte, Muerte!!! y pensaba que por eso ¡¡¡había vendido a mi padre!!! Un día sentí un impulso irresistible de quitarme la ropa, porque pensé que los demás creían que mi padre me había enchufado para meterme en la Academia y de ese modo evitaría que los demás lo pensarán... Estaba sentado, quieto, no me atrevía a moverme porque me sentía observado. Me miraba en el espejo y no me reconocía. No podía desprenderme de un olor fétido que salía de mi cuello. Eran muy frecuentes las estereotipias de balanceo y en las terapias de grupo, "cuando los demás hablaban, se me torcía el cuello como en un ademán despreciativo".*

La demanda. En el Informe de Alta (J. C.: Psicosis Reactiva Breve), los Drs. A. y M. hacían hincapié en iniciar una psicoterapia de apoyo. Mantuve entrevistas diagnósticas familiares e individuales con vistas a hacer una "limpieza de campo", afianzar la primera impresión diagnóstica y evaluar las posibilidades de tratamiento. "Los Drs. A. y M. me dijeron que necesito una psicoterapia, se portaron muy bien conmigo. Me encuentro cada día mejor, pero quiero saber lo que me sucedió". Juzgué conveniente una cura psicoanalítica, pero limitaciones económicas e institucionales acabaron decidiendo una psicoterapia de 2 sesiones semanales. Al preguntarle cómo imaginaba el tratamiento respondió enfáticamente: "tu serás mi amigo, un amigo al que me abriré para que ayude a comprenderme

mejor, ¡menudo lío te voy a hacer!". La Dra. M. J. se hizo cargo del tratamiento psicofarmacológico, un NLP a dosis bajas que precisó durante varios meses.

En las semanas siguientes, en la continuidad de las entrevistas se fue corriendo el velo sobre la crisis psicótica. Durante este periodo, el paciente siguió presentando cierto apragmatismo, racionalismo morboso *"profundizo en temas que salen en TV: el tabaco, la obesidad, 'la tentación del dinero': pretendo darles una solución que sea útil a la humanidad"*, adivinación y difusión del pensamiento, tendencia a la prodigalidad y al samaritanismo *"me encontré a un pobre tirado en la calle, sentí el impulso de darle todo lo que tenía"*. Especialmente dotado para el dibujo y la pintura, su "hobby" favorito, refería eufórico haberse iniciado en la pintura "surrealista" y el empleo del color. Los trabajos tenían un alto contenido simbólico y dereístico con tendencia al geometrismo morboso (figs. 1 y 2). Al concluir algunas asociaciones sobre ellos J. F. emitía un discurso difícilmente inteligible y salpicado de neologismos. También se reveló la "restitución imaginaria" (copia de un Caravaggio que representa un niño con frutas) *"quería que cada cosa estuviera en su lugar"*

ALGUNOS DATOS SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA

J. F. es un varón de 20 años, el 2º de 3 hermanos (una hembra de 24 años y un varón de 12). Vive en el domicilio paterno.

Nacido a término de parto normal. Aproximadamente a los 6 meses padeció una bronquitis complicada con deshidratación por la que permaneció 5 días hospitalizado. No recibió el pecho. Al

poco de nacer y en el curso de los 2 primeros años la madre padeció una mastopatía *"desde entonces yo no me encuentro bien"*. Enuresis hasta los 7-8 años. "Comenzó tarde a andar y a hablar". Alteraciones del lenguaje y el aprendizaje (a pesar de tener un CI alto). Diagnosticado de dislexia en el colegio, remitió con unos "ejercicios de lectura". Trastorno de la pronunciación. Aún hoy, tartamudea levemente cuando se encuentra nervioso. Repitió los 2 primeros cursos de EGB. Posterior rendimiento escolar, aceptablemente bueno "era un estudiante esforzado y tenaz". Los profesores decían que "parecía mayor de lo que era, muy responsable, taciturno y callado". A los 12-13 años presentó un episodio de ansiedad intensa, limítrofe con el pánico: *"le osaltaron con una navaja... no fue capaz de decírnoslo, se encontraba muy nervioso... en el colegio le insistieron para que lo hablara con nosotros..."*

Sexualidad: Inhibida. Escasas relaciones sexuales vividas con indiferencia *"no sentí nada"*. *"Las chicas me dan miedo Yo no quiero a nadie, prefiero estar solo o en plan de amigos"*

Personalidad premórbida: "Muy abierto, buenas relaciones con los amigos y con la familia. Los padres lo describen como un "niño perfecto": "no bebe, ni fuma, ni se droga". En realidad, las relaciones interpersonales sólo son superficialmente adecuadas y teñidas por la desconfianza. La integración grupal es deficiente. Meticuloso y perfeccionista. Hiperrigidez superyoica, laxa ¿en el sentido de una *sobornabilidad* obsesiva? o, quizá, ¿de cierta *perversidad*? Hace gala de una "escrupulosa moralidad", pero tiene una acusada tendencia a la identificación con figuras masculinas con las que establece relaciones muy "íntimas": aparentemente se caracterizan por el altruismo y la bonhomía, la capacidad de control, etc., aunque más profundamente, son poseedoras de marcados rasgos psicopáticos y perversos.

Características de los progenitores

La madre: Padece un "trastorno depresivo" en "tratamiento desde hace muchos años". Fobia a los autobuses. Agorafobia. Asmática. Psicoso-

mática". Apegada "simbióticamente" a su hijo, controladora y dominante. En las entrevistas hace continuas e irrelevantes interferencias en el relato de J. F., contradiciéndolo. A mí me hace objeto de identificaciones proyectivas masivas, colocándose en el lugar del curador omnipotente. Intolerante a la frustración, hiperansiosa. Parece considerar a su hijo una prolongación de sí misma, reconociendo únicamente sus necesidades físicas y corporales "Ha sido un niño débil, siempre está resfriado y tiene fiebre. Esto le ha pasado por no comer lo suficiente.", "asfixiando" su deseo. Al tiempo, es poco contenedora y negligente en su satisfacción. Le niega los suministros maternos cuando percibe el más mínimo movimiento de autonomía y da la impresión de no ser capaz de reconocer las necesidades afectivas y emocionales de J. F., sobre todo en lo que atañe a su independencia/individuación.

El padre: Guardia Civil, aparentemente ejerce de "cabeza de familia" pero en realidad no ha logrado introducirse entre la "pareja simbiótica" ni ofrecer una sólida identificación masculina a su hijo. Actitud prepotente y orgullosa, compensadora de una inseguridad básica que le limita notablemente en diversas esferas de actividad "no he querido ascender para que no me pisaran".

Fallas en el control de los impulsos, con explosiones de agresividad.

De sus padres, el propio paciente dirá "quiero mucho a mi madre y confío mucho en ella pero si tuviera que elegir, salvaría de la muerte a mi padre. Estoy muy enfadado con mi padre, siempre me dice lo que tengo que hacer. Me recrimina que fracasara por tomarme las cosas tan en serio... por un lado le estoy muy agradecido por su interés, pero necesito liberarme de él y ser yo mismo"

Historia de la enfermedad actual: Empezaré reproduciendo parcialmente el contenido de una sesión en la que el paciente, hasta entonces visualizado en niveles neuróticos, entra en confu-

sión: "Mi madre y yo también, pensaba que debía dedicarme a la pintura y estudiar Bellas Artes, pero un día, de repente, (Agosto del 92), decidí prepararme para el ingreso en la Academia de la Guardia Civil... era el deseo de mi padre, si él hubiera sido Policía Nacional creo que también lo hubiera sido..." Más adelante, al confrontarlo con algunas contradicciones, "en realidad comencé a prepararme físicamente en Julio o Agosto del 91 cuando estaba de vacaciones con mis padres... En ese instante entro en confusión y expresa el deseo de terminar".

