



*Asociación
Castellano
leonesa de
Salud Mental*



Jorge Arévalo Ferrera
Rehabilitación psicosocial:
algunas reflexiones conceptuales

José Antonio López Villalobos
Francisco Ruiz Sanz y
María Isabel Sánchez Azón
Cuestionario de
Observación Lingüística

M. J. Lorenzo Bragado y
A. M. Pendás Campos
El sueño perturbado de un adolescente:
una perspectiva psicoanalítica

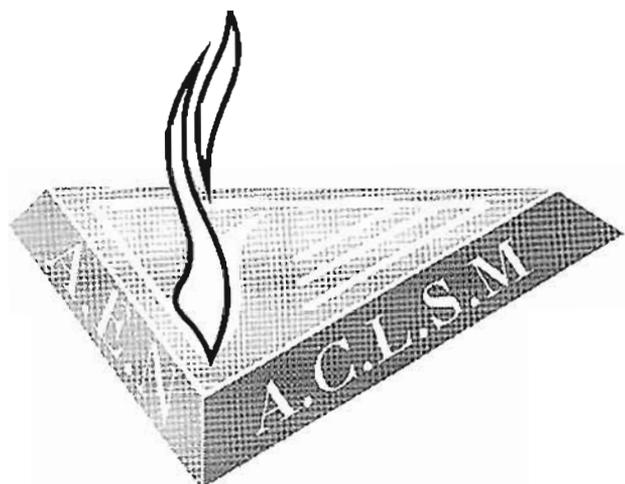
Encuentro de trabajo
Mota del Marqués:
Evaluación de Servicios y
control de la calidad asistencial

n^o 5
Enero

boletín

Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental

Miembro de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría



Junta directiva:

Presidente:
Enrique Villa Alonso

Vicepresidente:
Jesús Morchón Sanjosé

Secretario General:
Antonio Uría Pérez

Tesorera:
Inmaculada López Aljija

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



Editorial _____ 1

Sección colaboraciones:

- Rehabilitación Psicosocial:
algunas reflexiones conceptuales _____ 3
Jorge Arévalo Ferrera

- Cuestionario de Obsevación
Lingüística _____ 19
*J.A. López Villalobos, Francisco Ruiz Sanz y
M^a Isabel Sánchez Azón*

Sección Casos Clínicos:

- El sueño perturbado de un
adolescente:
una perspectiva psicoanalítica _____ 25
M.J. Lorenzo Bragado y A.M. Pendás Campos

Dossier:

- Encuentro de Trabajo
Mota del Marqués 1993
"Evaluación de Servicios y Control
de la calidad asistencial" _____ 30

Libros: _____ 56

Páginas de la Asociación: _____ 59

Varios _____ 67

Los meses han pasado y nos encontramos ante la renovación de la Junta Directiva en las próximas elecciones que serán en primavera. A lo largo de estos meses hemos intentado cumplir con lo que de nosotros se esperaba. Recibiréis informe de las actividades de esta Junta en la próxima asamblea de socios. Hasta ese momento sirvan estas líneas como saludo en nombre de la Junta directiva y como ánimo para la presentación de candidaturas.

*Villalobos
1993
Mayo 93*

5

1 9 9 5 0

Rehabilitación Psicosocial: Algunas reflexiones conceptuales

*Jorge Arévalo Ferrera**

INTRODUCCIÓN

Hace no muchos años resultaba novedoso oír hablar de rehabilitación en nuestros foros asistenciales, científicos y formativos. El transcurso del tiempo ha cumplido su tarea sobre nuestras conceptualizaciones de manera que la rehabilitación forma parte del bagaje conceptual, teórico y aplicado, del actual panorama asistencial. De hecho, las publicaciones, encuentros e incluso servicios, han ahijado el término y en cierto sentido podríamos decir que "la rehabilitación está en el aire". Si bien debemos felicitarlos por lo positivo de este devenir, quedan aún muchas dudas y lagunas por cubrir. En este trabajo se ofrece una reflexión sobre el concepto de rehabilitación, intentando a través de estas líneas servir de acicate, clarificación y punto de partida para el debate a todos aquellos que de forma nuclear o tangencial están en este ámbito de la rehabilitación. Con este objetivo, se hará una breve mención de los pilares básicos sobre los que se sustenta el actual concepto de rehabilitación, para definir después los límites que acotan este borroso campo. Me refiero a la filosofía de partida, los ingredientes esenciales que deben caracterizar un programa de rehabilitación y las estrategias de intervención que típicamente la caracterizan. Finalmente se ofrecerá una pequeña reflexión acerca de algunos problemas que rodean a la rehabilitación y en particular algunas dificultades que de forma específica se plantean en nuestro contexto asistencial castellano-leonés.

1. EL ORIGEN DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Antes de delimitar con exactitud qué entendemos por rehabilitación, trataré de forma breve de hacer un recorrido a través de algunos de los hitos relevantes de su constitución. El recorrido no pretende una visión historicista y documentada que puede ser encontrada en otros lugares (Anthony y Liberman, 1986; Bennet, 1983; Liberman, 1993) y que Ramón Esteban (1994) recogía parcialmente en el número 4 de este Boletín. Desde el niño salvaje de Aveyron (ver Apancio, 1993) como paradigma de las posibilidades de habilitación de un sujeto caracterizado por graves déficits en su esencia del "ser persona" y de ser social, cabe mencionar la terapia moral y sus principios de tratamiento humanitario del enfermo mental como lejanos referentes históricos. De forma más próxima y seguramente experimentada personalmente por algunos de los lectores en el transcurso de su historia de profesionales de la salud mental, las prácticas paramédicas manicomiales del lado "bueno" del hospital psiquiátrico (Saraceno y Montero, 1993) (laborterapias, socioterapias, ludoterapias, etc) cuyo objetivo era el entretenimiento y la ocupación de los ingresados, conforman la cultura rehabilitadora que hasta no hace muchos años caracterizaba la asistencia de nuestro entorno. Otro importante hito señalado por Liberman (1993) lo constituye la aparición en los Estados Unidos de los denominados Centros de Rehabilitación Psicosocial del tipo Fountain House (Beard, Pospst y Malamud, 1982) y similares. Dichos cen-

* Psicólogo de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de Segovia.

Profesor Asociado de la Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

Correspondencia: Centro de Servicios Sociales y Salud Ntra. Sra. de la Fuencisla.

Ctra. de la Granja s/n. Palazuelos de Eresma (Segovia)

tros nacen creados por para-profesionales y ex-usuarios como resultado de las insuficiencias de los primeros desarrollos del movimiento de salud comunitario. Como se ha señalado repetidamente, los pioneros centros comunitarios de salud mental desatendieron las necesidades principales precisamente de la población psiquiátrica más necesitada, la de los crónicos, para ocuparse de los "buenos clientes".

Más recientemente, el modelo comunitario y el proceso de reforma psiquiátrica que han quedado plasmados en la Ley General de Sanidad y en distintos textos legislativos que regulan la salud mental en diferentes Comunidades Autónomas han supuesto un cambio radical de escenario, donde la asistencia modifica sus principios de actuación y organización y donde la rehabilitación recibe un importante énfasis. En este nuevo contexto comunitario aparecen varios hechos relevantes para nuestro foco de interés y en los que nos centraremos seguidamente. En primer lugar, esta nueva forma de prestación de servicios configura una nueva población de usuarios que están emparentados con los de antes pero que en parte tienen características novedosas. La población de enfermos mentales crónicos anteriormente recluida de forma mayoritaria en las instituciones ha dado paso a nuevos subgrupos de población con necesidades y características peculiares (Goldman, 1984); así, hoy tenemos que hablar de los crónicos institucionalizados, los crónicos desinstitucionalizados y los "nuevos crónicos". Para todos ellos, pero especialmente para estos "nuevos crónicos" cuyo perfil más característico es el de ser jóvenes, adultos, solteros, parados, que viven con sus familias y que no han estado institucionalizados durante largos períodos de tiempo, la rehabilitación constituye un elemento esencial si se quiere ofertar un tratamiento integral de su enfermedad. En segundo lugar, hay que señalar que a pesar de los importantes avances que se han producido en el campo de la farmacoterapia y de la psicoterapia, topamos con ciertos techos terapéuticos.

Las limitaciones de estos abordajes plantean la necesidad de diseñar nuevas formas de intervención, que en algunos casos tratan de op-

timizar su eficacia y en otros superarla, yendo más allá en la consecución de beneficios para el paciente. Otro elemento central en la constitución de la rehabilitación como campo específico proviene del desarrollo de estrategias de intervención altamente estructuradas y efectivas en el ámbito del aprendizaje social, la modificación de conducta y los recursos humanos. Metodologías tales como el entrenamiento en habilidades y las intervenciones psicoeducacionales con pacientes y familias forman ingredientes esenciales del arsenal terapéutico con que cuenta la rehabilitación.

De un modo más general, habría que considerar el papel de la aparición de modelos explicativos comprensivos de la enfermedad mental, en los que se reúne la participación de las múltiples variables implicadas en la aparición y el curso de los trastornos mentales, me refiero, en particular al modelo de vulnerabilidad-estrés (ver Fernández Ochoa y Vázquez, 1989 y Nuechterlein y Dawson, 1984) desde el que se intenta trascender la parcialidad de los modelos unidimensionales (genéticos, bioquímicos, psicológicos, sociológicos, etc.) ofreciendo una propuesta bio-psico-social según la cual el origen y el curso de los trastornos psiquiátricos es el resultado de una compleja interacción de distintas variables en diferentes momentos de la vida de la persona. De forma específica se distingue la participación de tres tipos de factores:

1) Factores de vulnerabilidad, que constituyen disposiciones estables (a modo de rasgos) en el individuo, presentes desde el principio de la vida o en los primeros estadios del desarrollo y cuyo origen puede ser genético o adquirido. En este apartado se incluirían factores como las disfunciones dopaminérgicas, la capacidad reducida de procesamiento de la información, la hiperactividad autonómica ante estímulos aversivos, los rasgos esquizotípicos de personalidad, etc.

2) Factores estresantes, situaciones de tensión ambiental que pueden suponer una demanda excesiva para los recursos personales del individuo ya sea en forma de acontecimientos vitales de carácter puntual o de estresores de carácter crónico (clima familiar crítico o sobreimplicado: alta

"Emoción Expresada"; exceso de estimulación ambiental, paro, pobreza, etc).

Y 3) **Factores protectores**, dentro de los que se incluyen recursos personales (habilidades de afrontamiento y autoeficacia, medicación neuro-léptica...) o ambientales (clima familiar emocionalmente adecuado, hogares y trabajo protegidos, etc.), que amortiguan los efectos del estrés. La rehabilitación está estrechamente vinculada a esta concepción de la enfermedad mental centrándose en el desarrollo de factores protectores ya sea a través del incremento de la competencia personal o mediante la creación de ambientes protectores que disminuyen el umbral de vulnerabilidad y dan

posibilidades de afrontar el estrés o mitigar sus efectos.

Para finalizar este recorrido por los elementos que han propiciado el desarrollo del campo de la rehabilitación tal como hoy lo conocemos, habría que recordar las influencias de la tradición rehabilitadora de las incapacidades físicas, de la que se ha adoptado gran parte de su filosofía (Anthony, 1980, 1982). En este sentido, hay muchos elementos comunes en el modelo conceptual de partida desde el que se establece una diferencia entre patología, déficit ("impairment"), discapacidad ("disability") y handicap, tal como se puede observar en la Tabla 1.

FASE	PATOLOGÍA	DÉFICIT	DISCAPACIDAD	HANDICAP
Definición:	Lesiones o anomalías en el S.N.C., causadas o mantenidas por diferentes factores etiológicos.	Cualquier pérdida o anormalidad de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (resultante de la patología).	Cualquier limitación o falta de capacidad (resultante de déficit) para realizar una actividad dentro de lo que se puede considerar "normal".	Desventaja (resultante de un déficit o una discapacidad) que limita o impide el desempeño del rol esperado de un individuo (según su edad, sexo u otros factores sociales o culturales).
Ejemplo:	Un tumor cerebral asociado etiológicamente a síntomas psicóticos.	Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.	Habilidades sociales deficitarias.	Desempleo, falta de vivienda.
Intervenciones:	Test de laboratorio y radiografías.	Diagnóstico psiquiátrico, farmacoterapia y hospitalización.	Evaluación funcional, entrenamiento en habilidades, apoyo social.	Políticas gubernamentales de rehabilitación vocacional; programas de apoyo comunitario.

Tabla 1: Fases en la rehabilitación de los pacientes mentales crónicos.
(Tomado y adaptado de Anthony y Liberman, 1986)

La diferenciación de estos conceptos permite establecer un conjunto de estrategias interventivas orientadas a actuar sobre diferentes niveles. De este modo, en la medida que los agentes etiológicos sean conocidos y corregibles, se incidirá sobre ellos, bien previniendo su posible aparición o erradicándolos cuando sea factible (v.g. mediante una intervención quirúrgica). Cuando no contemos con esta posibilidad, nuestra actuación se orientará a reducir los déficits o remediar las discapacidades. En el primer caso, se trata de eliminar o disminuir aquellos síntomas que interfieren el adecuado funcionamiento de la persona en las distintas esferas de la adaptación. La psicofarmacología (antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, etc.) es el medio propicio para intervenir a este nivel. Cuando el objetivo es remediar las limitaciones resultantes de los déficits, podemos recurrir a dos estrategias principales, sobre las que nos extenderemos más adelante: el desarrollo de los recursos individuales mediante el entrenamiento de habilidades diversas (sociales, vocacionales, de supervivencia, etc.) y el desarrollo de recursos de apoyo (redes sociales, creación de ambientes facilitadores, etc.). Finalmente intentaremos hacer frente a los posibles handicaps, disminuyendo o suprimiendo las barreras existentes en la sociedad (estigma, discriminación, etc.) que dificultan o limitan el desempeño satisfactorio del rol de las personas con problemas psiquiátricos, lo que puede suponer acciones tales como la elaboración de medidas legales específicas, o la creación de programas de apoyo comunitario que tiendan a este objetivo.

2. EL CONCEPTO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Los elementos previamente señalados han contribuido al desarrollo y auge de la rehabilitación psicosocial como ámbito de trabajo específico, o rehabilitación psiquiátrica como denominación preferida por algunos. Tratar de dar una definición única resulta tarea imposible; sin embargo, la mayoría de ellas coinciden respecto a las metas y los objetivos que ha de perseguir. Engloba un amplio espectro de programas, cuyo objetivo es "conseguir que una persona con un trastorno psi-

quiátrico pueda llevar a cabo aquellas actividades físicas, emocionales, sociales e intelectuales que se requieren para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con la menor cantidad posible de apoyo procedente de los profesionales (Anthony y Liberman, 1986, p.2). De igual modo, muchas de las definiciones existentes subrayan dimensiones cruciales, como la concepción como proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo o la recuperación de la vida cotidiana como eje central de la tarea a realizar (ver, por ejemplo, las ideas de Saraceno y Montero (1993) sobre la casa, el "bazar" y el trabajo como escenarios clave de acción). Para seguir con este intento de conceptualización recurriremos no sólo a una definición, que siempre será limitada. También se enumeran las demás piezas con las que podremos armar el puzzle definitivo que nos permita conseguir una visión clara de la totalidad del campo. Lo haremos formulando una serie de principios guía, para después señalar los elementos que permiten reconocer de forma operativa un programa de rehabilitación, y por último, comentaremos las estrategias de intervención esenciales a las que parcialmente ya se ha aludido.

2.1. PRINCIPIOS BÁSICOS DE ACTUACIÓN O FILOSOFÍA DE LA REHABILITACIÓN

Los principios que a continuación se enumeran constituyen una serie de ideas guía que pueden servir para acotar las múltiples y heterogéneas prácticas y actividades que caben bajo el paraguas de la rehabilitación. No se trata de un credo cerrado y axiomático, ya que en algunos casos se habla más bien de un desiderandum al que tender. Se trata más bien de un conjunto de principios que pretenden guiar una reflexión auto-crítica sobre la propia práctica para que se torne realmente rehabilitadora. De algún modo tales principios nos van a servir para preguntarnos ¿en qué medida lo que estamos haciendo es realmente rehabilitación y en qué aspectos debemos modificar nuestra forma de hacer para que así sea?

Tales principios han sido sintetizados por Anthony, Cohen y Cohen (1984):

1) El núcleo central de la rehabilitación psicosocial es el aumento de las capacidades y competencias de las personas con problemas psiquiátricos. Su preocupación principal es la de maximizar la salud, más que la minimización de la enfermedad, por tanto, se ocupa de incrementar las competencias más que aliviar los síntomas y la patología. Se asume que incluso las personas con un serio nivel de deterioro, tienen capacidades potenciales que pueden desarrollar, y mejorar su adaptación.

2) Los beneficios de la rehabilitación psicosocial para los pacientes constituyen una mejoría conductual en los ambientes que tienen relevancia para ellos. La orientación es claramente pragmática y regida por factores de realidad, ya que lo que se persigue es conseguir un funcionamiento eficaz en un ambiente determinado (familia, trabajo, etc.).

3) La rehabilitación psicosocial es atórica y ecléctica en el uso de una variedad de constructos terapéuticos. Los principios teóricos sobre los que se asienta recogen diferentes aproximaciones (principios de la terapia de conducta y del aprendizaje social, la terapia centrada en el cliente y el desarrollo de recursos humanos, enfoque comunitario, etc.), subrayándose la efectividad empíricamente demostrada de los procedimientos aplicados que se emplean. De este modo se puede aglutinar fácilmente la labor de los diferentes profesionales que inciden en el proceso rehabilitador.

4) Uno de los focos centrales de la rehabilitación psicosocial es mejorar el resultado vocacional del paciente psiquiátrico, puesto que una parte importante del ajuste social de las personas adultas es el desempeño de un puesto laboral o alguna actividad semejante de igual significación.

5) La esperanza es un componente esencial de la rehabilitación psicosocial. En este sentido, además de la efectividad específica de las técnicas, resulta un elemento crítico que tanto el paciente como los profesionales tengan la expectativa de que se produzcan mejorías. En otras

palabras, la rehabilitación intenta establecer una profecía autocumplida, pero de signo positivo.

6) Se debe ofrecer el apoyo y soporte que cada persona necesite durante todo el tiempo que precise. En algunas ocasiones el incremento deliberado de la dependencia del paciente puede llevar a un aumento de su funcionamiento independiente. A diferencia de otros puntos de vista, se considera que la dependencia de un número limitado de personas y escenarios es un primer paso natural, que no tiene por qué considerarse negativo, y que puede facilitar un mayor grado de autonomía.

7) Otro importante elemento para que la rehabilitación sea exitosa es que se promueva y se fomente la implicación activa y responsable de los pacientes en el control de sus propias vidas y en el proceso de intervención. La perspectiva del profesional debe incorporar la del cliente, pudiendo llevarse a cabo esta colaboración en formas múltiples. Entre éstas podemos mencionar un elenco de posibilidades que van desde la elección conjunta de metas hasta la participación activa en las intervenciones (prestación de servicios por ellos mismos a otros clientes: reclutamiento de otros, educación, tutoría, defensa, colaboración en la realización de estudios evaluativos, etc.). Junto a estos principios hay que añadir algunos más señalados por Pilling (1991) y recogidos por Rodríguez (1994) en una publicación reciente, y que están estrechamente ligados a las ideas del movimiento de los derechos humanos y de la normalización en el campo de la salud mental.

8) La rehabilitación debe basarse en una concepción amplia y comprehensiva de los derechos humanos que reconozca y promueva el derecho de las personas con enfermedades mentales crónicas a una ciudadanía plena y digna.

9) La rehabilitación debe promover la integración de cada persona en su comunidad natural.

10) Debe propiciar el desarrollo de pautas de vida lo más normales que sea posible a través del desempeño de roles sociales apropia-

dos a las características de cada persona y de su entorno social concreto.

11) Debe partir del principio de individualización teniendo en cuenta las características físicas de cada individuo y basándose en una evaluación individualizada de sus necesidades que abarque de un modo global todos los aspectos del sujeto y del entorno.

12) Debe promover un constante énfasis en la evaluación de resultados, tanto en términos de autonomía, mejora de la calidad de vida y satisfacción de los usuarios como de la eficacia, eficiencia e impacto de los servicios y programas de rehabilitación.

2.2. INGREDIENTES ESENCIALES DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

Continuando con la tarea central de este trabajo de identificar la columna vertebral de la rehabilitación, para distinguirla de aquellas prácticas que de forma confusa, y, a mi juicio, inadecuada, adoptan este nombre, recogemos en este apartado aquellos componentes que deben estar presentes de forma clara en un programa de rehabilitación. Estos componentes permitirían, como señalan Anthony, Cohen y Farkas (1982) en el título de un artículo ya clásico, "reconocer un programa de rehabilitación si se posa delante de nosotros". Pasamos a describirlos:

1) Evaluación funcional de las habilidades del usuario en relación a las demandas ambientales de su entorno concreto.

2) Planificación sistemática y estructurada de todo el proceso de rehabilitación con cada usuario. Ello supone el desarrollo de un plan individualizado de rehabilitación en el se especifiquen objetivos a corto, medio y largo plazo. También debe incluir las acciones a realizar, el establecimiento de prioridades, la delimitación de personas y tareas que intervendrán y un cronograma que marque la temporalización de las acciones.

3) La implicación y participación del sujeto y de su grupo de apoyo, especialmente de la familia, en todas las fases del proceso de rehabilitación (evaluación, planificación e intervención).

4) Entrenamiento específico y estructurado de las habilidades que el paciente necesita para manejarse en los diferentes ambientes concretos que configuran su entorno comunitario (red social, familia, trabajo, sistema sanitario, etc).

5) Evaluación del ambiente del usuario e intervención sobre el mismo. Las habilidades y los déficits estarán siempre referidos a las demandas que dicho ambiente plantea.

6) Entrenamiento, monitorización y seguimiento del paciente en los diferentes contextos de su vida real. Ello supone que en muchas ocasiones la evaluación y la intervención se realizan sobre la propia realidad, recurriendo a la práctica "in vivo".

7) Trabajo enfocado desde una perspectiva multidisciplinar y realizado en equipo.

8) Coordinación y colaboración entre los diferentes profesionales, equipos y servicios que atienden al paciente. Dadas las muchas tareas que implica un proceso de rehabilitación, para evitar la compartimentalización y fragmentación del cliente y del propio proceso se hace imprescindible establecer canales adecuados de transmisión de información y de conexión. Es importante hacer un esfuerzo por delimitar las funciones y competencias de todos los implicados para que se pueda alcanzar el objetivo final sin que el paciente se "nos pierda por las grietas".

9) Evaluación planificada y sistemática de los resultados alcanzados y utilización de la misma para el ajuste de objetivos e intervenciones.

Todos los componentes descritos se entrelazan a lo largo del proceso de rehabilitación. Dicho proceso, que tiene un carácter estructurado, atraviesa tres fases estrechamente relacionadas: 1) Fase de Evaluación; 2) Fase de Planificación y

3) *Fase de Intervención*. La primera de estas fases supone la realización de una evaluación funcional que nos permita tener una especie de mapa del paciente en términos de recursos personales y déficits, entornos relevantes y ajuste entre estos contextos y las competencias del individuo. Esta evaluación complementa y amplía la información que nos proporciona el diagnóstico psiquiátrico, en términos de ajuste personal, y resulta imprescindible en la selección de objetivos de intervención y el desarrollo de las fases siguientes del proceso. La fase de planificación implica un esfuerzo activo por establecer un diseño de trabajo claro, secuenciado y sistemático, hasta el punto que debe suponer la plasmación en un documento escrito que nos sirva de contraste durante y al final del proceso para sopesar la consecución de metas. Finalmente en la fase de intervención se producen las actividades, métodos y estrategias que utilizamos para alcanzar los objetivos propuestos y que van a ser descritos en el apartado siguiente.

2.3. PRINCIPALES ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Como ya se ha señalado, las dos intervenciones fundamentales que emplea la rehabilitación psicosocial son el desarrollo de habilidades de los clientes y el desarrollo de recursos ambientales. La primera, se dirige a conseguir el cambio personal, y consiste en promover el aprendizaje de habilidades específicas necesarias en orden a funcionar más efectivamente en sus ambientes. La segunda, persigue el cambio del ambiente para que se acomode o maximicen las habilidades de funcionamiento presentes en el cliente. Ambas formas de proceder no tienen por qué ser excluyentes, produciéndose simultánea y complementariamente en muchas ocasiones. La elección del modo particular de actuación se hará tras la elaboración de un plan de rehabilitación en el que se establezcan prioridades, se formulen metas específicas y se coordinen los distintos planes de acción. Dicho plan debe ser el resultado de una cuidadosa evaluación que recogerá información sobre los diversos aspectos que habrán de ser tenidos en cuenta en una intervención integradora:

nivel de psicopatología, presencia de déficits, disponibilidad de apoyos, niveles de habilidades requeridos por el contexto en el que el paciente va a funcionar, etc. La información puede ser recogida a través de diferentes procedimientos, existiendo instrumentos específicos de gran utilidad (ver Wallace, 1986).

