32. B. Moreno Küstner, *El registro de casos de esquizofrenia de Granada*, 2005.
33. A. Rey, E. Jordá, F. Dualde y J. M. Bertolín (eds.), *Tres siglos de psiquiatría en España (1736-1975), 2006*.
34. R. Gómez Esteban, E. Rivas Padilla, *La práctica analítica en las instituciones de Salud Mental*, 2005.
35. J. Leal Rubio, A. Escudero Nars (eds.), *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental*, 2006.
36. F. Pérez (ed.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*, 2006.
37. A. Díez Patricio, R. Luque Luque (eds.), *Psicopatología de los síntomas psicóticos*, 2006.
38. A. Díez Patricio, *Análisis del discurso psicótico*, 2006.
39. R. Gómez Esteban, E. Rivas Padilla (eds.), *La integración del psicoanálisis en la sociedad de nuestro tiempo*, 2007.
40. J. M. Comelles, M. Bernal (eds.), *Salud mental, diversidad y cultura*, 2008.
41. A. Retolaza (ed.), *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*, 2009.
42. I. Markez Alonso, A. Fernández Liria, P. Pérez-Sales (eds.), *Violencia y salud mental. Salud mental y violencias institucional, estructral, social y colectiva*, 2009.
43. J. Carmona, F. del Río Noriega (eds.), *Gestión clínica en salud mental*, 2009.
44. R. Gómez Esteban, E. Rivas Padilla (eds.), *El psicoanálisis en lo social y en lo político*, 2009.
45. Ó. Martínez Azumendi, N. Sagasti, O. Villasante (eds.), *Del Pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, 2011.
47. M. Desviat, A. Moreno (eds.), *Acciones de Salud Mental Comunitaria, 2012*.
48. E. Mollejo Aparicio (coord.), *Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia, 2012*.
49. A. Espino Granado (coord.), *Vida laboral, estrés y salud mental*, 2012.
50. Ó. Martínez Azumendi, I. González Llona (comps.), *Escenarios*, 2013.
51. D. Simón Lorda, C. Gómez Rodríguez, A. Cibeira Vázquez, O. Villasante (eds.), *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI*, 2013.
52. J. Salomón Martínez, H. D. Simond (eds.), *Grupos de terapia multifamiliar. ¿Qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen?*, 2013.
53. E. Rivas Padilla, A. Ceverino Domínguez (eds.), *Teoría y Práctica psicoanalítica de las psicosis*, 2014.
54. G. Thornicroft, M. Tansella, *La mejora de la atención de salud mental*, 2014.
55. B. Saraceno, *El fin del entretenimiento. Manual de rehabilitación psiquiátrica*, 2014.
56. I. Markez (coord.), *Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva*, 2015.
57. E. Gay Pamos, J. Carmona Calvo, F. del Río Noriega (coords.), *El sujeto. El sujeto de la conducta, el sujeto de la relación, el sujeto en la sociedad actual*, 2015.
58. V. Aparicio Basauri, T. Angosto Saura (coords.), *El componente de salud mental en el hospital general*, 2015.

ISBN: 978-84-95287-77-9

9 788495 287779

A. E. N. ESTUDIOS / 58

EL COMPONENTE DE SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL GENERAL

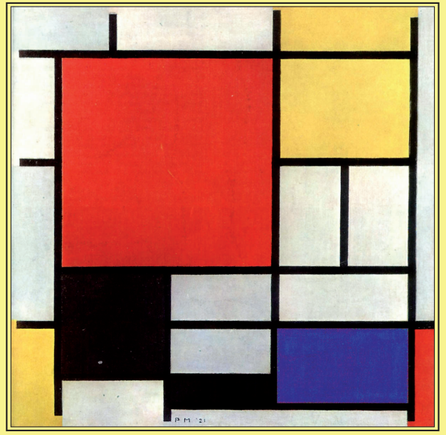
A. E. N. / ESTUDIOS

58

VÍCTOR APARICIO BASAURI Y TIBURCIO ANGOSTO SAURA
(Coords.)

PRÓLOGO: MANUEL GONZÁLEZ DE CHÁVEZ

EL COMPONENTE DE SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL GENERAL



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS

Colección Estudios

1. M. González Chávez (ed.), *La trasnformación de la asistencia psiquiátrica*, 1980.
2. A. Portera, F. Bermejo (eds.), *Demencias*, 1980.
3. S. Mascarell (ed.), *Aproximación a la histeria*, 1980.
4. T. Suárez, C. F. Rojero (eds.), *Paradigma sistémico y terapia familiar*, 1983.
5. V. Corcés (ed.), *Aproximación dinámica a las psicosis*, 1983.
6. J. Espinosa (ed.), *Cronicidad en psiquiatría*, 1986.
7. J. L. Pedreira Massa (ed.), *Gravedad psíquica en la infancia*, 1986.
8. J. A. Fernández Sanabria, J. Maura Abril, A. Rodríguez Gómez (eds.), *I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N.*, 1986.
9. R. Inglott (ed.), *El quehacer en salud mental*, 1989.
10. C. Castilla del Pino (ed.), *Criterios de objetivación en psicopatología*, 1989.
11. A. Bauleo, J. C. Duro, R. Vignale (eds.), *La concepción operativa de grupo*, 1990.
12. R. Fernández, M. A. García Carbajosa, J. L. Pedreira Massa (eds.), *La contención*, 1990.
13. M. Desviat (ed.), *Epistemología y práctica psiquiátrica*, 1990.
14. A. Ingala, R. Gómez, J. Frère, A. González, *II y III Jornadas de la Sección de Psicoanálisis, «El malestar en la cultura»*, 1992.
15. P. Sanromán Villalón (ed.), *Jornadas sobre salud mental y ley. Malos tratos a menores, malos tratos a mujeres, separaciones y divorcios*, 1993.
16. C. F. Rojero, T. Suárez (eds.), *Psicosis de la infancia y la adolescencia*, 1993.
17. V. Aparicio Basauri (ed.), *Evaluación de servicios en salud mental*, 1993.
18. J. Mas Hesse, A. Tesoro Amate (eds.), *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*, 1993.
19. A. Fernández Liria, M. Hernández Monsalve, B. Rodríguez Vega (eds.), *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*, 1997.
20. R. Gómez Esteban (ed.), *Grupos terapéuticos y asistencia pública*, 1997.
21. J. Leal Rubio (ed.), *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*, 1997.
22. C. Polo, *Crónica del manicomio*, 1999.
23. F. Santander (ed.), *Ética y praxis psiquiátrica*, 2000.
24. F. Rivas (ed.), *La psicosis en la comunidad*, 2000.
25. E. González, J. M. Comelles (eds.), *Psiquiatría transcultural*, 2000.
26. F. Carles, I. Muñoz, C. Llor, P. Marset, *Psicoanálisis en España (1893-1968)*, 2000.
27. T. Angosto, A. Rodríguez, D. Simón (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría*, 2001.
28. C. Gisbert (ed.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental*, 2003.
29. A. Espino, B. Olabarría (eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España*, 2003.
30. M. Hernández Monsalve, R. Herrera Valencia, *La atención a la salud mental de la población reclusa*, 2003.
31. J. M. Álvarez, R. Esteban (eds.), *Crimen y locura*, 2005.

EL COMPONENTE DE SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL GENERAL

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS / 58

VÍCTOR APARICIO BASAURI Y TIBURCIO ANGOSTO SAURA
(Coords.)

EL COMPONENTE DE SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL GENERAL

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
MADRID
2015

Textos de la Ponencia "El componente de salud mental en el hospital general" presentada en el XXVI Congreso de Salud Mental de la AEN
Valencia, 11-13 junio de 2015

© Los autores
© Asociación Española de Neuropsiquiatría. Profesionales de Salud Mental. 2015

Ilustración de portada:
Composición en rojo, amarillo, azul y negro (1926) de Piet Mondrian.
Gemeentenmuseum, Den Haag.

Asociación Española de Neuropsiquiatría
Profesionales de Salud Mental

Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
C/ Magallanes, 1, sótano 2, local 4 / 28015 Madrid /
Tel. 636 725 599. www.aen.es

Derechos: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2015
C/ Magallanes, 1, sótano 2, local 4 / 28015 Madrid / Tel. 636 725 599

ISBN: 978-84-95287-77-9
Depósito Legal: BI-718-2015
Impreso en España. Unión Europea

Impresión: Imprenta Arenas, S.L. Ezequiel Aguirre, 15 bajo, 48930 Las Arenas-Getxo. Bizkaia.
Distribución: LATORRE LITERARIA. Camino Boca Alta, 8-9. Polígono El Malvar.
28500 Arganda del Rey (Madrid)
Disponible a la venta en: www.tienda-aen.es

Director de la edición: Óscar Martínez Azumendi.

Índice

Relación de autores 9

Prólogo. *Manuel González de Chávez* 13

Capítulo 1.- Aspectos históricos y conceptuales

1.1 Conceptualización y análisis histórico. *Víctor Aparicio Basauri, Tiburcio Angosto Saura* 21

1.2 El hospital general y la atención primaria como ejes del desarrollo de la salud mental en América Latina. *Jorge J. Rodríguez* 41

1.3 Medicina o bioingeniería: una reflexión a partir de la "histeria de masas" o "trastorno conversivo epidémico". *Jorge L. Tizón* 53

Capítulo 2.- La hospitalización

2.1 La hospitalización como instrumento terapéutico. *Víctor Pedreira Crespo, Mª Victoria Rodríguez García, Jose Luis Buceta Hazas, Estrella González Gómez, Paloma Rodríguez Español* 85

2.2 Evolución del perfil diagnostico en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de un hospital general. *Ana Esther Sánchez Gutiérrez, Graciano Fernández García, Covadonga Huergo Lora* 105

2.3 Los trastornos de la personalidad en las UHP. *Juan L. Fernández Hierro, Karina Muñoz Rodríguez, Paula Martínez Vico* 115

2.4 Algunas reflexiones sobre lo que nos enseñan los pacientes en las unidades de hospitalización. *Mª Jesús Acuña Gallego, Tiburcio Angosto Saura.* 143

2.5 Urgencia e intervención en crisis. *Ana Isabel Willems Aguado, Lara García González, Cristina Emeterio Delgado* 155

Capítulo 3.- Interconsulta y enlace

3.1 La interconsulta con otras especialidades. *Consuelo Escudero Álvaro, Violeta Suarez Blázquez* 175

3.2 Los programas de enlace con los servicios hospitalarios. El proceso salud-enfermedad. El trabajo en equipo. *Pedro Pérez* 183

3.3 Programa de Cuidados paliativos. *Javier Barbero, Irene Esperón* 197

3.4 Programa de atención psicológica al dolor crónico. *Marina Sánchez Caballero, Rodrigo Viejo García, Mar Rivas Rodríguez, Marta G. Rojo Carrera* 217

3.5 Situando la psiquiatría perinatal en el hospital general. *Mª Victoria Rodríguez Noguera, David Simón Lorda, Mónica Minosbka Moreira Martínez, Tatiana Bustos Cardona, Ignacio Gómez -Reino Rodríguez*..... 223

3.6 Programa de atención psicológica con neonatos de alto riesgo y sus familias (Programa de atención temprana). *María Martín Martínez, David Nosti Mendoza, Idoia Palacios Agúndez Lidia Herreros Lletjos*..... 239

3.7 Intervención psicosocial y educativa en pediatría. *Laura Rios Espuny, Ana Martínez Soto, Mª José Iñiguez Tárraga, Ana María Hermosilla Pasamar*... 245

3.8 Programa de atención psicológica al paciente con daño cerebral adquirido. *Miguel Anxo García Álvarez*..... 263

3.9 El síndrome de desgaste profesional desde la perspectiva de la psiquiatría de enlace. *José Carlos Mingote Adán, M. Hernández Álvarez, Teresa Martín Acero, Macarena Gálvez Herrer, Covadonga Caso Pita, Bernardo Moreno*..... 279

Capítulo 4.- Programas especiales

4.1 Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Mª Del Pilar Valladares Rodríguez, Marta Jalón Urbina, Ana Pérez Zabalza, Josefa Alonso Fernández*..... 311

4.2.Autolesiones en pacientes con TCA. El impacto de las redes sociales. *Mª Dolores Gómez Castillo, María Teresa Pérez, Verónica Escrivá Saez, Belén Sánchez Navalón, María Antonia Font Payeras, Juan Antonio Estevez Salinas* 321

4.3 Salud mental infanto-juvenil en el hospital general. *Elisa Seijo Zazo, Alicia Díaz de la Peña*..... 337

Capítulo 5- El enfoque de DDHH y ético

5.1. El enfoque de Derechos Humanos y Ético en el Hospital General. *Margarita Blanco Prieto, María Dieguez Porres, Alberto Fernández Liria, Isabel Mirapeix Bedia, Ana Moreno Pérez, Déborah Ortiz Sánchez, Salvador Ruiz Murugarren, María Sánchez Pascual*..... 351

5.2. Evaluación de los Derechos Humanos en la atención a la salud mental...y los usuarios participan. *Beatriz Camporro Roces, Susana Santamarina Montila.*..... 391

"Quizás no seamos los sujetos de la angustia,
sino su escenario;
ni de los sueños, sino su escenario;
ni de la enfermedad, sino su escenario;
ni del éxito o el fracaso, sino su escenario"

JUAN JOSÉ MILLÁS, *El Mundo*

RELACIÓN DE AUTORES

- **ACUÑA GALLEGO, Mª Jesús.** Psiquiatra. Jefe de Sección. Complejo Hospitalario de Pontevedra

- **ALONSO FERNÁNDEZ, Josefa.** Diplomada Universitaria de Enfermería. Supervisora Área de Gestión Clínica de Salud Mental de Oviedo-Asturias

- **ANGOSTO SAURA, Tiburcio.** Psiquiatra. Hospital Vithas Nª Sª de Fátima. (Vigo). Ex -Jefe de Servicio de Salud Mental del Servicio Gallego de Salud.

- **APARICIO BASAURI, Víctor.** Psiquiatra. Ex -Asesor Subregional de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud para Centroamérica, Caribe Latino y México. Ex -Jefe de Servicio de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

- **BARBERO GUTIÉRREZ, Javier.** Psicólogo clínico. Servicio de Hematología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

- **BLANCO PRIETO, Margarita.** Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid)

- **BUCETA HAZAS, José L.** Diplomado Universitario de Enfermería, especialista en Salud Mental. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Servicio Gallego de Salud.

- **BUSTOS CARDONA, Tatiana.** MIR Psiquiatría. Hospital Santa María Nai. Complexo Hospitalario Universitario. Ourense.

- **CAMPORRO ROCES, Beatriz.** Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP). Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

- **CASO PITA, Covadonga.** Jefa del Servicio de Prevención y Salud Laboral del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

- **DÍAZ DE LA PEÑA, Alicia.** Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. Oviedo

- **DIÉGUEZ PORRES, María.** Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid)

- **EMETERIO DELGADO, Cristina.** Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

- **ESCRIVÁ SAEZ, Verónica.** Terapeuta ocupacional. Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

- **ESCUDERO ÁLVARO, Consuelo.** Psicóloga clínica. Programa de niños y adolescentes. Centro de Salud Mental de Getafe (Madrid).

- **ESPERÓN RODRIGUEZ, Irene.** Psicóloga clínica. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Nicolás Peña EOXI. Vigo

- **ESTÉVEZ SALINAS, Juan Antonio.** Psiquiatra. Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
- **FERNÁNDEZ GARCÍA, Graciano.** Psiquiatra. Área VII (Mieres) de Salud Mental del Principado de Asturias.
- **FERNÁNDEZ-HIERRO, Juan L.** Psiquiatra. Coordinador Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Hospital Nicolás Peña- Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).
- **FERNÁNDEZ LIRIA, Alberto.** Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid)
- **FONT PAYERAS, Mª Antonia.** Psicóloga clínica. Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
- **GÁLVEZ HERRER, Macarena.** Psicóloga. Madrid
- **GARCÍA ÁLVAREZ, Miguel Anxo.** Psicólogo clínico. Servicio de Psiquiatría (Unidad de Interconsulta y Enlace). Hospital Universitario de Santiago de Compostela. Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña).
- **GARCÍA GONZÁLEZ, Lara.** Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.
- **GÓMEZ CASTILLO, Mª Dolores.** Psicóloga clínica Servicio Salud Mental UTCA CHUAB. Decana Colegio Oficial Psicología de Castilla la Mancha.
- **GÓMEZ-REINO RODRÍGUEZ, Ignacio.** Psiquiatra. Servicio de psiquiatría. Hospital Santa María Nai. Complexo Hospitalario Universitario. Ourense.
- **GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, Manuel.** Psiquiatra. Presidente de la Fundación para la Investigación y Tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Ex –Presidente de la International Society for the Psychological and Social Approaches to Psychosis.
- **GONZÁLEZ GÓMEZ, Estrella.** Psicóloga clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Servicio Gallego de Salud.
- **HERMOSILLA PASAMAR, Ana María.** PIR psicología clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- **HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, M.** Psiquiatra. Psicoterapeuta. Universidad Autónoma de Madrid/ Clínica Tavistock de Londres
- **HERREROS LLETJÓS, Lidia.** PIR psicología clínica. Hospital Universitario de Getafe (Madrid).
- **HUERGO LORA, Covadonga.** Psiquiatra. Área VII (Mieres) de Salud Mental del Principado de Asturias.
- **ÍÑIGUEZ TÁRRAGA, Mª José.** Trabajadora Social. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- **JALÓN URBINA, Marta.** Psiquiatra. Área Sanitaria de Oviedo.

- **MARTÍN ACERO, Teresa.** Diplomada Universitaria en Enfermería. Subdirectora de Enfermería del Hospital Clínico de San Carlos. Madrid
- **MARTÍN MARTÍNEZ, María.** PIR psicología clínica. Hospital Universitario de Getafe (Madrid).
- **MARTÍNEZ SOTO, Ana.** Coordinadora EAEHD (Equipo de Atención Educativa Hospitalaria y Domiciliaria). Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- **MARTÍNEZ VICO, Paula.** MIR psiquiatría. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Hospital Nicolás Peña- Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).
- **MINGOTE ADÁN, José Carlos.** Psiquiatra. Psicoterapeuta. Madrid
- **MIRAPEIX BEDIA, Isabel.** Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid)
- **MOREIRA MARTÍNEZ, Mónica Minoshka.** MIR Psiquiatría. Servicio de psiquiatría. Hospital Santa María Nai. Complexo Hospitalario Universitario. Ourense.
- **MORENO, Bernardo.** Psicólogo. Catedrático de Psicología Clínica y de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid
- **MORENO PÉREZ, Ana.** Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid)
- **MUÑOZ RODRÍGUEZ, Karina.** MIR psiquiatría. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Hospital Nicolás Peña- Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Pontevedra).
- **NOSTI MENDOZA, David.** PIR psicología clínica. Hospital Universitario de Getafe (Madrid).
- **ORTIZ SÁNCHEZ, Déborah.** Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid)
- **PALACIOS AGÚNDEZ, Idoia.** Psicóloga clínica. Hospital Universitario de Getafe (Madrid).
- **PEDREIRA CRESPO, Víctor.** Psiquiatra. Ex Jefe de Servicio de Salud Mental. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Servicio Gallego de Salud.
- **PÉREZ GARCÍA, Pedro.** Psicólogo clínico. Psicoanalista. Ex Jefe de la Unidad de Psicología Clínica del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid.
- **PÉREZ ZABALZA, Ana.** PIR psicología clínica. Área Sanitaria de Avilés-Asturias.
- **RÍOS ESPUNY, Laura.** Psicóloga clínica. USMIJ: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- **RIVAS RODRÍGUEZ, Mar.** PIR psicología clínica. Hospital Universitario de Getafe (Madrid).
- **RODRÍGUEZ, Jorge J.** Psiquiatra. Jefe de la Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., EEUU
- **RODRÍGUEZ ESPAÑOL, Paloma.** Trabajadora social. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Servicio Gallego de Salud.

- **RODRÍGUEZ GARCÍA, Victoria.** Psiquiatra. Trabajó en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Servicio Gallego de Salud.
- **RODRÍGUEZ NOGUERA, Mª Victoria.** MIR Psiquiatría. Hospital Santa María Nai. Complexo Hospitalario Universitario. Ourense.
- **ROJO CARRERA, Marta G.** PIR psicología clínica. Hospital Universitario de Getafe (Madrid).
- **RUIZ MURUGARREN, Salvador.** Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid)
- **SÁNCHEZ CABALLERO, Marina.** PIR psicología clínica. Hospital Universitario de Getafe (Madrid).
- **SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, Ana Esther.** Psiquiatra. Jefa de Servicio del área VII (Mieres) de Salud Mental del Principado de Asturias.
- **SÁNCHEZ NAVALÓN, Belén.** Profesora aula hospitalaria. Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
- **SÁNCHEZ PASCUAL, María.** PIR psicología clínica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid)
- **SANTAMARINA MONTILA, Susana.** Psiquiatra. Directora Asistencial Área Sanitaria de Arriondas. Asturias.
- **SEIJO ZAZO, Elisa**. Psiquiatra. Unidad de Hospitalización de Adolescentes. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo
- **SIMÓN LORDA, David.** Psiquiatra. Servicio de psiquiatría. Hospital Santa María Nai. Complexo Hospitalario Universitario. Ourense.
- **SUÁREZ BLÁZQUEZ, Violeta.** Psicóloga clínica. Centro de salud Mental de Majadahonda-Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid
- **TIZÓN, Jorge L.** Psiquiatra, neurólogo, psicólogo y psicoanalista (SEP-API). Profesor del Institut Universitari de Salut Mental de la Universitat Ramón Llull. Barcelona.
- **TOLOSA PÉREZ, Mª Teresa**. Psiquiatra. Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
- **VALLADARES RODRÍGUEZ, Mª Del Pilar.** Psiquiatra. Responsable Unidad para el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.
- **VIEJO GARCÍA, Rodrigo.** PIR psicología clínica. Hospital Universitario de Getafe (Madrid).
- **WILLEMS AGUADO, Ana Isabel.** Psiquiatra. Clínica Somió. Gijón-Asturias.

PRÓLOGO

Los servicios de salud mental de los hospitales generales han estado en el centro de muchas tensiones, cambios y vicisitudes históricas, y su papel y funciones han estado con frecuencia mal definidos respecto al conjunto de la organización asistencial, y sometidos a intereses muy contradictorios.

Por eso, cuando Víctor Aparicio y Tiburcio Angosto propusieron a la Asociación Española de Psiquiatría esta ponencia para su XXVI Congreso del 2015, los socios aceptaron, con mucho interés, la pertinencia y la necesidad de la misma.

A lo largo de la historia de la Psiquiatría – incluso antes de que la misma Psiquiatría existiese como ciencia – hubo profesionales más biologicistas, que consideraban al cerebro como el origen de todos los trastornos mentales, y otros con visiones más globales que veían a las personas y sus contextos en la causa de estos trastornos y en la consideración de su posible abordaje.

Algo similar ocurrió con las instituciones que se ocupaban de estos pacientes. Sin ir más allá de la Edad Moderna, la creación de los asilos estuvo inicialmente asociada a una visión global de los pacientes y su rehabilitación. Pero durante el siglo XIX muy pocas instituciones asilares conseguían financiación pública suficiente para perseguir sus objetivos rehabilitadores y organizarse como lugares de terapia. La rehabilitación – la reeducación moral - dejó de ser parte de la ideología y los intereses dominantes, y la penuria de los asilos corría paralela a la primacía de sus funciones custodiales.

Simultáneamente, en la segunda mitad del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, la medicina, con las innovaciones tecnológicas y el método positivista, logrará avances considerables en la clínica, y sobre todo en la higiene y en la bacteriología, y conseguirá ubicarse como una ciencia más de las ciencias naturales en busca de un conocimiento objetivo, racional, demostrable y predictible. Y en la medida que demostraba su eficacia la medicina se revalorizaba socialmente. Algo que también ocurría con los hospitales generales, que iban superando el estigma de hospitales para pobres y convirtiéndose en hospitales para toda la comunidad.

Con los hospitales generales municipales, provinciales y regionales que se iban creando con la industrialización, la medicina quiso transmitir también una imagen de más eficacia que la que realmente tenía, separando enfermedades agudas y crónicas, seleccionando para si las primeras y relegando las llamadas crónicas a otros centros distintos a los hospitales generales.

La psiquiatría trató de mimetizarse con el resto de la medicina. Como ya los asilos se habían convertido mayoritariamente en centros de crónicos, o empezaron a dividir en su interior espacios o pabellones diferentes para agudos y crónicos, o ubicaron servicios de psiquiatría en algunos hospitales generales, o más frecuentemente crearon pequeños hospitales o clínicas municipales o universitarias para la admisión y selección de pacientes, desde donde enviaban a los asilos aquellos enfermos no deseados o con estancias más prolongadas.

En las últimas décadas del siglo XIX había en muchos lugares de Europa y los Estados Unidos dos tipos de instituciones para la hospitalización de enfermos mentales. Pero dos instituciones perfectamente escalonadas. En una de ellas, las corrientes "somaticistas", que eran minoritarias a comienzo del siglo XIX, empezaron a imponerse en las décadas finales de ese siglo en los hospitales generales, y revindicaban para sí la ciencia, la investigación, la enseñanza y una eficacia abiertamente enmascarada por la canalización sistemática de gran parte de sus enfermos a los hospitales psiquiátricos.

Como suele ocurrir a menudo, muchos profesionales confundieron su ubicación institucional con sus cualidades personales. Los "somaticistas", de los hospitales generales atacaron sin piedad a los alienistas de los asilos y su visión todavía psicológico-moral, y se ufanaban de sus supuestas habilidades para tratar a los enfermos mentales en el hospital general, incluso ambulatoriamente, sin el internamiento innecesario y destructivo del asilo, pero callaban que eran ellos mismos quienes remitían al asilo la mayoría de los pacientes.

Los psiquiatras de los hospitales generales y las clínicas municipales o universitarias se asimilaron a la medicina ocupándose de la neurología, autotitulándose "neuropsiquiatras", y asumieron con mucho interés las neurosis, de las que se ocupaban hasta entonces los internistas, pero rehuían fácilmente las psicosis que, desde sus presupuestos pesimistas, consideraban incurables y más propias de la reclusión custodial de los hospitales psiquiátricos.

En cualquier caso, la psiquiatría reduccionista y organicista, que se articulaba bien con los primeros laboratorios de psicofisiología, inició el siglo XX con la frustración de no verificar la mayoría de sus hipótesis y un marcado pesimismo y

nihilismo, que ponía en cuestión una supuesta eficacia terapéutica que no podía demostrar.

El hipnotismo, la sugestión, el psicoanálisis y otras psicoterapias, el nacimiento de la psiquiatría infantil y el movimiento de higiene mental, empezarán a dar una nueva perspectiva a los problemas psicopatológicos, y a su relación con el desarrollo de las personas y los conflictos surgidos en el contexto de las relaciones sociales y las dinámicas familiares. Y con esta nueva perspectiva aparecerán nuevos abordajes psicoterapéuticos individuales, familiares, grupales, y un gran interés por intervenciones preventivas y sociales.

En las primeras décadas del siglo XX ya había numerosos dispensarios o centros ambulatorios, algunos de ellos específicos para niños y otros para el tratamiento del alcoholismo. También se abrieron consultas ambulatorias en hospitales generales y psiquiátricos. Poco a poco fue calando en los más avanzados una visión más global, psicológica y dinámica de los problemas mentales y su tratamiento, aunque la mayor parte de la psiquiatría académica y asilar permaneciese anclada en el materialismo biologicista y sus tratamientos de choque.

Con la II Guerra Mundial cambiaron las relaciones sociales y las institucionales, también en los servicios psiquiátricos. Proliferaron las reformas democráticas de los asilos, los dispositivos y terapias de rehabilitación y las comunidades terapéuticas. Se crearon numerosos centros ambulatorios, de crisis, y muchos otros específicos. Las psicoterapias se incorporaron a las prácticas habituales de la psiquiatría. La medicina psicosomática favoreció las interconsultas en los hospitales generales, que se desarrollaron muy irregularmente en cada país. Sus servicios de psiquiatría, generalmente vinculados a las universidades, priorizaban la docencia y la investigación, y como islotes privilegiados, ajenos a cualquier otro compromiso asistencial, filtraban la asistencia que prestaban de acuerdo con sus propios intereses y prioridades.

Buena parte de los servicios de psiquiatría de los hospitales generales persiguieron mantener ese status, sin más implicación con los demás servicios de salud mental que la imprescindible para derivar enfermos. Pero en las sociedades más avanzadas, ya en las últimas décadas del siglo XX, aumentaron las exigencias y demandas sobre la calidad de los servicios sanitarios y una asistencia psiquiátrica que pivotase sobre el asilo era totalmente insostenible. Las reformas sanitarias y psiquiátricas, que se iniciaron en muchos países, van a afectar decisivamente a los hospitales generales y a sus unidades o servicios de psiquiatría.

La organización comunitaria y sectorizada de los servicios de salud mental y el desmantelamiento de los asilos les obligará a asumir las necesidades de hospitaliza-

ción correspondientes de áreas poblacionales definidas. Lo que supuso un vuelco considerable sobre su funcionamiento previo, con frecuentes tensiones y conflictos, con una actitud bastante generalizada de resistencia pasiva ante las reformas psiquiátricas comunitarias, que desplazaban el peso de la asistencia a los centros de salud mental, y obviamente, con una crítica abierta al desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos, sin cuya cobertura no se podían imaginar.

Las reformas psiquiátricas comunitarias han sido muy heterogéneas, insuficientes e incompletas, y con frecuencia además con escasos recursos. En los lugares donde persisten los hospitales psiquiátricos, las unidades de los hospitales generales han cambiado poco. Donde se han desmantelado, se han cometido a menudo algunos errores derivados , bien de una equivocada equivalencia histórica entre internamiento, represión y custodia, o de un optimismo exagerado sobre la innecesariedad de gran parte de las hospitalizaciones y de mayores posibilidades de abordaje ambulatorio de muchas crisis.

Así, con esos prejuicios, se han planificado y diseñado unidades de hospitales generales con un número tan reducido de camas y de personal, que son incapaces de atender las demandas existentes de internamiento, y acaban funcionando como unidades de cuidados psiquiátricos urgentes o involuntarios, con estancias tan breves como antiterapéuticas, que no ayudan, sino que agravan la situación de los pacientes, y hacen más difícil su posible atención ambulatoria.

Otros prejuicios, derivados estos de la preminencia de la atención comunitaria, han pretendido reducir los servicios de psiquiatría del hospital general a meras unidades de internamiento, mutilándolas de cualquier otro dispositivo y funciones terapéuticas que pueden y deben cumplir respecto a la salud mental en múltiples facetas y en padecimientos somáticos , aprovechando además el papel relevante de los hospitales generales en la atención médica y la actitud favorable hacia ellos de la población.

Junto a esos u otros errores de planificación, ha sido bastante frecuente, y no sólo en administraciones públicas conservadoras, subordinar el poder organizativo al poder académico, es decir, darle el poder institucional a quienes no estaban motivados en absoluto por la asistencia psiquiátrica pública, sino más bien por su práctica privada, y que incluso combatían, de forma abierta o encubierta, contra el desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos, y observaban con bastante escepticismo el desarrollo de los servicios psiquiátricos comunitarios.

Ese poder académico, tradicionalmente ubicado en algunos hospitales generales, cuando ha sido favorecido por responsables políticos sanitarios afines, o deseo-

sos de congraciarse con ellos en espera de futuras reciprocidades, no ha dudado lo más mínimo en satelizar en torno al servicio de psiquiatría del hospital general todas las instituciones de salud mental de su área de influencia. Y aún peor, imponer en ellas el modelo médico-biológico reduccionista, que ha resurgido en el último cuarto de siglo por la enorme influencia de la industria farmacéutica en la investigación, la docencia y la práctica psiquiátrica.

Este biologicismo rampante está nucleado entorno a algunos servicios de psiquiatría de hospitales generales, donde cualquier psicoterapia es un lujo superfluo y el ambiente terapéutico música celestial. En ellos, la formación de los nuevos profesionales es completamente ajena a la importancia de las relaciones terapéuticas, y la visión global de las personas con trastornos mentales ha sido sustituida por enumeraciones inconexas de síntomas, escalas, manuales diagnósticos y vademécums farmacológicos. Un equipamiento de habilidades que, si ya es muy pobre para el ejercicio profesional en el hospital general, lo es mucho más en cualquier otro dispositivo de la psiquiatría comunitaria.

La generalización simplista y cómoda del modelo reduccionista médico-biológico afecta a la organización misma de los servicios de psiquiatría de los hospitales generales, que pretenden asimilarse torpemente a las estancias medias y otros parámetros de gestión clínica de los servicios médico-quirúrgicos, y no defienden su singularidad y sus necesidades. Y afecta muy especialmente al conjunto de la organización de servicios comunitarios de salud mental, diseñados para la atención completa de personas con trastornos mentales, entendidas en sus biografías y en sus relaciones familiares y sociales, y no como puros portadores de síntomas.

Pero si la generalización del modelo médico-biológico corroe la psiquiatría comunitaria desde dentro, durante este siglo XXI son las políticas neoliberales, desde fuera, las que más lo amenazan, con la privatización descarada de los servicios sanitarios públicos. Ya a finales del siglo XX surgieron residencias y asilos psiquiátricos privados dispuestos a la concertación, es decir, a sacar beneficio económico del desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos públicos y el exiguo número de camas para la hospitalización de pacientes mentales que algunos gestores concedieron a los hospitales generales. Pero en este siglo, en algunos lugares, la privatización, para obtener beneficios privados de los servicios públicos con dinero público, es un asalto tan premeditado como peligroso, que afecta de lleno a los servicios sanitarios y también los de salud mental.

La privatización de los servicios de salud mental abarca toda la gama de instituciones. Empezaron con las de larga estancia, siguieron con las de media estancia, las

comunidades terapéuticas, los centros de rehabilitación, los hospitales de día - tanto infanto-juveniles como de adultos- los centros de salud mental, y finalmente junto con la privatización completa de hospitales generales, también la de sus unidades de psiquiatría, que unas veces han suprimido, concertando sus servicios con otros centros privados, a veces a muchos kilómetros de distancia, y que siempre han puesto en cuestión, en ocasiones prescindiendo hasta de las interconsultas, con recursos escasísimos, incluso para una práctica meramente farmacológica, que es además, en estos centros privatizados, la única que habitualmente parece posible.

A las empresas privatizadoras de instituciones sanitarias públicas la sectorización no les interesa porque la consideran un obstáculo peligroso al lucro que persiguen. Por eso acuerdan fórmulas de canalización de los enfermos económicamente gravosos y procedimientos que les faciliten la selección o exclusión de los pacientes que atienden, o simplemente que las mismas administraciones, que les van concediendo sus negocios, supriman las barreras y obligaciones de una planificación sectorizada de las demandas sanitarias bajo eufemismos como llamar área única a la eliminación de las áreas sanitarias.

En algunos lugares, la supresión de la sectorización, la ausencia de una política general específica en salud mental, y la delegación local en los gerentes de cada hospital general de las decisiones organizativas a tomar en la asistencia psiquiátrica, no sólo de los servicios de psiquiatría del mismo hospital, sino de centros de salud mental y otras instituciones, pueden suponer el comienzo del fin de la organización psiquiátrica comunitaria y un retroceso de muchas décadas.

Por eso esta ponencia es muy necesaria en estos momentos, y nos ofrece a los miembros de la Asociación Española de Neuropsiquiatría unos textos documentados y valiosos para reflexionarlos y debatirlos en una asociación de vanguardia como la nuestra, que promovió en nuestro país las reformas psiquiátricas de las últimas décadas , y que debe y quiere ahora defenderlas y actualizarlas a la luz de los cambios sociales y sanitarios y sus consecuencias en la asistencia psiquiátrica, reanalizando las instituciones claves de la organización comunitaria , y entre ellas redefiniendo también el lugar y las posibilidades de los servicios de salud mental en el hospital general.

Manuel González de Chávez

1

Capítulo 1.
Aspectos históricos y conceptuales.

1.1. EL COMPONENTE DE SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL GENERAL

Víctor Aparicio Basauri, Tiburcio Angosto Saura

EVOLUCIÓN DEL HOSPITAL GENERAL

El Hospital General es un escenario donde los ciudadanos han visto como el orden social aborda los problemas de salud. Sin embargo, en sus orígenes no fue así. El término hospital *"viene de hospitium, la acogida del huésped y el albergue"* (1). En el siglo XVII, cuando se crean este tipo de hospitales sí que tienen esta connotación de albergue, pero no bajo *"ninguna idea médica"* como señala Foucault (2) sino donde se encierra en un mismo lugar a *"los pobres, a los desocupados, a los mozos de correccional y a los insensatos"* (2). Eso ocurre con la creación del Hôpital Général de Paris en 1656, que agrupa a diversos establecimientos de la ciudad bajo una sola administración y como *"una instancia de orden"* (2). En 1676 un edicto establece la creación de estos hospitales en todas las ciudades del Reino de Francia (3). En vísperas de la revolución francesa existían este tipo de hospitales en *"32 ciudades provincianas"* (2) de Francia. El mismo modelo se extendió por otros países europeos.

Será en el siglo XIX donde el Hospital General se consolida como institución médica, pero a la vez también se consolidan los hospitales psiquiátricos como instituciones separadas de los hospitales generales, en general alejadas de los núcleos urbanos y donde se recluye a los locos en muchas ocasiones bajo el espíritu utópico del "tratamiento moral". Los principios fundamentales de este tratamiento son *"el aislamiento del loco de su medio considerado patógeno, darle un trato humano, mantener una disciplina que favorezca el autocontrol y la terapia por el trabajo"* (4). Un pensamiento utópico que fortaleció el desarrollo de los hospitales psiquiátricos y que no preveía que el encierro de la locura llevaba a la exclusión y a la pérdida del ejercicio de la ciudadanía para estas personas. Las legislaciones nacionales del siglo XIX dieron sustento legal a esta exclusión de los enfermos mentales, un ejemplo es la renombrada ley francesa de 1838 que sirvió como modelo a las legislaciones de otros países. Al final se consolida un modelo de atención psiquiátrica caracterizado por el estigma, la exclusión social, los cuidados custodiales y el

nihilismo terapéutico (5). De esta forma, durante el siglo XIX y primera mitad del siglo XX esta separación, en cuanto a la atención de los enfermos mentales, entre hospital general y hospital psiquiátrico será el modelo hegemónico en los países.

Con la Segunda Guerra Mundial se da un impulso a la incorporación de los servicios de psiquiatría en los hospitales generales (6) (7). Los primeros pasos se pueden ver en el primer informe sobre *"Funciones de los hospitales en los programas de protección de la salud"* que hace un comité de expertos en Organización de la Asistencia Médica de la OMS[1] (8). Este informe tiene una visión hospitalocéntrica de la atención sanitaria, pero a su vez propone que los hospitales deben estar territorializados y deben prestar también atención ambulatoria y domiciliaria. En cuanto a salud mental consideran que *"convendría que el hospital dispusiera , dentro de su recinto, de un servicio de psiquiatría para los casos precoces y agudos de trastornos psiquiátricos, mientras que los enfermos mentales que necesiten un largo tratamiento deberían ser trasladados a un hospital psiquiátrico u otra institución médica adecuada o cuidados en su domicilio"* además vislumbra lo que puede ser la interconsulta al señalar que *"La existencia de un departamento de psiquiatría en el hospital general facilitaría las consultas frecuentes con otros servicios".* Sin embargo, hay otros acontecimientos que influyeron en el desarrollo de la salud mental dentro de los hospitales generales. La aparición de nuevos tratamientos, como los neurolépticos o los antidepresivos, que introdujeron un "optimismo" terapéutico en el campo de la atención psiquiátrica y una cierta homologación de la psiquiatría a otras especialidades médicas, pero al mismo tiempo aparecieron nuevas actitudes hacía la protección de los Derechos Humanos lo que conllevó una mirada muy crítica hacia la situación de los hospitales psiquiátricos (5). Un ejemplo de esta nueva mentalidad fue el mensaje del Presidente Kennedy al congreso de EEUU en 1963 donde se defendía con claridad la psiquiatría comunitaria y la atención de salud mental en los hospitales generales (7). En ese año de 1963 se aprobó en EEUU la "Community Mental Health Act" (CMHA) que significaba el desarrollo de una estrategia de salud mental comunitaria con la creación de centros de salud mental, hospitalización en hospitales generales y una política de desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos. La Joint Commission on Mental Illness and Mental Health había realizado un informe en 1961 que fue la base del CMHA de 1963 y donde se proponía que *"Ningún Hospital General de la comunidad debe considerarse que rinde un servicio completo a menos que acepte pacientes mentales para la hospitalización corta y que disponga por consiguiente de una unidad de psiquiatría o de camas psiquiátricas"* (7).

[1] La OMS se fundó el 7 de abril de 1948.

Juntos a los avances psicofarmacológicos y en DDHH, hay otros dos fenómenos que tuvieron incidencia en la expansión de los servicios de psiquiatría en los hospitales generales. Uno fue el desarrollo en un amplio grupo de países de los servicios nacionales de salud de carácter universal y gratuito, como fue el caso del Reino Unido o Suecia. Los Servicios Nacionales de Salud con estas características conllevan la necesidad de una planificación de la atención descentralizada y territorializada, organizada por niveles jerárquicos de atención, desde el nivel de atención primaria de salud al nivel más especializado, lo que favorece la expansión de los hospitales generales a través de las áreas de salud que se van creando. Sin embargo, a partir de la década de los 70 el mayor impulso vino con el fenómeno de la desinstitucionalización que tuvo como paradigma la situación italiana iniciada e impulsada por Franco Basaglia y su equipo en las experiencias de los hospitales psiquiátricos de Gorizia y Trieste y que dio lugar a que se aprobará en Italia la Ley 180 de 1978 que abolía los hospitales psiquiátricos y promovía una salud mental comunitaria que incluía los servicios de salud mental de los hospitales generales, pues los servicios de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales fueron vistos como una alternativa más normalizadora para la hospitalización de pacientes agudos con problemas de salud mental. Un informe de la Oficina Regional de la OMS para Europa de 1985 (9) consideraba que las principales virtudes de favorecer el desarrollo de unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales estaba en que colocaba a la psiquiatría y el tratamiento de las enfermedades mentales en igualdad con el resto de las especialidades médicas, pero además vislumbraba que esto reduce el estigma hacia los pacientes con problemas de salud mental y favorece la cooperación con las otras especialidades sobre todo cuando hay problemas de comorbilidad con componentes físicos y psíquicos. En el mismo trabajo (9) se compararon los datos de 1972 publicados por May[2] con los recogidos en este informe de OMS para el año1982 sobre camas y unidades hospitalarias de salud mental en hospitales generales de 17 países de la región europea de la OMS y se aprecio que se paso de 408 unidades hospitalarias en 1972 a 615 en 1982, lo que supuso un aumento del 50% en esos 10 años. El mismo aumento se dio en el número de camas, pues se pasó de 24971 en 1972 a 37398 en 1982. Al final, se apreciaba que había en Europa países que habían iniciado un cambio es su modelo de atención en salud mental hacía formas mas normalizadoras. Sin embargo, 20 años más tarde en la Conferencia de Salud Mental de 2005 en Helsinki se señalaba

[2] May AR. Mental health services in Europe. Geneva, World Health Organization, 1976 (WHO Offset Publication No. 23).

(10) que todavía había una brecha importante en la atención a la salud mental de la región europea y en concreto se apreciaba que la desinstitucionalización no era un fenómeno tan extendido en el conjunto de la región europea de tal forma que dos tercios de las camas psiquiátricas aún estaban en hospitales psiquiátricos. El cambio de modelo ha encontrado resistencias en muchos países.

En otras áreas geográficas, como es la Región de las Américas donde una gran parte de los países tienen sus servicios de salud mental fuertemente centralizados en las capitales o en las grandes urbes, el desarrollo de unidades de salud mental en los hospitales generales está sirviendo también para descentralizar la atención de salud mental y así conseguir una mejor accesibilidad por parte de los usuarios, lo cual permite disminuir la brecha de atención. En ese sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) plantea en su "Estrategia y plan de acción sobre salud mental" (2009) la creación de unidades de salud mental en hospitales generales como una alternativa a la hospitalización en hospitales psiquiátricos y añade que esta descentralización también precisa de desarrollar el componente de salud mental en el nivel de la atención primaria de salud (11).

SU DESARROLLO EN ESPAÑA

Al igual que en otros países europeos en España se reglamenta sobre la hospitalización de los enfermos mentales durante el siglo XIX con la mirada puesta en recluirlos en lugares apartados y separados del resto de los pacientes. La ley de Beneficencia de 1822 señala en su artículo 107 que los manicomios estén separados del resto y en su artículo 120 que se ubiquen fuera de las capitales de provincia (4). Respecto a los hospitales generales, esta ley de 1822 y posteriormente la de Beneficencia de 1849 señalan que las instituciones hospitalarias de forma general son para los que no tienen casa o padecen enfermedades peligrosas para la comunidad (12), dado que la asistencia normalizada se considera que debe ser domiciliaria. Es un siglo en que predomina el carácter de beneficencia de la asistencia hospitalaria.

En el siglo XIX las instituciones hospitalarias españolas, aunque con ese carácter de beneficencia, van adquiriendo progresivamente un encuadre médico. Sin embargo, la psiquiatría como disciplina médica comienza a despuntar en España a finales del siglo XIX, previamente eran médicos generales los que veían los problemas de salud mental y los que poco a poco fueron adquiriendo experiencia con la observación y tratamiento de casos psiquiátricos, un ejemplo es el médico Faustino

Roel[3] que hacia mediados del siglo XIX hace referencia a su trabajo en la sala de enajenados del Hospital Provincial de Oviedo (13) con casos agudos que llegaban desde los distintos concejos asturianos y que si se cronificaban eran trasladados a los manicomios de Valladolid o Zaragoza. Es en el año1885 que mediante un Real Decreto se reglamenta la hospitalización de los enfermos mentales y en el año 1887 otro Real Decreto autoriza a las Diputaciones Provinciales a construir manicomios, aunque para esas fechas ya había 26 manicomios en el país (4). La realidad iba por delante de la norma y poco a poco se va extendiendo el modelo institucional psiquiátrico.

El carácter de beneficencia de la atención sanitaria se mantiene hasta mediados del siglo XX y es con la Ley de Hospitales de 1962 donde se abandona ese carácter de beneficencia de los hospitales (14). En general, la organización de los hospitales en esa época estaba en compartimentos estancos (diputaciones provinciales, seguridad social, gobierno central, ordenes religiosas,..etc) y su planificación no obedecía a criterios relacionados con una organización sanitaria territorializada. En este contexto, cada hospital tenía un desarrollo muy autónomo y dependiente de la influencia de los poderes políticos y sociales locales. La Ley de hospitales de 1962 buscaba introducir racionalidad en este sistema hospitalario que además había tenido una cierta expansión desde que se crea en 1942 el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Sin embargo, en 1963 un año después de la promulgación de esa ley, el modelo imperante seguía siendo el de las instituciones psiquiátricas y así vemos que en ese año el número de hospitales psiquiátricos era de 124 con 39.329 camas (14) y siete años más tarde (1970) el número de camas habían aumentado hasta las 42.751 (15). En la década de los 70 y con el apoyo de los Planes de Desarrollo de la Dictadura se siguieron abriendo hospitales psiquiátricos y así en los primeros años de esa década se superaron las 50.000 camas psiquiátricas (16). En la otra cara de la moneda estaba lo que reflejaba el catálogo de hospitales de 1970 donde sobre 77 hospitales generales solo 24 tenían servicios de psiquiatría (17). Esto sin embargo no era muestra de una política de atención en salud mental coordinada e integrada en el sistema sanitario general sino más bien de esfuerzos voluntaristas promovidos por diferentes profesionales. Un ejemplo lo tenemos en la apertura de camas psiquiátricas en los Hospitales Clínicos de Granada (1962), Zaragoza (1967) y Tenerife (1970) que fueron promovidas por los profesores de esas universida-

[3] Faustino Roel (1821-1895). Se cree que el Dr. Roel veía pacientes con problemas de salud mental aproximadamente desde 1850 en las salas de medicina general del Hospital Civil de Oviedo (13). Con posterioridad se crea una sala de enajenados en ese Hospital.

des por que creían que *"los enfermos mentales debieran tener un tratamiento médico junto a los otros pacientes"* (18). Mientras, las camas psiquiátricas en los hospitales generales crecían de forma moderada y en un contexto de falta de coordinación y de planificación, e incluso de confusión. En dos estudios, con solo un año de diferencia, encontramos diferencias aparentemente inexplicables sobre el número de camas en nuestros hospitales generales, así el estudio de May con datos del año 1972 da una cifra de 645 camas y el de Ayuso y Calve para el año 1973 sube a 1236 camas (16). Estas cifras tan contradictorias muestran una realidad controvertida. Por eso una posible explicación a las diferencias entre ambos trabajos es que May solo recogiera los datos de camas de corta estancia en hospitales generales y en el de Ayuso y Calve estén también incluidas tanto las camas de corta estancia como las de larga estancia, pues se daba el caso de que existían hospitales generales que tenían en sus predios un hospital psiquiátrico, como era el caso del Hospital Provincial de Castellón con un Hospital Psiquiátrico de 180 camas dentro de un Hospital General que tenía 230 camas para el resto de la especialidades (19). Casos parecidos eran los hospitales generales de Ciudad Real y de Málaga (7). Este tipo de modelo en realidad no se diferenciaba en nada de las instituciones clásicas, pues estos hospitales psiquiátricos instalados dentro del recinto de un hospital general estaban separados del resto de los servicios del hospital general y funcionaban como "instituciones totales" en el sentido de Goffman (20). Esta separación entre las camas psiquiátricas y las camas "generales" se había dado también incluso con unidades de corta estancia como fue el caso del Hospital Clínico de Barcelona en la década de los años 50 del siglo XX, en donde las camas de la sala de psiquiatría estaban separadas del resto del hospital (6). El estigma y la exclusión de los enfermos mentales seguían incluso dentro del Hospital General.

En general, la situación al principio de la década de los años 80 del pasado siglo era de ausencia de un marco global para la atención de salud mental en el país, aunque desde mediados de la década anterior se iba produciendo una disminución importante de las camas de larga estancia de los hospitales psiquiátricos, sobre todo en lugares donde de forma autónoma se intentaba mejorar la calidad de la atención. Un ejemplo de esa situación de falta de marco global es el relatado en un informe de la Comunidad de Madrid de 1984 (21) con referencia a datos de 1982 en que sobre la hospitalización psiquiátrica dice *"Para toda la Comunidad de Madrid existían en 1982 solo dos hospitales psiquiátricos y cuatro unidades de psiquiatría en hospitales generales.."* y añade *"No existe un plan coordinado para el manejo de las relaciones entre los centros"* y además *"Sólo hay un hospital*

con compromiso asistencial expreso con la población: el Hospital Psiquiátrico Provincial". Este contexto de falta de coordinación y sin un modelo asistencial bien definido era el que precedió a la reforma psiquiátrica de 1985 y a la Ley General de Sanidad de 1986.

Este modelo variopinto, donde convivían distintos tipos de servicios psiquiátricos en los hospitales generales, sin una estrategia clara en cuanto a cómo debían estructurarse y en cuanto a su relación con los servicios comunitarios, se va a mantener hasta la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986 donde ya se establece un sistema nacional de salud que se organiza en base a la atención primaria de salud con servicios jerarquizados por niveles y donde el Hospital General es una pieza clave dentro de la adecuada territorialización de los servicios de salud.

En 1985 se realizó el *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* (22) que enmarco las bases de lo que iba a ser la Reforma Psiquiátrica en España. En el Informe se señala que *"Los hospitales generales de la red pública han de ir contemplando la atención psicológica y psiquiátrica como un elemento más de sus prestaciones"* y señalan como funciones básicas de la unidad psiquiátrica del hospital general; el tratamiento de los pacientes ingresados, la psiquiatría de enlace del hospital, el apoyo a la urgencia hospitalaria y las funciones docentes e investigadoras. La oportunidad para poner en práctica este componente de salud mental en el hospital general llegará con La Ley General de Sanidad de 1986. Esta Ley solo tiene un artículo, breve y concreto, dedicado a la salud mental, el 20, donde en su apartado 2 plantea el tema de la hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales "*La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales".* Tras este marco general que representa la Ley General de Sanidad, las Comunidades Autónomas en España van a poder planificar y normativizar sobre sus servicios de atención en salud mental. Estos cambios normativos han tenido relevancia sobre la atención de salud mental en España y han significado un autentico cambio de modelo.

La evaluación de lo ocurrido tras la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986 no es una tarea fácil dado que el Ministerio de Sanidad y Consumo no había arbitrado una estrategia de evaluación periódica con indicadores homogéneos. Desde entonces, en alguna ocasión el Ministerio ha emitido informes de evaluación, aunque poco comparables dado que la información no ha sido recogida con los mismos indicadores en las sucesivas etapas . En los primeros informes se recogía una información muy somera que se solicitaba a las comunidades autónomas,

pero sin que hubiera posteriormente una revisión sobre la calidad de los datos. Ante la escasez de información periódica, la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Profesionales de Salud Mental) creó un Observatorio de Salud Mental para tener una información lo más exhaustiva posible. Este Observatorio hasta la fecha ha recogido información de 2003, 2005, 2007 y 2009 (23)[4] mediante una encuesta ad hoc que es realizada por profesionales de salud mental en cada comunidad autónoma. Sin embargo, la presentación del informe final de cada periodo no ha seguido un formato homogéneo y aunque la información es exhaustiva resulta difícil la comparación entre periodos.

De estas evaluaciones y de otros estudios ad hoc podemos extraer algunas informaciones que nos dan luz de cómo se ha desarrollado el componente de salud mental en el hospital general en España. Inicialmente se apreció (16) que la reforma psiquiátrica en España no era un fenómeno homogéneo en las Comunidades Autónomas sino que más bien convivían diferentes formas de entender este proceso. V. Aparicio, en 1993 (16), refiere que junto a un desarrollo desigual de la reforma en varias comunidades hay también comunidades que ni siquiera la habían iniciado y otras que desarrollaban un modelo mixto. Estas últimas, en ese momento, representaban a un 20,8% de la población española y su modelo mixto incluía junto a servicios netamente comunitarios el mantenimiento de unidades de agudos en los hospitales psiquiátricos. Las comunidades autónomas que todavía en esos primeros 5 años seguían con el modelo institucional representaban el 19,6% de la población española y ni siquiera tenían un plan de salud mental en funcionamiento. Esta desarmonía entre las Comunidades Autónomas ha sido señalada por distintos autores y estudios durante estos años (24) (25) (26).

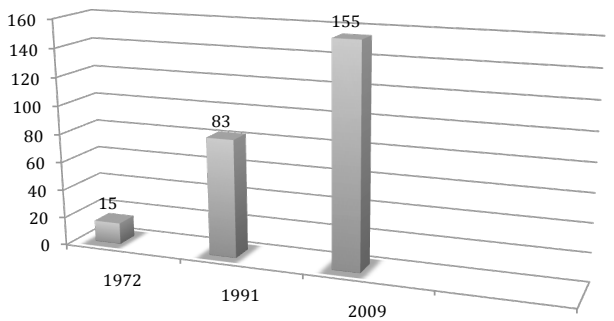
En general, se puede decir que el componente de salud mental en el hospital general ha estado muy centrado en la ubicación de unidades de hospitalización psiquiátrica para pacientes agudos, lo que ha ido unido a desarrollar el proceso de la atención de la urgencia y de la crisis en los servicios de urgencia de los hospitales generales. Estos cambios han sido paralelos a la disminución del peso de los hospitales psiquiátricos en cuanto a la atención de los pacientes agudos y de la urgencia psiquiátrica. Sin embargo, aunque la Ley de Sanidad era clara en esta materia en el Observatorio de Salud Mental de la AEN de 2005 (27) con datos de 2003, es decir 17 años después de la promulgación de la Ley, todavía se podía observar que en 6 comunidades autónomas de las 17 que había en el estado español todavía existían unidades de hospitalización para pacientes agudos en hospitales psiquiátricos y en dos de ellas (Cataluña y Extremadura) tenían más camas de agudos en los hospita-

[4] En 2014 el Observatorio de la AEN inició el proceso para recoger datos del 2011 y poderlos publicar en 2015.

les psiquiátricos que en los hospitales generales. Los datos generales a nivel de estado si que señalan una tendencia clara en cuanto a la desinstitucionalización, pues de las 30084 camas que había en 1986 en los hospitales psiquiátricos se pasaron a las 5651 en 2006[5], es decir, un 81,2 % de reducción.

Un reciente estudio de OMS y la Fundación Gulbenkian de Portugal (29) en el que se recoge la opinión de expertos a nivel mundial sobre la desinstitucionalización, señala que un 64,3 % de los expertos consideraban que la ubicación de camas psiquiátricas en los hospitales generales era un método eficaz para favorecer la desinstitucionalización[6]. En España, el proceso de desinstitucionalización ha sido paralelo a la implantación de camas psiquiátricas en los hospitales generales. May (9) señalaba que en 1972 había 15 unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales en España con un total de 645 camas y un Informe del Defensor del Pueblo de 1991 (24)[7] habla de 83 unidades en hospitales generales con un total de 2379 camas. El Observatorio de la AEN (23) señala para 2009 de la existencia de 155 unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos[8] sobre un total de 337 hospitales generales públicos (30) (Gráfico 1).

Gráfico 1 : Evolución de las unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales (España)



[5] Esta cifra se ha calculado con la tasa de camas de 12,64 x 100.000 hab. para 2006 que da un informe del Ministerio de Sanidad y Consumo (28).

[6] Este método ocupaba el segundo lugar entre los señalados, siendo el primero con un 67,4% de las respuestas el desarrollo de servicios comunitarios.

[7] Este informe fue realizado por expertos de la Oficina del Defensor del Pueblo que visitaron las diferentes Comunidades Autónomas y entrevistaron a personas claves en cada una de ellas. Es un informe muy completo para entender los primeros años de la reforma psiquiátrica en España.

[8] El cálculo se ha realizado con los datos de cada comunidad autónoma de ese observatorio más 7 unidades de hospitalización de la Comunidad Autónoma de Galicia que no aparecen citadas en el informe.

Un fenómeno que se ha observado desde 1986 y del que no había una referencia concreta en el informe de la comisión para la reforma psiquiátrica es el desarrollo de unidades específicas de hospitalización. Las dedicadas a los trastornos de la conducta alimentaria son las más extendidas en el estado[9] y en ello ha influido de manera importante la presión del movimiento asociativo de familiares y personas con este tipo de problemas. El segundo grupo son las unidades de hospitalización para jóvenes de entre 12 y 18 años que se están implementando desde la anterior década y cuyo desarrollo no solo ha obedecido a cuestiones técnicas sobre el abordaje a los problemas de salud mental de esta población sino también como una medida de protección de derechos con el fin de que los jóvenes que pueden precisar un ingreso en determinadas circunstancias no fueran ingresados en unidades de adultos[10]. El tercer grupo son las unidades de desintoxicación hospitalaria para personas con problemas relacionados con el abuso de sustancias y por último hay un grupo con un desarrollo muy escaso, casi testimonial, que son las unidades de patología dual y la de trastornos de la personalidad.

Sin embargo, donde la información es muy débil es sobre los programas de interconsulta y enlace, aunque se ha señalado que *"La actividad de enlace e interconsulta con el resto de los servicios médico-quirúrgicos tiene un escaso desarrollo, persistiendo en ese sentido un importante vacío"* (31). De lo que no hay datos es del desarrollo del componente de salud mental en los hospitales generales donde no hay unidades de hospitalización psiquiátrica, es decir, de la posible existencia de otros elementos del componente de salud mental como es la atención de salud mental en la urgencia y la implantación de programas de interconsulta y enlace.

EL COMPONENTE DE SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL GENERAL

La reflexión sobre el "componente de salud mental" dentro de un hospital general nos lleva inexorablemente al tema de la hospitalización psiquiátrica en ese entorno,

[9] En 2003, 9 comunidades autónomas sobre 17 ya tenían unidades específicas para trastornos de la conducta alimentaria (27)

[10] La perspectiva de la atención en salud mental infanto-juvenil para los próximos años se presenta con nuevos retos. En 2014, se ha planteado el proyecto de que los servicios de pediatría aumenten la edad de atención desde los 14 a los 18 años. También en 2014 se ha creado la Comisión Nacional de la nueva especialidad de psiquiatría de la infancia y la adolescencia que va a regular el programa docente y la acreditación de las nuevas unidades docentes y se espera que en 2017 se incorporen los primeros MIR a la formación en esta especialidad.

pero la experiencia muestra que este "componente de salud mental" es más amplio que la mera hospitalización pues implica también a la relación entre los servicios asistenciales del hospital por medio de la interconsulta y sobre todo de los programas de enlace. Sin embargo, creemos que hoy puede y debe ser ampliado este componente. Más allá de verlo como un terreno reservado solo a los profesionales de salud mental podemos plantear que el resto de profesionales de un hospital pueden y deben tener una visión psicosocial en el abordaje de su trabajo. Como dice J. Lagrée (1) *"la enfermedad aísla, intensifica ciertas relaciones eliminando otras, porque asusta, porque frente a un enfermo grave se tiene mala conciencia por tener buena salud"*. Es importante conocer lo que significa "una pérdida" para una persona, como puede ser una amputación[11] o el diagnóstico de una enfermedad grave o incapacitante, pero también el temor al dolor, al sufrimiento e incluso valorar la "ansiedad de anticipación" ante las exploraciones y las intervenciones. Fortalecer la cultura del "componente de salud mental" en un hospital general significa hacer realidad el eslogan de "no hay salud sin salud mental". Los profesionales de la salud no deben excluir el tema de la salud mental de su trabajo cotidiano como si se tratase de algo ajeno a su conocimiento, por eso es preciso fortalecer el conocimiento de la atención psicosocial por parte de estos profesionales y sobre todo insistir en que los abordajes en salud no deben ser fragmentados en departamentos estanco.

TIPOS DE DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

Como se ha señalado antes, en España no hay unas normas homogéneas sobre los dispositivos asistenciales. Aquí se describen los aspectos de estos dispositivos que consideramos mas adecuados y generalizables.

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

Son unidades que con frecuencia se denominan de agudos o de estancia breve y sirven para la atención de situaciones de crisis que son imposibles de abordar en

[11] Durante el terremoto de Haití de 2010 hubo más de 4000 personas que sufrieron amputación de alguno de sus miembros. En los hospitales médico-quirúrgicos de campaña que se instalaron para atender la emergencia había equipos de apoyo psicosocial para atender a los afectados, siendo las personas afectadas por una amputación uno de los grupos de mayor demanda (32).

el ámbito ambulatorio por entrañar riesgos auto o heterolesivos. Estos casos en ocasiones precisan esta atención en régimen hospitalario por no existir un adecuado soporte sociofamiliar que pueda llevar a cabo la contención de la situación clínica aguda. En España estas unidades son para pacientes adultos (> 18 años).