En Septiembre de 1992 ingresa en la Academia de la Guardia Civil de... "Ero muy duro, no soportaba estar solo. No me hacían caso, me aislaban. Tenía que demostrar que no estaba allí por el hecho de que mi padre fuera Guardia Civil". "Comía y dormía mal porque estaba preocupado, obsesionado con lo que iba a pasar al día siguiente". Como expresión de su obsesividad defensiva "anotaba en una libreta todo lo que tenía que hacer, cómo tenía que comportarme. Apenas me relacionaba con mis compañeros y el tiempo libre lo empleaba para planificar las actividades". Lo nombraron Jefe de Camareta, responsable de un módulo de unos 15 compañeros. Le preocupaba el hecho de no poder mantener la autoridad. Un día sufrió un 'mareo' en clase al hacerle preguntas, "tomándole el pelo los compañeros". Se ordenó internamiento en el Botiquín. Le encontraban "muy angustiado y tenso" "pero yo no me sentía angustiado, sólo quería que mis padres estuvieran allí, tenía miedo". Decía que quería ser "el número uno, el mejor". Tenía mareos, no podía dormir y perdió peso. "Me sentía culpable por decepcionar a mis padres. No controlaba. Necesitaba que mis padres estuvieran allí". Había 'rumores' de que había acusado a alguno de sus compañeros. "Temía que mi pensamiento se escapara de la cabeza y ellos lo supieran, estaba muy tenso. ¡Allí tenían que saludar a los Mandos muy rígido!... Lo que yo pensaba, ellos lo sabían. Por eso me encerré en mí mismo. Tenía miedo de que se enteraran de que estaba allí, los de ETA, los delincuentes. Desconfiaba de todo el mundo, incluso de mis padres... Vi un tren, pensaba que estaba allí por mí. "Me trasladaron al Hospital Militar, no quería estar allí porque todos estaban peor que yo". Permaneció allí una semana, con tratamiento ansiolítico a dosis medias (J. C.: Trastorno por

ansiedad generalizada). Sus padres no querían que entrara en el Cuerpo aunque J. F. piensa que la madre no lo deseaba, pero el padre sí. El Tribunal Militar le dio baja temporal por 2 años. No quería volver al domicilio paterno *"empecé a desconfiar de mis padres"*. Después regresó a Salamanca y su estado mejoró temporalmente.

Respecto a la evolución de J. F., me limitaré a decir que en el curso del tratamiento se ha verificado un cambio catastrófico en forma de crisis psicótica: desde hacía algún tiempo J. F. venía refiriendo malestar general y quejas somáticas que motivaron reiteradas consultas médicas sin hallazgos objetivables. Luego hubo un cambio brusco, en las sesiones estaba hostil y confuso y las quejas se *exteriorizaron* en manifestaciones difícilmente distinguibles de actos impuestos *"empecé a oír un ruido del que me era imposible desprenderme, me obligaba a hacer las cosas muy rápido, como mecánicamente"* y alteraciones conductuales ostensibles que provocaron la irrupción de los padres en el tratamiento en demanda de explicaciones y control. Por otra parte, el paciente describe con cierta frecuencia *"como sueños"*. *"Vivía dolorosamente la disolución de mi estructura. Como si me convirtiese en una mujer..."* en los que resulta difícil decir si está describiendo verdaderos fenómenos oníricos, alucinaciones o simples fantasías.

JUICIO CLÍNICO

Diagnóstico fenomenológico. Desde la psiquiatría clásica el cuadro podría diagnosticarse de psicosis esquizofrénica. Retrospectivamente aparece de forma clara un estado de "trema" (Conrad, 1958) que precede a la definitiva instauración de una actividad alucinatorio-delirante que se extiende durante el segundo periodo de hospitalización y persiste tras el Alta.

Diagnóstico estructural. Algunas consideraciones psicodinámicas.

Resulta significativa la gran variedad de diagnósticos barajados y nos parece que muchos autores considerarían a J. F. un paciente límite. Así, presenta muchas características esenciales del paciente fronterizo obtenidas en una exhaustiva revisión de la casuística internacional (C. A. Paz y cols, 1976): Ansiedad constante y difusa. Pánicos y ansiedades confusionales. Rabia como manifestación afectivo-agresiva. Expresiones corporales primitivas. Adaptación superficial con actuaciones o conductas bizarras. Trastornos en relación con la realidad. Distinto nivel de adaptación dentro y fuera de la sesión con regresiones alternantes y súbitas. Contratransferencia intensa. Trastornos de la vida sexual. Pareja parental con seria patología mental. Material caótico y de muy distintos niveles libidinales, etc.

Por otro lado, a lo largo del tratamiento, nos ha parecido observar muchas de las manifestaciones reseñadas al inicio del trabajo y que Bion describe como características para estos pacientes.

Pensamos, sin embargo, que desde posiciones que privilegian la estructura como efecto del lenguaje y contemplan la problemática del sujeto (J. Lacan), se trataría de una psicosis, y más cerca del polo paranoico que del esquizofrénico, actualmente estabilizada.

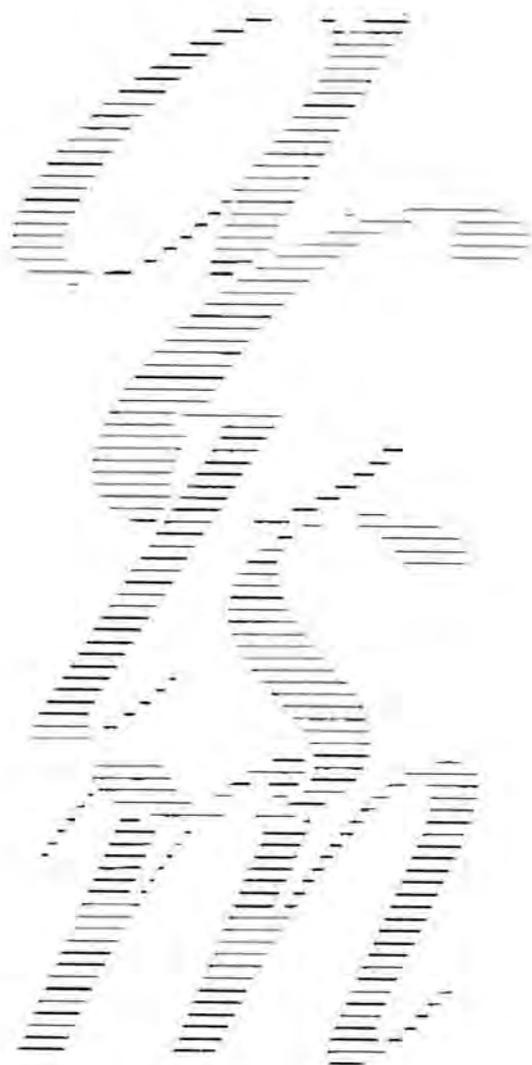
En la historia de J. F. ya se había dado "el primer desencadenamiento": el episodio de ansiedad limítrofe con el pánico tras el asalto que sufrió cuando contaba 12 años. Años después, el "chico perfecto", no tendrá otra forma de expresar el odio a la realidad que sumirse en el delirio. Su "excelente" sociabilidad se ve ahí diáfaramente cuestionada por los aspectos crueles y persecutorios que deposita en los otros. Las coordenadas de este desencadenamiento que lo trajo a nuestra atención son fácilmente ubicables en la historia. La aparición de Un-padre (la Academia de la Guardia Civil, la *institución*) en lo real, como esbozo de función del padre, pone en cuestión la endeble imaginización sostenedora del sujeto y la cas-

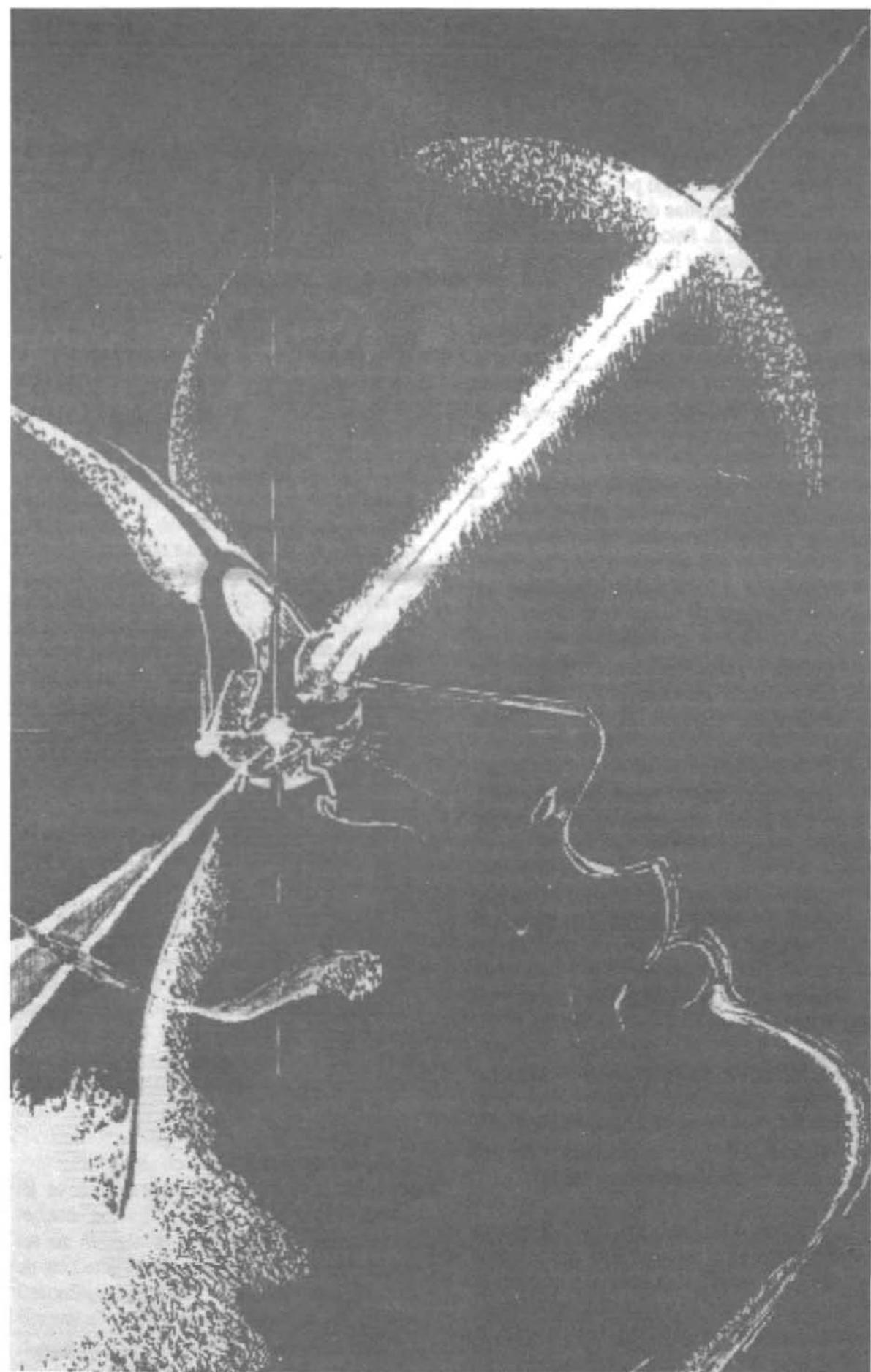
cada delirante se pone en movimiento. Ante la ausencia del anclaje del Nombre-del-Padre, el discurso padece una deriva interminable, que las respuestas no logran hacer cesar. Se interroga sobre los fundamentos del ser por su exterioridad al lenguaje (J-C Maleval, 1987), exterioridad que está en el origen de la "teologización psicótica" (Colina, 1991).