2.3.1. EL DESARROLLO DE HABILIDADES DEL CLIENTE

La intervención farmacológica ayuda a suprimir o disminuir posibles déficits que interfieren en el funcionamiento del individuo, pero no ofrece el desarrollo de habilidades adecuadas para hacer frente a las demandas de la vida cotidiana. Precisamente, con el apoyo de los psicofármacos, el desarrollo de las habilidades del cliente pretende alargar la mejoría sintomática al máximo, instaurar o reestablecer un nivel de funcionamiento independiente y ayudarle a mejorar su calidad de vida.

En consonancia con la naturaleza extendida y diversa de los déficits que este tipo de pacientes presentan, estos programas de rehabilitación psicosocial incluyen componentes muy variados, es decir, son de naturaleza multimodal. Por otra parte, se basan fundamentalmente en factores de realidad y recurren a los principios habituales empleados en el entrenamiento en habilidades sociales: ofrecer información, modelado, moldeamiento, práctica repetida de las conductas a aprender, feed-back, distribución de refuerzos, asegurar la generalización, etc. (Lieberman et al., 1975). Algunos autores, partiendo del marco de referencia del procesamiento de la información, han incorporado el empleo de estrategias de resolución de problemas (Lieberman y Evans, 1985; Wallace et al., 1980). Este tipo de modelo diferencia entre habilidades de recepción (aquellas necesarias para percibir correctamente una situación), de procesamiento (permiten evaluar las respuestas posibles y elegir la adecuada) y de emisión (conductas verbales y no verbales que ejecutan la acción elegida), insistiéndose en el entrenamiento en conseguir un nivel adecuado de funcionamiento de todas ellas para alcanzar una adaptación exitosa.

Los programas de entrenamiento de habilidades cubren un amplio conjunto de áreas con una importancia central en el ajuste personal. Frecuentemente, poseen un carácter modular, entendiendo por módulo la unidad funcional y estructural del programa que se refiere a un conjunto de habilidades relacionadas con un área determinada de funcionamiento. Por ejemplo, Liberman y Evans (1985) incluyen en su programa de rehabilitación los siguientes módulos: 1) habilidades de conversación; 2) rehabilitación vocacional (habilidades de búsqueda de empleo y de mantenimiento del puesto de trabajo); 3) habilidades de búsqueda y de mantenimiento de la vivienda; 4) manejo de la medicación (control de los efectos secundarios, auto-regulación, tratar con los médicos); 5) empleo del ocio; 6) higiene y cuidado del aspecto personal; 7) uso de los transportes públicos; 8) preparación de comidas; 9) administración del dinero y 10) utilización de los recursos comunitarios.

Cada uno de los módulos está constituido por una serie de componentes, algunos de los cuales se llevan a cabo en el escenario del tratamiento (introducción al módulo, entrenamiento de las habilidades específicas, manejo de los recursos necesarios para afrontar los problemas, y afrontamiento de las dificultades que se puedan plantear cuando se implante la solución escogida a un determinado problema) y otros en el contexto natural en el que el problema se plantea (ejercicios in-vivo, tareas para casa y sesiones de "repaso"). El éxito de esta clase de programas reside, por una parte, en que se basen en una evaluación correcta de las capacidades del cliente y de las demandas de la situación, y por tanto que se ajusten a las necesidades individuales (tanto del cliente como del contexto) de cada caso. Por otra parte, una condición imprescindible es la de la generalización de las habilidades adquiridas al ambiente natural, test último de la labor rehabilitadora realizada.

Este modelo de intervención es el que ha sido adoptado en algunos centros de rehabilitación de nuestro país (ver Fernández, González y Guerrero, 1990). Aunque no conocemos datos empíricos para valorar objetivamente su eficacia, parece

constituir un buen ejemplo de las potencialidades de la rehabilitación cuando ésta se realiza de acuerdo a un modelo claro de trabajo y con una buena fundamentación teórica y técnica.

El entrenamiento en habilidades, como se señalaba al principio al hablar del modelo de vulnerabilidad, tiene por objeto el aumento de la competencia, que actuaría como elemento protector. En este sentido, actuaría en una línea semejante a la de los psicofármacos, ya que ambos harían necesario un mayor nivel de estrés que pudiera precipitar la sintomatología.

2.3.2. DESARROLLO DE RECURSOS AMBIENTALES.

Esta segunda alternativa de intervenciones rehabilitadoras se dirige a la modificación del contexto en el que se desenvuelve el paciente para facilitarle el alcance de sus metas (ver Watts y Bennet, 1983). Como indican Anthony, Cohen y Cohen (1984) se trata de ayudarle a utilizar los ambientes ya existentes, de modificarlos para conseguir que ofrezcan mayor apoyo o sean más adecuados o de crear nuevos ambientes necesarios. Resultan especialmente indicadas cuando la recuperación o desarrollo de las habilidades del paciente se ven notablemente limitados por la persistencia de los síntomas o los déficits, sin que esto suponga que ambos tipos de estrategias no puedan ser combinadas habitualmente, ya que de hecho es así como sucede.

El cambio del ambiente puede adoptar varias modalidades en función de que afecte a aspectos sociales del contexto o a factores puramente ambientales. En ambos casos se trata de compensar las discapacidades presentes en el paciente apoyando o acomodando su nivel de funcionamiento actual a través de dos estrategias básicas: 1) emplazarle en un ambiente para vivir, aprender o trabajar, que se acomode a los déficits y síntomas que persistan; y 2) ajustar las expectativas del individuo y de los otros significativos (familia, amigos, profesionales, etc.) al nivel que desde una visión realista se puede lograr (Anthony y Liberman, 1986).

En última instancia, las intervenciones ambientales tratan de proporcionar al paciente personas o ambientes de apoyo, o ambas cosas. En el primer caso se espera que la persona de apoyo intente reducir los déficits y discapacidades del paciente, ejerciendo funciones tales como las de defensor, compañero, consejero, reforzador, etc. Un claro ejemplo de esta estrategia son los programas de intervención familiar recientemente desarrollados en el campo de la esquizofrenia. Su origen parte, básicamente, de los trabajos sobre "Emoción Expresada" (ver Arévalo y Vizcarro, 1989 a y b; Vizcarro y Arévalo, 1987), en los que se ponía de relieve el importante papel de las actitudes de los familiares en el pronóstico de los trastornos.

Estos programas, que se valen de estrategias psicoeducativas, de resolución de problemas y de entrenamiento en habilidades de comunicación, se dirigen a la mejora del clima familiar como instrumento que permita reducir el número de recaídas y mejorar la calidad de vida de todos los miembros de la familia, incluido el propio paciente. No nos extenderemos sobre ellos, ya que se puede encontrar información en otros trabajos (Arévalo, 1990; 1992). Sólomente destacaremos el alto nivel de eficacia que han alcanzado estas intervenciones en combinación con la toma regular de neurolépticos en la reducción de recaídas.

En la misma línea de establecer personas de apoyo están los programas que intentan aumentar las redes sociales de los pacientes psiquiátricos, y los que incorporan el uso de profesionales, vecinos, amigos o voluntarios en la ayuda a su desenvolvimiento habitual (Bennet y Morris, 1983; Birley y Hudson, 1983; Phipps y Liberman, 1993).

Los programas que ponen su énfasis en la creación de ambientes de apoyo se centran principalmente en las dimensiones de los recursos ambientales y de los propios programas. Como ejemplos representativos de esta forma de intervenir podemos indicar los siguientes: creación de espacios laborales adaptados a las características de esta población (talleres ocupacionales, empresas de empleo protegido), estructuración de hábitats especiales de residencia (pisos protegidos,

casas a medio camino, residencias, familias de acogida, etc.; ver Lamb, 1984; Rodríguez, 1992), organización de ambientes sociales (clubs psicosociales del tipo de Fountain House), o la propia disposición del ambiente hospitalario que ayude al cumplimiento de las metas de rehabilitación ("terapia ambiental" o programas de economía de fichas en la planta; ver Hall, 1983; Montoya, 1980; Paul y Lentz, 1977).

3. ALGUNAS DIFICULTADES EN LA REHABILITACIÓN

No queremos pasar por alto el análisis de algunos problemas que existen en torno a la rehabilitación. En particular se hará referencia a algunos errores conceptuales de uso relativamente extendido y, finalmente, se ofrecerá una pequeña reflexión acerca de algunas de las dificultades que específicamente se plantean en nuestro contexto asistencial castellano-leonés.

3.1. GENERALES

La ambigüedad y complejidad del concepto de rehabilitación han supuesto que con demasiada facilidad se emplee esta denominación en sentido inadecuado. A este respecto existen una serie de ideas incorrectas que por ser tópicas y típicas merecen un comentario expreso (ver Fernández, González y Guerrero, 1990). Frecuentemente, y en especial unos años atrás, era fácil identificar la asistencia comunitaria con la rehabilitación. Lógicamente entre una y otra cosa existe un gran salto. Sirva como ejemplo para ilustrar este aspecto los primeros procesos de desinstitucionalización, en los que el mero trasvase de los pacientes del hospital a la comunidad era concebido e incluso descrito como "rehabilitación". La ausencia de un trabajo individual de recuperación de déficits y de habilitación para la vida cotidiana convierte ese tipo de prácticas en lo que se ha venido denominando "transinstitucionalización", pero en ninguno de los casos podemos hablar de rehabilitación.

Otro error común es el del "nominalismo", o algo así como "pongamos el nombre de rehabili-

tación en algún sitio y, no se sabe muy bien por qué tipo de proceso desconocido para la ciencia, el mero nombre trae consigo la generación espontánea de rehabilitación". No entraré en más detalles, pero creo firmemente que de nuevo nos hallamos frente a un fenómeno que, seguramente, es muy familiar para muchos de los lectores que han visto cómo sus unidades de larga estancia y otros dispositivos de más reciente creación, por el mero bautismo, se han transformado en centros de rehabilitación. El tema se hace aún más paradójico cuando se analizan las prácticas asistenciales que se realizan y se aprecia que no difieren en nada de las prácticas más tradicionales del viejo manicomio. En relación con esta cuestión, es importante señalar que lo que importa no son los nombres de los sitios donde se hace rehabilitación, ni tan siquiera los lugares o dispositivos (unidades de rehabilitación, centros de día, centros de salud mental,...). Lo que realmente es relevante son los métodos de trabajo que se utilizan. Cuando tales métodos se acercan a las estrategias que aquí se han descrito como características, podemos realmente hablar de rehabilitación.

La frase "ese paciente no es rehabilitable" ilustra otra posición incorrecta respecto a la rehabilitación. Probablemente, cuando alguien emite esa clase de afirmación está equiparando rehabilitación con inserción social, pero estos conceptos no son sinónimos. Si bien la inserción social es uno de los principales objetivos de la rehabilitación, no siempre es éste el objetivo a alcanzar. Los objetivos se establecen de forma individual de acuerdo a las habilidades y déficits y a las ventajas, limitaciones y demandas del ambiente. Para algunos pacientes de los que podríamos incluir entre los llamados "hard core" (el núcleo duro de la cronicidad, remanente de las instituciones a pesar de los procesos externalizadores), parece claro que sería un disparate su retorno a la comunidad ni en las mejores condiciones de apoyo ambiental. Esto no significa que ese tipo de pacientes no sea susceptible de un proceso de rehabilitación en el que se persigan objetivos más acordes con su realidad, como pueden ser mejorar su nivel de autocuidados, aumentar su capacidad comunicativa, etc. Por lo tanto, todo paciente es susceptible de algún tipo de medida rehabilitadora que impli-

que algún tipo de mejora conductual específica. Prescindir de esta máxima supone la desidia y el nihilismo terapéuticos, marchamo del antiguo manicomio.

Tampoco podemos equiparar la rehabilitación, como un todo, con algunas de sus partes. En particular se cae en el peligro de identificar rehabilitación con entrenamiento de habilidades. Siendo éste un elemento esencial de la intervención, no es suficiente en sí mismo. Dicho entrenamiento debe también incluir todos los demás rasgos que identifican la rehabilitación (partir de una evaluación funcional, estar adaptado a las características peculiares del individuo, tener impacto en la vida del cliente en sus diferentes contextos, etc.). De no ser así, el entrenamiento en habilidades se puede convertir en una "rehabilitación de salón", en la que el profesional entrena lo que sabe con independencia de su validez funcional en la vida diaria del paciente. Con esta forma de proceder es fácil, con el paso del tiempo, que los profesionales lleguen a la conclusión inadecuada de que se trata de un método ineficaz de trabajo. Por otro lado, aunque el entrenamiento de habilidades es un pilar básico de trabajo, no olvidemos que los crónicos plantean necesidades de muy diversa índole (de tratamiento, laborales, residenciales, de ocio,...) y que en la mayoría de los casos van a permanecer a lo largo de su vida. De ahí, que otras estrategias de rehabilitación sean tan o más importantes, en función del momento evolutivo del proceso rehabilitador en el que se encuentre el paciente.

Un gran peligro, y éste no es exclusivo de la rehabilitación sino de cualquier trabajo en la esfera de la salud mental comunitaria, es el de la compartimentalización de servicios y de pacientes. El actual planteamiento asistencial implica un trabajo en red en el que el usuario accede a diferentes dispositivos y profesionales en función de la evolución de su trastorno a lo largo del tiempo. Resultan harto frecuentes las dificultades que se plantean en esta forma de funcionamiento por causas de índole diversa (falta de mecanismos adecuados de transmisión de información, luchas de poder entre dispositivos, peculiaridades de los profesionales de los diferentes dispositivos que les

hacen adoptar sesgos no previstos en el modelo, diferencias de criterio, ausencia de estructuras o de criterios claros de derivación, etc). La falta de superación de tales dificultades, a veces difícil por la propia estructura de la organización de los servicios de salud mental, tiene efectos perniciosos sobre el usuario. Claramente, una ineficaz solución a estos problemas va a poner en entredicho uno de los principales principios de trabajo con crónicos como es el de la continuidad de cuidados. Desde el punto de vista de la rehabilitación, precisamente dicha continuidad es imprescindible para poder garantizar un mínimo éxito del proceso y no malgastar energías de múltiples profesionales.

3.2. LOCALES.

Llegado el momento de analizar las dificultades que se plantean en nuestra comunidad autónoma, que son variadas y de origen diverso, comenzaremos por una de las que a mi juicio resultan más importantes: la inexistencia de una red unificada de servicios. A pesar de los pasos dados desde el inicio de la reforma en aras de la integración funcional de las distintas redes (Diputaciones, Junta e Insalud) mediante las distintas medidas legislativas emanadas desde la Junta de Castilla y León, son muchas las insuficiencias y dificultades debidas a la no existencia de un Servicio Regional de Salud. Entre estas dificultades cabe repetir algunas de las que se acaban de enumerar anteriormente: descoordinación, compartimentalización ("reinos de taifas"), duplicidad de funciones y resistencias a la integración de cada institución particular en varios niveles (presupuestarias, de implicación y de control de los recursos, de toma de decisiones, etc). Por otra parte, aunque existe un modelo asistencial oficial, al que no hay demasiados reparos que poner desde la perspectiva comunitaria, tal modelo es en muchos casos sólo papel mojado o preciosas memorias anuales en las que, como en las películas "cualquier parecido con la realidad es mera coincidencia". Esto se refleja claramente en la escasez de recursos materiales y presupuestarios para el desarrollo de una rehabilitación de carácter comunitario. Se van dando pasos en la línea deseable (como por ejemplo, la creación de centros

de día en las distintas áreas de salud) pero queda mucho por andar. En este sentido, apenas existen recursos de rehabilitación laboral; en algunas provincias no existen alternativas residenciales al hospital psiquiátrico para crónicos, y en otras si existen pero no cubren adecuadamente las necesidades de los "nuevos crónicos".

Otro gran problema es la falta de un modelo claro de rehabilitación en los dispositivos que se encargan de esta tarea. Se observa una enorme disparidad de modos de funcionamiento entre centros que en principio deberían tener muchas similitudes. Las diferencias van desde el número y tipo de profesionales que trabajan en estos dispositivos, tipo de población que atienden, programas que ponen en marcha, etc. Respetando el derecho a las diferencias y huyendo de totalitarismos asistenciales, parece recomendable la existencia de unos mínimos estándares que garanticen la eficacia y eficiencia de este tipo de servicios. Probablemente, de nuevo la inexistencia de un único Servicio Regional de Salud que hace que tales servicios dependan orgánica y administrativamente de diversas instituciones, sea la responsable de este estado de cosas. Como es lógico, no bastaría la mera creación del citado Servicio Regional para subsanar estas limitaciones: sería necesario además un claro esfuerzo por parte de los responsables y planificadores de dicho Servicio para establecer "políticas activas" que favorezcan la rehabilitación. Tales políticas, como señala Rodríguez (1994) tienen varios niveles de acción (regionales, locales, servicios sanitarios y sociales, profesionales, etc). En cualquier caso, empleando las palabras del propio Rodríguez, se trata de que "el contexto global de las políticas de salud mental en esos diferentes niveles permita e impulse de modo coherente y continuado el trabajo rehabilitador y ofrezca oportunidades para el logro de sus objetivos" (p.7).

Un último problema, y quizás el más obvio cotidianamente, es el de la inadecuación de los centros de rehabilitación de nuestra región para los objetivos con que han sido diseñados. Aquí caben desde los centros de día que funcionan como centros ocupacionales, unidades de rehabilitación que funcionan como unidades de larga

estancia y cosas parecidas. El caso más llamativo es el de las Unidades de Rehabilitación. Existiendo diferentes estados de cosas en las distintas provincias de la comunidad, no podemos generalizar, pero parece que algunos problemas caracterizan a bastantes de estas unidades. Uno de estos problemas es la presencia de una población institucional de larga duración desde su creación, que hacía más recomendable hablar de residencias asistidas de crónicos, pabellones de larga estancia o llámesele como se quiera siempre que identifique adecuadamente la asistencia y la población allí existentes. No haber realizado esta adecuación de nombres y funciones de los servicios crea numerosos equívocos. Si los pacientes están en una unidad de rehabilitación, que se supone de media estancia en la actual ordenación vigente de los servicios, ¿cómo podemos explicar que llevan allí X años de internamiento?. Si este tipo de pacientes pueden estar en este tipo de unidades indefinidamente, ¿por qué los nuevos ingresos deben permanecer hospitalizados durante un período de tiempo no demasiado largo?. La difícil respuesta a estas preguntas hace que en muchas ocasiones los nuevos pacientes de las unidades de rehabilitación permanezcan ingresados más tiempo del deseable, aunque no sea ésta la única razón. También la ausencia de un mayor número de recursos residenciales alternativos para crónicos, la inexistencia de alternativas laborales y ocupacionales en la comunidad, y el exceso de tolerancia desde las unidades a la prolongación del ingreso, hacen que el retorno de algunos crónicos a su contexto sea realmente difícil. Todos estos problemas suponen un riesgo para la supervivencia del modelo comunitario, ya que de no ser corregidos a tiempo pueden plantear un exceso de sobrecarga, tanto a las familias que atienden cotidianamente a los crónicos como a la misma comunidad en su conjunto.

Esa sobrecarga puede fácilmente servir de detonante de demandas que tienen que ver con el pasado de la asistencia psiquiátrica (hospitales de larga estancia, pabellones cerrados para pacientes conflictivos, etc.) y que periódicamente llegan a los medios de comunicación (ver El Norte de Castilla en su edición de Segovia de Octubre* de 1994).

* Consultar autor fecha concreta

4. CONCLUSIONES

El reconocimiento de la participación de factores diversos en la etiología, curso y pronóstico de los trastornos psiquiátricos, ha permitido el desarrollo de una filosofía y una tecnología de la rehabilitación psicosocial que permite superar la antigua dicotomía entre tratamiento farmacológico y psicoterapia. La traslación del modelo rehabilitador usualmente utilizado para abordar problemas puramente físicos, en el que se distinguen los conceptos de patología, déficit, discapacidad y handicap, ha posibilitado el desarrollo de estrategias específicas de actuación en cada uno de los niveles. Desde este marco de referencia, la integración de diversos tipos de intervención (farmacológica, entrenamiento en habilidades, etc.) se hace posible e imprescindible, facilitándose la cooperación de diferentes profesionales en aras de un objetivo común.

Uno de los aspectos más característicos de la rehabilitación es su orientación pragmática y ecléctica. En este sentido, se han delimitado principios claros de actuación y procedimientos aplicados específicos, cuya eficacia ha sido empíricamente comprobada. Diferentes estudios han mostrado que tanto el desarrollo de recursos ambientales, como de habilidades individuales, tienen un notable impacto en el resultado final de la rehabilitación del paciente, impacto que es superior al de los propios síntomas o nivel de patología (ver Anthony, Cohen y Cohen, 1983 y Anthony y Liberman, 1986). Además, a diferencia de las ideas iniciales en la rehabilitación psicosocial de los pacientes psiquiátricos, que acudían básicamente a los principios del aprendizaje instrumental en ambientes altamente controlados para la modificación de su comportamiento (economía de fichas y similares), se ha comprobado que pueden aprender una variedad de habilidades físicas, emocionales e intelectuales, independientemente de su sintomatología actual. Cuando tales habilidades están apropiadamente integradas en un programa comprensivo que proporciona refuerzo ambiental y apoyo para su uso en la comunidad, pueden tener un impacto significativo en el resultado de la rehabilitación.

Un aspecto que quisiéramos subrayar es el de la extensión de la rehabilitación más allá de los confines habituales a los que suele quedar reducida. Coincidiendo con la propuesta de Watts y Bennet (1983), la rehabilitación debería constituir una aproximación o acercamiento al tratamiento de los que pudieran beneficiarse todo tipo de pacientes psiquiátricos, en vez de ser una actividad que se restrinja a un tipo particular de pacientes (por ejemplo los esquizofrénicos), a un tipo particular de escenario (el hospital psiquiátrico) o a un tipo particular de actividad (la terapia ocupacional).