AE Sánchez (33) utilizando la clasificación de la Organización Mundial de la Salud sobre módulos de asistencia (WHO-ICMHC) señala que las dimensiones que se desarrollan en estas unidades son:

1. PROB: evaluación de problemas.
2. CRIS: tratamiento de la crisis.
3. SOCI: intervenciones de ayuda y apoyo.
4. PSIC: intervenciones psicológicas.
5. BIOL: intervenciones biológico-psiquiátricas.
6. MEDI: acciones relacionadas con la asistencia médico-enfermera general.
7. AVDF: tareas relacionadas con actividades y funciones de la vida diaria.
8. ALO: alojamiento y residencia.

Respecto a su dimensión hay criterios diversos sobre cual debe ser el rango de camas adecuado. Se valora por un lado que el tamaño de la unidad mantenga un ambiente terapéutico y por otro que sea eficiente desde un punto de vista de gestión. El Ministerio de Sanidad y Consumo español en 1990 señalaba (34) que había consenso en que el rango estuviera entre 10 y 25 camas, aunque como las Comunidades Autónomas son las responsables de la planificación sanitaria sus criterios pueden ser diferentes y la realidad es que así ha sido, por ejemplo el Plan de Salud Mental de Murcia en 1995 (35) respetaba el rango superior de 25 camas y subía el inferior a 15 camas. Sin embargo, en Castilla León en 1991 (36) hablaban de un límite superior de 30 camas al igual que había hecho Andalucía en 1988 (37). En estudios más recientes (2012) (38) y que tienen en cuenta la evolución de estas unidades de hospitalización en un periodo más largo se habla de un rango que debería estar entre las 15 y las 30 camas, lo que parece más acorde con la situación actual. La variabilidad de criterios es un aspecto característico de la reforma psiquiátrica en España y en algunos momentos se ha hablado de la necesidad de contar con un Plan Nacional de Salud Mental que unificará criterios (39)[12].

Un aspecto que ha sido muy debatido entre los planificadores es la tasa de camas de agudos que son precisas por cada 100.000 habitantes. La tasa de camas en

[12] Esta propuesta presentada en 1999 por el PSOE en el Congreso de los Diputados no encontró el consenso suficiente para ser aprobada.

unidades de agudos va unida a la duración de la estancia media en esas unidades. Sabemos que en España hay una gran variabilidad entre comunidades autónomas e incluso entre áreas sanitarias respecto a los indicadores hospitalarios de salud mental que según un estudio de Aizpuru y colbs. (40) puede tener relación con una oferta diferente (modelo asistencial, estilo de práctica, recursos disponibles). El estudio de Medel y Sarriá (26) de 2009, realizado sobre las altas hospitalarias, muestra que junto a la variabilidad que hay en los indicadores hospitalarios de salud mental (hospitales generales y hospitales psiquiátricos) de las Comunidades Autónomas en el periodo 1980-2004 se aprecia de forma global que la estancia media disminuye . En el caso de Asturias, la primera Comunidad Autónoma que en 1989 ya tenía toda la hospitalización psiquiátrica de agudos en las unidades de 5 hospitales generales, en ese estudio de Medel y Sarria (26) y para el último quinquenio (2000-2004) se señala que la estancia media de Asturias era de 13 días. Con estancias medias de 15 a 20 días y con las tasas de admisiones que había en España en la década de los 80 se hablaba de que la dotación de camas de agudos en España podía estar entre 8 a 13 por 100.000 habitantes (16). Estudios más recientes (38) señalan una tasa de 10 camas por 100.000 habitantes.

En cuanto a su estructura deben tener, como mínimo, aparte de los espacios similares a las de las demás especialidades (enfermería, área médica, etc) un área para actividades lúdicas, ocupacionales y grupales, así como otro área para sala de estar/ comedor.

La dotación de personal debe estar basada en la actividad asistencial más que en el número de camas, así como en la integración del equipo de salud mental del hospital general con el resto de la red de salud mental del área. El equipo debe ser multidisciplinar y parte de los profesionales compartidos con otras actividades de la red de salud mental del área sanitaria con el fin de evitar que haya equipos que funcionan en forma de departamentos estanco con relaciones exclusivamente de tipo administrativo, lo que genera grandes distorsiones y una tendencia a la burocratización.

UNIDADES ESPECÍFICAS

Durante el proceso de reforma psiquiátrica han surgido unidades hospitalarias específicas que no estaban contempladas en el Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica de 1985. Aquí se describen las más comunes en nuestra realidad.

- **Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil.**

Se trata de unidades de hospitalización breve para niños y adolescentes con patologías severas que por distintas circunstancias no pueden ser tratados ambulatoriamente. Son recursos en régimen de internamiento total para personas entre 12 y 18 años, cuya patología psiquiátrica ha sufrido una crisis lo suficientemente grave y perturbadora como para requerir tratamiento intensivo de esta índole. Los jóvenes menores de 12 años en caso de precisar internamiento lo pueden hacer en los servicios de pediatría en los hospitales generales que cuentan con profesionales de salud mental.

Según el Observatorio de la AEN, en 2010 de las 17 Comunidades Autónomas solamente 4 no tienen este tipo de Unidades, Aragón, Galicia[13], La Rioja y Murcia.

- **Unidades hospitalarias de Trastornos (desorden) de la conducta alimentaria (TCA):**

Se trata de unidades hospitalarias especializadas que suelen tener entre 5-10 camas para la hospitalización de pacientes con TCA que presentan un estado somático con complicaciones físicas debidas a la inanición. Suelen existir protocolos para evaluar la necesidad de ingreso según la situación física y además con valoración del Índice de Masa Corporal (IMC): IMC < 14, alteraciones hidroelectrolíticas, frecuencia cardiaca < 45 latidos/minuto, alteraciones ECG, hematemesis, rectorragias etc.

Aunque la mayoría de estas unidades están pensadas para los cuadros de anorexia en algunas unidades ingresan también problemas relacionados con bulimia y obesidad. Estas unidades suelen contar con el apoyo del equipo de endocrinología. Dentro del grupo de unidades específicas de salud mental son las que más se han desarrollado y en eso ha influido la presión de la población afectada y de la opinión pública (41).

Según el observatorio de la AEN (2010) 11 de las CCAA tienen este recurso como oferta de la sanidad pública.

- **Unidades hospitalarias de desintoxicación (UHD)**

En ellas se lleva a cabo el tratamiento de desintoxicación de diferentes sustancias psicoactivas mediante una breve estancia y en aquellos casos en que el la desintoxicación ambulatoria no es viable. El ingreso en este tipo de unidades es voluntario y programado.

[13] En 2012 se crea en Galicia la Unidad de hospitalización en el CHUS con 7 camas y de referencia para toda la C.A.

Suelen tener entre 4 y 8 camas y suelen estar muy en conexión con otros servicios médicos (de hecho en algunas CCAA están ubicadas en el Servicio de Medicina Interna) debido a las posibles complicaciones somáticas que pueden presentar los pacientes en el proceso de desintoxicación.

Según el Observatorio de la AEN (2010) (23) solamente 6 CCAA tienen este tipo de unidades específicas.

- **Unidades hospitalarias de Trastornos de la personalidad.**

Son unidades específicas donde se tratan fundamentalmente los pacientes con Trastorno Límite de la personalidad (TLP) aunque también pueden ser tratados los pacientes con otros diagnósticos de trastornos de la personalidad (obsesivos, dependientes, histriónicos, narcisistas, esquizoides) , que en los momentos de crisis, pueden beneficiarse al ser apartados de la dinámica sociofamiliar que les rodea. No suelen admitir casos con diagnóstico de Trastorno antisocial de la personalidad. Estas unidades suelen tener entre 6 y 12 camas.

En el observatorio de la AEN (2010) (23) solo se menciona una unidad pública ubicada en Zaragoza para el tratamiento de los Trastornos de la Personalidad. El Grupo TLP de FEAFES en su Web[14], que recomienda el tratamiento integrado de estos trastornos, menciona 5 centros en toda España donde pueden ser tratados este tipo de pacientes.

- **Unidades hospitalarias para el tratamiento de la Patología Dual. (UHPD)**

Según la Sociedad Española de Patología dual (SEPD), en el campo de la SM se aplica este término de "Patología Dual (PD) a aquellos sujetos que sufren, de forma simultánea o a lo largo del ciclo vital, de una adicción y otro trastorno mental[15].

Estas unidades hospitalarias ofrecen atención especializada a las personas con trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias más un trastorno mental severo. Son poco frecuentes. La misma SEPD, en la citada Web, reconoce que no se conocen los recursos existentes ya que existen recursos asistenciales específicos y disociados (unos para adicciones y otros para otros enfermos mentales clásicos) lo que dificulta el abordaje de los pacientes duales. Según el Observatorio de la AEN (2010) (23) solo existe este tipo de unidades hospitalarias en Cataluña (6 UHPD) y en Castilla León (2 UHPD).

[14] http://usuarios.discapnet.es/border/tlpUTP.html. (Consultada el 23.03.2015)

[15] http://www.patologiadual.es/pacientes_pdual.html (Consultada el 23.03.2015)

- **Unidades hospitalarias penitenciarias[16] (de custodia)**

Un informe de la Comisión Europea de 2007 cifra en un 12% los penados que precisan un tratamiento de salud mental especializado (42). En 2009, en España se puso en práctica el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM) con equipos multiprofesionales (42), lo cual *"ha supuesto una mejora en la supervisión y rehabilitación de las personas que sufren trastornos mentales graves en prisión"* (43). Los centros penitenciarios españoles tienen unidades de enfermería donde se atiende en un primer momento a los penados que precisen una atención singularizada de sus problemas de salud y algunos centros penitenciarios tienen interconsultores especialistas del sistema público de salud, incluidos psiquiatras, que dan apoyo a estas unidades de enfermería[17]. Cuando un penado precisa una atención más compleja en régimen hospitalario puede ser trasladado a un hospital general del sistema nacional de salud que cuente con una unidad específica para penados y con las medidas de seguridad que señala la ley. Según el Ministerio del Interior estas unidades[18] "*Son espacios reservados para albergar a internos que requieran asistencia hospitalaria en determinados hospitales (civiles) de referencia, en ellos se intenta combinar el funcionamiento hospitalario con las razones de seguridad y vigilancia a cargo de las fuerzas de seguridad*" A estas unidades también son dirigidos los penados que precisan un internamiento de salud mental por un cuadro agudo y son atendidos por el equipo de salud mental del hospital.

- **Unidades hospitalarias de Gerontopsiquiatría:**

Son unidades específicas para tratar el paciente anciano que presenta en un momento de su evolución un cuadro psicopatológico imposible de tratar ambulatoriamente y que revierte una especial complejidad por las características propias de este grupo de edad, como son la vulnerabilidad, la presencia de una mayor comorbilidad y aspectos de evolución y respuesta al tratamiento específico. Desde la práctica clínica parecen claras las ventajas de este nivel de atención sin embargo son escasas la presencia de este tipo de Unidades en las Redes asistenciales públicas.

Según el Observatorio de la AEN 2010 (23) solamente hay una CCAA que tiene este tipo de recurso asistencial: la CCAA de Madrid.

---

[16] **http://www.institucionpenitenciaria.es/centrosPenitenciarios/otrasUnidades.html**. (Consultada el 23.03.2015)

[17] Solo en Cataluña y País Vasco la sanidad penitenciaria está integrada en el sistema sanitario público (42).

[18] Idem 16

PROGRAMA DE INTERCONSULTA Y ENLACE

La psiquiatría de Interconsulta y Enlace se ocupa de los trastornos psicopatológicos que aparecen en pacientes de otras áreas de la medicina, ya sea como morbilidad previa, concomitante o posterior; de las alteraciones psíquicas que pueden surgir en relación a los diagnósticos y tratamientos médicos, y de aquellos aspectos de la relación entre los equipos tratantes que son relevantes para la atención del paciente y su familia.

Los expertos consideran que en hospitales de hasta 250 camas se precisan para Interconsulta y Enlace (IyE) al menos un psiquiatra. En caso de hospitales de hasta 500 camas precisarían de al menos un equipo de interconsulta: Psiquiatra, psicólogo y DUE. Para hospitales de más camas el número de profesionales se iría incrementando en tramos de 250 camas y dependiendo de los programas de IyE establecidos o a establecer.

URGENCIAS

Entendemos por Urgencia psiquiátrica toda situación clínica que en un momento determinado genera una demanda de actuación y de resolución asistencial psiquiátrica inmediata. Todo Hospital General tiene que ofrecer la atención a urgencias psiquiátricas que se presenten en el área poblacional asignada. La atención a las urgencias suelen prestarla los profesionales que trabajan en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y en la red de Salud Mental del área sanitaria

A MODO DE CONCLUSIÓN

El componente de salud mental en el hospital general ha estado dominado por el tema de la hospitalización psiquiátrica. Hay razones importantes y coyunturales para que esto haya ocurrido pues este tipo de hospitalización ha estado muy ligada a los procesos de desinstitucionalización, así como a la necesidad de normalización de la atención de los problemas de salud mental en el contexto de los hospitales generales. Esta normalización de ver los problemas de salud mental como un problema más de salud conlleva también un esfuerzo por enfrentarse a la estigmatización que han sufrido las personas con problemas de salud mental al ser excluidas de contextos mas normalizados.

Hoy vemos que hay que fortalecer otros elementos del componente de salud mental como son las actividades de interconsulta y los programas de enlace, así

como ampliar el componente de salud mental a otros profesionales del hospital general a través de su participación en acciones relacionadas con la atención psicosocial.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Lagrée J. El médico, el enfermo y el filósofo. Madrid. La Esfera de los Libros. 2005.
2.- Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. México. Fondo de Cultura Económica. 1967.
3.- Fleming M. Ideologías e práticas psiquiátricas. Porto (Portugal). Afrontamiento. 1976.
4.- Aparicio Basauri V., Sánchez Gutiérrez A.E. Norma y ley en la psiquiatría Española (1822-1986). En: Aparicio Basauri V. (Compilador). Orígenes y Fundamentos de la Psiquiatría en España. Madrid. ELA. 1997; p. 21-42.
5.- The State of Mental Health in the European Union. Luxemburgo: European Communities. 2004.
6.- Fábregas J.L., Bardón C., Caravedo L., Guillen C., Irache E., López L., Markovcih P. Transformación del servicio de psiquiatría en el Hospital General. En: Alternativas a la asistencia psiquiátrica. Madrid. Akal 74. 1978; p. 45-55.
7.- Sánchez Gutiérrez A.E., Iglesias C. La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en los Hospitales Generales. Su evaluación. En: Aparicio Basauri V. Evaluación de Servicios de Salud Mental. Madrid: AEN 17. 1993; p.341-418.
8.- Primer Informe del Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica. Función de los hospitales en los programas de protección de la salud. Serie de informes técnicos 122. Suiza: OMS, 1957.
9.- WHO. Mental health services in Europe: 10 years on. Public Health in Europe 25. Dinamarca: WHO, 1985.
10.- WHO. Mental health: facing the challenges, building solutions. Denmark: WHO, 2005.
11.- OPS. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Washington DC (EEUU): OPS, 2009.
12.- Muñoz Machado A. Los sistemas sanitarios y su organización. Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias,1989.
13.- Álvarez Antuña V, García Guerra D. Los orígenes de la asistencia psiquiátrica en Asturias: La "sala de enajenados" del Hospital Provincial. En : Aparicio Basauri V. (Compilador). Orígenes y Fundamentos de la Psiquiatría en España. Madrid. ELA. 1997; p. 73-82.
14.- Serigó Segarra A. Bases para la organización de los servicios sanitarios. Madrid: PANAP, 1972.
15.- Gonzalez Duro E. Historia reciente de la asistencia psiquiátrica en España: En: González de Chavez M. La transformación de deWHO Offset Publication No 23En: F, SAP, 1972.uir rope. Geneva, World Health Organization, 1976 (WHO Offset Publication No 23 la Asistencia Psiquiátrica. Madrid: AEN 1, 1980; p. 211-226.
16.- Aparicio Basauri V. La reforma Psiquiátrica de 1985. En: Aparicio Basauri V. Evaluación de Servicios de Salud Mental. Madrid: AEN 17. 1993; p.127-182.
17.- Villasana A., González J. Gutiérrez M. Psiquiatría y Hospital General: la consulta psiquiátrica intrahospitalaria. Boletín de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (boletín extraordinario) 1980; 25-29.

18.- Seva Díaz A. Espacios y tiempos asistenciales psiquiátricos (análisis de la necesidad y de la demanda). Zaragoza: Universidad de Zaragoza. 1987.
19.- Pérez Sanfélix J, Traver Torras F, Martinez Frean F, Sánchez García E, Peris Raurell P, Cernada García J. Unidades psiquiátricas de hospitales generales: En: González de Chavez M. La transformación de deWHO Offset Publication No 23En: F, SAP, 1972.uir rope. Geneva, World Health Organization, 1976 (WHO Offset Publication No 23 la Asistencia Psiquiátrica. Madrid: AEN 1, 1980; p. 211-226.
20.- Goffman E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1970.
21.- Instituto Regional de Estudios. Las urgencias psiquiátricas en un hospital psiquiátrico y en un hospital general de Madrid. Madrid: Consejería de Salud y Bienestar Social, 1984
22.- Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
23.- Observatorio de salud mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos AEN,2011; 15
24.- Defensor del Pueblo. Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Madrid: Informes, estudios y documentos, 1991.
25.- Martínez Azumendi O. Asylum and the community in Spain. En: Tomlinson D, Carrier J. Asylum in the community. London: Routledge, 1996.
26.- Medel Herrero A, Sarria Santamera A. Indicadores hospitalarios por Comunidades Autónomas, 1980-2004 (Análisis longitudinal de indicadores de morbilidad y dotación hospitalaria en salud mental). Actas Esp Psiquiatr 2009; 37 (2): 82-93.
27.- El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2005 ; 23 (93): 3-85.
28.- Evaluación (y actualización) de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010.
29.- WHO and The Gulbenkian Global Mental Health Platform. Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey. Geneva: WHO, 2014.
30.- Siete años seguidos sin que crezca el número de hospitales. Redacción Médica (formato electrónico) 2015; 2634 (XI) (consultado 06-04-2015): Disponible en: http://www.redaccionmedica.com/noticia/siete-anos-seguidos-sin-que-crezca-el-numero-de-hospitales-80530
31.- García González J. Medios para avanzar en la organización y desarrollo de los servicios de salud mental. En: Espino Granado A. (coordinador). La atención a la salud mental en España: estrategias y compromiso social. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. 2006; p. 96-113.
32.- Aparicio Basauri V, Abaakouk Z. Haití: Hacia un sistema de salud mental comunitario tras la emergencia. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria 2010; 10 (1):25-33.
33.- Sánchez Gutiérrez AE. Habilitación de camas para hospitalización psiquiátrica en hospitales generales. En: Caldas de Almeida JM, Torres González F, editores. Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Washington, DC:OPS, publicación científica y técnica 601, 2005: p 49-55.
34.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de actuaciones en salud mental (1990-1991). Madrid: 1990

35.- Organización, funcionamiento y evaluación de las unidades de hospitalización psiquiátrica. Murcia: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, 1995.
36.- Plan sectorial de salud mental y asistencia psiquiátrica. Valladolid: Junta de Castilla y León, 1991.
37.- IASAM. La reforma psiquiátrica en Andalucía (1984-1990). Sevilla: Junta de Andalucía, serie monográfica salud mental 2, 1988.
38.- Moreno A, Desviat M. Unidad de Hospitalización en Hospital General. En: Desviat M, Moreno A, editores. Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Madrid; AEN estudios 47, 2012.
39.- Espino A. Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2002; XXII (81): 39-61
40.- Aizpuru F, Latorre K, Ibáñez B, Pérez de Arriba J, Mosquera F, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos. Atlas de variaciones en la práctica médica 2008; 3 (1).
41.- Retolaza A, Cabrera A, Terradillos M. Tras dos décadas de la Reforma: ¿Dónde nos encontramos?. En : Pérez F, coordinador. Dos décadas tras la reforma psiquiátrica. Madrid: AEN estudios 36, 2006; p. 201-233.
42.- Arroyo-Cobo JM. El modelo de atención a los problemas de salud mental en IIPP. Una respuesta al debate permanente ¿enfermo o delicuente?. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria 2014; 12 (1): 13-16
43.- Bastida Ribas LA. ¿Se puede obligar a tratar a un enfermo mental en Prisión?. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria 2014; 12 (1): 37-50.

1.2. El HOSPITAL GENERAL Y LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO EJES DEL DESARROLLO DE LA SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA

Jorge J. Rodriguez

Introducción

La carga que representan los trastornos mentales en América Latina y el Caribe (AL&C), al igual que en el resto del mundo, es muy alta y se expresa en términos de morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos disponibles para afrontar esta carga son insuficientes y están distribuidos desigualmente; y en muchos casos la respuesta de los sistemas de salud es inapropiada, porque continúa centrada en el hospital psiquiátrico. El estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos que ocurren en torno a las enfermedades mentales agravan la situación (1).

La defensa de la causa de la salud mental tiene un sólido fundamento en la afirmación "no hay salud sin salud mental". La relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y variada; los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades y de sufrir lesiones no intencionales e intencionales. También, muchas condiciones patológicas incrementan el riesgo de padecer trastornos mentales, y esta co-morbilidad complica la búsqueda de ayuda y el tratamiento (1, 2).

La respuesta apropiada a la problemática relacionada con los trastornos mentales de la población latinoamericana tiene como eje estratégico fundamental la integración de la salud mental en los sistemas generales de salud; y este proceso de reestructuración de los servicios de salud mental tiene dos componentes esenciales e interrelacionados entre sí: la integración de la salud mental en la atención primaria (APS) y el desarrollo de servicios de salud mental en los hospitales generales (HG).

Antecedente histórico

La década de los noventa comenzó con un hecho histórico, en el campo de la salud mental en nuestro continente: el lanzamiento de la Iniciativa Regional para la

Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, lo cual se produjo en el marco de una Conferencia celebrada en Caracas, Venezuela, en noviembre de 1990 (3). En la *Declaración de Caracas* se enfatizó que la atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad (3, 4).

Posteriormente, en 1997 y 2001, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) abordó el tema de la salud mental y emitió resoluciones en las que se instaba a los Estados Miembros a incluir la salud mental entre sus prioridades y a intensificar las actividades en esta esfera (5, 6). En el 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dedicó el Informe sobre la Salud en el Mundo (7) a la salud mental e impulsó la colocación de este tema en la agenda política a nivel global. Las *Conferencias Regionales de Salud Mental*" (8-10), auspiciadas por la OPS, evaluaron el camino recorrido y establecieron nuevas direcciones para el trabajo.

En el 2008, la OMS presentó el *Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias* (mhGAP, por sus siglas en inglés) (11). En el 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó, por primera vez en la historia de la OMS, un *Plan Global de Acción en Salud Mental* (12).

Más recientemente, en el 2014, el Consejo Directivo de la OPS aprobó el *Plan de Acción sobre Salud Mental para las Américas* (1), el cual actualiza el plan previo del 2009 y se alinea con el Plan Global.

Todos estos documentos programáticos y declaraciones de principios auspiciadas por la OPS y la OMS, y que han tenido el respaldo de gobiernos, son la expresión de un largo recorrido, comenzado varias décadas atrás, que hoy nos permite contar con una rica experiencia y un caudal de lecciones aprendidas sobre la que podemos fundamentar nuestra visión de futuro para AL&C.

El consenso obtenido en AL&C ha llevado a posicionar la re-estructuración de los servicios de salud mental en varios ejes estratégicos:

- Reducción progresiva del papel del hospital psiquiátrico, hasta su desaparición. Esto avanzará en paralelo con el desarrollo de opciones alternativas de servicios, como las que se describen a continuación.
- Integración de la SM en la APS, con una vinculación efectiva con el nivel secundario.
- Desarrollo y descentralización de los servicios especializados de SM, colocándolos cerca de la redes de APS.

- Desarrollo de los servicios de SM en HG, como la opción fundamental para el internamiento de casos con trastornos mentales.
- Desarrollo de facilidades residenciales terapéuticas para enfermos mentales de larga evolución con problemática social asociada.

Un breve análisis de la situación actual

La OMS ha estimado que, al menos, una de cada cuatro personas padecerá uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida (7, 12). Los trastornos mentales y neurológicos representan 14% de la carga total de enfermedades en AL&C (13).

Una compilación de los estudios epidemiológicos más importantes sobre los trastornos mentales en AL&C en los últimos 20 años nos permite apreciar una prevalencia de 12 meses que oscila entre 18 y 24 por 100 habitantes en población adulta; y una brecha de tratamiento por encima del 65%. La brecha es muy amplia y aún podría estar subestimada ya que, por lo general, no se tiene en cuenta la comorbilidad, ni tampoco lo referente a calidad y eficacia del tratamiento (13, 14).

A pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales, la respuesta de los servicios de salud es por lo general limitada o inadecuada. La resultante es una paradójica situación de carga abultada y capacidad resolutiva insuficiente que se hace evidente en las actuales brechas de tratamiento.

La OPS y la OMS han cooperado con los países de LA&C en la evaluación de los sistemas de salud mental, aplicando la metodología e instrumento estandarizado de la OMS (conocido como WHO AIMS, por sus siglas en inglés) (WHO AIMS version 2.2) (15), que compila alrededor de 150 indicadores. Las evaluaciones efectuadas identificaron claramente deficiencias en materia de servicios y recursos de salud mental.

La mayoría de los países informaron que cuentan con un plan nacional de la salud mental; sin embargo, sus niveles de ejecución son bajos, o en muchos casos no hay una evaluación periódica del Plan. Sólo 13 países disponen de alguna ley o soporte legal en el campo de la salud mental; y las leyes, en muchos casos, son incompletas, obsoletas, están dispersas y no se ajustan a los estándares internacionales (16).

En sentido general, el principal proveedor y financiador de los servicios de salud mental son los Ministerios de Salud, aunque la oferta, en muchas ocasiones, no

resulta adecuada y la cobertura es insuficiente. Le sigue en orden de importancia las instituciones del Seguro Social, pero solo en algunos países (por ejemplo, México, Panamá y Costa Rica) su cobertura es alta. Dado los elevados niveles de pobreza existentes, solo una pequeña fracción de la población puede acceder a servicios privados mediante pago directo o aseguradoras.

En muchos países de AL&C los servicios de salud mental tienen una estructura que no se corresponde con las necesidades; por lo general se dispone de grandes hospitales psiquiátricos ubicados en la capital y/o las ciudades más importantes, que funcionan con modelos manicomiales y que absorben la mayoría de los recursos dedicados a la salud mental.

Son pocos aún los servicios de psiquiatría en hospitales generales. El índice de camas psiquiátricas por 10,000 habitantes (mediana) en la Región de las Américas es de 2,6; al evaluar la distribución de las mismas se observa que 86% están en hospitales psiquiátrico, 11% se encuentran en hospitales generales y 3% en facilidades residenciales comunitarias (16,17).

La capacidad resolutiva de la atención primaria, para personas con trastornos mentales, es muy pobre. A lo cual se suma que la disponibilidad de recursos especializados descentralizados y cercanos a las redes de centros de APS es muy limitada. Por otra parte, en ocasiones, los servicios psiquiátricos se trasladan al nivel comunitario de forma vertical sin relación alguna con la red de APS.

Los programas de formación (de pregrado y posgrado) son limitados en términos de currículo, no siempre responden a las necesidades reales de la población y continúan basándose en modelos curativos y hospitalarios.

En América Latina y el Caribe se ha calculado que el porcentaje del presupuesto sanitario destinado a la salud mental es inferior al 2,0%. Sin embargo el 88% de ese presupuesto (mediana) se gasta en los hospitales psiquiátricos. Existe la necesidad no solo de aumentar el presupuesto en términos absolutos, sino también de evaluar la reorientación de los recursos destinados a los hospitales psiquiátricos hacia sistemas ambulatorios y HG (16).

La disponibilidad de medicación psiquiátrica en el sector público se concentra, básicamente, en los hospitales psiquiátricos. Los servicios ambulatorios y de APS no disponen de medicamentos o estos se venden en las farmacias, donde la mayoría de la población no los puede adquirir por su alto costo. Los tipos de tratamientos disponibles y más usados en el sector público son los psicofarmacológicos; la oferta de modalidades de psicoterapia es escasa.

Unidades de psiquiatría/salud mental en hospitales generales en AL&C

Las características de las unidades o servicios de salud mental en AL&C varía de acuerdo a los países y las instituciones. Las opciones mas frecuentes son:

- Pequeñas unidades que cuentan con algún profesional especializado (psicólogos y/o psiquiatras) que cubren fundamentalmente la interconsulta (enlace mediante la atención de la co-morbilidad en servicios del hospital) y ofrecen consulta externa.
- Pequeñas unidades que, adicionalmente a lo anterior, evalúan casos en la emergencia y tienen la posibilidades de ingresar pacientes en camas de clínica general (no hay camas específicamente asignadas a psiquiatría).
- Servicios de psiquiatría/salud mental con atención de emergencia, hospitalización en camas especialmente asignadas (y cierto grado de independencia física con relación a otros servicios), interconsulta (enlace), modalidades de hospitalización diurna y consulta externa. Es el tipo de servicio más completo y se ha desarrollado en algunos grandes HG de la Región.
- En ciertos países (como Cuba) se han desarrollado pequeñas unidades de atención en crisis en HG vinculadas a los servicios de emergencia. El objetivo es implementar intervenciones intensivas y breves que faciliten una evolución satisfactoria y rápida del paciente en su fase aguda o crítica, así como su pronta reintegración a su entorno familiar y social, previniendo los problemas causados por las internaciones prolongadas.

La evaluación de los sistemas de salud en AL&C incluyó una sección sobre las unidades de psiquiatría en hospitales generales. A continuación algunos elementos importantes a destacar (16):

- A pesar de la importancia y efectividad de las unidades de salud mental en hospitales generales, muchos países no cuentan aún con servicios de este tipo: 10 de los 34 países evaluados no disponen de dichas facilidades.
- El número de camas psiquiátricas en los hospitales generales es pequeño, si se compara con los hospitales psiquiátricos.
- El promedio de estadía por paciente oscila en un rango de 14 a 40 días.
- En casi todas las instituciones evaluadas se dispone de los medicamentos psicotrópicos esenciales.

- En América Central, México y el Caribe latino hay 93 unidades, y dos países no cuentan con estos dispositivos. Existen 93 unidades. En América del Sur, siete países proveyeron información; en los mismos existen 282 unidades. En el Caribe no latino, esta modalidad de atención no está generalizada.

Integración de la salud mental en los sistemas de salud: la atención primaria y el hospital general

La integración de la salud mental en los sistemas de salud en Latinoamérica, ha significado esencialmente romper los viejos muros y el aislamiento que significaban los hospitales psiquiátricos, que circunscribían la atención de las personas con trastornos mentales a los obsoletos manicomios.

Esta integración se da, en términos de servicios, en los niveles primario y secundario con una regular interacción y comunicación:

- Nivel primario:
  - Centros de Salud de Atención Primaria
- Nivel secundario:
  - Servicios ambulatorios de salud mental descentralizados
  - Hospital general
  - Servicios residenciales y programas de rehabilitación psicosocial para personas con trastornos mentales graves y de larga evolución

La atención primaria de salud es la primera línea de contacto de la comunidad con los servicios de salud, es la "asistencia sanitaria esencial", universalmente accesible a los individuos y familias y ubicada lo más cerca posible de donde la gente vive y trabaja. Se basa en las necesidades de la población y requiere la participación activa de la comunidad y la familia (OMS, 1978: Declaración de Alma-Ata).

Salud mental en la atención primaria no significa disponer de especialistas (psiquiatras o psicólogos) en los centros de salud, sino que es un concepto operativo relacionado con la elevación de la capacidad resolutiva en salud mental de los trabajadores de APS. Y lo anterior nos obliga definir que es capacidad resolutiva: es la disponibilidad de conocimientos y habilidades para afrontar los problemas de salud mental en el nivel primario.

La integración de la salud mental - en la APS es una de las recomendaciones fundamentales de la OMS (18). Implica tres dimensiones prácticas:

1. Asegurar que los trabajadores de APS disponen de habilidades humanas y de conocimientos de las ciencias comportamiento para interactuar, de manera satisfactoria, con los individuos, las familias y la comunidad. Por ejemplo, manejo racional y humano de entrevistas, asesoramientos, reuniones grupales y relaciones interpersonales, en su trabajo diario, con el fin de mejorar la salud de la comunidad que atiende.
2. Implica la identificación temprana, diagnóstico y tratamiento de las personas con trastornos mentales leves y moderados sin complicaciones, incluidas las intervenciones para promover la salud y prevenir enfermedades. También significa clasificar y remitir aquellos casos que requieren una atención especializada, fundamentalmente los severos y moderados con complicaciones.
3. La salud mental integrada en la APS es complementaria con los servicios de salud mental a nivel secundario, particularmente, los hospitales generales y otros servicios especializados descentralizados. En muchas ocasiones la base de apoyo de segundo nivel para un territorio es el servicio de salud mental del hospital general. Los equipos de APS requieren de capacitación, asesoramiento regular y sistemático, interconsultas y apoyo en el manejo de casos.

La unidad/servicio de salud mental en el hospital general es otro de los escenarios fundamentales en el proceso de re-estructuración de los servicios de salud mental. En condiciones óptimas la integración de una Unidad o Servicio de Salud mental se produce en varios escenarios:

1. Servicio de emergencia.
2. Salas de hospitalización de corta estancia. Se pueden tratar los episodios agudos de la enfermedad mental.
3. Consulta de enlace y apoyo a otros servicios médicos.
4. Consultas externas especializadas.

El nivel secundario se complementa con otros tipos de dispositivos o servicios que no serán objeto de estudio en este capítulo. Son los siguientes:

- Servicios ambulatorios de salud mental descentralizados, cuyo principio básico es acercar la atención especializada a la red de atención primaria y a la propia comunidad. En AL&C se ha desarrollado en diversas modalidades: Centros Comunitarios de Salud Mental, Centros de Atención

Psicosocial, equipos descentralizados, o simplemente profesionales de salud mental ubicados en regiones y provincias.

- Servicios/dispositivos residenciales cuyo foco de atención son los pacientes con trastornos mentales severos, en muchos casos, con un elevado grado de discapacidad y desarraigo social, que requieren de internamiento prolongado. Muchas veces son ex-internos de hospitales psiquiátricos que requieren de una alternativa más humana que atienda sus condiciones mentales.

Tabla I: Trastornos mentales, según el grado de severidad, el tipo de servicio que debe atenderlos y la clase de intervenciones más frecuentes.

Trastornos mentales / grado de severidad	Tipo de servicio	Intervenciones mas frecuentes
Problemas psicosociales-limítrofes con un trastorno mental	Grupos de apoyo psicosocial a nivel comunitario (como las iglesias) - Familia APS	Apoyo psicosocial a nivel comunitario y familiar. Ocasionalmente una consulta médica en APS centrada en apoyo y orientación
Ligeros	APS	Apoyo psicosocial a nivel comunitario y familiar. Consulta médica en APS con elementos de apoyo y orientación. Excepcionalmente prescripción de psicofármacos
Ligero-moderados	APS Eventualmente un servicio especializado ambulatorio	Consulta médica en APS con apoyo psicosocial, orientación y prescripción de psicofármacos. Interconsulta especializada para atención de SM en el corto plazo, en algunos casos
Moderados sin complicaciones	APS-referencia en ciertos casos Servicio ambulatorio especializado	Consulta médica en APS con apoyo psicosocial, orientación y prescripción de psicofármacos. Interconsulta especializada o atención de SM en ciertos casos
Moderados con complicaciones	APS-referencia Servicio ambulatorio especializado Eventualmente un servicio de salud mental en el HG	Referencia a un servicio de SM (ambulatorio u HG) Atención especializada
Severos	APS-referencia Servicio ambulatorio especializado Servicio de salud mental en el HG Programa de rehabilitación psicosocial Facilidades residenciales terapéuticas	Consulta médica ambulatoria con orientación y medicamentos Programa de rehabilitación-psicosocial Hospitalización por eventos críticos en el HG. Eventual uso de facilidades residenciales

Ventajas de la integración

Hay muchas ventajas para la integración de la salud mental en los servicios de salud, y en particular nos referimos a la atención primaria y los hospitales generales (1,12,18):

- Reducción del estigma de las personas con trastornos mentales, debido a que la APS y el HG no están asociados con ninguna condición de salud específica. La atención en estos escenarios es mucho más aceptable para la mayoría de los usuarios y las familias. La comunicación es más fácil con los proveedores de atención de la salud (por ejemplo, reducción de barreras lingüísticas y culturales, así como mejora el conocimiento del usuario y sus antecedentes personales y familiares).
- Mejora el acceso a los servicios de salud de las personas con condiciones mentales y co-mórbidas, contribuyendo al gran objetivo de la cobertura universal en salud. Las personas con un trastorno mental, a menudo, no tienen acceso a tratamientos especializados, especialmente si estos se ofrecen en grandes hospitales psiquiátricos lejanos. Al proporcionar servicios de salud mental en la APS y el HG, más personas podrán recibir la atención de salud mental que necesitan.
- La enfermedad mental es a menudo co-mórbida con muchos otros problemas de salud como el cáncer, el VIH / SIDA, la diabetes y la tuberculosis, entre otros. La presencia de comorbilidad tiene serias implicaciones para la identificación, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas. Cuando los trabajadores de salud en la APS y el HG han recibido formación básica en salud mental, podrán asistir mejor a las necesidades de salud de las personas con trastornos mentales, así como las necesidades de salud mental de los que sufren de enfermedades físicas.
- Al mejorar la capacidad resolutiva en salud mental de los trabajadores de APS y HG estos desarrollan un enfoque más holístico de la atención a las personas que acuden a los centros de salud y hospitales
- Los costos de la atención especializada se reduce.
- Facilita la rehabilitación psicosocial de las personas con trastornos mentales, mejorando su integración social. Cuando las personas son tratadas lejos de sus hogares, esto altera la vida diaria normal, el empleo y la vida familiar; le retira a los individuos sus soportes naturales y esenciales para la recuperación, y se impone más carga para las familias y los cuidadores.

Protección de los Derechos Humanos

La atención en la APS y HG puede evitar que las personas con trastornos mentales sean admitidas en instituciones psiquiátricas, casi siempre asociadas con violaciones de los derechos humanos.

En AL&C, en términos de protección de los derechos humanos, los principales problemas que se mencionan son: la falta de acceso a los servicios de salud, las restricciones a su libertad personal, la falta de oportunidades laborales, la exclusión de los sistemas educativos y las condiciones de vida inadecuadas en instituciones psiquiátricas. Solo el 23% de los hospitales psiquiátricos de AL&C han recibido una auditoria externa en el último año, relacionada con la vigilancia y respeto de los derechos humanos de las personas internadas en esas instituciones (1,16)

En muchos países latinoamericanos se han identificado problemas concretos en los hospitales psiquiátricos como: a) falta de regulación de los ingresos involuntarios de pacientes, b) poco control sobre la aplicación de medidas de restricción física o de aislamiento de los pacientes; y c) problemas de reclusión bajo orden judicial de personas con supuestos trastornos mentales que han cometido actos delictivos o criminales (1).

Conclusiones

Los países de Latinoamérica y el Caribe han recorrido un largo camino por la reestructuración y para moverse del viejo modelo hospitalario asilar (manicomio) hacia otro de base comunitaria. Este ha sido, y todavía lo es en gran medida, el principal desafío que enfrentamos en la Región. Al evaluar, desde una perspectiva histórica, la evolución de los programas y servicios de salud mental - tomando como punto de referencia la Declaración de Caracas (1990) - se observan avances notables en la mayoría de los países: la salud mental se incorpora a los sistemas generales de salud; así mismo hay numerosas experiencias exitosas e innovadoras en el desarrollo de modelos comunitarios de salud mental.

Sin embargo, los desafíos actuales y emergentes exigen respuestas apropiadas. Entre ellos, debemos destacar que, a pesar de los avances logrados, la re-estructuración de los servicios de salud mental continua siendo una asignatura inconclusa; debiendo afrontar en los años venideros tres grandes metas:

- Concluir la era de los manicomios en América Latina, desterrando el viejo modelo del hospital psiquiátrico, aún dominante o al menos sobreviviente en muchos países.

- Desarrollar el modelo de servicios de salud mental en hospitales generales, como alternativa viable para dar respuesta a la hospitalización de personas con trastornos mentales.
- Integrar el componente salud mental en la Atención Primaria de Salud, elevando la capacidad resolutiva de la primera línea de contacto de los sistemas de salud con la comunidad.

En respuestas a esta problemática la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha continuado fortaleciendo la cooperación técnica con los países. El Consejo Directivo de la OPS/OMS (2014) aprobó el *Plan de Acción en Salud Mental para la Región de las Américas* (1), lo cual constituye un hecho histórico de gran magnitud; significa que los ministros de salud de los países del continente analizaron y adoptaron un programa de trabajo para mejorar la atención de salud mental, el cual recoge la experiencia alcanzada y expresa un compromiso no solo técnico sino también político.

BIBLIOGRAFÍA

1. OPS. Plan de Acción sobre Salud Mental. Washington, USA, 2014 (CD53.8). http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=es
2. Prince, M. et al. Global Mental Health 1. No health without mental health. In The Lancet, Global Mental Health. September, 2007 Sep 8;370(9590):859-877. Available at: www.thelancet.com.
3. González, R., Levav, I. (Ed.) Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. Publicado por OPS/OMS (HPA/MND 1.91). Washington, D.C., 1991.
4. PAHO. Declaración de Caracas. Caracas, 1990. http://devserver.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=274&Itemid
5. PAHO. Resolution of the PAHO Directing Council (CD40.R19). Washington, USA, 1997. http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_40.htm#R19.
6. PAHO. Resolution of the PAHO Directing Council (CD43.R10). Washington, USA, 2001. http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_43.htm#R10
7. http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43_15-s.pdf.
8. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, 2001. http://www.who.int/whr/2001/en/
9. PAHO. Principles of Brasilia. Washington, DC, 2006. http://devserver.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=275&Itemid
10. Rodríguez, J., González, R. (Ed.) La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Publicado en CD por la OPS/OMS. Washington, DC, 2007. http://www.ops-oms.org.pa/Lz_HAA/Doc/Agenda.pdf

11. OPS. Consenso de Panamá. Panamá. 2010. http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf
12. World Health Organization. mhGAP Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva, 2008. http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/index.html
13. OMS. Plan de Acción en Salud Mental. OMS, Ginebra, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1&ua=1
14. Kohn, R. La brecha de tratamiento en la Región de las Américas. Documento técnico de la OPS. Washington, DC, 2014. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=23177&lang=es
15. Rodríguez, J., Kohn, R., Aguilar-Gaxiola, S (Ed.). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Publicación Científica y Técnica No.632. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. 2009.
16. World Health Organization. Assessment Instrument for Mental Health Systems. WHO AIMS Version 2.2. WHO, Geneva, 2005.
17. OPS. WHO-AIMS: Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en AL&C. Washington, DC, 2013. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10118%3Athe-world-health-organization-assessment-instrument-for-mental-health-systems-who-aims&catid=1169%3Anmh-mental-health-techni
18. WHO. Mental Health Atlas - 2011. Geneva, 2011. http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/
19. WHO. Integrating mental health into primary care: a global perspective. WHO, Geneva, 2008 http://www.who.int/mental_health/policy/services/integratingmhintoprimarycare/en/

1.3. Medicina o bioingeniería: Una reflexión a partir de la "Histeria de masas" o "trastorno conversivo epidémico"

Jorge L. Tizón

1. Introducción: Sobre la bioingeniería y el futuro de la medicina:

Vamos a intentar situarnos en una hipotética situación sanitaria en la segunda mitad del siglo XXI, es decir, dentro de cincuenta o sesenta años.

El señor Félix Perez Cucurull se ha sentido algo indispuesto esta mañana. Ha tenido una cierta sensación de febrícula, con cansancio, escalofríos inhabituales y cierto dolorimiento difuso en el abdomen, no demasiado molesto, pero persistente. Al principio, no le ha preocupado: Ha pensado que sería una consecuencia de la cena de anoche, con demasiados componentes sintéticos y precocinados, o, tal vez, de la resaca alcohólica del fin de semana anterior, hace dos días.

Pero, cuando a pesar de los remedios sintomáticos que suele usar habitualmente, las molestias a media mañana han continuado, ha decidido realizar una consulta médica. Se ha encaminado hacia el consultorio del sistema de salud más próximo.

Tras ser identificado en la pantalla de entrada por su fondo de ojo y morfología facial, ha entrado en la sala de diálogo, que ya conocía por visitas anteriores. Es una acogedora habitación, no demasiado estrecha ni demasiado amplia o desangelada, amablemente decorada en tonos suaves y con varias puertas automáticas que comunican con diversos dispositivos electrónicos. Una agradable voz masculina automática, que ya conoce, le ha saludado cordialmente y, después, le ha preguntado por el motivo de su consulta. Cuando el Sr. Pérez ha explicado más o menos sus molestias, la misma voz le ha ido pidiendo precisiones y le ha preguntado por elementos que él no había ni siquiera considerado. También en este caso, como en visitas anteriores, no ha dejado de sorprender al Sr. Perez Cucurull lo acertado de las indagaciones realizadas por su auto-

matizado oyente médico, así como lo prudentemente que estaban expresadas algunas de las preguntas más turbadoras.

Tras no más de diez minutos de agradable conversación con el Salutrón, éste, con una entonación ligeramente más firme y distante, le ha comunicado:

"Solicito su permiso para realizar una serie de exploraciones tanto de fluidos, como endoscópicas no invasivas. Probabilidad media de daños en las exploraciones preprogramadas, 0'005, dentro de los límites de confianza del Salutrón para parámetros europeos. Si lo desea, puede acceder a la probabilidad media de daños en cada una de las exploraciones. En cualquier caso, si nos da su consentimiento, puede hacerlo como es habitual mediante un gesto afirmativo, que el gestómetro aceptará, mediante el lenguaje hablado, o aportando su huella dactilar. ¿Da usted su consentimiento?".

En cuanto Félix ha hecho un gesto afirmativo, se ha abierto una de las puertas laterales y se han puesto en marcha varios instrumentos automáticos en ella.

Tras unos minutos tumbado en el diván de esta sala, mientras los instrumentos robóticos hacían su trabajo, el Salutrón le ha pedido amablemente que vuelva a la sala de diálogo. Cuando el Sr. Cucurull está cómodamente sentado en ella, la misma voz agradable, de forma pausada y sumamente amable le ha dicho que:

-Con un grado de confianza del 98 % padece usted una apendicitis subaguda de tipo linfoide, suptipo TR 543, código K36 de la clasificación de la OMS, adaptada para su nacionalidad, grupo social y características de personalidad: Caso de no tratarla, existe un 84 % de posibilidades de complicaciones diversas. El tratamiento protocolizado para estos casos es la estimulación intrabemática e intralinfática tipo IH 23, y, si tal tratamiento no puede realizarse o resulta inefectivo, una intervención quirúrgica endoscópica que supondría un período de recuperación de 2 a 10 horas. En este caso, sería intervenido con el Quirurgón C-83, fabricado por la empresa Jiu-Hunan, bajo la supervisión técnica del cirujano Alexei Ramachandran.

-El grado de confianza de no provocar daños o efectos secundarios con estas intervenciones es del 99'82 %. Si usted está de acuerdo y me da su Consentimiento, pasaríamos a programar el día para la intervención.

-En la repisa de la izquierda tiene un preparado un té verde caliente o una infusión relajante por si usted quiere pensárselo con tranquilidad. Tómese el tiempo que necesite y, si desea más aclaraciones, no dude de realizarlas en voz alta".

Naturalmente, Felix Perez Cucurull tras pensárselo uno o dos minutos, aceptó la indicación proporcionada por su doctor.

¿Por su doctor?

2. Una reflexión epistemológica.

La narración anterior es una forma "leve" de introducirnos en un problema en último extremo epistemológico, pero con graves repercusiones tanto pragmáticas (asistenciales, organizativas, económicas) como ideológicas.

Tal vez sin darnos cuento, estamos asistiendo a un *cambio de paradigma* en la medicina y la asistencia sanitaria actuales, mucho más visible en las especialidades más tecnificadas, es decir, las hospitalarias. Es un tema sobre el que hace poco hemos publicado una serie de reflexiones un grupo de clínicos y teóricos de varios países bajo el título de *"¿Medicina o bioingeniería?: El futuro de la Medicina y la formación de los médicos" (1)*. Con su publicación, y con las Jornadas de las que partía, intentábamos proporcionar reflexiones y datos para pensar sobre este problema epistemológico, pragmático e ideológico y para prepararnos para él. Y no es fácil, porque en ese cambio de paradigma, ¿dónde quedamos los médicos, y más aún los médicos con afanes "integradores", integrales u holísticos, a los que otros autores del volumen llaman los "integralistas"? ¿Y dónde quedarán en realidad los médicos en esas perspectivas futuras, en particular en las especialidades hospitalarias más tecnificadas?

Pues parece que, en buena medida, serán progresivamente sustituidos por elementos robóticos y automatizados... Es indudable, sin embargo, que para algunos pacientes, afecciones, situaciones de conflicto y demás, se necesitarán "integradores", así como para una serie de especialidades y técnicas que progresivamente se irán reduciendo.

¿Tal vez en el futuro los médicos serán pues, los *integradores*, mientras que gran parte de la Medicina y la asistencia sanitaria las realizarán máquinas creadas y programadas por bioingenieros? *Integradores junto con bioingenieros*. A mi entender, ese puede ser un futuro probable, pero implica profundos cambios en nuestra concepción y organización de la medicina.

Pero el asunto resulta mucho más complejo y la dificultad de aclararse en él mucho mayor porque hoy ese (posible) cambio de paradigma, se está desarrollando ya entre varios conflictos convergentes e interactuantes con él. Por ejemplo, los dos paradigmas fundamentales hoy en conflicto abierto (biologismo / integración de las tecnologías biológicas con las psicológicas y las psicosociales) coexisten actualmente con:

- El paradigma de la "*medicina personalizada y artesanal*" modelo de la primera mitad del siglo XX, agradable resto del pasado, pero que en mi opinión no pervivirá.

- El *paradigma empirista y reduccionista del biologismo a ultranza*, hoy dominante en gran parte de la medicina, que tampoco sobrevivirá y para el que, en todo caso, cada vez se necesitan menos médicos y sí más gerentes, economistas, bioingenieros … y máquinas, muchas máquinas. "Inteligentes", pero máquinas.
- La crisis política actual, una auténtica *contrarrevolución anticomunitaria,* que está afectando gravemente la organización y trabajo tanto de los médicos y personal sanitario como de la asistencia sanitaria misma, y que añade dificultades suplementarias, no sólo pragmáticas, sino incluso teóricas.
- Los intereses económicos a corto plazo de los *privatizadores corruptos* y sus delegados, que obscurecen y obscurecerán durante años el que podamos reflexionar seriamente sobre los cambios necesarios.

En el ínterin, se están dando todo tipo de situaciones confusas, tanto microsociales como macrosociales, y con graves repercusiones sanitarias para la población, para los consultantes concretos y para todos los profesionales sanitarios. Aunque, en la base, el problema todavía más frecuente en la práctica clínica en nuestros días es el conflicto entre el paradigma biologista, biomecánico y empirista, por un lado, y el paradigma "biopsicosocial", integrador, de la "asistencia sanitaria centrada en el consultante", a menudo confundido por el paradigma médico noucentista, ruralista, artesanal...

Son situaciones sobre las que ya hemos reflexionado en otros momentos (2,3,4,5). Hoy me gustaría volver a pensar sobre ellas, pero desde un punto de vista clínico muy poco conocido, difundido y consciente, enormemente disociado por parte del biologismo e incluso la "medicina tecnológica". Me refiero a los relativamente frecuentes "brotes" de "histeria de masas", "*mass sociogenic illness*" (O, como hemos preferido designarlos, "trastornos conversivos epidémicos" y "*trastornos somatomorfos epidémicos*", con diversas subvariedades). Un tipo de trastornos que, a pesar de tener un origen psicosocial, en particular emocional, acaban recalando casi siempre en hospitales y tecnologías de alto nivel. Con ello, hoy en día, en buena medida se crean, difunden y multiplican sus costes económicos y de sufrimientos… precisamente por la torpeza teórica y pragmática del biologismo (Y, a menudo, de la falta de honestidad en la asistencia, o de los políticos y administradores de turno).

Escojo para mi comunicación ese tema porque es un ejemplo extremo y, a menudo, enormemente costoso, de las consecuencias del biologismo desaforado en la medicina actual, y más cuando resulta utilizado con intereses de beneficios

privados especulativos. Así es imposible practicar una asistencia biopsicosocial "de entrada" en vez de derroches, malgastos y sufrimientos innecesarios para la población, con indudables beneficios económicos e ideológicos de algunos, claro está. Escojo este tema también porque cada "brote" o "episodio" suele acabar, al menos en los casos en los cuales he participado, con una llamada de auxilio "in extremis" para los "*cazafantasmas*" (pues es algo así como nos consideran cuando, muy a su pesar, tienen que recurrir a nuestros servicios... una vez que el "brote" está lanzado y bien lanzado).

3. Las sevicias del biologismo

Resulta un lugar común decir que las ciencias y tecnologías médicas crecen a un ritmo casi exponencial. Sin reticencia, así hemos de reconocerlo y han expuesto recientemente Ciurana et al. (3). Como consecuencia, ese progreso de las disciplinas médicas y la biotecnología ha producido y está produciendo efectos positivos indiscutibles en el estado de salud de la población y un prestigio sostenido de algunas profesiones e investigaciones médico-biológicas.

Sin embargo, al mismo tiempo, estamos asistiendo a la generalización de una serie de efectos secundarios inesperados y a una creciente iatrogenia biológica, psicológica y social: mitificación de la biomedicina, aumento exponencial de las demandas y de la iatrogenia biológica, medicalización y farmacologización de casi todos los aspectos de la vida, expectativas poco realistas de los pacientes, los políticos y los medios de comunicación, presiones de la industria farmacéutica sobre los médicos, con repercusiones negativas para la ética y la salud de éstos y de la población en general...

En definitiva, se trata de una ampliación, cada día más omnipresente, de la deformación de la medicina (y la ciencia) que supone el *biologismo.* Y entiendo aquí nuevamente el biologismo como venimos haciéndolo desde la publicación de nuestra introducción al tema, allá en los años 70 del siglo pasado (5,6): como la extensión-generalización de explicaciones biológicas a campos, materias o trastornos para los cuales hay explicaciones más adecuadas, pero procedentes de ciencias diferentes de la biología, tales como la psicología, la antropología, la sociología, la ecología, los modelos lógico-formales y lógico- matemáticos, etc. Más adecuadas no significa "más simples", desde luego. Ni más conocidas por la medicina dominante. Porque la medicina, al menos hasta hoy, hemos de entenderla como basada en la

biología humana; pero no es sólo biología humana, sino un conjunto mucho más complejo de saberes. Y la "asistencia sanitaria", aún más.

Todo ello está dando lugar a una disociación creciente entre los diversos intereses de los profesionales y entre los de éstos y la población. Si bien una y otra vez los ciudadanos se manifiestan por la personalización e integralidad de la asistencia –*"lo que quiero de mi médico es que sea persona / que me escuche"*–, la medicina oficial parece estar alejándose progresivamente de esos intereses y, en esa medida, de la ciudadanía: "*Lo que quiero de mi trabajo es que sea científico / tener medios tecnológicos / no tener discusiones ni con pacientes ni con jefes / que me dé dinero, seguridad, bienestar...".* Incluso los estudios empíricos y las encuestas entre los ciudadanos dan como resultado repetido esa valoración de la relación humana, la escucha, el "poder hablar" por parte de los consultantes (1-4), una valoración bastante alejada de los deseos y expectativas de los profesionales y enormemente distante de las opiniones de muchos gestores, políticos, economistas y, desde luego, de los *privatizadores corruptos.*

Es decir que, a nuestro entender, en el ámbito epistemológico, una buena parte de las raíces de tan compleja situación habría que buscarlas en el reduccionismo biologista extremo que se está re-imponiendo en las diversas especialidades y ámbitos médicos, por un lado. Un reduccionismo convenientemente apoyado y jaleado por los intentos de re-convertir la sanidad comunitaria en un negocio privado a corto plazo, según la lógica neoliberal. Por otro lado, sin embargo, las raíces de tan compleja situación habría que rastrearlas también en el empirismo y mecanicismo teóricos y epistemológicos de dicha re-imposición teórica.

En una primera aproximación, ambos fenómenos, dado su simplismo y atraso teórico y epistemológico, sólo pueden explicarse por una reducción de las capacidades críticas y de autonomía de los médicos e investigadores en medicina y asistencia sanitaria (y de muchos administradores, planificadores y "políticos" detrás). También, en la falta de reacción de la población, culta o no. Parece fuera de toda duda que una parte de tales limitaciones se halla en acción y reacción con una imposición cultural, ideológica e incluso de poder derivada del dominio de las grandes corporaciones de tecnología sanitaria que siguen trabajando con la idea de la "biopolítica" de Foucault (7) cuando no, avezadamente, con las perspectivas neoliberales de la "psicopolítica" de Han (8).

Hoy, esa imposición no tan sólo invade la organización de la sanidad, sino las capacidades de pensamiento crítico, ética autónoma y "aproximación clínica orientada por los consultantes" de gran parte de nuestros profesores, directivos

e investigadores. Sólo así puede explicarse, al menos parcialmente, esa anómala reintroducción del "pensamiento unidimensional" encarnado por la tripleta del *reduccionismo biologista, el empirismo mecanicista y el "librecambismo sanitario y social"* (librecambismo y no neo-liberalismo, pues éste incluye elementos más complejos y "postmodernos"). Una trilogía teórica y práctica bastante enemistada con un modelo integrativo, llámese biopsicosocial como en Engel (9), o como quiera designarse más actualizadamente hoy.

Por eso ha llegado a proponerse la idea de la "*prevención cuaternaria"* que, como ustedes saben, posee hoy dos conceptualizaciones diferentes: En efecto, durante años hemos mantenido que la atención sanitaria pública comunitarista, ha de estar especialmente atenta a los fenómenos de la yatrogenia, la cronicidad yatrogénica, y a lo que hemos llamado la *cronicidad medicalizada* es decir, la tendencia a cronificar a los pacientes usando para ello... la medicina y sus sistemas (10, 6) Entiendo aquí el término *iatrogenia* en su concepto más estricto: Los daños sanitarios producidos por el uso de la medicina. De ahí nuestro concepto de *prevención cuaternaria*, para añadir a los clásicos de la OMS de prevención primaria (evitar que el trastorno aparezca), prevención secundaria (tratamiento precoz del trastorno o enfermedad) y prevención terciaria (evitación de las minusvalías y deficiencias perdurables que muchos trastornos y enfermedades implican).

En los últimos años, y junto con el grupo de Prevención en Salud Mental de la SEMFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria), habíamos comenzado a usar ese término de "prevención cuaternaria", tal vez un poco antes de que adquiriera la notoriedad actual a partir de los trabajos de Marc Jamoulle (11) y, entre nosotros, de Juan Gervás (12). Por nuestra parte, preferimos designar como *prevención cuaternaria*, a la prevención de las desviaciones, la yatrogenia y la heteronomía facilitadas por las actividades *preventivas* médicas. A nuestro entender, la otro noción de dicho término acaba siendo difícilmente diferenciable del de *iatrogenia* y del más poético y sugerente de *némesis médica*, que ya hace decenios había definido Iván Illich (cuyo texto de 1975 parece que también ha sido "archivado" por la desmemoria generalizada) (13).

Tanto la iatrogenia generalizada, como la iatrogenia provocada por la prevención sin prevención cuaternaria, son fenómenos crecientes en nuestros aparatos sanitarios contemporáneos, fenómenos que agravan la dependencia de la población respecto de tales sistemas: psicológicamente, pero también directamente, por la vía de la yatrogenia estrictamente biológica, cada vez más frecuente, en particular en el campo de la asistencia psiquiátrica. Agravan pues su heteronomía (y, de paso,

sus costes económicos). Y una de sus consecuencias es que cualquier trastorno, incluso los trastornos *sociogénicos* de masas, acaban calificándose como "enfermedades", lo que abre un nuevo campo... al desarrollo de los trastornos sociogénicos de masas, es decir, a los *trastornos conversivos o somatomorfos epidémicos.*

Mi opinión particular es que, a pesar de que probablemente en el futuro el peso de la *bioingeniería* será más y más creciente (de ahí la viñeta inicial de este trabajo), ya desde hoy habría que utilizar modelos teóricos y epistemológicos más complejos e integradores de lo biopsicosocial. Pero es imprescindible que eso repercuta en organizaciones asistenciales, actividades técnicas y "protocolos" bien diferentes de los que, en el fondo, está fomentando el biologismo actual. Con la presión añadida de que ese retraso en la utilización de modelos más actualizados, complejos e integradores está trayendo dos grupos de consecuencias relevantes: para la población, medicalización creciente; para los profesionales, el "desgaste profesional" y/o la creación de una "*casta profesional*" poco preocupada por los sufrimientos de la población y, menos aún, por los intereses comunitarios.

Dentro del amplio campo de trabajo y formación que cualquier alternativa implica, que exploramos someramente en la obra citada (1), en esta comunicación me interesaría subrayar que, para ese replanteamiento, se necesita al menos: 1) Combinar mejor la observación y la intervención. 2) Con perspectivas integrales de la observación (y de la intervención). 3) Y que un elemento fundamental de ese replanteamiento consiste en integrar las tecnologías psicosociales que favorezcan tales cambios: por ejemplo, las que tienen en cuenta los componentes emocional-cognitivos en las relaciones asistenciales. Y esas aportaciones sí que existen, aunque siempre debamos recordar que, para ser eficaces, eficientes, e incluso éticamente aplicables, han de estar basadas en conocimientos científicos, es decir, organizarse como tecnologías (2, 4, 6). Sólo que para el biologismo y el empirismo, a menudo, las técnicas psicológicas, y más si tienen en cuenta lo emocional, no son nunca consideradas tecnologías y, por lo tanto, son ampliamente despreciadas en el "excelso mundo" de las tecnologías médicas... mecanizadas, basadas en máquinas. Aunque *tecnología* no es lo mismo que maquinización, no lo olvidemos (15).

4. El desafío de los "brotes epidémicos de histeria de masas"

Como quería plantear en esta aportación, una aparatosa manifestación de las cegueras y costes exorbitados del biologismo, se hace manifiesta cada vez que se

da un episodio social de "histeria de masas", "trastorno conversivo epidémico" o, más simplemente aún, en cada difusión masiva a nivel social de emociones descontenidas. En los casos de histeria de masas, la participación de la medicina tecnológica suele ser un carísimo, exorbitante caro pero indispensable relanzador de los problemas, conflictos y ansiedades. No tendría que ser así: Incluso buena parte de los cuadros de "*trastorno conversivo epidémico*" o de "*difusión masiva de emociones somatizadas*" en los que hemos tenido que participar, una buena atención inicial desde una perspectiva psicosocial hubiera evitado la aparición del cuadro o, al menos, su difusión masiva (16-18).