En ese "desconfiaba de mis padres" vemos que la relación simbólica de filiación está destruida. J. F. es víctima de una insoportable contradicción, llevar el nombre del padre siendo la madre el significante de la ley. Se identifica *imposiblemente* con la figura del padre, "representante de la autoridad", que no ha podido ofrecerle una sólida identificación, ni reconocerlo como sujeto. De él recibe emblemas impostados relacionados con la honradez, la bonhomía y el éxito social, pero no en una dimensión simbólica, sino como elementos restitutivos de una organización narcisística descompensada.

Winnicott (1951) destacó el importante papel de la madre en los primeros meses de vida, consistente en proveer un entorno adecuado para el aplazamiento de la separación biológica. En el caso de J. F., la falta de contención - recordemos la enfermedad de la madre durante los 2 primeros años de vida - parece haber alterado los procesos posibilitadores de una adecuada separación-individuación (Mahler, 1990). Ese "menudo lío te voy a hacer", remite a una primitiva indiferenciación entre la mente del bebé y la de la madre. El bebé desvalido -"era como un niño"-, presa de movimientos incoordinados, se defiende de angustias de desintegración fragmentándolas y evacuándolas, esperando que alguien las recoja y se las devuelva ordenadas (Bion, 1975). J. F. busca vínculos físicos "necesitaba que me tendieran una mano" en un intento de poner límites a su cuerpo disfuncional, pero también un cuerpo mental que soporte sus identificaciones proyectivas (su familia, las personas de su entorno, el psiquiatra), so pena de tener que crear un continente delirante que le sirva para contener el desgarramiento psicótico definitivo.

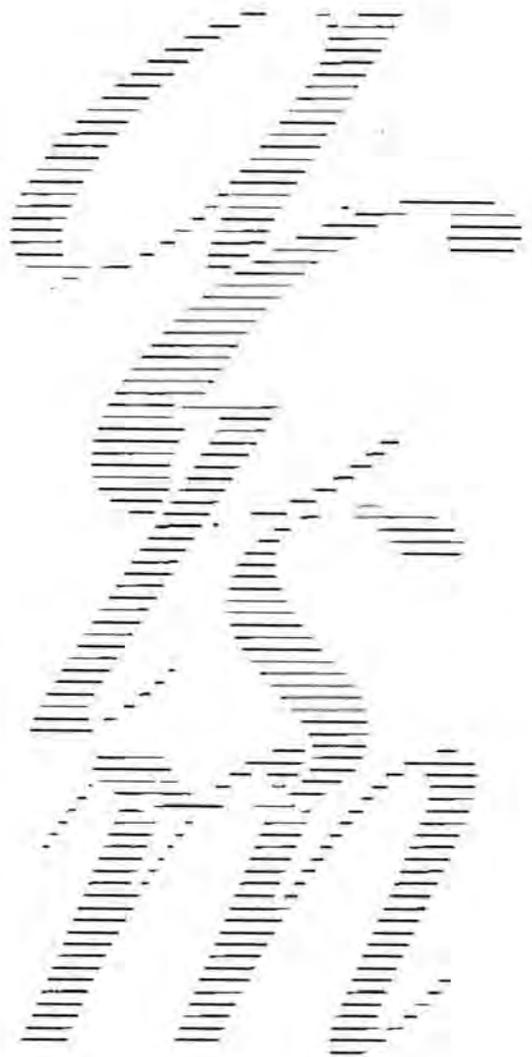
Bajo la cobertura de la doble transferencia tranquilizadora, desde hace un mes reparte su tiempo entre la dedicación al estudio de unas oposiciones y a nuevas actividades artísticas y la relación con una joven.





BIBLIOGRAFÍA

- **Álvarez J.M.** Recorrido por los clásicos de la paranoia. En Monografías de salud mental y asistencia psiquiátrica 2. Psicosis y trastornos límite. Ed. Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad y Bienestar Social. 1991
- **Bion W.R.** Transformaciones del aprendizaje al crecimiento CEDAL, Buenos Aires, 1972.
- **Bion W.R.** Volviendo a pensar. Hormé. Buenos Aires. 1977
- **Colina F.** Gaëtan Gatian de Clérambault: el automatismo mental. *Psiquiatría Pública* Vol 3, n° Julio-Septiembre. 1991
- **Conrad K.** La esquizofrenia incipiente. Alhambra. Madrid-México. 1958
- **Corcés V. y cols.** Aproximación dinámica a la psicosis. Ponencia presentada al XVI Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1983.
- **Grinberg L, Sor D., Tabak de Blandechi E.** Nueva introducción a las ideas de Bion. Tecnipublicaciones. Madrid, 1991
- **Lacan J.** De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos II*. Siglo XXI. 1980
- **Lacan J.** El Seminario 3. Las psicosis. Paidós. 1984
- **Mahler M.** Estudios 2. Separación - individuación. Paidós. Buenos Aires. 1990
- **Maleval J-C.** Locuras histéricas y psicosis disociativas. Paidós. Buenos Aires. 1987
- **Martínez J.M.** Evolución del concepto de trastorno límite en el presente siglo. En: Monografías de salud mental y asistencia psiquiátrica 2. Psicosis y trastornos límite. Ed. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. 1991
- **Paz C.A., Pelento M.L., Olmos T.** Estructuras y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos. Nueva Visión. Buenos Aires. 1976
- **Winnicott D.W.** Objetos transicionales y fenómenos transicionales. En: *Juego y realidad*. Granica. Buenos Aires. 1951



La Ley de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León

Antonio Sáez Aguado

1. LEGISLACIÓN SANITARIA Y COMPETENCIAS DE LAS ADMINISTRACIONES

La Ley General de Sanidad, de 14 de abril de 1986 constituye la regulación normativa básica que desarrolla el derecho constitucional de todos los ciudadanos a la salud, así como la adaptación de nuestro Sistema Sanitario a la nueva configuración autonómica del Estado. La LEGSA trata de establecer las bases para reestructurar la sanidad de forma unitaria y vertebrada; para ello define un doble proceso de integración de recursos públicos (en ese momento y aún en la actualidad, dispersos) y, al mismo tiempo de descentralización en la gestión mediante transferencias a las Comunidades Autónomas. El Sistema Nacional de Salud (SNS) es definido en el art. 44 de la LEGSA como "el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de los Servicios de salud de las Comunidades Autónomas". Se define así el nivel político administrativo de las Comunidades Autónomas como el ámbito más adecuado para la planificación, ordenación y gestión de Servicios de salud, bajo la dirección y coordinación de la Administración Central (Debe recordarse que la LEGSA es, en su mayor parte, normativa básica estatal, en el sentido previsto en el art. 149.1.16, y por tanto de aplicación a todo el territorio del Estado).

El régimen competencial en materia sanitaria se determina en la LEGSA (además de lo regulado por la Constitución y los distintos Estatutos de Autonomía), destacando el protagonismo de las Comunidades Autónomas en el modelo Descentralizado que crea; asimismo la Ley General adopta una serie de cautelas orientadas a

hacer viable un período transitorio, desde la inicial concentración de servicios sanitarios, hasta un escenario final caracterizado por la descentralización, sin soluciones de continuidad.