Asimismo, nos parece fundamental la puesta en marcha de estudios evaluativos, que sean capaces de determinar la eficacia de los distintos tipos de intervención o de organización asistencial. Los dispositivos habituales de atención son lentos en incorporar a su funcionamiento rutinario la filosofía y los procedimientos rehabilitadores. Las razones son numerosas, ya que la implantación de este tipo de programas implica importantes retos tanto organizacionales y profesionales como administrativos. Precisamente, estudios evaluativos rigurosos que valoren aspectos diversos de los programas en términos de costos, beneficios, eficacia comparada, a partir de los cuales se puede hacer una generalización extensiva de los hallazgos, pueden soslayar estas lagunas. Los hallazgos empíricos que se deriven de este tipo de investigación constituirán una sólida base que haga reflexionar a los planificadores de la salud mental, de modo que se tenga en cuenta el potencial de los programas en términos de su capacidad rehabilitadora, atendiendo principalmente a lo que "se hace" más que a "dónde se hace". Esta cuestión es aún más relevante si tenemos en cuenta el aspecto económico, ya que existen resultados que avalan el ahorro considerable que se produce cuando se utilizan programas que emplean los procedimientos rehabilitadores aquí expuestos (Cardin, McGill y Falloon, 1985). ♦



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARÉVALO, J. (1990) Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: Aproximaciones recientes, *Estudios de Psicología*, 43-44, pp. 169-193.
- ARÉVALO, J. (1992) La aproximación psicoeducativa: Una necesidad terapéutica en el trabajo de las familias con los pacientes psicóticos. *Boletín de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental*, N° 0, 6-19.
- ARÉVALO, J. y VIZCARRO, C. (1989a) Emoción Expresada y curso de la esquizofrenia en una muestra española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 15, 3-24.
- ARÉVALO, J. y VIZCARRO, C. (1989b) Niveles de Emoción Expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos: datos para una comparación transcultural. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, IX, 437-450.
- ANTHONY, W.A. (1980) A rehabilitation model for rehabilitating the psychiatric disabled. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 24, 6-21.
- ANTHONY, W.A. (1982) Explaining "psychiatric rehabilitation" by an analogy to "physical rehabilitation". *Psicosocial Rehabilitation Journal*, 5, 61-65.
- ANTHONY, W.A.; COHEN, M.R. y COHEN, B.F. (1983) Philosophy, treatment process and principles of the psychiatric rehabilitation approach. *New directions in mental health*, 17, 67-69.
- ANTHONY, W.A.; COHEN, M.R. y COHEN, B.F. (1984) Psychiatric rehabilitation. En J.A. TALBOT (Ed.) *The Chronic mental patient. Five years later*. N.York: Grune & Stratton, p. 137-157.
- ANTHONY, W.A.; COHEN, M.R. y FARKAS, M. (1982) A psychiatric rehabilitation Treatment program: Can I recognize one if I see one?, *Community Mental Health Journal*, 18.
- ANTHONY, W.A. y LIBERMAN, R.P. (1986) The practice of psychiatric rehabilitation: Historical,

- conceptual, and research base, *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559.
- BEARD, J.H.; PROPST, R.N. y MALAMUD, T.J. (1982) The Fontain House model of psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5, 47-59.
 - BENNETT, D. (1983) The historical development of rehabilitation services. En F.N. WATTS y D.H. BENNET (Eds.) *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*, N.York; John Wiley & Sons, 189-211.
 - BENNETT, D. y MORRIS, I. (1983) Support and rehabilitation. En F.N. WATTS y D.H. BENNET (Eds.) *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*, N.York; John Wiley & Sons, 189-211.
 - BIRLEY, J. y HUDSON, B. (1983) The family, the social network, and rehabilitation. En F.N. WATTS y D.H. BENNET (Eds.) *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*, N.York; John Wiley & Sons, 171-188.
 - CARDIN, V.; MCGILL, C. y FALLOON, I.R.H. (1985) An economic analysis: costs, benefits and effectiveness. En I.R.H. FALLOON (Ed.) *Family management of schizophrenia: Clinical, social, family and economic benefits*. Baltimore: John Hopkins University Press.
 - ESTEBAN, R. (1994) (Un poco de) Dialéctica de la rehabilitación. *Boletín de la Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental*, nº 4, 15-22.
 - FERNÁNDEZ, M.V.; GUERRERO, M. y GONZÁLEZ, J. (1990) Rehabilitación psicosocial: Un modelo de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16, 489-504.
 - FERNÁNDEZ OCHOA, E.L. y VÁZQUEZ, C. (1989) Modelo de vulnerabilidad y esquizofrenia. *Monografías de Psiquiatría*, 1, 3-8.
 - GOLDMAN, H.H. (1984) Epidemiology. En J.A.TALBOT (Ed.) *The Chronic mental patient. Five years later*. N.York: Grune & Stratton, 15-32.
 - HALL, J. (1983) Ward-based rehabilitation programmes. En F.N. WATTS y D.H. BENNET (Eds.) *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. N.York: John Wiley & Sons, 131-150.
 - LAMB, H.R. (1984) Alternatives to hospitals. En J.A. TALBOT (Ed.) *The Chronic mental patient. Five years later*. N.York: Grune & Stratton, 215-232.
 - LIBERMAN, R.P. *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca, 230-250.
 - LIBERMAN, R.P. y EVANS, C. (1985) Behavioral rehabilitation for chronic mental patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5, 8-14.
 - LIBERMAN, R.P.; KING, L.W. y DERISI (1975) *Personal effectiveness: Guiding people to assert themselves and improve their social skills*. Champaign, Il.; Research Press.
 - MONTOYA, J.L. (1980) Terapia ambiental y comunidad terapéutica. En J.L.GONZÁLEZ de RIVERA, A.VELA y J. ARANA (Coord.) *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Karpos, p. 1135-1154.
 - MORGAN, R. (1983) Industrial therapy in the mental hospital. En F.N. WATTS y D.H. BENNET (Eds.) *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. N.York: John Wiley & Sons, 151-168.
 - NUECHTERLEIN, K. y DAWSON, M.A. (1984) A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
 - PAUL, G.L. y LENZ R.J. (1977) Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu versus social learning programs. Cambridge, Harvard University Press.
 - PHIPPS, C. y LIBERMAN, R.P. (1993) Apoyo comunitario. En R.P. LIBERMAN (Ed.) *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca, 230-250.
 - PILLING, S. (1991) *Rehabilitation and Community Care*. London, Routledge.

- RODRÍGUEZ, A. (1992) Alternativas residenciales comunitarias para personas con enfermedades mentales crónicas. *Revista de Intervenciones Psicosociales*, n° 2.

- RODRÍGUEZ, A. (1994) Sobre la rehabilitación psicosocial: reflexiones y perspectivas. *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, n° 0, 3-9.

- SARACENO, B. y MONTERO, F. (1993) La rehabilitación, entre modelos y prácticas. *Informaciones Psiquiátricas*, 131, 7-12.

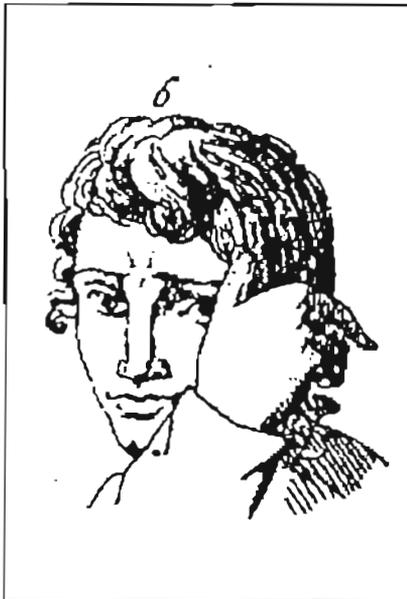
- VIZCARRO, C. y ARÉVALO, J. (1987) Emoción Expresada: Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas. *Estudios de Psicología*, n° 26-27, 89-109.

- WALLACE, C.J. (1986) Functional assessment in rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 604-630.

- WALLACE, C.J.; NELSON, C.J.; LIBERMAN, R.P.; AITCHINSON, R.H.; LUKOFF, D.; ELDER, J.P. y FERRIS, C. (1980) A review and critique of social skills training with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 42-63.

- WATTS, F.N. y BENNET, D.H. (1983) Introduction: The concept of rehabilitation. En F.N. WATTS y D.H. BENNET (Eds.) (1983) *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. N.York: John Wiley & Sons, p. 3-14.

- WATTS, F.N. y BENNET, D.H. (Eds.) (1983) *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. N.York: John Wiley & Sons.



CUESTIONARIO DE OBSERVACIÓN LINGÜÍSTICA C.O.L.

J. A. López Villalobos Francisco Ruiz Sanz** M^a Isabel Sánchez Azón****

RESUMEN:

Comprender la infancia implica situarla en una dimensión biopsicosociológica con entidad propia, inmersa en un período vital específico.

Los profesionales de Salud Mental asumimos la imposibilidad de entender la psicopatología infantil aislada de su curso evolutivo y fruto de esta consideración ha surgido este *Cuestionario de Observación Lingüística* que desarrolla todas sus dimensiones (Fonológica, Morfosintáctica, Semántica, Praxis orofonatoria, Prelenguaje y Comprensión) desde los cero a los cinco años.

Por su globalidad entendemos que puede ser más útil que otros cuestionarios que sólo contemplan elementos aislados y pretendemos sea útil como *screening* o como instrumento de consulta evolutiva.

Palabras clave: cuestionario de lenguaje, desarrollo.

INTRODUCCIÓN

La perspectiva científica de la Salud Mental considera la infancia como un período con entidad propia biopsicosociológica, donde tan importante como el conocimiento de la psicopatología inhe-

rente a esta edad, es su encuadre en el contexto sociofamiliar y su comprensión a la luz del desarrollo.

Nuestra Unidad de Salud Mental, en su vertiente preventiva, de investigación y formativa, siempre se ha interesado por aspectos asociados al desarrollo infantil y fruto de ese interés ha surgido nuestro Cuestionario de Observación Lingüística.

En el área del desarrollo del lenguaje existen multiplicidad de test y cuestionarios dedicados a observaciones sobre aspectos específicos en los que se subdivide la expresión Lingüística (Fonología, Morfosintaxis, Semántica, Comprensión, Praxis orofonatoria, Prelenguaje).

Nuestro Cuestionario de Observación Lingüística (C.O.L.) comprende todos los aspectos mencionados con anterioridad y es útil como test de despistaje o de consulta evolutiva para aquellos profesionales que trabajen en este área o, simplemente, necesitan conocerla o comprenderla mejor.

PROCEDENCIA DE LOS DATOS

Los datos o ítems del cuestionario han sido obtenidos tras una amplia revisión del material expuesto en la bibliografía, formada por autores

* José Antonio López Villalobos. Psicólogo / Francisco Ruiz Sanz. Psiquiatra / M^a Isabel Sánchez Azón. Psicólogo
Unidad de Salud Mental. C/ Paseo de San José, 3-5 Entrpl. 34004 Palencia.

Dirección de correspondencia: D. José Antonio López Villalobos. C/ Los Trigales Nº 12. 5º - 34004 Palencia.

suficientemente contrastados. Todo ello asegura su validez como *screening*.

ASPECTOS BÁSICOS EN EL C.O.L

El cuestionario comprende factores prelingüísticos (PR), pragmáticos o funcionales (P), fonológicos (F), morfosintácticos (M), semánticos (S), de comprensión (C) y praxis orofonatoria (PC) para las edades comprendidas entre el nacimiento y los cinco años. Estos factores han sido separados con fines prácticos o didácticos, sin que por ello olvidemos su mutua interdependencia como eslabones de un mismo proceso.

Analizamos la fonología, con sus fonemas, para pasar a la observación de las formas gramaticales (morfología), de los constituyentes formales de las unidades lingüísticas superiores al fonema, que pueden ser estudiados en cuanto a sus funciones y relaciones (sintaxis), formando en un todo la unidad del significado (morfosintaxis), que no debe ser separada de la sustancia del significado (semántica).

Tampoco podemos ignorar la funcionalidad del lenguaje o su utilidad, así como el prelenguaje o aquellas formas que implican comunicación y no alcanzan lo que vulgarmente y en sentido amplio denominamos lenguaje.

Finalmente incluimos aspectos de comprensión y praxis orofonatoria, para detectar dificultades en los movimientos de los órganos periféricos implicados en el habla.

El cuestionario está dividido en apartados que comprenden "edades límite" (6, 12, 24, 36, 48 y 60 meses) y los ítems internos de cada grupo de edad no serán alcanzados, en un curso evolutivo normal, hasta el límite de edad que comprende el apartado. Como ejemplo podemos indicar que un niño de tres años y dos meses, en situación de normalidad, es probable que consiga la gran mayoría de los ítems comprendidos entre los 24-36 meses y sólo algunos de los concernientes a los 36-48 meses.

Los ítems comprendidos en cada grupo de edad pretenden observar un aspecto particular del lenguaje y vienen definidos por las siglas correspondientes a los factores objeto de análisis previamente explicitados.(PR, P, F, M, S, C y PO).

La valoración de los resultados deberá ser fundamentalmente cualitativa y sin rigidez en las edades límite. La exploración sería deseable que fuese acompañada de observaciones acerca de factores cognitivos, sociofamiliares y de personalidad.

Finalmente indicaremos que el presente cuestionario es preferible sea utilizado por profesionales que desean hacer un *screening* o consulta evolutiva cualitativa evitando su uso indiscriminado por padres que pudieran estar excesivamente obsesionados por el lenguaje de sus hijos y malinterpretasen los resultados de su consulta.

El cuestionario contiene, al final del artículo, un breve apéndice destinado a clarificar palabras técnicas.

CUESTIONARIO DE OBSERVACIÓN LINGÜÍSTICA

AUTORES: José Antonio López Villalobos, Francisco Ruiz Sanz, María Isabel Sánchez Azón.

Abreviaturas:

PRELENGUAJE: PR

PRAGMÁTICO: P - FONOLÓGICO: F

MORFOSINTÁCTICO: M - SEMÁNTICO: S

COMPRENSIÓN: C - PRAXIS OROFONATORIA: PO

0-6 meses

1. (PR). Inicia el balbuceo
2. (PR-C) Gira la cabeza hacia la fuente de sonido
3. (PR-C) Sonríe cuando se le habla
4. (PR) Emite sonidos ante los diferentes estímulos
5. (PR-C) Vocaliza cuando se le habla
6. (PR) Seguimiento de la línea de mirada entre madre e hijo
7. (PR-C) Diferencia tonos de voz, dependiendo de las emociones

6-12 meses

1. (PR) Balbuceo con sonidos próximos a consonantes y vocales del lenguaje adulto
2. (PR-C) Preconversación. Vocaliza durante intervalos libres dejados por el lenguaje adulto
3. (PR) Imita sonidos
4. (PR) Emplea al adulto para obtener determinados objetos (proto-imperativas)
5. (PR) Utiliza los objetos para obtener la atención del adulto (proto-declarativas)
6. (P) Funciones protoinstrumental y protoreguladora
7. (PR) Agrupa sonidos en sílabas y con "repeticiones" logra alguna palabra familiar
8. (C) Responde a su nombre y comprende cuando se le dice "sí" o "no"

12-24 meses

1. Aparecen las primeras palabras
2. (P) Aparecen las funciones instrumentales, reguladoras y más tardíamente las personales
3. (M) Al final del apartado aparecen las holofrases
4. (S) Al final del apartado aparece la sobreextensión
5. (S) Incremento progresivo del vocabulario
6. (C-S) Puede designar algunas partes del cuerpo, animales conocidos y prendas de vestir, ante las fotografías
7. (C) Puede señalar objetos y fotos familiares
8. (C) Puede seguir órdenes muy simples y pedir algo, nombrándolo muy rudimentariamente

24-36 meses

1. Aparece la imitación diferida (en ausencia de modelo) y primeras simbolizaciones (juego del *como si...*)
2. (F) Pronuncia bien todas las vocales
3. (M) Hace preguntas sobre el nombre de las cosas
4. (M) Utiliza su nombre y el pronombre "yo"
5. (M) Primeras preposiciones de posición: "a (mi)", "para (mi)", "de (mi)"
6. (M) Comienza a utilizar la cópula "es"
7. (M) Une frases por simple yuxtaposición de enunciados
8. (M) Al final de la edad aparecen las primeras coordinaciones de enunciados simples
9. (C-S) Al final de la edad y ante un dibujo " nombra " partes del cuerpo, algunas prendas de vestir y algunos animales (a petición y por voluntad propia)
10. (M) Al final de la edad aparece el artículo "un", "una"
11. (M) Al final de la edad aparecen los pronombres "yo", "tu", "tuyo" y algunos adverbios de lugar como: "en", "sobre", "bajo", "delante", "detrás"
12. (S) Incremento de vocabulario respecto a la edad anterior
13. (P) Se consolidan las funciones personal, instrumental y reguladora
14. (PO) Puede sacar la lengua, abrir la boca, soplar y hacer la mímica de la risa

36-48 meses

- 1 (P) Puede utilizar todas las funciones del lenguaje: Instrumental, reguladora, personal, interactiva y heurística. La imaginativa e informativa de forma rudimentaria
2. (F) Pronuncia bien las nasales /m/ /n/ /ñ/
3. (F) Pronuncia bien las oclusivas. /p/ /t/ /k/ /b/ y /g/
4. (F) Pronuncia bien las fricativas. /f/ /s/ y /x/
5. (F) Pronuncia bien la africada /ç/
6. (F) Pronuncia bien la líquida /l/
7. (F) Pronuncia adecuadamente los grupos consonánticos /mb/ /nt/ /nk/ /nç/
8. (F) No realiza posteriorizaciones, desnasalizaciones, oclusivizaciones defricativas, reduplicaciones, ni omite sílabas en inicio de palabra
9. (M) Concordancia de género entre artículo y nombre

10. (M) Aparecen los pronombres "él", "ella", "la", "vosotros", "nosotros"
11. (M) Aparecen las preposiciones de lugar "a", "dentro", "sobre"
12. (M) Aparece el infinitivo e indicativo presente
13. (M) Utiliza adjetivos posesivos "mi", "tu", "su"
14. (M) Al final de la edad comienzan a aparecer las oraciones subordinadas...
15. (C-M) Comprende y produce preguntas sin inversión sujeto-verbo
16. (C-S) Ante un dibujo puede nombrar objetos conocidos,
indicar algún color y diferenciar objetos a petición del evaluador
17. (C-S) Ante un dibujo puede observar dimensiones
a petición del evaluador (alto-bajo, grande-pequeño)
18. (C-S) Ante un dibujo utiliza términos como "arriba", "abajo",
"delante", "detrás", ante preguntas del evaluador.....
19. (PO) Puede cerrar los ojos, llevar la lengua de arriba a abajo
y hacia las comisuras.....

48-60 meses

1. (P) Utiliza adecuadamente las funciones del lenguaje
2. (F) Pronuncia bien la oclusiva /d/.
3. (F) Pronuncia bien la fricativa /θ/.
4. (F) Pronuncia bien las líquidas /l/ y /r/.
5. (F) Pronuncia bien los grupos /pl/ /kl/ /bl/ gl/ /fl/
6. (F) No hace frontalizaciones, posteriorizaciones, ni omite consonantes iniciales
7. (M) Los artículos "unos" y "los" en concordancia de género y número.....
8. (M) Aparece la preposición "con"
9. (M) Aparecen los auxiliares "haber" y "ser"
10. (M) Existen oraciones subordinadas.....
11. (M) Puede usar el infinitivo, gerundio,
presente de indicativo y pretérito perfecto de indicativo
12. (C-S) Ante un dibujo y mediante preguntas
puede explicar una acción y comprender adjetivos que indican diferencia
13. (C) Ante un dibujo comprende preguntas como ¿dónde está?,
¿cuándo?, ¿por qué?, ante la petición del evaluador.....
14. (PO) Puede inflar mejillas, mostrar los dientes, ápice detrás de los incisivos superiores, distender los
labios sin contacto y contactando, vibración de los labios, morder el labio inferior, mímica del llanto.....

APÉNDICE

-

El presente apartado será utilizado para aclarar algunas palabras técnicas, incluyendo ejemplos transformados según versión del lenguaje adulto.

1. **Desnasalización:** Pérdida de nasalidad.
Ej.: "balo" por "malo".
2. **Funciones del lenguaje:**
 - * *Instrumental:* Uso del lenguaje para satisfacer las propias necesidades.
Ej.: "Dame eso"
 - * *Reguladora:* Uso del lenguaje para ejercer control sobre la conducta de otros.
Ej.: "Haz eso".
 - * *Interactiva:* Uso del lenguaje para establecer contacto con lo que le interesa.
Ej.: "Vamos" . "Tú y yo".
 - * *Personal:* Uso del lenguaje para expresar la propia individualidad.
Ej.: "ya vengo" . "Tengo sueño".
 - * *Heurística:* Uso del lenguaje para explorar.
Ej.: "¿Qué es eso?".
 - * *Imaginativa:* Uso del lenguaje para crear un medio propio.
Ej.: "Ahora soy un indio que...".
 - * *Informativa:* Uso del lenguaje para tratar información y comunicar una experiencia a alguien que no la ha compartido.
Ej.: "Tengo que decirte...".
 - * *Protoinstrumental y proreguladora:* De forma no verbal realiza las funciones reguladora e instrumental.
3. **Frontalización:** Un fonema de producción velar es sustituido por una consonante anterior.
Ej.: "pamón" por "jamón".
4. **Holofrase:** Expresa una frase mediante una palabra.
5. **Oclusivización de fricativas:** La fricativa es sustituida por una oclusiva.
Ej.: "pumar" por "fumar".

6. **Posteriorización:** Sustituye consonantes anteriores por velares.

Ej.: "gila" por "pila".

7. **Reduplicación:** Repetición de la consonante o vocal inicial de una palabra.

8. **Sobreextensión:** La palabra es extendida a otros elementos que contienen rasgos similares.
Ej.: Un "guau" es cualquier animal de cuatro patas.

BIBLIOGRAFÍA

1. BOSCH, L. "El desarrollo fonológico infantil". *Anuario de psicología*. 28.1.
2. BRUNER, J. "De la comunicación al lenguaje" en *Adquisición del lenguaje*. Madrid. Ed. Pablo del Río.
3. BUSTO, M. "Reeducación del habla y del lenguaje en el paralítico cerebral". Ed. CEPE. Madrid.
4. COOPER, J.; MODLEY, M.; REYNELL, J. "Helping language development". Ed. Médico Técnica. Barcelona..
5. DALE, P. "Language development. Structure and function". Ed. Trillas. México.
6. HALLIDAY, M. "Aprendiendo a conferir significado". En LENNEBERG, E. *Fundamentos del desarrollo del lenguaje*. Ed. Alianza Editorial. Madrid.
7. HALLIDAY, M. "Exploraciones sobre las funciones del lenguaje". Ed. Médico Técnica. Madrid.
8. HAUSON MARCI, J. "Teaching your Down's syndrome infant". Ed. Maribel, artes telegráficas. Madrid.
9. PALACIOS, J.; MARCHESI, A.; CARRETERO, M. "Psicología evolutiva II: Desarrollo cognitivo y social del niño". Ed. Alianza Universal textos. Madrid.
10. PASCUAL GARCÍA, P. "La dislalia". Ed. CEPE. Madrid.
11. QUILIS, A.; HERNÁNDEZ, C.; G. de la CONCHA, V. "Lengua Española". Ed. Iniciación universitaria. Valladolid.
12. RIVIERE, A. "Interacción y símbolo del autista". *Infancia y aprendizaje* nº 22.
13. RONDAL, A. "Votre enfant apprend à parler". Ed. Médico Técnica. Barcelona.
14. VALMASEDA, M. "Funciones del lenguaje" en *Balbucesos* nº 1. Salamanca.

El sueño perturbado de un adolescente: una perspectiva psicoanalítica.

M. J. Lorenzo Bragado * *A. M. Pendás Campos* **

Presentamos el caso clínico de un adolescente de 15 años, hijo menor y único varón de un matrimonio de clase media, estudiante de 2º de FP1, rama electrónica. Su familia la componen los padres y tres hermanas de 20, 18 y 17 años también estudiantes: la mayor estudia 1º de Empresariales, la 2ª 1º de BUP y peluquería y la 3ª COU. Residen en un medio urbano.

Motivo de consulta: El paciente, acompañado por la madre, llega a nuestras consultas externas remitido por su médico de cabecera para valoración psiquiátrica y psicológica, pues presenta "sueños terroríficos con sonambulismo que pueden poner en peligro su vida ya que ha llegado en una ocasión a descolgarse por el balcón de su casa".

Enfermedad actual: Los padres relatan que desde los 4 años ha presentado somnolencia y que desde que el paciente tenía 10 años comenzó a despertarles por las noches a las 2 ó 3 horas de haberse acostado, porque gritaba y a veces se levantaba de la cama. Cuando acudían a su habitación le encontraban casi siempre sentado en la cama o caminando por el cuarto, con expresión de pánico en el rostro, pálido, "desencajado", con los ojos abiertos, sudoroso y la mayoría de las veces peleando imaginariamente con un hipotético perseguidor. Los padres afirman que el paciente no está despierto, que si le preguntan qué le ocurre contesta a veces que le persiguen y casi siempre emite gruñidos o respuestas ininteligibles; al día siguiente no recuerda nada de lo sucedido o únicamente imágenes fragmentarias de un sueño en el que le persiguen, sin secuencias completas. Otras veces los padres han encontrado al paciente caminando o corriendo por la

casa, dando gritos y con la misma expresión terrorífica en su rostro. Después del episodio de deambulación el paciente se acurruca en un rincón hasta que lo despiertan o se despierta. En algunas ocasiones se ha escondido debajo de algún mueble y se ha subido encima de un armario, y sólomente una vez ha abierto la ventana del balcón de su habitación y se ha descolgado hasta el suelo (vive en un 1º). Respecto a esto último el paciente nos dice que lo recuerda perfectamente porque en su sueño le perseguía un ladrón y él en el sueño escapaba por el balcón. Esto fue lo que alarmó a los padres y al médico de cabecera, *que hasta entonces no le habían dado importancia.*

Antecedentes familiares: No existen antecedentes de trastornos del sueño ni otros trastornos psiquiátricos en la familia y tampoco hay antecedentes de enfermedades orgánicas importantes.

ANTECEDENTES SOMÁTICOS DEL PACIENTE:

- Posible reflujo gastro-esofágico durante los primeros nueve meses.
- Fractura de fémur a los 4 años por accidente de tráfico (atropello).
- Intervención quirúrgica de adenoides a los 7 años.
- Hepatitis "A" a los 10 años.
- Miopía bilateral de 0,5 diop.