Personalmente nos ha tocado intentar ayuda en la contención secundaria de los miedos o somatizaciones psicosocialmente relanzadas en un caso de envenenamiento por supuestos caramelos tóxicos, otro de toxiinfección alimentaria en un colegio nacional, un caso de escabiosis (sarna) que afectaba a todo un barrio y, en particular, a sus instituciones comunitarias, en las repercusiones de este caso entre el personal sanitario, en la limitación del daño y contención de un supuesto brote de "lipoatrofia semicircular" que había llevado a cierres y costosísimas exploraciones tecnológicas y obras en una guardería, en una biblioteca y en un centro cívico por causa de ese supuesto brote de lipoatrofia semicircular... y hasta en un episodio de "somatización de crisis de ansiedad" en un Boeing 747 en vuelo nocturno sobre Sudamérica. Gran parte de ellos han sido publicados, tanto en revistas nacionales como internacionales (16-18).

De los costes sociales y comunitarios de todo tipo, incluso económicos, hicimos un breve resumen en Tizón et al. (17): por causa de la desatención biologista de las realidades emocionales se han llegado a cerrar estaciones, colegios, centros cívicos, festivales con centenares de cantantes y miles de familiares, actos políticos... y hasta centros sanitarios y hospitales (16-21). Por eso pensamos que podía resultar ilustrativo resumir aquí cómo, recientemente, un determinado equipo interdisciplinario de profesionales, se vió obligado a replantear su propio trabajo una vez que nació entre ellos la sospecha de que estuvieran ante un nuevo brote de "histeria de masas" y se decidió a comenzar la aplicación de las medidas de contención que solemos recomendar en estos casos (16-18).

5. Investigación de la sospecha de un brote de Lipoatrophia Semicircularis[1]

Introducción

La lipoatrofia semicircular (LS) es una condición estudiada por los dermatólogos caracterizada por depresiones lineares horizontales asintomáticas, de 1-2 cms, normalmente alrededor de los muslos, aunque también puede ocurrir en los brazo o el abdomen. Se ha encontrado más comúnmente en mujeres, pero su prevalencia exacta no se conoce (22, 23).

Se han comunicado brotes severos de LS en varios países: Bélgica, Holanda, Francia, Italia, UK, y España (22-27). Al final, muchos de ellos se han relacionado con los puestos de trabajo de oficina en edificios nuevos con características ambientales similares. Después de haberse propuesto hipótesis etiológicas sumamente diversas, la hipótesis hoy dominante achaca la LS al resultado de microtraumas repetitivos con sillas, mesas u otras superficies de los puestos de trabajo en un ambiente con altos campos electromagnéticos y altas cargas electrostáticas.

También se han comunicado algunos episodios de lipoatrofia en niños. Por ejemplo, la "lipoatrofia en calcetín", debida a la presión de los calcetines en los niños (28) la lipoatrofia centrifugalis abdominalis (un cuadro idiopático en el que se da una línea deprimida en el abdomen o el pecho de niños pequeños y progresa centrífugamente (29)); la lipoatrofia secundaria a traumas, y algún caso de Lupus profundus vinculado con lipoatrofia (29,30).

En marzo de 2013 se notificó a la Agencia de Salud Pública de Barcelona una sospecha de un brote de LS entre los niños y los trabajadores de un centro de día o guardería infantil. La guardería estaba localizada en el segundo piso de un edificio público con varios servicios comunitarios, abierto dos años antes (mayo del 2011). En diciembre del 2012 se había cerrado una biblioteca pública en el mismo edificio debido a un posible brote de LS en adultos. Ambos episodios tuvieron amplias repercusiones en los medios de comunicación, así como una cierta proyección social y política, llegando a crear una situación de alarma social. A causa de las noticias difundidas y de dicha alarma social, algunos padres sacaron a los niños de la guardería y tuvieron lugar numerosas reuniones de administradores, sanitaristas y políticos con los trabajadores de esos centros y con los padres de los niños de la guardería.

Se solicitó que, como agencia especializada en tales situaciones, la Agencia de Salud Pública de Barcelona investigara la posibilidad de que se tratara de un brote de LS, una hipótesis que ya había sido apuntada por parte de algún profesional e incluso por algunos medios de comunicación. El objetivo de los investigadores era confirmar la presencia o comprobar la ausencia de causas orgánicas específicas. Cuando el episodio ya había dado lugar a varias de las reacciones aludidas, así como a la creación de un comité ad-hoc y a numerosas reuniones de expertos, y pa-

[1] Adaptación del trabajo sobre el tema (en prensa): Investigation of a suspected Lipoatrophia Semicircularis outbreak in children. Autores: Rius C, Baselga E, Tizón J, Fuentes P, Muñoz FZ, Roigé G, Llebaria X, Caylà JA y el Grupo de trabajo sobre el episodio (formado por F Moraga, P Godoy, R Pujol, P Arrizabalaga, C Macià, E Montseny, J Ferrando, J Sunyer y D Montañez).

recía evidente que las complicaciones iban a aumentar, los investigadores de la Agencia de Salud Pública propusieron una nueva hipótesis de investigación y tratamiento del brote que conllevaba cambios profundos en la orientación hasta el momento: que se tratara de un nuevo brote de lo que habitualmente, en estos medios, se llama "histeria de masas". Dichos especialistas de la Agencia de Salud Pública, que ya habían trabajado en otros episodios de "histeria de masas" o "trastorno somatomorfo epidémico", requirieron la colaboración del especialista en salud metal y psicoanálisis que había prestado su ayuda en la prevención secundaria y terciaria de brotes anteriores en la provincia de Barcelona. Eso significaba la introducción abierta de una nueva hipótesis de trabajo, hipótesis que había que evaluar y que habría de dar lugar a importantes cambios en el tratamiento del episodio y en las actividades profesionales y públicas relacionadas con dicho "episodio" o "brote".

Por ello, el comité ad-hoc, compuesto por especialistas en salud pública, pediatría, dermatología, medicina interna, metabolismo, investigación ambiental físico-química, epidemiología y salud mental, decidió poner en marcha una serie de medidas, agrupadas en cuatro apartados, algunos de los cuales venía realizándose ya anteriormente:

1. Estudio cuidadoso de casos y posibles casos desde el punto de vista biológico en departamentos hospitalarios especializados.
2. Estudio exhaustivo de las condiciones electromagnéticas, electrostáticas y físicas del edificio, llevado cabo por una empresa privada externa.
3. Medidas de contención y prevención psicosocial secundarias y terciarias, ante las primeras comprobaciones de que el cuadro, ciertamente, contenía elementos indudables de un trastorno somatomorfo colectivo o de grupo.
4. Estudios epidemiológicos ad-hoc.

Sujetos y métodos

Una historia de las primeras investigaciones de este episodio:

Como decimos, en marzo del 2013 se comunicó un caso de probable de LS al Servicio de Epidemiologia de la Agència de Salut Pública de Barcelona. La agencia organizó citas con un especialista hospitalario en dermatología pediátrica que confirmó el caso tres días después. Personal de la Agència de Salut Pública visitó la guardería para determinar las características ambientales y de la edificación. También se difundió un aviso informativo con el fin de detectar otros posibles casos de LS. Dos días después, una compañía especializada comenzó a realizar el estudio ambiental, que incluía estudios de composición y resistencia de materiales así como de electromagnetismo del supuesto "edificio enfermo".

Casi un mes después se comunicaron dos nuevos casos entre los trabajadores de la guardería y uno en los niños. Como consecuencia, varios padres sacaron a los niños de la guardería y finalmente, este dispositivo fue clausurado por una decisión político/administrativa no consultada al comité, cuando ya varios profesionales médicos habían dado un diagnóstico probablemente afirmativo de las lesiones. Varios medios de comunicación hablaron del caso y se creó una importante alarma social.

Por ello, se puso en marcha una búsqueda activa de casos de LS tanto en los niños como en los trabajadores de la guardería y en todos los dispositivos comunitarios del edificio. Todos los niños fueron visitados por el especialista en dermatología pediátrica, que realizó fotos, exploraciones y mediciones de los mismos. Los trabadores también fueron visitados por su médico de empresa y por el especialista en dermatología. También se fotografiaron sus lesiones o supuestas lesiones.

Ante la alarma social creada, lo dudoso de la calificación de los "casos" en los estudios hospitalarios realizados, y la evidencia de difusión de emociones descontenidas (en particular miedo e ira) tanto en el personal como entre los padres de los niños de la guardería, en ese momento se solicitó el concurso en este trabajo del profesional especialista en "psicología de la relación" que había colaborado con la Agència de Salut Pública del Ayuntamiento de Barcelona en episodios anteriores. De entrada, con la colaboración del especialista en salud mental, el grupo de trabajo pudo verificar que el episodio cumplía la mayor parte de los criterios del "trastorno somatomorfo epidémico" conocidos ya por parte del equipo en estudios e intervenciones anteriores (16-18). Sin embargo, al igual que en esos otros casos, por responsabilidad técnico-científica, por necesarios cuidados de ética profesional y como forma de asegurar la identidad de los propios sanitaristas, se puso en marcha un estudio epidemiológico en regla.

Investigación epidemiológica

Se diseñó un estudio descriptivo de casos y controles con el objetivo de obtener la prevalencia de este síndrome tanto en los niños como en los trabajadores de la guardería.

Definiciones

La muestra del estudio se formó con todos los niños y trabajadores que asistieron a la guardería desde septiembre del 2012 hasta abril del 2013. Un "caso de LS" sería cualquier individuo de la población del estudio diagnosticado por un dermatólogo o por un médico laboral o de empresa.

Diseño del Estudio

Para el análisis descriptivo se realizaron evaluaciones clínicas de 86 niños y de 12 trabajadores de la guardería. Se tomaron fotos de todos ellos preservando su facies y derechos de confidencialidad.

Se pasó a todos los padres un cuestionario epidemiológico diseñado ad-hoc que incluía todos los parámetros corporales del niño (altura, peso), duración de su "exposición" a la guardería, el uso de ropa apretada en los muslos, la presencia de aire acondicionado en casa y la presencia de dispositivos que pudieran causar traumas repetitivos (carritos infantiles, sillas infantiles, otros dispositivos de sujeción). Las variables de exposición a LS (aire acondicionado, características del mobiliario, y presencia o no de dispositivos que pudieran causar traumas repetitivos) también se preguntaron a los trabajadores de la guardería.

Realizamos además dos estudios de prevalencia en "población general": El *estudio 1*, con niños, y el *estudio 2*, con trabajadores.

La muestra del Estudio 1 fue de 43 sujetos, tomando en cuenta la prevalencia observada y el riesgo alfa (0.05) y beta (0.20). Esos sujetos fueron seleccionados entre los niños de 1 a 3 años

que acudían a otras guarderías de la ciudad entre mayo y julio del 2013. Finalmente reclutamos 41 niños y todos ellos fueron evaluados y fotografiados por el mismo equipo médico.

Para el Estudio 2, calculamos también el tamaño muestral teniendo en cuenta la prevalencia observada y el riesgo alfa (0.05) y beta (0.20). Esos sujetos de control se obtuvieron gracias a la participación voluntaria de los trabajadores que visitaron el mismo servicio médico, combinados por sexo y edad (+- 2 años) entre mayo y junio del 2013. Se reclutaron finalmente 19 controles.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de "casos de LS" entre niños: incluía información demográfica, de exposición y condiciones ambientales, todo ello estratificado por edad. En consecuencia, obtuvimos la prevalencia de LS entre los niños que iban a la guardería en cuestión y entre los niños que visitaban otras guarderías. Igual se hizo con los trabajadores del estudio 2.

Para las comparaciones entre variables categóricas se usaron las pruebas de Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Para las comparaciones entre variables continuas, se usó la T de Student. El análisis estadístico se realizó con un nivel de significación del 0.05 usando el paquete estadístico SPSS versión 18.0.

Investigación ambiental

Como se había decidido, una compañía especializada realizó un estudio completo de las condiciones ambientales, incluyendo medidas de temperatura, humedad, campos electromagnéticos y cargas electrostáticas, y evaluación de las estructuras y materiales. Las pruebas se realizaron en días diferentes, que incluían condiciones meteorológicas diferenciadas.

Resultados

Análisis descriptivo

Después de la evaluación clínica, se detectaron un total de 11 "casos de LS" y 2 "posibles casos" entre los niños. La prevalencia total representó el 15,1%. La Tabla 1 muestra la distribución de LS por grupo de edad.

Tabla 1. Distribución de "casos" y tasas de ataque por grupo de edad en una guardería de Barcelona (2013) (55).

Grupo	Clase	N casos	N de "posibles casos"	Total de niños	Tasa de Ataque (%)
0-1 años	**1**	1	0	8	12.5
1-2 años	**2**	0	0	12	--
	3	1	0	13	7.7
	4	2	1	13	23.1
2-3 años	**5**	6	0	20	30.0
	6	1	1	20	10.0
		11	2	86	15.1

Los niños presentaban hendiduras horizontales o depresiones que no correspondían a pliegues de la piel en las caras medial y posterior de los muslos (13 niños) y algunos de ellos también en sus brazos (1 niño). Las depresiones eran muy sutiles y asintomáticas. La mayoría de los pacientes no estaban seguros de la época de aparición, al igual que los progenitores de los "casos". Debido a la sutileza de los cambios observados, las imágenes fueron evaluadas por tres observadores independientes (EB, PF, FM). En caso de desacuerdo se logró un consenso entre los tres observadores. Estas hendiduras no estaban en las caras anteriomediales de los muslos, tal como se han descrito en adultos en episodios similares.

Los factores de exposición incluidos en el cuestionario no mostraban diferencias significativas entre "casos LS" (incluyendo también "posibles casos") y el resto de los niños que asistían a la guardería en el estudio. Hasta la fecha, en el seguimiento de los niños no han aparecido modificaciones significativas en sus hendiduras.

Entre los trabajadores de la guardería se detectaron 8 "casos LS" después de la evaluación clínica y la ecografía. La prevalencia total representó el 66,7%. Los trabajadores presentaban depresiones cutáneas no sintomáticas sutiles en sus muslos y algunos de ellos en sus brazos. Además, nos dimos cuenta de que el número de "casos" se había sobreestimado por utilizar la ecografía, que no están recomendada en este tipo de "signos".

Hasta la fecha, el seguimiento de los trabajadores de las guarderías tampoco ha manifestado modificación en sus hendiduras.

Estudios de prevalencia

Estudio 1: En los 41 niños que asisten a otras guarderías, reclutados para el estudio como "grupo control", se identificaron 8 "casos" y 4 "posibles casos", lo que representa una prevalencia de 29,3% (IC 95%: 17,50-44,59). No se detectaron diferencias estadísticamente significativas (p = 0,10) en relación con la población de estudio. (Tabla 2). Los "factores de exposición" recogidos en el cuestionario tampoco mostraron diferencias significativas entre los niños que asisten a la guardería inicial y el resto de los niños.

Estudio 2: Se reclutaron un total de 19 trabajadores. En 14 de ellos se encontraron signos similares a los de los trabajadores de las guarderías, lo que representa una prevalencia de 73,7% (IC 95%: 50,86-88,55). No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p = 0,98) (Tabla 3)

Tabla 2. Estudio 1: Estudio de Prevalencia entre niños (2013) (55)

	"Casos" y posibles "casos"		No casos		
	n	**%**	**N**	**%**	
Guardería en studio	13	15.1	73	84.9	86
Otros niños	12	29.3	29	70.7	41
	25		102		127

p=0.10

Tabla 3. Estudio 2: Estudio de Prevalencia entre trabajadores (2013) (55)

	"Casos		No "casos"		
	n	**%**	**N**	**%**	
Trabajadores de la guardería	8	66.7	4	33.3	12
Otros trabajadores	14	73.7	5	26.3	19
	22		9		31

p=0.98

Investigación ambiental

La evaluación ambiental realizada por la empresa externa contratada a tal efecto llegó a la conclusión de que ninguno de los factores estudiados tenía un papel significativo en la aparición de depresiones lipoatróficas. Todas las mediciones se hallaban dentro de la norma del rango considerado.

Discusión

La investigación inicial se centró en la LS como posible origen del brote. Sin embargo, como ya hemos visto, no se encontraron diferencias significativas de las variaciones anatomomorfológicas de la muestra con la prevalencia en los grupos de control. Por tanto, habrá que considerar que se trata de *variaciones dentro de la normalidad* en las extremidades inferiores de los niños de este grupo de edad. Además, la evaluación ambiental no identificó factores de exposición que pudieran jugar un papel importante en la aparición del brote LS. En resumen, una vez realizados los estudios, se comprobaba lo que el análisis con una perspectiva más amplia, más biopsicosocial, había apuntado cuando se incluyó tal perspectiva en el estudio: Que no había ninguna evidencia para apoyar la existencia de un brote de LS, cuyos factores etiológicos, además, se relacionan habitualmente con las características del edificio y/o del mobiliario.

Hasta la fecha no hay evidencia ni se han comunicado brotes LS en niños vinculadas con las características de los edificios (27, 30). La revisión de la literatura, como hemos dicho, sólo muestra informes de casos de pacientes con lipoatrofia relacionados con traumas físicos, presión local, condiciones idiopáticas o patologías autoinmunes (27,28,29). La lipoatrofia semicircular en los muslos solo se ha comunicado en niños en una ocasión.

Sin embargo, en adultos se han descrito varios brotes de LS principalmente entre los trabajadores de oficina y administración en los Países Bajos, Bélgica, Reino Unido, Italia, Francia y España (22-27). El brote epidémico mayor se detectó en Bruselas (Bélgica) en 1995 entre el personal administrativo de un banco que se había trasladado a un nuevo edificio de oficinas. Curvers et al.(22) sugirieron que las lesiones de LS podrían estar directamente relacionadas con condiciones del ambiente de trabajo, tales como la calidad del aire interior, las descargas electrostáticas y los campos magnéticos.

En 2007, se detectaron en Barcelona más de 260 casos de LS entre los 1.098 empleados de un nuevo edificio de oficinas (23,27). Los medios de comunicación difundieron la existencia del brote, y, posteriormente, nuevos casos fueron declarados en otras empresas del país. Por otra parte, diferentes medidas de control relacionadas con el entorno de trabajo fueron evaluados por Pérez et al. (27). Los investigadores concluyeron que la aplicación pronta y conjunta de 3 me-

didas básicas (control de la humedad ambiental, sistemas de descarga eléctrica de tierra- masa y la modificación de los bordes de las mesas de trabajo) llevaban a reducir el 90% de los casos en sólo 6 meses.

En el episodio que venimos describiendo, la enorme alarma que generó el hallazgo de lo que al final parece que tan sólo es una variante de la normalidad en los niños, los resultados de la investigación ambiental y el desarrollo psicosocial característico del proceso, nos llevan a la conclusión de que se trataba de un posible de *trastorno somatomorfo epidémico* con componentes de "histeria colectiva ", "trastorno dismórfico corporal" y componentes hipocondríacos.

La *histeria epidémica* o histeria colectiva fue definida por Small y Nicholi (32) como "la aparición, en un grupo de individuos, de una constelación de síntomas físicos que sugieren una enfermedad orgánica, pero que resultan de causa psicológica. Cada miembro del grupo experimenta uno o más de los síntomas dados". Por lo general, los resultados de evaluación y de análisis físicos son normales y no confirman una causa orgánica específica. Además, en 1994, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) definió la "*enfermedad sociogénica de masas*" como "la rápida propagación de signos y síntomas de enfermedad que afectan a los miembros de un grupo cohesionado, que tienen que ver con una perturbación del sistema nervioso implicando excitación, pérdida o alteración de la función, aunque las quejas físicas que se exhiben inconscientemente no poseen una correspondiente etiología orgánica "(33).

Hay numerosas contradicciones entre lo que la APA (32-36) definía como "trastornos somatomorfos", el concepto de "histeria colectiva" y el término "enfermedad sociogénica de masas (o colectiva)". De entrada, es obvio que no se trata de "enfermedades", sino de expresiones o "trastornos" psicológicos grupales. Por otra parte, el uso del término histeria en ella parece posee aún más fuerza estigmatizadora que la que ya es habitual en dicho concepto aplicado a individuos concretos. Por todo ello (y por otras muchas razones), junto con otros investigadores de nuestras latitudes, hemos preferido hablar en términos de "epidemia de trastorno somatomorfo", conceptualmente más preciso (18).

Por lo general, cuando un epidemiólogo investiga un brote cualquiera es raro que considere como primera hipótesis la de un "episodio de histeria colectiva" o de "trastorno somatomorfo epidémico" (36-38), si bien el miedo y otras emociones poseen una capacidad de propagación grupal mucho mayor que cualquier agente infeccioso (39). Habitualmente la hipótesis surge cuando se van desechando los posibles procesos orgánicos (17). En este sentido, en el episodio descrito, como en otros muchos, incluso de los descritos anteriormente en nuestro país, ha sido necesario que pasaran días o semanas para obtener y analizar los datos médicos, epidemiológicos y ambientales de forma que pudieran descartarse las hipótesis "orgánicas" (16-18). Pero eso implica posibles complicaciones psicológicas para los afectados, psicosociales para el grupo y el colectivo social más amplio y costes económicos mucho mayores. Por eso planteamos que el enfoque de "descartar los factores orgánicos" debería complementarse en algunos brotes epidémicos, sobre todo si cumplen determinadas características, con el procedimiento que llamamos "*encartar lo psicológico*". Como en otras muchas especialidades médicas. En particular habría que más en cuenta esa perspectiva en los brotes o episodios que afectan a niños y a sus familias, sistemas sometidos a fuertes propagaciones emocionales: pueden quedar sensibilizados para

posibles manifestaciones posteriores de trastornos con expresión somática de las emociones, tanto a nivel individual como grupal (40).

Además, los episodios de "enfermedad sociogénica de masas" o de "trastorno somatomorfo epidémico" se hallan infrarrepresentados tanto en la literatura médica como en las hipótesis epidemiológicas de investigación, lo que causa costes económicos, psicopatológicos y sociales significativos (16-18, 6): costes de la investigación, uso de recursos médicos y de salud pública y, en este caso, los costes del cierre de la guardería, las bajas laborales del personal y el coste de pagar guarderías alternativas.

Sin embargo, el brote aquí descrito compartía muchas de sus características con los de otros trastornos somatomorfos epidémicos comunicados ya en la literatura. Como se muestra en la tabla 4, el brote reunía gran parte de los criterios apuntados por Small et al. (32), y, sobre todo, reunía gran parte de los criterios adicionales, más especializados, propuestos y utilizados en otros episodios por Tizón et al. (16-18). En concreto, en este episodio se cumplían todos los criterios del 1 a 8, del 10 al 13, el criterio 16 y los añadidos por nosotros más recientemente, 17 y 18: A los afectados se les atribuía una afección física benigna, sin evidencia clínica o de laboratorio de enfermedad, había datos de la existencia de cierto estrés (trabajadores de guardería), se transmitía por la vista o el oído, se hallaban presentes signos de "trastorno conversivo" y ansiedad coexistiendo con la ausencia de síntomas entre otros adultos o niños que compartían el mismo medio ambiente, etc.

Tabla 4. Criterios para determinar un trastorno somatomorfo epidémico en sus diversas variedades: Criterios de Small y Nicholi (32) modificados por Tizón et al. (16-18, 55).

	Criterio	Cumplimentación en este caso
1	Proceso contagioso, desorganizado e incontrolado.	Si
2	Proceso espontáneo e inusual.	Si
3	Proceso que no recibe contención o supresión de la comunidad.	Si
4	Entorno social o personal inestable, desestructuración relacional y/o de la red social.	Si
5	Poblaciones cerradas, aisladas y/o anómicas posibilidad de expresiones emocionales no contenidas y confusionales, en particular del miedo, el asco-disgusto y la ira.	Si
6	Poblaciones con dificultades de comunicación (lingüística y/o general): barreras culturales, idiomáticas, físicas...	Si
7	Los síntomas más frecuentes son los mismos que los de los trastornos conversivos: hiperventilación, síncopes, trastornos psicomotrices, trastornos digestivos, trastornos neurológicos, crisis de ansiedad y de pánico...	Si
8	Desencadenante somáticamente poco importante pero psicológicamente contagioso.	Si
9	Inicio en la adolescencia o pre-adolescencia (*)	No aplicable
10	Predomina el sexo femenino (*)	Parcialmente
11	No afecta a todas las personas del mismo ambiente (*)	Si
12	Evidencia de estrés en los afectados (*): Poblaciones sometidas a ansiedades persecutorias suplementarias y ocasionales: fatiga, tensión extrema, situación inusual...	Si
13	Transmisión más frecuente a través de la vista o la escucha (*)	Si
14	Recaídas frecuentes en la población tras el primer brote si no es adecuadamente elaborado. (*)	No determinado aún
15	Inicio rápido y final rápido (*)	Imposible de explorar
16	Normalidad de las exploraciones físicas y analíticas (*)	Si
17	Perspectiva biologista, no integral, de los profesionales sanitarios y no sanitarios implicados	Si
18	Emociones descontenidas "relanzadas" por los medios de comunicación	Si

** Los criterios señalados con (*) corresponden a Small y Nicholi (32) y se han complementado en los brotes estudiados en Catalunya con los criterios añadidos por Tizón et al. (16-18; 53; los criterios 17 y 18, en 2014(55)).*

Incluso en relación a la distribución por género, pudimos observar que también predominaba entre las trabajadoras de las guarderías. Entre los niños, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas por género, hemos de recordar que el cuidado de la salud infantil y, por lo tanto, las muestras de alarma, preocupación y búsqueda de exploraciones médicas se desarrolló en buena medida a cargo de las madres. En este sentido, ya hace años Phillen y

Wesswly (41, 42) habían propuesto el término *"enfermedad sociogénica de masas por poderes"* para ilustrar una epidemia entre los niños en los que la transmisión no se daba entre ellos, sino entre sus cuidadores: las comunicaciones cargadas emocionalmente de los padres dieron lugar a la notificación de una epidemia en otro grupo (los niños), algo que uno de nosotros ya había podido comprobar en otros episodios de este tipo de brotes epidémicos emocionales (16, 17).

Además, en este episodio pudimos comprobar elementos de tres criterios característicos más. En primer lugar, su estallido fue un proceso contagioso, desorganizado y sin control debido a diferentes razones: la evaluación inicial de los trabajadores de las guarderías se complicó por la sobreestimación médica de "casos de LS", entre otras cosas por el uso, no recomendado, de ecografías. Además, se daba una pobre concordancia en el diagnóstico LS de los niños por parte de diferentes equipos médicos (datos no mostrados) y, sin embargo, tanto profesionales como administradores y políticos, en parte por "evitar males mayores" o "cubrirse en salud", no se atrevieron a desconfirmar los datos, sino que, con su actuación, tendían a confirmarlos. En consecuencia, aparecieron nuevos casos, pues los adultos comenzaron a explorarse a sí mismos y a sus hijos.

En segundo lugar, el proceso puede ser definido doblemente como inusual porque incluso no hay brotes de LS entre niños descritos en la literatura. Pero la LS se trata asimismo de una "enfermedad" rara, en estudio, especialmente ansiógena, pues se vincula con el ambiente de trabajo, las nuevas tecnologías y con numerosos y diferentes agentes extraños o desconocidos.

Como consecuencia, en tercer lugar, todo ello contribuyó a la difusión masiva de emociones grupales incontroladas, sobre todo del miedo, algo básico en estos episodios (39, 16-18, 43-45). La confusión con una historia anterior vivida en la biblioteca situada en el mismo edificio no hizo sino complicar el tema, máxime porque los líderes de las familias afectadas y los medios de comunicación no aceptaban la negatividad de las exploraciones y buscaban más y más exploraciones, sin que otros profesionales ni las autoridades administrativas y políticas se decidieran a tomar una postura clara y consecuente ante dichas peticiones. Como hemos dicho, éstas últimas incluso decretaron el cierre temporal de la guardería con traslado de los niños a otros centros o permanencia en el hogar, antes de que el tema fuera reenfocado desde el punto de vista del "trastorno somatomorfo epidémico", con lo que la "alarma social" aumentó de forma exponencial (16, 17, 43-45).

Es altamente frecuente que los *trastornos somatomorfos epid*émicos afecten a poblaciones aisladas o a poblaciones sometidas a estrés emocional, como grupos de trabajadores en situaciones psicosociales específicas, grupos de soldados, o a los escolares y a las poblaciones con barreras de comunicación como los niños menores de 2-3 años. Es sabido, por ejemplo, que el dejar a los niños en la guardería, por mucho que se niegue socialmente, implica un aumento de emociones y sentimientos como el miedo, la culpa y la inquietud en ambos colectivos (padres y niños) (46,47). Además, en el presente episodio incluso los epidemiólogos y los políticos pudieron detectar un entorno personal inestable en varios individuos, tanto entre los trabajadores de la guardería como entre las familias. Por ejemplo, uno de los trabajadores logró ser visitado por cinco médicos de medicina laboral o dermatólogos diferentes, obteniendo diferentes y contradictorias opiniones sobre sus hendiduras.

Hay dos de los criterios de Small, Nicholi y Tizón (32, 18) que no podemos evaluar: El primero, la propagación rápida y la rápida remisión del brote. Pudimos definir la fecha de diagnóstico de las muescas o hendiduras, pero no la fecha de inicio de los miedos o temores sobre una "enfermedad" que se estaban contagiando entre los usuarios de ese edificio. El segundo, la tendencia a las recaídas en el mismo escenario: hasta la fecha no han aparecido recidivas, al igual que había sucedido en brotes anteriores donde había participado parte del mismo equipo epidemiológico integral (incluyendo el profesional especializado en "psicología de la relación"). En ese sentido, pensamos que la tendencia a recaer o no, depende en buena medida del tipo de recursos implementados una vez que el evento se enfrenta: Un diagnóstico adecuado como TSE (Trastorno somatomorfo epidémico) y la puesta en marcha de medidas adecuadas parece evitar esas recaídas.

En ese sentido, apoyándonos en nuestra experiencia de los episodios o brotes anteriores, hemos podido definir una secuencia de acontecimientos que parece hallarse en la base de tales episodios y que concreta secuencialmente los criterios anteriores (tabla 5).

Tabla 5. Secuencia de los fenómenos

Secuencia de desencadenantes de los "brotes de histeria de masas", "trastornos somatomorfos epidémicos" o *episodios de "difusión emocional somatomorfa grupal o de masas"* (DESG).	Criterio o Factor de riesgo implicado (de la Tabla 4)
1) En una situación grupal dominada por "ansiedades persecutorias" (miedo, inquietud, culpa) o, en general, por emociones mal contenidas o moduladas.	4,5,6,9,10
2) Uno o varios de los miembros del grupo manifiesta una expresión somatomorfa de esas emociones y relaciones mal moduladas.	1,2,7,8,11,12,13,15,16
3) Una autoridad moral, grupal o profesional (sobre todo, médica) diagnostica o califica como "enfermedad" o "posible enfermedad" esas manifestaciones.	3,4,5, 6,17
4) Las autoridades y líderes administrativos, comunitarios, sociales, profesionales o políticos, por razones diversas, no se deciden a contradecir tales "diagnósticos" y, en ocasiones, reaccionan ocultando datos, deformando otros, con incoherencia o con deshonestidad.	3,4,5,6, 17
5) Lo que relanza el miedo y la desconfianza en el grupo afectado.	3,6,8,12,13,14,15
6) Los medios de comunicación o los diferentes servicios y dispositivos de la comunidad colaboran en la difusión de la idea de la "enfermedad".	3,6,14,15,18

Con ocasión de este episodio, en el cual el especialista en salud mental y TSE fue avisado cuando gran parte de las medidas erróneas anteriores se habían dado con profusión, las intervenciones principales consistieron en:

1. "Encartar" la posibilidad del TSE entre las hipótesis a manejar por parte de los servicios de epidemiología y especialistas y "super-especialistas" médicos participantes.
2. Apoyar a los profesionales y técnicos participantes mediante reuniones grupales en las que pudo analizarse el contenido grupal, psicosocial, de la "epidemia".

3. Aconsejar la contención de las emociones mal moduladas: Pautar las exploraciones, pautar las intervenciones grupales "silvestres" o "poco fundamentadas técnicamente" tanto de administradores como de profesionales, pautar las respuestas, disminuir o evitar la intervención de los políticos locales (ya poco creídos por la población), proporcionar un calendario de exploraciones a medio y largo plazo organizado y comunicado a los afectados, intentar evitar exploraciones maquinizadas (costosas y iatrogénicas) aunque los afectados y los medios de comunicación las exigiesen, pautar parcialmente al menos incluso el contenido de las visitas de los dermatólogos…
4. Apoyar los estudios físicos y ambientales realizados en el edificio y darles difusión en todo tipo de entrevistas y reuniones: con los gestores, con los especialistas médicos, en las entrevistas y reuniones de gestores y de médicos con la población.
5. Intentar un apoyo directo para realizar dichas entrevistas y reuniones a los profesionales y gestores, incluso con frases específicas recomendadas para situaciones específicas de contacto.
6. Buscar la colaboración de los medios de comunicación, o, al menos, de algunos de entre ellos, para apoyar las ideas anteriores.
7. Cuidar de que políticos y administradores no relanzaran las emociones descontenidas tomando decisiones y actuaciones ignorantes de la posibilidad del TSE y de las bases y consecuencias de estas reacciones emocionales grupales.
8. Aconsejar la reapertura posterior de todos los espacios y servicios del edificio, guardería incluida, pero dando libertad a las personas más angustiadas o reivindicativas de llevar a los niños durante un tiempo a otra guardería.
9. Comunicación científica de este tipo de procesos entre los especialistas participantes, en sus grupos o asociaciones de pertenencia y en la literatura científica internacional.

Esas medidas significan la aplicación a este episodio concreto y en un momento bastante avanzado de su desarrollo, de las medidas que ya habíamos propuesto para otros episodios anterior de difusión emocional somatomorfa grupal (Tabla 6).

Tabla 6. Principios para la atención a los TRASTORNOS SOMATOMORFOS EPIDÉMICOS, variedad hipocondriforme. (16-18, 53)

PREVENCIÓN PRIMARIA

- **Prevención de la anomia con la integración social, política y cultural.**
- **Mejorar la comunicación grupal**
- **Y las posibilidades de autoidentificación individual y grupal.**
- **Mejoras en la integración grupal y en la red social.**
- **Disminuir y elaborar el miedo y el asco en los grupos predispuestos.**
- **Atención sanitaria accesible, pero evitando en lo posible los habituales sesgos biologistas o heteronomizantes.**
  - *(En poblaciones con acumulación de riesgo psicosocial, son elementos casi indispensables los "grupos tipo Balint" u otros sistemas de ayuda a la elaboración de la ansiedad de los profesionales).*
- **Modelo a "asistencia sanitaria centrada en el consultante en tanto que miembro de la comunidad"** (40, 48).
- **Cambios culturales** en el sentido de una perspectiva integradora de lo psicosocial en el modelo de salud y sanidad:
  - Atención a la Prevención Cuaternaria, evitación del biologismo, reconsideración cultural del los procesos de duelo, enfermedad y pérdida, evitación a las explicaciones sanitarias y sociales simples, evitación del hospitalocentrismo, honestidad de administradores y políticos en temas sanitarios, colaboración de los medios de comunicación no orientada al beneficio privado e insolidario, sino a la prevención primaria y cuaternaria…

PREVENCIÓN SECUNDARIA

- **SIMULTANEAR la exploración de lo orgánico con la atención a lo psicológico** (No sólo "descartar lo orgánico", sino "encartar lo psicológico").
- **Procurar DESDRAMATIZAR.**
- **Disminuir el miedo, la ira , el asco y la desconfianza, si ello es posible:**
  - *no engañar a los afectados, ni desvalorizar o ridiculizar sus quejas; no ocultar las acciones y exploraciones, así como los resultados; intentar que los afectados y la población participen en las actividades de intervención y control.*
- **Procurando provocar estigmatización, que aumenta la culpa y la vergüenza**
- **Delimitar y ATENDER a los "casos". Especialmente, atender a sus preocupaciones o convicciones sobre la enfermedad.**
- **INDIVIDUALIZAR**
- **NO INTENTAR LA SUGESTIÓN, a diferencia de lo que planteábamos para los TCE** (16,17): puede ser vivida como un intento de engañar y ocultar la importancia de "la epidemia".
- **Atender e intentar integrar en las medidas a los LÍDERES DE CONTENCIÓN desde el primer momento.**
- **Disminuir, en la medida de lo posible LA ACCIÓN: reflexionar, integrar, comunicar...**
- **AYUDAR A LA ORGANIZACIÓN E INTEGRACIÓN:**
- **con sesiones de reflexión**
- **y/o de "rol playing"**
- **EN GRUPOS PEQUEÑOS o entrevistas individuales o familiares**
- **y/o de dibujo o juego (en niños)**
- **Pero con calma y contención:**
  - No caer en las continuas discusiones que los afectados nos proponen, sino ir aportando una y otra vez información: la mínima necesaria y sin variaciones o dudas ***(en lo posible, las dudas deben ser resueltas por los profesionales que intervienen antes de comunicarlas).***
- ***En caso de conflicto, si el sanitario está convencido de su postura, aplicar la "Técnica de las realidades incompatibles"*** (56)

PREVENCIÓN TERCIARA
• **Evitar marginaciones (disociación-proyección):** o No provocar vergüenza y, en todo caso, disminuirla y ayudar a elaborarla. o No provocar culpa y, en todo caso, disminuirla y ayudar a elaborarla. • En ese sentido, **evitar la estigmatización**, el "etiquetado" como "marginados", "enfermos mentales", "equivocados", etc. • **Facilitar las vías expresivas, que se hable del suceso dentro del grupo.** • **Sesiones de grupo y con los líderes naturales y/o profesionales.** • **Trabajos de dibujo, psicomotricidad, rol playing ... dentro del encuadre habitual del grupo social.**
PREVENCIÓN CUATERNARIA
• **Cuidados con todo tipo de reduccionismo biologista** • **Disminuir al mínimo necesario las exploraciones y controles médico-biológicos realizados.** • **Con el fin general de no medicalizar el futuro de esas personas y grupos:** Evitar el narcisismo y la omnipotencia médicas. • P**erspectiva comunitaria e integral de la asistencia** • **Modelo a "asistencia sanitaria centrada en el consultante en tanto que miembro de la comunidad" (48).** • **Favorecer cambios culturales en el sentido de una perspectiva integradora de lo psicosocial en el modelo de salud y sanidad** (similares a los que apuntábamos para la "Prevención Primaria").

5. Postscriptum

Durante el siglo XX y XXI, el aumento de los conocimientos médicos, los riesgos ambientales, la difusión masiva de emociones a nivel social (la "emocionalidad líquida"(56, 57)), la medicalización de la cultura y la población y otros muchos factores, han aumentado enormemente la preocupación de la comunidad por la enfermedad (1, 48, 49). Paradójicamente, mientras la población parece más sana, su percepción de la salud y la enfermedad empeora (49, 50). En ocasiones, esa sensación de enfermedad se atribuye a riesgos ambientales de forma proyectiva y persistente, para lo cual sólo caben explicaciones psicodinámicas y de dinámica de grupos (grandes o pequeños) (39, 40, 49).

En consecuencia, creemos que los costes económicos, psicológicos y sociales de algunos episodios de trastorno somatomorfo epidémico (en sus variedades conversiva, por dismorfia corporal, por somatización o hipocondríaca) requerirían de un tipo de investigaciones y de actitudes profesionales y comunitarias más cuidadoso de tales fenómenos en nuestras sociedades. Y más cuidadoso no sólo en las investigaciones empíricas de los mismos, sino también en las intervenciones de cada brote o episodio, con el objetivo de intentar evitar esos costes y sufrimientos innecesarios. Una posibilidad técnica es la que llamamos "*encartar lo psicológico*"

(19, 40), es decir, incluir la posibilidad de TSE o HM entre las hipótesis iniciales de la investigación de cualquier brote, especialmente aquellas que afectan a los niños y adolescentes.

De todas formas, a nuestro entender, estos dilemas apuntan posiblemente hacia temas conceptuales y epistemológicos mucho más profundos, tales como los que apuntábamos en la introducción de esta comunicación (1,6,7). Por ejemplo: en la conceptualización de los "brotes de histeria", "epidemias sociogénicas de masas" o "epidemias de trastorno conversivo", probablemente se ha incurrido en un error conceptual de entrada, obscurecedor de todas las reflexiones posteriores, al calificar como *histeria* --y, en consecuencia, banalizar-- fenómenos más amplios, complejos y abigarrados. Con el objetivo de intentar vías más integrales de aproximación a "lo psicosomático", uno de nosotros (JLT) lleva años estudiando y reflexionando sobre el uso del cuerpo y las emociones en psicopatología (cfr. por ejemplo, 51,52, 48, 49, 39,40, 53). Al igual que en psicopatología individual, el cuerpo y la vivencia del cuerpo es siempre uno de los elementos de cada trastorno mental, y más en el caso de los *trastornos somatomorfos* y en los *"trastornos de síntomas somáticos y relacionados"* según la bárbara denominación del DSM5 (54): en román paladino, los conflictos o problemas psicológicos que se expresan y dramatizan a través del cuerpo.

Por tanto, en la *psico(pato)logía clínica,* en la *psico(pato)logía social*, en la psicología social y, correlativamente, en la epidemiología clínica, tal vez debiéramos ser consecuentes con estas realidades y entender que también en psico(pato)logía social el cuerpo es utilizado de muy diversas formas. Desde nuestra perspectiva actual, estos fenómenos deberían entenderse como episodios de difusión emocional masiva somatomorfa o de *"difusión emocional somatomorfa grupal o de masas" (DESG).* Es la comunicación emocional directa lo que los pone en marcha, sólo que en el caso de las DESG (como en todos los trastornos somatomorfos), en esa expresión emocional predomina aparentemente el componente somático o corporal que toda emoción lleva aparejado (39).

Creemos que este punto de vista:

1) Permite una conceptualización más estricta y operativa de los mismos.

2) Sin el reduccionismo a la histeria que otras conceptualizaciones implican, probablemente influido, como en los casos de la calificación de "histérico/a" en la vida social, por una tendencia a despreciar/banalizar ese tipo de problemas.

3) Permite trabajar en la teoría, en la clínica y en la investigación con una perspectiva más amplia de las manifestaciones de la vivencia del cuerpo la psicopatología.

4) Permite una mayor colaboración entre clínicos, epidemiólogos, sociólogos y antropólogos: probablemente cada cultura poseerá unas formas y un hincapié específico en el uso del cuerpo para la relación. Sólo algunos de tales usos pueden probablemente ser calificados de "psicopatológicos". Eso permitiría entender cómo determinadas culturas, etnias y pueblos llamados "primitivos", o "del Sur", tal vez tengan una mayor tendencia a la expresión del sufrimiento psicológico y social a través del cuerpo que las culturas del norte tecnológicamente desarrollado del planeta.

5) Con lo que podríamos tal vez entender mejor el por qué muchas de tales manifestaciones, incluso las "psicopatológicas" --e incluso de las más llamativas o abigarradas de las mismas--. Tenderán a expresarse en las *transiciones psicosociales* y situaciones psicosociales emocionalmente "desbordantes", y tenderán a desaparecer sin dejar huellas en la mayor parte de los individuos que las manifiestan: en realidad, son formas sociales de comunicación. Incluso puede que, en algunos casos, se trate de formas "psicopatológicas" de comunicación social, pero que dicen muy poco de la supuesta psicopatología de cada uno de los individuos involucrados en el "brote" (40, 49, 53).

6) Si pudieran diferenciarse las diversas variedades de *trastorno somatomorfo epidémico*, las diversas formas de usar el cuerpo en la relación, ello tal vez permita un abordaje diferenciado a las mismas: En nuestra experiencia, hemos participado en episodios de DESG, de emociones mal moduladas o contenidas, con predominancia comunicacional conversiva, con predominancia de la dismorfia corporal y con predominancia hipocondriforme. A nuestro entender, tales subvariedades de la "difusión masiva y somatizada de emociones desagradables" requieren aproximaciones profesionales y grupales especializadas, como hemos tratado de explicitar en otras comunicaciones.

En el caso descrito en esta comunicación, parece que lo predominante era una cierta percepción colectiva de trastorno por cambios corporales evidentes... que resultaron no evidentes. Tanto los padres, como los trabajadores, como algunos de los especialistas hospitalarios que hicieron la exploración inicial "veían" las lesiones. A causa de la emocionalidad no elaborada subyacente, su desconfirmación, además, no podía ser realizada por meras explicaciones cognitivas, análisis o exploraciones. Es decir, ahí aparecían elementos de trastorno dismórfico corporal, que en el caso de los niños fueron "manifestados por poderes" (a través de la emocionalidad de sus progenitores) (Tabla 7)

Tabla 7. Estrategias básicas ante un episodio de "difusión emocional somatomorfa grupal o de masas" (DESG), subvariedad somatomorfa, subvariedad de dismorfia corporal o subvariedad hipocondriforme.

1.	Estrategia de "reducción del daño"
2.	Desdramatizar: ¡cuidado con los "media" y los "cuidadores preocupados"!.
3.	Insistir en la observación, en la contención psicológica y en las técnicas de contención psicosocial.
4.	Desmedicalizar: . cuidados con el lenguaje, los seudodiagnósticos, las "seudoenfermedades", el biologismo ("edificio enfermo") y la aplicación precipitada de términos como "*lesión, trastorno, casos, problemática, investigación, en el futuro se hallará, inmadurez, seguimiento de la lipoatrofia, enfermedad cutánea...*"
5.	Técnicas de "compartir el pronóstico" con la población (56)
6.	Ineluctabilidad de las consecuencias de insistir en la perspectiva biologista
7.	Admitir las propias limitaciones, errores y defectos….
8.	Tener en cuenta la posibilidad de la "hipótesis inversa": De ahí que sea conveniente pautar algún tipo de seguimiento.

Seguramente la tendencia disociativa y peyorativa de la comunidad científica empirista y biologista respecto a las DESG como manifestaciones psicosociales, ha influido de forma determinante en el bajo grado de conceptualización de las mismas (53, 16,18,1, 39). Sin embargo, como hemos vuelto a describir, acarrean a menudo importantes sufrimientos a individuos y poblacionales, además de consecuencias sociosanitarias negativas y gastos innecesarios, en ocasiones de gran trascendencia, según resumimos en nuestros trabajos anteriores sobre el tema. Además, como allí describimos, suelen conllevar importantes reacciones de rechazo en grupos sociales cercanos a los afectados. Al menos parte de esas consecuencias y sufrimientos posiblemente podrían ser evitadas con una mayor aceptación y reconocimiento de las mismas, con una actitud sanitaria más integral o integradora.

En nuestra experiencia, en una ciudad como Barcelona, anualmente se comunican entre uno y dos brotes del tipo general de lo que tal vez ahora podríamos llamar "*difusión emocional somatomorfa grupal o de masas" (DESG),* es decir de difusión masiva y somatizada de emociones desagradables. Proponemos ese término como posiblemente más cercano a la psicología de la relación y del desarrollo y más adecuado a nuestros conocimientos actuales que los de "histeria de masas", "histeria colectiva", el auténtico barbarismo de "enfermedad sociogénica de masas" o incluso nuestra propuesta anterior de "*trastorno somatomorfo epidémico*". Normalmente, tales episodios suelen controlarse con las intervenciones orientadas a la especie morbosa que dramatizan (18,53), pero no sin costes personales, sociales y económicos innecesarios.

Todo eso ha de ayudar a indignarnos también contra el predominio abrumador en psicología y psicopatología del pensamiento unidimensional de "*un síntoma-una enfermedad-un medicamento*". Así, casi a cada síntoma le corresponde a una "enfermedad". De ahí la auténtica estulticia teórica de la "co-morbilidad psiquiátrica" que oímos continuamente en nuestros medios... Sin embargo, como es sabido, hay perspectivas psicoanalíticas, cognitivo-conductuales y otras que se han negado, nos hemos negado a dejarnos dominar por esas simplificaciones, despectivas de la esencia de la psico(pato)logía. Y es que, para nosotros, lo que llamamos "psicopatología", a la postre, no son sino formas desadaptativas de organizar las relaciones sujeto-otros, conjuntos que se expresan fundamentalmente en las relaciones interhumanas e intrahumanas (mentales y cerebro-viscerales). De ahí los dos principios básicos de una psico(pato)logía relacional: que se expresa en la relación y ha de estudiarse en la relación (57).

Nos parecía útil comunicar nuestra experiencia en algunos de tales "brotes epidémicos" porque creemos que es una buena muestra de adónde nos puede llevar una visión biologista de la práctica médica, una visión no suficientemente integral. Una visión más integradora de la práctica médica, más biopsicosocial, tal como hemos definido recientemente (1), podría evitar no sólo costes económicos y sufrimientos, sino también, una clara iatrogenia psicológica y biológica, también en los casos de la mal llamada "histeria de masas",

Pero, ¿podremos trabajar hoy con esa perspectiva en un mundo médico en el cual la medicalización y la ausencia de "prevención cuaternaria" están creciendo --y no sólo no disminuyendo-- por causa de una visión parcializada de la medicina y de su uso y abuso para diferentes tipos de negocios privados antisolidarios, sanitarios y no sanitarios (50, 56, 57)? ¿ Y cómo nos prepara o deja de prepararnos hoy esa perspectiva para enfrentar los profundos cambios que, sin duda, sufrirá la práctica médica, la relación médico-paciente y la relación sanidad-sociedad en los decenios venideros?

BIBLIOGRAFÍA

1. Tizón, J.L., Clèries, X., Daurella, N. (compiladores) ¿Bioingeniería o Medicina?: El futuro de la medicina y la formación de los médicos. Barcelona: Red Ediciones. 2012.
2. Zoppi, K, Epstein, R. ¿Es la comunicación una habilidad?. En Tizón, J.L., Clèries, X., Daurella, N. (compiladores) o.c (pp. 217-229)

3. Ciurana, R, Comín, E., Marquet, R., Martín-Zurro, A. Eppur si muove: los avances de la medicina y su difusión en el último decenio. En Tizón, J.L., Clèries, X., Daurella, N. (compiladores) o.c.. (pp. 31-41).
4. Tizón J.L. Cleríes, X, Daurella, N. Reflexionando sobre la formación integral del médico. En Tizón, J.L., Clèries, X., Daurella, N. (compiladores). o.c.. (pp. 353-373).
5. Tizón, J.L. Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Ariel; 1978.
6. Tizón J.L. (Coordinador) y De la Lama E, Díaz-Munguira JM, Salamero M (Compiladores). El biologismo: implicaciones teóricas, repercusiones en la asistencia sanitaria. (2 tomos publicados como extras de la revista "Informaciones Psiquiátricas"). Barcelona, Informaciones Psiquiátricas: 1986.
7. Foucault, M. El nacimiento de la biopolítica. Buenos Aires: FCE; 2007.
8. Han, B.-C. Psicopolítica. Barcelona: Herder; 2014.
9. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A challenge for Biomedicine. Science 1977; 196: 129-136.
10. Galeote P, Tizón J.L., Spagnolo E, Pellegero N, Plans R. La cronificación del sufrimiento psicológico en la asistencia especializada ambulatoria de la Seguridad Social: Una perspectiva desde la Neuropsiquiatría de Zona. Psiquis 1986, 71: 35-58.
11. Jamoulle, M. La prévention quaternaire, une tâche explicite du médecin généraliste. Prospective Jeunesse.7-11; 2012. También en http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/prev4-fr.html, consultada en 2014.
12. Gervás, J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Gaceta Sanitaria 2006; 20(Supl 1):127-34.
13. Illich, I. Némesis Médica: La expropiación de la salud. Barcelona: BArrral; 1975.
14. Borrell, F., Suchman, A.L., Epstein R.M. El modelo biopsicosocial 25 años después: Principios, práctica e investigación científica. En Tizón, J.L., Clèries, X., Daurella, N. (compiladores) ¿Bioingeniería o Medicina?: El futuro de la medicina y la formación de los médicos. Barcelona: Red Ediciones. 2012. (95-111).
15. Quintanilla M.A. Tecnología: Un enfoque filosófico. Madrid: Fundesco 1989.
16. Tizón J.L, Pañella H, Maldonado R, Sanz M, Cortina C, Bellver V. Outbreak of an epidemic of conversion disorder Aten Primaria 1996;18(9):511-24.
17. Tizón J.L, Pañella H. En el centenario de los "estudios sobre la Histeria": Un servicio de Epidemiología atendiendo a un brote de Histeria Colectiva. Informaciones Psiquiátricas 1998, 150-151: 9-37.
18. Tizón J.L, Pañella H, Maldonado R. ¿Epidemia de histeria, trastorno conversivo epidémico o trastornos somatomorfos epidémicos?: un nuevo caso de una realidad para el siglo XXI. Aten Primaria 2000; 30;25(7):479-88.
19. Lyons HA, Potter PE. Communicated hysteria -an episode in a secondary school. J Irish Med Ass 1970; 63:377-379.
20. McEvedy CP, Beard AW. Royal free epidemic of 1955: A reconsideration. BMJ 1970,1: 7-11.
21. Moffatt MEK. Epidemia de histeria en una estación de tren de Montreal. Pediatrics 1982; 14:88-89.

22. Curvers B, Maes A. Lipoatrophia semicircularis: a new office disease? 900 cases reported in Belgium. Available on: http://www.sfowler.com/esdjournal/lipoatrophia.htm.
23. Pañella H, Juanola E, de Peray J.L., Artazcoz L. Semicircular lipoatrophy: a new occupational disease. Gac Sanit. 2008;22(1):73-5.
24. Senecal S, Victor V, Choudat D, Hornez-Davin S, Conso F.Semicircular lipoatrophy: 18 cases in the same company. Contact Dermatitis 2000;42(2):101-2.
25. Gruber PC, Fuller LC. Lipoatrophy semicircularis induced by trauma. Clin Exp Dermatol 2001;26(3):269-71.
26. Schnitzler L, Verret J.L., Titon JP. Lipoatrophia semi-circularis of the thigh. Ann Dermatol Venereol 1980;107(5):421-6.
27. Pérez A, Nebot M, Maciá M, Panadés R; Collaborative Group for Evaluation of LS Outbreak Control Measures. An outbreak of 400 cases of lipoatrophia semicircularis in Barcelona: effectiveness of control measures. J Occup Environ Med. 2010;52(7):751-7.
28. Berk DR, Bayliss SJ. Sock-line bands in infancy. Br J Dermatol 2007;157(5):1063-4.
29. Trémeau-Martinage C, Bayle-Lebey P, Grouteau E, Bazex J. Localized lipoatrophia with persistent circulating autoantibodies and partial immunoglobulin A deficiency in a child. Dermatology 1996;192(4):353-7.
30. Haas N, Henz BM, Bunikowski R, Keitzer R. Semicircular lipoatrophy in a child with systemic lupus erythematosus after subcutaneous injections with methotrexate. Pediatr Dermatol 2002;19(5):432-5.
31. Maes A, Curvers B, Verschaeve L. Lipoatrophia semicircularis: the electromagnetic hypothesis. Electromagnetic Biol Med 2003;22:183-193.
32. Small GW, Nicholi A.M. Mass hysteria among schoolchildren. Early loss as a predisposing factor. Arch Gen Psychiatry. 1982;39(6):721-4.
33. Bartholomew RE, Wessely S. Protean nature of mass sociogenic illness: from possessed nuns to chemical and biological terrorism fears. Br J Psychiatry. 2002;180:300-6.
34. American Psychiatric Asociation, (1994). DSMIV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson; Barcelona 1995.
35. Bartholomew RE, Wessely S, Rubin GJ. Mass psychogenic illness and the social network: is it changing the pattern of outbreaks? J R Soc Med. 2012;105(12):509-12.
36. Bartholomew, Robert. Little Green Men, Meowing Nuns and Head-Hunting Panics. Jefferson, North Carolina: McFarland & Company, Inc. Publishers. 2001. Print.
37. Cole TB, Chorba TL, Horan JM. Choose destination patterns of transmission of epidemic hysteria in a school. Epidemiology. 1990;1(3):212-8.
38. Guidotti TL. Patterns of epidemic hysteria in a school. Epidemiology. 1991;2(2):159-60.
39. Tizón, J.L. El poder del miedo. Lleida: Milenio; 2011.
40. Tizón J.L., San-José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Barcelona: Herder 1997 y 2000.
41. Philen RM, Kilbourne EM, McKinley TW, Parrish RG. Mass sociogenic illness by proxy: parentally reported epidemic in an elementary school. Lancet. 1989;2(8676):1372-6.
42. Wesswly S, Wardle CJ. Mass sociogenic illness by proxy: parentally reported epidemic in an elementary school. Br J Psychiatry. 1990;157:421-4.

43. Boss LP. Epidemic hysteria: a review of the published literature. Epidemiol Rev. 1997;19(2):233-43.
44. Jones TF, Craig AS, Hoy D, Gunter EW, Ashley DL, Barr DB, Brock JW, Schaffner W. Mass psychogenic illness attributed to toxic exposure at a high school. N Engl J Med. 2000 Jan 13;342(2):96-100.
45. Small GW, Borus JF. Outbreak of illness in a school chorus. Toxic poisoning or mass hysteria? N Engl J Med. 1983;308(11):632-5.
46. Tizón J.L.. Crianza de los hijos y actividad laboral: ¿Cómo aproximarnos a la necesaria conciliación? (Parte 1). Rev de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. 2011; 17(4): 27-39. 256.
47. Tizón J.L.. Crianza de los hijos y actividad laboral: ¿Cómo aproximarnos hacia la necesaria conciliación? Segunda Parte: Reflexiones psicológicas, psicopatológicas, psicopedagógicas y un epílogo pragmático. Rev de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente. 2011; 18(11):15-33.
48. Tizón J.L.: Componentes psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la Atención Primaria. (6ª edición). Barcelona: Biblària 2000.
49. Tizón, J.L. Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona: Heder; 2013.
50. Benach, J. Muntaner, C, Tarafa G., Valverde, C., Navarro , V. La Sanidad está en venta. Barcelona: Icaria; 2012.
51. Tizón J.L.. La histeria como organización o estructura relacional: (1) Desde la psicopatología psicoanalítica (1): Intersubjetivo / Intrasubjetivo 2004; 6(1): 144-161.
52. Tizón J.L.. La histeria como organización o estructura relacional: (2) Aplicaciones psicopatológicas y terapéuticas de esta perspectiva. Intersubjetivo / Intrasubjetivo 2004; 6(1): 162-175.
53. Pañella H, Maldonado R, Tizón J.L. No es histeria todo lo que reluce. Carta al Director. Atención Primaria 2000, 26,9: 647-649.
54. American Psychiatric Association: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Buenos Aires: Panamericana; 2013.
55. Rius C, Baselga E, Tizón J, Fuentes P, Muñoz FZ, Roigé G, Llebaria X, Caylà JA and Working group. Investigation of a suspected Lipoatrophia Semicircularis outbreak in children. (in press).
56. Tizón, J.L. Familia y psicosis: Cómo ayudar en el tratamiento. Barcelona: Herder; 2014.
57. Tizón, J.L. Psicopatología del poder: Un ensayo sobre perversión y la corrupción. Barcelona: Herder; 2015.

2

Capítulo 2.
La hospitalización.

2.1. LA HOSPITALIZACIÓN COMO INSTRUMENTO TERAPÉUTICO

Víctor Pedreira Crespo, Mª Victoria Rodríguez García, José L. Buceta Hazas, Estrella González Gómez, Paloma Rodríguez Español.

INTRODUCCIÓN

Pese a la aparente obviedad de subrayar la condición de instrumento terapéutico de la hospitalización, su reivindicación en el título de este epígrafe de la ponencia tiene un sentido. La concepción comunitaria de la asistencia en salud mental (SM) consagra el Centro de Salud Mental (CSM) como el eje sobre el que se organiza y pivota el conjunto de la red, confiriendo un papel en segunda línea a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP), de acuerdo con los principios XVIII y XIX del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1) ("Sólo se recurrirá a la hospitalización cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de intervenciones realizables en el entorno familiar y social" y "La hospitalización será lo más breve, transitoria e incompleta posible y su duración estará en función de criterios terapéuticos", respectivamente). Pues bien, estos principios están siendo interpretados de manera perversa en algunos lugares donde se anteponen criterios de gestión, de exclusivo carácter economicista, a criterios asistenciales, resultando de ello serias consecuencias para la calidad de la atención prestada con repercusiones en toda la red.

En lo referente a las estructuras, muchas de las UHP creadas tras la reforma, se ubicaron en Hospitales Generales (HG) en espacios diseñados para pacientes de patología somática; otras, en hospitales que no pueden ser considerados generales por no contar con todos los servicios necesarios para alcanzar tal denominación, salvándose este escollo mediante el recurso a la creación de los "complejos hospitalarios". Algunas, de más reciente creación, se ajustan más a las necesidades específicas de los pacientes psiquiátricos porque en su diseño se ha tenido en cuenta la opinión de los profesionales de SM. Desconocemos la existencia de casos en los que haya sido tenida en cuenta la opinión de los usuarios y familiares, aunque esa sea la recomendación de los organismos internacionales.

La realidad es que, pese a la coexistencia de situaciones muy diferentes en el ámbito del estado, el cierre de los Hospitales Psiquiátricos (HP) para la hospitalización de pacientes agudos no siempre ha ido acompañado de la creación de suficientes estructuras alternativas (camas de hospitalización en hospitales generales, dispositivos extra-hospitalarios y de apoyo social, etc.), lo que ha dado lugar a la frecuente insuficiencia de camas disponibles para el ingreso, generando deficiencias asistenciales graves que se ponen de manifiesto, entre otros, en el fenómeno de la "puerta giratoria".

Este hecho se ha agravado en los últimos años con ocasión de la crisis, al producirse un estancamiento, cuando no una franca regresión, en el desarrollo de estructuras asistenciales y en su dotación de recursos humanos y técnicos. La insuficiencia de camas de agudos, junto con la presión a la que estamos siendo sometidos los profesionales por parte de los gerentes para disminuir cada vez más la estancia media, parece estar forzando una sobre-interpretación de los mencionados principios, de forma que con frecuencia se dificulta el recurso a la hospitalización sin proporcionar una alternativa de soporte comunitario segura o, de producirse ésta, es tan breve que condiciona de manera alarmante nuestro modo de abordar el tratamiento de los pacientes hospitalizados y compromete seriamente los objetivos terapéuticos dando lugar en la práctica a la sustitución del objetivo técnico de "alta segura" por el objetivo gerencial de "alta rápida" y limitando en la práctica el objetivo terapéutico al mero "alivio sintomático" (2). Las consecuencias asistenciales que de ello derivan son evidentes: riesgo para el paciente y compromiso de la continuidad del tratamiento, sobrecarga para la familia, sobrecarga para los dispositivos ambulatorios y refuerzo de la puerta giratoria. Pero tiene además repercusiones graves en la dinámica del funcionamiento del equipo asistencial ya, que al centrar el tratamiento en la intervención farmacológica, enfatiza el papel de los psiquiatras y del personal de enfermería y relega a secundario el del resto de componentes del equipo. Esto es particularmente significativo en el caso de los trabajadores sociales, a quienes se les demanda ponerse al servicio del "alta exprés" pretendiendo convertirlos en simples buscadores de alojamiento (ya sea forzando retornos familiares o buscando alojamientos alternativos) y de los terapeutas ocupacionales, con frecuencia limitados al papel de meros entretenedores de los pacientes con el objeto de disminuir las tensiones dentro de la unidad.

Se perciben, pues, deficiencias estructurales y serios problemas funcionales que repercuten en la calidad de la asistencia, ponen en riesgo la persistencia del modelo comunitario y cuestionan el papel que hemos jugado y estamos jugando los profesionales en el vaciamiento de contenido de la filosofía que lo sustenta.