En mi opinión uno de los problemas más importantes de nuestro sistema sanitario, y particularmente del sistema de atención en salud mental, es precisamente la excesiva duración de ese período transitorio: piénsese, por ejemplo, en la política de la mayor parte de las Diputaciones Provinciales en relación con el carácter residual de sus competencias sanitarias, tras la aprobación de la Legislación del Régimen Local (en 1985) y la LEGSA (en 1986). En definitiva se crea un modelo que asigna a las Comunidades Autónomas la organización de sus Servicios de Salud en los que deben integrarse los recursos sanitarios dependientes de las Corporaciones Locales y también las correspondientes del INSALUD; sin embargo, han transcurrido 7 años y no se ha producido esa integración en nuestra Comunidad Autónoma. (Ni en otras diez, puesto que sólo se han transferido los servicios del INSALUD a Cataluña (1981), Andalucía (1984), País Vasco (1987), Comunidad Valenciana (1987), Galicia (1991) y Navarra (1991), estando previsto para Canarias en 1994).

Para explicar esta situación conviene resumir brevemente la actual situación de distribución de competencias sanitarias entre las distintas Administraciones:

- Las Diputaciones Provinciales no disponen de competencias en materia sanitaria, aunque mantienen de forma residual (hasta que lleguen a un acuerdo con el Estado o la Comunidad Autónoma correspondiente) la titularidad y gestión de sus Hospitales Psiquiátricos (o la responsabilidad de los conciertos de prestación de servicios con

centros privados) y en algunos casos de los Hospitales Provinciales.

- Todas las Comunidades Autónomas disponen de Competencias en materia de "Sanidad e Higiene" (promoción de la salud, prevención, salud pública, etc...), planificación y ordenación sanitaria, autorizaciones sanitarias (para la apertura de centros sanitarios, etc.) y algunas otras.

Las denominadas Comunidades Históricas y del Art. 151 (Disposición Constitucional de acceso a sus competencias autonómicas) han asumido las competencias de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y, por tanto, la transferencia del INSALUD (con la excepción ya señalada de Canarias).

Las Comunidades de "Vía Lenta" o del Art. 143 de C.E. debían esperar al menos 5 años desde la aprobación de sus Estatutos de Autonomía para poder asumir las transferencias de los servicios del INSALUD. Transcurrido este plazo las competencias sanitarias plenas se asumen por modificación de su Estatuto o por delegación (mediante Ley Orgánica) por parte del Estado; cualquiera de estos mecanismos precisa un amplio consenso político. Como es conocido, en febrero de 1992 el Gobierno Central, el Partido Socialista Obrero Español y el Partido Popular suscribieron el denominado Pacto Autonómico que determina 33 nuevas competencias para las Comunidades de vía lenta... entre las que no se incluyen las transferencias del INSALUD.

- El Estado, finalmente dispone de competencias sanitarias denominadas de carácter básico y general (sobre requisitos mínimos de medicamentos, industrias farmacéuticas, establecimientos sanitarios, formación postgraduada sanitaria) de coordinación sanitaria general y, en tanto no sean transferidas, de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a través del INSALUD.

Con objeto de avanzar en el ejercicio de sus respectivas competencias y desarrollar su capacidad de autoorganización las Comunidades

Autónomas han elaborado y aprobado un conjunto de normas de distinto rango y carácter. Un ejemplo de ello (como norma de carácter sectorial es el Decreto de organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica y de estructuras de coordinación). Estas normas fueron aprobadas por la Junta de Castilla y León como desarrollo del art. 20 de la Ley General de Sanidad ("De la salud mental") y en ejercicio de sus competencias de planificación, ordenación y gestión.

Interesa, no obstante, detenernos en la normativa de carácter general elaborada por las distintas Comunidades, es decir aquella regulación legal que afecta al conjunto del sistema sanitario de cada territorio; por razones obvias estas normas tienen rango de Ley y son aprobadas por los correspondientes Parlamentos Autonómicos. La relación de las distintas leyes aprobadas por las Comunidades figura en el Anexo 1.

La LEGSA y las distintas Leyes Autonómicas establecen un modelo integral e integrado de las actuaciones sanitarias públicas. Sin embargo, la formulación jurídica y organizativa del modelo, y su puesta en práctica, han mostrado algunos problemas que proceden de fallos de diseño:

1) Problemas para articular la iniciativa pública y privada.

2) Grandes problemas de colaboración entre Administración Autonómica y la Estatal, que sólo parece posible resolver con las transferencias.

3) Lentitud y grandes dificultades para la integración de los recursos locales, particularmente los dependientes de Corporaciones Locales.

4) Dificultad para articular el control y participación social, que o son inoperantes o se convierten en una declaración política.

5) Dificultad para hacer operativo el concepto integral de Área de Salud en la gestión de los recursos.

6) Confusión y absorción de los fondos económicos dirigidos a Salud Pública, Investigación, Docencia o Servicios Sociales por los de Asistencia Sanitaria.

7) Politización de la gestión de los servicios públicos y limitaciones severas para la renovación y modernización de la gestión.

8) Paradójicamente, debilitación de los mecanismos públicos de ordenación y formulación de políticas de salud, confundidos en la maraña de la gestión operativa.

Los problemas señalados (que en gran medida se mantienen por la falta de desarrollo de la LEGSA) no fueron resueltos por las regulaciones de las Comunidades Autónomas porque hasta 1990 todas las normas autonómicas de carácter organizativo con cargo de Ley quedan referidas, en su objeto y alcance, a la creación de un Servicio Regional de Salud cuya naturaleza es, en todos los casos, la de un organismo autónomo de carácter administrativo. Pese a que la LEGSA no establece las formas organizativas y jurídicas que deben adoptar los servicios regionales, las Comunidades Autónomas, identificaron los servicios regionales con los organismos que crearon, estableciendo la identidad entre servicio regional, como organismo autónomo, gestión de servicios propios y sistema sanitario público. De esta forma integraron en una estructura orgánica todos los recursos sanitarios públicos.

En los últimos años se observan algunos cambios en relación con el carácter de las leyes aprobadas, hasta la fecha, que intentaron superar estos problemas. En lo fundamental, las primeras Comunidades que aprobaron estas normas lo hicieron como leyes de los Servicios Regionales de Salud correspondientes; ello obedecía al cumplimiento de lo establecido en el art. 50 de la Ley General de Sanidad: "En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad Autónoma, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado como se establece en los artículos

siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma". A partir de 1990 este proceso homogéneo se quiebra, con la aprobación de la Ley de Ordenación catalana y la Ley Foral de Salud de Navarra. El cambio es importante pues se pasa de regular y estructurar un organismo en el que se integran los recursos sanitarios públicos, a ordenar el conjunto del sistema sanitario.

2. LA LEY DE ORDENACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO DE CASTILLA Y LEÓN.

La Ley de Ordenación del Sistema Sanitario (en adelante LOSS) fue aprobada por las Cortes de Castilla y León el 1 de abril de 1992 con un importante grado de consenso: no fue defendida ninguna enmienda a la totalidad y finalmente fue apoyada por el Grupo Popular, Grupo Socialista y Grupo Centrista, con el voto en contra de un procurador de Izquierda Unida en algunos de sus artículos y disposiciones.

La Ley está estructurada en 8 Títulos que incluyen 57 artículos, así como 12 Disposiciones Adicionales y 8 Transitorias. En la línea de las últimas leyes autonómicas la LOSS pretende ordenar el conjunto del Sistema Sanitario, lo que implica, como se ha señalado, introducir algunas innovaciones como las que a continuación se señalan:

A) Se regula sobre el conjunto del sistema sanitario, y por tanto afecta a las actividades sanitarias públicas y privadas; dirige las actividades de las administraciones públicas, y orienta las de las entidades privadas. La creación de un organismo (la Gerencia Regional de Salud) constituye uno de los aspectos, parciales, de la Ley.

B) Se diferencian las funciones de autoridad sanitaria, planificación y financiación de las de gestión de Centros y Servicios Sanitarios; de esta forma, el escenario final que la LOSS

diseña supone que la Administración Sanitaria, la Consejería de Sanidad, ejerce funciones de autoridad, planificación y financiación (a través de la normativa correspondiente, el Mapa Sanitario, el Plan de Salud y los Presupuestos), mientras que la gestión de los servicios sanitarios se realizaría de distintas formas: Gerencia Regional de Salud, Consorcios, Empresas Públicas etc., incluyendo a la iniciativa privada que se vincula al sistema de salud.