BIOGRAFÍA PERSONAL DEL PACIENTE

El embarazo y el parto transcurrieron con normalidad. Recibió lactancia materna sólo durante un mes "porque la leche no era muy alirriencia y lloraba mucho", aunque succionaba bien.

* Psiquiatras. Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica. Hospital Universitario de Salamanca.

A partir del primer mes y hasta los nueve meses fue un bebé "enfermo". Tenía episodios recurrentes de vómitos postprandiales con diarrea y fiebre y frecuentes otalgias. Esto hacía que llorara continuamente, de noche y de día. Fue visto por numerosos pediatras que, según la madre, no conseguían hallar la causa de los vómitos; finalmente, cuando tenía siete meses, un pediatra aconsejó que debería dormir sentado porque posiblemente tenía un reflujo gastro-esofágico ("una válvula que en lugar de cerrarse se abría"); tras dos meses durmiendo sentado en una sillita, comenzó a mejorar y a ganar peso. Permaneció en la habitación de los padres hasta los 3 años y posteriormente pasó a dormir con la hermana mayor hasta los 10 años.

El desarrollo psicomotor fue normal y el control de esfínteres diurno y nocturno antes de los 2 años.

Escolarización: Inicia la escolarización a los 3 años, con discreta angustia de separación que remite en pocos días por la presencia y el apoyo de sus hermanas que acudían al mismo colegio. En esta época, la madre refiere que ya podía leer con bastante soltura aunque sin comprender bien lo leído.

A los 4 años sufre un accidente de tráfico (le atropella un coche un domingo, tras separarse de sus hermanas para ir a comprar golosinas a un kiosko), con fractura de fémur. La fractura de fémur precisa intervención quirúrgica y durante el tiempo previo a la intervención el paciente comienza a presentar somnolencia que persiste en la actualidad.

Los rendimientos académicos de nuestro paciente, hasta 8º de EGB, fueron excelentes. La madre relata que en el colegio le consideraban un "superdotado": a los seis años leía y escribía perfectamente y realizaba operaciones matemáticas complicadas para su edad. En 8º, sin razones aparentes, suspende 2 asignaturas (Inglés y Dibujo) que aprueba en septiembre.

A los 14 años comienza 1º de F.P., por decisión propia, porque le gusta mucho la electrónica. Actualmente está en el segundo curso de FP1 con una asignatura pendiente del curso anterior.

Sexualidad: Refiere no haber tenido ninguna relación sexual ni actos masturbatorios.

CONTEXTO FAMILIAR

- Relación entre los padres: "Se llevan muy bien" (sin conflictos aparentes).

- Imagen del padre: "es escayolista y trabaja mucho; a mi no me gusta su trabajo. Es muy autoritario, irascible, agresivo, poco afectuoso". Muestra hacia él unos sentimientos muy ambivalentes y recuerda muy claramente, casi con odio, las ocasiones en que le ha "pegado". Actitud de oposición /rebeldía a su autoridad y consecuentemente temores fantaseados de retaliación.

- Imagen de la madre: "es muy cariñosa, amable, me llevo muy bien con ella". Según relata le ayuda a encubrir situaciones que desencadenarían la cólera del padre (por ej., que tiene pendiente una asignatura del curso pasado).

- Relaciones con sus hermanas: La mayor es su preferida, con la que tiene más confianza y la que ejerce funciones de maternaje. Con las otras dos, predominan los celos y la rivalidad.

CONTEXTO PERSONAL

- *Relaciones interpersonales.*

Los padres definen al paciente como un chico simpático, abierto, noble y generoso, muy responsable, independiente, estudioso y con buena capacidad para relacionarse socialmente. Siempre le han mimado mucho por ser el pequeño y único niño. En los últimos meses le encuentran más rebelde, más arisco, obstinado y agresivo en casa, más vago en las tareas escolares. En el colegio, según el tutor, se muestra diferente: afable, callado, respetuoso con los profesores, aplicado. Últimamente está teniendo problemas con 2 chicos de clase que se dedican a importunarle gastándole bromas.

- *Aficiones:* Es un lector voraz (libros de aventuras y también de misterio y terror -ha leído todas las novelas de A. Hitchcock-); ve también muchas películas de TV, incluidas las de terror y

dedica bastante tiempo a los juegos electrónicos en casa (videoconsola) y en la calle, con sus amigos. Sus deportes favoritos son la natación, el ciclismo, el fútbol y el frontón.

- *Un recuerdo de su infancia temprana:* Un intento de robo en su casa, cuando tenía 7 meses ("recuerdo que hacían ruidos para forzar la cerradura y que yo estaba solo y lloraba"). Posiblemente se trate de un recuerdo que le han contado.

- *Sueños:* Sólomente son fragmentos de sueños en los que siempre se siente perseguido por animales o personas, pero sin recordar claramente el sueño y sin poder localizarlo ni en espacio ni tiempo.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO TRAS LA PRIMERA ENTREVISTA:

- * Somniloquia
- * Terrores nocturnos
- * Sonambulismo

TRATAMIENTO:

- *Diazepam: 5 mg.
- *Imipramina: 25 mg., ambas en posología nocturna
- *Medidas preventivas para evitar autolesiones

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (1)

a) De los terrores nocturnos

**Crisis epilépticas picomotoras nocturnas:* Se acompañan de un estado de confusión postictal y pueden presentar un cuadro clínico similar a los terrores nocturnos. Se le realizaron dos EEG, el segundo con privación de sueño para intentar que el paciente durmiera, aunque no se consiguió. Ambos trazados EEG se hallaron dentro de límites normales.

**Trastorno por sueños angustiosos (pesadillas):* Tienen lugar durante los periodos REM de sueño y acostumban a ser más frecuentes hacia

el final de la noche, cuando el sueño REM es más abundante. Ausencia de gritos de pánico. El sujeto se despierta y pasa al estado de vigilia rápidamente y puede explicar el contenido detallado del sueño después de despertar y a lo largo de la mañana.

En los terrores nocturnos los padres pueden malinterpretar el temor y los comentarios sobre las imágenes fragmentarias del terror nocturno, suponiendo que el paciente sufre pesadillas. Aparece en el primer tercio de sueño principal (fases 3 y 4 del sueño NO REM).

b) Del Sonambulismo

**Crisis epilépticas psicomotoras nocturnas:* Pueden producir episodios de conductas reiterativas similares a las observadas en el sonambulismo, aunque los sujetos casi nunca vuelven a su propia cama. Descartadas por la normalidad electroencefalográfica.

**Fuga psicógena:* es rara en los niños, empieza de forma típica cuando el sujeto está despierto, dura horas o días, no se caracteriza por una alteración de la conciencia y normalmente está asociada con otros signos de psicopatología grave.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS COMPLEMENTARIAS:

* Se solicitaron tests psicométricos y proyectivos el primer día que se entrevistó al paciente. Únicamente nos llegaron los resultados de la psicometría, con un C.I.Total de 118.

EVOLUCIÓN:

Hemos seguido la evolución del paciente semanalmente durante dos meses y los trastornos del sueño han mejorado, persistiendo únicamente la somniloquia. El tratamiento psicofarmacológico lo abandonó al mes, ya que la madre le veía muy adormilado, apático y bastante irritable.

Aunque el paciente no ha vuelto a tener terrores nocturnos ni sonambulismo, sí ha comenzado a presentar una conducta psicopática que ha

extrañado mucho a los padres y profesores. El tutor del chico ha informado a los padres que desde que acude a nuestras consultas, que le sirven de excusa, ha faltado a clase bastantes días. También ha robado pequeñas cantidades de dinero a los padres que ha gastado en videojuegos y mente con mucha frecuencia para encubrir las faltas a clase y los pequeños hurtos. El jueves de la semana pasada se fugó de casa con su bicicleta, ropa y 25.000 pts. Estuvo fuera desde las 6 h. de la mañana hasta las 22 h. Los padres comunicaron su desaparición a la policía y fue el padre quien le encontró en las afueras de la ciudad. El paciente explica su conducta: "No sé muy bien por qué lo hice; creo que porque tenía miedo de que mi padre me llevara a trabajar con él ya que como había faltado a clase decía que si no quería estudiar tendría que trabajar". Sus novillos en clase también los explica muy racionalmente: "como había faltado por haber venido aquí, iba retrasado en los trabajos y como tomaba esas pastillas que me dormían no era capaz de hacerlos y si iba a clase sin haberlos hecho me ponían falta".

El paciente fue citado para ser visto a los tres días pero no acudió. Nos pusimos en contacto con los padres para intentar verlo de nuevo y prometieron que le acompañarían a la próxima cita. Después de este contacto telefónico no volvimos a tener noticias de él ni de los padres.

LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

Generalmente se suele restar importancia a este tipo de trastornos del sueño presentados por niños y adolescentes. Sin embargo, pensamos que en ocasiones pueden ser el preludio de serias psicopatologías. Desde un punto de vista psicoanalítico y siguiendo a R. Soifer (2), exponemos la psicopatología de los trastornos del sueño en la infancia y la adolescencia y sus implicaciones.

Terros nocturnos: corresponden a manifestaciones de la angustia infantil y son la expresión de un conflicto interno no resuelto. Su psicopatología incluye mecanismos proyectivos y de desplazamiento, defensivos de la ansiedad para-

noide y de la ansiedad de pérdida objetal (entre los 18 y los 30 meses) y de la ansiedad de castración (a partir de los 2 años y medio hasta los 7). Existe una organización yoica defectuosa incapaz de enfrentar las ansiedades propias de la edad. En edades posteriores constituye una regresión defensiva.

La etiología de los terros nocturnos reside en un incremento innato de la ansiedad paranoide (el paciente ya presentaba desvelo cuando era bebé), o bien en factores familiares (embarazo materno, ausencia de uno o ambos progenitores), fallos educacionales (fallos en la colocación de límites, permanencia en la habitación de los padres durante bastante tiempo para evitar tener que levantarse de noche a calmarlo...), o a factores traumáticos (enfermedad grave) o a situaciones dramáticas de la familia. En nuestro paciente están presentes varios de estos factores etiológicos.

Somniloquia: Comienza alrededor de los 3 años, junto con la elaboración de la conflictiva edípica. Indica que el niño (que ya posee un lenguaje casi completo) ha estructurado bastante su preconsciente (que es donde la imagen se liga a la palabra) y que acude a él para defenderse de las ansiedades derivadas de la ambivalencia de los sentimientos, de la rivalidad y de la ansiedad de castración, a fin de poder seguir durmiendo.

Cuando es ocasional no tiene importancia patológica en sí misma. A partir de la prepubertad, la reiteración del síntoma, que va acompañado de gritos y peleas imaginarias, puede estar señalando, si va asociado a hipomanía o retracción pronunciadas, la aparición de un brote psicótico. En este caso las verbalizaciones son más bien gritadas y su contenido es francamente paranoide. Psicopatológicamente revela un gran incremento de la ansiedad de castración.

Sonambulismo: Comienza al iniciarse el período de latencia avanzado, a partir de los 7 años, siendo su mayor incidencia en la prepubertad y temprana adolescencia.

Psicopatológicamente está determinado por una intensa ansiedad paranoide, combinada con

importantes ansiedades confusionales y con la ansiedad de castración; existe siempre una deficiente elaboración del complejo de Edipo y persistencia de la rivalidad con ambos progenitores; subsistencia del narcisismo infantil, confusión de roles familiares especialmente entre adulto y niño, y un menor grado de organización yoica del que correspondería para su edad, todo lo cual determina una fuerte intolerancia a la frustración, defensas omnipotentes y maníacas y tendencias al control omnipotente (tiranía) sobre los objetos. Sus progenitores suelen ser muy complacientes, incapaces de poner límites a la omnipotencia del hijo, permitiéndole una pseudoindependencia y esperando de él conductas propias de un adulto. La deambulación sonambúlica podría traducir la vivencia de desprotección en alguien que siente que se le exige tener aptitudes superiores a su capacidad real.

Por último, respecto a las conductas psicopáticas de nuestro adolescente pensamos que por el momento no se pueden considerar como pertenecientes a una estructura patológica en particular. La dificultad para elaborar las fuertes ansiedades paranoides (3) producidas por todos los cambios de la adolescencia incrementa las actuaciones. Estas conductas (4) se observan muy frecuentemente en los adolescentes que no disponen de

otros medios que la acción y el paso al acto para huir de una situación de tensión. Se observan igualmente en los adolescentes para quienes el duelo de las imágenes parentales se convierte en patológico y, en este sentido, fuente de depresión. Finalmente, están los adolescentes en los que el trastorno de identidad está en primer plano, pudiendo revelar igualmente un estado límite o psicótico. ♦

BIBLIOGRAFÍA

- 1. American Psychiatric Association. DSM-III-R. Ed. Masson. Barcelona 1988.
- 2. SOFFER, R.: "Psiquiatría Infantil Operativa" Tomo II. Ed. Kagieman. Buenos Aires, 1986.
- 3. ABERASTURY, A.: "Teoría y técnica del psicoanálisis de niños". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1972.
- 4. MARCELLI, D.; BRACONNIER, A.; AJURIA-GUERRA, J. de.: "Psicopatología del Adolescente". Ed. Masson. Barcelona, 1986.



ENCUENTRO DE TRABAJO

“EVALUACIÓN DE SERVICIOS Y CONTROL DE LA CALIDAD ASISTENCIAL”

Mota del Marqués

Diciembre 1993



Nota previa:

Se transcribe a continuación la grabación de las ponencias y los debates del encuentro de trabajo. Se ha mantenido el lenguaje informal de las conferencias, esto es, el de ponencias habladas. Por ese motivo no se incluyen en el texto las habituales llamadas bibliográficas; la bibliografía utilizada y/o relacionada con el tema figura al final en orden alfabético de autores.

En cuanto a los debates, se resumen en un solo bloque pues en ambos se repitieron prácticamente los mismos contenidos con pequeñas diferencias de matiz. Dificultades técnicas impidieron la grabación íntegra. Aunque se ha intentado recuperar todas las ideas que se pusieron en juego, los transcritores presentan sus excusas de antemano en el caso de que exista alguna omisión involuntaria.

El aquí y el ahora del control de calidad : reflexiones fragmentarias.

*Ramón Esteban Arnáiz**

INTROITO

Gracias a las divinas gestiones de Antonio Sáez, concelebramos este año nuestro acostumbrado encuentro de trabajo invernal en este admirable convento y bajo la Regla de San Salvador, regla que se escapa de lo humano y, por lo tanto, no admite ninguna excepción: la cena se servirá inexorablemente a las ocho y media. Lo celebramos también bajo el lema del control de la calidad, regla humana que, como todas éstas, para funcionar bien necesita tener excepciones, la primera de las cuales probablemente sea que a la Directiva se le haya ocurrido que yo hable de este tema, sobre el cual no sé demasiado aunque me parece muy interesante y necesario saber cada vez más de ello. Es un tema que está muy desperdigado en la literatura, siendo difícil encontrar alguna sistematización de sus aplicaciones sanitarias, la cual, a su vez, se pueda resumir para hacer una exposición un poco enjundiosa hoy. Es un tema que aparece muy fragmentado y probablemente mis ideas al respecto también lo estén, como parecen estarlo las de muchas de las personas que se interesan por el discurso del control de calidad.

Por eso esta vez no he escrito sobre folios grandes que se pueden leer en continuidad, sino sobre pequeñas fichas; además, me he hecho a mí mismo un control de calidad barajándolas a conciencia y leyéndolas en distinto orden sin que, a mi escaso juicio, gane ni pierda en claridad ni oscuridad lo que os voy a contar a continuación.

PARADOJAS EN LA DIALÉCTICA MEDICINA/SANIDAD

Si queremos colocar los orígenes de la Medicina, por ejemplo, en Hipócrates (460 a.C.), éste decía que tanto la Naturaleza como la salud eran un estado de equilibrio o armonía entre una serie de fuerzas. La enfermedad surgía cuando aparecía una causa que modificaba o atacaba a ese equilibrio y se producía una reacción del organismo para restablecerlo. La enfermedad tendría así al menos dos componentes: la causa de la misma y el esfuerzo -reacción de defensa- del organismo para recuperar el equilibrio. Surgieron después en la Historia otras explicaciones que tuvieron mucho que ver con la magia, las religiones y las supersticiones, hasta que se llega, en los albores del S. XIX, al descubrimiento de un instrumento que va a marcar la revolución tecnológica de la Medicina: me refiero al microscopio. A partir del microscopio se desarrollan la Microbiología, la Histología y la Anatomía Patológica y, desde ellas, una serie de teorías sobre las causas, mecanismos y terapéuticas de muchas enfermedades. En pleno S. XIX y durante el XX, asistimos a un considerable desarrollo de los saberes médicos, que va en paralelo con el desarrollo de una tecnología sobre la que, cada vez más, se van a apoyar. Esto hará que aumenten los diagnósticos acertados y los tratamientos suficientemente eficaces, y la Medicina empieza a cosechar éxitos que no había tenido hasta entonces. Se produce también una cierta exageración en algunas actitudes sociales, sobrevalorando el poder y los alcances de la Medicina. Esto alarma a algunos pensa-

* Psiquiatra C.S.M. 2º Distrito Oeste. Valladolid

dores, como Iván Ilich, que señalan los peligros de ese aumento de poder y de protagonismo de lo sanitario en la vida social ("... la Medicina industrializada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud." *Némesis Médica*, 1975).

Pero lo cierto es que en la segunda mitad de este siglo la Medicina está produciendo mucha más salud que antes, y eso nos coloca ante la primera paradoja del desarrollo de la Medicina, consistente en que en la actualidad existen muchos más enfermos precisamente a causa de ese desarrollo. En épocas anteriores, la relación de los individuos con la Medicina solía ser nula o efímera y, por lo general, rápidamente se clasificaban en sanos y muertos. Ahora la gente sobrevive más aunque pueda quedar con secuelas; hay, por otra parte una mayor demanda y utilización de servicios y, por otro lado y no sólo por motivos médicos, se ha alargado la esperanza de vida de la población, lo cual hace que el colectivo que precisa asistencia sea cada vez más numeroso. Otro factor importante es que la gente se ocupa más de su salud y busca que se le atienda, lo cual, en principio, es positivo: que nos cuidemos más y que nos esforcemos en reparar y conservar la salud, que demandemos más y mejores servicios sanitarios, es algo bueno en sí mismo.

Empezamos así a entrever una especial dialéctica entre Medicina y Sanidad. Entendemos la Sanidad como la intervención de los poderes públicos sobre la salud: empezaron interviniendo en las epidemias medievales de peste -podríamos retroceder más aún- regulando el tráfico de los individuos, los enterramientos, la quema de ropas y enseres, etc., una serie de medidas que obedecen a la incipiente idea de enfermedad contagiosa, frente a la cual los poderes públicos intentan restablecer ese equilibrio saludable -en la *polis*- que consideraban, desde Hipócrates, que era el estado de salud; no podían intentar mucho más porque eran épocas en que las técnicas médicas eran de gran simpleza, prácticamente: ver, oír y tocar. Cuando, posteriormente, la tecnología empieza a introducirse en la Medicina, a partir del microscopio, de los rayos X y de algunos avances bioquímicos (anestesia, asepsia, analgesia), se genera un crecimiento y expansión de una *tecnología*

específicamente sanitaria, tanto de la industria que crea aparataje y apoyos técnicos al diagnóstico y tratamiento, como de la Medicina propiamente dicha: aumenta el número de especialidades médicas, con la consiguiente e importante variación cualitativa y cuantitativa de los sistemas de atención médica y sanitaria, se empiezan a establecer las grandes organizaciones estatales y los complejos servicios privados; incluso una clase tan individualista e independiente -tan *liberal*- como la llamada clase médica, ve a sus integrantes convertirse en asalariados, bien del Estado o bien de entidades privadas, y se convierten en asalariados, inicialmente, sin grandes problemas. Interesa destacar que la organización y financiación de estos servicios, más complejos, más tecnologizados y más eficaces, condiciona de manera determinante su propio desarrollo y su propia gestión. Alguien ha dicho, de manera muy gráfica, que la Medicina ha devorado a la Sanidad, y la dialéctica se exagera: confusas creencias en la omnipotencia de la Medicina curativa provocan fenómenos y conductas sociales que inciden de forma directa en los problemas experimentados por los sistemas sanitarios: tendencias consumistas incorrectas se suman a las legítimas exigencias de mejor atención y al aumento de la demanda ocasionado por el incremento de la población asistida, y ambos coexisten con otras necesidades reclamadas desde posiciones hipocráticas evolucionadas: movimientos que se ocupan más del medio ambiente, de la calidad de vida e incluso de esa calidad de muerte que supone la eutanasia.

Con toda esta perorata pretendo señalar la segunda paradoja, semejante a la primera o sólo distinta en su formulación: los cambios revolucionarios de la Medicina han derivado hacia la parálisis de los sistemas sanitarios. Habría que hacer un análisis sociopolítico y organizativo de cada caso y país, pero la sensación generalizada en el mundo occidental es que los sistemas sanitarios están llegando a un punto de bloqueo o desbordamiento. Parte de la segunda paradoja sería que se hable más ahora de los problemas de la sanidad/organización que de los problemas de la salud, del enfoque científico de las enfermedades. La Sanidad es hoy algo que trasciende a los médicos e incluso a los gobiernos y preocupa por entero a

la sociedad por el peso que ha alcanzado en el conjunto de la economía (generación de empleo directa, e indirecta a través de la inducción de industrias auxiliares), por su repercusión en el gasto y déficit públicos, en los costes de producción, etc.

GESTORES VERSUS SANITARIOS

Al hilo de toda esa complejización, aparece una nueva dialéctica: la confrontación entre gestores y sanitarios. "Se ha dicho" -Savater, hablando de Szasz- "que todo poder viene de Dios; lo indudable es que todo poder tiende a comportarse o como si viniese de Dios" o como si fuese él mismo un dios. A partir de los años 70 asistimos a un choque de poderes entre los gestores (gerentes, políticos) y los sanitarios (clínicos, asistenciales). En esa década, con el epifenómeno de la crisis del petróleo, empiezan los apuros de la financiación de los servicios públicos del *Estado del Bienestar* y es cuando desembarcan los primeros economistas en la sanidad, sobre todo en sus hospitales y en las cúpulas ministeriales, para intentar contener la explosión de los costes, casi con la exclusiva misión -inicialmente- de limitar la cantidad de recursos económicos utilizados. Se desata la dialéctica entre médicos y gestores pues los primeros definen las necesidades según criterios exclusivamente médicos, según el estado de sus pacientes y el que les pretenden proporcionar; los gestores, por su parte, pretenden reducir esas necesidades a los límites presupuestarios. Es una lucha que está resultando desmoralizadora hasta el momento pues no está resuelta. La presencia de los economistas en la sanidad se estima como necesaria; resulta difícil pensar que un médico pueda seguir gestionando el presupuesto milmillonario de, por ejemplo, cualquier hospital moderno. Pero aunque así fuera, el caso es que hoy los economistas están ahí y tienen que justificar su presencia.

Los economistas dicen que hay que gestionar la sanidad con criterios de empresa. Con esos criterios ¿qué significa la palabra *gestionar*? Uno de sus significados principales es el de *tomar decisiones*. Desde la sanidad se les dice a los econo-

mistas que un sanitario está tomando cientos de decisiones al día. Por lo tanto habría que entender esa petición de nueva gestión que nos hacen los economistas de otra manera. Parece ser que ellos se refieren a la idea de *EFICIENCIA*, que consistiría en hacer bien aquello que se debe hacer y, además, hacerlo de la forma más barata posible. El problema que genera ese dipolo establecido entre lo correcto y lo barato es que, hoy y aquí, los gestores y el poder político están desplazando el énfasis hacia lo barato, hacia el coste. Aquí y hoy los sanitarios debemos empezar a recurrir al discurso de la calidad -que os explicará luego Antonio- en el sentido de que, bien entendida, la eficiencia se valora en función de la calidad que ofrece un servicio, es decir, de su eficacia, de su ajuste o adecuación a la necesidad, y de su coste, y no sólo desde el coste como parece transmitir el bombardeo presuntamente informativo al que se ve sometida la sociedad últimamente. Por hacer otra cita pedante -y seguramente haré otras más- decía Ortega y Gasset que "la verdad de la vida, la vida auténtica de cada cual, consistirá en hacer lo que hay que hacer y evitar *hacer cualquier cosa*". A mí me parece que ese énfasis en reducir los costes tiene más que ver con el *hacer cualquier cosa* que con la eficiencia; reducir las prestaciones no parece muy relacionado con hacer *lo que se debe hacer* adecuadamente.