No es el objeto de este trabajo hacer esa necesaria revisión autocrítica, pero pensamos que revisar los requisitos que las Unidades de Hospitalización deben de cumplir para merecer la consideración de instrumento terapéutico en el contexto de un modelo comunitario de atención a la salud mental, puede contribuir a poner de manifiesto hasta qué punto vamos alejándonos del modelo.

EL CONCEPTO DE AMBIENTE TERAPÉUTICO

Ya en 1953 el Comité de Expertos de la OMS definió el ambiente terapéutico como aquel capaz de preservar la individualidad de las personas atendidas, tener confianza en ellas, potenciar las buenas conductas, fomentar la responsabilidad e iniciativa de los usuarios y proporcionar actividades adecuadas (3). Lo consideró además uno de los más importantes tipos de tratamiento que un hospital puede proporcionar.

El National Institute for Clinical Excellence (NICE), organización independiente de asesoramiento y orientación sobre buenas prácticas al National Health Service (NHS), define el ambiente terapéutico como aquél que permite a las personas disfrutar de un entorno saludable, seguro, digno, respetuoso con la individualidad y privacidad y potenciador de la autonomía, sin comprometer los objetivos clínicos de la unidad (4).

El concepto es complejo dada la diversidad de dimensiones, tanto estructurales como funcionales, que abarca, habiendo ido adquiriendo cada vez mayor relevancia los aspectos relativos al respeto de los derechos de los usuarios, y su participación activa, no sólo en el tratamiento sino también en el diseño y funcionamiento de los dispositivos de asistencia y su relación con el mundo exterior.

Conseguir un ambiente terapéutico en los dispositivos de la red de salud mental se ha convertido en un objetivo reiterado en todos los documentos oficiales referidos a la misma en los que se considera imprescindible para humanizar la atención y facilitar los procesos de recuperación y continuidad de los cuidados de las personas atendidas (5).

Podríamos definir el ambiente terapéutico como el conjunto de actuaciones que se realizan en un dispositivo de salud mental que tienen por finalidad la creación de las condiciones más idóneas para favorecer el proceso terapéutico.

Pero ¿cómo medimos el ambiente de un dispositivo para determinar si es terapéutico? Está demostrada la relación entre un ambiente cálido, receptivo y segu-

rizante con el grado de satisfacción de los usuarios, de tal forma que éste, como principal variable dependiente, ha sido utilizado como medida de aquél. Tal correlación ha sido señalada en múltiples publicaciones (6 - 9). Se ha constatado también la relación entre el ambiente y el manejo de las conductas difíciles medido a través del registro de actuaciones restrictivas de la libertad como el aislamiento o la contención mecánica (10).

En 1974 Moos desarrolló una escala, la WAS (Ward Atmosphere Scale) (7), para la medición del ambiente en unidades de hospitalización. Se trata de una escala auto-aplicada que incluye varias sub-escalas agrupadas en tres dimensiones: *relacional*, *de crecimiento personal* y *organizativa*, con un total de 100 items.

La *dimensión relacional* incluye las sub-escalas de compromiso, apoyo y espontaneidad; los encuestados evalúan su percepción del grado de compromiso y apoyo que muestran los pacientes entre sí y el mostrado por el personal hacia los pacientes, así como el grado en que se potencia la expresión abierta de sentimientos.

La dimensión *de crecimiento personal* incluye las sub-escalas de autonomía, orientación práctica, orientación en problemas personales , ira y agresividad y cuantifica la percepción del grado de autosuficiencia e independencia que tienen los pacientes para la toma de decisiones, el nivel de adquisición de habilidades de cara al alta, el grado en que se les facilita la comprensión de sus sentimientos y problemas personales y el nivel en que se producen enfados, discusiones violentas o conductas agresivas.

Por último, la dimensión *organizativa* incluye las sub-escalas de orden y organización, claridad de los programas terapéuticos y control por parte del personal. Pretende medir, por tanto, el grado de importancia que se concede en la unidad al orden y la organización (explicitud de las reglas y procedimientos), el grado de planificación de las actividades y su conocimiento por parte de los pacientes y el nivel de garantía del necesario control de los pacientes por parte del personal.

La WAS, que posteriormente fue modificada disminuyendo el número de ítems, mostró su fiabilidad al correlacionar sus resultados con los de las encuestas de satisfacción del usuario y puso de manifiesto que el ambiente de un determinado dispositivo es relativamente constante, lo que permitiría definirlo como la personalidad de la unidad. Trabajos posteriores han demostrado que permite también detectar cambios producidos en los dispositivos, sean éstos accidentales (8) o intencionados (9).

Menos clara, aunque indiscutida, es la relación entre ambiente y resultados del tratamiento respecto de la cual coexisten dos puntos de vista: uno que sostiene que

un ambiente adecuado es en sí mismo terapéutico y tendente al cambio; otro que lo considera un prerrequisito para el mismo. En todo caso esa relación parece ser de carácter más indirecto y dilucidarla requeriría nuevas investigaciones (11).

DETERMINANTES DEL AMBIENTE TERAPÉUTICO

La consecución de un ambiente terapéutico tiene requerimientos tanto de estructura como de función. La escala de Moos da la medida de la dimensión funcional del ambiente terapéutico, dejando al margen la dimensión estructural. Sin embargo ésta también ha de ser tenida en cuenta en la medida en que existe una relación dialéctica entre la estructura física de la unidad y la función que se le atribuye. La estructura condiciona la función y ésta determina la estructura necesaria. Por otra parte, la exigencia de respeto a los derechos y necesidades de los pacientes implica a su vez unas exigencias estructurales que garanticen aquellos.

A) LA ESTRUCTURA: EL ESPACIO Y SU DISTRIBUCIÓN

La importancia del espacio como determinante de las conductas humanas ha sido puesta de manifiesto por la etología, la antropología y la ecología. Es bien conocida la relación inversa entre la amplitud del espacio y las conductas disruptivas y violentas. La UHP es un espacio de convivencia que además tiene una función terapéutica, por lo que ha de proporcionar un hábitat que garantice condiciones de seguridad y control, permita el desarrollo de actividades terapéuticas y evite el hacinamiento respetando el derecho a la dignidad, intimidad y privacidad de los usuarios.

Diferentes documentos señalan los requerimientos estructurales de las UHP, tanto en relación con aspectos orientados a la prevención de conductas violentas (4), como en relación a las necesidades personales de los pacientes y a garantizar sus derechos de trato digno y privacidad (12, 13).

No procede tratar aquí de forma extensa las características estructurales de las UHP pero sí señalar los requerimientos básicos necesarios para el cumplimiento de estos objetivos.

1.- NECESIDADES GENERALES:

La unidad debe estar preferiblemente situada en planta baja con acceso directo al exterior (patio o jardín). La distribución de los espacios debe ser clara y fácilmente comprensible, diferenciando tres áreas: la residencial, la de enfermería y la clínica (14)

En el área residencial se desenvuelve la casi totalidad de la vida del paciente durante la hospitalización, es decir, el descanso, el ocio y la actividad terapéutica por lo que ha de responder a las necesidades derivadas de esas actividades. Las habitaciones deben ser espaciosas, de una o dos camas y con baño propio. El resto de dependencias (salas de estar, comedor - con posibilidad de ser utilizado para otros usos- y salas de visita) deben ser proporcionados en número y tamaño al número de camas de la unidad (que, idealmente, se sitúa entre 20 y 30 camas por razones de funcionalidad y de rentabilidad económica) y deben respetar los requerimientos de privacidad e intimidad de los pacientes y familias. El espacio contará con buenas condiciones de habitabilidad (iluminación, ventilación, temperatura) y estará razonablemente aislado de ruidos y libre de barreras arquitectónicas. Los materiales deben ser resistentes y los colores suaves pero luminosos. El amueblamiento sencillo, cálido y lo menos hospitalario posible. La zona de terapia, deberá contar con un espacio amplio y luminoso para actividades ocupacionales diversas.

El área de enfermería requiere de un control de enfermería ubicado en la zona central de la unidad, con buena visibilidad hacia las zonas residenciales y con una zona abierta, tipo mostrador, asequible a usuarios y visitas.

La zona clínica, correspondiente a los despachos debe contar, además, con una sala de reuniones para sesiones clínicas y reuniones de equipo.

2.-NECESIDADES DE SEGURIDAD:

Las medidas de seguridad han de garantizar ésta sin connotar excesivamente el espacio. Deben ser discretas, poco visibles y proporcionadas a las necesidades de pacientes y profesionales. Se recomienda la utilización de vidrios reforzados y materiales ignífugos y es obligada la existencia de dispositivos y material antincendios y de salidas de emergencia.

La ubicación correcta del control de enfermería supone una importante medida de seguridad por cuanto permite una observación privilegiada.

3.- DERECHOS DE LOS USUARIOS:

La estructura y disposición del espacio debe atender a los derechos de dignidad, privacidad e intimidad de las personas atendidas. El derecho a ser atendidos en un espacio digno tiene unas exigencias de orden, limpieza y condiciones básicas de habitabilidad. Las garantías de privacidad e intimidad de los usuarios exigen de la disponibilidad de un espacio privado con llave (armario) donde guardar sus pertenencias, de espacios adecuados para recibir visitas y entrevistarse con los profesionales y de acceso telefónico con garantía de privacidad de las llamadas.

Otros derechos de los usuarios están más relacionados con el uso que se hace de los espacios y las normas de funcionamiento de la unidad. Así por ejemplo debe respetarse el derecho de acceso a los dormitorios o espacios de mayor tranquilidad (aislamiento voluntario) y el derecho de los pacientes a utilizar su ropa personal y a conservar algunas pertenencias, como útiles de aseo, libros, fotografías, etc., ya que ello contribuye a preservar su identidad y a personalizar el hábitat.

Así mismo deben respetarse los derechos considerados desde la perspectiva de género y la perspectiva cultural (respeto a usos y costumbres propios de la cultura de pertenencia de algunos usuarios).

Las limitaciones, por razones clínicas o de otro tipo, al ejercicio de estos derechos deben estar reguladas y ser registradas cuando se produzcan.

En la atención a los derechos y necesidades personales de los pacientes es muy importante el papel del personal de enfermería ya que, como son los profesionales de interacción más cercana con el paciente, están en óptimas condiciones de aplicar medidas que favorezcan el respeto a estos derechos, así como de detectar deficiencias que puedan estar conculcándolos o limitándolos. Un ejemplo claro y sencillo lo representa la atención y cuidado de la imagen de las UHA, ya que un entorno sucio y deteriorado es desagradable y claramente antiterapéutico y refuerza los estereotipos negativos sobre la enfermedad mental y las personas que la padecen (15).

B) LA FUNCIÓN: LOS OBJETIVOS Y LAS INTERVENCIONES

La función de la UHP es proporcionar todos los medios y recursos terapéuticos disponibles para conseguir el objetivo de un alta rápida pero segura, de acuerdo con una interpretación responsable de los principios XVIII y XIX aludidos en la introducción, entendiendo por alta segura aquella que permite al paciente recuperar la capacidad de responsabilizarse de su proceso de tratamiento fuera del hospital con el máximo de garantías, asegurando así la continuidad terapéutica y evitando el fenómeno de la "puerta giratoria".

1.- OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

El objetivo último del alta segura es el final de un proceso de consecución de objetivos parciales que conviene recordar (14).

- El alivio sintomático

El alivio sintomático es indispensable pero por sí sólo no garantiza un alta segura. Se consigue, fundamental aunque no exclusivamente, con los tratamientos farmacológicos. No debe entenderse lo sintomático de una manera reduccionista, es decir, considerando sólo los síntomas positivos o los conductuales más disruptivos, sino también tener en cuenta otros síntomas como los negativos o afectivos.

- La alianza terapéutica

Conseguir una buena alianza terapéutica es necesario para implicar al paciente en su tratamiento y por lo tanto un objetivo a plantearse desde el momento del ingreso, facilitado por una buena acogida. Aunque es más fácil de conseguir en los ingresos voluntarios, es también alcanzable en los involuntarios permitiendo a veces revertir la involuntariedad. Su objetivo último es garantizar el seguimiento post-alta.

- La clarificación de la crisis

Pretende ayudar al paciente a conocer las posibles causas de la crisis que motivó su ingreso así como la relación entre las crisis y determinados comportamientos de riesgo. Para avanzar en el proceso terapéutico se le propondrán al paciente métodos de afrontamiento ante situaciones estresantes y recursos para evitar estresores con capacidad desestabilizadora.

- La concienciación del proceso patológico

Trabajar la conciencia de enfermedad significa facilitar en el paciente el proceso cognitivo que le permita el reconocimiento de su enfermedad y de ciertos síntomas como tensión, ansiedad, miedo, preocupaciones, etc. Ello resulta necesario para su aceptación y cumplimiento del tratamiento, de la necesidad de ayuda e incluso del ingreso cuando sea preciso.

- El aumento de la autonomía personal y la autorresponsabilización

La hospitalización ha de procurar potenciar la autonomía personal, objetivo que no compete exclusivamente a los servicios y programas de rehabilitación a largo plazo. Se trata de combatir los posibles déficits de autonomía preexistentes y las actitudes regresivas provocadas por la hospitalización. Para lograrlo es fundamental hacer partícipe al paciente de las decisiones que se toman respecto de su tratamiento y su plan de cuidados.

- La facilitación de la reinserción familiar y social

Desde el momento del ingreso es preciso planificar el alta a corto plazo del paciente, considerando su retorno al medio de procedencia u otro alternativo. Ello requiere analizar con paciente y familia las relaciones familiares y la existencia de actitudes negativas de uno y otro lado, propiciando el cambio si es necesario y posible. Si el retorno al medio familiar en el momento del alta no se considera posible o conveniente, deben explorarse conjuntamente otras alternativas, elegir la más realista y orientar a ella las intervenciones.

2.- REQUISITOS NECESARIOS PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS

- Un equipo asistencial
- Una dinámica de funcionamiento
- Un ambiente o clima relacional propicio

- El equipo asistencial

El equipo asistencial debe tener una composición multidisciplinar, un funcionamiento interdisciplinar y un grado suficiente de cohesión interna.

La multidisciplinaridad supone la participación de distintos profesionales: psiquiatra, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, personal de enfermería (preferiblemente especializado) y personal auxiliar. La interdisciplinariedad hace referencia al modelo de trabajo y supone la puesta en común de los distintos saberes teniendo claro los límites del saber de cada uno y respetando el campo de conocimiento de los demás (16).

La cohesión del equipo se facilita compartiendo la filosofía asistencial, es decir, compartiendo criterios sobre los objetivos terapéuticos de la unidad y el modo de alcanzarlos y estableciendo una dinámica interna de funcionamiento que permita un clima relacional-emocional estable y una estructura operativa que facilite las intervenciones (14, 17).

Colabora a estabilizar el clima relacional permitir que cada miembro se sienta capaz de aportar sus opiniones y capacidades sin temor a la censura y a la descalificación, que sienta que éstas son valoradas y tenidas en cuenta y que sea capaz de percibir sus conflictos y motivaciones irracionales. Todo ello refuerza la motivación, proporciona seguridad en la tarea, y refuerza los sentimientos de pertenencia y aceptación mutua, lo que es necesario para hacer frente a la dureza del trabajo, afrontar las proyecciones identificativas de los pacientes y ser capaz de contener y limitar. Se trata así de evitar los riesgos de actuar pasivamente (laisser-faire), represivamente (con rigidez e intolerancia) o autoliticamente (canibalismo endogrupal) (17).

Disponer de una estructura operativa supone propiciar un funcionamiento interdisciplinar, con definición clara, pero no rígida, de las funciones específicas de cada miembro y que permita cierto solapamiento de roles en tareas comunes evitándose así un funcionamiento excesivamente jerarquizado o corporativista. Deben establecerse lugares de discusión y debate sobre objetivos terapéuticos y de política asistencial en los que participe todo el equipo y en los que cada miembro tenga opción de aportar ideas y participar de las decisiones tomadas, integrándose así todos los saberes y evitándose que se produzcan posteriormente

confrontaciones en el aspecto relacional e improvisaciones en el aspecto operativo. Asimismo, la circulación de la información debe estar garantizada. Es preciso evitar que los conflictos que se generan en el seno del equipo se proyecten en el ambiente general y sean recogidos por los usuarios.

Lograr un buen funcionamiento del equipo es una tarea ardua. A las dificultades propias de toda dinámica grupal hay que añadir las derivadas de la diversidad de disciplinas, niveles de formación, niveles de implicación, estatus administrativos, etc, de los distintos profesionales que conforman el equipo. Ello da lugar a relaciones complejas que pueden movilizar angustias muy disfuncionales y con repercusiones en el medio.

- La dinámica de funcionamiento

La dinámica de funcionamiento es altamente determinante del ambiente terapéutico de la UHP y abarca toda la interacción del equipo de tratamiento con el paciente desde el momento de su admisión hasta su alta incluyendo los aspectos de coordinación y continuidad asistencial. Implica por tanto aspectos organizativos y funcionales que incluyen la oferta y planificación de actividades, la implicación activa de los pacientes y de sus familias en el proceso terapéutico, la coordinación y la continuidad asistencial (5).

- Organización General

Una buena organización facilita el funcionamiento y permite que la unidad funcione como un "contenedor de seguridad" para los pacientes y los profesionales (5).

La organización exige la existencia de unas normas generales de funcionamiento que regulen las tareas y las relaciones entre todas las personas que integran la unidad. Estas normas deben constar por escrito, ser conocidas por todos los trabajadores y usuarios y estar a disposición de las familias. Deben referirse a horarios, actividades, normas de convivencia, utilización del teléfono, contactos con familia, visitas, salidas, uso de objetos personales, uso de dispositivos electrónicos (aparatos de música, móviles, tabletas, etc.). Es deseable que algunas de estas normas -las referidas a aspectos más cotidianos- se consensuen entre el equipo y los usuarios.

La unidad debe contar con información por escrito (folletos, etc) sobre la regulación de las tareas de los distintos profesionales del equipo.

- Oferta terapéutica y de actividades

Si pretendemos que la UHP tenga una función terapéutica es necesario que disponga de una oferta de tratamientos y actividades amplia para posi-

bilitar una diversidad de intervenciones y abarcar las distintas patologías y situaciones clínicas que pueden coexistir en un momento dado en la UHP. Debe evitarse el reduccionismo en la teoría y en la praxis ya que la evidencia ha demostrado que las técnicas de intervención combinadas son más eficaces que las terapias únicas. La oferta debe por tanto abarcar (14, 17):

- *Intervenciones biológicas*
- *Intervenciones psicoterapéuticas, tanto individuales como grupales.*
- *Intervenciones familiares*
- *Intervenciones socio-ergoterapéuticas*

o *Intervenciones biológicas*

Las intervenciones biológicas son, fundamentalmente, farmacológicas. Son imprescindibles para obtener alivio sintomático y para facilitar la utilización de otras técnicas de intervención. Es importante tener en cuenta el valor simbólico del fármaco, no sólo el químico, así como la historia farmacológica del paciente y, en la medida de lo posible según su estado, sus preferencias acerca de la medicación (tipo, vía de administración, etc). En los casos de trastorno mental grave (TMG), que engloba a la mayoría de aquellos que precisan hospitalización, debe tenerse también en cuenta la opinión de la familia y buscar un consenso que facilite el cumplimiento.

Aunque de uso mucho más limitado, la T.E.C sigue siendo una alternativa en caso de resistencias o contraindicaciones al uso de psicofármacos en pacientes particulares y patologías muy específicas, como son las depresiones resistentes.

o *Intervenciones psicoterapéuticas*

Muy condicionadas por la brevedad de la hospitalización, las intervenciones psicoterapéuticas tanto individuales como grupales suelen limitarse a técnicas de apoyo más que a tratamientos reglados y persiguen objetivos limitados. En el caso de las terapias individuales los objetivos se limitan al establecimiento de una alianza terapéutica, la resolución de problemas, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, la modificación de conductas disfuncionales o sintomáticas, el reconocimiento de síntomas y la responsabilización del paciente en su tratamiento. Es, sin embargo, fundamental el mantenimiento de una actitud psicoterapéutica en cualquier tipo de intervención.

Las psicoterapias grupales están, además de limitadas por el tiempo, condicionadas por la diversidad de la patología que suele coexistir en la unidad por lo que con frecuencia la actividad grupal se limita a grupos de relación, con objetivos igualmente limitados: facilitar la comunicación y las relaciones interpersonales, facilitar la libre expresión de conflictos relacionales, introyectar normas, valores y pautas de comportamiento, reconocer en sí mismo los problemas de otros (efecto espejo), etc.

o *Intervenciones familiares*

El trabajo con las familias es indispensable durante la hospitalización y comienza en el momento del ingreso, experiencia referida como impactante y con frecuencia traumática por muchos pacientes y familias y que provoca en éstos sentimientos de ambivalencia, temor, culpa, vergüenza, etc. Es necesario reconocer esos sentimientos y permitir su libre expresión, así como ofrecer seguridad y apoyo y trasmitir mensajes tranquilizadores a la familia. Las entrevistas con la familia tienen como objetivo intercambiar información en relación con el paciente y su enfermedad, explorar las relaciones en el ámbito familiar y el grado de adaptación de la familia al entorno, conseguir su colaboración en el tratamiento y su participación en la toma de decisiones y programar las visitas, permisos y el alta y la derivación a otros dispositivos. No deben confundirse con las psicoterapias familiares aunque en ocasiones pueden iniciarse éstas durante la hospitalización.

o *Intervenciones socio-ergoterapéuticas*

Durante la hospitalización es fundamental estructurar y dar contenido terapéutico al tiempo, combatir la tendencia al aislamiento, favorecer la interacción social y proporcionar un clima emocional de pertenencia. Este es el objetivo común de las actividades de este tipo de intervenciones. Según sus objetivos y el nivel de estructuración, diferenciamos la terapia ocupacional y las actividades socioterapéuticas.

■ Terapia ocupacional

Supone el uso reglado de actividades significativas y terapéuticas de forma grupal e individual con el objetivo de restablecer el nivel de competencia básico para lograr un adecuado funcionamiento ocupacional fuera de la unidad. Son objetivos secundarios la recuperación hasta donde sea posible del nivel de funcionamiento cognitivo y sensorio-motor, la mejora de las habilidades sociales y conductuales básicas y la mejora de la socialización.

Estas actividades, de alto contenido técnico, deben de ser realizadas por un especialista en terapia ocupacional integrado en el equipo.

■ Actividades socio-terapéuticas

Son actividades menos estructuradas que inciden en la socialización del paciente, que no requieren para su puesta en marcha de un profesional especializado y en las que puede colaborar cualquier miembro del equipo. Se incluyen en ellas salidas organizadas, lectura de prensa comentada, visualización de vídeos comentada en grupo, organización de fiestas, fomento de juegos de mesa en tiempos de ocio, etc. Menos regladas, permiten una cierta improvisación dependiendo de disponibilidad coyuntural. La oferta de actividades de este tipo debe hacerse extensiva a las tardes y el fin de semana al objeto de combatir la inactividad y el aburrimiento, malos aliados terapéuticos.

- Planificación de la actividad

o *Metodología de la intervención*

Un funcionamiento operativo requiere tener cierta metodología de intervención, con razonable estructuración o protocolización de las principales actuaciones a llevar a cabo con el paciente desde el momento de su acogida, en una secuencia temporal en la que se señale y describa la tarea y el responsable (o los responsables) de llevarla a cabo, de forma que cada miembro del equipo sepa qué le corresponde hacer en cada momento, evitándose así duplicidades o desconcierto.

Esta secuencia comienza con la acogida del paciente y culmina con su alta y derivación una vez conseguidos los objetivos terapéuticos.

La acogida es muy importante ya que si se hace adecuadamente alivia la vivencia habitualmente traumática vinculada al ingreso, facilita la adaptación del paciente, refuerza su autoestima y sienta las bases de la confianza en el dispositivo y los profesionales y de la relación terapéutica con los mismos. Durante acogida es necesario trasmitir a los pacientes y sus familias la disposición de ayuda de los profesionales. Deben ser informados acerca del motivo del ingreso, del tipo del mismo y de las consecuencias e implicaciones derivadas de éste. Se les presentará al personal y profesionales que van a ser referentes y se les facilitará información básica sobre el funcionamiento de la unidad Es necesario que el personal de enfermería acompañe y muestre al paciente -y, si procede, a la familia- su habitación y, en el caso de tratarse de una ha-

bitación compartida, le presente a su compañero. Posteriormente se le irá mostrando el resto de dependencias y presentando a los pacientes, ajustándose en cada momento a la capacidad receptiva y comprensiva del paciente.

La fase de acogida se prolonga durante los dos o tres días posteriores al ingreso, tiempo necesario para la adaptación del paciente, durante el cual es más vulnerable y precisa el máximo de apoyo, seguridad y confianza. Esta fase permite la observación y el establecimiento del vínculo por parte del personal.

Pasado el período de adaptación y observación se procederá a la evaluación del paciente, que será el resultado de la puesta en común de las aportaciones derivadas de la observación y las entrevistas o valoraciones realizadas por los distintos profesionales del equipo desde su campo y saber específico y que integran aspectos diagnóstico (médico, psicológico, de enfermería, social), problemas detectados, objetivos terapéuticos y medios para alcanzar esos objetivos así como actitudes y disposición del paciente para iniciar el proceso terapéutico. De la evaluación deriva la elaboración del plan individual de tratamiento que incluirá las actividades o programas terapéuticos orientados a conseguir los objetivos propuestos, los profesionales responsables de los mismos y los criterios de evaluación final.

En la planificación de la actividad ha supuesto un importante avance la aplicación de la metodología de intervención de la enfermería. El proceso de atención de enfermería, con sus fases de *valoración* (necesidades detectadas en el paciente), *diagnóstico* (formulación de los problemas), *planificación* (objetivos que se pretende alcanzar), *ejecución* (intervenciones destinadas a conseguir los objetivos) y *evaluación*, es una aportación fundamental al proceso de elaboración y desarrollo del plan individual de tratamiento (18).

Empieza a incorporarse en nuestro país la utilización de herramientas propias de enfermería de amplio uso en el mundo anglosajón, como la clasificación diagnóstica NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), la NIC (Nursing Interventions Classification) y la NOC (Nursing Outcomes Classification). Reconociendo sus ventajas de cara a la homogenización de procedimientos de intervención, es conveniente remarcar que su uso no debe desplazar el cometido esencial de la profe-

sión de enfermería representado por la relación de ayuda y caracterizado por la cercanía al paciente, la aceptación, la disposición de apoyo, la escucha activa y la comprensión empática. Con demasiada frecuencia - y ello concierne a todos los profesionales del equipo - el recurso a procedimientos estándar, ya en soporte informático o en papel, deriva hacia una burocratización ajena a aquél cometido.

o *Protocolización de los cuidados*

La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (19) señala la necesidad de protocolizar los procesos de atención más prevalentes o de mayor complejidad asistencial, al igual que todas las medidas restrictivas de la libertad.

Los protocolos son herramientas de utilidad ya que condensan la secuencia de actuación ante situaciones que se pueden presentar en un determinado dispositivo. Existe consenso respecto a que mejoran la calidad asistencial, homogenizan la oferta de servicios con criterios de efectividad, eficacia y eficiencia y ofrecen tratamientos que integran el máximo posible de elementos validados.

La UHP debe contar como mínimo con protocolos de acogida/ingreso, prevención de suicidio y contención mecánica. Se aconseja su utilización en los procesos de enfermedad más frecuentes (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión y trastorno de personalidad, es decir, los incluidos en el concepto de Trastorno Mental Grave) y en otros riesgos frecuentes como agresiones, acoso sexual, fugas, y errores en la prescripción/administración de fármacos. Deben existir medidas de prevención de conductas violentas, abusivas (sexuales o de otro tipo), discriminatorias y racistas así como procedimientos de actuación ante la aparición de éstas (5) y medidas de prevención de problemas somáticos comunes como las úlceras por presión.

En lo referente a la contención mecánica sigue activa la controversia entre quienes sostienen un cuestionamiento ético de tales prácticas y quienes las entienden como una garantía de seguridad de los pacientes tanto para sí mismos como para los demás. Varios trabajos han puesto de manifiesto la existencia de alternativas a la sujeción. Se requiere de intervenciones complejas, con actuaciones a niveles diversos, tanto laborales como formativos o terapéuticos, que se han mostrado de utilidad para reducir significativamente las tasas de su uso. Entre las prime-

ras, la mejora en las condiciones laborales, el aumento de la ratio personal/paciente, etc. Entre las segundas, programas de entrenamiento en estrategias de manejo de la ira y la violencia para los pacientes de riesgo, programas de formación de manejo del estrés y evitación de la escalada de violencia para el personal, etc. (20, 21).

- Implicación del paciente

La implicación de la persona atendida en el proceso de toma de decisiones que conciernen a su salud, supone potenciar su autonomía y responsabilidad, facilitar la adherencia al tratamiento y favorecer su recuperación. La implicación se facilita, a través del establecimiento de la relación terapéutica y los procesos de clarificación de la crisis y elaboración de la conciencia de enfermedad, y requiere la participación del paciente en la elaboración del plan de tratamiento. Facilita la implicación la asignación personalizada de personal, no sólo facultativo sino también de cuidados, así como la participación de los pacientes en la toma de decisiones respecto de aspectos organizativos de la unidad, a través reuniones y grupos de discusión en los que se tendrá en cuenta sus opiniones. Ello exige un cambio de paradigma y de actitudes por parte del equipo tratante.

Es de utilidad, en los casos de TMG, aprovechar el internamiento para proveer información y fomentar el contacto con el movimiento asociativo, lo que favorecerá el mantenimiento de la implicación tras el alta.

- Implicación de las familias

Los dispositivos asistenciales deben potenciar el papel de la familia, muy importante no sólo en el proceso de recuperación de la persona sino también en la sensibilización social respecto de sus derechos a través del movimiento asociativo. Es fundamental atender a su experiencia en los problemas de convivencia con el paciente y en los resultados de sus intentos de afrontarlos, así como tener en cuenta su opinión sobre el tratamiento y el propio funcionamiento de la unidad. Su implicación exige una actitud receptiva, de respeto y consideración, que les trasmita confianza y les garantice el apoyo. La planificación de entrevistas periódicas del personal de referencia (facultativo o de cuidados) con la familia y su participación en actos de la unidad, así como su integración en grupos de psico-educación, facilitan su implicación, siempre teniendo en cuenta lo establecido en la ley 41/2002 de Autonomía del paciente.

- El alta y la continuidad de cuidados

El alta debe producirse una vez alcanzados los objetivos propuestos en el plan individual de tratamiento, que asegurará que el estado clínico del

paciente y las condiciones del medio ofrecen garantías de seguridad en los aspectos de control conductual y continuidad del tratamiento. El alta debe ser un acto ritualizado, programado y participado por paciente y familia. El plan de alta o propuesta de seguimiento debe elaborarse en coordinación con los dispositivos ambulatorios implicados y con la participación del paciente y, si es posible, con el consenso de la familia. En la entrevista final se repasará con el paciente y familia el plan de alta, que debe incluirse en el informe de alta, actualizando recomendaciones, acuerdos, prescripciones etc. La continuidad de cuidados se refuerza si el paciente conoce el dispositivo o el profesional al que es remitido y si se le facilita la cita en el momento del alta, siendo de utilidad recurrir en los casos dudosos o de riesgo a la presentación previa del paciente en el dispositivo, o al establecimiento del contacto con algún miembro del equipo al que es referido, durante la hospitalización.

- El ambiente relacional

Hace referencia al estilo relacional entre las personas que constituyen la unidad y es un componente muy importante del ambiente terapéutico. Con anterioridad, hablamos de la importancia de las relaciones dentro del equipo y de cómo éstas se trasmiten al medio, que se hace así receptivo de los conflictos que se producen en su seno. Hablamos ahora de las relaciones de los profesionales con los pacientes, un aspecto fundamental del ambiente relacional. Aunque las características de personalidad influyen en el estilo relacional, las relaciones entre los miembros del equipo y los pacientes deben basarse en el respeto y la tolerancia y deben favorecer la comunicación y facilitar la expresión de opiniones, sentimientos, problemas y emociones, evitando la sobre-implicación emocional y las respuestas contra-transferenciales y asegurando al paciente la confidencialidad dentro del equipo. Un adecuado estilo relacional que trasmita respeto y una actitud empática y de apoyo es imprescindible para establecer una relación terapéutica y para generar un buen clima relacional dentro de la unidad.

ALGUNAS REFLEXIONES A MODO DE CONCLUSIÓN

Adelantábamos en la Introducción que la hospitalización psiquiátrica no siempre constituye un instrumento terapéutico. En realidad, en la práctica encontramos un importante número de dificultades para alcanzar ese objetivo. Algunas, como ya hemos mencionado, provienen de la Administración pero otras, tienen que ver con las actitudes de los profesionales y con las dinámicas de los equipos.

A.- DIFICULTADES PROVENIENTES DE LA ADMINISTRACIÓN

Inadecuación y/o insuficiencia de recursos. Con frecuencia, la estructura física de la UHP es inadecuada para la función que se le atribuye, el número de camas insuficiente para atender las necesidades de hospitalización del Área Sanitaria y la red asistencial no está suficientemente desarrollada, sobre todo los dispositivos comunitarios. Otras veces, los recursos humanos son insuficientes y no siempre se cuenta con ciertos profesionales (psicólogos, trabajadores sociales o terapeutas ocupacionales).

Objetivos perversos. La disminución de la estancia media, hasta límites incompatibles con una correcta asistencia, suele ser un objetivo que acostumbran a plantear las Gerencias de los Hospitales. Pretenden anular las diferencias y especificidades de la atención en salud mental y asimilarla a la de las demás especialidades. El objetivo, como decíamos, es conseguir un alta rápida, a cualquier precio, aunque ello signifique que el alta no sea segura.

Rigidez administrativa. La selección y contratación del personal se rige por criterios poco flexibles por lo que muchas veces es imposible constituir equipos homogéneos que compartan una misma filosofía asistencial. La política de personal hace que, sobre todo en el personal de enfermería, se produzcan traslados y sustituciones frecuentes (con frecuencia, no especialistas) que dificulta la consolidación de los equipos asistenciales.

B.- DIFICULTADES PROVENIENTES DE LOS PROFESIONALES

Reduccionismo biologicista. El reduccionismo -que opera siempre que se trata de reducir la complejidad de un fenómeno a un solo elemento del que se puede dar cuenta con una determinada teoría- es contrario a la visión integral e integradora, comprehensiva del enfermar y de los procedimientos terapéuticos. El biologicismo es el reduccionismo más frecuente actualmente en el ámbito de la salud mental, en particular en las UHP. Implica la priorización de técnicas de intervención farmacológicas, aplicadas por los psiquiatras, en detrimento de otras técnicas psicológicas o psicosociales, aplicables por otros miembros del equipo asistencial. Los objetivos administrativos perversos (en particular la disminución de la estancia media) facilitan este desviacionismo en la práctica asistencial. La influencia de la industria farmacéutica también incide en esta dirección.

Renuncia a la interdisciplinariedad. La interdisciplinariedad supone un modo cooperativo e integrador de entender las aportaciones de las distintas disciplinas en torno a una tarea compleja, como es la recuperación de la salud. Es algo más que la suma de intervenciones aisladas y fragmentarias. En la práctica supone también un cierto solapamiento de los roles profesionales. Pues bien, el corporativismo y,

a veces, la sindicalización rígida en el modo de entender el quehacer profesional propio de cada disciplina, son obstáculos para la práctica de la interdisciplinariedad que proponemos como modelo de funcionamiento del equipo multidisciplinar.

Burocratización de la praxis asistencial. En los últimos años estamos asistiendo a una excesiva burocratización de la asistencia, en buena medida por los objetivos de Gestión impuestos por los equipos directivos pero, también, por una actitud defensiva de los profesionales que limita la relación personal con los pacientes, sobre todo a nivel de Enfermería. Registros exhaustivos, programas informáticos complejos, rígidos protocolos aplicados mecánicamente, etc, hacen que el personal pase quizás demasiado tiempo ante las pantallas de los ordenadores, atrincherados en los despachos y puestos de enfermería en detrimento del contacto directo con los pacientes. Ciertas prácticas que se han instaurado en algunas UHP por "razones de seguridad", como la instalación de videocámaras en los dormitorios, además de suscitar posibles suspicacias y desconfianzas en ciertos pacientes, suponen una falta de respeto a la intimidad y, de nuevo, un alejamiento del contacto y observación directa que es sustituida por la observación en un monitor.

Prejuicios, estigma y menoscabo de derechos. Los profesionales no somos ajenos a la cuestión del estigma. Las estereotipias y los prejuicios también actúan en nosotros y pueden dar lugar a comportamientos poco respetuosos con los derechos de los pacientes y de sus familias: el derecho a la dignidad y a la intimidad, el derecho a ser informado de manera clara e inteligible sobre su enfermedad y sobre los tratamientos disponibles, el derecho a participar en la toma de decisiones sobre su programa terapéutico concreto, el derecho a opinar sobre el funcionamiento del Servicio y sobre el plan general de actividades. Se trata de tener en consideración el concepto de "empoderamiento" del paciente que hace que pase de ser objeto a sujeto activo de su tratamiento. El reconocimiento en la práctica de los derechos de los usuarios es con frecuencia vulnerado en aquellos aspectos más sutiles, fácilmente enmascarado por actitudes paternalistas (beneficio para el paciente), razones de seguridad, etc.

Y ya, como conclusión final, proponemos la realización de auditorías periódicas externas para establecer planes de mejora y la participación de un analista supervisor para favorecer la cohesión del equipo, como dos instrumentos útiles para tratar de maximizar el carácter terapéutico de las UHP.

BIBLIOGRAFÍA

1- Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Abril 1985.

2- Pedreira Crespo V. *Algunas reflexiones acerca de la Reforma.* Ponencia presentada en la VI Jornadas Nacionales de la AEN. Segovia, mayo 1991.

3- World Health Organisation. Expert Committee on Mental Health. 3rd Report. Geneva: WHO; 1953.

4- National Institute for Clinical Excellence. Violence. The short-term management of disturbed/ violent behavior in in-patients psychiatric settings and emergency department. Clinical guideline 25. February 2000.
http://rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0018/109800/003017.pdf

5- Ambiente Terapéutico en Salud Mental. Análisis de situación y recomendaciones para unidades de hospitalización y comunidades terapéuticas en Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud. 2010.

6- Timko C. Moos R.H. *Determinants of the treatment climate in Psychiatric and substance abuse programs. Implications for improving patient outcomes*. Journal of Nervous and Mental Diseases. 1998; 186: 93-103.

7- Moos, R. *Evaluating Treatment Environment. The Quality of Psychiatric and Substance Abuse Programs*. Transaction Publishers. New Brunswick, N.Y. 1997.

8- Gjerden P., Moen H. *Patient satisfaction and ward atmosphere during a crisis in an open Psychiatic Ward.* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2001; 36, 520-532.

9- Rossberg J. I, Friis S. *Patients´ and Staff´s Perceptions of the Psychiatric Ward Environment*. Psychiatric Services. 2004; 7, 798-802.

10- J. Carole Taxis. *Ethics and Praxis: Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting*. Issues in Mental Health Nursing. 2002; 23:157-170.

11- Jörgensen K.N., Römma V., Rundmo T. *Associations between ward atmosphere, patients satisfaction and outcome*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2009. 16, 113-120.

12- Torres F, Barrios L. *Libertades fundamentales, derechos básicos y atención al enfermo mental*. Plan de Calidad para el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
http://www.intras.es/index.php?cod=3850&id=364&tiposcontenido=8

13- OMS. Manual de recursos sobre Salud Mental, derechos humanos y legislación. 2006. http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH LEG_Spanish.pdf

14- Pedreira Crespo, V. *La esquizofrenia en el Hospital General.* III Congreso de la Asociación Galega de Saúde Mental (AGSM). "La esquizofrenia hoy" Edita AGSM, 1997; tomo II , 327- 340

15- INTERRELACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE. L.CIBANAL. Ed. Doyma. Barcelona , 1991.

16- García López, R. *Salud Mental Comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar?* Cuadernos de Trabajo Social. 2004; 17: 273-287.

17- Gomez Calle, A. *Unidades de Salud Mental en el Hospital General.* Número monográfico de Siso/Saúde. Asociación Galega de Saúde Mental. 1992.

18- CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC). 4ª ed. McCloskey J, Bulechek GM. Ed. Mosby. Madrid , 2005.

19- Estrategia en Salud Metal del Sistema Nacional de Salud. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

20- J. Carole Taxis. *Ethics and Praxis: Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting*. Issues in Mental Health Nursing. 2002; 23:157-170.

21- Cadeirn J. Gaskin, Stephen J. Elsom, Brenda Happell. *Interventions for reducing the use of seclusion in pschiatric facilities.* British Journal of Psychiatry. 2007; 191: 298-303.

2.2. EVOLUCIÓN DEL PERFIL DIAGNÓSTICO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE UN HOSPITAL GENERAL (1987-2012)

Ana Esther Sánchez Gutiérrez, Graciano Fernández García, Covadonga Huergo Lora.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo, se pretende estudiar una serie de parámetros (número de ingresos, estancia media y perfil diagnóstico) durante 25 años (1987-2012) en la unidad de hospitalización psiquiátrica que se encuentra ubicada en el Hospital Álvarez-Buylla perteneciente al área de Mieres. Para ello, se utilizó el paquete estadístico R (versión 3.2.1) [1](1).

El Servicio de Salud Mental del Área VII comprende los concejos de Mieres, Lena y Aller. Los tres concejos pertenecen a las cuencas mineras, que es el nombre con el que se conoce tradicionalmente al territorio histórico situado en la Cuenca Hullera Central de Asturias, en los valles centrales del Principado. Hubo una época de explosión económica en el negocio de la minería desarrollando una marcada cultura basada en la intensa actividad industrial pero que paulatinamente y por diversos factores, llevó al declive de la actividad.

En la siguiente tabla, se recoge la población de los municipios que pertenecen al área en el período de tiempo comprendido entre los años 1987-2013. Se puede observar la notable pérdida de habitantes en este periodo, no ocurriendo lo mismo con los ingresos en la unidad de hospitalización donde el número de los mismos por año ha ido en notable aumento (2).

[1] AGRADECIMIENTO al Dr. Patricio Suarez Gil de la Unidad de Investigación del área sanitaria V-Gijón (Asturias) por su ayuda en el análisis estadístico.

Tabla 1: Evolución demográfica (1987-2013) área sanitaria de Mieres (Asturias). Fuente Padrón municipal (2).

AÑO	ÁREA VII	MIERES	LENA	ALLER
1987	92.314	57.532	14.728	20.054
1992	84.880	53.241	14.156	17.483
1997	81.453	51.092	14.195	16.166
2002	76.921	48.418	13.717	14.786
2007	71.194	44.992	13.009	13.193
2012	66.924	42.421	12.367	12.136
2013	65.798	41.730	12.162	11.906

Tras las recomendaciones de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985 y la Ley General de Sanidad en abril de 1986, se normativiza en Asturias en 1986 por el "Decreto sobre Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental del Principado" que recoge su espíritu y por un Convenio Insalud-Consejería de sanidad de ese mismo año, se establecen los compromisos para la puesta en marcha de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en Hospitales Generales (3).

Con fecha de 19 de Enero de 1987 se abre la primera Unidad en Asturias en el Hospital Álvarez Buylla en el concejo de Mieres. Desde entonces, el Área VII de Salud Mental consta de dicha unidad de hospitalización con 10 camas, Unidad de Tratamiento de Toxicomanías, Centro de Salud Mental Adultos e Infantil, Centro de Día y un piso protegido de cuatro plazas. La dotación del Servicio se ha mantenido igual durante todo el periodo a excepción de la disposición de cuatro plazas de referencia para pacientes crónicos en otra de las Áreas de Salud Mental del Principado de Asturias. La red se caracteriza por ser una red de Servicios Sanitarios territorializados.

La unidad de hospitalización psiquiátrica comienza su funcionamiento de acuerdo con el Decreto sobre Organización y Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental dependientes de la Administración del Principado de Asturias (B.O.P. 4 de julio de 1986); donde se considera que las unidades de hospitalización constituyen los elementos asistenciales de carácter hospitalario, integrados en los Hospitales Generales, destinadas al ingreso de aquellos pacientes psíquicos que requieren de un tratamiento en régimen de hospitalización. Estas unidades tendrán una estructura adecuada a las peculiaridades derivadas de la especialidad del tratamiento.

Las funciones de estas unidades serán las siguientes:

- El tratamiento de los pacientes ingresados.
- La atención psiquiátrica de interconsulta.
- El apoyo a la urgencia hospitalaria.
- Las funciones de docencia e investigación.

Tras 25 años de funcionamiento, como se comentó al comienzo del trabajo, se reflexiona sobre la evolución del paciente ingresado y el cambio en el perfil diagnóstico de los mismos.

RESULTADOS

A raíz de los datos recogidos y estudiados a nivel estadístico, se presentan los siguientes resultados.

- **Análisis de los ingresos de la UHP en el periodo 1987-2012**

Gráfico 1. Número de ingresos por año

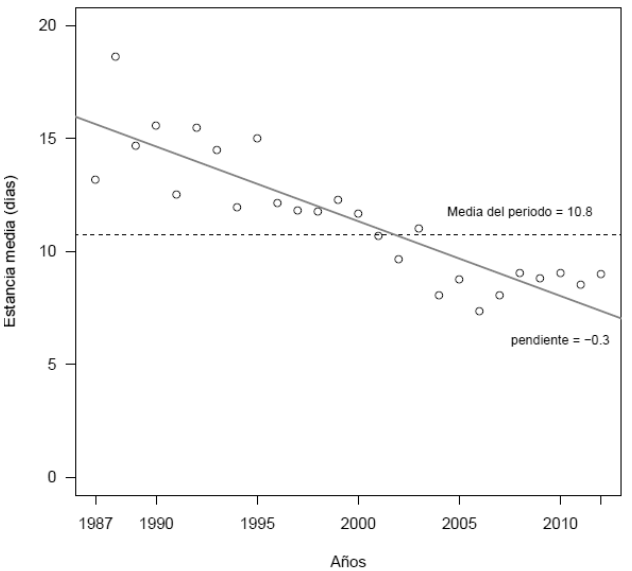
A pesar de la continua pérdida de habitantes, aproximadamente 30.000 en estos 25 años, el número de ingresos por habitante ha ido en aumento sin variar el número de camas. Esta tendencia es similar en ambos sexos con dos periodos en que predominan los ingresos en mujeres (1995-2001 y 2006-2012). El porcentaje de primeros ingresos/reingresos se mantiene en equilibrio sin variaciones significativas.

Se produjeron un total de 5967 ingresos, con un incremento lineal desde los 121 del año 1987 hasta 306 ingresos en 2012. La tendencia lineal es estadísticamente significativa con un incremento promedio de 8.6 ingresos/año y un máximo en el año 2006 con 358.

- **Estancia media hospitalaria**

Puede ser indicativa de varios factores, como por ejemplo, de la tasa de complicaciones y efectos adversos, la adecuada continuidad de los cuidados o un uso adecuado de dispositivos comunitarios. En nuestro caso, se parte de una estancia media entre 15-20 días en el año 1987 y van reduciéndose la cifra hasta situarse en el año 2012 entre 5-10 días. La estancia media global fue 10.8 días y la mediana de 7. Se observa una tendencia lineal decreciente y estadísticamente significativa de la estancia media a lo largo del periodo (descenso de 0.3 días/año).

Gráfico 2. Estancia media



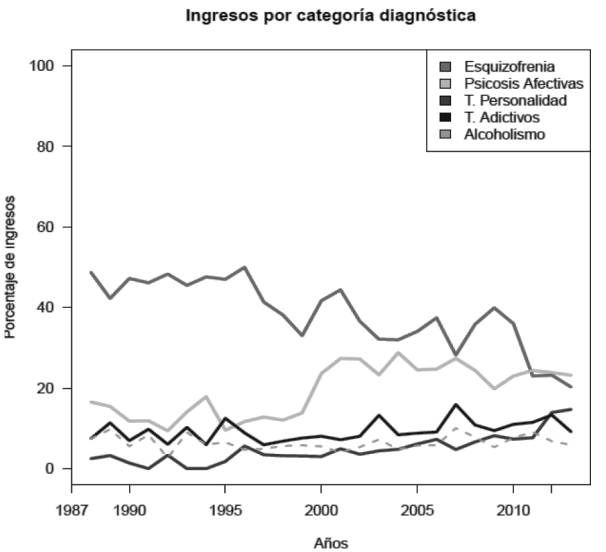
- **Principales grupos diagnósticos**

1. Esquizofrenia
2. Psicosis afectivas
3. Trastornos adictivos (se estudia en conjunto con otros tóxicos y luego de forma independiente el consumo de alcohol. Dado el lugar, donde se ubica el

hospital, es zona de cuencas mineras donde es habitual el consumo abusivo del mismo).

4. Trastornos de personalidad.

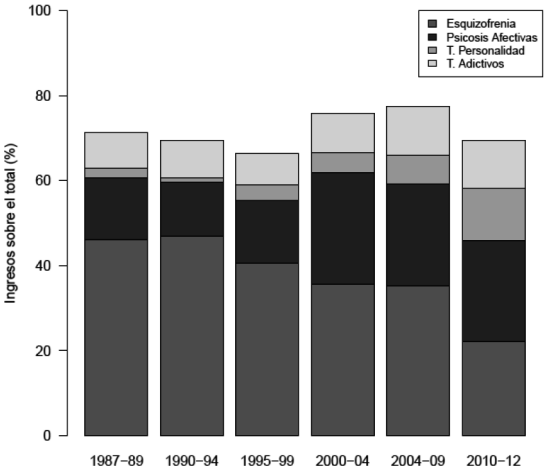
Gráfico 3. Porcentaje de ingresos por categoría diagnóstica y año



Se observa una tendencia decreciente de de los ingresos por esquizofrenia y creciente de Trastornos de personalidad y psicosis afectivas. Los ingresos por esquizofrenia se reducen más de la mitad ya que representaban en 1987 el 48.8% y el 20.3% en 2012. Los ingresos por trastorno de personalidad aumentan del 2.5% en 1987 al 14.7% en 2012. El número de ingresos por psicosis afectivas pasa del 16.5% en 1987 al 23.2% en 2012, superando a los ingresos por esquizofrenia. Los trastornos adictivos (con y sin alcoholismo) presentan una tendencia más estacionaria, si bien en la segunda parte de la serie se incrementan los ingresos por problemas adictivos no alcohólicos.

A continuación, en el siguiente diagrama de barras, se ve entre otros aspectos, el descenso de los ingresos por Esquizofrenia y el aumento de los trastornos de personalidad.

Gráfico 4. Porcentaje ingresos por categoría diagnóstica y año



ANÁLISIS

A continuación se reflexiona sobre los resultados encontrados:

- Partiendo que en una comunidad autónoma como la nuestra en la que el peso de los ingresos psiquiátricos era soportado hasta hace unos años por un hospital psiquiátrico "tradicional" y con una gran implantación social y potencial estigmatizante, la apertura de Unidades de Hospitalización integrados en Hospitales Generales, supone la homologación del enfermo psiquiátrico con el resto de los enfermos y de mejora de la calidad asistencial en lo que a cuidados de corta estancia se refiere, por lo que se da un cambio en las características de los ingresos pudiendo favorecer el aumento del número de ingresos por año.
- Los distintos dispositivos dotados de un equipo multidisciplinar cada uno de ellos y coordinados para atender al paciente estrechamente a nivel ambulatorio e incluso la asistencia a los enfermos mentales graves en el entorno social más próximo al mismo, como las intervenciones a nivel domiciliario (E.T.A.C.), Al proporcionar mayor cobertura al paciente y familia, puede ser unos de los factores que favorezca el descenso de la estancia media, ya que una vez que se logra la estabilización de la fase en la UHP, el paciente es revisado periódicamente a nivel ambulatorio (4) (5).

- Mejoras en los tratamientos psicofarmacológicos: como por ejemplo, los nuevos antipsicóticos atípicos sin olvidarse de los típicos (risperidona en 1993, olanzapina en 1997 y quetiapina en 2000) y los inyectables de larga duración, etc. Ello ayuda a conseguir una rápida estabilización de la sintomatología psicótica agudizada y asegurar la toma correcta del mismo. Este factor podría explicar el descenso en el número de ingresos por descompensación psicótica y la reducción de la estancia media (6).
- Los cambios experimentados en la población en los últimos años, como por ejemplo la escasa tolerancia a la frustración, la vida individualizada y narcisista, causan un incesante número de actos autolesivos como autointoxicaciones medicamentosas, autolesiones, etc siendo una de las causas la acentuación de los marcados rasgos de personalidad (7).
- Con frecuencia, en los actos comentados anteriormente, no se busca la muerte sino más bien, son hechos con finalidad ansiolítica o para cambiar las condiciones del medio que le rodea, intentando forzar con su actitud un cambio en diferentes sentidos, como por ejemplo buscando ganancias secundarias ya sea para forzar una relación amorosa, laboral o como fuente para conseguir recompensas económicas (8).
- También se reflexiona sobre los cambios en los criterios de ingreso: A raíz de la práctica clínica, se evidencia que además del patrón de ingreso de patología mental grave en situaciones de descompensación, con frecuencia y a lo largo de los años va en aumento, los ingresos que parten de una falta de límites y de control de impulsos por parte del paciente y falta de contención en su entorno familiar, ya que con frecuencia se parte de familias desestructuradas y que el único soporte que tiene el paciente es el ingreso en la unidad de hospitalización donde en ocasiones fuerzan el mismo(9).
- Progresiva psiquiatrización de la vida que lleva a considerar la importancia del concepto de prevención cuaternaria, que deriva de la propuesta inicial de Marc Jamoulle (médico general belga), que se define como la intervención que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario. En salud mental, incluye proteger a los pacientes de intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas excesivas, inadecuadas e innecesarias o el sobrediagnóstico (DSM-I: 106 trastornos mentales; DSM- IV: 357 trastornos mentales y DSM-V con nuevos trastornos y umbrales más bajos que los anteriores). Como por ejemplo, en aquellas personas que consultan y con frecuencia a tratamiento psicofarmacológico, principalmente antidepresivo y ansiolítico,

por sufrimientos vinculados a la vida cotidiana y que no constituyen trastornos mentales ni precisan actuaciones preventivas o curativas. Según dice Allen Francés, "…antes, una persona podía penar el duelo de la pérdida de un ser querido durante un largo tiempo y eso se entendía. En la actualidad, más de unas semanas ya se considera un trastorno depresivo y qué decir del síndrome de déficit de atención, del síndrome de comedor compulsivo…" (10-12).

- En cuanto al consumo de tóxicos, se mantiene estacionario las cifras del consumo de alcohol pero comentar en que los últimos años además del consumo de mismo, aumenta el consumo de otro tipo de tóxicos que precisa ingreso, principalmente por problemas de heteroagresividad tanto en el contexto de intoxicación como en la abstinencia a los mismos.

CONCLUSIONES

A pesar de la pérdida de población en esos 25 años, hay un aumento de la actividad en la unidad de hospitalización ya que suben los ingresos por año. A la vez que paulatinamente se reduce la estancia media, cuya causa puede deberse a varios factores (el modelo comunitario, mejora en el tratamiento psicofarmacológico, mayor especificación en la atención al enfermo, etc..) y cambio en los patrones diagnósticos que puede ser fruto, en otras muchas, de la corriente actual de pensamiento, sobrediagnóstico, la progresiva medicalización de la normalidad, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2014..URL http://www.R-project.org/
2. Padrón municipal (1987, 1992, 1997, 2002, 2007, 2012, 2013). Fuente Instituto Nacional de Estadística.
3. Aparicio V. Evaluación de Servicios de Salud Mental. Madrid: A.E.N, 1993.
4. Casas R. Indicaciones de ingreso psiquiátrico. R.A.E.N 1989; Vol. IX. Nº 31: 605-611.
5. Campbell, Murray E, Darbyshire J et al. Designing and evaluating conplex interventions to improve health care. BMJ 2007; 334: 455-9.
6. Blader JC. Acute inpatient care for psychiatric disorders in the United States, 1996 through 2007. Arch. Gen. Psychiatry 2011; 68(12); 1276-83.
7. Ortiz A, Ibañez V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en Salud Mental. Rev. Esp. Salud Pública 2011; Vol. 85, Nº6: 513-523.

8. Ortiz A, González R., Rodríguez F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. Aten. Primaria 2006; 38(10):563-9.
9. Salvador Sánchez , I. (Coord.). El observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Análisis de la situación de la atención a la salud mental en las Comunidades Autónomas a diciembre de 2005. Cuadernos Técnicos, 7. Madrid: AEN, 2007.
10. Aizpuru F, Latorre K, Ibañez B, Pérez de Arriba J, Fernando M, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud, 2008; Vol. 3 Nº 1: 199-216.
11. Azpiazu JL. Los frecuentadores de los servicios de urgencias. Med Clin (Barc) 1997; 108: 737-8.
12. Frances A. ¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría. Barcelona: Ariel, 2014.

2.3. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (UHP)

Juan L. Fernández-Hierro, Karina Muñoz Rodríguez, Paula Martínez Vico

INTRODUCCIÓN

1. Personalidad y Trastornos de la personalidad. Críticas al DSM y posiciones actuales.

Según Millon (1) *"La personalidad es un constructo teórico que captura el estilo de relacionarse, comportarse, pensar, sentir, y afrontar las dificultades de la vida (…). Pero la psiquiatría aún no está en condiciones de definir la personalidad en términos equivalentes a los que utilizan otras ramas de la medicina…".*

La psicopatología actual, en relación con la personalidad y sus trastornos, no ha ofrecido novedades muy relevantes en las últimas décadas. Los sucesivos cambios en la clasificación de los trastornos de personalidad (En lo sucesivo TP) desde el DSM-I (1952) hasta el DSM-V (2014) demuestran que el concepto "personalidad" aún no tiene la suficiente base teórica ni empírica como para obtener una taxonomía sólida. Se diría que los DSM pretenden simplificar la psicopatología hasta convertir meros listados de criterios diagnósticos en verdaderos textos de semiología psiquiátrica. Sobre tan inestables cimientos resulta complicado construir un edificio que incluya una nosología y unas propuestas de evaluación y de intervención fiables (2).

¿Qué podemos decir a propósito del DSM? (3) En primer lugar que genera un gran acuerdo... en cuanto a sus graves limitaciones, especialmente en este campo. El capítulo de TP de los sucesivos DSM y el de la CIE-10 es el que más desacuerdos genera entre los profesionales. Casi todos los expertos en la personalidad perciben la necesidad de un nuevo modelo. Una de las limitaciones más importantes para este cambio de modelo la suponía el hecho de que la mayor parte del "conocimiento" sobre los trastornos de la personalidad que aparece en los textos sobre Psiquiatría general está basado en el modelo que postula el DSM. Con un cambio de modelo desaparecería nuestro "saber" (¿?) acerca de estos trastornos, de su epide-

miología, criterios diagnósticos, estrategias terapéuticas. Este era un obstáculo… que ya no crea tanta alarma puesto que el DSM-5 se ha encargado de generar este problema sin ni siquiera cambiar el modelo…

En los últimos años asistimos a un intenso debate entre los defensores de los modelos categoriales y los defensores de los modelos dimensionales (4). El diagnóstico categorial implica diferencias cualitativas entre salud y enfermedad. El DSM, partiendo del modelo médico de enfermedad, obliga a una decisión binaria: el paciente tiene la enfermedad o no la tiene en función de si cumple con el mínimo de criterios establecidos por consenso (5).

Para muchos autores esto no es demasiado útil. Los criterios resultan poco fiables: son arbitrarios y no están jerarquizados, no se define el umbral a partir del cual un rasgo debe ser tenido en cuenta. Tampoco se explica cómo los rasgos de personalidad se ligan a problemas actuales y pasados. Las categorías resultantes son ambiguas y se solapan (El TP no especificado es el más frecuentemente diagnosticado, a muchos pacientes se les atribuye más de un TP, 256 combinaciones de criterios son posibles para el diagnóstico de TP límite, 121 de ellas compartiendo sólo un criterio…)(6).

Por el contrario el diagnóstico dimensional sugiere que las diferencias entre salud y enfermedad no son cualitativas sino cuantitativas, formando un continuo desde lo normal hasta lo patológico. Esto parece más adecuado al estudio de los trastornos de la personalidad, aunque los modelos dimensionales no pueden escapar de lo categorial: En primer lugar, por encima o por debajo de un punto de corte se infiere patología. En segundo lugar, porque toda decisión clínica es categorial (medicar o no, ingresar o no ingresar…). Además, porque es poco probable que las categorías que durante más de cien años han descrito los psiquiatras sean fruto de un delirio...

Muchos autores actuales como Livesley (7, 8) o Maffei (9) proponen conciliar ambas visiones: los trastornos de la personalidad serían versiones prototípicas de combinaciones extremas de rasgos, pero compatibles con descripciones individuales (dimensionales) de variación de rasgos en cada individuo. Proponen describir un perfil dimensional de cada paciente según cuánto se acerque a cada trastorno de personalidad prototípico.

2. Rasgos de personalidad

Para entender el concepto de TP se debe definir el concepto de "rasgo". Históricamente dos tradiciones psicológicas: por un lado, las teorías de los rasgos (que

postulan al rasgo como unidad fundamental de la personalidad), y por otro, los modelos factoriales (basados en el análisis factorial para aislar correlaciones entre varios rasgos).

Los rasgos son la unidad básica para describir la personalidad y para explicar los TP. El rasgo se define como la disposición a presentar patrones de comportamiento, es decir, a responder de una determinada manera ante una determinada situación, y conlleva un modo más o menos estable de comportarse en la vida real. Desde esta aproximación la personalidad es un conjunto de rasgos que se combinan entre sí de una manera estable ante diferentes situaciones, mientras que los TP serían variantes desadaptativas de los rasgos de personalidad que se superponen imperceptiblemente entre ellos mismos y con la normalidad.

Cada rasgo está compuesto por facetas. El término "rasgo" ha sido aplicado tanto en sentido amplio (conjunto de facetas que suelen "ir juntas") como en sentido estricto (facetas individuales). Los estudios genéticos y neuroconductuales sugieren que existe una organización biológica subyacente de la personalidad. Por eso los modelos dimensionales asumen una estructura jerárquica en la que llamamos dominios (o factores, o dimensiones: rasgos en sentido amplio) a cada uno de los conjuntos de facetas (rasgos en sentido estricto) influenciados por un mismo factor genético o sistema neuroconductual(10).

Casi toda la bibliografía especializada actual propone clasificar la personalidad y los TP con modelos dimensionales y diferenciando varios factores o dominios básicos de la personalidad capaces de describir tanto la personalidad normal como la patológica. El modelo de los cinco factores (Costa, McCrae, Widiger)(11), quizás el más conocido, incluye: (1) Afabilidad-Oposicionismo; (2) Extraversión-Introversión; (3) Restricción-Impulsividad (Responsabilidad); (4) Estabilidad-Inestabilidad emocional (Neuroticismo); y (5) Apertura-Intelecto.