C) Se diferencian las funciones y responsabilidades de financiación de los recursos sanitarios de las de provisión de la asistencia (esta propuesta es una constante presente en la actualidad en los debates y en las reformas de los sistemas sanitarios). La financiación de la que se responsabiliza la administración sanitaria incluye todos los recursos del Sistema de Salud de Castilla y León, pero su gestión se realizaría de forma más autónoma por la propia administración, sus organismos autónomos (la Gerencia Regional de Salud) otras entidades participadas por la administración (Empresas Públicas, Consorcios...) o por entidades privadas financiadas por la administración que se vinculan a la red pública.

El contenido de la LOSS se resume a continuación:

TÍTULO PRELIMINAR: se resumen los objetivos de la Ley:

- Ordenación general de las actividades sanitarias públicas y privadas.
- Regulación de las actuaciones de los poderes públicos mediante la creación del Sistema de Salud de Castilla y León
- Creación de la Gerencia Regional de Salud como un instrumento para la gestión de recursos sanitarios.
- Se establecen los principios rectores del Sistema Sanitario de Castilla y León: universaliza-

ción, concepción integral de la salud, descentralización, participación, calidad, etc.

- Se determinan las actuaciones de la Junta de Castilla y León, garantía de los derechos, planificación y organización de los recursos y autoridad sanitaria.

TÍTULO I: "Derechos y Deberes del ciudadano ante el sistema sanitario".

En este título se recogen, y amplían, los derechos y deberes de los usuarios establecidos por la LEGSA, así como algunas garantías para su ejercicio. La mayor parte de estos derechos serán ejercidos tanto en los servicios sanitarios públicos como en los privados.

TÍTULO II: "El Sistema de Salud de Castilla y León".

Se define Sistema de Salud de Castilla y León como "el conjunto de actividades, servicios y recursos de la propia Comunidad Autónoma, Diputaciones y Ayuntamientos dirigida a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud. La dirección y coordinación del sistema de salud corresponde a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, mientras que la gestión de los centros y recursos corresponde a la propia Consejería, a la Gerencia de Salud o a otras entidades que puedan constituirse a tal efecto. De esta forma se separan los funciones de planificación y financiación de las de gestión de los centros y servicios, que se abren a cualquier fórmula admitida en derecho.

Se detallan, a continuación, las actividades y servicios comprendidos en el Sistema de Salud en un amplio catálogo de prestaciones que se extenderán "a todos los residentes en cualquiera de los Municipios de la región".

Finalmente, en este título se crea el Consejo Regional de Salud, órgano de carácter consultivo y de participación social en el Sistema de

Salud. Del Consejo Regional forman parte representantes de la Administración Sanitaria, Ayuntamientos, Diputaciones, Centrales Sindicales, Organizaciones Empresariales, Colegios Profesionales Sanitarios (se incluye al de Psicólogos junto a los Colegios de Médicos, Farmacéuticos, Veterinarios, Enfermería), Universidades Públicas y Consumidores y Usuarios. Sus funciones son de asesoramiento, información y control de la política sanitaria. Deberá constituirse antes de Junio de 1994

TÍTULO III: "El Plan de Salud de Castilla y León".

Delinado como "instrumento estratégico de la planificación y ordenación del Sistema Sanitario", incluye en sus contenidos no sólo objetivos y actividades de Salud Pública sino también los compromisos de las entidades prestadoras de Servicios Sanitarios. El nuevo Plan de Salud de Castilla y León deberá aprobarse en un plazo de 2 años desde la aprobación de la LOSS.

TÍTULO IV: "Organización general del Sistema Sanitario".

En su primera parte establece la Ordenación Territorial:

Áreas de Salud (ámbito territorial de referencia para la financiación y la planificación, estableciéndose los órganos de dirección y participación correspondientes) y Zonas Básicas de Salud definidas y organizadas con criterios similares.

La segunda parte de este Título establece la Ordenación funcional del Sistema Sanitario definiendo los niveles de Atención Primaria y Especializada, así como algunas peculiaridades de la Atención continuada. En este apartado se define la "Red Asistencial de Utilización Pública", integrada por "todos los centros sanitarios y socio-sanitarios del Sistema de Salud de Castilla y León,

así como aquellos otros que en virtud de convenios satisfagan regularmente las necesidades de los usuarios del mismo". Se pretende estabilizar la prestación de servicios por entidades privadas, siempre que éstas homologuen su funcionamiento al de la red pública. Estos aspectos son desarrollados para el conjunto de la iniciativa privada en sus distintos niveles de relación con el sistema público; la LOSS establece distintos y crecientes requisitos para la iniciativa privada "pura", para la que concierta sus servicios con el Sistema público y para la que se vincula regularmente al mismo.

TÍTULO V: "Intervención pública en relación con la salud individual y colectiva".

En este apartado se regulan las actuaciones de la Administración Sanitaria en relación con las actividades que pueden repercutir en la salud individual y colectiva, autorizaciones administrativas de centros sanitarios, inspección, autorizaciones para actividades alimentarias y de otro tipo, de Salud pública etc... y así como las limitaciones, prohibiciones y medidas preventivas a establecer por la Autoridad Sanitaria y el personal de inspección. Finalmente se establece un régimen sancionador, tipificándose las infracciones sanitarias y las sanciones correspondientes.

TÍTULO VI: "La Gerencia Regional de Salud".

La Gerencia Regional de Salud es un Ente Público Institucional (similar a un Organismo Autónomo) adscrito a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social y creado para ejecutar las competencias de gestión de recursos sanitarios que se le asignen. Constituye un organismo que puede gestionar con mayor autonomía y menor rigidez presupuestaria y de personal los centros y servicios sanitarios de los que es titular la Junta de Castilla y León, y presumiblemente se le adscribirán progresivamente los dependientes en la actualidad de las Diputaciones Provinciales; no obstan-

te, pueden existir otras fórmulas de gestión no dependientes de la Gerencia Regional, pero sí integradas en el Sistema de Salud de Castilla y León (un ejemplo de ello puede ser el Consorcio Hospitalario de Burgos, constituido por la Consejería de Sanidad y la Diputación Provincial).

Este Título es similar a las leyes de otras Comunidades Autónomas que se limitaron a crear y regular su Servicio Regional de Salud. De esta forma se establece la estructura y organización de la Gerencia Regional, sus medios y recursos, régimen de funcionamiento (patrimonio, régimen jurídico financiero, presupuestario, de Tesorería e Intervención).

TÍTULO VII: "Competencias de las Administraciones Públicas".

En este Título se detallan las competencias y atribuciones de la Junta de Castilla y León y las correspondientes de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Así mismo se detallan las que corresponden a las Corporaciones locales que, en lo fundamental, quedan referidas a actividades de control sanitario del medio ambiente, agua, distribución de alimentos etc... por parte de los Ayuntamientos.

LA L.O.S.S. Y LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

La normativa anteriormente existente en nuestra región (particularmente el Decreto 83/1989 de la Junta de Castilla y León sobre organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica) y la propia Ley de Ordenación apuestan por la integración de la atención en salud mental en el Sistema Sanitario. Por ello, apenas existen alusiones específicas a esta cuestión; cabe señalar las siguientes cuya importancia está en relación con aspectos organizativos:

* Con carácter general la LOSS se refiere a los servicios sanitarios y sociosanitarios, aunque remite la definición de los últimos a un desarrollo posterior; ello supone que los centros sociosanitarios quedan incluidos en el ámbito de la Ley. Es posible que algunos centros de la red de salud mental (unidades de rehabilitación, unidades de crónicos, centros de día etc...) sean definidos como sociosanitarios, por lo que adquiere gran importancia su integración en el Sistema de Salud de Castilla y León.

* En la exhaustiva relación de actividades y servicios comprendidos en el Sistema de Salud de Castilla y León se incluye (artículo 8. h): Atención Psiquiátrica y protección de la salud mental.

* El reconocimiento de una batería de derechos de los ciudadanos ante el sistema sanitario ha sido valorado positivamente en distintos ámbitos, dado que incluyen y amplían los establecidos en la LEGSA. Entre estos derechos pueden destacarse estos, por su carácter específico:

- Los niños, los ancianos, los enfermos mentales, los que padecen enfermedades crónicas e invalidantes y las personas pertenecientes a grupos específicos de riesgo tienen derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes en el Sistema de Salud de Castilla y León.

- Los enfermos mentales, sin perjuicio de los señalados en los epígrafes precedentes, tendrán en especial los siguientes derechos:

a) *Cuando en los ingresos voluntarios desapareciera la plenitud de facultades durante el internamiento, la Dirección del Centro deberá solicitar la correspondiente autorización judicial para la continuación del mismo.*

b) *En los ingresos forzosos, el derecho a que se reexamine periódicamente la necesidad del internamiento.*

c) *Cuando el paciente no esté en condiciones de comprender el alcance de su tratamien-*

to experimental a efectos de obtener su previo consentimiento, deberá solicitarse autorización judicial.