Sin embargo, y aunque queramos hacer un discurso defensivo de las posiciones sanitarias, hay también un claro consenso en todos los países respecto a que los servicios sanitarios en general son una de las organizaciones en que se observa una mayor *ineficiencia*: no ineficacia sino *INEFICIENCIA*. De un hospital a otro pueden variar tanto los procedimientos para atender la misma patología como los costes teóricos y prácticos; y de una provincia a otra, de una región a otra e, incluso, entre sistemas parecidos de dos distintas naciones. Por eso los sanitarios no podemos soslayar el discurso de la calidad, de la eficiencia bien entendida, pues sólo conociéndolo podremos exigir a los economistas que lo apliquen correctamente, tanto a sus propios sistemas de análisis y a su propio trabajo de gestión como a las peculiaridades de esa nueva empresa que se pretende sea la sanidad.

Quizá tenemos al menos dos problemas para entendernos con los economistas, o ellos con nosotros. Primero, que ellos puedan llegar a comprender -en un sentido profundo- lo que es el producto sanitario, qué se produce en un servicio de salud; y, en segundo lugar, que no exista un lenguaje común entre ellos y los sanitarios que permita la comunicación entre sus conceptos y los nuestros. Quizá una de las facetas interesantes del discurso del control de la calidad sea la posibilidad de llegar a conformar ese lenguaje de unión en la frontera de ambos territorios. Si no se crea ese idioma los economistas van a seguir refiriéndose a presupuestos globales, a indicadores macroeconómicos y generales, lenguaje ajeno al funcionamiento cotidiano de la sanidad y al marco conceptual en que se mueven habitualmente los agentes sanitarios. Habría que pedir a los economistas que sean ellos mismos eficientes, así como un poco de humildad, sensatez y horizontes en su trabajo, pero también los sanitarios deberían abdicar de posiciones de irreal omnipotencia, hoy completamente superada por los hechos. Las guerras por el poder no son la solución; tampoco hay soluciones mágicas ni a corto plazo. Hay que intentar entenderse, clarificar, consensuar y encontrar ese lenguaje común que sólo puede estar ligado a la naturaleza específica del acto médico-sanitario, al paciente, a sus necesidades y al beneficio que éste obtenga del servicio que se le preste.

Pero en el ámbito fronterizo en el que venimos hablando, mencionar la palabra *beneficio* supone abrir una serie de trampas. Mencionaré alguna. Una sería el cómo se calculan hoy los costes de los servicios sanitarios, pues por mucho que se han roto la cabeza tanto los economistas como algunos sanitarios que se han implicado mucho en esto, es difícilísimo llegar a establecer unas unidades -unas entelequias- consensuadas y que reflejen realmente la calidad de vida -parte esencial del producto sanitario- inmediata y futura, así como unas adecuadas unidades de actividad. Es una dificultad inherente al problema establecer sus variables y darles unos valores mensurables y manejables. Es muy difícil, por lo tanto, saber cómo calcularían los entendidos el *beneficio* que produce lo sanitario; cuando se pretende ir

más allá de las barreras del sentido común, de que es algo bueno en sí mismo que la gente acceda a la mayor cantidad de salud posible, nos perdemos en un terreno en el que no hay acuerdo, en un discurso -como dije al principio- aún muy fragmentado e inevitablemente complejo. Y la segunda trampa es que, por otro lado, estamos asistiendo simultáneamente a una crisis general de la gestión de empresa. Decir que estamos en una *crisis general del estado capitalista* espero que no suene muy tremendo: es sabido que es un sistema que funciona con *picos y valles* y, probablemente, ahora estamos en una de sus crisis serias que le está haciendo autorrevisarse. Y también los conceptos de *gestión* total de la calidad, provenientes de la empresa, están ahora en entredicho en el mundo empresarial, por lo cual el trasladarlos sin cambios a la sanidad resulta mucho más difícil y arriesgado.

EL SANITARIO COMO "ECONOMISTA"

Instalados, pues, los economistas en la sanidad, cuando estudian este sistema con óptica de empresa encuentran que el verdadero *gestor* es el sanitario. Quien dispone de los recursos, quien ejecuta el presupuesto, incluso quien controla de una forma relativamente directa la oferta y orienta la demanda, es el propio médico. Esto es algo estudiado y admitido por la propia sanidad: la clave del gasto sanitario está en manos del personal asistencial. Éste es quien actúa al final de la *cadena de servicios*, quien está en contacto directo con el usuario, quien en gran medida planifica, y es quien toma una serie de decisiones últimas que, desde el punto de vista de la auditoría económica, son inconcebibles en otra empresa. El modelo basado en un consejo de administración que marca un presupuesto, unos objetivos, unos procedimientos para alcanzarlos y unas estrictas instrucciones para el personal que está al final de esa cadena, no se corresponde con lo que ocurre en la sanidad. Cuando los interventores contemplan el sistema sanitario y ven, por ejemplo simple, que al manejar un *talónario de recetas* estamos -a la vez y en el momento decidiendo y ejecutando un gasto que, además, es difícilísimo tener

previsto con el margen de exactitud que precisan los hombres de empresa, se echan las manos a la cabeza. Ven un sistema cuyas actuaciones son muy difíciles de prever, en el que se está *improvisando* -en el buen sentido: tomando decisiones- a cada minuto. De ahí que empiecen a entender que tienen que conseguir la participación de los sanitarios en la gestión, la planificación, la evaluación y la adecuación de gasto de los servicios. Van comprendiendo que la sanidad es una empresa diferente, lo cual no quita que haya que gestionarla con eficiencia. Tanto ellos como nosotros debemos asumir la necesidad de gestionar de otra manera que pasa por esa participación que, por otra parte, es algo que se viene pidiendo -y en algunos sitios consiguiendo, y en Salud Mental quizá en mayor grado- desde los años setenta. Habría que modernizar y profesionalizar las estructuras organizativas, disponer de una cierta autonomía de gestión adecuada a cada dispositivo, informalizarse, crear y utilizar información integrada y compartida, y garantizar la participación y corresponsabilización de los profesionales. Todo ello, nada fácil.

EL COSTE DE LA SALUD ES SANO

Quiero también resaltar, pues parece estar cogiendo fuerza la idea contraria, algo que ya mencioné, esto es: *que el coste de la salud es sano*. Esto se ha reconocido también desde algunas esferas políticas (D.P. Moynihan, Presidente del Comité de Finanzas del Senado de EE.UU., en declaraciones a *The Washington Post*: "El aumento del gasto en atención a la salud no es por sí mismo un perjuicio, sino un beneficio"), apoyándose en un estudio llevado a cabo por el equipo del Prof. William J. Baumol, de la Universidad de Nueva York (*Los deseos sociales y la ciencia del desaliento: el caso curioso de los crecientes costos de la salud y la enseñanza. Comunicación a la Sociedad de Filosofía de los EE.UU.*), que señala razonablemente que existen sectores de la actividad socioeconómica en los que la productividad

punto, lo hace escasamente o tiene unos límites, de forma que el coste de tales actividades tiende a exceder la tasa de inflación. Entre ellos están la salud, la enseñanza, los servicios jurídicos, los programas de asistencia social, la misma policía, los servicios de reparación de averías, y otros. Casi todos tienen en común que quien está al final de la cadena de producción es una persona y tiene unos límites directamente relacionados con la calidad de su actuación. Pensemos si un médico puede atender bien a cien pacientes en una hora, si un maestro puede educar a setenta niños a la vez, si un juez puede agilizar la tramitación de veinte sumarios de miles de páginas, si los servicios sociales pueden dar abasto al creciente número de necesitados, etc. Según Baumol, en el año 2040 los EE.UU. gastarán el 35% de su PIB en salud y el 29% en enseñanza, frente a un 11,6 y un 6,7 que gastaron respectivamente en 1990. Si parece sensato frenar en lo posible cualquier gasto, hay que tener en cuenta que el gasto en salud, enseñanza y otros, van a seguir creciendo siempre que haya progresos que mejoren -aunque sea marginalmente- lo que obtiene el usuario. Ese mismo usuario opina que *la salud no tiene precio* aunque los economistas aseguren que sí tiene un presupuesto; y ese usuario hace una demanda de salud, enseñanza, etc., que debería orientar los recortes presupuestarios hacia sectores menos *populares*. Además, es justo que la sociedad dedique su dinero a la salud de los individuos, ya que muchos pacientes sufren procesos cuyas causas están muy ligadas a la organización de la sociedad: stress, competitividad, cancerígenos, actitud ante las drogas o el SIDA, por ejemplo. La misma OMS está tirando la toalla frente al SIDA y otros problemas, resaltando que no se les puede combatir sólo con medidas médicas sino que deben también movilizarse otros medios y procedimientos de tipo social, educativo, etc.

Hay problemas sanitarios, además, que no lo son en su íntima esencia, y en Salud Mental lo sabemos, sino que parecen formar parte de la condición humana: ¿Hasta qué punto la búsqueda del placer o la huida del dolor no están en la raíz de la drogadicción? ¿Hasta qué punto la búsqueda del amor -aunque suene cursi- no tiene que ver

Es preciso reconocer que el aumento del gasto sanitario no ha ido a parar a los bolsillos de los trabajadores directos de la sanidad, ni tampoco -como algunas veces se cree- a los laboratorios farmacéuticos. Es un gasto que se ha repartido muy ampliamente entre distintos sectores laborales: desde arquitectos hasta personal de limpieza, desde industria informática hasta cristalería, desde carpinteros hasta administrativos, etc. La sanidad, mediante ese aumento del gasto, está contribuyendo al desarrollo industrial y a la creación de empleo, lo cual no es beneficio pequeño en ningún país hoy en día. En muchos de esos países, sanidad y enseñanza son los únicos sectores que han creado empleo neto en los últimos años.

Así pues, no puede considerarse en absoluto social ni individualmente negativo que la gente quiera acceder a una mayor y mejor educación, a una justicia más ágil, etc.; ni a estar sanitariamente más atendida. Repetiré: gastar en mantener la salud del mejor modo posible es sano, aunque esté llevando muy recientemente a que los gobiernos se planteen las formas de adecuar las inversiones en salud.

LÍMITES DE LA SANIDAD

En el momento de celebrar este encuentro, nuestro Gobierno está preparando un *Catálogo de Prestaciones* del que sólo conocemos filtraciones a los medios de comunicación. Las razones para establecerlo se pueden escuchar de una manera inocente y creer que realmente se hace, como se dice, para que el usuario sepa a qué tiene derecho por el dinero que paga y para que, a su vez, los sanitarios sepan qué es lo que tienen o no que hacer. Pero en cuanto a su aplicación en Salud Mental parece que le va a faltar sincronización con la realidad (si este país solía llegar tarde a todas partes, como si estuviese desincronizado con la realidad, en Salud Mental siempre estamos más desincronizados todavía): se oye hablar de que este Catálogo de Prestaciones intenta mantener sólo las que existían cuando se promulgó la Ley General de Sanidad; hay que recordar que en esa ley se establecían las bases para un desarrollo de los servicios de Salud Mental, los cuales eran en

ese momento absolutamente ineficaces, arcaicos y contraproducentes, ya no sólo ineficientes. De modo que si el Gobierno dejase la asistencia a Salud Mental en el estado en que se encontraba en 1986, todo lo que pudo haber de reformista en la L.G.S. quedaría eliminado de un plumazo. Podemos ampliar este tema en el debate.

Suele decirse que todo servicio público tiene límites, y que todo lo social los tiene, pero algunos autores perciben que tal necesidad no suele ser declarada de forma manifiesta y acusan de una especie de *doble moral* a los políticos porque ninguno se atreve a *firmar* -al menos, en algunos países todavía no se están atreviendo- que a tal persona o a tales pacientes no se les preste determinado tipo de asistencia desde el sistema público, aunque sí suelen realizar presiones sobre los sanitarios para conseguirlo de hecho. Los sistemas privados lo tienen más fácil: he leído que en USA estalló un caso el año pasado con un ciudadano que tenía la misma leucemia que el tenor José Carreras, a quien, según la reseña, el sistema español de salud le costeó el tratamiento en los EE.UU. A este americano -que se llamaba Coby Howard, como si el Destino le tuviese reservada fama olímpica- su aseguradora privada no podía proporcionarle ese año tratamiento para su linfoma porque lo tenían presupuestado para otros programas sanitarios, con lo cual tuvo que poner un pleito a su aseguradora pero ha muerto antes de que se dictase la sentencia; quizá se ahorró el disgusto de perderla, porque en USA un contrato es un contrato y el ámbito privado no sabe de solidaridades. Más recientemente han comenzado a caer los fumadores ingleses, pero no quiero aventurar ningún augurio para los españoles, por lo menos esta tarde en que estamos fumando tanto...

Hay quien dice que ningún país podría realmente atender todo el gasto sanitario que generase su población si no se pusiera algún límite. Yo no sé hasta qué punto sea cierto: habría que saber mucho de Economía; tampoco sé si es legítimo tal argumento *ab absurdo*: que todo el mundo pueda enfermar al mismo tiempo. Pero no hace falta saber mucho para admitir que se pueden abaratar los costes de lo necesario, para afir-

mar que se puede mejorar la gestión del dinero empleado en sanidad -y no sólo el directamente gastado en y por los sanitarios- y en otras áreas de lo público; para afirmar, en suma, que el discurso de la calidad debería aplicarse a todos los servicios de la Administración y a todas sus facetas, sin caer en el reduccionismo de utilizarlo como acoso a la sanidad excluyendo, encima, a sus gestores.

ÉTICA Y CALIDAD

Gran parte de la importancia que para mí tienen las ideas acerca de la calidad no se refiere a racionalizar o no los gastos -me importa menos eso pues no es la principal responsabilidad de mi puesto de trabajo- pero sí a mejorar la calidad técnica de nuestro quehacer, de lo que ofrecemos, razón ésta que siempre será primordial, sin olvidar por ello otros factores. Aparte del interés que esas ideas tengan desde el punto de vista de las Humanidades Médicas -no sólo debemos saber acerca de temas *médicos*- hay unas motivaciones éticas que desde el punto de vista formal se recogían en un Código que, por centrarnos en España, empezó a elaborar el Consejo General de Colegios Médicos en 1979 y que a partir de los 80 revisa cada dos años. Sus artículos enfatizan la atención que deben prestar los médicos a la calidad de la asistencia, a mejorarla y a conseguir de los poderes públicos los medios que para ello sean necesarios razonablemente, y digo razonablemente porque también se admite en ese Código que hay aspectos económicos cuya contemplación es razonable: no podemos pretender que se dilapiden los recursos ni aunque fueran infinitos.

Es de lamentar que el discurso de la calidad llegue ahora a nosotros impulsado por los poderes públicos y en un momento de crisis económica. En otros países llegó mucho antes a la sanidad, es algo que está incorporado al día a día de los servicios y nadie se escandaliza porque forme parte del trabajo llevar un registro de datos, considerar unos indicadores de calidad, etc; procedimientos de autoinformación que han formado parte desde siempre de los fundamentos del mé-

todo científico y de las actividades que se basan en lo empírico. Es de lamentar, digo, que al llegarlos también con retraso pueda pervertirse ese lenguaje que podría beneficiarnos a todos y se convierta, por el contrario, en catalizador de enfrentamientos entre gestores y técnicos.

EL SUJETO: EXCLUSIÓN, INTRODUCCIÓN, FRAGMENTACIÓN ¿Y READMISIÓN?

Para ir terminando, quisiera retomar lo que fue el punto final del encuentro de trabajo del año pasado en Ávila: la opinión del paciente, de los usuarios. Mencionó entonces Antonio la fragmentación y exclusión del sujeto por parte de la Medicina. Aunque Sáez y Foucault piensen así, Laín Entralgo dice que no, que gracias precisamente a Freud desde principios de siglo el sujeto ha entrado en la Medicina, en el sentido de que desde Freud se entiende que la enfermedad también está creada o gestionada por el paciente, el cual es hipocráticamente activo en relación a su enfermedad. Yo estoy más de acuerdo con Antonio que con Laín porque, aunque ésa pueda ser una manera de enfocarlo desde el punto de vista del intelectual, en la práctica cotidiana de la Medicina como mucho se le da una capacidad patoplástica al enfermo, considerada de poco peso y que casi nunca se atiende: no se atienden los valores humanos, no se cuida la relación personalizada con el paciente (quizá con la excepción del ámbito de la Salud Mental, pues eso constituye una de nuestras especificidades). La medicina tecnológica ha adoptado a ultranza el método científico, que parcela la realidad para analizar por separado sus componentes, y lo contagia a la sanidad; ésta se "especializa" y fracciona o despieza al Hombre por aparatos -no hay hombres, sino *órganos*, sanos o enfermos- y esto se traduce en la organización de especialidades y servicios sin vías de intercomunicación. Es mediante ese despiece como la Medicina ha devorado a la Sanidad y también al sujeto. Al sentirse devorada, la Sanidad ha descubierto cuál es hoy el órgano que más le duele: al parecer, el bolsillo.

Sirva lo anterior como introducción a algo que recibe mucha importancia en la filosofía del control de calidad: el punto de vista del paciente; ello imbuido por esa ideología de empresa que considera como último juez del producto a quien lo consume. Según esto, sería inútil hacer una Medicina técnicamente perfecta si el usuario no percibiese en la asistencia la atención a ciertos criterios subjetivos, personales y de relación humana que son importantes. No me refiero sólo a los aspectos "hosteleros" -que también son valorables- sino a otros que tienen más que ver con el trabajo en Salud Mental. Ésta es una de las aportaciones que desde ella podemos hacer al discurso de la calidad, en el sentido de que conviene desarrollar instrumentos de medida o de apreciación o valoración que puedan ser válidos para que el resto de los sanitarios acceda a una información -y a una formación- que les permita abordar con calidad los aspectos interpersonales de su relación con el paciente.

CONCLUSIÓN

Lo dejaré aquí. Querría haber resaltado -como introducción a lo que os dirá Antonio- que nadie debería mantener posiciones extremistas ni

fundamentalistas en lo económico ni en lo sanitario. Hay una vía intermedia, frontera o lenguaje común, que es el discurso sensato de la evaluación de servicios. Donavedian, sanitario que ha dedicado eficientemente mucho tiempo a estudiar todo esto, aconseja "ni rechazo total ni adaptación servil", pero encontré anoche, por casualidad, citadas por Cortázar, unas palabras de Alfred Jarry -Père Ubu, acto 1º, escena VI- que no me resisto a leerlos pues nos previenen contra cualquier radicalismo:

"No hay ningún pensamiento importante que la estupidez no sepa usar; es completamente móvil y puede ponerse todos los trajes de la verdad. La verdad, en cambio, no tiene más que un traje y un camino, y se halla siempre en desventaja".

A sabiendas de que optaremos por una posición desventajosa, debemos intentar no caer en la estupidez de negar ciertas realidades: tanto la confrontación de poderes entre gestores y sanitarios como esa posible vía de solución o síntesis que quizá nos ofrece el discurso de la gestión de la calidad, como Antonio demostrará a continuación.

Muchas gracias por vuestra atenta escucha.



“La calidad en salud mental (I): origen y componentes”

*Antonio María Sáez Aguado**

Intentaré ser breve para permitir así que dispongamos de mayor tiempo para el debate. Procuraré aproximarme al origen y al concepto de la calidad, para referirme después a algunas herramientas de trabajo que se utilizan en este campo. Creo que la elección de este tema ha sido un acierto por su escasa tradición en el ámbito de la salud mental, porque el discurso de la calidad está adquiriendo gran relevancia en el mundo de los servicios sanitarios y necesitamos conocerlo para adaptarlo a las especificidades de los problemas y de la organización de los servicios de salud mental. Quiero recordar, también, que nuestras normas, tanto la Ley General de Sanidad como la Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla y León, establecen la necesidad de cumplimentar programas o actividades de mejora de la calidad en los servicios sanitarios.

Como Ramón, me referiré inicialmente a algunos aspectos del origen de la calidad en los sistemas sanitarios, pues inicialmente son importados del ámbito industrial, de la producción de bienes. En la industria el control de calidad se implantó como un control pasivo: el control de la calidad se dejaba en manos del consumidor. Las consecuencias de la baja calidad eran entonces económicas, pues debía reintegrarse al consumidor el producto en buenas condiciones (esta circunstancia se ha comparado en los sistemas sanitarios a las situaciones de baja calidad que afloran por demandas y reclamaciones judiciales por mala práctica, que también tienen un coste económico derivado de las sentencias judiciales e indemnizaciones). En la industria gradualmente se asumió la responsabilidad de comprobar la calidad de los productos antes de ser lanzados al mercado; el siguiente paso supuso introducir controles más

activos: comprobación de materias primas, de los procesos de producción en determinados puntos críticos etc.; este cambio también se verificó desde el control de calidad en las empresas de servicios: el control de los lugares y los procesos de producción establecen garantías de la calidad del producto final.

A los profesionales sanitarios nos resulta difícil percibir el proceso asistencial como un proceso de producción; sin embargo desde algunas ópticas así se concibe al reclamar la importancia de los componentes económicos del proceso de asistencia sanitaria. Desde este tipo de análisis se explican algunos cambios organizativos como, por ejemplo, las estrategias de integración vertical de algunos hospitales. Siguiendo el ejemplo de las empresas de servicios que, como algunos grandes almacenes, se extienden al conjunto del proceso productivo (y son propietarias de las empresas textiles donde se fabrican los productos que venden en sus almacenes), algunos hospitales tienden a integrar en una misma organización el propio Hospital, los Centros de Atención Primaria e incluso la atención sociosanitaria a crónicos. Estas experiencias, ya realizadas en algunos países, consideran que la asistencia sanitaria es un proceso de producción de salud y así orientan la organización de sus servicios.

A pesar de estas consideraciones la analogía con la industria no es, ni mucho menos, perfecta en relación con el sector servicios y menos aún con los servicios de salud. Os recuerdo algunos elementos propios de la producción de servicios que les diferencia de la producción de bienes: carácter intangible y perecedero, coincidencia entre su producción y su consumo,

* Psiquiatra. Valladolid

"elección a ciegas", influencia al consumidor en el proceso, influencia de variables externas, etc. Además, en la industria la materia prima es bastante homogénea, y por tanto una pequeña muestra es suficiente para evaluar su calidad; la materia prima y el producto se pueden analizar parcialmente e incluso desechar sin un coste económico importante. Por contra en la producción de servicios, especialmente de servicios sanitarios, las cosas son distintas. Se supone que la materia prima son los pacientes y estos son muy variables; incluso la materia prima más defectuosa, en este caso los pacientes más deteriorados y de peor pronóstico, debe ser atendida y con más intensidad. Otras características diferenciales respecto a la producción de bienes y servicios son: el proceso de producción sanitaria es permanente; los hospitales funcionan 24 horas al día y 365 días al año y no pueden cerrar ni para hacer inventario; los errores son, con frecuencia, inevitables y no se solucionan desechando parte de la producción o prestando de nuevo el servicio.

Pese a estas características diferenciales de los sistemas sanitarios respecto a la industria y las empresas de servicios, las distintas políticas de calidad (control de calidad, garantía de calidad y calidad total) se han consolidado en los sistemas de salud de numerosos países y están adquiriendo una importancia creciente en el nuestro. Como ejemplo de ello os recuerdo que en diversos países, para la acreditación de centros sanitarios las instancias públicas o privadas responsables establecen como condición la existencia de programas de calidad en tales centros (por ejemplo en EE.UU. se exige la implantación de estos programas en un elevado porcentaje de los servicios clínicos y centrales). Por otra parte la creciente orientación de los sistemas sanitarios hacia los usuarios (su satisfacción, su capacidad de elección etc...) justificaría por sí sola el desarrollo de políticas de mejora de la calidad.

Para entrar en materia con mayor rapidez convendría definir qué es la calidad en el ámbito de los servicios sanitarios, tarea ésta de gran dificultad si tenemos presente que algunas revisiones sobre este concepto incluyen 30 ó 40 definiciones aceptadas. Podemos recordar una de las

que utiliza Donabedian: "La calidad de la asistencia sanitaria se puede definir como el nivel de utilización de los recursos más adecuados para conseguir las mayores mejoras en salud".