Los modelos dimensionales facilitan además la toma de decisiones clínicas: (1) Algunas dimensiones (por ejemplo impulsividad) correlacionan con sistemas neuroconductuales (por ejemplo los relacionados con la serotonina), haciendo plausible la idea de que se pueda obtener un tratamiento específico y (2) Los modelos dimensionales capturan gradientes de rasgos que pasan desapercibidos si se utilizan solamente los criterios diagnósticos DSM. Esta visión permitiría incluso plantear que no esté indicado el tratamiento en individuos con puntuaciones extremadamente bajas en el rasgo denominado "Cooperación" (tal como lo conceptualiza Cloninger)(12), dado que esto implica una tendencia a que el paciente se muestre distante, egoísta u hostil en las relaciones interpersonales, con severas dificultades para ser empático (13 - 15).

3. Preocupaciones de los clínicos

La mayor parte de los profesionales perciben que los TP son difíciles de tratar, los resultados tanto de los psicofármacos como de la psicoterapia son más bien pobres y, además, tienden a despertar en el clínico reacciones contratransferenciales intensas y difíciles de manejar (16).

Por otra parte hasta hace no demasiados años su presencia no era demasiado frecuente en algunos dispositivos de Salud Mental (Unidades de hospitalización, centros de salud mental…) quizás algo más en otro tipo de unidades, como las de atención a drogodependientes. Sin embargo cada vez más estos pacientes suponen un volumen importante de nuestras consultas ambulatorias e ingresos, dando la razón a los datos epidemiológicos que señalaban unas prevalencias mucho más altas de las que los clínicos estimaban. Han sido publicadas prevalencias de entre el 10.0 y el 14.3% para el diagnóstico en la población general de cualquiera de los TP (En torno al 4% para el total de los clusters A y B y casi el doble para el cluster C, con una comorbilidad entre trastornos de personalidad cercana al 30%) (17, 18).

La mayor parte de los expertos (19) y guías clínicas para los TP (20) coinciden en subrayar que su abordaje terapéutico debe ser fundamentalmente ambulatorio, que se debe evitar en la medida de lo posible la hospitalización y, si ésta llega a ser imprescindible, debe ser lo más breve posible.

Sin embargo, el tratamiento en régimen de ingreso sólo puede evitarse o ser breve cuando se dispone de tratamiento ambulatorio específico e intensivo (21). Pero la mayor parte de las terapias que han publicado resultados alentadores con unos mínimos estándares de evidencia resultan difíciles de aplicar en la sanidad pública. Precisarían un enorme esfuerzo tanto en número de personal y plazas dedicadas a estos tratamientos como en la formación específica de los profesionales.

En ausencia de estos esfuerzos las perspectivas han de ser pesimistas: El tratamiento "standard" ofrece resultados insatisfactorios, con frecuentes fracasos. La adherencia tanto a los psicofármacos como a la psicoterapia son bajos y los abandonos terapéuticos casi la norma. El número de profesionales que atiende a cada uno de estos casos a lo largo de los años es elevado, aportando a estos pacientes una "experiencia" en la terapia que lejos de ayudar complica nuevas iniciativas terapéuticas (pacientes especialistas en "quemar" terapeutas).

La inmensa mayoría de los clínicos reconocen no tener suficiente formación para asumir el tratamiento de un TP grave. Quien la tiene suele hacerlo más por interés y afinidad personal, lo que le ha llevado al loable esfuerzo de impulsar unidades específicas o, cuando menos, programas basados en su empeño personal. Sin

embargo este tipo de funcionamiento con frecuencia carece de suficiente planificación y coordinación con otros dispositivos. Sobre todo si tenemos en cuenta que los pacientes con TP, especialmente los del clúster B, no sólo resultan pacientes complejos sino que también suelen generar importantes sentimientos contratransferenciales en los terapeutas. Los especialistas en formación y/o noveles mostrarán interés en aproximarse a los "valientes" que promueven este tipo de tratamientos específicos, pero a menudo ese *"furor sanandi"* se tornará en frustración por falta de resultados (sobre todo en ausencia de medios adecuados) y un nuevo profesional "quemado para los TP".

Esto puede derivar en actitudes expulsivas y/o nihilistas con estos pacientes, generando demandas de ingreso desde el propio profesional pese a conocer que están raramente indicadas. Pese a todo la mayor parte de los ingresos de pacientes con TP no son programados ni derivaciones por profesionales de dispositivos asistenciales ambulatorios. Casi todos sus ingresos son debidos a conductas auto o heteroagresivas o bien a la descompensación de una patología asociada en lo que hasta hace poco denominábamos "Eje I" del DSM.

CRITERIOS PARA EL INGRESO Y PERMANENCIA DE PACIENTES EN LAS UNIDADES DE PSIQUIATRÍA DE LOS HOSPITALES GENERALES

1. Criterios generales

Sería una obviedad afirmar que únicamente razones de tipo médico deben justificar los ingresos de pacientes en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de los hospitales generales (En lo sucesivo UHP). Sin embargo no es nada infrecuente que se añadan o incluso que prevalezcan otros motivos: "Casos sociales", autorizaciones judiciales tramitadas a raíz de alarma familiar o en el vecindario que a menudo derivan en ingreso sin apenas objeción por parte del clínico. Salvo objetivo específico diferente, desde el primer momento del ingreso deben iniciarse los preparativos para el alta del paciente a fin de que regrese en el menor tiempo posible al medio sociocomunitario de donde procede, siguiendo allí el plan terapéutico ambulatorio propuesto (22).

Son susceptibles de ingreso los pacientes que padezcan un trastorno de suficiente gravedad como para:

- Poner en claro riesgo la vida del propio enfermo, p. ej. por intento de suicidio reciente de suficiente gravedad (en función de las circunstancias del intento,

del método empleado, del estado psicopatológico del enfermo…), ideación suicida persistente asociada a planes suicidas, sentimientos de desesperanza, síntomas psicóticos, situaciones vivenciales que superan la capacidad de afrontamiento del enfermo, etc.

- Poner en claro riesgo la vida de otras personas por manifiesta pérdida del autocontrol (agitación, explosiones de ira incontroladas, embriaguez patológica o intoxicación reciente por tóxicos diversos, microepisodios psicóticos en el curso del TP…)
- Si han fracasado los tratamientos ambulatorios siempre que sea claramente previsible la mejoría tras la permanencia en la UHP de agudos.

Eso sí, debe quedar claro que no se trata de aceptar/rechazar un ingreso con el antiguo criterio nosológico/evolutivo(23) según el cual "no deben" ingresar pacientes con determinados diagnósticos (demencias, trastornos orgánicos cerebrales, retrasos mentales, esquizofrénicos deteriorados… ¿TP?) o en determinada situación evolutiva: "crónicos", pacientes con reiterados ingresos previos y que no han mostrado suficiente cooperación para el cambio, pacientes "irrecuperables"…

Es decir, las unidades de "agudos" deben tener la posibilidad de albergar "crónicos" (entendiendo como tales no sólo los psicóticos, sino también de otras patologías como los TP) siempre que se cumplan los criterios arriba expuestos. De lo contrario corremos el riesgo de justificar unos criterios de ingreso basados más en prejuicios ideológicos que en realidades asistenciales.

En resumen, en la práctica el ingreso viene dado por la inestabilidad del paciente y dificultades de contención en relación con ideas o intentos de suicidio, heteroagresividad, microepisodios psicóticos...

2. Violencia. Consumo de tóxicos.

Las conductas violentas y el consumo de tóxicos están estrechamente relacionados y condicionan muchos de los ingresos de pacientes con TP.

Esta asociación se concreta en diversas direcciones: (1) el consumo de drogas incrementa la probabilidad de conducta violenta, especialmente en personas inestables como lo son la mayor parte de los TP; (2) para obtener la droga a menudo se emplean conductas violentas; (3) en determinados ambientes en los que las drogas proliferan es frecuente el uso de la violencia para resolver disputas y (4) el abuso de drogas y la conducta violenta podrían compartir algunos factores causales.

Desde el punto de vista dimensional, los rasgos de la personalidad que más tienden a la violencia son la impulsividad, la regulación afectiva deficiente, el narci-

sismo y el paranoidismo(24). Por lo que se refiere al modelo alternativo del DSM-5 para los TP, los dominios más implicados con las conductas violentas son la afectividad negativa (facetas: labilidad emocional y desconfianza), el desapego (faceta: afectividad restringida), el antagonismo (insensibilidad) y la desinhibición.

3. La práctica: Motivos más frecuentes de ingreso. Experiencia en la UHP Nicolás Peña de Vigo

En un trabajo que estamos realizando en nuestro hospital se han obtenido los siguientes datos preliminares. A lo largo de los diez primeros meses del año 2014 han ingresado un total de 463 pacientes, de los cuales 136 han recibido un diagnóstico de TP (29.37 %), aproximadamente la mitad de los cuales consumía algún tipo de tóxico, el más frecuente el alcohol, seguido por cannabis, cocaína y opiáceos (la mayoría consume más de un tóxico simultáneamente). Para 50 de los pacientes era su primer ingreso en Psiquiatría. La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados de trastornos del Cluster B, con predominio de las mujeres sobre los hombres.

Los motivos de ingreso más frecuentes fueron la ideación suicida (34.56%), seguido por conductas autolíticas, los síntomas psicóticos y los episodios de heteroagresividad. El 68 % de los intentos de suicidio se produjo en el contexto de consumo de tóxicos (65.38%).

La estancia media de estos pacientes es de 17.6 días, aunque la mayor parte de ellos permaneció menos de 10 días hospitalizados, especialmente en pacientes sin diagnóstico adicional en el Eje I.

¿QUÉ TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD SUELEN PRECISAR INGRESO?

1. Interés del concepto de "cluster"

Empezaremos citando a los pacientes del "Cluster A" (25 - 28) ("Sujetos extraños/excéntricos"): trastornos paranoides, pero sobre todo los esquizoides (y los esquizotípicos en función de qué clasificación utilicemos: Recordar que en la CIE-10 (29) el Trastorno esquizotípico no está clasificado entre los TP sino en el mismo grupo de la Esquizofrenia y de los trastornos por ideas delirantes). Los pacientes del Cluster A suelen llevar vidas deficitarias e insatisfactorias, pero no es lo más habitual que tomen iniciativas para recibir un tratamiento que modifique su estilo de vida. Sufrirán limitaciones en su calidad de vida pero probablemente esto no se refleje en trastornos de conducta tales que obliguen a que sean ingresados. Cuan-

do presentan patología mayor, con más probabilidad de requerir tratamiento en régimen hospitalario recibirán el diagnóstico de la patología correspondiente en el Eje I pero a menudo se obviará el diagnóstico asociado en el Eje II, con lo que el resultado en la práctica es el infradiagnóstico.

Los pacientes del Cluster C ("Sujetos ansiosos/temerosos") sí suelen tomar iniciativas respecto de su tratamiento. Sin embargo por sus características son poco proclives a realizar el tipo de conductas con "riesgo" de acarrear un ingreso. A menudo son también infradiagnosticados pues, como ocurre con el Cluster A, suelen ser valorados en el contexto del tratamiento de un trastorno mayor comórbido (Trastorno afectivo, ansioso…) y con frecuencia únicamente se registra su diagnóstico en el Eje I.

2. Organizaciones Borderline de Personalidad (Kernberg)

En definitiva, el grupo mayoritario de pacientes que suscitan el interés de este capítulo, la mayor parte de los pacientes con TP que en alguna ocasión requieren ingreso en UHP, está constituida por el Cluster B ("Sujetos emocionales y dramáticos") si bien, llegados a este punto, puede ser útil para agruparlos emplear el constructo "Organizaciones Borderline de Personalidad" de Kernberg(30) (Que incluiría además de prácticamente todos los pacientes del Cluster B, algunos casos que se clasificarían en el A y algunos otros casos de difícil catalogación con criterios diagnósticos CIE-10 o DSM-V).

Las características clínicas de estos pacientes, especialmente en lo referente a las relaciones interpersonales, explican buena parte de sus dificultades… y también explican las dificultades que los clínicos experimentan al tratarlos.

Las organizaciones borderline de personalidad (según Kernberg) pueden agruparse en dos variedades, atendiendo a su capacidad para establecer vínculos afectivos significativos y duraderos y a su capacidad para implicarse en actividades útiles para sí mismos y para los demás:

Nivel de Organización de la Personalidad (NOP) alto: Los pacientes con elevado NOP pueden llegar a mantener un aceptable nivel funcional, desarrollar alguna actividad laboral y/o académica y mantener algunas relaciones de cierta estabilidad. Los patrones relacionales alterados típicos se aprecian sólo en las relaciones más cargadas afectivamente (familia, pareja)

Nivel de Organización de la Personalidad (NOP) bajo: Tanto las relaciones afectivas como su nivel funcional laboral y/o académico están muy alterados.

NIVELES ASISTENCIALES EN EL TRATAMIENTO

Los pacientes con NOP alto suelen recibir tratamiento casi exclusivamente ambulatorio, las hospitalizaciones son esporádicas, breves y a menudo desencadenadas por rupturas o pérdidas interpersonales. Las propuestas de psicoterapia intensiva suelen estar dirigidas sobre todo a estos pacientes con buen nivel funcional, capaces de establecer y mantener vínculos significativos (también con el terapeuta) permitiendo un abordaje ambulatorio.

Los pacientes con NOP bajo no encuentran fácil acomodo en ningún nivel asistencial. Con mayor probabilidad que los de NOP alto corren el riesgo de actitudes terapéuticas "desesperadas", como combinaciones aventuradas de psicofármacos o derivaciones forzadas y fútiles a dispositivos y programas pensados para psicóticos, generando impotencia tanto en estas unidades como en quienes los derivan, las más de las veces con ánimo "expulsivo". En estas condiciones se pierden los objetivos terapéuticos y la posibilidad de evaluar el rendimiento real de la respuesta a los tratamientos ensayados. La frustración del clínico y la rabia del paciente son la norma. Estos pacientes con bajo NOP necesitan más bien que se establezca un orden en sus vidas, un control ejercido por agentes externos y por ello se propone para ellos abordajes tipo Hospital de Día o, directamente, hospitalizaciones a tiempo completo.

En resumen, según la gravedad del paciente con TP se utilizan diferentes niveles asistenciales (31): Los Centros de Salud Mental (para los pacientes de bajo riesgo autolítico, buen funcionamiento y soporte adecuado); el Hospital de Día (para pacientes con mayor riesgo autolítico y escaso soporte) y la UHP, que llega a ser necesaria para los pacientes de elevado riesgo (32).

1. Nivel I (Ambulatorio)

En él se llevan a cabo la mayor parte de los tratamientos. Para realizar la terapia a este nivel no existen indicaciones o contraindicaciones específicas, aunque en principio se debe priorizar la asistencia a pacientes motivados, que previsiblemente completarán los programas terapéuticos. La ausencia de auténticos deseos de cambio por parte del paciente o la detección de motivaciones espurias (causas judiciales pendientes u otros beneficios primarios aparentes) pueden ser una contraindicación relativa para el tratamiento ambulatorio.

Sin embargo, en ausencia de programas específicos, es más frecuente que la atención a estas patologías se vuelva inconstante cuando no anárquica (por falta

de adherencia del paciente y/o por insuficiencia de medios y/o por ausencia de una dirección clara de tratamiento por parte de los profesionales)… y por tanto ineficaz.

En este contexto las prioridades del paciente y del profesional (aunque no siempre coincidentes) se centran en la mejoría tanto del control de impulsos (auto y heteroagresivos) como de las relaciones sociales y de ocio. Aunque un cambio más profundo a nivel intrapsíquico es un objetivo deseable en la práctica en escasas ocasiones resulta alcanzable desde este nivel.

Más probabilidades de éxito tienen los tratamientos ambulatorios cuando se concretan en programas específicos para pacientes con estas patologías. Son apropiados para pacientes cuya desadaptación no es tan aguda como para requerir un ingreso, pero suficientemente graves como para que la mejoría sea sólo posible si su atención es diaria y estructurada. También son una opción para facilitar una transición gradual desde los programas de hospitalización.

2. Nivel II (Hospitalización Parcial/Hospital de Día)

Permite ofrecer un tratamiento más intensivo y una mayor contención y cuidados para conductas seriamente disruptivas que el abordaje en consultas externas. Son posibles programas psicoterapéuticos de frecuencia o intensidad inasumibles a nivel ambulatorio. Son útiles para la supervisión de pacientes con riesgo suicida aunque no inmediato, para aquellos con escaso apoyo social y para disminuir la probabilidad de recaídas en el consumo de tóxicos. Otra indicación del Hospital de Día para estas patologías es el mejor control evolutivo tras la instauración de nuevos tratamientos farmacológicos.

Tras el desarrollo de una adecuada alianza terapéutica se deben definir metas de progresiva dificultad mediante tareas y técnicas variables: Psicoeducación, entrenamiento en autocuidados, en habilidades sociales y de la vida cotidiana. Con la consecución de estos objetivos será posible plantearse otros mayores, como identificar los patrones que conducen a conductas desadaptativas, mejoría en el control de impulsos, rehabilitación socio-laboral…

A menudo se asume que el Hospital de Día permite proporcionar un tratamiento tan intensivo que hace posible la obtención de resultados en un plazo relativamente breve. Sin embargo las ansias de brevedad tanto de los clínicos (que ven en ello la posibilidad de que más pacientes accedan a medios terapéuticos limitados) como de los gestores (guiados por un objetivo de eficiencia) contrastan con la lentitud con que a menudo llegan los logros. Hay evidencias de que los programas

breves de hospitalización parcial pueden mejorar el funcionamiento social, pero son necesarios programas más prolongados para la mejoría de algunos síntomas o la reducción de las conductas suicidas (33). La lógica parece dictar que a mayor intensidad del tratamiento se debe producir un mayor cambio. Sin embargo los resultados de los estudios sugieren que, sobre todo en el caso de pacientes con diagnóstico de TP de tipo límite, es preferible un tratamiento menos intensivo (menos horas por semana de psicoterapia) y más prolongado para conseguir mejorías sintomáticas y en el nivel de funcionamiento global (34, 35).

3. Nivel III (Hospitalización a tiempo completo): Se desarrollará más extensamente en el siguiente apartado.

TRATAMIENTOS EN EL NIVEL III (UHP)

1. Introducción

Todos hemos escuchado alguna vez el viejo aforismo según el cual los pacientes con TP no se deben ingresar y, si circunstancias extraordinarias nos obligan a hacerlo, el ingreso debe ser sumamente breve. Sin embargo la evidencia científica disponible dista mucho de afirmar tal cosa de forma categórica. Es más, algunos autores(36) llegan a afirmar que ingresos en Comunidad Terapéutica de larga duración (7 meses de promedio) se asocian con una disminución de la psicopatología límite. Otros(37) afirman que hospitalizaciones de 2-3 meses permiten mayores estabilizaciones en el comportamiento y que los programas basados en la terapia dialéctica conductual (DBT) pueden ser más eficaces para conseguir este objetivo que otras técnicas de psicoterapia. Sugieren como explicación el énfasis en el entrenamiento en habilidades de afrontamiento (a situaciones de estrés…).

Es cierto que cuando se facilita en exceso la hospitalización de estos pacientes se refuerzan actitudes como la búsqueda de atención (a través de gestos parasuicidas, conductas clásticas u otros) o la dependencia de los demás para el afrontamiento de problemas (locus de control externo). Además los pacientes con TP pueden "aprender" síntomas de otras patologías al observar que si los refieren el ingreso resulta más probable (p. ej. síntomas psicóticos como alucinaciones o ideas delirantes). Todo ello aumenta el riesgo de hospitalismo. Además la experiencia permite afirmar que, tras un breve período de tiempo de ingreso, la conducta de estos pacientes tiende a interferir gravemente con la dinámica de una unidad de agudos típica. No obstante, cuando el paciente se encuentra en una situación verdaderamente crítica, se admite la posibilidad de realizar el ingreso en una UHP. Además se ha comprobado que, cuando el tratamiento ambulatorio pone un excesivo énfasis en evitar la hospitalización, los resultados son peores (38).

Como ya se mencionó, el ingreso del paciente con TP sólo debe realizarse en el contexto de una crisis en la que se objetive sintomatología intratable en otros ámbitos (Hospital de día, hospitalización parcial o ambulatoriamente) y que entrañe un riesgo para la salud y el bienestar del propio paciente o de otras persona (riesgo de suicidio por ideación suicida persistente o repetidos intentos autolíticos, episodio psicótico, reacción disociativa severa…). Por supuesto, ninguna de estas indicaciones es absoluta.

Sin embargo no pocos autores proponen además otros criterios de ingreso cuya utilización está menos reglada y generalizada, como internar al paciente para permitirle que abandone con seguridad una relación (por ej. de pareja) abusiva o dañina sin la aparición de graves sentimientos de pérdida o vacío o la estrecha observación para la retirada y/o instauración de tratamientos farmacológicos que de otro modo supondrían un riesgo.

El psiquiatra debe no sólo vigilar los efectos de la medicación (tanto terapéuticos como adversos) sino también promover la psicoeducación en este campo y la implicación del paciente en su tratamiento. A menudo se trata de pacientes con una gran "oralidad" y que depositan desmesuradas expectativas en los beneficios de determinados fármacos sobre los cuales incurren fácilmente en abuso. Siendo consecuentes con los resultados de la investigación en este campo debemos advertir al paciente que el beneficio que a menudo cabe esperar de la farmacoterapia es limitado.

El paciente debe tener claro desde un inicio el objetivo del ingreso (manejo de la crisis) insistiéndole en que esto conlleva la naturaleza a corto plazo del mismo. El ingreso, en principio, no debe superar las 72 horas de duración, aunque otros autores aumentan este plazo a una semana e incluso a dos.

No debemos confundir esto con que la brevedad del ingreso sea un objetivo en sí mismo. Así desde un primer momento del ingreso se programará la derivación del paciente a programas de niveles asistenciales menos restrictivos (39). La estancia no debe potenciar relaciones estrechas y menos aún de dependencia ni con los profesionales de la unidad ni con otros enfermos. Una de las tareas primordiales es la de conseguir que el paciente y sus allegados identifiquen situaciones precipitantes de la crisis para disminuir la probabilidad de que reaparezcan tras el alta.

El abuso comórbido de tóxicos no debe ser "castigado" haciendo el ingreso hospitalario de estos pacientes aún más inaccesible sino que debe tenerse en cuenta la elevada probabilidad de trastorno dual, aún en los pacientes en los que el consumo de sustancias no era conocido. Puede ser necesaria una desintoxicación y, desde luego, extender a estos aspectos el tratamiento psicoeducativo.

Incluso en pacientes con diagnóstico de TP antisocial no siempre se contraindica de forma absoluta su hospitalización, si bien los criterios han de ser enormemente restrictivos y limitados a unidades con programas específicos (40 - 42).

Debe tenerse en cuenta además que muchos pacientes con TP ingresarán no tanto por la sintomatología propia de este trastorno sino como consecuencia de la clínica propia de un trastorno comórbido en el Eje I. Así no será extraño que en un paciente con diagnóstico de TP límite se intercalen conductas parasuicidas (con un importante componente de llamada de atención) con otras asociadas a clara convicción autolítica en el contexto de un episodio depresivo intercurrente.

Cabe reflexionar además que la hospitalización de un paciente que ha desarrollado pensamientos o conductas suicidas tiene como objetivo prioritario reducir drásticamente el riesgo de autolisis a corto plazo. Sin embargo en muchos de estos pacientes el ingreso con motivo de la expresión de ideas o conductas suicidas no reduce en absoluto su reaparición futura (43).

2. Tratamientos farmacológicos

Con frecuencia la bibliografía alude a que no es la parte más importante del tratamiento de los TP. Sin embargo los pacientes que llegan a las UHP, presumiblemente los más graves, a menudo utilizan varios psicofármacos. No es raro encontrar pacientes que a su ingreso tenían prescritos estabilizadores de ánimo, antipsicóticos, antidepresivos, benzodiacepinas y otros que haremos bien en calificar eufemísticamente como "miscelánea". Seguramente existen motivos y bibliografía que ampara el uso de todos estos grupos farmacológicos. Lo que ya resulta más dudosa es la utilidad del uso simultáneo de todos ellos, a menudo con más de un fármaco representando a cada grupo (dos o más estabilizadores, dos o más antipsicóticos…), elevadas dosis, etc. Sobre todo teniendo en cuenta la escasa eficacia de tales prácticas, como parece mostrar la elevada frecuencia reingresos en este subgrupo de pacientes tratados simultáneamente con múltiples psicofármacos.

La prescripción fuera de ficha técnica, también conocida como *"off-label"* es una práctica clínica habitual, muchas veces necesaria en psiquiatría por la ausencia de fármacos con indicación para muchos diagnósticos, como por ejemplo los TP. Algunos estudios estiman que hasta el 21% de los fármacos prescritos están fuera de indicación y hasta un 78% de ellos con poca evidencia científica. La proporción estimada del uso total de medicamentos *"off-label"* en el ámbito psiquiátrico alcanza cifras del 23.3% para antidepresivos, 60.7% para los fármacos antipsicóticos y del 50.2% para estabilizadores del ánimo (44).

No hay fármacos con indicación expresa en los TP dada la enorme dificultad de diseñar un ensayo clínico a tal efecto y obtener resultados favorables. Sería preciso emplear un sistema diagnóstico categorial (con las críticas antes señaladas) y definir la eficacia de un determinado fármaco mediante la desaparición del trastorno o, como mínimo, por una reducción significativa del número de criterios de la categoría estudiada para los que el paciente es "positivo". Ardua tarea…

Aún con estas limitaciones la bibliografía recoge "usos y costumbres" que están avalados, si no por el método científico, al menos sí por la experiencia clínica y el consenso de expertos:

Se recomienda el empleo de antipsicóticos en pacientes con síntomas psicóticos (ideación delirante, trastornos sensoperceptivos), pensamiento desorganizado o aspectos quasi-psicóticos (estos pacientes tienen muy baja tolerancia al estrés y a menudo se ven desbordados por diversas circunstancias mostrando gran hipersensitividad independientemente de sus rasgos previos). Se propugnan bajas dosis de antipsicóticos (preferiblemente atípicos por su mejor tolerabilidad). Se recomienda utilizarlos sólo hasta pocas semanas después de la resolución completa de la crisis. Deben evitarse dosis altas de neurolépticos por el impacto negativo que suponen sobre las precarias estrategias de afrontamiento de estos pacientes.

Los pacientes con TP, especialmente los más afectivamente inestables como los de tipo límite, frecuentemente presentan sintomatología depresiva, ansiedad o labilidad emocional. Para el control de tales síntomas se recomiendan antidepresivos, sobre todo ISRS por resultar mejor tolerados y de menos riesgo que otras familias de antidepresivos en caso de sobreingesta, una eventualidad muy frecuente en estos pacientes. Cuando el tratamiento con un ISRS no funciona, lo recomendable es sustituirlo por otro fármaco de la misma familia; y si con éste tampoco se obtiene un buen resultado, lo aconsejable es potenciar su efecto utilizando un neuroléptico atípico en dosis bajas según lo señalado en el párrafo anterior.

Como segunda línea de tratamiento están los estabilizadores del estado de ánimo, sobre todo carbonato de litio, ácido valproico y carbamazepina. El litio, aunque disminuye la impulsividad, tiene poco efecto sobre las variaciones anímicas en los TP más inestables, además de ser potencialmente tóxico en sobredosificación, motivos que limitan su uso en estos pacientes. Además de actuar sobre síntomas depresivos y ansiosos los ISRSs también actúan sobre la impulsividad, las tendencias autolesivas y la autoagresividad (45).

Una pequeña dosis de neurolépticos atípicos es una opción válida a la hora de manejar crisis en pacientes con síntomas cognitivos o con hipersensibilidad, con re-

percusiones positivas para el ánimo e impulsividad del paciente. Fuera de períodos críticos, estudios más recientes demuestran la alta eficacia de la clozapina a dosis bajas (aproximadamente 150 mg/día) en el tratamiento de las conductas impulsivas y agresivas en los pacientes con TP más graves, especialmente trastornos límite y antisocial de la personalidad (46).

Como se puede deducir de la experiencia acumulada la pregunta no es qué psicofármacos están indicados en cada uno de los TP. Son escasos los estudios de los que se desprendan resultados relevantes al respecto, en buena medida por problemas metodológicos (variabilidad de criterios diagnósticos, heterogeneidad clínica, comorbilidad con el hasta hace poco llamado Eje I y con otros trastornos del Eje II, dificultad para encontrar pacientes que no estén ya sometidos a unos u otros tratamientos, elevada tasa de abandonos…). Así pues, los psicofármacos de que disponemos no resultan útiles para tratar un trastorno de personalidad en particular sino, en todo caso, una determinada "dimensión" de la personalidad.

Sin embargo este último aspecto deja abierta una puerta al uso de algunos psicofármacos y a futuras investigaciones (bien es cierto que precisaríamos de modelos de personalidad más consistentes y de un mayor acuerdo entre expertos sobre las dimensiones que conforman "realmente" la personalidad y sobre cómo medirlas).

Aproximar el tratamiento psicofarmacológico a las dimensiones de la personalidad es una estrategia investigadora más oportuna que el tratamiento de las categorías, ya que permite evaluar el resultado de un tratamiento específico sobre una dimensión específica y no sobre una categoría que puede albergar varias dimensiones. Desgraciadamente existe un abismo entre el saber actual sobre el funcionamiento cerebral en lo referente a las dimensiones de la personalidad y la evidencia neurofisiológica de los modelos dimensionales que actualmente se contemplan.

Aunque nuestro conocimiento mejora día a día, apenas sabemos que el sistema gabérgico está relacionado con la inhibición, el glutamatérgico con la excitación, el dopaminérgico con la percepción y el control de los mecanismos de recompensa, el noradrenérgico con la activación, el serotoninérgico con la homeostasis psíquica (47).

Así sólo podemos establecer algunas correlaciones entre dimensiones alteradas y psicofármacos útiles en la corrección de las mismas, que se resumen en la siguiente tabla:

Tabla I. Dimensiones y fármacos (Modificado de Forti)

	Apego / agresividad	Restricción / impulsividad	Miedo	Ansiedad	Inestabilidad emocional	Cognición	Agencia y gregarismo
Anticomiciales	+++	+++	+	++	+++	+	Según ansiedad, inestabilidad emocional o cognición
Litio	+				+		
ATD IRNA			+	+	+		
ATD ISRS	+	+++	+	+++	+++	+	
ATD Duales		+	+	+++	+++	+	
Benzodiacepinas		EVITAR	+++	+++	Uso puntual		
Otros		Estimulantes (Si TDAH), Naltrexona	Beta bloqueates	Beta bloqueantes	Sulpiride (Si somatización)	Estimulantes (Si TDAH)	

3. Tratamientos psicoterapéuticos

Modificar a través de la psicoterapia trastornos que se caracterizan por "*un patrón más o menos permanente y duradero de forma de pensar, sentir, actuar y relacionarse*" ha de ser por definición una tarea prolongada y por tanto no será una UHP el lugar más adecuado para llevarla a cabo. Ya sólo el establecimiento de una buena alianza terapéutica puede requerir un tiempo prolongado, hasta el punto que Gunderson describe varios estadíos en este proceso (48): (1) contractual (conductual), (2) relacional (afectivo-empático) y (3) trabajo (cognitivo-motivacional).

Livesley(49) sugiere la necesidad de un tratamiento secuencial, atravesando diversas fases, cada una con objetivos específicos: En la primera ("cuidados de crisis") el objetivo es la seguridad del paciente. En segundo lugar ("contención") estabilizar sus afectos e impulsos y restablecer el control de su propia conducta. En la tercera fase ("control y regulación") se trata de reducir los síntomas y de entrenarlo en habilidades para el manejo de los afectos y de los impulsos. Posteriormente ("exploración y cambio") es preciso evaluar las distorsiones cognitivas, los patrones interpersonales disfuncionales y los rasgos desadaptativos para finalmente desarrollar un trabajo a largo plazo para conseguir unos patrones más adaptativos (Quinta fase: "integración y síntesis").

En cuanto a psicoterapias específicas la mayoría de los estudios se focalizan en el TP límite. Las tres modalidades de psicoterapia más estudiadas y avaladas por ensayos clínicos son (1) la Psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP: Transfe-

rence Focused Psychoterapy) desarrollada por Otto F. Kernberg y John F. Clarkin, de orientación psicoanalítica (Teoría de las relaciones objetales); (2) Terapia basada en la mentalización (MBT: Mentalization Based Treatment,), desarrollada por Peter Fonagy y Anthony Bateman y derivada de la teoría del apego (John Bowlby) y (3) la Terapia dialéctica conductual (DBT: Dialectical Behavior Therapy), diseñada por Marsha Linehan con la intención de reducir las conductas autolesivas en los trastornos límite de personalidad, combinando técnicas cognitivo-conductuales dirigidas a la regulación emocional con conceptos derivados de filosofía "zen" (meditación budista): tolerancia a la angustia, aceptación, plenitud de conciencia (mindfulness)...

Una muy referenciada revisión (50) concluye que diferentes psicoterapias han demostrado una eficacia similar. Los autores consideran que los resultados apoyan fuertemente el uso de alguna psicoterapia debidamente reglada... aunque no determinan cuál de ellas es la más eficaz. El propio Clarkin (51) realizó un estudio similar con resultados parecidos (con leve ventaja para la TFP que él mismo propugna...). De forma anecdótica (o quizás no tanto...) Paris (52) publicó un trabajo acerca de casos en los que se realizó "psicoterapia intermitente" (atención en crisis sin seguimiento posterior, ¡lo que por desgracia en la práctica es bastante habitual!) sin aparente empeoramiento de la funcionalidad de los pacientes.

En cualquier caso las UHP no reúnen los requisitos adecuados en cuanto a tiempos de intervención para desarrollar estas terapias, de manera que durante los ingresos no será posible sino poner en marcha los mecanismos psicoterapéuticos de intervención en crisis. Siguiendo las fases propuestas por Livesley para un tratamiento secuencial:

4. Intervención en crisis

El ingreso hospitalario del paciente con TP deberá servir tanto para tratar la sintomatología presente como para reconducir la situación crítica. Las crisis y síntomas se manejan mejor empleando un *continuum* de intervenciones, empezando con estrategias de contención, intervenciones cognitivo-conductuales, y medicación para controlar y reducir los síntomas y promover la regulación afectiva, seguido por intervenciones menos estructuradas dirigidas hacia los aspectos cognitivos, afectivos e interpersonales que conducen a los síntomas y conductas desadaptativas. Esto quiere decir que el abordaje terapéutico de los TP no consiste en una única terapia sino en un conjunto de intervenciones encaminadas a obtener pequeños avances y mejorías y que se suceden unas a otras a lo largo del tiempo, desde que se produce la situación crítica hasta más allá de su resolución.

La intervención durante la crisis consta de cinco pasos: (1) Seguridad, (2) Contención, (3) Regulación y control, (4) Exploración y cambio y (5) Integración y síntesis. Sólo las tres primeras están previstas para ser llevadas a cabo en una UHP, y en ellas nos centraremos en este capítulo.

En las situaciones críticas, pues, lo más urgente es proveer seguridad y contener emocionalmente al paciente mientras se trata la desorganización conductual aguda, las conductas parasuicidas secundarias al malestar emocional, y la disociación o clínica psicótica si la hay. Que estos son los objetivos que se persiguen con el ingreso, es algo que debe quedar claro tanto para el paciente como para el propio terapeuta desde el primer momento. El contrato terapéutico debe fundamentarse en objetivos realistas y coherentes, que busquen una pronta mejoría conductual y emocional del paciente para no generarle más frustración. Un terapeuta que persigue demasiados objetivos suele irritar a su paciente con TP, cuando éste, pasando más tiempo del necesario en la UHP, no cumpla con las expectativas propias ni con las de su terapeuta.

Los objetivos del tratamiento habitualmente pueden conseguirse de forma temprana: en la mayoría de los casos, la desorganización conductual puede resolverse en 24-72 horas, transcurridas las cuales se podría darle al paciente el alta de la UHP y derivarle a otros dispositivos.

a.- Seguridad:

En una situación crítica lo fundamental será garantizar la seguridad del paciente. No obstante, las medidas que se pongan para ello no deben menoscabar su autonomía ni su dignidad, ni poner en riesgo la alianza terapéutica. Conseguir simultáneamente todo ello resulta complicado en pacientes con grave riesgo de auto o heteroagresividad.

Esta primera fase del abordaje constituye también una buena ocasión para evaluar el estado mental del paciente y sus estrategias de afrontamiento, su potencial peligrosidad y su habilidad para controlar y manejar sus impulsos autolesivos en ausencia de control externo (53), siendo esta la base del abordaje posterior. Asimismo también resulta crucial la valoración del riesgo suicida o parasuicida; esto es especialmente importante en aquellos casos en los que exista una ideación autolítica crónica y en los que *"el suicidio constituye una forma de vida"*, ya que en el transcurso de una crisis conductual el paciente con ideación autolítica crónica podría tener un riesgo de suicidio inminente que debemos ser capaces de identificar y contener.

Huelga decir una vez más que, en cada momento durante la valoración del riesgo hay que tener presentes los rasgos de personalidad del sujeto, pues estos in-

terfieren con la presentación clínica y nos podrían inducir a error: por ejemplo, las reacciones afectivas intensas pueden estar enmascarando cuadros depresivos en pacientes con TP límite, y así podríamos infravalorar un riesgo agudo de suicidio. Aun así, los factores de riesgo asociados con el TP límite tienen un valor predictivo limitado (54), si bien es cierto que una predicción precisa del riesgo no es posible en ningún trastorno psiquiátrico (55, 56).

b.- Contención emocional:

Una vez que el paciente con TP se encuentra en un ambiente seguro, el paso siguiente es proceder a su contención emocional. El paciente en crisis no busca comprender sus problemas, sino empatía y alivio para su angustia (57, 58). Un grado más profundo de comprensión de sus problemas podría resultar útil para elaborar estrategias de afrontamiento, pero es un paso que requiere mayor esfuerzo por parte del paciente y que sólo puede ser dado cuando éste, más adelante, así lo desee.

La contención emocional se conseguirá cuando el terapeuta consiga convertirse en una figura de apoyo y escucha empática y logre reducir el miedo, la suspicacia y la desconfianza del paciente en crisis. Para una buena contención lo indicado es, pues, centrarse en el afecto y no en el contenido (59) y en el presente inmediato más que en el pasado. Y mucho más que lo que pueda decir el terapeuta, el hecho de que el paciente le perciba como una figura estable, consistente, cuidadosa y no punitiva es más efectivo (60). No obstante, y aunque a primera vista pueda parecer sencillo, la contención puede conllevar el riesgo de que el paciente cree dependencia hacia su terapeuta-situación que debemos intentar evitar- y que, con ello, comprometa la intervención.

La contención se ve debilitada por aspectos tales como el fracaso para reconocer el sufrimiento del paciente, intentos repetidos por clarificar los sentimientos del paciente o interpretaciones prematuras o aventuradas de los pensamientos, sentimientos o impulsos de los pacientes. Ante un paciente en crisis y muy angustiado es importante que el terapeuta sepa transmitir su interés en el problema del sujeto, sin ofrecer excesivas interpretaciones sobre aquello que se le explica y que pueden ser vividas como intrusivas e incrementar la desconfianza hacia el terapeuta; al contrario, es fundamental favorecer el vínculo creando una relación que sirva para reasegurar al paciente. No se trata de interpretar los motivos por los que el paciente tiene una crisis, ni de sobreprotegerle o minimizar los problemas, sino simplemente de comprender empáticamente los motivos de su angustia.

Las crisis en pacientes con TP se desencadenan tras dificultades en la relación con otras personas, por tanto el ambiente en el que se encontraba inmerso el pa-

ciente previamente a la crisis le resulta hostil y le genera tensión y ansiedad. A diferencia de éste, la UHP es un lugar socialmente predecible, con normas y límites claramente establecidos, en el que el paciente no sólo tendrá que atenerse al riguroso funcionamiento sino que además tiene la ventaja de que podrá encontrar en el personal figuras de apoyo emocional.

Por otro lado, el ambiente restringido de la UHP, no sólo por sus características sino por el mero hecho de constituir un emplazamiento distinto al habitual, sirve al paciente de respiro temporal respecto a aquello que le atormenta, y de esta manera consigue distanciarse del problema, sine en ocasiones lo único necesario para apaciguar la situación crítica. Estar inmerso en un ambiente emocional y conductualmente contenedor en el que el paciente con TP se encuentra rodeado de otros tipos de pacientes con problemas tanto o más graves que el suyo, también constituye una herramienta terapéutica contra las conductas más regresivas: al interaccionar con otros pacientes puede afrontar la sensación de alienación y aislamiento al fomentarse el interés por aquellos que le rodean. Así pues, el altruismo constituye un poderoso antídoto contra las conductas regresivas (61).

c.- Control y regulación:

Constituye la tercera fase del tratamiento agudo de las crisis conductuales de los pacientes con TP ingresados en UHP, y se pone en marcha una vez que la desorganización aguda ya está resuelta. Los objetivos de esta fase son:

1. Facilitar el reconocimiento de la secuencia de comportamientos que le conducen a las autoagresiones, con vistas a ser capaz de reconocerlas prematuramente y reaccionar de forma adecuada a situaciones desencadenantes.
2. Reducir (eliminar si es posible) el comportamiento autolesivo.
3. Incrementar el control sobre los afectos e impulsos.

Para conseguir estos objetivos, resulta fundamental que el terapeuta conozca bien qué tipos de estresores son los que desencadenan las crisis conductuales de su paciente. Habitualmente llegar a este conocimiento es difícil, puesto que por lo general ni tan siquiera el propio paciente con TP es capaz de identificar las emociones que le desbordan y le llevan a una crisis: hacen falta muchas horas de exploración para poder dilucidar los desencadenantes.

Resultaría poco realista, pues, pensar que todos los objetivos anteriormente mencionados pueden conseguirse durante un ingreso hospitalario breve. Sin embargo, lo que debe intentarse desde la UHP en lo relacionado con el control y regulación es empezar a crear las bases para un terapia psicológica posterior con la que sí sea posible cumplir con tales objetivos poco a poco, ya que es precisamente el

abordaje psicoterapéutico el más indicado para este grupo de pacientes. Durante el ingreso, el manejo es sintomatológico mediante el empleo esencialmente de psicofármacos, cuya misión será ayudar a controlar síntomas específicos como la desorganización cognitiva, la impulsividad, la agresividad, el ánimo depresivo, la ansiedad y la labilidad emocional, facilitando así el camino a las terapias.

5. Otros

a. Camas de observación para crisis agudas

Se ha demostrado que disponer de camas hospitalarias para la observación y tratamiento agudo (24-72 horas) a menudo puede evitar ingresos hospitalarios de pacientes en situación de crisis. Contar con un número, aunque sea muy reducido, de camas muy bien atendidas para tratamientos intensivos de muy corta duración permiten estancias muy breves (pocos días, a veces incluso sólo unas horas) de pacientes con TP (o con otras patologías pero en situación de estrés importante) con lo que se evitan estancias más largas en la unidades de hospitalización convencionales, dado que en la práctica los ingresos en estas últimas no suelen ser lo breves y estructurados que propone la bibliografía especializada (tal como se describía en el epígrafe anterior). En realidad se trataría de un dispositivo cuya propia estructura y orientación irían encaminados a evitar el ingreso en una UHP convencional.

Algunos autores(62) llegan a pronosticar que un futuro aumentará el número de servicios de urgencias hospitalarias que funcionarán como verdaderos "centros de crisis" con personal específico y bien formado.

b. Unidades Hospitalarias Específicas para TP.

Son unidades pensadas para los pacientes con TP más graves(63), aquellos que no consiguen controlar sus conductas más severas ni siquiera a través de programas intensivos en unidades menos restrictivas (Por ej., Hospital de Día). Deben estar integradas en una red de salud mental adecuada, por lo que la derivación debería realizarse desde el centro de salud mental correspondiente.

Aunque no hemos encontrado estudios que evalúen la eficacia comparativa de este tipo de unidades, diversos autores coinciden en que son eficaces, disminuyen el número de reingresos en UHP, el número de visitas a urgencias y el hospitalismo de estos pacientes.

Se resalta la importancia de que los ingresos en estas unidades sean siempre programados y voluntarios, su duración se estima en varios meses y deben tener unos objetivos terapéuticos específicos fijados previamente (A diferencia de las UHP, donde los ingresos de pacientes con TP suelen ser urgentes y breves, úni-

camente con la finalidad de conseguir una mínima estabilización del paciente que permita su retorno al medio sociofamiliar del que procede a muy corto plazo).

Entre los objetivos, además de establecer una buena alianza terapéutica con el paciente, suelen fijarse el tratamiento de las conductas autodestructivas, trabajar la adherencia a los tratamientos (tanto psicofarmacológicos como psicoterapéuticos), intervenciones dirigidas a mejorar la conciencia de enfermedad, la psicoeducación sobre el trastorno y enseñar al paciente a identificar y controlar los síntomas, especialmente aquellos que desencadenan las grandes crisis.

Para ello se utilizan desde la psicofarmacología, aunque la experiencia indica que el paciente es dado de alta con menos medicación de la que tiene prescrita a su ingreso (y que ésta puede diferir sustancialmente de la que realmente toma, por exceso o por defecto...), psicoterapia individual y grupal (incluyendo en ésta la psicoeducación), terapia familiar. Obviamente con gran frecuencia será necesario abordar también aspectos sociales y ocupacionales.

Los programas de tratamiento integral que la bibliografía recomienda para los trastornos de la personalidad se basan en el programa STEPPS (*Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving*). Este programa se puede realizar en diversos ámbitos, aunque parece más factible en las unidades hospitalarias específicas para TP y en Hospitales de día. Se centran en la respuesta emocional de los pacientes y en la resolución de problemas. A medida que se el paciente progresa se va reduciendo la frecuencia de sesiones hasta el alta definitiva. Es un programa en tres pasos: (1) Psicoeducación sobre las características del trastorno y responsabilización del paciente en su propio tratamiento; (2) Entrenamiento en habilidades para el manejo de emociones y (3) Habilidades en el manejo de las alteraciones de la conducta (64, 65).

c. Unidades de Rehabilitación

En general, las unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica no son dispositivos adecuados para los pacientes con TP. Sin embargo, en los casos más graves, con crisis frecuentes y aparatosas que necesitan reiterados ingresos psiquiátricos para contenerles, en los que se aprecia una manifiesta imposibilidad para afrontar situaciones de la vida cotidiana y en los que el resto de abordajes han fracasado sucesivamente, pueden beneficiarse de un ingreso prolongado. El objetivo en este caso es la realización de un plan terapéutico continuado y específico para las necesidades del paciente, en un ambiente contenedor y en el que las restricciones del medio vayan disminuyendo progresivamente en función de la buena evolución que vaya obteniendo, de modo que poco a poco sea capaz de ir poniendo en

práctica en la comunidad aquellas habilidades que vaya consiguiendo mediante la terapia.

d. Unidades Hospitalarias de Seguridad para TP

Si bien en España la Psiquiatría Forense apenas dispone de dispositivos específicos, en países como Reino Unido o Alemania sí están desarrolladas redes paralelas de atención y tratamiento específicas para pacientes con patologías mentales para quienes se considere necesario adoptar medidas de seguridad y de protección tanto para el propio sujeto como para quienes le rodean. Los dispositivos que componen estas redes son esencialmente los mismos que existen para la psiquiatría general (unidades ambulatorias y de hospitalización para población infanto-juvenil, equipos de rehabilitación asertiva comunitaria, servicios de atención ambulatoria, hospitales, etc.) con la salvedad de que los profesionales deben no sólo manejar los aspectos clínicos sino también legislación específica y la coordinación entre las diferentes unidades penitenciarias y con el Ministerio de Justicia.

En lo relativo a los hospitales forenses, éstos fundamentalmente se clasifican según las medidas de seguridad de las que disponen como centros de baja, media o alta seguridad; en ellos se distinguen secciones dedicadas a la patología mental mayor y a los TP. Cada una de estas secciones se divide a su vez según diferentes niveles de seguridad y posibilidades de contención física; así, por ejemplo, los pacientes con mayor riesgo inminente de infligir daño a otros o a sí mismos se encuentran en salas en las que las posibilidades de observación y contención son mayores y en las que se limita más su contacto con otros sujetos.

Esencialmente, el manejo que en estos centros se hace de los pacientes con TP es el mismo que el del resto de dispositivos civiles, salvo por el hecho de que los pacientes que encontraremos en el medio penitenciario suelen presentar TP mucho más severos que los que se pueden encontrar en la clínica habitual (Mucho más impulsivos, mayor riesgo de auto y heteroagresividad, etc.), por lo que en este medio la valoración de los distintos tipos de riesgo debe ser constante y exhaustiva. En la mayoría de los casos el paciente presenta marcados rasgos psicopáticos que dificultan aún más el abordaje terapéutico, lo que se debe tener en cuenta tanto de cara al abordaje de la clínica propia del TP como del abordaje de las tendencias delictivas de cada caso en particular.

CONCLUSIONES

Los ingresos en las UHP vendrán dados sólo por una grave inestabilidad del paciente y dificultades de contención en relación con ideas o intentos de suicidio, hetero-agresividad, micro-episodios psicóticos...

Ahora bien, en estos casos las UHP deben ser un recurso fácilmente accesible para poder dar respuesta a estas situaciones extremas.

Para desarrollar una atención adecuada a los pacientes con TP graves será necesario que la UHP esté integrada en una red de Salud Mental capaz de desarrollar programas de atención coordinados para este tipo de pacientes de manera que se puedan garantizar unos estándares terapéuticos según la evidencia disponible.

De lo contrario las UHP se ven abocadas al fenómeno de "puerta giratoria" y ser meros testigos (sin apenas posibilidades de intervención terapéutica) del crónico reingreso de pacientes muchas veces bien conocidos, con trastornos de conducta severos (no menos conocidos) que se repiten periódicamente.

En resumen, las UHP no constituyen la estructura adecuada en la que se debe realizar el tratamiento de los TP (salvo la deseable excepción de que se trate de unidades específicas para el tratamiento de los TP más graves).

BIBLIOGRAFÍA

1. Millon T. Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson, 1998.
2. Forti Sampietro, N. Personalidad y Trastornos de Personalidad. En: Forti Sampietro, L, editor. Personalidad: Exploración, Diagnóstico y Tratamiento. Valencia: Enfoque Editorial S. C 2011; p. 13-31.
3. Fernández-Hierro, JL. Estilo depredador: TPP Antisocial, Sádico y Psicopatía. En: Forti Sampietro, L, editor. Personalidad: Exploración, Diagnóstico y Tratamiento. Valencia: Enfoque Editorial S. C 2011; p. 219-238.
4. Fernández-Hierro, JL. Nivel sintomatológico. En: Forti Sampietro, L, editor. Personalidad: Exploración, Diagnóstico y Tratamiento. Valencia: Enfoque Editorial S. C 2011; p. 85-99.
5. Forti L. ¿Trastornos? De la ¿Personalidad? Hacia un modelo integrador. Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría, número extraordinario; 2005.
6. Gunderson, JG. Revising de borderline diagnosis for DSM-V. An alternative proposal. J Pers Disorders 2010 Dec: 24, (6): 694-708
7. Livesley WJ. Classification of Personality Disorder. J Pers Disord. 2005; 19(2), 131-155.
8. Livesley WJ. An empirically-Based Classification of Personality Disorders. J Pers Disord. 2011; 25(3), 397-420.

9. Maffei C. Borderline: Struttura, categoría, dimensione. Milán: Cortina editore, 2008.
10. Livesley WJ. Behavioral and molecular genetic ontributions to a dimensional classification of personality disorders. J Pers Disor. 2005; 19(2), 131-135.
11. Costa PT, McRae RR. NEO PI-R, Inventario de Personalidad NEO-Revisado y NEO FFI, Inventario NEO reducido de cinco factores. Madrid: Tea, 2008
12. Cloninger CR. Cuestionario de Temperamento y Carácter. TCI-R. Manual del usuario. Madrid: Imago Concept & Image Development, 2004.
13. Márquez-Arrico JE, Adán A. "Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo". Adicciones. 2013; 25(3), 195-202.
14. Rae AM, Joyce PR, Luty SE, Mulder RT. The effect of a history of alcohol dependence in adult major depression. Journal of Affective Disorders. 2002;70, 281-290.
15. Mandelli L, Mazza M, Di Nicola M, Zaninotto L, Harnic D, Catalano V y Serretti A. Role of substance abuse comorbidity and personality disorder: Harm Avoidance influences mediumterm treatment outcome. Psychopathology. 2012; 45, 174-178.
16. Lana Moliner F, González Torres MA, Mirapeix C. Niveles asistenciales y requisitos organizativos en el tratamiento de los trastornos de personalidad. Psiquiatría.com, Area temática: Trastornos de personalidad y hábitos, 11/04/06 [revista electrónica]: [Consultado el 27/08/14]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/tr_personalidad_y_habitos/niveles-asistenciales-y-requisitos-organizativos-en-el-tratamiento-de-los-trastornos-de-personalidad/.
17. Torgersen S. Epidemiología. En: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. Tratado de los Trastornos de la Personalidad. Barcelona: Masson, 2007; 131-143.
18. Pérez Urdániz A. Epidemiologia. En: Roca Bennasar M. (Coordinador). Trastornos de Personalidad. Madrid: Psiquiatría editores, 2004; p. 187-202.
19. Paris J. Borderline personality disorder. Can Med Ass Journal. 2005; 172(12), 1579-1583.
20. NIMH. Personality disorders: no longer a diagnostic of exclusión. 2003. BJPsych Bulletin 31/10/03 [Revista electronica]: [Consultado el 18/08/14]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/42/30/04054230.pdf
21. Krawitz R, Watson C. Borderline personality disorder: Pathways to effective service delivery and clinical treatment options. Mental Health Commission Occasional Publications: No.2. Wellington, New Zealand, 1999. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004, Vol. 38, No. 7 , Pages 554-559 [Revista electronica]: [Consultado el 01/09/14]: Disponible en: http://www.mhc.govt.nz
22. Díaz González RJ, Hidalgo Rodrigo I. Guía de Programas y actuaciones protocolizadas en la práctica clínica psiquiátrica. Madrid: Mosby / Doyma libros SA 1996.
23. Gómez-Calle A. Unidades de Salud Mental en el Hospital General. Siso Saude. Monográfico p. 61. 1991
24. Esbec E, Echeburúa E. Violencia y trastornos de la personalidad, implicaciones clínicas y forenses. Actas Esp Psiquiatr 2010; 38(5):249-261.
25. American Psychiatric Association. DSM-III-R. Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 1988.
26. American Psychiatric Association. DSM-IV. Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 1995.

27. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 2003.
28. American Psychiatric Association. DSM-V. Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 2014.
29. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor, 1992.
30. Kernberg O, Caligor E. A psychoanalytic theory of personality disorders. En: Lenzenweger-Clarkin (Ed). Major theories of personality disorders. New York: Guilford Press, 2005.
31. Gunderson JG, Gratz KL, Neuhaus EC, Smith GW. Niveles de asistencia en el tratamiento. En: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. Tratado de los Trastornos de la Personalidad. Barcelona: Masson, 2007; 239-256.
32. García López MT, Martín Pérez MF, Otín Llop R. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2010; 30 (106), 263-278.
33. Karterud S, Vaglum S, Fris S. Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality diosrders: an empirical evaluation of the containment function. J Nerv Ment Dis 1992; 180: 238-243.
34. Karterud S, Pederson G, Bjordal E. Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Nowegian treatment research network. J Pers Disord 2003; 17: 243-262.
35. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry 1999; 156: 1563-1569.
36. Dolan B, Warren F, Norton K. Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder. Br J Psychiatry 1997; 171: 274-279.
37. Barley WD, Buie SE Peterson EW. Development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. J Pers Disord 1993; 7: 232-240.
38. Tyrer P, Simmnonds S. Treatment models for those with severe mental illness and comorbid personality disorder. Br J Psychiatry 2003; 182 (44, Suppl): 15-18.
39. Silk KR, Eisner W, Allport C. Focused time-limited inpatient treatment of borderline personality disorder. J Pers Disorder 1994; 8: 268-278.
40. Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ. Treatment response of antisocial substance abusers. J Nerv Ment Dis, 1995; 183: 166-171
41. Messina NP, Wish ED, Nemes S. Therapeutic community treatment for substance abusers with antisocial personality disorder. J Subst Abuse Treat, 1999; 17: 121-128.
42. Messina NP, Wish ED, Hoffman JA. Antisocial personality disorder and therapeutic community treatment outcomes. Am J Drug Alcohol Abuse, 2002, 28: 197-212.
43. Van der Sande R, Van Rooijen L. Buskens E et als. Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. Br J Psychiatry, 1997; 171:35-41.
44. Barral C, Ros-Cucurull E, Roncero C. Prescripción "off-label" en patología dual. Revista de Patología Dual 2014; 1(3):10
45. Coccaro EF, Kavoussi RJ. Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. Arch Gen Psychiatry. 1997;54(12):1081-1088.

46. Brown D, Larkin F, Sengupta S., Romero-Urcelay JL, Ross C, Gupta N, Vinestock M, Das M. Clozapine: an effective treatment for seriously violent and psychopathic men with antisocial personality disorder in a UK high-security hospital. CNS Spectrums. Available on CJO 2014 doi: 10.1017/S1092852914000157.
47. Flórez Menéndez, G. Fármacos y dimensiones. En: Forti Sampietro, L, editor. Personalidad: Exploración, Diagnóstico y Tratamiento. Valencia: Enfoque Editorial S. C., 2011; p. 247-249.
48. Gunderson, J. Guía clínica para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Ars Médica, Barcelona. 2002
49. Livesley WJ. Principles and strategies for treating personality disorder. Can J Psychiatry, 2005; 50: 442–50.
50. Hadjipavlou G, Ogrodniczuk JS. Promising Psychotherapies for PD. Can J of Psychiatry 2010; 55 (4), 202-210.
51. Clarkin JF, Lvy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluatin three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. Am J Psychiatry 2007; 164 (6 suppl), 922-928.
52. Paris J. Intermitent psycotherapy: an alternative to continous long-term treatment for patients with personality disorders. J Psychatr Pract. 2007; 13 (3 suppl), 153-158.
53. Kjelsberg E, Eikeseth PH, Sahl AA. Suicide in borderline patients – predictive factors. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1991; 94: 283-287.
54. Paris J, Nowlis D, Brown R. Predictors of suicide in borderline personality disorder. Canadian Journal of Psychiatry, 1989; 34: 8-9
55. Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. New England Journal of Medicine, 1997; 337: 910-915.
56. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Manole KM. Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients. Am J of Psychiatry, 1999; 156: 181-189.
57. Joseph B. On understanding and not understanding: Some technical issues. International Journal of Psychoanalysis, 1983; 64: 291-298.
58. Steiner J. Patient-centered and analyst-centered interpretations: some implications of containtment and countertransferece. Psychoanalytic Quarterly, 1994; 14: 406-422.
59. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press. 1993
60. Buie DH, Adler G. The definitive treatment of the borderline personality. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 1982; 9: 51-87
61. Vaillant, G.E. The beginning of wisdom in never calling a patient borderline. Journal of Psychotherapy Practice and Research; 1992; 1: 117-134.
62. Guimon J. Contención y crisis. Avances en Salud Mental relacional, 2007; 6 (2): 1-11. [Revista electrónica]: [Consultado el 20/08/14]: Disponible en http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0602/guimonintroduccion.pdf
63. Rubio V, Molina R, Pérez Urdaniz A. Trastorno límite de la personalidad. En: Rubio V, Pérez Urdaniz A, editores. Trastornos de la personalidad. Madrid: Elsevier, 2003; p. 139-190.
64. García-López MT, Martín Pérez MF, Otín Llop R. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2010; 30 (106), 263-278.

65. Blum N, St. John D, Pfohl B et als. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorders: A randomized controlled trial and 1-year follow Up. Am J Psychiatry, 2008; 165 (4): 468-478.

2.4. ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LO QUE NOS ENSEÑAN LOS PACIENTES EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Mª Jesús Acuña Gallego, Tiburcio Angosto Saura.

Desde que se creó el sistema MIR el principal esfuerzo formativo se centró en que los futuros psiquiatras fueran buenos clínicos y sobre todo que el aprendizaje estuviera basado en la observación cercana y cotidiana de los pacientes además de la responsabilidad progresiva de los casos que iban a tratar. Dicha responsabilidad se concentrará en el aprendizaje de la resolución de problemas no solo puramente clínicos sino también en el manejo de situaciones en las que se entremezclan decisiones terapéuticas con problemas sociales inherentes a muchos problemas mentales y en la detección de situaciones transferenciales o contratransferenciales que tienen que ver con la relación terapéutica. Con este sistema se trata no solo de una compresión teórica o académica del caso sino también de como transmitir al paciente, la hipótesis de trabajo terapéutico para que el tratamiento sea efectivo, confiable y sobre todo evitar el absentismo terapéutico por parte de los pacientes más severos.

En definitiva no se trató de crear un sistema de aprendizaje a través de grandes maestros o exposiciones teóricas sino de un aprendizaje basado en **la escucha** directa, **la observación** de la clínica y la intervención, pero al mismo tiempo aprender cómo se debe establecer la **relación terapéutica**, **reflexionar** sobre los actos terapéuticos y aprender a **transmitir** esta reflexión al resto del equipo terapéutico puesto que de un trabajo interdisciplinar se trata.

Vamos a reflexionar sobre algunos aspectos que nos parecen clave en el trabajo cotidiano de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica[1] (UHP).

LA ENTREVISTA

De los cinco aspectos que hemos referido; escuchar, observar, relacionarse, reflexionar y transmitir queremos resaltar que, si somos capaces de dejar a un lado

[1] Es como se denominan en Galicia la Unidades de Hospitalización para enfermos mentales ubicadas en los Hospitales Generales desde el Decreto 389/94 por el se regula la Salud Mental (DOG nº1 de 1995)

las estereotipias entrevistadoras y ser capaces de escuchar fuera de los marcos instituidos, quien más nos pueden enseñar, en su mayor parte, son los mismos pacientes. F. Tosquelles (1), uno de los psiquiatras más autodidactas y creador de la Terapia Institucional decía que en materia de enfermedad mental solo conocía un diccionario: el diccionario del paciente, es decir lo primero que hay que aprender del encuentro con el paciente es su lenguaje. De hecho cuando el mismo F. Tosquelles se autocensura no haber escrito *"libros de verdad"* a pesar de su enorme experiencia. El mismo se autoexculpa diciendo poéticamente: *"teje y echa sus redes en los márgenes de los ríos humanos al albur del vaivén de los encuentros (con los pacientes)*".

Esta formación por el paciente casi siempre fue defendida por psiquiatras que habían trabajado en los Hospitales Psiquiátricos (H.P.), donde la observación y la relación se hacían con un tiempo lento y duradero. En los tiempos que corren ese encuentro suele ser más fugaz sobre todo en los centros ambulatorios donde el paciente acude con más voluntariedad y donde la entrevista al ser más corta debe estar más impregnada de saber clínico.

Algo menos fugaz, pero con un tiempo más corto que en los antiguos H.P, es la entrevista con el paciente internado en las actuales unidades de hospitales generales, que es lo que nos ocupa en este trabajo y que por supuesto va a tener unas características diferentes de las del paciente ambulatorio.