* La LOSS establece un modelo sanitario que, dentro del modelo propio de la Ley General de Sanidad tiene algunas peculiaridades, de las que aquí se señalan algunas que pueden ser más útiles desde el punto de vista del sistema de atención en salud mental:

- La flexibilidad en las fórmulas de gestión propuestas que, aplicada adecuadamente, puede permitir un desarrollo más armónico de la red de salud mental.

- La regulación de la colaboración de la iniciativa privada que puede aportar mayor dinamismo al sistema. Así mismo la posibilidad de vinculación de centros privados al sistema público, puede estabilizar la relación de centros privados e impulsar algunos cambios tendentes a su homologación con los servicios públicos (debe recordarse que en la actualidad las Diputaciones Provinciales de Castilla y León tienen concertadas con entidades privadas más de 700 camas de crónicos, y la Consejería de Sanidad un Centro de Día).

- La ya aludida integración de los centros sociosanitarios en el Sistema de Salud de Castilla y León.

* Desde el punto de vista organizativo, la LOSS prevé una serie de plazos para la integración definitiva en el Sistema de Salud de Castilla y León de los Centros dependientes de las Corporaciones Locales. Están contenidos en la Disposición Transitoria tercera, cuyo texto se transcribe a continuación:

1. A la entrada en vigor de la presente Ley, los servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios de que disponen, prestan o financian las Corporaciones Locales, quedarán adscritos funcionalmente al Sistema y por lo tanto sujetos a la dirección y coordinación de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social,

aunque las Corporaciones Locales mantendrán la titularidad de los mismos.

2. En el plazo de dos años desde la entrada en vigor de la presente Ley, la Junta de Castilla y León y las Corporaciones Locales suscribirán los pertinentes convenios para la integración definitiva que deberán prever los plazos, las aportaciones de la Corporación Local a la financiación de los servicios y establecimientos de que se trate y, si procede, la fórmula como deberán gestionarse.

3. A estos efectos, y en plazo de seis meses se constituirán las respectivas Comisiones Mixtas, para la realización de los respectivos procesos de integración que, en todo caso, se sujetarán a las normas y directrices que de acuerdo con esta Ley dicte la Administración de la Comunidad Autónoma.

4. En todo caso, y mientras no entre en vigor el Sistema definitivo de financiación de la Comunidad Autónoma y en tanto no se produzca la integración definitiva, las Corporaciones Locales a que se refiere el apartado anterior, deberán contribuir a la financiación del Sistema de Salud de Castilla y León con medios suficientes a la financiación de los servicios antedichos en una cantidad no inferior a la asignada en sus respectivos presupuestos, que deberá actualizarse anualmente, a excepción de las cuantías que puedan proceder de concertos con el Instituto Nacional de la Salud.

Así mismo se prevé (Disposición Transitoria quinta) la necesidad de que las Corporaciones Locales remitan a la Junta de Castilla y León propuestas anuales de definición de objetivos, presupuestos, memorias de actividad, etc... así como los temas correspondientes para el nombramiento de los órganos directivos de sus centros sanitarios.

ANEXO: LEGISLACIÓN DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

Ley 10/1983 del 19 de Mayo, del "Servicio Vasco de Salud - Osakidetza".

Ley 9/1984 del 30 de Mayo, de "Creación de los Servicios Regionales de Salud y de Bienestar Social y del Instituto Regional de Estudios de Salud y Bienestar Social".

Ley 8/1986 del 6 de Mayo, del "Servicio Andaluz de Salud".

Ley 8/1987 del 4 de Diciembre, del "Servicio Valenciano de Salud".

Ley 1/1989 del 2 de Enero, del "Servicio Gallego de Salud".

Ley 2/1989 del 21 de Abril, del "Servicio Aragonés de Salud".

Ley 2/1990 del 5 de Abril, del "Servicio de Salud de la Región de Murcia".

Ley 15/1990 del 9 de Julio, de "Ordenación Unitaria de Cataluña".

Ley 10/1990 del 23 de Noviembre, "Ley Foral de Salud de Navarra".

Ley 4/1991 del 25 de Marzo, del "Servicio Riojano de Salud".

Ley 1/1992 del 2 de Julio, del "Servicio de Salud del Principado de Asturias".

Ley 4/1992 del 15 de Julio, del "Servicio Balear de la Salud".

Ley 1/1993 del 1 de Abril, de "Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León".



Presidente: Ramón Esteban Arnáiz
Vicepresidente: Antonio Uría Pérez
Secretario Gral.: Antonio Sáez Aguado
Tesorera: M^a Carmen Fernández Verde

Vocales: M^a Paz Castro González
Pilar de la Viña Guzmán
Charo Palomo Álvarez
Antonio Vecino Gallego

También en mayo, la Dra. Esperanza González Marín elaboró un escrito resumiendo la trayectoria de la AEN desde su fundación, sus estatutos y su organización actual, que fue enviado a todos los socios, a las instituciones, medios de comunicación, etc., y que se utilizó para propiciar nuevas afiliaciones.

En junio escribimos una carta abierta, publicada en la Prensa regional, en relación con la situación del Hospital Psiquiátrico Santa Isabel de León. En julio mantuvimos una reunión con personal de dicho centro. Se formó una comisión mixta AEN-ACLS (Dres. Montejo y Colina) que trató de entrevistarse con las entidades responsables (Caja España y Diputación); ante la falta de colaboración de las mismas, la comisión sólo pudo contar con la documentación facilitada por la Junta de Castilla y León.

Durante todo el año '91, la ACLSM gestionó cinco programas de investigación asistencial de ámbito provincial (Soria, León, Salamanca, Segovia y Valladolid) y uno regional, financiados por la Consejería de Sanidad de la J.C.L.

AÑO 1.992

Durante el primer trimestre, difundimos la constitución de la Sección de Atención Primaria de la AEN, en la que estamos representados por José Antonio Espina Barrio.

También desde esas fechas nos representa en la Sección de Salud Mental Infante-Juvenil Charo Palomo Álvarez.

El 14 y 15 de mayo se llevan a cabo en León las I Jornadas Regionales de la ACLSM, con el tema "De las Estructuras Intermedias a la

Rehabilitación". Reunieron a más de 140 asistentes de diversas C.C.A.A. Se celebró durante las mismas la cuarta asamblea regional.

El 29 de mayo asistimos en Santander a las Primeras Jornadas Regionales de la Asociación de Profesionales de Salud Mental de Cantabria (APROSAME), iniciando contactos para su posible solicitud de fusión con la AEN. A instancias de APROSAME, publicamos en varios periódicos cántabros una carta criticando la situación asistencial de esa región y abogando por su reforma.

En julio se publica el "número cero" del Boletín de la ACLSM. Constituyen el Consejo de Redacción: Esperanza González Marín (Coordinadora), Antonio Pérez Urdániz, José María Álvarez, Charo Palomo, Jorge Arévalo, Félix López, M^a Carmen García, Jesús de Dios y Ramón Esteban. Se difunde de forma gratuita a todos los asociados, a centros asistenciales regionales, a la AEN y sus AA.AA. etc.

En octubre se publican las ponencias de las Jornadas de León.

El 11 y 12 de diciembre celebramos en Ávila un encuentro de trabajo sobre "La Salud Mental y lo Sanitario", asistiendo unos treinta participantes, en el que se analizan algunos aspectos de la integración en el sistema sanitario general.

Durante el año 92, se gestionan dos programas provinciales (León, Segovia) y uno regional, subvencionados por la J.C.L.

En diciembre se publica el N^o 1 del Boletín de la ACLSM. Se estructura su contenido en torno a dos artículos originales, una encuesta asistencial, dos historias clínicas (sección asignada a M.I.R.), una guía documental y "páginas de la Asociación".

AÑO 1.993

En marzo se reclama al Ayuntamiento de León la subvención que prometió para las Jornadas de mayo del 92. (En el momento de redactar este resumen, seguimos sin respuesta).

Los días 11 y 12 de marzo celebramos en Salamanca las II Jornadas Regionales de la ACLSM, dedicadas a "Salud Mental Infantil". Los asistentes fueron más de ciento cincuenta, destacando la presencia de estudiantes. Subrayamos la amable y numerosa participación de miembros de la AEN pertenecientes a la Sección de S.M. Infanto-juvenil. Se celebró allí la quinta asamblea de la Asociación.

El 29 de mayo, en Valladolid, tras una conferencia del Dr. Colina sobre "LAS PSIQUIATRAS", se celebra la Sexta asamblea regional y se procede a la elección de la tercera Junta Directiva. Se presentó la candidatura siguiente, que fue aprobada por unanimidad:

Presidente: Enrique Villa Alonso
 Vicepresidente: Jesús Morchón San José
 Secretario Gral.: Antonio Uría Pérez
 Tesorera: Inmaculada López Alija

Vocales: Félix Martín Herguedas
 Charo Palomo Álvarez
 Antonio Vecino Gallego
 Antonio Sáez Aguado

En Junio aparecerá el nº 2 del Boletín de la ACLSM, incluyendo las secciones habituales más las ponencias y debates del encuentro de trabajo de Ávila.