Tradicionalmente se distinguían dos componentes básicos de la calidad en los servicios de salud: calidad científico-técnica y calidad aparente. Se consideraba la primera como la correspondiente a las adecuadas intervenciones diagnósticas y terapéuticas, mientras la segunda se refería a las "condiciones" en que se realiza la asistencia. La calidad científico-técnica se vinculaba así al trabajo de los médicos mientras la calidad aparente se hacía depender de las condiciones de confort, hostelería y trato. En los últimos años se abandona esta diferenciación al considerar que la calidad se vincula al funcionamiento del conjunto de la organización sanitaria: desde que un paciente solicita asistencia hasta que se le da el alta en su centro correspondiente. Al tiempo se considera que depende del conjunto de personas que participan en esa organización y su organización: desde el celador hasta el Director del Centro.

A pesar de ello, se tiende a diferenciar tres componentes en la calidad en los servicios sanitarios: estructura, proceso y resultado. Por estructura se entiende habitualmente las características, que son relativamente estables, de los proveedores de la atención, de los recursos que tienen a su alcance, de los lugares donde trabajan y de los recursos organizativos. Este componente incluye, por tanto, recursos humanos, infraestructurales, financieros y de organización. Las características básicas de la estructura que habitualmente se definen son: es relativamente estable, funciona para producir atención e influye sobre la atención que se presta. La utilidad de la estructura como indicador de calidad es limitada en la medida en que no existe una relación directa entre condiciones de estructura y actividad. (Del ámbito de la salud mental podemos extraer algunos ejemplos ilustrativos: la dotación de recursos en Castilla y León es muy poco homogénea; sin embargo no podemos afirmar que la atención prestada en Segovia, con más recursos, sea necesariamente de mayor calidad que en Zamora). En opinión de muchos profesionales para mejorar la calidad en la

atención sanitaria es preciso incrementar los recursos: más psiquiatras, más psicólogos, más camas de crónicos...; sin embargo, desde la óptica de la planificación el aumento de recursos sanitarios no tiene como consecuencia, necesariamente, mejoras en el nivel de salud o en la calidad asistencial.

El segundo componente de la calidad sería el proceso. Se entiende por tal el conjunto de intervenciones de atención, diagnósticas y terapéuticas que se realizan en los servicios sanitarios. Constituye un indicador más valioso de la calidad asistencial, si se considera que de las intervenciones más adecuadas cabe esperar mejores resultados. Finalmente el tercer componente, resultado, incluye los cambios en el estado de salud que pueden ser atribuidos al antecedente de la atención médica, el impacto en términos de salud de las intervenciones y la satisfacción de los usuarios.

En relación con estos componentes, aunque de forma más práctica, la O.M.S. proponía hace unos años orientar las políticas de calidad en países desarrollados hacia estos cuatro aspectos:

1. Práctica profesional (incluyendo aquí desde la cualificación de los profesionales hasta el tipo de intervenciones diag-

nósticas y terapéuticas que realizan, es decir aspectos de estructura y de proceso).

2. Utilización de recursos, más relacionados con la eficiencia. Incluye la valoración de la indicación del ingreso, la necesidad de seguir ingresado y de los servicios que se le han prestado. La O.M.S. hace especial referencia sobre la utilización inadecuada de los recursos. (Os recuerdo que en algunos estudios se estima, utilizando los criterios que establecen médicos y enfermeras, que casi un 20% de las estancias hospitalarias son inadecuadas).

3. Riesgos para los pacientes, con el objetivo de disminuir el daño asociado a la atención y tratamiento. Tradicionalmente se ha incidido sobre este aspecto desde los programas de calidad en enfermería.

4. Satisfacción de los usuarios con la atención prestada que incluye tanto los aspectos hoteleros y de entorno ambiental como la asistencia médica o de enfermería recibida.

En numerosos países se han implantado programas de mejora de la calidad que utilizan distintos instrumentos sobre los que podremos debatir en la sesión de mañana.



Aplicaciones de la evaluación de servicios

*Ramón Esteban Arnáiz**

INTRODUCCIÓN

Expusimos ayer algunas ideas muy generales referentes a por qué y cómo surge ahora y aquí, en España, el discurso del control de calidad o evaluación de servicios, y se trataron también algunos aspectos más específicos de su teoría, tras todo lo cual se produjo un extenso debate. Continuando con la metodología que empleábamos -basada en el desorden, la fragmentación y la confusión- esta mañana veremos algunos ejemplos de aplicaciones concretas y sus resultados, que os contaré yo, y después Antonio Sáez hablará sobre cuestiones metodológicas de la evaluación de servicios desde una orientación también práctica.

Decíamos ayer que con tal enfoque se puede abordar desde asuntos muy amplios -como la Reforma Psiquiátrica- hasta muy concretos -la circulación de la información documental, las citas- entre cuyos extremos cabe todo lo que queráis. Trataré de dar unas breves pinceladas sobre algunas aplicaciones e instrumentos que se han podido emplear en el campo de la salud mental. Utilizaré como principal texto de referencia un libro editado por la A.E.N. -haciendo un poco de publicidad de nuestra "casa madre"- que contiene una de las ponencias del Congreso celebrado este año (1993) en Sevilla. Se llama *EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL* y recoge una serie de trabajos de compañeros de la Asociación a la que pertenecemos, cuya atenta lectura no debéis sustituir por el resumen que haré a continuación.

EVALUACIÓN DE LA(S) REFORMA(S)

Manuel GONZÁLEZ DE CHÁVEZ (*"Posibles indicadores para el análisis de las Reformas psiquiátricas"*, en el libro citado) señala que uno de los problemas de la Reforma -la identifica con la implantación del modelo de la Asistencia Comunitaria- es, precisamente, el de dotarse de instrumentos válidos que permitan objetivar en qué estado se encuentra el proceso de reforma asistencial en cada sitio concreto, para poder hacerse una idea general y compararla con la correspondiente a otros lugares. (Abro un paréntesis: *objetivar* no significa necesariamente contar de modo aritmético; la cuantificación es sólo una parte de la evaluación de servicios, pues ésta también valora opiniones y percepciones, como tratamos de subrayar ayer). La Psiquiatría Comunitaria presenta un alto grado de variabilidad, de inespecificidad y de complejidad organizativa, constituyendo un desafío para la teoría de las organizaciones, la cual, hasta ahora, sólo había encarado estructuras más simples o más "mecánicas" y no sabría bien qué hacer con ella... lo cual no invalida en absoluto tal sistema asistencial. Con esto, lo que quiere mostrar CHÁVEZ es que existen obstáculos y dificultades metodológicas para analizar los procesos de reforma psiquiátrica y, por lo tanto, es de alto interés que los profesionales comprometidos con la necesidad de llevarlos a cabo intenten desarrollar ese tipo de instrumentos de análisis. El artículo es extenso y riguroso y señala las vías para construir una serie de estándares e indicadores útiles, llegando a la conclusión de que no debemos admitir -ni formular- análisis muy simplistas (que no permitirían valorar realmente nada) basa-

* Psiquiatra C.S.M. 2º Distrito Oeste. Valladolid

dos en "recogida de datos mínimos", y aprovecho para expresar mi opinión hacia el único que actualmente se realiza en Castilla-León a escala regional: salvo su "efecto placebo" sobre la mala conciencia de algunos o la pusilanimidad de otros al hacerles saber que "se salen de las medias", tal sistema no es más que el embrión de algo que en el futuro pueda aproximarse a una legítima evaluación de resultados; podemos comentarlo mejor en el debate. Tal futuro sistema, volviendo al trabajo de CHÁVEZ, debería incluir indicadores significativos de calidad, positivos y negativos, es decir, tanto aquellos que permiten medir -o consensuar- que se está funcionando bien, como aquellos otros hechos cuya sola existencia (o aparición de un solo caso) pondrían en marcha sistemas "de alarma" en el correspondiente dispositivo. Este discurso, además, y lo digo porque parece que ayer se veía ese peligro, está completamente desprovisto de contenidos economicistas; indirectamente los tiene en el sentido de lo que decíamos ayer: un sistema que funcione con calidad siempre termina siendo más "barato" -en dinero, en sufrimiento personal y en coste social- que otros desprovistos de la adecuada calidad, pues éstos últimos producen a la larga patología (cronicidad) y costes innecesarios (institucionalización, entre otros).

Casi a continuación, en el libro que os cité, Víctor APARICIO BASAURI hace una aplicación práctica intentando abordar la evaluación de la Reforma en España desde el aspecto de "la estructura" (en el sentido de Donabedian). Comienza lamentando la ausencia de una sistemática de recogida de información en el país, no ya sólo de indicadores de actividad sino simplemente de recursos. La falta de unificación en los censados, con gran variabilidad metodológica de unas CC.AA. a otras -e incluso entre provincias de la misma C.A.- obliga al autor a atenerse a los dos estudios nacionales que parecen más completos -sin serlo- de los hechos hasta ahora: por un lado, *el informe del Ministerio de Sanidad de 1990* (se elaboró mediante el envío de encuestas a las CC.AA. en las que se les preguntaba acerca de los recursos, procedimientos, tipo de modelo asistencial, etc.), tratando de valorar los cambios producidos desde 1985, fecha del *Primer Informe de la Comisión de Expertos para la Reforma Psiquiátri-*

ca; por otro, el famoso y bien recibido *Informe del Defensor del Pueblo*, de 1991, realizado mediante visitas a los dispositivos y entrevistas con sus responsables técnicos. Admitamos en ambos un suficiente grado de verosimilitud de la información recogida. Aparte de otras cuestiones relevantes, una de las conclusiones del trabajo de APARICIO resulta de alto interés: tras evidenciar la muy distinta situación de unas CC.AA. y otras sería fácil decir que en España se ha instaurado un modelo de Reforma que se encuentra en distinto grado de desarrollo según la C.A. que estudiemos, pero, como dice el autor, "parece más adecuado hablar de que existen al menos tres modelos de atención psiquiátrica: el modelo clásico institucional" con persistencia del manicomio y de una serie de procesos apoyados en el mismo y que desembocan en la marginalización, "un modelo mixto y otro de carácter desinstitucionalizador". Esto le permite argumentar cinco tipos de situaciones:

A) Modelo institucional tradicional: Baleares, Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia y Murcia, que representan un 19,6% de la población. Subrayo: al filo de los años 91 a 93, que es cuando se redactó el trabajo, casi un 20% de la población es atendida mediante el modelo asilar y con insuficientes medios ambulatorios (menos de un psiquiatra o psicólogo extrahospitalarios por 100.000 habitantes, por no entrar en otros recursos ausentes).

B) Modelo mixto: País Vasco y Cataluña, con otro 20% de la población nacional. Aunque tienen Planes de Salud Mental y han empezado a desarrollar programas comunitarios, APARICIO observa que persisten importantes conciertos con entidades privadas para "largas estancias" que tienen más que ver con el viejo régimen manicomial que con los actuales procedimientos de rehabilitación. Pacientes geriátricos y deficientes psíquicos siguen causando ingresos y estancias en hospitales psiquiátricos típicos y, para mayor contradicción con el modelo de la Ley General de Sanidad, a lo largo de esos años se construye en Álava otro hospital psiquiátrico.

C) Modelo de la Reforma con ciertos desajustes: Aragón, Madrid, La Rioja y País Valen-

ciano, que atiende al 26,4% de la población. Iniciada la Reforma, pero con desequilibrios de estructura: bajas tasas de camas de corta estancia, etc.

D) Modelo consolidado, con ligeros déficits en la desinstitucionalización: Castilla-León y Castilla-La Mancha, con el 10,8% de la población. Se caracterizan por aceptables indicadores de estructura (hay Plan Sanitario y de Salud Mental, hospitalizaciones en hospitales generales, equipos comunitarios, recursos humanos en número aceptable). Sin embargo, en el caso de Castilla-León quedan muchas camas de larga estancia en hospitales psiquiátricos, sin reconverirlas en auténticas plazas de rehabilitación activa, y en ambas Castillas faltan programas y dispositivos funcionantes -y suficientes- de rehabilitación.

E) Modelo comunitario consolidado: Andalucía, Asturias y Navarra; 22% de la población. Pese a mantener un desarrollo equilibrado y sostenido -dice APARICIO- en todos los niveles de la estructura, todavía deben mejorar sus estándares de recursos y de rendimientos.

Llama la atención del autor el que los déficits estructurales de los cinco grupos serían fácilmente modificables por la política sanitaria, y por eso se puede prever que, si realmente esa política se llevase a cabo, la situación dentro de un tiempo sería diferente. Es decir, con procedimientos objetivos procedentes de la filosofía de la evaluación se puede demostrar y denunciar el insuficiente compromiso político para llevar a cabo la Reforma. Los políticos y gestores sí suelen tender a refugiarse en esa salida fácil que desenmascara APARICIO: se está impulsando la Reforma, dicen, pero eso lleva un tiempo y unos grados... Casi han pasado diez años desde el Informe de la Comisión de Expertos; la L.G.S. es de 1986; el Plan Sectorial de Salud Mental de Castilla y León, de 1991. Hoy, diciembre del 93, y sin salir de esta habitación, podrían oírse las voces de los que pensamos que no se está realmente llevando a cabo en toda nuestra región el modelo de la Reforma: a lo mejor se inició, pero por diversas causas ese proceso se ha perdido, se ha desvitalizado o pervertido, o realmente no se ha conseguido aún implantar.

Con su extenso estudio, APARICIO nos proporciona medios para aportar argumentación objetivable al imprescindible diálogo crítico que, inevitablemente, técnicos y gestores debemos mantener para luego actuar consecuentemente cada cual en su terreno... pero *TODOS*.

Como véis, hasta ahora os he resumido aplicaciones muy ambiciosas, muy laboriosas, que exigen analizar cantidad de datos no siempre disponibles, difíciles de buscar o de inferir. Constatar su ausencia ya es avanzar hacia una mayor calidad siempre que consigamos promover la conciencia de esa necesidad de existencia y disponibilidad de la información. Y repito que están bien alejados del "peligro economicista" que ayer, en el debate, parecía estorbarnos tanto. Por supuesto, no están alejados de un concepto de eficiencia que no nos debe molestar: yo tengo cada vez más mentalidad de contribuyente y me gusta saber a dónde va a parar el dinero que todos los años pago a Hacienda; imagino que a cualquiera le debería interesar, sobre todo cuando luego no es que quede mucho dinero para uno... Pero pasemos a aplicaciones más cercanas a nuestras tareas clínicas cotidianas.

PSIQUIATRÍA DE INTERCONSULTA Y ENLACE (P.I.E.)

El libro-ponencia de la A.E.N. contiene un amplio capítulo sobre el análisis de "los procesos" en el que aparece un artículo de F.J. VAZ LEAL y M^a S. SALCEDO SALCEDO sobre diversos aspectos de la P.I.E. Leyéndolo he tenido la impresión de que cuando un servicio inicia planes de autoevaluación puede, simultáneamente, encontrar datos (o producir efectos) colaterales sumamente interesantes.

Creo que nadie que trabaje en salud mental necesitará que se le demuestre la conveniencia de que haya P.I.E. en los hospitales generales y que eso supone mayor calidad de atención. Incluso en pacientes sin una psicopatología franca, puede ser interesante que la P.I.E. pueda asignar un sentido a determinadas conductas o actitudes, y a las del hospital (su personal, su organización). Esto

aparte, se sabe que entre un 30 y un 50 % de las personas hospitalizadas en hospitales generales llegan a tener dificultades psicológicas y manifestaciones psicopatológicas durante su estancia. El nivel de calidad que se quiera brindar estará entre las cotas de sólo atender aquellos casos de clara descompensación o, en el otro extremo, tratar siempre de suavizar o paliar la violencia psicológica que supone el separarse del medio habitual, de la casa, la familia, el trabajo, y estar metido en un hospital, que no es que sea una institución con un ambiente muy alegre... Resultados de cuantificar la P.I.E. en algunos servicios concretos llegan a demostrar que los pacientes en que concurren enfermedad física y trastorno psicopatológico, si éste no es atendido permanecen en el hospital el doble de tiempo que los que sólo tienen enfermedad física. Si lo queréis oír con "oidos de gerente" deduciréis que esos pacientes "salen más caros". Si además lo oímos como clínicos, a nadie se le escapa que el que una persona duplique el número de días que pasa desconectado de su ambiente y vida habituales, incluso por ello perdiendo SU dinero, sería razón suficiente para que se movilizasen en lo posible recursos que puedan actuar sobre ese problema. Pero hay más: en los hospitales en que esos recursos actúan adecuadamente -que también hay formas inadecuadas de P.I.E.- se puede poner de manifiesto que los enfermos sólo físicos que reciben apoyo psicológico acortan su estancia respecto a la media y, posteriormente al alta, necesitan menos consultas médicas de seguimiento, con lo que se descarga a los servicios extrahospitalarios, que suelen estar de por sí sobrecargados. Esto no sólo redundaría en interés para "la organización": otras evaluaciones han demostrado que afectos de cardiopatías, nefropatías y otras "patías" medicoquirúrgicas mejoraron su calidad de vida, su capacidad de autocuidados y una serie de elementos favorecedores de su salud tras recibir determinados programas de P.I.E.

Subrayan VAZ y SALCEDO la importancia de realizar valoraciones de la actividad, porque, realmente, en los hospitales generales la psiquiatría sigue siendo uno de los "servicios débiles", en el sentido de que suele ser una de las prestaciones que los gestores suelen dejar para el final en

las listas de prioridades, tanto para dotación económica como de personal o, simplemente, de distribución horaria a tareas de P.I.E. Resumiendo: objetivar los resultados permite defender la existencia y desarrollo de un recurso "intuido" como positivo, o priorizarlo cuando existe.

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN HOSPITALES GENERALES (UHPHG).

Como se va agotando el tiempo, diré un par de cosas, nada más, sobre las UHPHG. Por ejemplo, algo curioso que ocurría en una donde no existían criterios consensuados y explícitos de ingreso compartidos por todos los clínicos (aunque me pregunto si sólo ocurre allí). Es un trabajo de BEBINGTON, citado también en el libro de la A.E.N. Analiza las causas de ingreso en 136 admisiones en una UHPHG, anotadas en la historia clínica o preguntando a los médicos que realizaron los ingresos. Se permitía registrar varios motivos principales y varios de segundo orden. Os leo los criterios principales que fueron aducidos en más de un 10% de los 136 casos: ayuda o desahogo de familiares o personal al cuidado del paciente, 50,7%; intentos de suicidio o autoagresión, 27%; mal uso de la medicación, 16%; reinstaurar medicación interrumpida, 14%; supervisión o control de ttº instaurado en ambulatorio, 11%; otras supervisiones y observaciones, 61%. Salvo que entendamos como tales las autoagresiones, nadie señalaba como causa principal -o no había ni un 10% de los casos- la sintomatología o la percepción de la intensidad clínica de la descompensación del paciente (¿la habría?; no sé cómo os habrán sonado estos motivos principales de ingreso).

Entre las razones secundarias: alejar o separar al paciente de situaciones estresantes, casi un 20%; ayuda/desahogo de parientes/personal cuidador, 17%; prevención de abandono o descuido físico severo, 11%; intentos de suicidio/autoagresiones, 13%; otras supervisiones/observaciones, 14%. Complementad lo que esto os haya sugerido con otra vuelta de tuerca más que dieron en este estudio observando una serie de factores

que influyen con significación estadística -los que crean en la Estadística los podrán valorar mejor- en la decisión de ingreso: como factor principal, "llegar acompañado por la Policía", excluyendo, por supuesto, los ingresos judiciales, tiene más posibilidades de ingresar, le pase lo que le pase y esté como esté, que si no le acompaña la Autoridad (...me susurra Antonio que hay que tenerla un respeto...) . "La hora del día": a primera hora de la mañana, cuando se puede descargar el ingreso sobre el equipo de hospitalización, es más probable que quien esté en la puerta acceda con facilidad al ingreso que si se presenta por la tarde o poco antes de la hora de comer; por la noche hay otro aumento de los ingresos según la hora. También es más probable ingresar un día laborable que durante el fin de semana. También midieron y compararon la formación del personal con una serie de sus actitudes, resultando decisivos unos criterios extraclínicos que no tenían tampoco que ver con la capacidad de discriminar o percibir sintomatología, sino con cuestiones más bien contratransferenciales. Todo esto, ya os digo, en cantidades estadísticamente significativas.

Sin *oídos de gerente*: me parece de sentido común que cualquiera de nosotros esté a favor de clarificar situaciones como éstas, que pueden deberse a cuestiones de *estructura* (dotación de personal, formación, etc.) o de *proceso* (organización del hospital o del servicio, criterios, etc.), en cada sitio habría que analizarlo detalladamente, pero que no deben tener como resultado -y menos desde la óptica de una Asociación como la nuestra- el que a la gente se la separe de su medio sin indicaciones adecuadas, sólo por que les traiga la Policía o siempre para descargar a otros cuidantes. Tendrían que recibir protagonismo razones de más peso clínico, sin excluir esos otros factores que también forman parte de la realidad, del contexto, pero reducidos a una influencia razonable.

INVOCACIÓN FINAL

Quiero terminar con unas reflexiones que GUIMÓN UGARTECHEA hacía años atrás en la revista de la A.E.N. Recordaba que REDLICH, en

su estudio acerca de las distintas disciplinas científicas, describió la psiquiatría de los 80 como una disciplina de bajo nivel tecnológico, observando también que las áreas de conocimiento de "*baja tecnología*" son especialmente susceptibles a las influencias sociales, económicas y políticas; aquellas otras que tienen gran nivel de tecnologización, y que quizá puedan agarrarse más al modelo científico, son más sólidas frente a influencias externas a su saber o a su cometido. Decía GUIMÓN que por esa razón, en la actualidad, políticos y tecnócratas gobiernan la Psiquiatría y basan sus decisiones en sus criterios de eficiencia. Así, deciden sobre si proporcionar o no recursos a la asistencia comunitaria y, por lo tanto, son quienes permiten o no que se lleve a cabo la Reforma Psiquiátrica. Con esto destaca GUIMÓN la necesidad -y su artículo es de 1989- de una proliferación rápida de estudios de evaluación hechos desde los propios servicios de salud mental, estableciendo los criterios que para nosotros tengan validez, con el fin de que los recursos se distribuyan ética y eficientemente desde el sentido de eficiencia que les podamos dar nosotros. Si la evidencia no emanara de esos análisis -continúas innovaciones y ampliaciones de la red de salud mental, en caso de que se produzcan, podrían no hacer sino perpetuar la ineficiencia o desigualdad en la distribución de recursos, no sólo a nivel estatal sino incluso dentro de ámbitos territoriales más pequeños.

Pero ya en los dialécticos años 70, personas de pensamiento nada sospechoso de inmovilismo burocratizador, como JERVIS o el antes citado GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, advertían de los peligros de negar las teorías y técnicas que forman parte de la cultura sanitaria y psiquiátrica, incluso de las impuestas desde el poder, ya que tal negación desprovee a las posiciones progresistas de un conocimiento que, como mínimo, les permitiría criticarlas, aparte de perder también la oportunidad de incorporar críticamente a su propio bagaje saberes e instrumentos que el tiempo irá haciendo aparecer.

De todo esto, si queréis, se hablará en el debate.

La calidad en salud mental (y II): instrumentos y dificultades

*Antonio María Sáez Aguado**

Quiero hacer referencia en esta intervención a dos o tres aspectos que considero importantes desde el punto de vista del desarrollo de programas de mejora de la calidad en servicios sanitarios. En primer lugar, los requisitos previos para su implantación: un nivel adecuado de información clínica y sanitaria, basado especialmente en la historia clínica (y, en lo que nos interesa, en salud mental el nivel de información clínica y epidemiológica es aún escaso); en segundo lugar exigen cierta cultura e interés en promover la mejora de la calidad asistencial, algo que en salud mental, como hemos comprobado ayer, aún se asocia a posiciones economicistas y burocratizantes; exige también cambios desde una responsabilidad individual a una responsabilidad colectiva, aspecto éste en el que probablemente exista una mayor tradición en nuestro ámbito, y finalmente es preciso un enfoque participativo que transfiera una gran parte de la responsabilidad en la mejora de la calidad a los actores del proceso asistencial, a los profesionales.

Respecto a los instrumentos para la mejora de la calidad, tradicionalmente se diferencian algunas intervenciones externas, cuyo objetivo es impulsar, verificar y controlar (como las auditorías de calidad o los programas impulsados por las administraciones) de las intervenciones de carácter interno que tienden a situarse en los servicios clínicos. Entre éstas debe señalarse a las Comisiones Clínicas de control de calidad, existentes en la mayor parte de los Hospitales Generales, que inicialmente han articulado su trabajo en torno a aspectos de mortalidad, infección hospitalaria, documentación clínica y otros. En algunos hospitales existe un responsable de la política de calidad

cuya función es la de asesorar a los clínicos en los aspectos metodológicos relacionados con el análisis y la mejora de la calidad. Otro de los instrumentos, de mayor actualidad, se centra en los programas de calidad en los servicios clínicos; se utilizan distintas herramientas para analizar, detectar y priorizar los problemas existentes en un servicio determinado, en sus relaciones con otros servicios hospitalarios o derivadas de las reclamaciones de los pacientes. Algunas de estas intervenciones se formalizan como programas de monitorización de alguno de los problemas detectados; se trata de recoger y analizar de una manera continuada y sistemática una serie de indicadores y criterios que se utilizan para identificar situaciones problemáticas y susceptibles de mejora, para poner en marcha cambios o medidas correctoras y para reevaluar la efectividad de esos cambios.