La entrevista en esta situación clínica no va a ser solo un acto terapéutico que también, sino que es un momento para establecer la comunicación con el paciente, obtener información, buscar la comprensión de lo que le pasa, hacer una evaluación de cómo se encuentra y de la aceptación o no del internamiento en el caso de ingreso involuntario. En el paciente hospitalizado no podemos hablar de una observación lejana sino de un hablar cercano o si lo prefieren conversar, pero dentro de un marco terapéutico y en el cual van a estar muy bien establecidos, ya que nos viene dado por la situación hospitalaria, los roles de paciente y terapeuta. Por otro lado las consecuencias de nuestras entrevistas las vamos a observar prontamente al contrario de lo que ocurre en las entrevistas ambulatorias.

Pero debemos tener en cuenta que muchas veces los internamientos han sido dramáticos y cargados de una gran violencia en los cuales han aparecido sentimientos de humillación por parte del paciente y de culpa por parte de los terapeutas ya que con estas acciones hemos hecho perder al paciente uno de los aspectos más preciados como la libertad y sin proponérnoslo hemos lesionado, a veces, su dignidad. Aprender a analizar y manejar en la entrevista estas situaciones debe ser

prioritaria para los miembros del equipo tratante a pesar de que con frecuencia sea complejo, cuando la vorágine asistencial del trabajo hospitalario nos arrastra. Ante estos conflictos debemos evitar priorizar aspectos administrativos sobre los humanos o bien aspectos legales o sindicales sobre las fantasías de miedo del paciente. De muchos pacientes psicóticos hemos aprendido que después de ingresos dramáticos con inyecciones *"a fortiori"*, una vez remitido el cuadro, han solicitado seguir siendo tratados por las personas que habían intervenido drásticamente en su ingreso. En este sentido hemos aprendido también que la transferencia delirante suele ocurrir con las personas del equipo terapéutico que han actuado más negligentemente en los tratamiento, con aquellos miembros de los equipos que actúan en la aplicación de la Ley de una forma caprichosa o bien cuando no se ha explicado suficientemente lo que estamos haciendo. Hemos aprendido que cuanto más tormentoso es un ingreso más coherente debe ser nuestra respuesta y se tendrán más posibilidades de establecer una buena relación terapéutica.

Por el contrario los pacientes psicóticos con ingresos *"dulces"*, aquellos que pasan desapercibidos, como ocurre en la mayoría de esquizofrenias simples o hebefrénicas, hemos visto que la relación terapéutica está la mayoría de las veces imposibilitada.

Así pues la necesidad de explicar y re-explicar nuestros actos, sobre todo cuando han tenido un carácter dramático, es básica si queremos establecer una buena relación futura con el paciente y su familia. La información no es solo un derecho sino que es una de la mejores armas terapéuticas para poder establecer una buena relación con un determinado paciente y su familia y así evitar que aparezcan nuestros actos como algo caprichoso o azaroso.

Sabemos que muchos familiares pueden boicotear los tratamientos cuando no han sido suficientemente informados sobre lo que está pasando con su familiar internado; su comportamiento, su conducta, sus relaciones, la aceptación o no del tratamiento, etc, pero sobre todo siempre es necesario que esa comunicación sea veraz y transmita confianza. En otro lugar (2) hablamos de que el éxito del tratamiento de un paciente internado tiene que ver también con los fenómenos transferenciales que deben aparecer en los familiares y no solo en el paciente con el terapeuta. En los familiares estos fenómenos solo aparecerán si tienen la suficiente y frecuente, relación y comunicación con el equipo terapéutico. Cuando esta relación sucede la capacidad de boicot disminuye.

Desde luego la entrevista con el **paciente hospitalizado no es un encuentro fortuito o arbitrario** sino que es forzada por la situación de ingreso, que como ya dijimos puede ser voluntario o involuntario.

En la primera entrevista, el entrevistador va a demostrar su pericia tanto en las preguntas que hace como en las que no hace y esta entrevista muchas veces va a condicionar la futura relación. Recordemos de nuevo que muchos pacientes no han accedido voluntariamente a estar ingresados y por lo tanto tampoco van a acceder fácilmente a realizar la entrevista y a contarnos lo que les sucede. Esta es una de las primeras barreras que hay derribar en la entrevista. Es necesario en estos casos tratar de establecer una relación de nuevo no punitiva sino comprensiva de los sentimientos de temor, vergüenza, humillación y sometimiento que el ingreso ha podido suscitar en el paciente al mismo tiempo que se hace referencia a la necesidad del ingreso, si así lo pensamos.

LA AGITACIÓN Y LA NECESIDAD DE CONTROL:

Los cuadros de agitación representan los momentos más dramáticos de las unidades hospitalarias sobre todo cuando van acompañados de violencia hacia las personas u objetos.

Se ha comprobado que las actitudes negativas de los profesionales, ante los pacientes muy perturbadores del ambiente hospitalario, suelen acabar con episodios de agresividad. Sin embargo, también se ha comprobado, que si se mantiene un correcto manejo de la situación, en general se pueden evitar dichos episodios y la intervención farmacológica. Muchas veces la supuesta pertinencia o no del ingreso hace que el equipo reaccione de una forma anti-terapéutica que pone de manifiesto el rechazo a la permanencia del paciente en la unidad pero es importante tener en cuenta que, puesto que está ingresado, es un paciente a nuestro cargo con el cual debemos ser terapéuticos.

Pocas veces hay mucho más que hacer que una intervención drástica mediante la contención y la sedación para establecer un control de su propia agresividad, sin embargo es preciso decir que hay casos en los que si pueden evitarse intervenciones drásticas. Suelen ser en los casos de los paciente vociferantes o amenazantes pero que nunca han agredido a nadie. La actuación rutinaria de contención física, que en otros casos es muy efectiva, en estos casos puede ser vivida como una humillación. Muchos pacientes psicóticos han reprochado posteriormente una intervención drástica cuando realmente lo que sentían era un gran miedo a ser agredidos no siendo capaces de expresarlo de otra forma que no fuera vociferando. Realizar intentos para establecer una buena relación que le permita pensar que puede con-

fiar en los terapeutas es la mejor forma de evitar las agresiones. Llegar hasta las últimas consecuencias en los intentos de desactivar el cuadro de agitación siempre será recordado por el paciente y facilitará la terapia posterior ya que el sentimiento de humillación por la contención será más llevadero.

Habitualmente el paciente agresivo se siente tranquilizado por la confianza que el clínico transmite y muestra ante la situación crítica. Si el cuadro de agitación no es de procedencia confusional será recordado perfectamente así como las actitudes de todos y cada uno en el proceso de contención de tal forma que el rencor por lo sucedido contra algunos de los profesionales que han intervenido va a estar en relación directa con que su intervención haya sido más o menos aleatoria y caprichosa.

LA CONTENCIÓN MECÁNICA (C.M):

Si la agitación es uno de los momentos más dramáticos la aplicación de la CM es el momento más culposo para los Equipos de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. Las referencias de muchos enfermos que han sido sometidos a CM suelen ser de una importante humillación y un abuso de autoridad. Efectivamente es uno de los momentos más delicados para tratar y su aplicación suele ser percibida debido a un desequilibrio de poder que existe entre el personal y los pacientes. Que se contextualice diciendo que se debe aplicar como último recurso y para evitar acciones violentas contra sí mismo y los demás es siempre una cuestión de difícil valoración. El paciente debe estar informado de todo lo que puede suceder si su conducta se hace incontrolable pero también hay que tener en cuenta que muchas veces esta información desata aún más descontrol según la forma como se transmite.

La formación en el manejo verbal de las situaciones críticas es algo francamente necesario y se incide demasiado poco en los programas de formación, probablemente porque tiene mucho más que ver con la experiencia y las características personales que con una transmisión teórica, pero también y respecto al personal de enfermería es una cuestión difícil cuando la composición del equipo no tiene continuidad y existe una gran variabilidad en el personal asistencial de la unidad: sustituciones, derechos funcionariales, etc no obstante es algo que no se debe obviar y tener siempre presente.

La respuesta verbal a los pacientes problemáticos debe ser apropiada, medida, razonable, individualizada y experta. Con este último término queremos decir que

la respuesta debe estar basada en el conocimiento del caso y en la formación previa de la persona ya que no es razonable pensar que la persona que esta agitada o violenta se calme espontáneamente o con una simple frase general: No hay nada más ineficaz que pedir que se mantenga tranquilo alguien que está francamente alterado. Por el contrario si conocemos la causa de la agitación nuestra intervención verbal puede ser más tranquilizadora: *yo no soy quien le ha creado el problema X solo intento entender cómo puedo ayudarle*. También debemos saber que nuestro comportamiento verbal y no verbal (contacto ocular, atención, etc) va a influir en nuestra capacidad de una buena actuación terapéutica.

Cuando hablamos de tener un buen conocimiento previo del caso, tiene que ver con saber los probables eventos o acontecimientos que pueden provocar un episodio de agitación pero también conocer que actitudes pueden calmar al paciente para llevarlas a cabo, pensando siempre en no exhibir una situación de privilegio respecto a los demás pacientes. Sabemos que a veces una llamada telefónica, una invitación a iniciar un juego o simplemente una invitación a hablar pueden calmar un cuadro de agitación. No obstante aunque no sea posible lograr la tranquilización mediante la técnica verbal no debe olvidarse que esta debe continuarse aunque se haya decidido una intervención drástica.

ESPACIO FÍSICO:

Comúnmente el sistema sanitario espera que la gente se adapte a sus criterios de una forma brusca, casi de un momento para otro cuando lo ideal sería permitir que se fueran adaptando según las necesidades que surjan. El ingreso en una sala de psiquiatría siempre es traumático para el paciente pero para los familiares también lo suele ser. Dejar a un hijo adolescente hospitalizado sin saber muy bien lo que va a pasar, sabemos lo duro que puede ser. Pasar de una situación confortable y de equilibrio familiar a vivir como tu propio hijo o hermano te trata como si fueras un enemigo o haber vivido situaciones de autoagresiones es francamente doloroso y culpabilizante pero también es cierto que puede producir un gran alivio cuando es ingresado. Los miembros del equipo terapéutico deben aprender a manejar estos sentimientos tan contradictorios que aparecen en los familiares: desde la culpa a la desesperación o al odio. Esto hace que la reacciones emocionales de las personas inmersas en las situaciones de ingreso puedan ser extemporáneas y muchas veces inadecuadas. Si a este aspecto unimos que muchas de las unidades psiquiá-

tricas aparezcan ante los familiares como caóticas en los primeros momentos de la hospitalización, estos sentimientos se exacerban aún más. Los miembros de los equipos deben saber proporcionar alivio a las personas que estén más angustiadas y sobre todo no aparecer como deshumanizados primando los aspectos organizativos sobre los humanitarios.

Una de las quejas más generalizadas de los pacientes hospitalizados en las UHP es el espacio tan reducido que tienen en comparación con la generosidad de espacios en los antiguos H.P. Esta queja aparecía en pacientes que habían estado previamente ingresados en los H.P. Pero es una queja que se va desvaneciendo paulatinamente. Cada vez son menos los pacientes que han conocido otra forma de hospitalización que no haya sido la UHP. Curiosamente también era uno de los aspectos que manifestaban algunos profesionales para expresar las resistencias a la hospitalización de pacientes en hospitales. A pesar de todo, muy pocos pacientes hoy en día estarían dispuestos a volver a hospitalizarse en un Hospital Psiquiátrico y muy pocos familiares también estarían dispuestos a permitirlo. Es una pequeña batalla ganada al estigma. La mayoría de los pacientes ingresados considerarían un estigma la vuelta a los HP, y así lo han verbalizado. De hecho cuando alguno de ellos precisa ser trasladado al antiguo HP (hoy Unidades Hospitalarias de Rehabilitación) por necesitar una estancia de más larga duración, suelen aparecer protestas y evasivas en las cuales, pensamos, subyace algo que tienen que ver con el estigma.

A pesar de ello las dimensiones de muchas UHP son muy precarias en cuanto al espacio se refiere. En los hospitales ya construidos donde se han habilitado espacios para las UHP suelen ser reducidos y en los hospitales construidos después de la Ley General de Sanidad (1986) apenas si se ha tenido en cuenta que los enfermos mentales no están encamados y tampoco se ha tenido en cuenta la necesidad de otros espacios como el Taller para Terapia Ocupacional (T.O), Sala de TV o simplemente un comedor teniendo que comer en las habitaciones.

LO OCUPACIONAL

Una de las discusiones más frecuentes con los gestores de los hospitales suele centrarse en: ¿si son unidades de corta estancia vale la pena dedicar espacio para un taller de Terapia Ocupacional o una sala de estar para ver la TV?. En nuestra experiencia que las unidades tengan un espacio para interactuar mediante un objeto intermediario como puede ser cualquier actividad manual o visual es importantísimo

y creemos que tiene que ver con la propia concepción de la enfermedad mental, la comunicación y el trabajo en equipo. La observación, por una persona entrenada, de la actitud de un paciente que participa en un juego o realizando un puzle, nos va a proporcionar, de un tipo de pacientes, una información muy valiosa y menos mediatizada que la que podemos tener en otras entrevistas.

Tenemos que tener en cuenta que nuestro trabajo de evaluación está basado en los encuentros y el dialogo con el paciente. Cuanto más se propicien estos encuentros más precisa será la evaluación de su evolución clínica.

Los pacientes eligen y nos enseñan el lugar donde ellos quieren el cómo y el cuándo para proporcionarnos la información. Nosotros debemos proporcionarle, dentro de lo posible, los lugares y el tiempo para hacerlo. Todos los componentes del equipo deben aceptar esta premisa.

Ver un partido de futbol, una película o realizar un dibujo conjuntamente con varios pacientes no debe ser una acción inocua. Los que participan de ella deben saber que es lo que hay que escuchar, que es lo importante a observar y como transmitirlo al resto del equipo.

Pero un sistema asistencial no puede hacer diferencias entre las ocupaciones a proveer a los pacientes. Será preciso un buen conocimiento de la biografía del paciente para saber si se puede integrar en alguna de las ofertas ocupacionales que tenemos o simplemente es mejor dejar a su libre albedrío que elegir: Una paciente, actriz famosa de Hollywood, ingresada en una UHP de EEUU, hace más de 50 años escribía en relación al trato recibido(3):

Me pidieron que alternara con los pacientes, que asistiera a T.O. Yo les dije: "Para hacer ¿que?". Y ellos me dijeron: "Puedes coser o jugar a las damas, incluso a las cartas, o hacer calceta". Traté de explicarles que el día que me vieran hacer eso sería cuando verdaderamente tendrían una loca entre manos. Eran cosas que estaban muy apartadas de mi pensamiento. Me preguntaron que por qué me sentía "diferente" (de los demás internos supongo) de modo que decidí que si verdaderamente eran tan estúpidos tenía que darles una respuesta simple de modo que les dije: "Es que lo soy".

El taller de Terapia Ocupacional para los problemas mentales vale la pena siempre que tenga capacidad de singularizar la ocupación. Nada más lejos de la singularización ocupacional que las antiguas laborterapias de los HP que acababan siendo similares a las cadenas de montaje y nada peor para el tratamiento de un enfermo mental que no se le considere diferente de sus compañeros de internamiento en lo

que se refiere a sus habilidades. Tal y como refiere la paciente anterior, más allá de su probable narcisismo, ella se siente diferente. Lo que nos enseñan los pacientes es que requieren ser tratados en su singularidad haya pasado lo que haya pasado en los avatares de su ingreso. Tanto las UHP como la T.O y los equipos terapéuticos deben estar preparados para manejar esta singularidad que el paciente nos requiere. Las respuestas como las anteriores van a provocar múltiples dificultades en los tratamientos cuando solo somos capaces de escuchar una demanda de privilegios.

ESPACIO TEMPORAL: El tiempo de hospitalización

Uno de los aspectos también más discutidos es: ¿cuánto debe durar una hospitalización?. De nuevo los gestores sanitarios no reconvienen que debemos adaptarnos al sistema general y no sobrepasar el tiempo medio de estancia del hospital. Pero todos sabemos que esto suele ser casi imposible. . . .y los gestores también. . . . Ellos saben que no disponemos de pruebas objetivas para definir una mejoría y que nos basamos en la observación de la conducta y en pruebas, casi de ensayo-error: permisos, reacciones ante acontecimientos, intervenciones en los grupos, participaciones en actividades, relaciones, capacidades, etc.. . Todo este arsenal de elementos que constituye la observación de la conducta y que nos va a llevar a tomar una decisión como el alta hospitalaria, no es algo que, por más que algunos se empeñen, podemos realizar en unas pocas horas. Aunque es cierto que los médicos somos no solo profesionales sino también componentes de un sistema de recursos limitados, la evaluación psicopatológica no se puede realizar de la misma forma que la de otros especialistas. Ya hemos dicho que nosotros trabajamos con dos tipos de pacientes: los que solicitan tratamiento y los que *otros* solicitan su tratamiento (familia, sociedad, autoridad judicial, etc..). Cuando evaluamos lo que hacemos no podemos meter ambos en los mismos estudios. Si evaluamos la carga de trabajo de los ingresos realizados en una UHP, será muy diferente si consideramos el total de pacientes que si consideramos las dos muestras (voluntario e involuntario) por separado. Lo mismo pasa si evaluamos la calidad de vida percibida en las UHP en ambas poblaciones. En el engranaje entre estos elementos nos debemos situar para ser lo más eficientes y eficaces posibles.

EL TIEMPO DE ESTANCIA PARA LOS PACIENTES: el aburrimiento

El libro de Mark Hardcastle y colbs. sobre *"Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria"* (4), recoge manifestaciones escritas de pacientes que han estado ingresados y que son comentadas por sus terapeutas. Uno de los capítulos que denominan "*Aburrimiento en el Pabellón"* recoge el relato de una paciente sobre el aburrimiento[2]. Centra este aspecto tanto en las horas que pasan sin poder recurrir para distraerse de sus objetos habituales como de los efectos secundarios de los medicamentos por las dificultades que crean para concentrarse, para leer, etc. A pesar de que a la paciente le daban Clorpromazina medicamento poco utilizado en la actualidad, y a pesar de los grandes avances en la psicofarmacología actual intentando que desaparezcan los efectos secundarios de los Neurolépticos, los que refiere la paciente siguen estando presentes en los relatos de muchos pacientes.

El aburrimiento es un elemento esencial entre las vivencias de la hospitalización. Aunque la duración del internamiento sea corta la vivencia del paso del tiempo suele ser que transcurre de una forma muy lenta. Otra vivencia frecuente se refiere a que los espacios de la unidad son demasiado pequeños. Una paciente psicótica que estuvo ingresada varias veces, después de un intenso trabajo para su recuperación y que finalmente consiguió acabar sus estudios de Auxiliar de Clínica, unos años más tarde trabajó durante unos meses en la misma unidad donde estuvo ingresada. En la terapia comentaba extrañada como cuando estaba ingresada el pasillo por donde paseaba le parecía extremadamente corto y que cuando trabajaba le parecía mucho más largo. La paciente había sido diagnosticada de Síndrome de Identificación errónea (Capgras) pero me insistía en que el problema con la longitud del pasillo no tenía nada que ver con su problema de falsas identificaciones.

El libro "*Nunca te prometí un jardín de rosas"* de Hannah Green (5) en el que Joanne Greenberg describe autobiográficamente su propio ingreso psiquiátrico, refiere de una forma parecida la vivencia de los espacios y del tiempo.

Estas vivencias, espacios y tiempo, es referida más frecuentemente por los pacientes jóvenes. Si los antiguos HP estaban poblados de pacientes psicóticos, habitualmente añosos, que no tenían donde ir la mayoría de las veces, las nuevas unidades están habitadas por pacientes mucho más jóvenes, sobre todo en los últimos años debido a la eclosión diagnóstica y los consiguientes ingresos de

[2] Bien es cierto que la paciente tiene unas características poco frecuentes. Según la relación de autores del libro es: Formadora y escritora autónoma sobre temas de S. Mental.

pacientes con Trastornos de la Personalidad. En la actualidad los pacientes jóvenes necesitan muchos más objetos para distraerse. Habitualmente su vida está llena de "maquinas" que a su vez le permiten llenar los momentos de ocio cuando están en su domicilio: TV, Ordenador, Móvil, Videoconsola, Ipad, IPod, etc.. , lo que conforman una constelación de objetos que no siempre es posible, ni conveniente, que los pacientes tengan durante la hospitalización, pero su ausencia hace que aparezca el peligroso fenómeno del aburrimiento como resistencia al tratamiento, al ingreso y a la capacidad de insight. El paciente, y muchas veces la familia, piensan que en un sitio donde se aburre no hay lugar para la recuperación. Algunos autores incluso consideran que la mayoría de las fugas tienen que ver con el aburrimiento (6).

Si los pacientes deben tener o no en su poder estos tipos de objetos es una discusión clásica en los equipos terapéuticos (junto con la permisividad para fumar). Aunque la máxima sea que no eviten su presencia en las actividades terapéuticas; grupos etc y se singularice su posesión, y a pesar de que les ofrezcamos todo tipo de actividades basadas en la ocupación o en la actividad, incluido la posibilidad de tener un ordenador, hemos aprendido que para algún tipo de pacientes jamás podremos ofrecerles la actividad que evite la queja del aburrimiento. Queja que tiene que ver, obviamente, con; no estar en el lugar elegido, con los objetos deseados, ni con los compañeros designados. Hemos comprobado que cuanto más rápido desaparece esta queja mejor pronostico al alta ya que tiene que ver con la capacidad de transferencia y de insight.

En resumen, las UHP han contribuido de una forma importante a crear un sentido de igualdad ante la enfermedad para los pacientes con procesos mentales severos y han modificado los parámetros de atención, basados antes solamente en lo custodial, haciéndolos más cercanos a los del resto de los enfermos. Esta, llamada por algunos "medicalización", no sería un inconveniente si no olvidamos que los profesionales que trabajan en las UHP deben hacer algo más que esperar a que actúen los medicamentos, imponiéndose la obligación de ir más allá en lo que se refiere a sus actuaciones. Estas actuaciones, creemos, deben tener que ver con el futuro, es decir el pronóstico de la enfermedad del paciente. Aspectos ya referidos como promover la confianza, tanto en los terapeutas como en el sistema asistencial, originar la conciencia de enfermedad y la aceptación de la enfermedad, la comprensión de nuestras actuaciones, etc, etc, deben formar parte del cortejo de actuaciones que procuren no solo una mejoría lo más rápida posible, si no también prevenir posibles recaídas que puedan precisar nuevos ingresos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tosquelles F, Las enseñanzas de la locura. Madrid: Alianza Ensayo, 2001.
2. Las paradojas de la transferencia en los servicios públicos. Finisterre Freudiano. Revista del Círculo Psicoanalítico de Galicia 1992; 13-17.
3. Carta al Dr Greenson (1961) contenida en Marilyn Monroe. Fragmentos: Poemas personales, cartas. Barcelona: Seix Barral, 2010.
4. Hardcastle M, Kennard D, Grandison S, Fagin L. Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria. Barcelona: Herder, 2009.
5. Green H. Nunca te prometí un Jardin de Rosas. Barcelona: Barral 1974. [3]
6. Jarret M, Clark N, Kiyimba F, McFarlane L. Absconding: Why patients leave. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 1999,6 (3): 199-206

[3] También existe la película del mismo nombre dirigida por Anthony Page (1977).

2.5. URGENCIA E INTERVENCIÓN EN CRISIS

Ana Isabel Willems Aguado, Lara García González, Cristina Emeterio Delgado

"La última palabra de cualquier enunciado debería ser quizá."
Carlos Marzal
"Después de todo, todo ha sido nada, a pesar de que un día lo fue todo."
José Hierro.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE URGENCIAS

Los psiquiatras crearon los conceptos de "urgencias" y "emergencias" de la enfermedad mental en un contexto histórico en el que se luchaba por incluir la psiquiatría dentro de las categorías médicas y se defendía la organicidad de la enfermedad mental (Kraepelin). El concepto de "enfermedad", "incurabilidad", y "peligrosidad" queda ligado al de emergencia y urgencia, que se convierten de esta manera en la razón clínica de la necesidad del tratamiento y de la obligación de la internación en el Hospital psiquiátrico. Las "emociones de emergencia" (el miedo, la rabia, la cólera, el sentimiento de culpa), por una alarma familiar o social, podían convertirse en casos de emergencia para internar en el Hospital. En las urgencias si se evaluaba una "excitación notoria" o una "exaltación psíquica", de posible naturaleza reactiva, como un cuadro urgente de peligrosidad, siempre se internaba en el Hospital de Salud Mental de manera obligatoria. (1)

A partir de los años 50 se comienza a valorar que la etiología de la Enfermedad Mental no es solo biológica y que se debe a factores bio-psico-sociales, lo que obliga a plantearse la idoneidad de los Hospitales Psiquiátricos y los conceptos de urgencia y emergencia psiquiátricas. La mayoría de las definiciones asumen que una emergencia es aquella en la cual la estabilidad mental del sujeto se ve alterada por la combinación imprevista de diversas circunstancias (problemas de adaptación a circunstancias desfavorables), lo que da pie a hablar de emergencia social. Una crisis no siempre lleva implícita una enfermedad mental sumergida.

El concepto de Urgencia se liga a enfermedad aguda y necesidad inmediata de ingreso, esta vez de forma momentánea.

Actualmente la mayoría de las guías de práctica clínica definen la urgencia psiquiátrica como la perturbación en el pensamiento, los sentimientos o la conducta para la que se necesita una intervención terapéutica inmediata, generalmente los síntomas son intensos o agudos, se han producido en las últimas horas o días y en ocasiones suponen reagudización o descompensación de un trastorno previo.

Las urgencias psiquiátricas suponen del 1 al 10% del total de las urgencias generales, y de ellas aproximadamente una cuarta parte van a precisar ingreso hospitalario. (2, 3)

SITUACIÓN DE LA URGENCIA PSIQUIATRICA EN UN HOSPITAL GENERAL

Para poder contextualizar esta situación, nos vamos a basar en la experiencia datada en el Hospital General de Asturias en dos momentos, datos recogidos en el periodo 1994-1995 (4) y el año 2013.

1. La población:

El Hospital Central de Asturias atiende las urgencias psiquiátricas de las áreas sanitarias de Oviedo y Cangas del Narcea, con unas cifras poblacionales de 339.340 y 30.747 respectivamente, según el INE 2009.

2. La urgencia Psiquiátrica:

Tabla I: Comparativa de los datos de las urgencias psiquiátricas en dos periodos de 12 meses (94-95 y 2013).

	Periodo 1994-1995 (12 meses)	2013 (12 meses)
Urgencias atendidas	1040	1869
Ingresos %	35,8%	21%

Para poder interpretar mejor los datos representamos una segunda tabla con los dispositivos (red de salud mental implementada) en aquel periodo y en el momento actual.

Tabla II: Dispositivos asistenciales en el periodo 94-95 y en 2013.[1]

	Hospitalización	HD	CT	CSM	Dispositivos rehabilitadores	Larga estancia	UTT
94-95	UHP 20 camas UDH 6 camas TCA 2 camas	1	22 camas	1 en área II 4 en área IV		Psiquiátrico 175 camas	1
2013	UHP 20 camas UHP-IJ 5 camas UDH 6 camas TCA 5 camas	2 TCA	22 camas	1 en área II 5 en área IV	ETAC Casita 10 camas	Meres 25 camas	1

Se observa un aumento de algo más del 40 % en el número de urgencias atendidas tras 13 años.

Como se indicó anteriormente de las 1869 urgencias atendidas en 2013 se ingresaron 398 personas lo que implica aproximadamente un 21% de los individuos atendidos, en el periodo anterior el porcentaje de ingresos fue del 35,8%.

En los resultados del año 1994 la atención de la urgencia era de 2.85/día cifra especialmente baja. En el momento actual es de 5,1/día, valores más próximos a los que presentaban otros hospitales en aquel momento (5,6) y desconocemos si ellos han seguido también este aumento.

Las causas implicadas en este aumento de la asistencia psiquiátrica pueden ser:

- La desinstitucionalización; la urgencia psiquiátrica se ha convertido en el único dispositivo asistencial de atención a nivel comunitario entre las 15:00 y las 8:00 horas los días laborables y 2ª horas los días no laborables.
- La escasez e incluso carencia de dispositivos intermedios de atención a pacientes crónicos.
- La ubicación de los servicios de urgencia en los hospitales generales.
- La valoración creciente de problemas psicológicos por la población y la clase médica.
- El gran aumento de otros motivos diferentes de atención urgente por la mayor incidencia de ciertos cuadros, como los trastornos por consumo de sustancias y los derivados de problemas sociolaborales.
- La sobresaturación de la psiquiatría pública.

Dado que la presión sobre los servicios de urgencias es un indicador indirecto de la calidad de la red asistencial, los resultados objetivados deben hacernos reflexionar sobre futuribles mejoras.

[1] **Acrónimos**: **UHP**: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. **IJ**: Infanto-juvenil. **UDH**: Unidad de Desintoxicación Hospitalaria. **TCA**: Trastorno de Conducta Alimentaria. **HD**: Hospital de Día. **CT**: Comunidad Terapéutica. **ETAC**: Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario. **CSM**: Centro de Salud Mental. **UTT**: Unidad de Tratamiento de Toxicomanías

CONTEXTO LEGAL

Los Derechos Humanos adquieren una presencia muy significativa en el ámbito de la atención a la Salud Mental Comunitaria. (7)

NACIONAL

- Constitución Española (1978).
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- R.D.1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- R.D.183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
- Orden de 24 de junio de 1998 por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del Título de Enfermero Especialista.
- Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría.
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica.

REFERENTES NACIONALES Y EUROPEOS

- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006).
- Declaración Europea de Salud Mental (Conferencia Ministerial de la OMS, Helsinki, 2005).
- Libro Verde sobre Salud Mental (Unión Europea, 2005).
- Pacto Europeo sobre Salud Mental y Bienestar (Unión Europea, 2008).
- Informe sobre la salud mental del Parlamento Europeo (18 de Enero de 2009; 2008/2209 (INI)).

ASPECTOS GENERALES PARA LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

Hemos de considerar las urgencias psiquiátricas como un servicio de suma importancia dentro del engranaje asistencia en Salud Mental. Entre otros motivos, por el volumen de pacientes atendidos. Además, va a constituir la principal fuente de ingresos psiquiátricos. Es un servicio con peculiaridades relevantes como son la gravedad, el dramatismo y la necesidad de resolución rápida o inmediata. Sumando a esto, las múltiples dificultades que conlleva, a nivel diagnóstico, terapéutico, para la toma de decisiones de cara a la derivación del paciente, en ocasiones con implicaciones medicolegales y, frecuentemente, generándose situaciones generadoras de tensión en que la toma de decisiones va a requerir rapidez y eficacia inmediata. En ocasiones, la manera de abordar y solucionar la crisis presente va a ser esencial en la evolución de los cuadros, en la manera en que el paciente afronta el episodio o la enfermedad, en el pronóstico y en la futura adherencia terapéutica. A veces, estamos en un momento clave de la enfermedad. Se ha planteado que "el psiquiatra debe ser franco, honesto, tranquilo y no intimidante, y transmitirle al paciente la idea de que mantiene el control y de que su acción será decisiva para protegerlo de las lesiones autoinfligidas y de los demás" (8), y esto, muchas veces es una ardua tarea para el médico. En todas las situaciones de urgencia, plantea MacKinnon (9), la gente no sabe qué hacer y la función más importante del médico está en producir la impresión de que él sí sabe lo que hay que hacer, y en ayudar al paciente y a los que le acompañan a desarrollar una idea clara de lo que ellos pueden hacer.

La interacción y el entendimiento con el Servicio de Urgencias del hospital van a ser esenciales ya que nos encontraremos en terrenos complicados y difíciles, entre otros, por los siguientes aspectos:

- Escasa especificidad de muchos síntomas o conductas
- Atipicidad de algunos cuadros
- Alta confluencia entre lo psicopatológico y lo somático, solapamientos
- Influencia de aspectos ajenos a lo estrictamente médico: problemática social...
- Escasa costumbre del resto de especialidades médicas a abordar aspectos psiquiátricos, temores, prejuicios, desconocimiento formativo…
- El estigma de los pacientes de Salud Mental.

A propósito de este último punto, se plantea una reflexión en lo referente a algo tan comentado como es el estigma de los pacientes psiquiátricos y lo que, en ocasiones, percibimos los profesionales que trabajamos en este ámbito. Una pre-

gunta sería, ¿puede un "paciente de Salud Mental" acudir a un Servicio de Urgencias hospitalario aquejado de una dolencia somática? Es, obviamente, una pregunta retórica. Vemos, como a veces, los diagnósticos de Salud Mental hacen sombra a otros motivos de consulta, pudiendo llegar al especialista de Salud Mental, sin ser el estado somático apropiadamente valorado o achacando síntomas orgánicos a la enfermedad mental o justificándolos únicamente con efectos adversos de medicaciones psiquiátricas o con causas psicológicas. Los médicos que nos enfrentamos a este tipo de situaciones sabemos que vamos a tener que desarrollar una labor, en ocasiones complicada y que requiere gran insistencia, a la hora de establecer diálogo, acuerdos y coordinación con nuestros colegas de otras especialidades. Se plantea que en la actualidad la formación psiquiátrica de los médicos de familia y otras especialidades es mejor y esto es, obviamente, algo que facilita las cosas. La realidad es que aún queda un amplio camino por recorrer.

FUNCIONAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

En el hospital general, la Urgencia e intervención en crisis de Salud Mental va a tener una cobertura completa, de 24 horas y 365 días del año, por el médico especialista en Psiquiatría. Si bien, el planteamiento, y lo ideal, es que los Servicios de Atención Primaria puedan abordar y solucionar urgencias psiquiátricas que no requieran en ese momento una atención especializada. Y, con pacientes ya en contacto con el Servicio de Salud Mental a nivel ambulatorio es que la atención de urgencia en horario laboral, se lleve a cabo, cuando sea posible, por su terapeuta en el Centro de Salud Mental, quedando la asistencia en el hospital general para el horario de tarde y nocturno y en días festivos. En la práctica, las cosas no ocurren exactamente de esta manera y muchas veces el paciente acude directamente al hospital general a realizar su consulta de urgencia, encontrándonos muchas veces motivos de consulta no claramente urgentes y no claramente psiquiátricos que finalmente llegan a ser motivo de llamada al médico psiquiatra y que, por tanto, éste ha de intervenir valorando el caso. Una adecuada formación del médico de Urgencias y un adecuado funcionamiento de su Servicio, debería frenar, en ocasiones, estas situaciones, pero esto es algo que tampoco es así siempre. La falta de formación y conocimientos, la falta de experiencia, en ocasiones el "miedo" al enfermo mental, la sobrecarga asistencial, por alta demanda o por falta de recursos

asistenciales… son motivos que llevan a que, un porcentaje de las intervenciones llevadas a cabo no se lleven a cabo en casos ni realmente urgentes ni realmente psiquiátricos. Es importante y necesaria una adecuada coordinación del hospital general con los Centros de Salud Mental para que estos últimos faciliten a sus usuarios ya conocidos la accesibilidad urgente en casos necesarios (no obviamos que en estos dispositivos los profesionales también se enfrentan a solicitudes de intervención urgente que no son tales) y para aclarar y acordar criterios de derivación. Nos parece importante este aspecto porque, en ocasiones, más que conseguir resultados positivos, la intervención puede tener un resultado iatrogénico creando confusión al paciente, duplicidad en la asistencia, cambios innecesarios de tratamientos… En los últimos años, se habla de "la psiquiatrización y psicologización de los problemas cotidianos" y esto, se ve reflejado en la urgencia psiquiátrica, llevándonos a valorar crisis vitales, reacciones normales ante problemas cotidianos, problemas sociales, problemas de drogodependencias no urgentes… Nuestra actitud, a la hora de recibir la demanda por parte del Servicio de Urgencias, nos parece que puede ser de ayuda a la hora de establecer unas rutinas y costumbres adecuadas. A modo de ejemplo, debemos exigir a nuestro demandante que se haya llevado a cabo un oportuno descarte de patología somática urgente en el paciente, que se le haya historiado adecuadamente y que exista un claro motivo de consulta de nuestra especialidad y que éste conlleve una urgencia en la actuación.

El principal contexto de atención a las urgencias psiquiátricas va a ser, en términos cuantitativos, el Servicio de Urgencias. En esta ubicación nos centraremos principalmente, aunque cabe señalar que, como es obvio, la cobertura va a abarcar a todos los pacientes, de cualquier especialidad, ingresados en el hospital. En lo que respecta al protocolo de atención en el Servicio de Urgencias, los pacientes en situación de urgencia psiquiátrica van a seguir una serie de pasos, al igual que el resto de abordajes a nivel orgánico que se llevan a cabo en la urgencia.

La llegada a la puerta de un Servicio de urgencias puede acontecer por diferentes vías:

- Decisión propia del paciente o, en ocasiones, por decisión familiar o de su entorno social
- Por indicación de otro facultativo de Salud Mental o de Atención Primaria
- Por solicitud de otro especialista desde el Servicio de Urgencias
- Acompañados por las fuerzas del orden público, con orden o autorización judicial, para valoración o para ingreso en una Unidad Psiquiátrica.

Una vez allí, se llevará a cabo un triaje para clasificar a los pacientes según la urgencia con la que deban de ser atendidos, que remitirá al paciente a una u otra

ubicación dentro del Servicio donde, el médico de urgencias hará una primera valoración y tomará la decisión de si existen criterios clínicos para realizar el aviso al médico especialista en Psiquiatría y si éstos anteceden en urgencia a otras complicaciones somáticas que pueda presentar. Viendo, de manera resumida, este procedimiento, ya advertimos que el hospital va a aportar a la persona en situación de urgencia facilidad a la hora de acceder a una asistencia especializada urgente. Y Obviamente, la inclusión de la Salud Mental en el hospital general, ha permitido un mejor despistaje de patologías orgánicas que pueden manifestarse con sintomatología psiquiátrica, con el consiguiente mejor abordaje interdisciplinar.

En ocasiones, la evaluación inicial de un paciente con un problema de salud mental requiere una dedicación que puede verse limitada en la valoración inicial por el Servicio de Urgencias. ¿Qué consecuencias puede acarrear esto en la práctica diaria? Como ya hemos señalado antes, cierta desvirtuación en los motivos de consulta que nos van a transmitir. A modo de ejemplo, podemos comentar cómo la suspicacia y desconfianza de un paciente con ideas paranoides puede dificultar, obviamente, que esta persona manifieste abiertamente al médico que le va a atender en primera instancia y, frecuentemente, en un tiempo breve de tiempo, los motivos de su malestar, angustia e inquietud. En ocasiones, el motivo inicial de consulta va a diferir mucho de lo que realmente nos encontremos cuando vayamos a valorar al paciente y esto último es lo que finalmente va a condicionar la toma final de decisiones.

DOTACIÓN ESTRUCTURAL

Las Urgencias Psiquiátricas necesitan una dotación estructural mínima, con zonas o espacios separados para la evaluación de los pacientes, para la contención física y el aislamiento terapéutico si fuese necesario, y separados también de la zona de observación de pacientes ingresados por otras patologías. Siempre debe garantizarse la adecuada vigilancia, custodia y atención de los pacientes psiquiátricos, y la seguridad de usuarios y profesionales. Debe disponer de:

- Sala de espera independiente de la Urgencia general.
- Un despacho médico de consulta (dos despachos si hay MIR de guardia), dotados de medidas de seguridad: puerta de salida tipo vaivén, sistema de aviso a personal de seguridad, ventanas de seguridad, etc.
- Box específico de atención/observación de enfermería dotado de medidas de seguridad.

En el caso de Hospitales Generales con grandes áreas de población de influencia, pueden ser de utilidad las Unidades de Corta Estancia (hasta 72 horas), separadas estructuralmente de las Unidades de Hospitalización.

EVALUACIÓN

En la Urgencia, la atención del paciente está centrada en su crisis actual y el tiempo suele estar limitado. Por tanto, hay que concentrar la atención en los medios que el paciente tiene para enfrentarse a esta tensión y en sus sentimientos y conflictos presentes, centrándonos en aquello que es emocionalmente significativo de modo inmediato para el paciente y en las áreas decisivas en relación con las decisiones terapéuticas inmediatas. El tiempo va a ser limitado y el lugar, a veces, no es el más idóneo, a pesar de esto, se debe intentar conservar las comodidades habituales de una entrevista tradicional.

La búsqueda de la tensión precipitante, el por qué ahora, considera lo que ha tenido lugar en la vida del paciente capaz de romper su sistema de defensa anterior. Pero, en ocasiones, esta información no la aporta voluntariamente, consciente o inconscientemente. Las preguntas directas pueden ayudarnos a obtener la información específica y además a disminuir la ansiedad del paciente al aportarle seguridad de que el médico está familiarizado con su tipo de problemas y que sabe cómo tratarlos.

La anamnesis ha de adaptarse a cada caso individual, a las circunstancias de la urgencia y a la gravedad del problema. No es necesario preguntarlo todo, ni siquiera es bueno saberlo todo, el exceso de información, a veces, puede dificultar el proceso y frenar la toma rápida de decisiones. El siguiente puede ser un guión general de anamnesis (10,11, 12):

Motivo de consulta

- Análisis de la demanda
- Síntomas, quejas
- Antecedentes personales:
  - » Desarrollo: embarazo, parto, hitos del desarrollo
  - » Incidencias infantiles: temores, fobias, conductas antisociales, extravagantes, aislamiento...
  - » Escolaridad: rendimiento, adaptación...
  - » Formación académica y profesional

  - » Situación laboral
  - » Soportes sociales, familiares, relación de pareja...
  - » Consumo de tóxicos
  - » Influencia de acontecimientos vitales recientes
  - » Ritmos biológicos
  - » Antecedentes personales somáticos y psiquiátricos. Historia de presentación de enfermedades
  - » Antecedentes de intentos de suicidio, episodios de autolesión
  - » Personalidad premórbida
  - » Fechas de la última y de la próxima cita de revisión con el psiquiatra o psicólogo
  - » Familia: antecedentes de enfermedades, soportes, vínculos...
- Enfermedad actual

Un esquema de modelo de sistemática exploratoria del estado mental va a ayudar a organizar y facilitar el trabajo del psiquiatra, podemos plantear el siguiente (10):

- Aspecto y conducta: ¿cómo nos llega el paciente?
- Estado de conciencia
- Dimensiones neuropsicológicas: orientación, atención-concentración-distracción, memoria, lenguaje y habla, praxias y gnosias, inteligencia, reflejos de liberación frontal, exploración síndrome de Parkinson, signos cerebelosos…
- Psicopatología del contacto
- Psicomotricidad
- Emociones, humor, afectividad
- Discurso: estructura, contenido…
- Percepción
- Ritmos biológicos
- Rasgos de personalidad
- En el momento actual: ¿ideación y/o ademanes auto y/o heteroagresivos?

Se requerirá del médico de Urgencias una valoración del estado somático del paciente descartando patología orgánica urgente. Con la realización de pruebas analíticas básicas, electrocardiograma, toma de constantes vitales básicas, determinación de drogas de abuso en orina, niveles de fármacos, niveles de etanol en sangre… Y otros estudios complementarios pertinentes según el caso clínico. Por otro lado, es importante el conocimiento y manejo de pruebas complementarias

por parte del psiquiatra ya que algunos casos van a generar controversia y confusión y así tendremos herramientas para poder "negociar" los casos, solicitar otras valoraciones... Hay problemas somáticos concretos y habituales en los pacientes psiquiátricos con los que los médicos de otras especialidades pueden estar poco familiarizados (síndrome metabólico en Esquizofrenia, efectos adversos de psicofármacos, con repercusión en analíticas, en el electrocardiograma…). Y sabemos que la queja corporal, la vivencia distorsionada del propio cuerpo, los síntomas y preocupaciones somáticas van a estar presentes en los pacientes con enfermedades mentales, pudiendo presentar o no patologías orgánicas objetivas.

PLAN DE TRATAMIENTO

Cuando la entrevista se acerca al final, el médico comienza a formular sus planes para el tratamiento, de una forma que ayude a aceptarlos y explorando previamente las posibles soluciones y planes que pueda aportar el propio paciente. Si ambos están de acuerdo en el plan, es más probable el cumplimiento terapéutico. Si difieren, se plantea al paciente si ha considerado otras alternativas.

Los destinos del paciente tras la evaluación y tratamiento en el Servicio de Urgencias, pueden ser varios:

- Alta desde Urgencias. Tras llevar a cabo las intervenciones oportunas. Indicando seguimiento, preferente o a ritmo normal, por su terapeuta de Salud Mental a nivel ambulatorio o con derivación para primera consulta si éste no tenía seguimiento previo. O seguimiento por su Médico de Atención Primaria u otros especialistas pertinentes
- Ingreso en una Unidad de hospitalización de otra especialidad por indicación del médico de urgencias o de otro especialista. En los casos en que prevalezca la patología somática. Pudiéndose indicar seguimiento psiquiátrico posterior durante el ingreso a realizar por el Servicio de Psiquiatría de Enlace
- Permanencia del paciente el Servicio de Urgencias a la espera de tratamiento y abordaje de su estado orgánico. Habiendo dejado el médico psiquiatra su valoración y tratamiento realizados o indicados en la interconsulta realizada
- Ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (de adultos o infanto-juvenil, según proceda).

En la decisión de ingreso de un paciente influyen muchos factores, algunos que ocasionalmente sobrepasan lo estrictamente clínico:

- La gravedad potencial del cuadro urgente. Las alteraciones de conducta no controlables en el medio social
- Apoyo socio-familiar. Muchas veces va a ser esencial a la hora de decidir el destino del paciente.
- La accesibilidad a la asistencia ambulatoria. Listas de espera, posibilidad de reevaluación preferente en su Centro de Salud Mental, posibilidad de anticipar la cita prevista, implicación de su Médico de Atención Primaria…
- La disponibilidad de medios de manera inmediata o no en el Hospital General para realizar el ingreso. La falta frecuente de camas de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales con dotación insuficiente o por aumento en la demando por anomalías en la asistencia externa ambulatoria, va a dificultar el trabajo y a causar incomodidades al propio paciente al provocar situaciones tales como que el paciente tenga que alargar su estancia en el Servicio de Urgencias (a la espera de cama), en ocasiones con contención mecánica. O que el paciente haya de ser trasladado a otro Hospital, en otra área sanitaria, lo cual a veces es mal aceptado por el paciente o su entorno familiar, pudiendo anular la voluntariedad de ingreso y requiriendo una reevaluación de la situación.
- La información y recomendaciones aportadas por el terapeuta habitual. Que nos podemos encontrar en un informe clínico que se aportó al paciente para su derivación al Servicio de Urgencias o mediante comunicación, por ejemplo por contacto telefónico con otros dispositivos, durante la intervención en Urgencias. Recalcamos nuevamente aquí la importancia de una adecuada coordinación entre la red ambulatoria y la hospitalaria.
- Las indicaciones judiciales. Que abordamos en el siguiente apartado, de Internamientos forzosos.

INTERNAMIENTOS FORZOSOS

En ocasiones frecuentes en nuestra especialidad, cuando se decide que el destino del paciente sea el ingreso hospitalario, se encuentra ausente la aceptación voluntaria por parte del mismo, bien porque éste no esté conforme con el internamiento, pudiendo darse la situación de que no se le considere capacitado en el momento de la evaluación para tomar esa decisión; O bien porque sus circuns-

tancias legales le impidan decidir (en menores de edad, personas incapacitadas legalmente, con sentencias judiciales que impliquen internamiento…). En estos casos, se recurre a los internamientos urgentes forzosos.

La urgencia justifica la intervención clínica, aún sin contar con el consentimiento del paciente. Es la urgencia o la necesidad inmediata de intervención médica lo que justifica un régimen de autorización que difiere del ingreso ordinario. La "autorización será previa al internamiento", pero en el caso de que "razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida" surge una modalidad de autorización a posteriori que es preceptiva (art. 763.1.II LEC -Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-). (13, 14)

Distinguimos dos tipos de internamientos forzosos: civiles y penales. Los *Internamientos Civiles* (con autorización judicial) en que "el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida" (art.763.1.II LEC). Los hospitales están obligados a instrumentar un procedimiento que facilite el cumplimiento de esta obligación legal.

Puede que el paciente acuda ya con la autorización judicial, que el psiquiatra procederá a leer para conocer las indicaciones del juez.

En caso de un enfermo tutelado, se deberá comunicar al juez de la misma manera aunque el tutor legal esté de acuerdo, debiendo primar el criterio médico.

Los *Internamientos Penales* se producen por una orden judicial. Se dan en los diferentes supuestos: tras ser la persona absuelta por apreciación de eximente o condenado con atenuante, a realizar en Hospitales Penitenciarios, personas a la espera de ser juzgados (preventivos) y penados presos y detenidos, en cuyo caso, el traslado, vigilancia y custodia correrá exclusivamente a cargo de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado competentes, teniendo en cuenta las circunstancias del enfermo y las normas del funcionamiento del Hospital General, contando con la existencia de Unidades específicas para estos casos dentro del Hospital.

La LEC establece que la ratificación de la medida de internamiento urgente "deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal" (763.1.II LEC). Por tanto, no desde la fecha del ingreso, ni desde la comunicación formal del establecimiento, sino desde la entrada en el juzgado de dicha comunicación.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

Pero centrándonos un poco más en la situación de la Salud Mental en Asturias debemos tener en cuenta dos cosas importantes, una de ellas es el importante envejecimiento de la población, con una esperanza de vida media de unos 80 años, lo que hace que se incremente el número de trastornos mentales seniles y preseniles (esos que están en disputa con Neurología, y que finalmente parecen estar en tierra de nadie), con un aumento de las tasas de muerte por enfermedad mental. Las posibilidades de derivación a plazas psicogeriátricas, aún en el caso de pacientes sin patología psiquiátrica activa resulta imposible, ¿sólo ocurre en el caso de pacientes que necesitan una atención integral por su edad y su comorbilidad psiquiátrica? Reflexión que nos parece importante, ¿sería posible habilitar plazas psicogeriátricas de urgencia?

Además, Asturias se ha visto afectada por una fuerte reconversión industrial y un retroceso del sector primario. En los últimos años, es el sector servicios el que ha adquirido preponderancia, agrupando a más del 60% de la población activa mayoritariamente ubicada en la zona central de la región. En el año 2009 había en Asturias alrededor de 75.500 parados y en el contexto de crisis actual, se ha producido un incremento en la demanda de recursos sociales básicos (en el año 2009, alrededor de 7.900 unidades familiares, que suponen más de 17.000 personas, han recibido el salario social básico cuya prestación promedio es de 389.65), lo que, claramente, produce un gran malestar, con aumento de los trastornos afectivos, ansiedad, alteraciones del sueño, y aumento del consumo de tóxicos, sobre todo de alcohol (7), ¿y esta situación la debe asumir los Servicios de Salud Mental, los Servicios Sociales, el Gobierno aportando más ayudas…?. Volvemos a la incertidumbre de los límites de la Salud Mental. Otra duda es que si esto es verdaderamente enfermedad mental o es adaptativo y coherente con la situación vital de los pacientes. Lo que parece claro, es que todo lo anterior genera un gran malestar y muchas veces termina siendo motivo de consulta en los Servicios de urgencia, como búsqueda de alivio inmediato y soluciones rápidas. Además de los problemas derivados de la actual crisis económica, se añaden una gran dificultad para asumir pérdidas y frustraciones. En los últimos años han aumentado las demandas de atención por gestos autolesivos perpetrados en el contexto de reacciones vivenciales y de relación interpersonal, en personas cada vez más jóvenes, muchas veces asociado con intoxicaciones enólicas o de otras sustancias. Lo que antes se solucionaba con un buen apoyo familiar, dejando tiempo y espacio para expresar dolor y frustra-

ción, considerándolo como algo "normal", ahora acaba en los servicios de urgencia (muerte de familiares, rupturas sentimentales, discusiones conyugales o familiares, ansiedad ante los exámenes…), cada vez más masificados.

Con la paulatina superación de los hospitales psiquiátricos en su configuración tradicional, con una reducción progresiva del número de camas o su desaparición y con la creación de centros o dispositivos con carácter más rehabilitador, los pacientes que no presentan patología psiquiátrica activa deberían ser derivados a otros recursos de carácter social o asistencial. Lo anteriormente citado no es algo nuevo, en los planes de la reforma psiquiátrica ya se postulaba. Ahora bien, la realidad es que la urgencia psiquiátrica y la hospitalización asume problemáticas sociales a nivel asistencial que incluso en ocasiones exceden la estancia media de unidades de hospitalización breve.

Otro tema de especial interés en la urgencia son las alteraciones comportamentales en menores, el desbordamiento de las familias y la urgencia psiquiátrica. Triangulo difícil de manejar y que muchas veces hace necesario el ingreso en una unidad de hospitalización infanto-juvenil para proponer posteriormente su derivación a un centro de menores. Muchas guías pediátricas consideran urgencias psiquiatritas y que precisan hospitalización de los menores los intentos de suicidio, la conducta homicida, la incapacidad de la familia para cuidar del niño, el maltrato físico o el abuso sexual, el fracaso del tratamiento ambulatorio, o la estabilización o ajuste de la medicación (15). Entre estas situaciones hay algunas muy complejas que requieren una buena coordinación multidisplinar con otros servicios asistenciales y que pueden tener gran importancia a nivel legal. Y muchas veces exigiendo la resolución inmediata.

Estar de guardia implica resolución y enfrentamientos a situaciones difíciles, durante muchas horas, con mucho desgaste profesional, y agotamiento, Lo habitual es encontrarse con una demanda excesiva e imprevisible que, en ocasiones, copa los espacios y los recursos de personal, en un clima azaroso y lleno de incertidumbre (16). Los profesionales se ven asediados por un sin fin de demandas y deben hacer un esfuerzo para contrarrestar esta ola de peticiones envueltas de sufrimiento. Adicionalmente, la presión del tiempo puede dificultar la relación entre el médico y el paciente. La calidad de la intervención y la relación medico-paciente es el objetivo más importante y tiene implicaciones fundamentales en el tratamiento y en el curso de la enfermedad. Es indiscutible que ciertas peculiaridades del trabajo en urgencias (contrarreloj, falta de recursos "abiertos" 24 horas, agitaciones…) influyen en el ánimo del personal, en su entusiasmo, en su animosidad, apareciendo

el "síndrome de agotamiento". Precipitan esta situación la presión asistencial, el trabajo sin estímulo académico, sin conexión con otros centros de derivación, los plurifrecuentadores de urgencias con los que se aprecia que ya no hay mucho que ofrecerles, la falta de sueño, las incomprensiones de otros colegas, las disposiciones legales que restringen atribuciones y generan malos entendidos, el plazo dilatado para la atención continuada a nivel ambulatorio, la escasez de recursos, la incapacidad para satisfacer las demandas y expectativas de usuarios

Como ya hemos comentado previamente, el paciente psiquiátrico con problemas orgánicos puede acabar en nuestras manos por "simuladores" o por "descompensación psicopatológica", a veces por su dificultad para poder expresar lo que le sucede. No es infrecuente que los pacientes "problema", que no aportan historias claras, que plantean problemas sociales o que presentan conductas hiperdemandantes, que "no encajan" en el ámbito de otras especialidades, acaben siendo derivados al psiquiatra de urgencias.

Todo esto señala la necesidad de una atención multidisciplinar y la búsqueda de dialogo entre los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA:

1. De Plato, G. "La psiquiatría como ciencia de la Salud mental". http://www.chasque.net/frontpage/relacion/anteriores/9705/deplato.htm.
2. Trigo, A et al. Urgencias psiquiatricas. Urgencias e intervención en crisis. En: Manual del residente de Psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores 2009; p 499-507.
3. Olivares Díez JM, Pinal Fernández B. Manejo terapéutico en urgencias psiquiátricas. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA (editores). Manual de Psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores, 2009; p. 661-672.
4. Hernández JM, Santamarina S, Domper J, Urgencias psiquiátricas en un Hospital General. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1998; XVIII, 67: 435-456.
5. Fernández L, Morera A, Cuesta A, et al. Urgencias psiquiátricas en el Hospital General: análisis de un año. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1992; XII, 43.: 270-274.
6. Padierna J.A. La urgencia psiquiátrica en un Hospital de Salud Mental. Análisis y evolución de las demandas urgentes (1988-1991). Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1993; XIII, 46: 182-186.
7. Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias. 2011.
8. Kaplan BJ, SadockVA. Medicina psiquiátrica de urgencias En: Kaplan-Sadock, Sinopsis de Psiquiatría. 9ª ed. Buenos Aires, Argentina: Waverly Hispánica, 2004; p. 901-922
9. Mackinnon RA, Michels R. Psiquiatría Clínica Aplicada. Interamericana: México: 1985
10. Chinchilla A. Manual de Urgencias psiquiátricas. 2ª ed. Barcelona: Masson, 2010

11. Puri Bk, Treasaden IH. Urgencias de Psiquiatría. Grupo Aula Médica, 2009.
12. Puri BK, Laking PJ, Treasaden IH. Textbook of psychiatry. 2nd edn. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2002
13. Delgado S, González de Rivera JL, Aspectos legales de los internamientos psiquiátricos. Psiquis IX/88: 300-313
14. Barrios LF, El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2012; 32, 116: 829-847 .
15. Benito Fernández J. 27 Urgencias psiquiátricas. En: Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. Ergón ,2010; p. 245- 254.
16. Benedito MC. Manejo del paciente en urgencias psiquiátricas. C. Med. Psicosom 2008; 86/87 : 12-23.

3

Capítulo 3.
Interconsulta y Enlace.

3.1. LA INTERCONSULTA CON OTRAS ESPECIALIDADES

Consuelo Escudero Álvaro, Violeta Suárez Blázquez

LA INTERCONSULTA CON OTRAS ESPECIALIDADES

La interconsulta forma parte de las actividades que realiza la Psicología Clínica en el contexto del hospital general (1). Con frecuencia, tanto la interconsulta como los programas de enlace, se llevan a cabo por el mismo equipo y en ocasiones no están claramente diferenciadas, aunque sus objetivos y técnicas sean distintos (2). Dependiendo de las posibilidades de organización de cada hospital y del planteamiento teórico y técnico se han estructurado desde los servicios de Psiquiatría, como servicios específicos o como servicios de Psicología Clínica de interconsulta y enlace, diseñando sus actuaciones en forma transversal. Tanto la interconsulta como los programas de enlace actúan en estrecha relación con el contexto de la salud mental pero conforman un campo teórico y clínico distinto (3).

En la actualidad se ha incorporado a nivel conceptual la articulación y relación reciproca entre la enfermedad orgánica y la esfera de lo psíquico, permitiendo incluir en la práctica hospitalaria intervenciones no directamente relacionadas con cuadros psicopatológicos (4). De esta forma los síntomas reactivos a la enfermedad, a la propia hospitalización, los conflictos en la relación medico-paciente, que pueden llegar a comprometer el tratamiento y el impacto sobre el equipo asistencial a causa de la naturaleza de sus actividades, han pasado a ser objetivos de trabajo en la interconsulta y los programas de enlace (5).

Las actividades de interconsulta se organizan en respuesta a una demanda concreta de los servicios médico-quirúrgicos del hospital sobre un paciente. Son por tanto intervenciones puntuales y a menudo urgentes y se pueden considerar en algunos aspectos como intervenciones en crisis. Estas circunstancias no minimizan su importancia, por el contrario, requieren un procedimiento de actuación claro y un esquema teórico consistente para responder de forma adecuada en un tiempo siempre limitado, asociado en ocasiones a una demanda que es preciso clarificar.

Los motivos de interconsulta más frecuentes, reseñados en numerosos estudios e investigaciones (6, 7) suelen ser:

- Pacientes que presentan alteraciones psíquicas asociadas a la enfermedad física por la que ha sido ingresados

- Pacientes que presentan fundamentalmente patología somática, pero cuyo diagnóstico no está lo suficientemente claro o la respuesta al tratamiento no es la esperada
- Pacientes que requieren una evaluación psicopatológica por sospecha de un trastorno en salud mental

Los motivos explícitos requieren siempre una lectura de la demanda implícita que en ocasiones conllevan.

A causa de las dificultades para diferenciar los procesos psíquicos normales, que responden a la adaptación a la nueva situación de los patológicos, en ocasiones la demanda de interconsulta responde a la dificultad, por parte del equipo asistencial, de asumir que las reacciones psicológicas, emocionales y afectivas del paciente ante la enfermedad son lógicas y esperables y necesitan de escucha y atención. El paciente hospitalizado puede presentar un cuadro psicopatológico reactivo a su enfermedad física y al impacto de la hospitalización, sin que ello suponga un trastorno de salud mental, sin embargo debe ser evaluado y abordado para contribuir a una mayor eficacia del tratamiento médico. Otras veces la interconsulta apunta a problemas derivados de la trasmisión de la información sobre el diagnóstico y el tratamiento (8).

La premisa de que los aspectos psicológicos asociados a la enfermedad orgánica, reactivos o concomitantes a la propia situación de hospitalización, no forman parte de la atención médica y necesitan de la atención y escucha especializada del psicólogo clínico como algo disociado, es una consecuencia de la dificultad para asumir la influencia reciproca entre los procesos psicológicos y los orgánicos en la práctica clínica del hospital (9,10). La falta de información clara y precisa sobre la enfermedad por temor a la reacción emocional del paciente y/o de la familia, esta ultima mucho más angustiada y comprometida cuando el paciente es un niño (11), puede también producir alteraciones psíquicas que interfieren en la adherencia al tratamiento y en la mejoría del paciente (12). La situación se puede complicar mucho más cuando se precisa la intervención de varios servicios hospitalarios sobre el mismo proceso, porque se pueden dar criterios o tratamientos contradictorios que sitúan al paciente en una situación de incertidumbre y angustia. La atención integral de los aspectos psicológicos, biológicos, familiares y sociales estaría entonces seriamente comprometida, transformando al sujeto en un conjunto de órganos enfermos atendidos de forma parcelada por distintos servicios. Por parte del paciente se pueden producir respuestas negativas como la ausencia de colaboración, o el cuestionamiento de los tratamientos, cólera, tristeza, o reiteradas demandas de

información pudiéndose convertir en un paciente conflictivo o en cualquier caso incomodo.

COLABORACION CON LOS PROFESIONALES SANITARIOS

El riesgo de fragmentación no solo amenaza al paciente también a los profesionales sanitarios encargados de su atención. La estructura hospitalaria organizada en servicios médico-quirúrgicos, en función de diferentes enfermedades orgánicas y altamente jerarquizados, facilita la atención en parcelas disociadas. La comunicación entre servicios y dentro de cada uno de ellos del equipo a cargo del paciente es compleja. Las demandas de interconsulta contienen con bastante frecuencia conflictos en la comunicación entre servicios, cuando interviene más de uno, y en la transmisión de la información dentro del equipo concreto y con el paciente.

La jerarquizacion entre el personal facultativo y el resto de profesionales sanitarios produce distorsiones en la vehiculizacion de información sensible sobre el proceso patológico y sobre las características psicológicas de los pacientes a su cuidado. El personal de enfermería, por ejemplo, es normalmente el que tiene un contacto continuado con el paciente y su familia y recibe el impacto directo de su angustia, temores y expectativas, necesitando compartir con el personal médico estas situaciones, en un contexto de trabajo en equipo.