También en junio, participaremos en la elaboración de un informe sobre la situación asistencial de Cantabria, solicitado a la AEN por la ya mencionada APROSAME.

Durante 1.993, la ACLSM gestiona y realiza cuatro programas provinciales de investigación asistencial y una encuesta regional, subvencionados por la J.C.L.

OTRAS CONSIDERACIONES

La Directiva de la ACLSM se ha reunido con una frecuencia aproximadamente bimensual. Ha contado con la colaboración de una Comisión Asesora compuesta por diversos asociados (Marian López, Jesús Alonso, Esperanza Gonzá-

lez, Inmaculada López, Pilar Valbuena, José Antonio Espina, Fernando Colina, M^a Paz Castro). Ha participado a través del Presidente en el jurado del último premio "Luis Martín Santos", de la AEN, así como en las reuniones de la Junta de Gobierno de la misma.

La valoración de los tres años transcurridos desde la fundación de la ACLSM es positiva en los aspectos relativos a la organización inicial del aparato asociativo (secretaría, subvenciones, autofinanciación, Jornadas Regionales, Boletín), pero no tanto en lo referente a participación de los asociados (grupos de trabajo provinciales, asistencia e intervenciones en las asambleas, comunicación con la Directiva, etc). El Presidente saliente asume este hecho desde un punto de vista auto-crítico (dedicados a la "puesta en marcha administrativa", quizá no hemos sabido "movilizar" a los socios); la situación general de la AEN (debate sobre el cambio de estatutos), o la del país (apatía y pragmatismo) no le parecen causa suficiente sino, al contrario, acicate para la reactivación asociativa.

El número de socios (inicialmente unos sesenta) se ha duplicado en estos tres años. No ha sido posible establecer un censo exacto debido a la indefinición de algunos "morosos" y a la no comunicación de ciertas "bajas", así como a dificultades instrumentales de la Secretaría de la propia AEN. Muy recientemente se empieza a paliar este problema. A 9 de Junio estimamos un número de 128 asociados en la región.

En cuanto a otras cuestiones AEN/AA.AA., nos remitimos a la carta enviada el 15 de marzo por el Presidente de la ACLSM a la Secretaría General de la AEN.

Valladolid, Junio 1.993

Noticias breves

LAS PRESTACIONES DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

En los últimos meses se incrementan las noticias y rumores sobre recortes en las prestaciones sanitarias, en relación con la situación de recesión económica.

Desde hace tiempo se vienen planteando la necesidad de establecer con claridad las prestaciones que el sistema sanitario público oferta a los ciudadanos, con objeto de evitar el crecimiento ilimitado de la oferta sanitaria; se alude, asimismo, a su consideración como derecho de los ciudadanos, recogido en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad: derecho "a la información sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder, y sobre los requisitos necesarios para su uso".

El "Informe de la Comisión Abril" abundaba en este tema y recomendaba que se delimitasen con precisión las prestaciones del sistema público. Curiosamente proponía que: "En ausencia de otro criterio podrían considerarse básicos los servicios y prestaciones que, con características de generalidad y gratuidad, se estuviesen dispensando en todo el territorio nacional en el momento de aprobación de la Ley General de Sanidad", es decir en abril de 1986. (Ello supondría excluir las atenciones en salud mental, única prestación que con carácter específico introduce la LEGSA).

Pues bien, vamos pasando de las recomendaciones a los hechos. El pasado 27 de septiembre el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (máximo órgano de coordinación sanitaria entre el Ministerio y las Comunidades Autónomas) acordó elaborar un Catálogo de Prestaciones del S.N.S. la propuesta remitida por el Ministerio de Sanidad a las Comunidades es, según ha podido conocer la redacción de este Boletín, genérica en unos aspectos y más concreta en otros. Hemos podido acceder al apartado

correspondiente ha Psiquiatría, que textualmente, propone lo siguiente:

* Psiquiatría, que incluye en régimen ambulatorio el seguimiento de los pacientes con enfermedades psíquicas y excluye las estructuras de soporte social, el psicoanálisis, la hipnosis, la psicoterapia individual y de grupo y los tests psicológicos. En régimen de internamiento comprende la hospitalización para alteraciones agudas. No se incluyen las unidades de rehabilitación e internamiento por necesidad del soporte social".

Fuentes de la Consejería de Sanidad informan que en este tema su posición será contraria a la propuesta ministerial por estar mal formulada conceptualmente, implicar un tremendo recorte a las actuales prestaciones, ser claramente insolidaria con sectores desfavorecidos y contravenir los principios de la Reforma Psiquiátrica, la Ley General de Sanidad y la Normativa de la Comunidad Autónoma.

LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha regulado, mediante el Real Decreto 1575/1993 de 10 de Septiembre (B.O.E. de 5 de Octubre) la libre elección de médico en atención primaria de salud. El derecho a elegir el médico y los demás sanitarios titulados estaba recogido en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (Abril de 1986).

Desde el día 6 de Octubre, por tanto, es libre la elección de médico general y pediatra de entre los existentes en el Área de Salud. En los núcleos de más de 250.000 habitantes la elección podrá realizarse entre todos los de la localidad.

Esta medida puede ser antesala de otras, como la regulación de la libre elección de ginecólogo (actualmente en estudio) y otros sanitarios titulados. Nada se insinúa, aún, sobre la posibilidad de elección de psiquiatra, psicólogo o de Equipo de Salud Mental, aunque terminará llegando.

CONVOCATORIA P.I.R.

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha convocado (¡por fin!) pruebas selectivas para el acceso en 1994 a plazas de Formación Sanitaria Especializada de Psicólogos Clínicos.

La convocatoria (por Orden de 8 de Octubre de 1993; B.O.E. de 23 de Octubre) incluye 51 plazas P.I.R. para todo el Estado; todo parece indicar que el procedimiento será el mismo que para el Programa M.I.R..

Debemos felicitarnos, especialmente los Psicólogos por esta convocatoria que oficializa el sistema P.I.R. y supone un reconocimiento implícito al carácter de la Psicología Clínica como una Especialidad en Ciencias de la Salud. La convocatoria adolece, no obstante de algunas deficiencias: no existe Comisión Nacional de Especialidad; no están establecidos los criterios de acreditación de los Centros; no existe un programa de formación oficial, etc...

A pesar de que numerosas instancias llevamos años reclamando esta convocatoria, las prisas del Ministerio le han llevado a convocar las pruebas en estas condiciones. Al parecer sólo se han convocado plazas en aquellos centros que en la actualidad están desarrollando el programa P.I.R., por iniciativa de la Comunidad Autónoma correspondiente; de esto se deduce que no existe ninguna plaza en nuestra región.

Como recordarán nuestros lectores la Junta de Castilla y León desarrolló el Programa P.I.R. entre los años 1986 y 1990, suspendiéndolo en esa fecha a la vez que se solicitaba su convocatoria por el Ministerio de Sanidad.

REESTRUCTURACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE SALAMANCA

Como en otros Centros de la región, en Salamanca se viene trabajando desde hace tiempo

en la reestructuración del Hospital Psiquiátrico, siguiendo las recomendaciones oficiales y con el objetivo de diferenciar dos Áreas: una propiamente psiquiátrica y otra social, de carácter residencial.

Después de los trabajos técnicos correspondientes y de los trámites administrativos habituales, la Consejería de Sanidad ha autorizado la citada reestructuración, de forma que el Hospital Psiquiátrico pase a disponer de 100 camas distribuidas en dos unidades: Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica (40 camas) y Unidad de Crónicos (60 camas). El resto de camas pasan a depender de la red de servicios sociales de la Diputación Provincial de Salamanca.

PLAN SECTORIAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS SUICIDAS

La Junta de Castilla y León aprobó el pasado 21 de Octubre este Plan sobre suicidios, que desarrolla el Plan de Salud Mental del Gobierno Regional.

Este Plan, cuyo borrador fue remitido con unos días de antelación a distintos Centros y Servicios de la región, incluye una serie de actividades orientadas a la prevención de conductas suicidas, asistencia tras las tentativas, mejora de los sistemas de información y de otro tipo.

DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

Sin pena ni gloria se celebró el pasado 9 de Octubre el Día Mundial de la Salud Mental auspiciado por la (¿fantasmal?) Federación Mundial de la Salud Mental, de la que al parecer forma parte la A.E.N..

Habrà que pensar, en años sucesivos dar más relevancia a esta fecha y hacerla coincidir con alguno de los Actos, Jornadas o Encuentros de la Asociación.

RESUMEN DE LA REUNIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ACLSM.

La reunión se celebra el día dos de octubre a las doce horas, en León, fijándose los siguientes acuerdos:

-Continuar enviando la revista a los centros asistenciales de la región.