Estos programas de monitorización se diseñan en 4 fases que tienen en cuenta los problemas de un servicio clínico concreto, sus condicionantes y sus soluciones, establecidas siempre de forma consensuada por los profesionales de ese servicio; se seleccionarían los problemas a monitorizar, y para ello se tiene en cuenta el mayor volumen de pacientes a los que afecta ese problema o el mayor riesgo para los pacientes. Algunos de los programas de monitorización implantados en servicios de salud mental inciden en problemas como las sujeciones mecánicas, el consumo de hipnóticos, cumplimiento de prescripciones y tratamientos indicados, manejo de situaciones de heteroagresividad, mortalidad de pacientes desinstitucionalizados, suicidios y tentativas suicidas atendidas, efectos adversos de fármacos

* Psiquiatra. Valladolid

o altas voluntarias; lo importante es señalar que los problemas a monitorizar y las soluciones a adoptar han de ser específicas de cada servicio. Una segunda fase es la de establecer indicadores o criterios en torno a ese problema, una serie de parámetros mensurables relacionados con el problema. En un tercer momento se trata de establecer umbrales o estándares de calidad; de forma consensuada puede acordarse como estándar para un servicio determinado que, por ejemplo, no se produzca ningún suicidio en pacientes hospitalizados o que no se produzca más de un suicidio por cada x ingresos. A partir de estos estándares se valora retrospectiva o prospectivamente las actuaciones realizadas o que deben realizarse. Estos estándares establecen, pues, un nivel de tolerancia, nos definen cuándo existe, en opinión de los profesionales, un problema de baja calidad. Finalmente en estos programas de monitorización se diseñan los métodos de recogida de datos, los períodos de evaluación y de reevaluación o comprobación del resultado de las nuevas acciones implantadas.

En la actualidad, los expertos en esta materia se orientan hacia la gestión de la calidad total, que constituye un enfoque conceptual diferente al del control de calidad y al de garantía de la calidad. Introduce nuevos elementos que se sitúan en contra de muchas de las creencias que subyacen en el pensamiento de las burocracias profesionales. Implican, como señalaba antes: un enfoque participativo (no centrado en la autoridad profesional o de gestión), el liderazgo clínico frente al de gestión, la responsabilidad colectiva y una nueva consideración sobre quién es el cliente: el cliente no sólo es el paciente sino también otros usuarios de productos intermedios en la red asistencial. ¿Podemos, en el futuro, considerar como cliente de una unidad de hospitalización al Equipo de Salud Mental que ha derivado al paciente temporalmente para su ingreso?

Para terminar, y una vez medio cumplido el papel de defensor de la calidad, me gustaría repasar con brevedad las dificultades existentes para la implantación de estas políticas en los servicios de salud mental, dificultades que considero son de dos órdenes:

Por una parte derivan de la configuración de los servicios de salud mental, y su orientación extrahospitalaria; los programas de calidad se han implantado habitualmente en centros hospitalarios, y en ello han influido, entre otros, estos factores que no están presentes en la atención extrahospitalaria:

a. La hospitalización se realiza hasta que el estado de severidad ha pasado; es posible detectar un resultado intermedio en el estado del paciente en el momento del alta. Por contra, en la atención extrahospitalaria no hay episodios asistenciales tan claramente definidos. La probabilidad de un diagnóstico específico es menor en la atención ambulatoria.

b. La concentración estructural en el Hospital facilita el control y las medidas correctoras. En Centros extrahospitalarios existe menor control sobre el cumplimiento del tratamiento o las recomendaciones prescritas. Por otra parte, la gama de pacientes y trastornos es mucho más amplia en atención extrahospitalaria.

c. Las Historias Clínicas son más homogéneas y, por tradición, más completas en los hospitales que en centros ambulatorios.

d. Frente a la estructura estandarizada de los hospitales destaca la diversidad de centros e instalaciones extrahospitalarias.

e. Finalmente las relaciones con su entorno y la mayor influencia del Hospital explica también la mayor implantación de actividades de mejora de la calidad.

Además de estos factores creo que la mayor dificultad para la implantación de medidas de mejora de la calidad en salud mental deriva de la heterogeneidad de las concepciones sobre la salud y la enfermedad mental, y de las prácticas e intervenciones. En el Encuentro del año pasado yo planteaba que la psiquiatría, y por extensión las disciplinas de la salud mental son epistemológicamente "blandas"; no existe un paradigma unifi-

cado, por lo que cabe considerar la situación de las disciplinas de la salud mental como "preparadigmática" (En términos de T.S. Kuhn). En lo que nos interesa, esta situación tiene importantes implicaciones: no siempre es posible establecer, de forma consensuada, procedimientos e intervenciones diagnósticas y terapéuticas, criterios de buena práctica o protocolos de actuación; en muchos casos no será posible la combinación de las distintas orientaciones conceptuales sobre la salud mental o los trastornos mentales y del comportamiento.

A pesar de esto, si las medidas para la mejora de la calidad se analizan en el ámbito de los servicios clínicos, creo que es factible su implantación; entonces no se trataría de concebir integraciones "imposibles" entre concepciones muy diversas sino de analizar nuestras prácticas, detectar sus puntos débiles, y consensuar medidas de mejora.



Resumen de los debates

□ El concepto industrial de *control de la calidad*, ligado a la idea de *producción*, encuentra dificultades metodológicas y resistencias varias en su aplicación a lo sanitario.

□ Ciertos criterios empresariales pueden incorporarse a la *gestión* de la sanidad, pero no a la *organización* de la misma. Los sistemas sanitarios públicos tienen una obligación de *solidaridad social* que excluye la aplicación a ultranza de las "reglas" del libre mercado.

□ La satisfacción del usuario es un factor más en la evaluación de los sistemas sanitarios; en ningún caso puede ser excluyente de todos los demás factores o indicadores (calidad científico-técnica, calidad "aparente" y eficiencia).

□ La sanidad, como empresa de servicios, presenta la particularidad de que el consumidor tiene que delegar en los sanitarios la toma de una amplia serie de decisiones (indicaciones terapéuticas, organización, etc.), es decir, *el agente del gasto* es el propio sanitario, fundamentalmente.

□ Para establecer programas de mejora de calidad son imprescindibles la concienciación, la participación y el consenso de los profesionales, así como la adaptación a cada servicio de los procedimientos y estándares que se consideren adecuados en cada caso.

□ La elaboración de indicadores y su valoración exigen un método riguroso, tanto para su definición como para la valoración interrelacionada de un número suficiente de los mismos.

□ El *discurso de la calidad* se constituye en una ciencia auxiliar más, como la Estadística o la Sociología. No sólo es aplicable a los clínicos y sus tareas, sino a los gestores y las suyas.

□ Pese a las dificultades de su aplicación, al clínico le interesa conocerlo para:

a) Utilizarlo para mejorar la asistencia que presta.

b) Emplearlo como *lenguaje* para el entendimiento con los gestores a la hora de plantear necesidades asistenciales, prioridades, etc., de modo objetivo.

c) Informar al paciente respecto a los métodos elegidos para su tratamiento.

d) Garantías médico-legales de "buena-práctica".

□ Su aplicación en los servicios de salud mental conlleva dificultades añadidas, debido a la "dispersión" de las prácticas y a problemas de cuantificación. Se resaltó en el debate que la evaluación de un servicio no es homónima de la cuantificación "aritmética" total, sino que un informe de calidad consiste en una *opinión*, que no sólo se compone de datos estrictamente cuantificables.

□ Los programas de mejora de calidad, consensuados en un servicio, suponen una variación en la rutina que puede producir cambios positivos incluso sin que haya incremento de los recursos del mismo. Pero también pueden objetivar la necesidad de incrementar tales recursos.

□ Algunas resistencias a tales programas vienen de la "mala conciencia" ante la evaluación, y de la desconfianza hacia el uso reduccionista o desviado que pudiese hacer de ellos la Administración. A este respecto, se señaló que la metodología del control de calidad no busca "culpables" sino "problemas". La corrección de negligencias,

absentismos, etc., no debe mezclarse arbitrariamente con esta metodología.

□ El concepto de *eficiencia* no puede ser desterrado de la sanidad pública. Los medios son limitados y, por lo tanto, hay que buscar su correcto funcionamiento y su adecuada planificación, valorando siempre el "coste-oportunidad".

□ La elaboración de protocolos de actuación, indicadores de eficacia y estándares de rendimiento, debe ser consensuada por los profesionales. Sus representantes en las comisiones de calidad deben ser elegidos y respaldados por ellos de forma que sean portadores de opinión cualificada y respetada.

□ La misión de los gerentes, directores, etc., es facilitar la implantación de políticas de calidad, pero es inútil que traten de imponerlas sin participación de los profesionales.

□ Se plantearon dudas acerca de la existencia en nuestro país de una auténtica cultura sobre recogida y análisis de datos. Se mencionó el riesgo de "picaresca" o deformación de los mismos.

□ La implantación de la metodología de gestión de calidad puede inicialmente conllevar unos costes (asesoría, personal, material, incentivos), pero se demuestra que a medio plazo se rentabilizan, resultando siempre más caro (en costes económicos y sociales) trabajar sin calidad.

□ Iniciada tal metodología, quien no la practicara se vería obligado a trabajar con más calidad aún, ya que no estaría respaldado por los protocolos, etc. que utilizase el resto del personal.

□ Los indicadores de actividad no constituyen por sí mismos ninguna evaluación de calidad. Hay que complementarlos con muchos otros, como se dijo más arriba.

□ El discurso del control de calidad aparece ahora en España inmerso en una crisis de legitimación de la sanidad y en una crisis económica. También lo hace en un momento en el que el

sistema se ha universalizado y, simultáneamente, ha alcanzado casi los límites de la expansión infraestructural, iniciada en los años 70 y cuya finalidad era dotarse de un mínimo de recursos. Eso diferencia la situación española de la de otros países que iniciaron políticas de calidad ya en épocas de desarrollo económico. Todo ello origina el que los profesionales españoles no hayan incorporado esa metodología a su quehacer clínico habitual y, por otra parte, que la Administración esté más interesada en reducir costes que en mejorar las prestaciones. La satisfacción del usuario, expresada mediante sus quejas o mediante su voto en las elecciones, puede actuar como modulador.

□ La reforma psiquiátrica, con casi veinte años de historia real, puede entenderse como un proceso de mejora de calidad que, partiendo del viejo sistema institucional, intenta cumplir los estándares de la psiquiatría comunitaria.

□ La sanidad privada se ve obligada a un autocontrol de costes a fin de no ser excesivamente gravosa para su clientela y evitar que ésta elija los servicios públicos. Estos, a su vez, deben incorporar la filosofía de la *eficiencia* pues, finalmente, el coste es pagado por todos los contribuyentes, esto es, no hay un "Estado-Madre" proveedor infinito de dineros sino unos servicios sanitarios costeados por todos los ciudadanos. Los profesionales de la sanidad pública, como ciudadanos que son también, deberían estar doblemente interesados en proveer unos servicios competitivos en calidad técnica pero también en eficiencia.

□ El funcionamiento mediante modelos tipo "cartera de servicios" puede facilitar las relaciones entre proveedores y usuarios, ya que clarifica las obligaciones y compromisos de los primeros y las expectativas de los segundos.

□ La dialéctica entre los clínicos (más sensibles a los indicadores de calidad técnica), los gerentes (más sensibles a los de coste), los políticos (ídem a los de "alarma" y a otros relacionados con la *imagen*) y los usuarios (ídem a los de calidad "aparente", hostelera, etc.), puede ser atemperada por el uso correcto y razonable de la metodo-

logía del control de calidad. Por el contrario, un empleo sesgado, reduccionista, incompleto o parcial, puede exacerbar los aspectos más negativos de tal dialéctica, incrementar las resistencias y perpetuar estériles luchas e inestables equilibrios de poder que no benefician a los sistemas sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- KCLSM -

- APARICIO BASAURI, V. (Coord.): *Evaluación de servicios de salud mental*. Madrid. A.E.N., 1993.
- APARICIO BASAURI, V.: La reforma psiquiátrica de 1985. En *Evaluación de servicios de salud mental*. Madrid. A.E.N., 1993; 127-182.
- BACA, E.: Indicadores de efectividad en la evaluación de los servicios psiquiátricos. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 1991, XI, 37; 93-101.
- BERRIOS, G.E.: Evaluación de servicios de salud mental. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 1991, XI, 37; 87-92.
- CARRASCO, A., LÓPEZ ENCINAR, P. (Compiladores). *El control de calidad en la atención hospitalaria (conceptos, métodos y estrategias)*. Valladolid, ICE-Consejería de Sanidad J.C.L., mayo 1993.
- CLAVERO SALVADOR, J.: Límites de la sanidad. *Jano*, 1993, XLV, 1048, 18.
- CLAVERO SALVADOR, J.: Economistas en sanidad. *Jano*, 1993, XLV, 1044; 29.
- CLAVERO SALVADOR, J.: El Economista de la sanidad. *Jano*, 1993, XLV, 1047; 23.
- CLAVERO SALVADOR, J.: La sanidad como paradoja. *Jano*, 1992, XLIII, 1015; 28.
- CHURRUCA, S.: Los colegios europeos anteponen ética médica a control del gasto. *Diario médico*, 24-XI-1993; 7.
- DEHGAN, D., CAIRE, M.: Plaidoyer pour des indices simples d'activité. *L'information psychiatrique*, 1993, 7; 639-644.
- DONABEDIAN, A.: *La calidad de la atención médica*. México D.F. Ed. La prensa médica mexicana, 1984.
- DONABEDIAN, A.: La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? *Jano*, 1989, XXXVI, 864; 103-110.
- DONABEDIAN, A.: Quality assessment: The industrial model and the health care model. *Clinical performance and quality health care*. 1993, 1 (1); 51-52. Traducido al español en *Rev. Calidad Asistencial*, 1994, 1; 31-39, con el título: "Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad".
- El costo de la salud es sano. (Editorial sin firma). *Jano*, 1993, XLV, 1049; 7.
- GARCÍA GUILLÉN, D.: La otra cara de la medicina. *Jano*, 1992, XLIII, 1009; 45-46.
- GLOVER, G.R.: The audit of mental health services. *Quality assurance in health care*. 1990, 2, 2; 181-188.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M.: Posibles indicadores para el análisis de las reformas psiquiátricas. En APARICIO, V. (coord.): *Evaluación de servicios de salud mental*. Madrid, A.E.N., 1993; 53-94.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M.: La teoría en la alternativa psiquiátrica. *Rev. de clínica y análisis grupal*, 1977, II, 5; 22-35.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M.: Psiquiatría democrática: ¿hacia una nueva ciencia psiquiátrica? *Rev. de clínica y análisis grupal*, 1978, III, 8; 32-47.
- GUIMON UGARTECHEA, J., y otros: Métodos de evaluación de la política de desinstitucionalización.

Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1989, IX, 31; 533-549.

- Ilich, I.: *Némesis médica*. Barcelona, Barral, 1975.

- IZQUIERDO, L.: "Establecer prioridades en las prestaciones es una barbaridad". (Declaraciones de Fernando Lamata, portavoz del grupo federal de salud del PSOE). *Diario médico*, 19-XI-1993; 3.

- JERVIS, J.: *Manual crítico de psiquiatría*, Barcelona, Ed. Anagrama, 1977; 13, 23, 24.

- KOVÉSS, V., PENOCHET, J.C.: La qualité des soins en psychiatrie. *L'information psychiatrique*, 1993, 7; 591-599.

- ~~Peret Riera~~
- Pedreira

- PERET RIERA, J.: El médico, la enfermedad y el enfermo. *Jano* 1993, XLIV, 1033; 11.

- SAVATER, F.: Thomas Szasz. Incómodo y necesario. *Jano*, 1992, XLII, 995; 157.

- SEVA DIAZ, A.: *La calidad de la asistencia psiquiátrica y la acreditación de sus servicios*. Zaragoza. INRESA, 1992. (Distribuye laboratorio Beecham).

- URRACA MARTÍNEZ, S. et al.: Evaluación psicológica de los servicios sanitarios. *Jano*, 1992, XLII, 993; 53-102.

- VARIOS: El "Informe Abril" sobre la sanidad. *El País*, temas de nuestra época, 1991, VI/205, 24-X-1991; 1-8.



Antonio Vecino Gallego*

“La obra perfecta (infinita, indefinida, contradictoria y cambiante) de F. Pessoa”

* *Abolida la individualidad, la personalidad y el objetivismo personal, la actividad creadora dará con obras indefinidas, contradictorias y desemejantes.* (Álvaro de Campos. *Ultimátum*).

* *Por medio de la red heteronímica, el poeta expresa su convencimiento de que la incertidumbre, que a fin de cuentas deviene una especie de vacío, constituye la única certeza accesible al ser humano en su empeño cognoscitivo.* (Ordóñez, 1991).

* *El heterónimo inaugura una vía de escape y evidencia un cierto cansancio de la identidad propia.* (J. Aguirre, 1990).

DEMOCRACIA: “En tiempos de paz y de elecciones generales está bien que un millón de electores valga más que diez mil electores. Pero en tiempos de guerra un millón de personas organizadas para la paz no vale lo que un ejército de diez mil hombres expresamente organizado para la guerra” (Álvaro de Campos) (*Sobre Literatura y Arte*, Alianza, Madrid, 1985. pp 100).

MARXISMO: “La mayoría, es cierto, llevada de consideraciones por un lado dimanantes del estado social creado por el crecimiento de las industrias y el aumento consiguiente del proletariado más culto, por otro lado hijas del pasajero prestigio que creó el mezquino materialismo científico, de moda en el siglo pasado, fue llevada, al salir del

cristianismo, y por no poder, debido a la fatalidad del espíritu humano, prescindir de lo religioso, a concebir y congregarse en torno a ideas de naturaleza religiosa, pero privadas de carácter espiritual, casi siempre extraterrestre, que la filosofía del siglo imponía. Así se formaron las corrientes socialista, sindicalista y anarquista en el pensamiento dinámico de la época” (Antonio Mora, 1917) (F. Pessoa. *El regreso de los dioses*. Alianza, Madrid, 1986, pp 76).

EUROPA: ¡Europa quiere pasar de designación geográfica a persona civilizada! (Álvaro de Campos, *Ultimátum*).

“Cuatro son, he dicho, las bases en que asienta la civilización europea. Son ellas la Cultura griega, el Orden romano, la Moral cristiana y la Política inglesa”.

“Dada la existencia, no sólo dentro de nuestra civilización, sino, incluso, constituyendo su propia sustancia, de las ideas disolventes del cristianismo, se sigue que toda la decadencia transicional que acaso se dé en nuestra civilización, recibe un inmediato refuerzo de las ideas enfermas y antisociales en que la religión, en que esta civilización se apoya, tiene su base. Resulta de esto que, en la civilización europea, toda decadencia ocasional asume, en general, aspectos de extrema gravedad íntima, debido a la permanencia, en el alma de las naciones que la componen, de ideas decadentes en su esencia, y sustanciales en la constitución psíquica de esas naciones”. No lo olvidemos: Vivimos todavía, por ser hijos pedagó-

* Antonio Vecino Gallego es Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Segovia.

gicos del cristianismo, en la decadencia del Imperio Romano". (Contra la democracia, F. Pessoa. "El regreso de los dioses". Alianza, pp 292).

DEMOCRACIA: "La democracia moderna, o sistema político nacido de la revolución inglesa y que inundó Europa a través del fenómeno inglés llamado Revolución Francesa, se asienta en tres puntos básicos: el principio llamado "liberalismo", cuya sustancia consiste en la tendencia a abolir los privilegios especiales de ciertas clases o de ciertas personas y de establecer entre los hombres la mayor igualdad posible, y el principio cuya mejor designación sería "pacifismo", que significa que la vida de las sociedades, esencialmente comerciales e industriales, es sólo episódicamente o por un vestigio de atraso, guerrera, y que la paz entre los pueblos es o debería ser el estado normal de la vida social. Esto es lo que se resume en el lema: "libertad, igualdad, fraternidad", que la Revolución Francesa convirtió en la Santísima Trinidad de quien no tiene religión" (La Opinión Pública. 1919. Álvaro de Campos).

JUGOSLAVIA: ¡Ahora es la guerra, juego de "ve y dile" de este lado de acá y juego de irse por las ramas del lado de allá! (Ultimátum, Álvaro de Campos).

"En el fondo, esta guerra, como todas las grandes guerras, es una guerra religiosa". (refiriéndose A. de Campos a la I Guerra Mundial).

"Apoyándose en la lección extraída de Heráclito, F. Pessoa piensa que la guerra constituye la situación permanente de la humanidad" (Alfredo Margarido, 1986).

RELIGIÓN: "Las ideas democráticas son cristianismo puro". Como tal, pertenecen al espíritu cristiano. Como tales, son enemigas del catolicismo, que es dogma, la parte más dura y rígida del cristianismo; como el protestantismo, erigiéndose mediante la fe, fue contra el espíritu católico" (F. Pessoa. Alemania y la guerra) (en "El regreso de los dioses". Alianza, pp 290).

COMUNISMO: "El bolchevismo conserva la vieja manía cristiana de convertirse en mártir, y de

inventar persecuciones aunque no se las hagan. Se sabe hoy, que gran parte de las persecuciones contra los cristianos -por mucho que, al perseguir a los cristianos, el Imperio Romano ejerciese lo que hoy se llamaría la "defensa social"- son puramente míticas, siendo una de las variadísimas invenciones de los propagandistas primitivos del cristianismo" ("El regreso de los dioses, Alianza, pp 293). "El odio feroz del comunismo al cristianismo es, desde luego, el odio de los fanáticos a los fanáticos, de una religión a otra. No nos engañemos suponiendo que presenciamos una guerra de clases: continuamos en la fatalidad europea de las guerras religiosas. Desde que el paganismo cayó, con Juliano, y la paz religiosa abandonó el mundo (pp 295).

CIENCIA: Es ya vulgar la constatación de que una teoría científica a veces, siendo falsa, vale por los descubrimientos a que conduce. (Antonio Mora. Metafísica del paganismo. Alianza, Madrid, 1986, pp 39).

"La obra de arte consiste fundamentalmente en una interpretación objetiva de una impresión subjetiva. Difiere así de la ciencia, que es una interpretación subjetiva de una impresión objetiva, y de la filosofía, que es, o procura ser, una interpretación objetivada de una impresión objetiva". La ciencia es una subjetivación y, por lo tanto, una cosa real. Y, dentro de sus límites, cierta" (F. Pessoa. Psicología del sensacionismo. Alianza, 1986, pp 255).

"No hay criterio de verdad más que en no estar de acuerdo consigo mismo".

"La paradoja es la fórmula típica de la naturaleza. Por eso toda verdad tiene una fórmula paradójica".

"Todos los sistemas filosóficos deben ser estudiados como obras de arte".

POESÍA: ¡Ojalá oyese a alguien la voz humana que confesase, no un pecado, sino un infamia; que contase, no una violencia, sino una cobardía. No, todos son el Ideal, si los escucho y me hablan.

¿Quién hay en este ancho mundo que me
confiese que
ha sido vil una vez?
¡Oh príncipes, hermanos míos,
coño, estoy harto de semidioses!
¿Dónde hay gente normal en el mundo?
(Poema en línea recta. Álvaro de Campos).

COMERCIO: "La actividad social llamada comercio, por mal vista que esté hoy por los teóricos de las sociedades imposibles, es sin embargo una de las dos características distintivas de las sociedades modernas" (La evolución del comercio, 1926). "Entre el comercio y la cultura hubo siempre una relación íntima, todavía no muy bien explicada". Comercial, eminentemente comercial fue Atenas. Comercial, eminentemente comercial, fue Florencia. Comercial, eminentemente comercial fue Lisboa.

"En el siglo -VI Mileto era la mayor ciudad de todo el mundo griego, una metrópoli de la artesanía, el comercio y la navegación". Respecto al imperio Persa mantuvo una situación similar a la actual de Hong Kong respecto a China. (J. Mosterin, 1984). Tales era un hombre influyente de la dinámica aristocracia mercantil de Mileto.