La colaboración con los profesionales sanitarios no consiste únicamente en atender y escuchar su demanda de interconsulta en relación al proceso patológico del paciente, las dificultades para el diagnostico diferencial, si las hay, la valoración de las alteraciones psíquicas y su contención, también y en gran medida la colaboración apunta a la escucha del propio equipo que consulta (13). Esta escucha tiene que ser sensible a las posibles dificultades de comunicación con el paciente y sus familiares y dentro del propio equipo, en relación a la distribución de roles, tareas y responsabilidades, y a la repercusión en que esta organización influye en cada uno de los miembros del equipo para articular su respuesta asistencial. La evaluación y atención de todos estos aspectos promueve una atención integral del paciente y contribuye a la eficacia del tratamiento de los servicios médico-quirúrgicos (14).

EL IMPACTO DE LA HOSPITALIZACIÓN

Es conocido el importante factor de estrés y nivel de desorganización psicológica que puede causar en cualquier sujeto la situación de hospitalización, en sí misma (1, 6) La hospitalización atenta contra la intimidad, limita la autonomía, provoca un aislamiento del entorno, favorece cierta despersonalización, modifica el estilo de vida, los roles, e incluso la economía de las personas.

A ello se suma el impacto directo e indirecto de la enfermedad, su gravedad y/o el grado de dolor o discapacidad que genera, así como la incertidumbre que provoca la necesidad de pruebas o exploraciones médicas. La enfermedad física supone la quiebra del sentimiento de integridad y seguridad de la persona, ruptura biográfica que aumenta con la hospitalización y puede provocar descompensaciones en el ajuste psicológico previo del sujeto.

La hospitalización no deja de ser un hecho siempre involuntario, que rompe la estabilidad y el equilibrio de la vida del paciente y de su familia y que requiere un esfuerzo adaptativo (13) La manera en que se percibe la hospitalización y las expectativas frente a la enfermedad y los cuidados a recibir, así como el grado de información y la sensación de control sobre la situación influyen en la reacción emocional a ésta.

La mayor o menor capacidad de adaptación individual, la personalidad, la naturaleza de la enfermedad que llevó al ingreso, la situación vital y el apoyo familiar (o su ausencia) van a incidir de manera significativa en la respuesta del paciente a esta situación desestabilizadora. También la mayor o menor flexibilidad del equipo y de la institución sanitaria van a facilitar o a obstaculizar el ajuste del paciente y de su familia a los requerimientos de la hospitalización.

La necesidad de dicho ajuste puede resultar especialmente difícil para algunas personas aun sin patologías psíquicas previas, y especialmente en aquellos pacientes psicológicamente más frágiles y vulnerables, como los niños o los ancianos, provocando reacciones emocionales y conductas regresivas que pueden llegar a comprometer el tratamiento y la recuperación.

Estas conductas son un intento de respuesta adaptativa, señales que hablan de la manera en que está viviendo la enfermedad ese paciente, de sus dificultades y sufrimiento, de sus miedos y de sus expectativas.

Se manifiestan como reacciones de ansiedad, de depresión y/o confusión, a veces en incumplimientos terapeúticos o en actuaciones disruptivas, y en ocasiones en variados síntomas funcionales. (13,15,16,)

Constituyen uno de los frecuentes motivos de solicitud de interconsulta relacionados con la misma situación de hospitalización (17)

La respuesta a esta demanda ha de incluir una escucha atenta de las necesidades del paciente y de su familia, de su modalidad particular de vivir la hospitalización y la enfermedad, al objeto de reajustar a dichas necesidades las respuestas del equipo asistencial, de modo que incluyan los aspectos psicológicos del sufrimiento en su cuidado y no sólo los del órgano o sistema implicados en su diagnóstico y tratamiento.

Permitir y apoyar la expresión emocional de la vivencia del paciente y ayudar a éste, a su familia y al equipo a canalizar las angustias presentes en la situación favorecerá la colaboración de los tres (familia, equipo y paciente) en la tarea de lograr una mayor estabilidad psicológica que colabore en una pronta recuperación física del paciente.

APOYO Y CONTENCIÓN CON LAS FAMILIAS

La situación de hospitalización ocasiona también cierta desorganización y angustia en el grupo familiar del paciente, especialmente en aquellos miembros más implicados en la atención directa y el cuidado de éste. Como ya hemos señalado antes, esto es aún más cierto cuando se trata de un paciente infantil.

Es conocida la importancia de la familia en la respuesta a la enfermedad del paciente, en su capacidad de recuperación durante la hospitalización (18)

La familia aporta un sentimiento de apoyo, protección y tranquilidad fundamentales para la mejoría del paciente en el ambiente hostil del hospital y frente a la vivencia de fragilidad y vulnerabilidad se convierte en un fundamental soporte.

La hospitalización supone una crisis para toda la familia, por ello es importante tomar en consideración sus necesidades de apoyo y contención en tanto repercuten directamente en su capacidad de ejercer a su vez dichas funciones con su familiar enfermo.

Proporcionar información clara y comprensible sobre el proceso del paciente ayuda a la familia a ubicarse adecuadamente frente a la evolución probable de su familiar, y ejerce una primera función de contención básica en dicha situación.

La información, adecuada en su contenido así como en la forma y el momento en que se proporciona constituyen un factor de fundamental importancia, constituyendo un elemento de protección, o por el contrario de vulnerabilidad (13).

Frente a las malas noticias o una evolución desfavorable, o a frente a dificultades en el cumplimiento por parte del paciente del tratamiento propuesto es importante observar quién ocupa el rol más adecuado para poder asumir dicha información o colaborar con más eficacia en dicha tarea.

Igual que le ocurre al paciente, la familia puede verse desbordada por el impacto de la enfermedad y de la situación de hospitalización, y puede reaccionar de forma regresiva o angustiada, bloqueada o reivindicativa, pasiva o demandante. Se pueden generar así dificultades en la comunicación con el equipo asistencial, tanto como con el propio familiar.

La contención de dicho desborde, el poder "no reaccionar" sino comprender y devolver convenientemente organizado el trasfondo de incertidumbre, miedo y sufrimiento que causa dichas reacciones permite a la familia reorganizar sus sistema interno, su homeóstasis y continuar con un funcionamiento operativo a los requerimientos de la situación.

Por otra parte, la familia o una parte de ella, puede necesitar en algún momento que el equipo se ocupe ocasionalmente de su cuidado, que le preste apoyo emocional, que le reafirme en su función cuidadora. Otras veces será preciso que le haga ver la necesidad de descanso o relevo.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Diez Fernández Mª E. La interconsulta con otras especialidades y/o servicios médicos. Apoyo y colaboración con los facultativos y profesionales de enfermería. En: Escudero Alvaro C, Balanza Martínez P, Coord. Manual del residente en Psicología Clínica. Madrid: AEN Estudios (46), 2011; p. 647-654.

(2) Parent V, Bégin C. La consultation: un rôle professionnel à mieux définir. Rev. Canadian Psychology 2010; 51 (3): 194–205.

(3) Graff L A, Kaoukis G, Vincent N, Piotrowski A, Ediger J. New Models of Care for Psychology in Canada's Health Services. Rev. Canadian Psychology 2012; 53 (3): 165–177.

(4) Fabrissin J H. La interconsulta y las actividades de enlace en el hospital general: estrategias para su efectividad. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2011; 23 (99): 356-367.

(5) Grau Martín A, Suñer Soler R, Abulí Picart P, Comas Casanovas P. Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. Rev Med Clin 2003; 120: 370-375.

(6) Martínez Sande G. Intervención en el marco de la interconsulta y el enlace hospitalario: perspectivas atlánticas. Rev Norte de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria 2002; 4 (13): 69-82.

(7) Conejo Galindo J. Interconsulta y enlace en el hospital general. En: Desviat M, Moreno Pérez A, Coord. Acciones de salud mental en la comunidad. Madrid: AEN Estudios (47), 2012; p. 424-433.

(8) Fernández Pol C. La transmisión de información y la relación médico-paciente en el contexto de un hospital general. Rev Norte de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria 2002; 4 (13): 93-99.
(9) Lipsitt D. Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine: The Company They Keep. Psychosom Med 2001; 63:896–909.
(10) Drotar D. Reflections on Clinical Practice in Pediatric Psychology and Implications for the Field. Rev. Clinical Practice in Pediatric Psychology 2013; 1 (2): 95–105.
(11) Piazza-Waggoner C, Roddenberry A, Yeomans-Maldonado G, Noll J, and Ernst M. Inpatient Pediatric Psychology Consultation-Liaison Program Development: 5-Year Practice Patterns and Implications for Trends in Health Care. Rev Clinical Practice in Pediatric Psychology 2013; 1 (1): 28–41.
(12) Escudero Alvaro C. La continuidad de cuidados e la atención a la salud mental de niños y adolescentes. En: Leal Rubio J, Escudero Nafs A, Coord. La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. Madrid: AEN Estudios (35), 2006; p. 105-114.
(13) Pérez García P. El trabajo en equipo en el hospital general. Aprendiendo a pensar en grupo. En: Espino Granados A, Olabarría B, Coord. La formación de los profesionales de la salud mental en España. Madrid: AEN Estudios (29), 2003; p. 442-466.
(14) Linden W, Moseley J, Erskine Y. Psychology as a Health-Care Profession: Implications for Training. Rev. Canadian Psychology 2005; 46 (4): 179-188.
(15) Rodriguez J.. El impacto psicológico de la hospitalización. Análisis y Modificación de Conducta 1986; 12 (33)
(16) Pérez García P. Los programas de enlace. La adherencia a los tratamientos médicos. Información y apoyo psicológico a familiares de pacientes ingresados.En: Escudero Alvaro C, Balanza Martínez P, Coord. Manual del residente en Psicología Clínica. Madrid: AEN Estudios (46), 2011; 655-666
(17) Soler M, Ibáñez C, Sanz A.I, Jiménez, M.A La enfermedad somática y el ingreso hospitalario como generadores de demanda de interconsulta psiquiátrica. Rev AEN 1994; 14 (49): 235-244
(18) Lipsitt DR, Lipsitt MP. The family in consultation--liaison psychiatry. Gen Hosp Psychiatry. 1981; 3 (3):231-6.

3.2. Programas de enlace con los servicios hospitalarios: El proceso salud-enfermedad y el trabajo en equipo.

Pedro Pérez García

1. PSICOLOGÍA CLÍNICA DE ENLACE: CONCEPTO Y FUNCIONES

El término "*Enlace*" deriva directamente de la traducción del vocablo francés "*Liaissón*", enlace. Se corresponde con un movimiento de cambio en el ejercicio de la medicina que surgió en Francia a mediados del siglo pasado. Frente a los enfoques de atención al paciente, excesivamente organicistas, imperantes entonces como ahora, se desarrolla una nueva corriente de atención holística e integradora de los distintos frentes, inevitables e interdependientes, que configuran el *triángulo asistencial paciente/familia - equipo cuidador – institución.*

Cada uno de sus tres ángulos genera vectores de fuerzas poderosas que influyen y condicionan el funcionamiento del conjunto y que, por lo mismo, deben de ser tenidas en cuenta y atendidas todas ellas como potenciales dinámicos y generadores tanto de salud como de enfermedad.

Este movimiento renovador surge al comprobar que:

- Más de 1/3 de la población ingresada presentan factores psicógenos en la etiología, aparición y desarrollo de la patología objeto del ingreso en el hospital. (hasta ahora muy poco tenida en cuenta y en muchos casos abiertamente ignorada) (1)
- Repetidas recidivas y costosos procesos de exploración y tratamiento se reducen o remiten si se atiende a la "persona enferma" y no solo a la enfermedad
- Las nuevas tecnologías medico quirúrgicas tienen la ventaja de facilitar las intervenciones, suprimiendo o reduciendo una buena parte de los riesgos. Pero también pueden inducir a la tentación de tecnificar tanto la asistencia que la relación personal médico-paciente pase a un segundo término atendiendo más a la enfermedad que al enfermo. La distancia y la "cosificación" o deshumanización de la asistencia serían sus consecuencias más inmediatas.(2)
- Hoy tendríamos que añadir otros motivos relacionados con las nuevas tenden-

cias mercantilistas asociadas a lo que han llamado "producto sanitario como nicho de negocio", cuyas secuelas todos conocemos en la degradación y desmantelamiento de la red comunitaria y del sistema público de salud.

Tratando de evitar estos graves inconvenientes proponen la modalidad del *"trabajo multidisciplinar de enlace"*, que se complementa con el "trabajo de interconsulta".

Distintos especialistas de diferentes disciplinas convergen dentro de un Servicio aportando sus puntos de vista específicos y complementarios en la atención integral al paciente. Cada especialista asume su parte correspondiente coordinando sus movimientos asistenciales con el resto del equipo, buscando o creando un nuevo espacio asistencial donde quepan las aproximaciones técnicas compartidas para lograr un triple objetivo:- Reducir el dolor, - curar la enfermedad y, sobre todo, - cuidar a/ enfermo. Los fármacos, la cirugía, los cuidados, el conocimiento, la técnica y la palabra son las principales herramientas.

Interconsulta y enlace son dos modalidades asistenciales conceptualmente diferentes pero que en la práctica con frecuencia se solapan y complementan.

La interconsulta se limita a intervenciones cortas y puntuales acerca de la situación clínica de un paciente. Un facultativo solicita a otro (en este caso a un Psicólogo Clínico) que emita un informe acerca de la evaluación diagnóstica u orientación terapéutica de ese determinado paciente. Ese Parte de Interconsulta (P.I.C.) se registra en la hoja diaria de evolución del paciente y sirve de referencia asistencial para el resto del equipo (3).

En el trabajo de Enlace el foco de interés no se centra tanto en un paciente concreto (Interconsulta) cuanto en la tarea compartida con el resto de un equipo multidisciplinar. El especialista que realiza esta función (en este caso el Psicólogo Clínico) participa de forma estable, generalmente a tiempo parcial (p.ej.: tres días en semana de 8 a 12h) en todas las tareas, tanto docentes como asistenciales, del Servicio Médico con el que se hace el enlace. AI igual que otros especialistas aporta sus puntos de vista tanto en las discusiones clínicas como en la atención a determinados pacientes ingresados que requieran asistencia psicológica especializada complementaria. Colabora también en los trabajos de investigación, reuniones científicas etc. (4)

2. LA "SITUACIÓN" DE HOSPITALIZACIÓN Y EL LENGUAJE DE LOS SÍNTOMAS

El ingreso en un hospital es un mal menor, pero siempre es un mal. Supone una circunstancia ansiógena y en parte desestabilizadora. El paciente tiene que prescindir por un tiempo de su actividad habitual, se ve obligado a aceptar un mayor grado de dependencia, la pérdida de su intimidad, a veces la inmovilidad, la incertidumbre…

Cuanto más frágil e inmadura es la personalidad del paciente (adultos o niños) más frecuente es el recurso a expresar en síntomas los afectos y emociones que no sabe o no puede manifestar en palabras.

Este tipo de sintomatología asociada suele cursar por una triple vía:

a. Trastornos somáticos funcionales en cuya etiología no aparece lesión que lo justifique.
b. Desajustes emocionales muy diversos
c. Alteraciones en el comportamiento: abandono pasivo, actitudes regresivas, irritabilidad, negativismo, rechazo del tratamiento...

Traducir ese lenguaje, de lo latente a lo manifiesto, comprender su significado y "contener" la situación, es uno de los pilares fundamentales de la tarea asistencial de Enlace. (5)

3. SALUD Y ENFERMEDAD: LOS PROCESOS PSICOSOMÁTICOS DEL ENFERMAR

La mente no existe como entidad aparte. (6) El aparato mental forma una unidad con el resto de los aparatos que componen el organismo humano. Interactúa, como cualquier otro, con el resto de los sistemas produciendo salud, cuando funciona bien o generando enfermedad cuando su funcionamiento se desajusta. Puede originar cambios en todos los sistemas biológicos incluido el inmunológico.

Cualquier órgano puede quedar afectado, pero suelen ser la patología cardiovascular, nutricional, metabólica e inmunológica las que aparecen como dianas más frecuentes.

Hasta hace unas décadas se pensaba que el sistema inmunológico era autónomo. Hoy sabemos con certeza que el aparato mental condiciona e influye en muchas de sus respuestas, sobre todo a través de la influencia decisiva del mundo

emocional.(7) Basta con pasar un tiempo por Oncología, Cardiología, Dermatología, Digestivo, Reumatología etc. y correlacionar lo que llamamos "acontecimientos vitales" y la aparición, brote o desarrollo de determinados episodios clínicos o patologías.

Conocemos ya con suficiente rigor la interacción de los sistemas nervioso, hormonal e inmunitario por una parte y el estado psicológico del sujeto por otra. Este se constituye en patrón inmunológico que puede ser distinto en cada sujeto y hacer variar el modo de respuesta potenciando la resistencia a la enfermedad o, al contrario, inhibiéndola y precipitando su aparición. (8)

Un agente patógeno constituye una condición necesaria pero no suficiente para determinar el inicio y la evolución de una enfermedad. El que una persona enferme o no, mejore o empeore, depende no solo del grado de intensidad del agente patógeno que le ataque, sino también de la mayor o menor vulnerabilidad del organismo y del sujeto. (9) (10).

Las emociones son formas de energía, fuerzas psíquicas muy poderosas que, según se manejen bien *o* mal por parte del sujeto, pueden construir estados de salud tanto como destruirlos propiciando la aparición de la enfermedad o potenciando su desarrollo. (11) Requieren especial atención los trastornos depresivos severos (no psicóticos) y, sobre todo, los procesos de duelo no bien elaborados ni resueltos.

Estrés y duelo son dos elementos inmunodepresores y por tanto de riesgo. En fase aguda su impacto es comparable con el efecto ya conocido de los cortico esteroides y lesiones hipotalámicas.

Cuando hablamos de estrés nos referimos a situaciones de mucha presión y en determinados casos, de desbordamiento, situaciones en las que el sujeto ya ha agotado sus propios recursos mentales para resolver o enfrentar esa situación y, en ese contexto aparece la somatización como vía de salida al exceso, insoportable, de tensiones y angustias.

El término "estrés" se ha de correlacionar siempre con el grado de organización mental del sujeto. Lo que para uno resulta desbordante y traumático, para otro es solo un obstáculo que se puede encarar y resolver. Depende mucho de la estructura de la personalidad y de los recursos mentales disponibles. (12)

En muchos casas el agente fundamental del trastorno psicosomático no es tanto el factor desencadenante (acontecimiento traumático) sino lo que este pone al descubierto: severas fallas estructurales de la personalidad del paciente que estaban subyacentes y que podían haber continuado silentes e inofensivas de por vida pero que,

reactivadas ahora, obligan al sujeto a la regresión o a la desorganización somática progresiva; hecho que suele acompañarse de un estado mental de atonía y desgana generalizada, cuya forma más severa es la *"depresión esencial".(*P. Marty). *([1])* (13)

4. DOBLE OBJETIVO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA DE ENLACE: ATENDER AL ENFERMO Y NO SÓLO A LA ENFERMEDAD. EL TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINAR.

La Psicología Clínica en su función de Enlace tiene una doble vertiente:

A) Una parte de su trabajo va dirigida al paciente y su familia:

- Evalúa la existencia de factores psicógenos en la patología del paciente.
- Detecta y atiende los trastornos des adaptativos secundarios a la situación de ingreso o asociadas a la enfermedad.
- Señala, y modifica en lo posible, las resistencias, falta de cooperación y posibles conflictos en relación con el tratamiento.

En relación con la familia y/o acompañantes del paciente:

- Contribuye a la elaboración de la información;
- Ejerce y potencia la función de contención terapéutica
- Detecta los riesgos de anomalías en la relación de la familia con el enfermo (sobreprotección, ausencia, cansancio, angustia, negativismo etc.)

B) La otra parte de su actividad, se orienta hacia el *equipo asistencia*l (médicos, enfermeras etc.)

El contacto continuo con la enfermedad y sus circunstancias, incluida la frontera de la muerte, implica que el trabajo sanitario erosiona, desgasta, convirtiendo con frecuencia la asistencia en una tarea meramente técnica o motivada por otros objetivos profesionales secundarios no humanitarios.

---

[6] Es calificada de "esencial" porque el sujeto no la relaciona con nada en concreto. Se diferencia claramente de los cuadros comunes y más conocidos de depresión en los que los sentimientos de tristeza, angustia y desamparo acompañan a los de pérdida del ser querido o expectativas frustradas. En el caso de la depresión "esencial" se observa un estado de atonía, astenia, inhibición, inercia, indiferencia sin angustia, ni siquiera tristeza. Es como un estado de paralización psicológica donde el vacío de emociones y de representaciones mentales reducen la conducta a una monotonía mecánica y desvitalizada. Este tipo de atonía depresiva puede dares en todas las edades: desde el lactante al adulto.

Es cierto que no se puede tratar a la enfermedad sin tratar al enfermo y que la calidad de la relación humana, es un valor terapéutico en sí mismo, Pero éste hecho, teóricamente básico y fundamental, supone moverse inevitablemente en el campo de las complicaciones psicológicas y emocionales: tensiones, ansiedades, expectativas, frustraciones, etc. Estas afectan al tipo de vínculo o modo de relación médico - equipo asistencial - paciente. Es decir, aunque de modo asimétrico, alcanzan y atañen por igual a ambos extremos de la relación: a pacientes y profesionales. (14)

El Psicólogo Clínico, en su tarea de enlace, pretende entre otros objetivos potenciar la elaboración de las angustias y tensiones intraequipo, derivadas del propio trabajo asistencial así como paliar, en la medida de lo posible, los efectos iatrogénicos derivados de determinadas praxis provenientes unas veces de la propia institución y otras del equipo asistencial.

Esta función la puede desarrollar si es experto en dinámica de grupos y análisis institucional, siempre y cuando el propio equipo demande su colaboración como especialista para valorar y analizar posibles puntos focales de conflicto en el desarrollo del trabajo que entorpecen Ia buena marcha del equipo. El trabajo asistencial moviliza roces, tensiones, divergencias, fobias y filias entre los miembros del equipo.

Pueden silenciarse y trasladarse a casa, contaminando las relaciones familiares y personales. Pueden también traducirse en síntomas (comportamentales o somáticos) O pueden ser atendidos y elaborados por el propio grupo aprendiendo a modificar actitudes y a tolerar la presión, inevitable y muchas veces abrasiva, derivada de la propia tarea asistencial. El contenido de estas reuniones de análisis grupal siempre se limita estrictamente al propio ámbito de trabajo. No se trata nunca de asuntos o problemas personales. Esos, si los hubiera, deben de resolverse fuera de Ia institución. No es por tanto una reunión de psicoterapia de grupo sino de análisis en grupo de las interferencias y problemas que contaminan y entorpecen la buena marcha de un equipo.

El trabajo en equipo interdisciplinar, no se improvisa. Pasar de la relación dual médico-paciente al modelo triangular: "paciente- especialista- equipo", como conjunto interactivo, se aprende lentamente y se desarrolla como técnica después de un tiempo de rodaje. *"Pensar en grupo"* no se compagina con el culto al individualismo, a la autosuficiencia o a la propia personalidad.

La oportunidad de discutir material clínico con colegas de diferentes especialidades y orientaciones constituye una verdadera plataforma de autocrítica y aprendizaje continuo o escuela de formación permanente. (15)

5. PROGRAMAS DE ENLACE: ASPECTOS MÁS ESPECÍFICOS

Dependiendo mucho de la estructura de la institución y de cada uno de los distintos Servicios hospitalarios la posibilidad de establecer Programas de Enlace varía mucho de un hospital a otro y aun dentro de cada Servicio. No es posible revisar aquí todos y cada uno. Los más representativos suelen ser los desarrollados en los servicios de Pediatría (especialmente en Neonatología y patología vincular); Psicoprofilaxis Quirúrgica; Nefrología: Unidades de Diálisis y de Trasplante Renal; Cardiología: unidad de coronarias; Cuidados Paliativos y Unidad del Dolor; Oncología; Neurología; Endocrinología: diabetes, trastornos alimentarios; Digestivo; Dermatología, etc.

Los contenidos de estos programas son específicos, ajustados a las necesidades del paciente y del Servicio, y siempre en coordinación con el resto del equipo.

5.1. Con Pediatría

El Servicio de Pediatría incluye varios sectores que requieren modalidades de intervención muy distintas: pediatría general, neonatología, oncología infantil, cirugía pediátrica

Debido a la inmadurez en el manejo de la expresión verbal de sus sentimientos y conflictos emocionales, el niño y el adolescente tienden a expresar sus problemas a través del lenguaje corporal. Por eso en la tarea de enlace ocupa un lugar relevante todo lo relacionado con el cuerpo, los trastornos funcionales o somatoformes. (16)

No hay diferencias significativas en la distribución por sexos pero sí en cuanto a los motivos de atención psicológica. En las niñas predominan los síntomas relacionados con el investimento corporal: percepción interna del cuerpo o con su imagen externa; abdominalgias recidivantes; trastornos alimentarios (anorexia-bulimia), obesidad. En los niños prevalecen los síntomas relacionados con exigencias competitivas e intelectuales: cefaleas, trastornos de aprendizaje, enuresis, hiperkinesia, trastornos de conducta.

El segmento etario donde se polariza una mayor necesidad de atención se sitúa entre las edades de 11 a 15 años, mostrando la adolescencia como un momento crítico de descompensaciones. (17)

La depresión no suele presentarse como motivo manifiesto de consulta. Sin embargo, detrás de muchos de los síntomas funcionales y de bajo rendimiento

se detecta con frecuencia la existencia de trastornos depresivos, de diferente intensidad, que conviene atender. Duelos latentes, desajustes emocionales relacionados con pérdidas afectivas o cambios o significativos en el entorno inmediato.

Requieren especial atención:

A. Las situaciones agudas de duelo y procesos abandónicos sobre todo en relación con posibles riesgos autopunitivos o autolíticos, pérdida precoz de ambos padres, hospitalizaciones precoces y/o prolongadas sin soporte familiar . . .
B. La patología vincular y condiciones neonatales de riesgo psíquico: Situaciones de carencias afectivas graves (ausencia o grave patología depresiva). Padres con estructura psicótica o antecedentes personales significativos. Embarazos no deseados con actitudes, manifiestas o latentes, de evidente rechazo. Maternidad adolescente. Drogodependencia. Pérdida reciente de otro hijo. Abortos de repetición Separaciones traumáticas y/o fuertes conflictos entre los padres. Depresión post parto.

5.2. Con la unidad de diálisis y trasplante renal

La diálisis permite prolongar la vida del paciente dentro de una situación límite pero a la par condiciona y marca duramente su proyecto vital. Le obliga a una dependencia extrema de la máquina (angustia de muerte). Genera una situación de duelo, crónico y múltiple, por pérdidas constantes y progresivas, configurando un perfil psicológico específico de pérdidas encadenadas: Pérdida parcial o total del trabajo. Disminución del rendimiento intelectual. Dificultades para la movilidad en los desplazamientos. Restricciones dietéticas. Deterioro en las relaciones sociales, en la vida familiar y de pareja (pérdida de interés, distancia y repliegue afectivos, disfunciones sexuales). Problemas con la imagen corporal. Daño estético (obscurecimiento de la piel, secuelas de múltiples intervenciones). Pérdida de la micción. Dependencia progresiva del grupo familiar. Sobrecarga emocional en las demandas. Baja tolerancia a cambios y separaciones. Relación peculiar y absorbente con el familiar acompañante. Si la diálisis es en el propio domicilio esta relación se complica aún más por la búsqueda de sobreprotección regresiva. Dificultad en la expresión y manejo de la agresión: inhibición, abandono pasivo, negativismo, irritabilidad, conductas autopunitivas.

El trasplante renal constituye la mejor salida posible pero incierta en cuanto al no rechazo y en el tiempo de permanencia de la función renal. Pero no está exento

de riesgos. Genera, tanto en el paciente como en la familia, fantasías e ilusiones de renacimiento y de reparación. Si el trasplante es donante anónimo se acepta más fácilmente, sin sentimientos de culpa, pero con mayor tiempo de espera e incertidumbre. Si es de vivo, generalmente un familiar (madre, padre, hermano), es importante valorar el tipo de vínculo interpersonal entre donante y receptor (sentimientos de culpa por daño al donante, mayor nivel de ansiedad y de temor al fracaso). En caso de rechazo se incrementan los sentimientos de culpa y hostilidad del receptor hacia el donante que puede derivar en depresión reactiva.

De cara a un posible encuadre terapéutico conviene tener en cuenta que:

- La psicoterapia individual reglada (breve y focal) con el paciente en diálisis debe restringirse a situaciones muy determinadas y bien estudiadas: embarazo de alto riesgo, patología aguda y en riesgo de descompensación etc. La relación terapéutica individual potencia iatrogénicamente la necesidad regresiva de dependencia y demandas de atención.

Es preferible favorecer la función de contención sobre la de introspección. El paciente nefrológico está continuamente expuesto al dolor agudo (cefaleas, calambres, fistula arterio -venosa...) y a un progresivo deterioro multiorgánico (endocrino, respiratorio, hematológico, neurológico, circulatorio etc.).Su primer objetivo suele ser "No quiero pensar para no hundirme o deprimirme más". Necesita expresar sus sentimientos pero es muy vulnerable a las angustias de muerte. (18)

5.3. Con cardiología. La cardiopatía isquémica y el infarto de miocardio

Los trastornos cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte de los países industrializados. Entre los factores de riesgo se incluyen:

- Agentes bioquímicos (hipercolesterolemia, hipertensión arterial, obesidad, diabetes, tabaquismo y alcohol, antecedentes familiares)
- Agentes psicológicos (conflictos emocionales y psicosociales).

Se valora entre el 15-20% el índice de pacientes con patología coronaria que no se reincorpora a su ritmo de vida habitual en función de la invalidez psicológica derivada o asociada a la enfermedad. (19)

La recuperación física del paciente se logra en un tiempo relativamente corto. Sin embargo la readaptación social se realiza con lentitud. La enfermedad y la intervención quirúrgica marcan un antes y un después. El deterioro emocional persiste y correlaciona en intensidad con el grado de preocupación subjetiva por el propio

estado de salud. Configura un estado reactivo de duelo. Siente que se han visto afectados su autoestima, autoimagen, la actividad laboral y el ejercicio de la responsabilidad, su vida social, familiar y de pareja. Su calendario vital se ha trastocado, como si le hubieran restado años en su proyecto de vida.

La intervención psicológica de enlace, como tratamiento simultáneo y mutuamente complementario con el tratamiento médico, se configura en torno a dos puntos:

- Tratamiento psicoterapéutico.
- Tratamiento de rehabilitación

Estrés y duelo son dos elementos inmunodepresores y por tanto de riesgo. Ambos se dan en el paciente coronario. Depende mucho de la estructura de la personalidad y de los recursos mentales disponibles para que el duelo sea más o menos significativo. En fase aguda su impacto es comparable con el efecto ya conocido de los corticoesteroides y lesiones hipotalámicas. La evaluación psicológica, con entrevistas diagnósticas y pruebas específicas, permite valorar ambos extremos: estructura y recursos mentales.

El paciente coronario tiende a idealizar la hiperactividad y los logros profesionales como objetivos fundamentales en su vida, negando la implicación propia en la aparición y evolución de la enfermedad. Cuando surge el infarto lo vive como factor estresante en sí mismo, coartando y bloqueando la expresión de sus emociones y sentimientos.

El trabajo de enlace con el paciente coronario se polariza sobre todo en:

a. Detectar y elaborar los puntos de riesgo con frecuencia negados o ignorados. El fracaso adaptativo viene determinado por el valor simbólico, significativo, atribuido a las circunstancias estresantes (logros profesionales, pérdida de capacidad…)
b. Reducir el bloqueo mental y la dificultad para expresar los sentimientos en palabras: Reajuste progresivo de la reacción emocional, tanto por exceso como por defecto (bloqueo, disforia o euforia excesiva).
c. Diferenciar y nominar los distintos afectos. Las palabras son hechos que generan nuevas percepciones y permiten cambios en la organización mental (nuevas actitudes y motivaciones). Verdadero sistema inmunoprotector frente a los procesos psicosomáticos de la cardiopatía isquémica
d. Descentrar la atención sobre el sí mismo (repliegue afectivo) abriendo nuevos campos de interés y de intercambio de afectos con otras personas.
e. Elaboración de los distintos duelos o pérdidas concatenadas. Especial aten-

ción a los procesos de duelo narcisista como potencial preventivo frente a posibles recidivas

f. Revisión periódica de seguimiento psicológico individual.

Suelen ser muy efectivas las técnicas terapéuticas de grupo, tanto de psicoterapia como de apoyo y de rehabilitación conductual atendiendo los distintos aspectos que permitan reintegrar al paciente a un modo de vida más saludable.

El programa completo integra cuatro sectores: a) Detección y control de los factores de riesgo. b) Programas de ejercicio físico supervisado. c) Elaboración de la información d) Técnicas psicoterapéuticas de análisis de los conflictos emocionales y apoyo.

Tabla I: Distribución de tiempos y frecuencias del programa para pacientes coronarios

TIEMPO APROX.	DÍA "A"	DÍA "B"	DÍA "C"
30'	Charla Informativa	Grupo Relajación	Controles Médicos
30-45'	Ejercicio físico	Ejercicio físico	Ejercicio físico
30-75'	Grupo Relajación (30')	Psicoterapia de Grupo (75')	Grupo de Familia

5.4. Psicoprofilaxis quirúrgica

Aceptar una intervención quirúrgica como solución a un problema de salud, se asume como mal menor pero nunca con total confianza. Entran en juego la propia imagen del cuerpo y el temor a ser dañado. En la configuración de éste cuadro de ambivalencia confluyen varios factores: La indicación del médico cirujano sobre la gravedad de la patología, tipo de intervención, grado de agresividad quirúrgica, riesgos, secuelas. Así como la actitud de confianza que ofrecen el cirujano, el equipo asistencial y la familia. Cuando se trata de un niño adquieren mucha importancia el modo como la propia familia recibe, reacciona y facilita esa información al niño y por otra parte las fantasías de éste para modular y metabolizar la nueva situación que le espera y las amenazas que conlleva, tal como él las percibe.(20)

La Psicología Clínica en su función de enlace, puede aportar una ayuda importante en el manejo de la angustia y sus interferencias en el proceso pre y postquirúrgico. Reforzando la confianza en el equipo médico quirúrgico. Elaborando la información técnica recibida acerca del proceso médico-quirúrgico:

exploraciones, ingreso, anestesia, quirófano, recuperación, postoperatorio. Verbalizando y confrontando las ansiedades y emociones disruptivas.

Especialmente en los casos de duelo narcisista por verse afectada la imagen corporal y la propia vivencia de identidad (amputaciones, lesiones estéticas o funcionales). Incorporando al acompañante familiar en el proceso de soporte afectivo, potenciando una respuesta positiva y de confianza. Desdramatizando las fantasías amenazadoras. Sobre todo en los niños pequeños que utilizan la fantasía más que el pensamiento para configurar sus percepciones, ayudándoles a expresar sus sentimientos, a través de técnicas específicas (dibujo, juego simbólico, vídeos, cuentos, comics, dramatización de escenas, etc. Ej.: arreglar una pierna rota, ponerle escayola, operar a un muñeco, hacer de papa o de mamá de un niño enfermo…) Son sesiones estables y continuadas que se desarrollan durante el tiempo de ingreso, antes y después de la intervención quirúrgica.

5.5. Psicología clínica de enlace con otros servicios del Hospital

Aunque no es posible desarrollarlo ahora aquí, merece la pena hacer referencia a otros campos de colaboración de la Psicología Clínica en función de enlace, atendiendo los aspectos específicos de cada Servicio

- Con el S. de Oncología: la Psicooncología constituye una subespecialidad, con programas complejos ya muy desarrollados.
- Con la Unidad del Dolor y Unidad de Cuidados Paliativos: técnicas de confrontación del dolor y de autocontrol emocional.
- Con Neurología: rehabilitación neuropsicológica, diagnóstico predictivo de la enfermedad de Huntington, epilepsia, diagnóstico diferencial y tratamiento de los trastornos funcionales pseudoepilépticos (pseudocrisis); cefaleas idiopáticas...
- Con Psiquiatría, en la Unidad de Ingreso Breve: programas psicoeducativos, de habilidades de afrontamiento, apoyo psicosocial, técnicas de psicoterapia individual y grupal.
- Con Neumología. Apnea del sueño: alteraciones cognitivo-emocionales derivadas.
- Con Genética: diagnostico precoz de enfermedades graves y su manejo en el entorno familiar.
- Con Endocrinología: trasgresiones con la alimentación y la dieta en la anorexia, diabetes.

- Con el S. de Rehabilitación: procesos de duelo por minusvalías; atención al dolor funcional y dolor crónico; alteraciones funcionales de origen disociativo.
- Con el S. de Cirugía del A. Digestivo: ulcus psicosomático, implantes de reducción gástrica y sus secuelas desadaptativas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tizón García Jl. Componentes Psicológicos de la Práctica Médica. Barcelona: Daima, 1988
2. Cassen NH. Psiquiatría de Enlace en el Hospital general.3ªed Madrid: Diaz de Santos ,1994
3. Rojo Rodes JE. Cirera Costa E. Interconsulta Psiquiátrica. Masson 1997
4. Lobo A, Campayo A. Psiquiatría de enlace. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA, Editores. Manual de Psiquiatría. Madrid: 2009; p 651-60.
5. Pérez García P. La función de contención. Una práctica interdisciplinar en el Hospital. En Clínica y Salud 1992;3(1) 21-34.
6. Winnicott, D.W. La mente y su relación con el psiquesoma. En: Escritos de Pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Laia, 1981; p. 331
7. Cohen S, Herbert TB. Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroinmunology. *Annual Review of Psychology*, 1996, 47:113-142.
8. Ortiz , F. Iniciación a la inmunología. Madrid. Ed. Ibáñez y Plaza. 1997.
9. Vidal J, Tous JM. Psicoinmunología: dimensiones de personalidad y respuesta inmune. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1990, 43 (3),339-342.
10. Kiecolt- Glaser JK, Glaser R. Psychological influences in immunity. Psychosomatics, 1986, 27:261-624.
11. Chiozza, l.. Cuerpo, afecto y lenguaje. Psicoanálisis y enfermedad psicosomática. Buenos Aires. Paidos. 1976
12. Marty P. L'ordre psychosomatique. Paris. Payot.1980.
13. Marty P. Los movimientos individuales de vida y de muerte. Toray. Barcelona. 1984.
14. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires. Libros Básicos.1977.
15. Balint M. La capacitación psicológica del médico. Barcelona: Gedisa; 1984.
16. Pérez García P, Coello De Portugal C. El niño en el Hospital. Psicología de Enlace en Cirugía Pediátrica. En: Valoria JM et al.: Cirugía Pediátrica, Madrid: Díaz de Santos.1994. p. 9 –24
17. Kreisler L. La desorganización psicosomática en el niño. Barcelona:Herder;1985
18. Pérez García, P., García, E., Y Díaz, J.. Psiquiatría de Enlace en Nefrología. El trabajo de equipo y su función mentalizadora. Rev. de Psicoterapia y Psicosomática. Madrid. 1986. 13: 19-31.
19. Bermúdez, J. Estilos de vida y trastornos cardiovasculares. En: E. Echeburúa (Ed), El Estrés. Problemática psicológica y vías de intervención. San Sebastián: servicio de publicaciones de la Universidad del País Vasco, 1989;39-76.
20. Geist J. Como atender al niño antes y después de la hospitalización. Buenos Aires: Paidos. 1982

3.3. Programa de Cuidados Paliativos

Javier Barbero Gutiérrez, Irene Esperón Rodríguez

1. INTRODUCCIÓN

Se pide en este trabajo encuadrar el Programa de Cuidados Paliativos dentro de la filosofía y la metodología de Programas de Enlace, dentro del apartado de Interconsulta y Enlace. En nuestra opinión –y centrándonos en el marco de esta monografía, del hospital general-, la aportación especializada psicoterapéutica paliativa se ha de realizar preferencialmente, en una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), con la presencia del psicólogo integrado en toda la dinámica interdisciplinar del equipo. Pero claro, éste es el escenario óptimo. Sin embargo hay muchos hospitales que no cuentan con Unidades de Cuidados Paliativos con camas asignadas o que no tienen en esa UCP un psicólogo integrado.

En ocasiones, lo que sí que hay son equipos de cuidados paliativos (CP), sin camas asignadas, que hacen un papel de interconsulta para control de síntomas, de evaluación y asesoría, de mediación, de búsqueda de recursos en lo social, etc., y que suelen ser denominados en unos lugares Equipos de Soporte Hospitalario (EHS), en otros Unidades Funcionales Socio-Sanitarias (UFISS)... y que, desafortunadamente, habitualmente no cuentan con psicólogo en la estructura del equipo. Vemos, por tanto, que contamos al menos con cinco escenarios posibles:

a. UCP hospitalaria, con camas asignadas, con psicólogo integrado en el equipo. Se solicita interconsulta al psiquiatra de manera puntual para aporte de psicofármacos que no manejen los médicos de la Unidad. No suele haber programa de enlace.
b. UCP hospitalaria, con camas asignadas, sin psicólogo integrado en el equipo. Se solicita entonces interconsulta al Servicio de Psiquiatría o de Salud Mental del hospital ante casos concretos o/y se establece un programa de enlace.
c. Hospital sin camas asignadas de CP y con ESH con psicólogo. Los profesionales de servicios como oncología, medicina interna, etc., solicitan al ESH la intervención global y más esporádicamente la intervención específica del psicólogo. No hay programa de enlace al no haber servicio específico con el que hacerlo.

d. Hospital sin camas asignadas de CP y con ESH sin psicólogo. Los profesionales de servicios como oncología, medicina interna, etc., solicitan al ESH la intervención global y, conjuntamente con éste, si no se resuelve la problemática psicológica se hace derivación al Servicio de Psiquiatría o Salud Mental. No hay programa de enlace, al no haber servicio específico con el que hacerlo.
e. Hospital sin camas asignadas de CP y sin ESH. Se hacen interconsultas desde los distintos servicios. No hay programa específico de enlace, habitualmente.

Todo diseño de intervención ha de contar con los ***contextos*** y los procesos en los que se ha de producir. Los contextos, como hemos visto, pueden ser muy variados. Los ***procesos***, ya en el hospital, en la última fase de la enfermedad, pueden ser más rápidos de lo habitual, por muchos factores, destacando cuándo se nos hace la petición de intervención si el psicólogo no está integrado en la UCP, pues suele ser una solicitud tardía.

La intervención inscrita en un programa de CP ha de tener en cuenta no solo el contexto y el proceso mencionados, sino también algunas variables imprescindibles[1] para poder dotarse de la calidad adecuada. Ahora vamos a ella, pero previamente, una reflexión inicial que nos parece importante: ***los hospitales generales no han sido pensados para incorporar la filosofía y el funcionamiento habitual paliativos***. Su diseño en estructura y funcionamiento es claramente disonante con el encuadre paliativo, lo que supone una dificultad añadida muy importante para que la intervención desde la perspectiva de enlace sea efectiva y consistente con la mentalidad paliativa.

Vayamos ahora a las variables centrales a tener en cuenta para la intervención psicoterapéutica:

1. Trastornos psicológicos en este ámbito. Efectividad de los tratamientos.
2. Experiencia de sufrimiento. La razón de ser radical de la intervención.
3. Dinámica preventiva.
4. Trabajo con la familia.
5. Trabajo interdisciplinar.
6. Acompañamiento del proceso de adaptación.

2. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN ESTE ÁMBITO. EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

Antes de poner en marcha un recurso que pueda abordar un determinado problema habrá que justificar adecuadamente, en primer lugar, que el problema existe y que sus dimensiones son suficientemente significativas, tanto por su prevalencia como por su relevancia para las personas afectadas. Si los trastornos psicológicos son apenas existentes para los pacientes al final de la vida y sus familias y, además, no suponen un inconveniente especial para ellos, todas las demás consideraciones están de más. Si, por el contrario, la frecuencia y/o intensidad de estos trastornos es importante y el malestar que generan es significativo, la siguiente cuestión será plantearnos el grado de efectividad de los tratamientos y la comparación con otras alternativas.

Apoyándonos en una exhaustiva revisión[2] de estas cuestiones y en la revisión de la literatura, vamos a ver algunos ejemplos con algunos datos que nos puedan ayudar a la reflexión.

A) Síntomas constitutivos de trastorno mental.

Alrededor de la mitad de los pacientes con enfermedad avanzada consiguen afrontar las situaciones aversivas que les rodean sin que sus reacciones psicológicas lleguen a cumplir criterios de enfermedad mental. Sin embargo, la otra mitad desarrolla síntomas constitutivos de un trastorno mental[3]. Esta afirmación, avalada por autores de prestigio en este ámbito como Breitbart o Chochinov, ya de por sí debería llevar a preguntarnos por el tipo de respuesta que ofrecemos frente a ello, pues el "apoyo emocional" que dan otros profesionales será posiblemente condición necesaria pero no suficiente.

B) Ansiedad

La prevalencia de ansiedad en estos pacientes es importante[4]. Pueden presentarla entre el 13% y el 79% de los mismos según el tipo de enfermedad de base y el momento de la evolución de los mismos[5]. Se recomiendan las medidas de apoyo psicológico al paciente y a su entorno como la primera medida que debe proporcionarse tras la valoración individual de cada caso. Los tratamientos farmacológicos se recomiendan cuando el apoyo psicológico no fuera eficaz o posible, sugiriendo entonces la utilización de benzodiacepinas, preferentemente las de acción corta o intermedia. Obviamente, el apoyo psicológico (que va más allá del genérico apoyo emocional), dejará de ser posible si no hay profesionales en el equipo con formación adecuada para prestarlo o los que está previsto que teóricamente lo cubran, no estén realmente accesibles.

C) Depresión

La depresión es hasta tres veces más frecuentes en los pacientes al final de la vida que en población general. En las diferentes series oscila entre el 3% y 77% de los pacientes oncológicos, entre el 10 y 82% de los pacientes con SIDA y en otras series como los pacientes con EPOC o insuficiencia cardiaca puede llegar al 70% o hasta el 50% en los casos de insuficiencia renal[6]. El diagnóstico de la depresión en un paciente en CP es especialmente problemático. Las manifestaciones de la enfermedad y sus complicaciones y los efectos secundarios de la medicación pueden dificultar el diagnóstico[7]. Ante dicha complejidad, nos preguntamos quién hace el diagnóstico diferencial en los equipos de CP… Por otro lado, es sabido que las terapias farmacológicas con antidepresivos en pacientes sin criterios claros de depresión no aportan ningún beneficio clínico[8] y, por tanto, estos fármacos deberían reservarse para las indicaciones claramente establecidas. En cuanto a las terapias no farmacológicas son eficaces en la depresión leve a moderada[9] de los pacientes en CP. Por ello está recomendada que la terapia inicial del paciente deprimido en CP comprenda intervenciones estructuradas psicosociales en las que se incluye la psicoterapia por el personal del equipo que le atiende y si el caso lo requiere por personal especializado dentro de un programa estructurado.

D) Insomnio

El insomnio está alterado en el 50% o más de los pacientes que sufren un cáncer avanzado[10] y puede llegar hasta el 70% dependiendo de la enfermedad de base y el ámbito de atención[11]. Aunque existen muchos ensayos sobre la eficacia de los tratamientos (psicológicos y farmacológicos) en la población general la investigación en pacientes en CP es escasa sobre todo en el caso de medidas no farmacológicas; por ello es preciso recurrir entonces a estudios no experimentales o a la opinión de expertos y a extrapolar datos de otras poblaciones para elaborar recomendaciones sobre el tratamiento de este síntoma. Varios tratamientos cognitivo-conductuales se han convertido en referencias en el tratamiento del insomnio. Su eficacia demostrada en varios meta-análisis en población general[12] es comparable a la de los hipnóticos, sobre el tiempo de conciliación, calidad del sueño y duración de los despertares, y moderada sobre el tiempo total de sueño y número de despertares. Los tratamientos más eficaces son el control de estímulos, al restricción del sueño y el tratamiento multimodal (estrategias múltiples), de ahí que se recomiende el abordaje inicial mediante una estrategia cognitivo-conductual múltiple en todos los pacientes con insomnio.

E) Necesidades Psicosociales

Hay evidencia de que en pacientes con cáncer avanzado, las intervenciones psicosociales producen efectos beneficiosos como la disminución de tristeza y depresión y mejoran los mecanismos de afrontamiento[13], de ahí que se recomiende que los pacientes con niveles significativos de malestar psicológico sean derivados para recibir apoyo psicológico especializado. Como es lógico, la siguiente pregunta sería si realmente y a quién son derivados. Si la sintomatología no es suficientemente intensa, a juicio del médico o la enfermera habitual, se corre el riesgo de no hacer la derivación.

F) Duelo Complicado.

Como es bien sabido, desde CP se aborda la intervención con los familiares de los pacientes, tanto durante el proceso de enfermedad de éstos, como después de su fallecimiento, cuando está indicado. Según la mayor parte de los estudiosos de estas cuestiones, aproximadamente un 10-20% de los dolientes tendrán importantes dificultades en su proceso de adaptación a la pérdida[14]. En el duelo complicado se recomienda derivar a servicios especializados (psicología, psiquiatría, etc.) para recibir intervenciones específicas y estructuradas como terapias de orientación psicodinámicas y cognitivo-conductuales y/o fármacos antidepresivos en la depresión asociada al duelo. Nos preguntamos si los equipos de CP que no cuentan con psicólogo han derivado realmente a un porcentaje similar de familiares a estos profesionales especializados.

3. EXPERIENCIA DE SUFRIMIENTO. LA RAZÓN DE SER RADICAL DE LA INTERVENCIÓN.

Intervenir psicoterapéuticamente en el ámbito paliativo supone aproximarse a la radical experiencia de enfrentarse a la muerte, la pérdida por excelencia y, por ende, a una posible y profunda vivencia de sufrimiento, tanto en el paciente como en sus familiares. Las personas, habitualmente, no queremos morirnos y la muerte supone, hasta que pueda ser integrada –si es el caso- una frustración del proyecto vital que se está desarrollando.

¿En qué consiste eso, precisamente, del sufrimiento? ¿Cuáles son los componentes que operan en esa experiencia de la condición humana y, habitualmente, de la enfermedad grave e incurable? ¿Podemos plantear una determinada conceptualización operativa del sufrimiento? En CP parece necesario tener hoy un marco

conceptual adecuado acerca de esa experiencia, porque el sufrimiento aparece de manera cotidiana en torno al enfermo en fase avanzada-terminal.

Por otra parte, ¿cómo poder intervenir ante algo que ni siquiera sabemos definir en sus componentes? La experiencia dice, además, que el contacto con algo percibido como temible —el sufrimiento y la proximidad de muerte del otro puede impactar negativamente— y de difícil manejo, por su condición de *intangible* y su difícil operativización como problema, puede conducir a muchas conductas de evitación y de escape, también en los profesionales. De hecho, de la tumoración puede encargarse el médico, de la úlcera por decúbito la enfermera, el trabajador social podrá intervenir ante la carencia de recursos económicos, el psicólogo ante la fobia... pero ¿quién se hará cargo del sufrimiento? Porque cuando la tarea es de todos puede acabar ocurriendo que la respuesta no venga de ninguno. Pues bien, el psicólogo no puede mirar para otro lado, aunque solo sea porque la "letra" de esa experiencia suele ir acompañada de una "música" de altísima intensidad emocional.

La experiencia de sufrimiento es universal, ocurre en todos los seres humanos y, a la par, es lo más profundamente particular, es decir, cada uno vivenciamos el sufrimiento de manera muy distinta. Por tanto, nos preguntamos si podemos tener algún modelo sobre la experiencia de sufrimiento que nos acerque a las variables comunes[15] que lo atraviesan, pues de no haberlo, la intervención estaría exclusivamente centrada en el ensayo-error o en una proyección de lo que nos ha ido bien a nosotros particularmente.

Por otra parte, los que trabajamos en ámbitos sanitarios inevitablemente ***vinculamos el dolor al sufrimiento*** y solemos admitir como premisa que son los datos biológicos —y por tanto su resolución— los que fundamentalmente intervendrán en la experiencia de sufrimiento. Es cierto que el dolor suele ser un antecedente importante del sufrimiento. De hecho los pacientes avisan[16] de su sufrimiento fruto del dolor cuando sienten que éste está fuera de control, es abrumador, su fuente es desconocida, es crónico o se le atribuye un significado horrible —comienzo de recidiva de cáncer, etc.—. En esa línea, muchos profesionales intentan demostrar que el dolor puede ser controlado, que podemos aproximarnos a su fuente, cambiar su significado si es irracional, o demostrar que su final puede ser previsible. Sin embargo, es obvio que el dolor no es la única fuente de sufrimiento... El psicólogo o el psiquiatra tienen que ir mucho más allá.

Trabajar con un modelo operativo sobre el sufrimiento en el entorno paliativo es central, decíamos. Sin embargo, en torno a la conceptualización del sufri-

miento en el ámbito clínico encontramos no poca confusión. Kaasa[17] advierte que «es notable la falta de una definición de sufrimiento». No obstante, contamos con aproximaciones interesantes. Cassell[18] ha definido el sufrimiento como «el estado de malestar inducido por la amenaza de la pérdida de integridad —*intactness*— o desintegración de la persona, con independencia de su causa»; nos plantea un concepto más amplio que el de dolor físico y dolor espiritual y puede considerarse de un modo similar al de ***«dolor total»*** acuñado, ya hace más de 30 años, por Cicely Saunders[19], uno de los pilares de los CP modernos. Loeser y Melzack[20], en línea con el pensamiento de Cassell, han definido el sufrimiento como «una respuesta negativa inducida tanto por el dolor como por el miedo, la ansiedad, el estrés, la pérdida de objetos queridos, y otros estados psicológicos», añadiendo, una vez más, que no todo sufrimiento es causado por el dolor pero que, en nuestra cultura tan medicalizada, solemos describir el sufrimiento utilizando el lenguaje del dolor.

No obstante, en estas definiciones da la impresión de que lo que acaba caracterizando al sufrimiento son los *estímulos o situaciones desencadenantes,* o bien el *estado emocional* que genera, y esto parece, al menos, incompleto. Por un lado, ya hemos dicho que puede haber sufrimiento sin presencia de dolor físico, y también sin mediar la experiencia de enfermedad o la situación de exclusión. Por otro, el estado emocional negativo no define necesariamente el sufrimiento, pues aunque todo sufrimiento supone malestar, no todo malestar alcanza la categoría de sufrimiento.

Para poder profundizar en otras variables más amplias y complejas que intervienen en el sufrimiento, un grupo de profesionales planteamos desde los CP un modelo[21] de intervención frente a esa experiencia y para ello partimos de la definición que nos ofrecen Chapman y Gravin[22], dos anestesistas preocupados por ir más allá del mero control de la estimulación dolorosa puramente sensitiva. Para estos autores el sufrimiento es «un complejo estado afectivo, cognitivo y negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla». Es decir, una persona sufre[23] cuando acontece algo que percibe como una personal u orgánica, y ***al mismo tiempo*** cree que ***carece de recursos para hacerle frente***. Como vemos, se trata de un *balance* en el que no sólo cuenta la existencia de una amenaza o su percepción misma, sino también la capacidad de afrontamiento ante la misma, es decir, su controlabilidad o, en el extremo opuesto, la indefensión o impotencia.

En el enfermo terminal, que recibe de manera tan habitual una estimulación sensorial y psicosocial desagradable y que suele vivir una amplia vivencia de indefensión, la experiencia de sufrimiento puede ser muy importante. También hay que considerar la presencia de moduladores añadidos, en especial su estado de ánimo habitual— puede ser de tipo depresivo, ansioso, agresivo...— y los factores contextuales-ambientales.

Este análisis del sufrimiento humano es útil para poder delimitar sobre qué variable podemos intervenir. Al ser una experiencia separable en distintos componentes, nos permite objetivar mejor dónde puede estar el foco del problema y en qué elemento será más efectiva la intervención. Veámoslo con algún ejemplo. Desde el punto de vista de los aspectos psicosociales del sufrimiento, podremos incidir en:

1. La reducción o desaparición de la *estimulación psicosocial* desagradable: por ejemplo, asesorando a la familia acerca de pautas interrelacionales que eviten los reproches al paciente por haber fumado, fomentando la presencia de voluntarios...
2. La reducción o desaparición de la *estimulación biológica* desagradable, que interacciona con la estimulación anterior: por ejemplo, aplicando desensibilización sistemática ante las náuseas condicionadas que produce la sola llegada al hospital…
3. La disminución de la *percepción de amenaza*: por ejemplo, con una buena reestructuración cognitiva acerca del *realismo* de la misma...
4. El incremento del sentimiento de ***controlabilidad*** frente al de indefensión: por ejemplo, fomentando la estrategia de toma de decisiones compartida en torno a la posibilidad de sedación…
5. Enseñando estrategias para reducir el *estado de ánimo* ansioso (visualización, relajación rápida y diferencial...).
6. Fomentando un *contexto* más agradablemente estimulante, más variado, menos depresógeno, que favorezca la presencia de objetos personales y significativos, etc.

De lo que estamos hablando hasta ahora es la experiencia de ***sufrimiento objetivable como problema*** y que, habitualmente, cuando es posible, se resuelve dentro de un sistema más o menos complejo de resolución de problemas.

Pero en CP, el profesional de salud mental se enfrenta también a ***otro tipo de sufrimiento, de corte podríamos denominar existencial[24] o espiritual[25]*** que puede expresarse en pregunta como *"¿por qué a mí? O ¿por qué tengo que*

morirme a los 27 años?" Este tipo de preguntas no tienen respuesta y la ausencia de respuesta genera un alto nivel de sufrimiento cuando las preguntas no son acompañadas ni siquiera por una presencia empática y significativa. O dicho de otra manera, hay experiencias de sufrimiento en las que la dimensión de *misterio* es la más primordial, aunque también, como decíamos, hay otras en las que prevalece la dimensión de *problema* y en las que podemos, como hemos visto, actuar sobre distintos componentes. Se puede intervenir en ambos niveles. A veces con acompañamiento y a veces con estrategias de resolución. También es importante afirmar que la estrategia de la interconsulta es la menos indicada para generar un acompañamiento real y suficientemente continuado y sistemático.

En todo este proceso será muy importante ***explorar***, y no dar por supuestas, tanto las preocupaciones como los recursos de la persona que sufre. Insistimos en la necesidad de «no dar nada por supuesto», dado que el sufrimiento es una experiencia profundamente subjetiva que ningún ser vivencia de la misma manera que otro. Reconocer la subjetividad y el derecho que la persona tiene a la expresión de la misma es la manera de personalizar el apoyo y de situarla en condiciones de simetría, en un trato de sujeto autónomo a sujeto autónomo.

4. DINÁMICA PREVENTIVA

Se está perdiendo la dimensión preventiva del sufrimiento que nos propone la Organización Mundial de la Salud, que nos define[26] el Cuidado Paliativo como "el enfoque que mejora la calidad de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la ***prevención*** y alivio del ***sufrimiento***, por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales". El trabajo preventivo psicológico se realiza precisamente porque no se pretende psicopatologizar ni medicalizar el sufrimiento.

Un ejemplo de prevención de la morbilidad psicológica es la facilitación continuada y monitorizada de los procesos de adaptación. ¿Por qué cuesta tanto situarse en dinámica preventiva? A nuestro entender, hay tres razones: la prevención no tiene refuerzos inmediatos, suele ser difícil evaluar sus resultados y, en último término, supone un coste emocional importante cuando se trata de "comunicación difícil".

Realizar un trabajo desde la perspectiva de la interconsulta no integra la dimensión preventiva, entra en otra lógica. Trabajar desde un programa de enlace

podría hacerlo si, al menos, es capaz de establecer y consensuar entre los distintos equipos, los factores de riesgo de descompensación psicológica en pacientes y familiares y de desarrollo futuro de duelo complicado en familiares. Y asimismo, los factores de protección. Un estilo de prevención secundaria interesante.

La cuestión de la prevención es central. A veces el sistema impone a profesionales no especializados en este ámbito (médicos y profesional de enfermería) responsabilidades para las que no les he provisto de formación específica pertinente, con el entrenamiento y supervisión adecuados. ¿Son los médicos y las enfermeras profesionales capaces de realizar intervenciones específicas ***preventivas*** de crisis de angustia vital, de duelo complicado, de bloqueo emocional, del pacto de silencio refractario, de la claudicación familiar, del burn-out de los profesionales...? La dimensión preventiva, ciertamente, nos toca a todos, pero ¿se realiza desde los equipos con actuaciones paliativas generales o con intervenciones específicas?

Una última reflexión en torno a la dimensión preventiva. El hospital no ha sido diseñado, ni en su estructura ni en su funcionamiento, para trabajar con esta óptica. Está preparado para la intervención aguda ante los procesos agudos o, si se prefiere, para la intervención en crisis ante situaciones agudas o críticas, de hecho en todo hospital que se precie hay una Unidad de Cuidados Críticos (intensivos), pero no necesariamente una UCP. La situación de enfermedad al final de la vida no se constriñe a la fase agónica (aunque una gran parte de las derivaciones, desafortunadamente, estén muy cercanas a ella) y demanda de nosotros acompañar un proceso terapéutico que, como luego veremos, está inmerso en la dinámica de los procesos de adaptación, algo muy diferente a la intervención en crisis.

5. TRABAJO CON LA FAMILIA

El hospital tampoco suele estar diseñado para la presencia habitual o constante de la familia; en todo caso, para la visita familiar de dos horas. Sin embargo, en todos los manuales de CP se asume –por seguir con el ejemplo- que la presencia de la visita ha de ser facilitada, si así lo desean, las 24 h. Volvemos a la cuestión de los contextos y los procesos.

Habitualmente, en un hospital la familia es vivida fundamentalmente como un estorbo a la dinámica asistencial. Y, como mucho, como un elemento de apoyo y de cuidado del paciente. Sin embargo, no suele estar concebida como receptora de cuidados o/y de intervención psicoterapéutica. Tampoco, por tanto, como sujeto

de derechos. El cambio de óptica es fundamental y no solo desde una perspectiva consecuencialista (la familia acaba siendo el núcleo fundamental del apoyo al enfermo), sino también desde la aseveración sobre el ***derecho que tiene a ser cuidada*** por el hecho de sufrir significativamente.

Los CP tienen un enfoque muy distinto al habitual del hospital general, lo que nos vuelve a plasmar la disonancia entre CP y hospital. Para los paliativistas –y así rezan los documentos más clásicos[27]-, el binomio paciente-familia son la unidad asistencial a tratar.