-Constituir la comisión de Asistencia-Docencia compuesta por las siguientes personas, que en su día se ofrecieron:

Claudio Rodríguez de la Calle (Valladolid),

José María Álvarez (Valladolid),

Germán Molina (Soria),

Lola de las Heras (Valladolid),

Francisco Ruiz (Palencia),

Tere Canas (Segovia) y

Carmen Fernández Verde (Ávila).

-Se acuerda realizar el encuentro anual de la ACLSM, que este año será en Mota del Marqués (Valladolid).

-Se acuerda la celebración de las próximas Jornadas Regionales en Segovia, durante la primavera, bajo el título "**Atención primaria y Salud Mental**". Se encarga al vocal de Segovia, Antonio Vecino, la confección del comité organizador. Con ocasión de las mismas se celebrará también la asamblea anual de la Asociación.

-Se acuerda admitir publicidad en el Boletín para abaratar su coste.

-Se acuerda contratar los servicios de secretariado con una empresa de León.

-Se acuerda mantener la sede social de la ACLSM en la antigua dirección de Valladolid.



V CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE PSIQUIATRÍA

EL PUERTO DE SANTA MARÍA
10, 11 Y 12 DE MARZO DE 1994

VIEJA Y NUEVA PSIQUIATRÍA
(La salud mental ante el siglo XXI)

HOTEL MONASTERIO SAN MIGUEL

SECRETARÍA DEL CONGRESO
Apdo. de Correos, 551
Tfno. 956 - 85 97 18
11500 EL PUERTO DE SANTA MARÍA

AVANCE DEL PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES, 10 DE MARZO

"La Salud Mental ante el cambio de Siglo".
Profesor Carlos Castilla del Pino.

"La Psicopatología ante el s. XXI"
Moderador: **Rogelio Luque.** Profesor Titular de
Psiquiatría de la Universidad de Córdoba.

"El Lugar de la Psicopatología Descriptiva" **Filberto Fuentesnebro.** Profesor Titular de Psiquiatría
de la Universidad Complutense de Madrid.

"El Sujeto de la Psicología" **Angel Riviere**. Catedrático de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

"Modelos relacionales: situación actual y perspectivas futuras" **Víctor Hernández**. Psicoanalista miembro de la A.P.I.

"Esquizofrenia: Epidemiología clínica y terapéutica" Moderador: **Fernando Campo**. Coordinador Equipo Salud Mental Sanlúcar.

"Epidemiología de la Esquizofrenia"
(Ponente por determinar)

"Aspectos Biológicos: Etiopatogenética y terapéutica" **Joan Obiols**. Profesor asociado de Psicología Universidad Autónoma de Barcelona.

"Intervenciones psicoterapéuticas en la esquizofrenia"
(Ponente por determinar)

VIERNES, 11 DE MARZO

"Ética y Salud Mental"
Moderadora: **Carmen de Manuel**. Psicóloga Unidad Salud Mental Infantil de Cádiz.

"Los derechos del enfermo mental en el fin de Siglo" **Onésimo González**. Coordinador Unidad Salud Mental Huelva.

"Las asociaciones de familiares de enfermos mentales"
(Ponente por determinar)

"Las asociaciones profesionales en Salud Mental" **Víctor Aparicio Basouri**. Director de la Unidad de Coordinación del Centro Colaborador de la O.M.S. en España. Asturias.

"Estado actual de la asistencia a la cronicidad: Análisis crítico" Moderador: **Fernando Blanco**. Coordinador del Área Campo de Gibraltar. Cádiz.

"Atención Comunitaria al paciente crónico" **Francisco Yanes Sosa**. Coordinador ESMD Aljarafe. Sevilla.

"Las estructuras intermedias" **Francisco Caba-leiro**. Coordinador del Área de Salud Mental de Jaen.

"Los límites del desmantelamiento". **Fermín Pérez**. Director del Hospital Psiquiátrico de El Puerto de Santa María. Cádiz.

"Enfermería y cronicidad" **Germán Pochecho**. Coordinador de enfermería del ESMD Jerez. Cádiz.

SÁBADO, 12 DE MARZO

"Vieja y nueva Psiquiatría" Conferenciante: **Profesor Germán Berrios**. Universidad de Cambridge.

III JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN CASTELLANO LEONESA DE SALUD MENTAL SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA Primavera 94 SEGOVIA

1er. DÍA

09:30 h.: Inauguración. Presentación.

11:00 h.: "La Salud Mental en Atención Primaria".

13:00 h.: Comunicaciones libres.

16:30 h.: "La consulta de enfermería en Salud Mental".

18:30 h.: Comunicaciones libres.

19:00 h.: Asamblea de la A.C.L.S.M.

21:00 h.: Cena.

2º DÍA

10:00 h.: "Medios de comunicación y Salud Mental".

12:00 h.: Clausura Oficial.

CRITERIOS PARA LA ACEPTACIÓN DE ORIGINALES

El Boletín de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental, aparece semestralmente y es una publicación de carácter científico que recoge artículos de todos los campos relacionados con la Salud Mental, permitiendo la difusión de trabajos tanto de reflexión teórica como de experiencias prácticas que mayor vigencia tengan en nuestra comunidad autónoma.

Como tal debe ajustarse a las normas generalmente aceptadas para este tipo de actividad por la comunidad internacional:

1. Los artículos deberán ser inéditos, de una extensión máxima de 20 folios, mecanografiados a doble espacio en papel tamaño folio, con las páginas numeradas consecutivamente incluyendo primera página, resumen, texto, agradecimiento, bibliografía, tablas y pies de figuras. Se enviarán 3 copias del manuscrito completo y 3 copias en papel satinado de todas las figuras. Los casos clínicos se escogerán los que mayor interés tengan según criterios del Comité de Redacción y tendrán una extensión máxima de 5 folios, a doble espacio en papel tamaño folio.

2. La primera página deberá contener: 1) Título del artículo. 2) Nombre y apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. 3) Nombre y dirección del autor al que debe dirigirse la correspondencia sobre el manuscrito.

3. La segunda página debe incluir un resumen de no más de 150 palabras acompañado de tres palabras clave para índice.

4. Cuando sea posible, el texto se adaptará a los apartados clásicos de Introducción (con explicitación de los objetivos del artículo), Métodos, Resultados y Discusión.

5. La bibliografía se identificará en el texto mediante números arábigos (entre paréntesis) y las citas se numerarán consecutivamente por orden en que se citen por primera vez en el texto y se reunirán en páginas separadas al final del manuscrito. En el caso de los libros se especificará autor, título, lugar de edición y año, y en el de las revistas autor, título del artículo, título de la revista, año, volumen, número y página.

6. Las notas explicativas a pie de página se señalarán con asterisco o similar y se entregarán en página suplementaria que seguirá inmediatamente a la página del texto a que se refiere la nota.

7. Las tablas se mecanografiarán en hoja distinta para cada una, a doble espacio, irán numeradas consecutivamente y las abreviaturas empleadas irán explicadas a pie de página. Se citarán en el texto por orden consecutivo.

8. Se enviarán 3 conjuntos completos de figuras dibujadas y fotografiadas en forma profesional, con los títulos y explicaciones mecanografiados en hojas aparte numeradas con los números arábigos que corresponda a las figuras.

9. Los originales se enviarán por correo en sobre de papel fuerte y, si es necesario, protegidos con cartón. En el envío se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado o emplear fotografías de personas identificables.

10. Los originales podrán enviarse también en disquetes de 5^{1/4} y de 3^{1/2} transcritos en Macintosh o en PC.

El Consejo de Redacción se compromete a:

1. Acusar recibo de todo artículo recibido y remitir al autor la correspondencia recibida en la Revista acerca de los publicados, pero no se mantiene otra correspondencia acerca de los originales si no es previamente solicitada. Los originales no son devueltos.

2. Todo artículo recibido es leído por, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos), los cuales informan al comité de redacción sobre la conveniencia o no de su publicación de acuerdo con los criterios establecidos por éste para cada sección.

3. La responsabilidad de la decisión de publicar o no un original así como la de determinar la fecha en que éste se llevará a cabo corresponde al Comité de Redacción. Dicho Comité se reserva el derecho de resumir las publicaciones que no se ajusten a las necesidades de espacio.

Los originales se enviarán a:

Dr. Jesús Morchón Sanjosé
Hospital Psiquiátrico Santa Isabel
Avda. Madrid, 118
24005 León

EDITA: Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental
Imprime: Sorles Imprenta
Santa Teresa de Jesús, 3 - LEON
Maquetación: EMSA
Dep. Legal: LE- 627-1993

**III JORNADAS
DE LA
ASOCIACIÓN CASTELLANO LEONESA
DE SALUD MENTAL**

**Salud Mental
y
Atención Primaria**

SEGOVIA

primavera 94