POESÍA: "Sólo son la ignorancia y la inocencia felices, más lo ignoran. ¿Son o no? (Ricardo Reis).

UN INTENTO DE FINALIZAR:

"Todo vale la pena" (Mensagem).
"Nada vale la pena" (Elegia na sombra).

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) ORDÓÑEZ (1991): F. Pessoa. Un místico sin fe. Madrid. Siglo XXI. pp 138.
- 2) AGUIRRE, J. (1990): Callo, luego existo.... Diario El País. 16.7.1990, pp 23.
- 3) F. PESSOA (1926): La evolución del comercio. Textos para dirigentes de empresas. Lisboa. Cinevoz, 1969. pp 23-32. Tomado de A. Margarido: Escolhas profissionais propostas e teorias económicas de F. Pessoa. Suplementos Antropos, nº 4, pp 123 y 112.
- 4) MOSTERIN, J. (1984): La filosofía griega prearistotélica. Alianza, Madrid, pp 20. ♦



ASAMBLEA PARLAMENTARIA DEL CONSEJO DE EUROPA

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa emitió la Resolución 1029 (1994) referente a la Psiquiatría y los Derechos Humanos en la que invita a los gobiernos de los Estados miembros a introducir en sus legislaciones las reglas que se enuncian en su Recomendación 1235 (1994) y a garantizar su puesta en práctica lo antes posible.

Resulta de interés el reproducir la citada Recomendación, pues algunos puntos contrastan determinadas prácticas en nuestro medio, como, por ejemplo, el nuevo auge que se quiere dar a la práctica del electrochoque o el poco rigor con que se aplica la excepcionalidad del ingreso no voluntario.

ASAMBLEA PARLAMENTARIA DEL CONSEJO DE EUROPA SESIÓN DE 1994

RESOLUCIÓN 1029 (1994)¹ Referente a la Psiquiatría y los Derechos Humanos

La Asamblea, refiriéndose a su Recomendación 1235 (1994) relativa a la psiquiatría y los derechos humanos, invita a los gobiernos de los Estados miembros a introducir en sus legislaciones las reglas que se enuncian en el citado documento, y a garantizar su puesta en práctica lo antes posible.

¹ y ² Debate en la Asamblea el 12 de abril, (10ª sesión) (ver Doc. 7040, informe de la Comisión de asuntos jurídicos y derechos humanos. Ponente: Sr. Stoffelen; y Doc. 7048, opinión de la Comisión de asuntos sociales, de la salud y de la familia. Ponente: Sr. Eisma).

Texto adoptado por la Asamblea el 12 de abril de

ASAMBLEA PARLAMENTARIA DEL CONSEJO DE EUROPA SESIÓN DE 1994

RECOMENDACIÓN 1235 (1994)² Referida a la Psiquiatría y a los Derechos Humanos

1. La Asamblea comprueba que no existe ningún estudio global sobre la legislación y la práctica en materia de psiquiatría en el conjunto de los Estados miembros del Consejo de Europa.

2. Constata que, por una parte, se ha desarrollado una jurisprudencia a partir de la Convención europea de los derechos humanos y que, por otra, el Comité europeo para la prevención de la tortura y de las penas o trato inhumanos o degradantes ha producido un cierto número de observaciones en lo que a la práctica del internamiento psiquiátrico se refiere.

3. Confirma que las legislaciones concernientes a la psiquiatría están en vías de revisión o de elaboración en buen número de los países

4. Ha sido informada del debate abierto en numerosos países sobre los problemas ligados a determinados tratamientos, tales como la lobotomía y el electrochoque, así como de los abusos sexuales en el marco del tratamiento psiquiátrico.

5. Recuerda la Recomendación nº R (83) 2 del Consejo de Ministros de los Estados miembros sobre la protección jurídica de las personas afectadas por trastornos mentales y asistidos como pacientes involuntarios.

6. Considera que ha llegado el momento de que los Estados miembros del Consejo de Europa se doten de medidas legislativas que garanticen los derechos humanos de los enfermos psiquiátricos.

7. Por tanto, la Asamblea invita al Consejo de Ministros a adoptar una nueva recomendación que se inspire en las reglas enunciadas seguidamente:

I. - PROCEDIMIENTO Y CONDICIONES DE INGRESO:

a) El ingreso no voluntario debe ser excepcional y tiene que responder a los siguientes criterios:

- que exista un peligro grave para el propio paciente o para los demás;

- que la ausencia de ingreso entrañe un deterioro del estado del paciente o impida que éste reciba el tratamiento adecuado constituye un criterio adicional.

b) En caso de ingreso no voluntario, la decisión de ingreso en un establecimiento psiquiátrico debe tomarla un juez y ha de precisarse la duración del internamiento. Debe preverse una revisión periódica y automática de la necesidad del ingreso. En todos los casos, hay que respetar los principios establecidos por el Consejo de Europa para la futura convención sobre la bioética.

c) La decisión podrá ser objeto de un recurso previsto por la ley.

d) Habrá que poner en conocimiento de los enfermos, a su entrada en el establecimiento psiquiátrico, un código de los derechos de los enfermos.

e) Deberá elaborarse un código deontológico para los psiquiatras que puede inspirarse, entre otras fuentes, en la Declaración de Hawai, aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría en Viena en 1983.

II. - TRATAMIENTOS:

a) Se establecerá una distinción entre los pacientes deficientes mentales y los pacientes enajenados.

b) La lobotomía y la terapia por electrochoque no pueden practicarse excepto con el consentimiento por escrito del propio paciente, debidamente informado, o de una persona elegida por el paciente para representarlo, un consejero o tutor, y siempre que la decisión haya sido confirmada por un comité restringido integrado no sólo por expertos psiquiátricos.

c) El tratamiento aplicado al enfermo será objeto de una relación precisa y detallada.

d) Habrá un número suficiente de personal, con formación adaptada a este tipo de enfermos.

e) Los pacientes podrán recurrir, sin traba alguna, a un "consejero" independiente de la institución; asimismo, un "tutor" deberá encargarse de velar por los intereses de los menores.

f) Debería instituirse una inspección análoga a la del Comité europeo para la prevención de la tortura y de las penas o trato inhumanos o degradantes.

III. - PROBLEMAS Y ABUSOS EN PSIQUIATRÍA:

a) El código deontológico debe establecer expresamente que le está prohibido al psicoterapeuta hacer insinuaciones sexuales a sus pacientes.

b) El aislamiento de pacientes se restringirá estrictamente y, del mismo modo, se evitará el alojamiento en dormitorios de grandes dimensiones.

c) No se utilizarán medios mecánicos para contener a los pacientes. Los medios químicos para la contención serán proporcionales al fin buscado y no afectarán de forma irreversible a los derechos de los individuos a la procreación.

d) La investigación científica en el campo de la salud mental no debe efectuarse sobre el desconocimiento o contra la voluntad del paciente o de su representante, y sólo se llevará a cabo en interés del paciente.

IV. - SITUACIÓN DE LAS PERSONAS DETENIDAS:

a) Toda persona encarcelada tiene que ser examinada por un médico.

b) Se destinarán a cada institución penitenciaria un psiquiatra y personal especialmente formado.

c) Las reglas enunciadas precedentemente y las reglas deontológicas tienen que aplicarse a los detenidos y, especialmente, debe guardarse el secreto médico en la medida que sea compatible con las exigencias de la detención.

d) En ciertas instituciones penales para detenidos con trastornos de personalidad deberían establecerse programas socioterapéuticos.

Publicado por la A.E.N.

Informe de la Junta Directiva de la A.E.N. presentado en las Jornadas Anuales de la A.E.N.

Murcia, noviembre de 1994

OCTUBRE 93 - NOVIEMBRE 94

Del citado informe entresacamos algunos puntos que pueden ser de mayor interés:

- Acuerdo de la Junta Directiva de no desarrollar a nivel organizativo/asociativo las asociaciones de psiquiatras y psicólogos de la A.E.N.

- Reducción de la cuota de los profesionales en formación al 5 %.

- Reincorporación de un representante de la A.E.N. a la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría (según acuerdo de la Junta del 4-II-94, ese representante es el Dr. Francisco Montilla).

- Participación del Grupo de Psicólogos de la A.E.N. en la preparación de la convocatoria Nacional del P.I.R. Asimismo es previsible que un representante de la A.E.N. forme parte de la Comisión Nacional de Psicología Clínica cuando ésta se constituya (la Junta, en sesión del 3-XI-94, propone a Begoña Olabarria).

- La A.E.N. intervino ante el Ministerio de Sanidad para que se incluyeran -como así sucedió- entre las prestaciones sanitarias "las psicoterapias" y "el soporte social" que inicialmente no se habían incluido en el borrador del "Catálogo de Prestaciones Sanitarias".

- Organización conjunta de la A.E.N. y la S.E.P. del Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría en Madrid, en 1996.

- Proyecto de elaboración de un "Libro Blanco sobre la Salud Mental en España" durante el tiempo de mandato de esta Junta Directiva.

- Proyecto de elaboración de la "Guía" de Residentes (P.I.R. y M.I.R.).

- Se propone realizar una reunión P.I.R. y M.I.R., con carácter nacional, para debatir su formación en el 95. ♦

RECTIFICACIÓN

En la página 52 del número 4 de este Boletín se muestra una tabla donde se recogen algunos datos referidos a las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de las once áreas sanitarias de nuestra Comunidad Autónoma. Como responsable clínico de la Unidad correspondiente a Valladolid-Oeste, salgo al paso del error contenido en el valor de la estancia media reflejado en dicha tabla y referido a la actividad hospitalaria de 1993. El valor que se ha publicado es de 31,4. El valor real es de 21 días. En relación con esta rectificación quiero hacer algunas aclaraciones necesarias:

1.- Nuestra Unidad está ubicada en el Hospital Psiquiátrico Provincial "Dr. Villacián", pendiente desde hace varios años de su traslado al Hospital General Río Hortega. A pesar de nuestras quejas continuadas, la Unidad no dispone de un espacio diferenciado para la atención a enfermos agudos, por lo que la oferta de 26 camas resulta un tanto teórica o ficticia, al fundirse con la actividad del Servicio como un todo (62 camas de capacidad en el pabellón hospitalario que aquí interesa, con un índice de ocupación media anual del 86%).

2.- En este Servicio indiferenciado se cursa a lo largo del año un pequeño número de ingresos de enfermos perfectamente tipificados como crónicos o de larga estancia, con objetivos de rehabili-

tación a medio o largo plazo, algunos de ellos, incluso, derivados desde el Área Este vallisoletana. Pero en los datos remitidos trimestralmente al Servicio de Psiquiatría de la Junta de Castilla y León (fuente de la tabla objeto de nuestra atención) se han computado todos los ingresos cursados en la Unidad, sin especificación alguna, aunque en el Servicio de la Junta conocen perfectamente bien esta peculiaridad de nuestra estructura asistencial.

3.- De todos modos, el cómputo que en nuestro Servicio se hace para extraer la estancia media no se verifica sobre los ingresos cursados, sino sobre las altas; y las estancias consideradas tampoco son las cursadas por los ingresos, sino las acumuladas en el momento del alta, es decir, las "estancias al alta". Creo que está claro que son estas cifras las que dan cuenta precisa de la duración media de los ingresos, que es lo que se pretende medir con el indicador comunmente llamado "estancia media".

4.- Pues bien, en 1993 se han cursado en nuestro Servicio 251 altas, que han supuesto 9.967 estancias (como acabo de decir: estancias al alta). Hay que restar 8 altas correspondientes a ingresos tipificados como de larga estancia o de rehabilitación, los cuales han sumado 4.564 estancias. Es decir: el 3,18 % de las altas han repre-

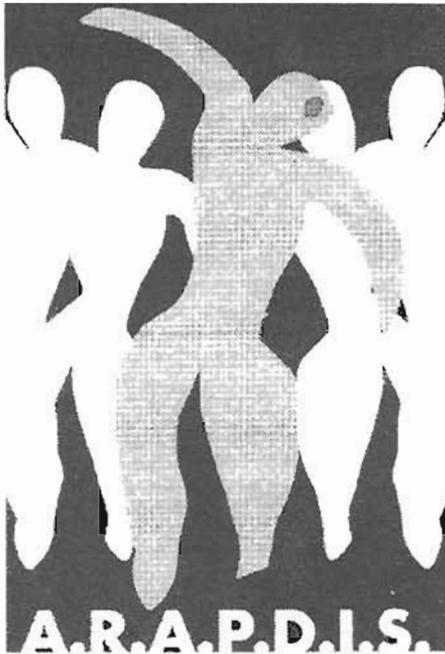
sentado el 47,2 % de las estancias totales. Efectuada la resta propuesta, quedan 243 altas y 5.103 estancias, que, ahora sí, arrojan un valor de estancia media de 21 días.

5.- De todos modos, deseo dejar constancia de que no comulgo (ni yo ni el equipo que coordino, ni la gran mayoría de los componentes del colectivo interdisciplinario al que pertenezco) con la excesivamente extendida "mística" de las estancias medias y la fiebre por alcanzar cada año un récord de reducción. No quiero ni puedo extenderme sobre este punto en una mera nota aclaratoria, pero remito al lector interesado a mi comunicación "Oro y barro de la Reforma Psiquiátrica", publicada en el número 2 de este Boletín (véase especialmente la página 55*). En todo caso, estoy seguro de que todos los profesionales de salud mental que lean estos párrafos saben muy bien de lo que estoy hablando. De hecho, la estancia media de 21 días sigue estando en el extremo superior (junto a la Unidad de Zamora) del rango que ofrece nuestra región. Si aquí me empeño en esta rectificación, es simplemente por hacer justicia a los números, dado que el valor publicado es erróneo.

J. M. Susperregui González
Jefe de los Servicios Intrahospitalarios
Excma. Diputación Valladolid

* Por cierto, no quiero desaprovechar la ocasión para advertir que dicha comunicación quedó sensiblemente lastrada en su publicación por algunas erratas lamentables (13 detectadas en total, no todas del mismo calibre) que distorsionaron el texto sensiblemente, y entre las que no resisto a mencionar el sorprendente e ininteligible marcaje del título entre estúpidos signos de interjección, o la expresión entrecomillada en la página 50, que dice "trabajadores"; así, sin más, donde debiera decir "trabajadores de lo Ψ "...





1er Congreso Internacional

V Aniversario A.R.A.P.D.I.S.

LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL INTEGRAL EN LA COMUNIDAD Y CON LA COMUNIDAD

Barcelona del 7 al 11 de mayo 1995

Sede del Congreso
Hotel Barcelona-Sants
Tel.: 490 95 95 · Fax.: 490 60 45

Secretaría Técnica y Científica del Congreso
Asociació A.R.A.P.D.I.S.
Joan Blanques, 59
08024 Barcelona
Tel.: 210 30 74 - (24 h) 213 40 81
Fax.: 213 44 13

Listado provisional de temas* :

SESIONES PLENARIAS, CONFERENCIAS, SYMPOSIUMS Y COMUNICACIONES

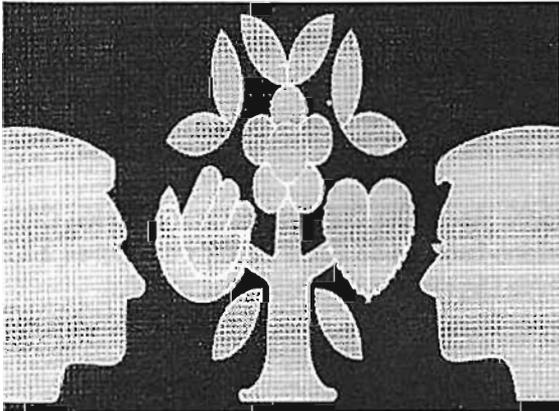
- La Rehabilitación Psicosocial Integral en la Comunidad y con la Comunidad.
- La Rehabilitación Psicosocial en el enfermo mental crónico.
- La epidemiología en Rehabilitación Psicosocial
- Prevención y Psicosis: aspectos genéticos, neurobioquímicos, ambientales, etc
- La Rehabilitación Psicosocial en patologías psiquiátricas no psicóticas.
- Intervención para reducir los factores de riesgo de cronificación.
- La Rehabilitación Psicosocial en las diferentes culturas.
- Tratamiento o Rehabilitación: Por qué, cómo y hasta dónde.
- La vuelta a casa: la Comunidad.
- De las instituciones "Clásicas" a las "Nuevas".
- "Nuevos crónicos": evolución e intervención.
- Tipos de recursos en Prevención Terciaria en la Comunidad.
- Investigación y sus límites en la Rehabilitación.
- Formación Continuada y Equipos en Programas de Rehabilitación.
- Legislación y Derechos Humanos.
- Psicoterapias y Rehabilitación Psicosocial.
- Soporte psicofarmacológico y Psicosis
- Signos negativos, vida social y antipsicóticos.
- El futuro de la Psicofarmacología en la Esquizofrenia.
- La Teoría Cognitiva en Rehabilitación Psicosocial.
- Modelo psicoeducativo y familiar.
- El Síndrome de Agotamiento: la Cura de los Cuidadores.
- Rentabilidad asistencial y costes socioeconómicos en Rehabilitación.
- Evaluación de Programas y Servicios en Rehabilitación Psicosocial.
- Perspectivas de futuro en Rehabilitación Psicosocial: Año 2000.

MESAS REDONDAS Y COMUNICACIONES

- Daño Cerebral en pacientes jóvenes.
- La Rehabilitación Psicosocial en el Alcoholismo y otras Drogodependencias.

* PD: Esta relación de temas es provisional. La selección definitiva la realizará el Comité Científico, según el interés de los participantes al remitir sus propuestas en los diferentes abstracts y textos.

- Cuadros disociativos atípicos: Sectas y Rehabilitación.
- La Rehabilitación Psicosocial en el SIDA.
- La Rehabilitación Psicosocial en la Tercera Edad.
- EL Hospital Psiquiátrico hoy en día.
- EL Hospital de Día y Centros de Día.
- Prevención en hijos de padres psicóticos.
- Derechos y deberes de los usuarios, las familias y la comunidad.
- Limitaciones terapéuticas en la Esquizofrenia.
- La Introducción de los nuevos Neurolépticos.
- Situación actual de la Psicorugia y los T.E.C.
- La Larga Estancia y el Síndrome de la Puerta Giratoria.
- De la Terapia Ocupacional a las Técnicas Expresivas.
- Entrenamiento en Habilidades Sociales.
- Asociacionismo, Voluntariado y otros colectivos en Rehabilitación Psicosocial.
- Áreas de Rehabilitación Integral: modelo alternativo en los déficits psicóticos.
- Implicaciones de las Instituciones, las Familias y la Comunidad.



28 Jornadas de Interés Psiquiátrico

LOS NUEVOS CRÓNICOS EN PSIQUIATRÍA

Reus 10, 11 y 12 de Abril de 1995

Palacio de Ferias y Congresos de Reus

Secretario del Congreso
Dr. Antonio Labad Alquézar

- Reflexión sobre los límites entre tratamiento, rehabilitación y reinserción.
- ¿Nuevos crónicos o la muerte de la historia?
- Mesa redonda: Realidades y proyectos en relación a los nuevos crónicos.

- ¿Quiénes son los crónicos?: un abordaje grupal de la cuestión.
- Problemática familiar ante los nuevos crónicos.
- Cronicidad, cronificación, reversibilidad.
- El tiempo de vivir.
- Formas de atención a la cronicidad.
- ¿Que vienen los nuevos crónicos!
- Mesa redonda: Aspectos asistenciales relacionados con los nuevos crónicos.

- Reflexiones sobre la cuestión.
- Historia, tiempo, cronicidad.
- Trabajar en psiquiatría infantil y juvenil teniendo en cuenta los nuevos crónicos.
- Tosquelles dice...

Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental

IV JORNADAS REGIONALES DE SALUD MENTAL

"LA SALUD MENTAL EN LOS 90: CLÍNICA, PRÁCTICAS Y ORGANIZACIÓN"

Valladolid, 18 y 19 de mayo

PREPROGRAMA

Jueves 18

10,30: Entrega de Documentación

11,00: Mesa Redonda: "NOSOGRAFÍA Y CLÍNICA"

* Tiburcio ANGOSTO SAURA (Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico Rebullón). Pontevedra: "LA HISTERIA HOY".

* José María ÁLVAREZ MARTÍNEZ (Psicoanalista. Psicólogo CSM La Victoria II).

Valladolid: "QUÉ FUE DE LA PARANOIA".

* Fernando COLINA PÉREZ (Psiquiatra. Director de los Servicios de Salud Mental de la Diputación de Valladolid):

"PASADO Y PRESENTE DE LA MELANCOLÍA".

13,00: Coloquio

14,00: Comida.

16;30: Inauguración Oficial: Actos protocolarios. Conferencia Inaugural: FRANÇOIS SAUVAGNAT (Psicoanalista. Maître de Conférences à l'Université. Paris).

17,15: Coloquio

18,00: Comunicaciones Libres a la mesa "NOSOGRAFÍA Y CLÍNICA".

20,30: Cena

Viernes 19

10,00: Mesa redonda: "VIEJAS Y NUEVAS PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL".

* José Antonio ESPINA BARRIO (Psiquiatra. Federación de Asociaciones de Psicoterapeutas): "LA ACREDITACIÓN DE PSICOTERAPEUTAS EN LA UNIÓN EUROPEA".

* Francisco ESTÉVEZ (Psicólogo. Miembro de la Escuela Europea de Psicoanálisis. Hospital de Día. Gijón): "PSICOANÁLISIS EN LA INSTITUCIÓN: UNA PRÁCTICA PRIVADA".

* M^a Paz CASTRO GONZÁLEZ (Enfermera. Hospital Psiquiátrico Santa Isabel. León): "LA ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL: PASADO Y PRESENTE"

* Cecilio DEL ÁLAMO (Cátedra de Farmacología. Universidad de Alcalá de Henares-Complutense. Madrid): "LOS NUEVOS ANTIPSICÓTICOS".

* Fernando CAÑAS DE PAZ -Pte. confirmación- (Hospital La Paz. Universidad Autónoma. Madrid): "LOS NUEVOS ANTIDEPRESIVOS".

12,15: Pausa / Café.

12,30: Comunicaciones Libres a la Mesa: "VIEJAS Y NUEVAS PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL".

16,30: Mesa Redonda: "CAMBIOS EN LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN"

* Manuel DESVIAT MUÑOZ (Presidente de la Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría): "INNOVACIONES EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL"

* Antonio M^a SÁEZ AGUADO (Consejería de Sanidad y Bienestar Social): "EL CATÁLOGO DE PRESTACIONES Y LA SALUD MENTAL".

17,30: Conferencia de clausura: JEAN GARRABÉ (Institut National Marcel-Rivière. Francia).

18,30: Pausa.

19,00: Asamblea Ordinaria de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental y elecciones a su Junta Directiva. (Asamblea Extraordinaria).

SEDE (provisional):

Colegio Oficial de Médicos de Valladolid
C/ Pasión. Valladolid

SECRETARÍA TÉCNICA: Agenda Comunicación

Plaza Mayor, 1

40001 - Segovia

Tlfo.: 44 48 38 Fax.: 44 28 75

**SOLICITUD DE INGRESO EN LA
ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA**
y en la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental

D.....
profesional de la Salud Mental, con título de
que desempeña en (Centro de trabajo)
y con domicilio en
población.....D. P..... Provincia.....
teléfono.....

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A. E. N. de la Autonomía correspondiente, para lo cual es propuesto por los miembros:

D.....
D.....

(firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha:/...../.....

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista está incluida en la cuota de Asociado.

Nombre:

Dirección:

Firma:

BANCO / CAJA DE AHORROS _____
Sucursal _____
Cuenta nº _____
Población _____

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi CUENTA CORRIENTE / LIBRETA DE AHORROS, número _____ el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Población día .. mes año

Firma:

Asociación Española de Neuropsiquiatría
Enviar a: C/ Villanueva. 11 - 28001 Madrid

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 tales deben 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 salinado 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

La Junta Directiva de la A.C.L.S.M., ante el final de su andadura la presente primavera, anima a todos los socios a participar en el proceso electoral y en la formación de candidaturas dispuestas a tomar el relevo.

EDITA: *Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental*
IMPRIME: SORLES, S.L. (Ctra. Madrid Km. 320,5)
MAQUETACIÓN: EMSA
Depósito Legal: LE - 627 - 1993

1



2



3



4



5



6



7



8



9



10