Desde esta perspectiva, el psicoterapeuta ha de ser muy consciente de que la familia también tiene que pasar su ciclo de adaptación ante la enfermedad avanzada-terminal de su ser querido. Percibe la amenaza del cambio en la estructura familiar, pero también en la dinámica. Los roles cambian, así como las rutinas y las prioridades y, además, se sobrecarga el cansancio por las nuevas variables aparecidas. Independientemente de la necesaria prevención de duelo complicado, dos son algunas de las situaciones más habituales que pueden presentarse en el contexto de los CP y que describiremos brevemente: el pacto de silencio y la claudicación familiar. Veámoslo.

a) Pacto de Silencio: Se trata del acuerdo implícito o explícito de alterar la información al paciente por parte de familiares, amigos y/o profesionales sanitarios con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación. En nuestro ámbito suele ser un pacto de silencio de la realidad pronóstica. Las razones de este pacto son varias. En primer lugar, la familia siente la necesidad de proteger al paciente "que ya está suficientemente herido por su enfermedad", temiendo producir más sufrimiento que beneficio. Se teme su desbordamiento emocional: "nosotros le conocemos muy bien y sabemos que no lo podría soportar". Es una argumentación con aparente lógica interna, pero que no se suele corresponder con la realidad. Por un lado, parece demostrado que aunque a corto plazo la información de una mala noticia puede aumentar la ansiedad, los beneficios a medio plazo justifican dar la información, si el paciente lo desea. La segunda razón, difícilmente reconocida al inicio por los familiares, suele tener que ver con la necesidad de autoprotegerse de los propios familiares, probablemente, como consecuencia de un desfase en el proceso de adaptación a la situación. Ello pone de manifiesto las dificultades de la familia para enfrentarse al sufrimiento de lo que sucede y, en este sentido, necesitarían y/o desearían negarlo. Es la forma de *evitar, posponiendo,* situaciones percibidas como dolorosas. En último lugar, también puede tener que ver con la dificultad de algunos profesionales para abordar situaciones en que

la comunicación se hace especialmente difícil, como el hecho de dar malas noticias, especialmente pronósticas, y de hacerse cargo de las intensas emociones que se suscitan.

Habrá que explicitar a la familia una distinción que es clara desde el punto de vista tanto técnico como ético: el objetivo –el fin- es el bienestar, no la información; ésta es un medio que puede facilitar o dificultar el objetivo. Dicho de otro modo: los profesionales sólo informaremos al paciente si éste quiere ser informado, de hecho, nosotros le diremos *todo lo que quiere saber y sólo lo que quiere saber*. No es más, pero tampoco menos. Tan negativo es informar a un paciente que no desea estar informado, como privarle de datos a aquel que quiere gestionar el último proceso de su vida con conocimiento de la realidad. Uno de los miedos de la familia es que el proceso comunicativo-informativo sea brusco e inadecuado. Ahí tienen razón. Parece lógico que los profesionales tengamos que esmerarnos en conocer y utilizar las estrategias de "cómo dar malas noticias" y en acompañar los procesos emocionales que a corto plazo, inevitablemente, se derivan. La experiencia y la investigación hablan de que, habitualmente, será mucho más adaptativo informar que no hacerlo. La verdad da soporte a la esperanza, mientras que el engaño, independientemente de su bienintencionada motivación, conforma la base del aislamiento y la desesperación. Pero en último término, lo que cuenta es la decisión del paciente, no la del profesional ni la del familiar y, por ello, será fundamental distinguir entre las necesidades reales de los pacientes y las de sus familiares y allegados, tanto desde la perspectiva técnica como ética.

b) Por ***claudicación familiar***[28] entendemos la incapacidad de los miembros de una familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente. Se manifiesta en la dificultad en mantener una comunicación positiva con el paciente, entre los miembros sanos y con el equipo terapéutico, y/o en que la presencia y/o calidad de los cuidados puede quedar comprometida. Si no se resuelve, el resultado suele ser el abandono emocional del paciente y/o la ausencia o deterioro de los cuidados prácticos del mismo. Es un motivo de gran sufrimiento para el enfermo. En casos extremos puede llevar a malos tratos por negligencia en los cuidados, sobre todo en el ámbito domiciliario.

Para intervenir, la premisa fundamental será evitar juicios de valor con respecto a la familia. No suele ser una cuestión de querer, sino de poder y, en muchos casos, desconocemos la trama histórica de relaciones y las capacidades reales de soporte. La actitud más correcta será mantener a la familia y al paciente como unidad asistencial, intentando compatibilizar valores, intereses y satisfactores.

6. TRABAJO INTERDISCIPLINAR EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.

Ya hace 20 años, las primeras recomendaciones[29] sobre CP de la SECPAL hablaban del ***equipo interdisciplinar*** como uno de los *instrumentos básicos*, «ya que es muy difícil plantear los CP sin un trabajo en equipo que disponga de espacios y tiempos específicos para ello, con formación específica y apoyo adicional».

Estamos ante uno de los aspectos más complejos y menos estudiados de los CP, que además, también entra en colisión con el funcionamiento habitual del hospital general, en el que no suele haber trabajo en equipo realmente, más allá de la compleja y jerárquica relación médico-enfermera. Del mismo modo que también sabemos que de la composición ***multiprofesional*** de un equipo de CP no se deriva necesariamente una gestión ***interdisciplinar*** del mismo o lo que algunos denominan un dinamismo transfuncional[30].

La mirada hacia los equipos de CP puede ser variada[31]. Si atendemos a *la* ***composición***, muchos paliativistas considerarían la denominación de *multiprofesionales*, dada la variedad de profesiones de los diferentes miembros del equipo. No hay necesariamente consenso. Para algunos, los equipos que se componen únicamente de médico y enfermera serían *biprofesionales*, porque el término multiprofesional aludiría a una mayor variedad y polifonía, en nuestro caso la que tiene que ver con la presencia de profesionales de salud mental.

Si atendemos a ***la interacción***, al tipo y grado de colaboración mutua, la mayoría de los paliativistas abogarían por una adscripción al término *interdisciplinariedad*. Sin embargo, esto nos define únicamente la necesidad de un abordaje colectivo de la tarea frente al clásico diseño de puestos individuales, pero no nos especifica en qué consiste realmente esa interacción, aunque sí sepamos que un equipo no es la suma de competencias sino, en todo caso, la sinergia de competencias compartidas.

Y ya por último, si atendemos a ***la complejidad*** de la tarea y a un trabajo en profundidad sobre la misma, los equipos podrían ser *unidimensionales* (caso de intervenir básicamente en la dimensión biológica del paciente) o *multidimensionales*, en la medida en que abarcan la pluralidad de dimensiones significativas de la persona (corporal, social, espiritual, ética, cognitiva, emocional, etc.).

En definitiva, los equipos de CP intentan funcionar interdisciplinarmente, y no sin dificultad, pues aún están sin definir los parámetros y los estándares en cuestiones tan centrales como la participación de los profesionales en los objetivos del equipo, la cohesión grupal y la pertenencia percibidas, las herramientas de coor-

dinación y de transmisión de información intraequipo, el grado de colaboración interdisciplinar real, la facilitación de liderazgos múltiples, los distintos niveles de comunicación, tanto formal como real, la prevención y el abordaje de los conflictos, las estrategias de cuidado mutuo -explícitas o implícitas- dentro del equipo, el manejo de las relaciones de género, la incidencia de la disponibilidad de recursos, fundamentalmente de personal, la capacidad como equipo de detectar y abordar las necesidades de pacientes y familiares, la formación explícita sobre trabajo en equipo, el nivel de coordinación con los equipos que derivan pacientes, y un largo etcétera que tendríamos que resituar. En definitiva, nos preguntamos por las *estructuras* (los equipos de trabajo), los *procesos* (las modalidades y mecanismos de trabajo en equipo) y los *resultados* (vinculados a los objetivos de un buen CP).

Ante toda esa complejidad, ¿cómo se sitúa el psicólogo o psiquiatra en relación con esa tarea y con ese equipo? Desde luego, será mucho más sencillo si el profesional está completamente integrado en la dinámica de equipo. Si no lo está, será central contemplar esta singularidad del trabajo en equipo, precisamente porque su intervención puntual puede tener o resonancia terapéutica en el paciente y familia desde la congruencia del quehacer del resto del equipo o exactamente lo contrario, es decir, producir bloqueo terapéutico y no la debida irradiación terapéutica.

Veamos un ejemplo. La información pronóstica. Si el profesional de salud mental no forma parte del equipo, antes de intervenir tendrá que conocer hasta dónde sabe el paciente, hasta dónde quiere saber, qué estrategias de afrontamiento está manejando, cuál es la posición de la familia al respecto, cómo le está afectando emocionalmente, etc. y todo esto dentro de un equipo que puede tener posiciones distintas en torno a la información que se le ha dado o se le piensa dar… Necesitamos niveles de integración de los profesionales de salud mental cada vez mayores y más sistemáticos; si no para resolver problemas, al menos para acompañar procesos, como veremos ahora, especialmente delicados e importantes.

7. ACOMPAÑAMIENTO DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN.

Los profesionales, en un momento tan especial por el que pasa el paciente, pueden dedicarse a garantizar los mínimos (controlar los síntomas, por ejemplo, ayudando a disminuir la sintomatología ansiosa) o a promover los máximos, dentro del proyecto biográfico que pueda tener el paciente. Una vez más aparece la disonancia con el esquema del hospital general, que tiene como misión "reparar"

un organismo dañado, es decir, reducir o anular el daño, pero no facilitar el desarrollo de los proyectos personales. La peculiaridad de la intervención paliativa es que el paciente se encuentra, temporalmente, ante la ***oportunidad de cerrar un proyecto biográfico particular en medio de un escenario de deterioro y enfermedad y con muy poco tiempo por delante***. Los profesionales podemos ser facilitadores de este proceso o inhibirnos ante esta posibilidad. Nos preguntamos si la intervención desde la perspectiva de interconsulta o enlace aborda esta oportunidad.

Ya contamos con abundante literatura en torno a diferentes modelos que intentan conceptualizar el proceso de adaptación. Desde el clásico de Kühbler-Ross[32], ya superado, que habla de cinco fases (negación, rabia, pacto, depresión, aceptación) a los más recientes de Kathleen Dowling Singh[33] (caos, rendición / entrega, aceptación) o de Monika Renz y cols[34]. (pretransición, transición y postransición). En todos ellos se sugiere la posibilidad de que los profesionales planteemos –como una opción- y siempre en un marco de intervención psicoterapéutica adecuado, la cuestión tan compleja de la aceptación[35] de la muerte. Obviamente, es una cuestión radicalmente distinta a la resignación. A nuestro entender la clave está en lo "adaptativo" que sea el sistema de afrontamiento del paciente, es decir, si la negación es adaptativa habrá que respetarla y, es más, también puede haber formas de aceptación claramente desadaptativas (sobre todo cuando el proceso se alarga sobremanera). No obstante, la experiencia dice que entrar en una dinámica de aceptación de la realidad –por dura que sea- puede ser una oportunidad para la persona para el cierre del ciclo actual biográfico, hecho con serenidad. Ahora bien, se necesita de profesionales de salud mental muy bien formados y con actitudes[36] de manejo psicoterapéutico suficientemente entrenadas, que permitan sostener, para que la persona pueda aceptar y, en último término, si así lo desean o lo precisan, transcender (el término transcendencia, en este ámbito, no queda para nada relegado a la dimensión religiosa).

8. REFLEXIONES FINALES

Todavía hay algunos responsables políticos de Programas de Cuidados Paliativos autonómicos[37] que sostienen que los equipos específicos de CP no tienen por qué contar con profesionales de salud mental especializados con formación para la tarea y no solo en el hospital, sino también en la atención domiciliaria. Es un llamati-

vo desconocimiento de la realidad. Pregúntese, estimado lector, cuántos pacientes en fase avanzada-terminal conoce usted que hayan sido tratados en su domicilio por los psicólogos o psiquiatras de los Centros de Salud Mental. Ciertamente, no todos lo precisarían, indudablemente… aún y todo intente responderse a esa pregunta.

A los médicos y enfermeros de los equipos de CP también les podríamos preguntar –a modo de ejemplo- las siguientes cuestiones:

- ¿Son ustedes capaces de ***evaluar*** el estado cognitivo del paciente –más allá de pasar un Mini-Mental-, los síntomas psicológicos refractarios, la capacidad para la toma de decisiones, las estrategias de afrontamiento, la dinámica familiar, el desajuste emocional de los familiares más vulnerables, la negación desadaptativa, la experiencia de culpa, los trastornos del estado de ánimo u otras alteraciones psicopatológicas y un largo etcétera…?
- ¿Son ustedes capaces de realizar el ***tratamiento*** psicológico de la intervención en crisis, la adhesión a los tratamientos medicamentosos, los cuadros de ansiedad o depresión, el manejo de reacciones emocionales desadaptativas, de la facilitación de estrategias de aumento de percepción de control o de disminución de la percepción de amenaza, la mejora de la autoestima, los aprendizajes en asertividad para mejorar la comunicación difícil, etc.?
- ¿Conocen ustedes de qué va la Terapia de la Dignidad de Chochinov et al[38]. o la Terapia Familiar de Duelo de Kissane et al[39]., o la aplicación de la desensibilización sistemática ante el miedo o…?
- ¿Conocen y desarrollan estrategias de cuidado a los profesionales que están en la *trinchera* del día a día? ¿O las herramientas formativas y de supervisión que mejoren la calidad del proceso informativo o de la conocida como comunicación difícil?
- Pero sobre todo, más allá de las intervenciones con la sintomatología ansiosa o depresiva, etc. de los pacientes o sus familias, ¿manejan ustedes las herramientas que utiliza el psicólogo o el psiquiatra para la prevención o el alivio del sufrimiento?

Los CP no tienen un fácil acomodamiento en el sistema sanitario, que incorpora con dificultad lo psicosocial y, por la misma razón, tampoco en el hospital general. La presencia de profesiones de salud mental ha de tener en cuenta la radical disonancia que hemos ido explicitando entre la dinámica hospitalaria habitual y la dinámica paliativa. Si no es tenida en cuenta, el fracaso está garantizado.

Nuestra propuesta va en la línea de integrar al psicólogo o al psiquiatra de modo estable en las UCP o en los equipos de CP que intervienen de manera específica, diseñados para ello. En otro tipo de servicios clínicos[40] del hospital está siendo experimentado y con éxito. En la tabla 1 se postulan de manera esquemática las diferencias de este modelo con el de interconsulta.

Tabla 1 - Ejes de la propuesta: Decálogo del modelo de Integración. Adaptado de García-Llana et. al[40]., 2010.

Modelo de Integración en el Servicio		Modelo de Interconsultoría Externa	
1.	Trabajo continuado	1.	Intervención puntual
2.	Trabajo programado y proactivo	2.	Trabajo a demanda
3.	Trabajo preventivo	3.	Intervención en Crisis
4.	Procesos de adaptación	4.	Control de síntomas
5.	Unidad paciente-familia	5.	Paciente
6.	Interdisiciplinar	6.	Multidisciplinar
7.	Creación de alianzas construyendo equipo	7.	Aportación de actividades
8.	Centrado en heridas y capacidades	8.	Centrado en síntomas y problemas
9.	Psicología de la Salud	9.	Psicología Clínica
10.	Sufrimiento	10.	Psicopatología

Es muy posible que la pluralidad de modelos ayude a diversificar las presencias e intervenciones psicoterapéuticas según los diferentes contextos y los distintos medios con los que se cuente. Lo que sí que es cierto es que necesitamos no solo decisiones técnicas y organizativas, sino también de ***política sanitaria*** para buscar esa pluralidad de modelos, dentro del hospital, que puedan adaptarse a las necesidades de los pacientes y familiares. Decimos que es una decisión también política porque en función de los recursos que se empleen y de cómo se utilizan se visibilizan también las prioridades que las instituciones y los profesionales nos damos o vamos dando. Dime en lo que inviertes y te diré en qué priorizas tus energías y tus recursos.

Hoy por hoy el ***sufrimiento*** no está dentro de la cartera de servicios del sistema, al que solo le caben patologías. Los profesionales de salud mental que estamos en escenarios del final de la vida tenemos la responsabilidad de visibilizar su presencia y las posibilidades de intervención en un medio tan complejo como son los cuidados paliativos. Del mismo modo, la presencia de estos profesionales en el hospital también puede servir para ***cuestionarnos otras manera de hacernos presentes los psicólogos y los psiquiatras*** y de modelar estilos de relación terapéutica, basados en determinadas formas de participación en los procesos

de toma de decisiones, en estrategias de sostener al paciente tras un acúmulo de malas noticias y un largo etcétera que puede ser enormemente útil como valor añadido y de cuestionamiento a las no siempre terapéuticas maneras de comunicación clínica en el hospital. Es posible que no aporte demasiadas respuestas, pero sí creemos que al menos hará que surjan las preguntas.

BIBLIOGRAFÍA

1 Barbero J. Psicólogos en Cuidados Paliativos: El Largo Camino de la Extrañeza a la Integración. Clinica Contemporanea 2010; 1, 1: 39-48.

2 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08.

3 Breitbart W, Chochinov HM, Passik SD. Psychiatric symptoms in palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford University Press:2004.

4 Grov EK, Dahl AA, Moun T, Fossa SD, et al. Anxiety, depression and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase 11. Anals of Oncology 2005 Jul; 16 (7): 1185-91.

5 Solano JP, Gomes B, Higginson IJ.A comparison of symptoms prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. J Pain Sympton Manage 2006 Jan:31 (1):58-69.

6 Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. (op.cit).

7 Carr DB, Goudas L, Lawrence D, et al. Management of cancer sympthoms: pain, depression and fatigue. Evidence report/technology assessment number 61. Prepared by the New England Medical Centre Evidence-based practice centre and the contract No 290-97-0019. AHRQ Publications No. 02-E032.

8 Stockler MR, O'Connell R, Nowak AK, Goldstein D, Turner J, Wilcken NR et al. Zoloft's Effects on Symptoms and survival Time Trial Group. Effect of sertraline on symptoms and survival in patients with advanced cancer, but without major depresión: a placebo-controlled double-blind randomised trial. Lancet Oncol 2007; 8: 603-612.

9 Rodin G, Lloyd N, Katz M, Green E, Macay JA, Wong RK. The treatment of depression in cancer patient: a systematic review. Support care cancer 2007 Feb; 15 (2): 123-36.

10 Santaella MJ, Santuri RB. Sleep in palliative care. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Third ed. Oxford Univeristy Press:2004.

11 Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. (op.cit).

12 Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles D, et al. Comparative metha-analyses of pharmacotherapy and behaviour therapy for persistent insomnia. Am J Psychiatry. 2002 Jan; 159 (1): 5-11.

13 Uitterhoeve RJ, Vernooy M, Litjens M, Potting K, Bensing J, De MP, et al. Psychosocial interventions for patients with advanced cancer- a systematic review of the literature. British Journal of Cancer 2004; 91 (6): 1050-62.
14 Kristjanson L, Lobb E, Aoun S. A systematic review of the literature on complicated grief. www.health gov Australia, 2006.
15 Benito E, Barbero J. El sufrimiento en clínica. Incorporando las tradiciones de sabiduría. En: Benito E, Barbero J, Dones M (ed). Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. Monografías SECPAL nº 6. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2014; 45-58.
16 Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of Medicine. N Engl J Med 1982; 306: 639-45.
17 Kaasa S. Suffering. A multidimensional concept in clinical practice. TPCC Bulletin 1995; 12; 3.
18 Cassell EJ. The nature of suffering: physical, psychological, social and spiritual aspects. En: Stark P, McGovern J (ed). The hidden dimension of illness: human suffering. New York: National League for Nursing Press, 1992; 1-10.
19 Saunders C. The philosophy of terminal care. En: Saunders C (ed). The management of terminal malignant disease. Londres: Arnold, 1984; 232-41.
20 Loese JD, Melzack R. Pain: an overview. Lancet, 1999; 353: 1607-9.
21 Bayés R, Arranz P, Barbero J, Barreto P. Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. Medicina Paliativa 1996; 3, 3: 114-21.
22 Chapman CR, Gavrin J. Suffering and its relationship to pain. J Palliat Care 1993; 9,2: 5-13.
23 Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel, 2003.
24 Boston P, Bruce A, Schreiber R. Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. J Pain Symptom Manage 2011; 41: 604-618.
25 Saunders C. Velad conmigo. Madrid: SECPAL, 2011.
26 World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible en: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (Acceso Diciembre 2014) 2003.
27 WHO. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organization. Technical Report Series 804. Geneva, 1990.
28 Barbero J, del Rincón C. Claudicación familiar. Cuidar al cuidador. En: Murillo M (Ed.). Cuidados Continuos en Oncología Radioterápica. Madrid: Grupo CONTINU-OR – Medical Practice Group, 2007: 563-574.
29 Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Ministerio de Sanidad y Consumo. 1993.
30 Kozlowski SWJ, Watola DJ, Jensen JM, Kim BH, Botero IC. Developing adaptive teams: A theory of dynamic team leadership. En: Salas E, Goodwin GF, Burke CS, editores. Team Effectiveness in Complex Organizations. Nueva York: Psychology Press; 2009. p.113-55.
31 Grupo de Trabajo SECPAL "Trabajo en Equipo". Equipos de trabajo y trabajo en equipo: de la ignorancia a la oportunidad terapéutica en la atención paliativa (Editorial). Med Paliat 2014; 21 (1): 1-2.
32 Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Madrid: Grijalbo, 1960.

33 Singh KD. The Grace in Dying: How we are transformed Spiritually As we Die. San Francisco. California: Harper Collins, 1998.
34 Renz M, Schuett M, Bueche D, Cerny Th, Strasser F. Dying is a Transition. American Journal of Hospice & Palliative Medicine 2012; 30 (3): 283-290.
35 Breibart W. Acceptance of death as a goal of psychosocial palliative care. IPOS 10th World Congress. Madrid, 2008.
36 Barbero J, Esperón I. Las actitudes como herramientas claves para el acompañamiento. En: Benito E, Barbero J, Dones M (ed). Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. Monografías SECPAL nº 6. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2014; 111-129,
37 Barbero J. Psicólogos en Cuidados Paliativos: la sinrazón de un olvido. Psicooncología 2008; 5, 1: 179-191.
38 Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. J Clin Oncol 2005 Aug 20; 23(24): 5427-8.
39 Kissane DW, BlochS, McKenzie M, McDowall AC, Nitzan R, Family grief therapy: a preliminary account of a new model to promote healthy family functioning during palliative care and bereavement. Psychooncology 1998 Jan-Feb; 7(1): 14-25).
40 García-Llana H, Barbero J, Olea T, Jimenez C, del Peso G, Miguel JL, Sánchez R, Celadilla O, Trocoli F, Arguello MT, Selgas. Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología: criterios y proceso. Nefrología 2010; 30 (3): 297-303.

3.4. Programa de Atención Psicológica al Dolor Crónico

Marina Sánchez Caballero, Rodrigo Viejo García, Mar Rivas Rodríguez, Marta G. Rojo Carrera

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2007, se viene desarrollando en el Hospital Universitario de Getafe (HUG) un programa de atención psicológica en formato grupal para el abordaje del dolor crónico. El programa parte del planteamiento, respaldado por la literatura científica, de que los factores emocionales y mentales actúan modulando la percepción del dolor (1-3). La intervención sigue un enfoque multidisciplinar que abarca aspectos psicológicos, médicos y rehabilitadores. Se lleva a cabo por residentes de Psicología Clínica de primer y segundo año dentro de la formación de Atención Continuada del HUG, en colaboración con la Unidad del Dolor y el Servicio de Rehabilitación.

Entre los objetivos generales del programa destacan:

a) Proporcionar a pacientes con dolor crónico estrategias de afrontamiento ante sentimientos, emociones y pensamientos negativos relacionados con el dolor.

b) Promover en los pacientes una posición como agentes activos frente a la enfermedad.

c) Favorecer la expresión emocional y compartir experiencias a nivel grupal.

d) Aprendizaje de técnicas específicas para un mejor manejo del dolor.

El programa está estructurado en dos partes: una fase de evaluación psicológica, que se realiza en dos entrevistas individuales y una segunda fase de tratamiento psicológico, en formato grupal.

EVALUACIÓN

El objetivo de esta fase de evaluación es determinar si los pacientes derivados desde la Unidad del Dolor a este programa podrían beneficiarse de un tratamiento

psicoeducativo grupal para el manejo del dolor crónico. El proceso de evaluación se realiza en dos entrevistas individuales de 45 minutos de duración.

Las principales variables a explorar en esta fase del programa son la valoración del significado del síndrome del dolor, la representación interna del dolor, las características psíquicas previas a la enfermedad, la afectación funcional de la enfermedad y de la calidad de vida, así como la existencia de tratamientos previos o simultáneos específicos o por trastornos psíquicos asociados.

El Protocolo de Evaluación Psicológica del dolor crónico se compone de:

1. Entrevista semiestructurada: datos sociodemográficos, historia del problema, situación laboral, hábitos de salud y rutina diaria, sueño y expectativas (elaborada por el Servicio S.M.).
2. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (4).
3. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trate Anxiety Inventory, STAI) (5).
4. Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (Fibromyalgia Impact Questionnaire, FIQ) (6).
5. Inventario de Crecimiento Postraumático (Post-traumatic Growth Inventory, PGI) (7).

Tras realizar las dos entrevistas de evaluación, se valora si el paciente podría beneficiarse del tratamiento psicoeducativo grupal teniendo en cuenta los siguientes criterios de exclusión: presentar un trastorno mental u orgánico grave, baja capacidad de insight, baja motivación por iniciar un tratamiento grupal, procesos vitales que dificultan poder centrarse en el proceso del dolor y/o estar pendiente de una operación quirúrgica.

TRATAMIENTO GRUPAL

El tratamiento psicológico para el dolor crónico parte de un enfoque psicoeducativo y consta de 11 sesiones de una hora y media de duración con una frecuencia semanal. Se realiza una última sesión de seguimiento a los tres meses tras finalizar el tratamiento. El grupo está constituido por 8-12 pacientes y dos coterapeutas. Además, se cuenta con una supervisión semanal de cada una de las sesiones por parte de un Psicólogo Clínico.

Cada sesión está enfocada a un tema específico relacionado con el manejo del dolor crónico y está basado en diversos programas de tratamiento (8-10). Se com-

plementan con tareas para casa que se revisan semanalmente. Además, se entrega a los participantes material didáctico complementario (CD de relajación, diversos autorregistros, lecturas de apoyo, etc.).

Sesión 1: Presentación

Sesión de bienvenida dedicada a la presentación del programa, junto con la colaboración del jefe de la Unidad del Dolor. En esta sesión se explican los objetivos del grupo, el encuadre de la terapia y las normas básicas del funcionamiento grupal. Por último, se invita a los participantes a presentarse y exponer su situación personal en relación a la problemática del dolor.

Sesión 2: El estado emocional y la respiración

Se trabaja sobre la identificación, aceptación y expresión de las emociones asociadas con el proceso de dolor crónico, haciendo especial mención a las emociones suscitadas con el trato recibido por el personal y las instituciones. Cabe destacar que los contenidos abordados en esta sesión se trabajarán de manera transversal a lo largo del proceso grupal. Se trabaja también entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática.

Sesión 3: Estado emocional y dolor

En colaboración con la Unidad del Dolor, se expone la Teoría de la Puerta como marco teórico de referencia así como la explicación del "círculo vicioso" entre la influencia de las emociones, la tensión muscular y la experiencia de dolor. De este modo, se aporta una explicación alternativa al problema del dolor crónico en la que se promueve un estilo de afrontamiento más activo. Se ofrece, además, un entrenamiento en relajación con imaginería visual.

Sesión 4: Actividades diarias y ejercicio físico

Se explica la influencia del dolor en el nivel de actividad, identificando en cada paciente su patrón más característico: perfil de Alta, Mixta o Baja actividad. El objetivo sería la búsqueda de un equilibrio entre descanso y actividad que permita que el dolor interfiera lo menos posible en la vida de la persona.

Sesión 5: Unidad de Rehabilitación

En esta sesión, en colaboración con la Unidad de Rehabilitación, se explican medidas de higiene postural a través de distintos ejercicios. Se trabaja también la aplicación a tareas cotidianas.

Sesión 6: Proceso de adaptación

Esta sesión se centra en la elaboración del duelo ante la pérdida de la salud y de las capacidades previas, con la consecuente interrupción del sentido de la identidad personal. Asimismo, se promueve el desarrollo de proyectos futuros para favorecer la adaptación a su situación de dolor.

Sesión 7: Focalización de la atención

Se trabaja la forma en que uno se relaciona con el dolor y cómo esto influye en el sufrimiento que el dolor produce. El objetivo es empezar a aprender a prestar atención a nuestras experiencias internas (sensaciones, emociones y pensamientos) momento a momento y sin juzgarlas, con el fin de disminuir el sufrimiento asociado a la experiencia de dolor.

Sesión 8: Pensamientos negativos y dolor

Se explica cómo las cogniciones modulan la experiencia del dolor a través del diálogo interno de las pacientes. Se trabaja la observación y distanciamiento de los pensamientos y cómo influye esto en la vivencia del dolor y en el estado de ánimo.

Sesión 9: La comunicación

Se centra en los efectos que genera el dolor en las relaciones, a través del análisis de pautas disfuncionales de comunicación con el entorno y de la propia dificultad para trasmitir la experiencia de dolor. Se trabajan formas de comunicar alternativas que fomenten la asertividad.

Sesión 10: Relaciones de pareja y sexualidad

En esta sesión se aborda el proceso de adaptación en la relación de pareja tras la aparición del dolor, con especial énfasis en la sexualidad entendida en un sentido amplio. Se destaca la importancia de poder expresar los deseos y miedos relativos a las relaciones sexuales para favorecer un clima de pareja basado en el cariño y la confianza.

Sesión 11: Recapitulación y prevención de recaídas

El grupo se cierra con una sesión dedicada a revisar distintos aspectos del desarrollo de las sesiones, por medio de cuestionarios de evaluación y teniendo en cuenta la devolución que las pacientes realizan acerca de qué les ha ayudado más. Se trabaja también la prevención de recaídas señalando que el grupo es el primer paso de un largo proceso.

Sesión de seguimiento

Tiene lugar tres meses después de finalizar el grupo. En ella se vuelven a administrar los cuestionarios de evaluación y se invita a los pacientes a compartir su experiencia con el objetivo de evaluar el mantenimiento de los avances

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde la implantación del programa en el hospital, la Unidad del Dolor ha derivado un total de 397 pacientes para el proceso de evaluación, de los cuales 136 fueron incluidos en la fase grupal y distribuidos en los 14 grupos llevados a cabo hasta la fecha.

Diversos factores han contribuido al desarrollo del programa psicoeducativo grupal para el dolor crónico:

- En primer lugar, la creciente concienciación acerca de incluir un abordaje biopsicosocial y multidisciplinar para el tratamiento del dolor crónico (11).
- En segundo lugar, la constatación de que el tratamiento farmacológico resulta insuficiente para este tipo de patologías. De hecho desde la implantación del programa, la Unidad del Dolor ha observado un descenso en el número de demandas de atención, así como del tratamiento farmacológico, en un gran número de pacientes que participaron en la terapia grupal.
- Por último, las ventajas que ofrece un formato grupal frente a uno individual, como la oportunidad de compartir la experiencia propia con otras personas o el verse identificado con las vivencias de otros, permite movilizar aspectos difíciles de conseguir en una intervención individual. Estos mismos aspectos quedan reflejados de forma recurrente en las devoluciones que realizan los propios pacientes al finalizar el tratamiento grupal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bland, E. D. y Henning, D.D. Buscando sentido al dolor crónico: la dinámica de la aceptación. *Revista de Psicoterapia* 2006; 65: 45-56.
2. Moix, J. Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Revista de Psicoterapia* 2006; 65: 57-82.
3. Tapia, S. Sugrañes, B. Peñarroya, A. Bakaikoa, M., Borrell, D. y Semis, R. Líneas de intervención del psicólogo en las Unidades del Dolor: Cuatro experiencias clínicas. *Revista de Psicoterapia* 2006; 65: 95-107.
4. Sanz, J., Perdigón, A.L., Vázquez, C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud* 2003; 14: 249-280.
5. Guillén-Riquelme, A., Buela-Casal, G. Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema* 2011; 17: 510-515
6. Rivera, J. y González, T. The Fibromyalgia impact questionnaire: A validated spanish version to assess the health status in women with fibromyalgia. *Clin. Esp Rheumatol* 2004; 22: 554-560.

7. Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1996; 9: 455-471.
8. Phillips, H.C. Tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Pirámide, 1991.
9. Neymeyer, R.A. Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo. Buenos Aires: Paidós, 2007.
10. Kabat-Zinn, J. Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad. Barcelona: Kairos 2004.
11. Vallhonrat, A. Rico, B., Serra, M y Fábregas, M. Ira, fibromialgia y ansiedad: aproximación terapéutica desde un CSM. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2009; 103: 203-215.

3.5. Situando la psiquiatría perinatal en el hospital general

Mª Victoria Rodríguez Noguera, David Simón Lorda, Mónica Minoshka Moreira Martínez, Tatiana Bustos Cardona, Ignacio Gómez-Reino Rodríguez

El embarazo y el parto son acontecimientos vitales de gran importancia en el desarrollo de los núcleos familiares, pero pueden ser una etapa de enorme estrés y desequilibrio emocional en algunos casos. Aunque el embarazo se ha considerado tradicionalmente como un periodo de relativo "bienestar" psíquico, sí parece demostrado que el puerperio es un período de especial incidencia de aparición de la patología psíquica. Así, aclaramos que el embarazo no es un estado protector para la salud mental de la mujer.

El puerperio abarca desde el final del parto hasta las 6-8 semanas posteriores y está sujeto a cambios físicos, hormonales, emocionales y socioculturales que pueden afectar a la dinámica familiar, al patrón de sueño y en consecuencia al estado de ánimo de las madres. Pese a que todas las mujeres corren algún riesgo de desarrollar un trastorno mental en el postparto, conseguiríamos adelantar mucho en la prevención del desarrollo de patología psíquica perinatal tan sólo con prestar un mínimo seguimiento y atención a aquellas mujeres embarazadas que tengan antecedentes personales o familiares de problemas psiquiátricos, que carezcan de apoyo psicosocial o que sobrelleven acontecimientos estresantes. Teniendo en cuenta que las patologías mentales son las enfermedades más frecuentes en esta etapa, un adecuado abordaje en el período perinatal podría causar un menor impacto negativo en las familias, en la relación de pareja, del mismo modo que sería beneficioso para el vínculo materno-filial *y disminuiría la morbilidad materna* (1).

La Psiquiatría Perinatal es un área nueva de conocimiento desarrollada en la última década, que tiene como objetivo la investigación y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos durante el embarazo, la lactancia y el puerperio. Actualmente la salud mental perinatal se puede decir que está ignorada en nuestro medio aunque presente elevada prevalencia y morbilidad además de riesgo de mortalidad como suicidio e infanticidio. Conocemos que el 20% de las mujeres embarazadas sufre alguna sintomatología emocional o trastorno psiquiátrico (2).

El objetivo de este trabajo no es hacer una revisión exhaustiva sobre los diferentes trastornos mentales perinatales ni aportar las últimas novedades terapéuticas, sino traer o colocar a esta área asistencial y del conocimiento científico en la "agenda" de la psiquiatría del Hospital General en el Estado español actual. Pensamos además que la patología mental en el período perinatal tiene importantísimas implicaciones e imbricaciones de cara al desarrollo emocional, cognitivo y vincular de los hijos, de la madre, de la pareja y del conjunto familiar. A su vez, y desde una perspectiva de garantizar una continuidad de cuidados en salud mental, es básico cuidar y articular programas, procesos asistenciales o unidades específicas que garanticen una buena atención al conjunto familiar y específicamente a la madre y al recién nacido. Un proceso de continuidad de cuidados en el que van a estar implicados las matronas de atención primaria, los pediatras, el médico de familia, el ginecólogo, los trabajadores sociales y también, por supuesto, los servicios de salud mental de adultos y de infanto-juvenil.

HITOS HISTÓRICOS (1,11)

Desde los tiempos de Hipócrates ha sido motivo de controversia si el embarazo es un período de incremento o disminución de la vulnerabilidad de los trastornos psiquiátricos. Él fue el primero en mencionar la perturbación mental tras el parto.
Jean Esquirol en 1818 elaboró un tratado "Sobre las enfermedades mentales" en el que se incluían las descripciones de casi un centenar de casos sobre psicosis puerperales y señaló que las estadísticas no reflejaban la verdadera tasa de incidencia de las patologías psiquiátricas postparto dado que la mujer embarazada de la época era atendida la mayoría de veces en su hogar.

Louis Víctor Marcé, psiquiatra francés que en 1858, publicó el primer tratado dedicado a la enfermedad mental puerperal "Traité de la Folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices".

Con el fin de mejorar la comprensión, la prevención y el abordaje de los trastornos mentales del embarazo y el puerperio, a finales de los años 70, tres expertos en salud mental perinatal, Channi Kumar, James Hamilton e Ian Brockington, decidieron formar una sociedad internacional con una línea de trabajo clínica e investigadora y de carácter multidisciplinar (3). En 1980 se formó la Sociedad Marcé Internacional[1], denominada así en honor al autor del primer tratado de psiquiatría

[1] http://marcesociety.com

perinatal. En la actualidad, el objetivo de esta sociedad se centra en promover, facilitar y difundir la investigación sobre todos los aspectos de la salud mental de las mujeres, sus bebés y sus parejas, en torno al embarazo, nacimiento y puerperio. Es una sociedad multidisciplinar; participando psiquiatras, psicólogos, pediatras, obstetras, matronas, enfermeras pediátricas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeras de salud mental, etc. A día de hoy, la Sociedad Marcé Internacional es referente mundial para todos los profesionales de la salud mental especializados en atención perinatal. Su revista oficial es la revista Archives of Women's Mental Health, que también es la revista de la North American Society for Psychosocial Obstetrics and Gynecology (NASPOG).

Amparada por la sección internacional, se creó hace muy poco la sección española de la Sociedad Marcé con la pretensión de organizar la primera jornada Marcé española. Así, en 2012, en Barcelona tuvo lugar el primer encuentro con los profesionales que trabajan tanto en la clínica como en la investigación de la salud perinatal.

En 1990 comenzaron a crearse departamentos de psiquiatría perinatal (en hospitales ingleses, americanos y franceses) algunos programas como el del Massachussets General Hospital Center for Women´s Mental Health[2], el Motherisk Program de Toronto (Canadá)[3] -impulsado por la psiquiatra Donna Stewart- y el Perinatal Psychiatric Program del Instituto de Psiquiatría de Londres[4]. Hoy en día, son todos ellos centros de referencia en la psiquiatría perinatal.

En 1994, la Asociación Americana de Psiquiatría incorpora la depresión de inicio en el postparto a la cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-IV). Sin embargo, no se reconoce como depresión postparto hasta la publicación de la edición DSMIV-TR.

EQUIPOS DE TRABAJO EN ESPAÑA

Aunque en los últimos años han ido apareciendo trabajos y publicaciones, la realidad es que en nuestro país existen pocos recursos asistenciales en salud mental perinatal específicos o especializados con programas o consultas en psiquiatría y psicología perinatal o especializada en la reproducción.

[2] http://womensmentalhealth.org
[3] http://www.motherisk.org/women/index.jsp
[4] http://www.kcl.ac.uk/lsm/research/divisions/wh/groups/mental/index.aspx

En el año 2000, se pone en marcha el primer programa de Psiquiatría Perinatal en el Hospital Clínic de Barcelona. Su objetivo es personalizar el tratamiento de las mujeres embarazadas en función del tipo de trastorno psiquiátrico, del curso y del estado actual de la enfermedad. El equipo está integrado por las psiquiatras Lluisa García-Esteve y María Luisa Imaz, una psicóloga clínica, una enfermera y una trabajadora social. Su trabajo de investigación se basa por un lado en la depresión postparto (validación de instrumentos para su detección, prevalencia, factores de riesgo, curso y factores etiopatogénicos) y por otro lado el estudio de los efectos de la enfermedad materna y de los psicofármacos durante la gestación y la lactancia (curso de las enfermedades mentales en embarazo y postparto, efecto de los antidepresivos y el litio sobre los neonatos y el neurodesarrollo, estudio de la farmacocinética de los psicofármacos). Además, se pretende con ello generar reflexiones, conocimientos empíricos y difundir actualizaciones (1).

En el año 2009, tras la inauguración del Hospital de Puerta de Hierro Majadahonda en Madrid, se pone en marcha un Programa de Interconsulta y Enlace de Psiquiatría Perinatal. Se crea a partir del servicio de psiquiatría infantil y participan los servicios de Obstetricia y Neonatología. El equipo lo forman principalmente las psiquiatras infantiles Ibone Olza e Inmaculada Palanca y se completa con psiquiatras perinatales en tres comités hospitalarios: perinatología, lactancia materna y mortalidad perinatal. En la interconsulta se atiende a las gestantes y puérperas hospitalizadas en maternidad, a bebés ingresados en neonatología o pediatría y a sus familiares. Además hay dos consultas externas, una de psiquiatría perinatal específica para gestantes, puérperas o madres lactantes con trastornos mentales y otra de psiquiatría pediátrica integrada en la consulta de psiquiatría infantil centrada en patología del vínculo y en trastornos tempranos de la alimentación (1,5).

Otro de los equipos de trabajo se sitúa en el Instituto Universitario Dexeus de Barcelona. En 2009 surge la Unidad de Psiquiatría Perinatal y de la Reproducción que engloba consultas acerca de la prevención y clínica psiquiátrica y psicológica durante el embarazo y el puerperio, con protocolos para la fobia del embarazo, el trastorno de angustia, la muerte fetal y la depresión postparto. Además aborda la Reproducción Asistida atendiendo aspectos como la búsqueda de embarazo, el tratamiento de la infertilidad, el asesoramiento de parejas receptoras de gametos, los fracasos terapéuticos y abortos de repetición. Los que integran la unidad son Gracia Lasheras como psiquiatra coodinadora, Josep Mª Martí como psiquiatra colaborador y el psicólogo Borja Farré- Sender (1). En el Consorci Sanitari de Terrassa, desde 2007 existe también un programa de interconsulta perinatal (1).

SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA PERINATAL EN OTROS PAISES

En Francia, están muy extendidas las unidades de hospitalización psiquiátrica conjunta madre-bebé. En un estudio de hace ya unos años se contabilizaban doce unidades de este tipo (4).

Sin embargo, según un estudio realizado por Castro y cols. en el año 2014, los servicios de psiquiatría perinatal son aún insuficientes en países como Suiza y Reino Unido. En Suiza se realizó un estudio prospectivo europeo (2000-2007) y se recopilaron datos de los 26 cantones. En el año 2000, ningún cantón disponía de recursos para la atención materno-infantil y en 2007, tres cantones equiparon sus servicios de salud mental para madre-bebé. Por otro lado, en Reino Unido se recopiló la información a través del "Royal College of Psychiatry" y la guía NICE o Mind mostrando que menos del 50% de las áreas regionales de salud disponían de unidades de psiquiatría perinatal materno-infantiles. En 2012, algunas áreas de Reino Unido siguen con ausencia de este tipo de recurso asistencial (6).

Otro recurso a destacar en el mundo de la psiquiatría anglosajona son las Guías de Práctica Clínica (GPC) que han abordado con extensión los trastornos psiquiátricos perinatales: La GPC Británica Galesa (NICE, 2007) (7), GPC Escocesa (SIGN, 2012) (8) y la GPC Australiana (NHRMC, 2011) (9).

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS PERINATALES

La mayoría de las mujeres pasan por el embarazo y el primer año tras dar a luz sin ningún tipo de problema de salud mental, pero algunas pueden sufrir algún tipo de trastorno. Mencionar que las mujeres que ya tienen un problema de salud mental son más propensas a enfermar durante este período que en otro momento de su vida; que las enfermedades mentales graves pueden desarrollarse más rápidamente y ser más graves tras el parto y que el abandono del tratamiento sin consultar con su médico cuando se enteran de que están esperando un bebé puede empeorar los síntomas o hacerlos reaparecer (7).

La prevalencia de los trastornos mentales durante la gestación varía en el blues maternal entre un 50-70%, la depresión leve y moderada entre 10-16%, en la depresión postparto en un 13%, los trastornos de conducta alimentaria entre un 3-5%, el trastorno de ansiedad incluyendo la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, estrés postraumático y ataques de pánico en un 14%, y en la psicosis puerperal en

un 0.5% (2,10). A pesar de estos datos, estamos frente a patologías subdiagnosticadas y consecuentemente mal tratadas o no atendidas. Lo mismo si nos referimos a patologías perinatales relacionadas relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas.

• *BLUES MATERNAL, POSTPARTUM BLUES, MELANCOLÍA MATERNAL*

Se define como una forma leve y transitoria de depresión que aparece entre el primer y el tercer día posparto, con una duración generalmente corta (aproximadamente 10 días) aunque puede durar hasta dos semanas. Se trata de la alteración del estado de ánimo en el posparto más común, con una prevalencia de 50 a 70%. Se caracteriza por irritabilidad, tristeza, fatiga, accesos de llanto y labilidad emocional. Algunos estudios revelan que una mujer que presenta blues maternal tiene una probabilidad del 20% de desarrollar depresión mayor. Por lo general, el tratamiento consiste en tranquilizar a la madre, promover el acompañamiento familiar, vigilar la evolución de los síntomas y realizar psicoterapia de apoyo breve (11,12).

• *DEPRESIÓN POSPARTO*

La depresión postparto oscila, según datos internacionales, entre un 15-20% de los casos. Los datos recogidos en una muestra española revelan una prevalencia situada en un 10,1% (11, 13, 14). Destacar que sólo se diagnostica en una minoría de casos, generalmente en los más graves, pese a que su prevalencia es superior a la de otras patologías como son, la diabetes gestacional o los estados hipertensivos del embarazo (15, 16). Casi el 50% de las pacientes no piden ayuda a familiares ni amigos y no manifiestan sus problemas emocionales, especialmente cuando se trata de depresión (2, 17). También tener en cuenta, que existe alto riesgo de descompensación depresiva en mujeres con Trastorno depresivo recurrente y Trastorno Bipolar (13, 18).

En la clasificación del DSM-V, la depresión posparto se englobaría dentro del grupo de los "Trastornos depresivos con inicio en el periparto". Con ello se contempla la posibilidad de diagnóstico de depresión durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto Se considera el diagnóstico con cinco o más de los siguientes síntomas según DSM-V (ver Tabla I) (13): humor deprimido que dura más de dos semanas después del nacimiento; intensa falta de interés o de placer por las actividades habituales; alteraciones del sueño, no solo en relación a los ritmos habituales del recién nacido, sino incluso en los periodos de descanso del mismo; falta de energía a pesar de un descanso habitual; irritabilidad, agitación o discurso enlentecido; sentimientos de culpa o excesiva preocupación; imposibilidad para concentrarse o para tomar de decisiones; ideas de muerte o de suicidio.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de depresión mayor en el postparto (DSM-5) (13, 36)

DSM-V Diagnosis of Major Depression: 5 or more symptoms (below) with at least 1 symptom being #1 or #2, present for most of the day, nearly every day for at least 2 weeks	Occurrence in the Postpartum Period	Suggestive of Postpartum Depression
1) Depressed mood	Common in "baby blues": typically peaks 4 to 5 days after birth, may last hours to days and resolve by 2 weeks	Sad or depressed mood that persists daily for at least 2 weeks.
2) Lack of pleasure or interest in activities	Uncommon after childbirth	Inability to derive pleasure from experiences or lack of interest in things that are normally enjoyable.
3) Sleep disturbance	Common due to newborn care	Inability to rest or sleep when newborn is sleeping or inability to care for newborn because of hypersomnia.
4) Loss of energy	Common due to sleep deprivation	Continues despite adequate sleep or napping.
5) Agitation or retardation	Uncommon after childbirth	Moving or speaking so slowly that others have noticed or being so fidgety or restless that one is unable to sit still.
6) Excessive feelings of guilt or worthlessness	Uncommon after childbirth	Feeling badly about oneself, feeling like a failure, or having let self or family down.
7) Diminished concentration or indecisiveness	Common due to sleep deprivation	Frequently losing train of thought or inability to make decisions.
8) Frequent thoughts of death or suicide	Uncommon after childbirth	Thoughts of "I wish I would not wake up" or "my baby would be better off without me" or intent, desire, or plans to end one's life.

Son muchos los estudios, tanto a nivel nacional como internacional, que demuestran que los métodos de detección de la Depresión Postparto son insuficientes, por lo que se recomiendan la mejora y el desarrollo de métodos de detección sistemática (14, 18, 19), así como la introducción de un adecuado tratamiento.

El tratamiento temprano de la depresión prenatal y postnatal consigue reducir los riesgos tanto sobre la salud mental de la madre, como sobre la salud física de los niños y su desarrollo cognitivo, emocional, comportamental y social (19, 20). Todo ello, es de especial importancia para el bienestar familiar, la creación del vínculo y la adquisición del rol materno. Las consecuencias negativas de la depresión postparto

no tratada dependen de la duración de ésta; no olvidar, que el suicidio constituye el 20 % de la mortalidad materna en el posparto, siendo la segunda causa de mortalidad más frecuente en este período. Se ha demostrado que carece de fundamento la tesis que restringe el problema a la mujer occidental (20).

Para hacer el diagnóstico, es fundamental sospecharlo y seguir de cerca a aquellas madres con factores de riesgo psicosocial (21) (historia previa de depresión, síntomas depresivos y ansiosos durante el embarazo, alto neuroticismo, baja autoestima, eventos vitales estresantes, problemas en la relación de pareja o bajo apoyo social, entre otros), realizando un despistaje alrededor de la sexta semana posparto (20). Entre los métodos útiles de cribaje se encuentra la Escala de Edimburgo (EPDS) de Cox, Holden y Sagovsky (Tabla II) (16, 20, 22, 23). Desde su publicación,

Tabla 2. EPDS (Escala De Depresión Postnatal De Edimburgo) (37)

ESCALA DE EDINBURGO (COX JL, HOLDEN JM, SAGOVSKY R. BR J PSYCHIATRY 1987; 150: 782-6)*

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE *la respuesta que más se acerca a como se ha sentido* EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
   0 Tanto como siempre
   1 No tanto ahora
   2 Mucho menos
   3 No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:
   0 Tanto como siempre
   1 Algo menos de lo que solía hacer
   2 Definitivamente menos
   3 No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:
   0 Sí, casi siempre
   1 Sí, algunas veces
   2 No muy a menudo
   3 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
   0 No, nada
   1 Casi nada
   2 Sí, a veces
   3 Sí, a menudo

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
   0 Sí, bastante
   1 Sí, a veces
   2 No, no mucho
   3 No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:
   0 Sí, casi siempre
   1 Sí, a veces
   2 No, casi nunca
   3 No, nada

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
   0 Sí, casi siempre
   1 Sí, a menudo
   2 No muy a menudo
   3 No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:
   0 Sí, casi siempre
   1 Sí, bastante a menudo
   2 No muy a menudo
   3 No, nada

9. He estado tan infeliz que he estado llorando:
   0 Sí, casi siempre
   1 Sí, bastante a menudo
   2 Sólo ocasionalmente
   3 No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:
    0 Sí, bastante a menudo
    1 Sí, a menudo
    2 Casi nunca
    3 No, nunca

INTERPRETACIÓN (37):
0 a 10 : no sospecha de depresión posparto
11 ó >: sospecha de depresión posparto.
Puntuación distinta de "0" en la pregunta 10, requiere de evaluación posterior.

en 1987 viene siendo empleada y validada en varios países y culturas, y ha sido traducida al menos a 23 idiomas diferentes (16). Se trata de una escala autoadministrada de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta que se puntúan entre 0 y 3, de acuerdo con el orden creciente de la gravedad de los síntomas. El rango de puntuaciones va de 0 a 30, siendo las puntuaciones más altas las que indican mayor severidad. Puntuaciones superiores a 10 o una respuesta afirmativa a la pregunta número 10 (presencia de pensamientos suicidas) requieren una evaluación exhaustiva por considerarse de alto riesgo para la depresión postparto. La EPDS ha demostrado ser útil independientemente del país, ya sea desarrollado o en vías de desarrollo, y de la cultura. Se puede completar en pocos minutos, incluso vía telefónica y se evalúa de manera inmediata; la interpretación de los resultados es fácil (19); además es altamente tolerada y aceptada por las madres (deprimidas y no deprimidas) (18) lo que la convierte en el test de screening que actualmente se aplica en la práctica clínica.

Según un estudio reciente desde los Servicios de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Barcelona, la matrona es el profesional de referencia durante la atención al postparto normal y la detección sistemática de la depresión postparto o identificación de problemas emocionales implicaría la intervención de otros profesionales (2, 16). Sin embargo en algunos programas de EEUU se entiende que el profesional al que las madres acuden con más asiduidad es el pediatra, por lo cual se han hecho programas formativos para los pediatras dedicados a la detección de la depresión posparto en las madres de los niños que atienden.

Uno de los planteamientos recientes de la Sociedad Marcé Internacional de Salud Mental Perinatal para llevar a cabo un Modelo de Atención "Integrada" (18) es ampliar el periodo de evaluación del estado emocional a toda la etapa perinatal, es decir incluir la atención al embarazo y al primer año tras el parto. Otro de los aspectos que añade es evaluar, no sólo la depresión postparto sino la "Morbilidad psicosocial" que incluye: Trastornos psiquiátricos previos y actuales (ansiedad, depresión mayor, depresión postparto, psicosis, trastorno bipolar); Abuso de sustancias; Personalidad vulnerable (baja autoestima, personalidad ansiosa, trastorno de personalidad); Mala adaptación a la maternidad/ paternidad; Factores de riesgo psicosocial (ausencia de apoyo social, problemas de pareja, historias de traumas como acontecimientos adversos en la infancia, violencia doméstica, aislamiento, acontecimientos vitales estresantes). Sin embargo, estas cuestiones junto con otras acerca de métodos de evaluación, no expuestas, están actualmente en debate. Actualmente, y al igual que en muchas otras patologías, se está haciendo hincapié en la

prevención e identificación precoz de psicopatología en el postparto y mediante la telemedicina y el uso de internet y redes sociales, las cuales permiten conectar a los profesionales de la salud con los pacientes. En la literatura se encuentran estudios y programas sobre la evaluación y el tratamiento online de depresión y ansiedad, como Beating the Blues, MoodGYM y BluePages. En lo referente a la prevención de depresión postparto a través de Internet mediante programas de intervención psicológica destacar Netmums, MomMoodBooster, MamaMia y Mothers&Babies internet course. En España, investigadores de la Universidad de Zaragoza han desarrollado una aplicación online para la prevención de la depresión perinatal llamada Mamáfeliz (Happymum) (21).

Para el manejo de ésta patología hay que valorar adecuadamente el riesgo-beneficio del procedimiento terapéutico a emplear e identificar correctamente la gravedad de la depresión para orientar hacia la mejor opción. No olvidar que se trata de un período en el que la lactancia materna constituye un factor importante a tener en cuenta. Generalmente, la psicoterapia es de primera línea para depresiones leves o leves-moderadas y hay ya numerosa literatura contrastada con terapia interpersonal, cognitivo-conductual (13)... En casos moderados-graves se puede añadir psicofármacos. El principal reto a la hora de elegir un antidepresivo es que las recomendaciones que existen actualmente se basan sobre todo en estudios realizados con muestras pequeñas, reporte de casos y opiniones de expertos. Por otro lado, existen investigaciones que han demostrado la presencia en la leche materna de todos los antidepresivos existentes, detectándose en mínimos niveles la Sertralina y la Paroxetina (ISRS), razón por la cual estos podrían constituir los fármacos de primera elección en casos de depresiones que lo requieran y sin antecedentes de uso de otros antidepresivos que hayan sido eficaces en estas mujeres. En caso de que existan antecedentes de buena respuesta a un antidepresivo en episodios previos de depresión, los estudios recomiendan la indicación del mismo compuesto (13). Por otro lado, es clave controlar las comorbilidades asociadas, como la ansiedad, aunque teniendo en cuenta el riesgo que supone el uso de benzodiacepinas, puesto que se detectan en la leche materna y tienen riesgo de dependencia, en caso de excesiva clínica ansiosa conviene utilizar las de vida media corta (7). Para los casos más severos que no responden a los tratamientos iniciales o bien en casos de psicosis puerperal, la terapia electroconvulsiva puede resultar una opción terapéutica.

- *PSICOSIS POSTPARTO*

Aunque se ha estudiado desde los tiempos de Hipócrates, Celsus y Galeno, hoy por hoy no existe consenso acerca de su nosología y de su clasificación. Diferentes

escuelas y autores no se han puesto de acuerdo sobre si el concepto pertenece al espectro afectivo, esquizoafectivo, psicótico inespecífico o si se incluye en las psicosis cicloides. Durante años, en Europa, sólo existía un síndrome puerperal denominado "Amencia", término derivado de las lenguas germanas y que hace referencia a la confusión y/o perplejidad. Para muchos autores, la "Amencia" ha sido considerada el síntoma nuclear de la psicosis postparto (24). El autor holandés, Klompenhouwer (25), la define como un cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas en un período de dos semanas después del parto (12, 24).

Tiene una incidencia de 1 a 2 casos por cada mil partos y suele presentarse entre la primera y cuarta semana postparto (26, 27). Clásicamente es considerada una enfermedad de desencadenamiento brusco, y constituye una verdadera urgencia psiquiátrica cuyo manejo implica, por lo general, la hospitalización de la madre en un servicio de psiquiatría y la separación con su bebé (26). Se recoge en la literatura un 3-4% de infanticidio/suicidio asociado a la psicosis posparto (27) por lo que, el reconocimiento de síntomas prodrómicos puede ayudar a evitar consecuencias dramáticas. Los síntomas prodrómicos que se destacan pueden aparentar un cuadro de «melancolía o tristeza puerperal», pero se diferencian de este último proceso por alteraciones específicas del sueño, como son los despertares precoces, sueños reiterados de contenido angustioso o también insomnio progresivamente creciente. Se pueden observar alteraciones amnésicas menores, confusión mental, comportamientos no esperados como reticencia a ocuparse del recién nacido, y manifestaciones psicosensoriales (principalmente visuales).

Así, desde el punto de vista clínico, es un cuadro polimórfico y se puede sospechar por la aparición de: rápidos cambios del nivel de conciencia, oscilando entre la perplejidad, la confusión y la desorientación, con intervalos lúcidos ocasionales; trastornos de la psicomotricidad (desde la agitación hasta el estupor), acompañados de alteraciones en la comunicación verbal (de verborrea pasar al mutismo); oscilaciones de la afectividad o trastornos afectivos más estables (depresión-manía); alucinaciones y pseudoalucinaciones, tanto auditivas como visuales, con percepciones anómalas que llevan a malidentificaciones e ilusiones; delirios y elaboraciones deliroides con un contenido típico, referido principalmente a la maternidad, el parto, el niño, la muerte, la destrucción. (24)

Existen múltiples factores tanto psicosociales como biológicos asociados al desarrollo de una psicosis en el puerperio (12, 24, 27); y probablemente la combinación de varios de ellos en la misma paciente sea el desencadenante del episodio psicótico. Entre los factores psicosociales más relevantes destacar, el antecedente

personal de un Trastorno Afectivo (el Trastorno Bipolar tiene un riesgo de desencadenarla del 25%), Esquizofrenia o un Trastorno Esquizoafectivo. Otros factores son: episodios previos de psicosis puerperal, antecedentes familiares de Trastorno Afectivo (50-60% de los casos), parto por cesárea, complicaciones en el posparto, primípara (50-60% casos) y relaciones sociofamiliares conflictivas (destacando la relación con la pareja y la relación con la madre). Por otro lado, los factores biológicos se relacionan con un mecanismo hormonal específico del puerperio que ha llevado a múltiples hipótesis aunque ninguna de ellas ha sido confirmada hasta ahora.

La atención a las pacientes con psicosis postparto engloba una serie de aspectos clínico-asistenciales a tener en cuenta: evolución, introducción del hijo en el campo terapéutico, atención a la familia en conjunto, uso de psicofármacos, hospitalización madre-hijo, tutela de los hijos..., lo que requiere la colaboración interdisciplinaria de obstetras, pediatras, psiquiatras, psicólogos, así como el apoyo de trabajadores sociales y puericultores (25, 26). Una detección y atención precoz puede permitir el mantener a la madre cerca de su hijo, evitar el empleo de dosis elevadas de neurolépticos y, sobre todo, mediante entrevistas psicoterapéuticas centradas en lazos de filiación, contener la clínica psicótica y dar sentido a las alteraciones prodrómicas, a las que no hay que etiquetar de entrada como psicosis posparto sino de "golpe de locura sin explicación". El trabajo psicoterapéutico puede, tal vez, influir positivamente en la creación vínculo madre-hijo y evitar recaídas tras gestaciones posteriores.

En cuanto al tratamiento farmacológico, la literatura insiste en una valoración individualizada para cada caso. Los efectos del psicofármaco sobre el niño durante la lactancia están escasamente estudiados, aunque sí ha sido demostrada la presencia de todos ellos (neurolépticos benzodiacepinas, litio, antidepresivos, antiepilépticos, opiáceos) en la leche materna; razón por la cual se recomienda evitar la lactancia en caso de estar tomando alguno de estos medicamentos. Recordar que durante el embarazo, los estudios de farmacoterapia están más focalizados en la seguridad que en la efectividad y, en general todos los antipsicóticos atípicos son fármacos FDA-clase C.

REFLEXIONES

Los cambios sociales en torno a la maternidad, el retraso en la edad de madres primerizas, la disminución de la natalidad y los nuevos modelos familiares son as-

pectos que repercuten paralelamente en las consultas médicas, tanto a nivel de obstetricia, ginecología, pediatría y de salud mental. Los trastornos mentales perinatales son frecuentes y un inadecuado abordaje o la simple "no detección" puede tener un impacto negativo en la evolución del embarazo y del parto, en el desarrollo del recién nacido, en la creación del vinculo materno-filial y por consiguiente, en la vida de pareja y en la vida familiar.

Desde profesionales de la psiquiatría y psicología que trabajaban en España en la atención primaria en salud mental y de la SEMFYC, ya hace más de dos décadas que se proponía esta área como una de las prioritarias de los Subprogramas de actividades preventivas y de promoción de la salud mental (28). Esto fue también contemplado en ámbitos europeos en el año 2005 en el documento "Mental Health promotion and mental disorder prevention. A policy for Europe", de la IMPHA (Comisión Europea) y que fue recogido en el "Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma", publicado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2008) (29). En ese documento europeo se proponían diez áreas de intervención, siendo la primera de ellas el "Apoyo a los padres durante la crianza y las edades iniciales de la vida", y con acciones concretas como "Tratamiento de la depresión posparto; mejora de las habilidades parentales; visitas domiciliarias de enfermería a los futuros padres y a los que acaban de serlo". Sin embargo, recomendaciones e intervenciones de este tipo no son recogidas explícitamente en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (30) salvo algunas recomendaciones muy generales en el Objetivo 2 de la Estrategia, aunque sí que recomiendan como "buenas prácticas" las recogidas en el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención primaria (31).

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2010) sí que plantea explícitamente la necesidad de prevenir la depresión en la mujer, haciendo especial hincapié en la promoción del bienestar psicológico y emocional de las gestantes, y en la identificación precoz de la psicopatología en el posparto (21, 32).

En todos estos aspectos y en otros relacionados con la salud mental del niño incide la "Guía de la World Psychiatric Association para la protección y promoción de la salud mental en niños de personas con trastorno mental severo" (33). Esta guía, publicada en 2011, ha sido coordinada y liderada por el prestigioso psiquiatra británico Ian Brockington, cofundador de la Sociedad Marcé y autor de relevantes textos (34) e investigaciones (sobre psicosis puerperales, trastornos del vínculo materno…) así como promotor del desarrollo de servicios hospitalarios y comunitarios para la atención a los trastornos mentales perinatales en Inglaterra (34).

En España la escasez de consultas o programas especializados en salud mental perinatal, la deficiente articulación de la red de cuidados entre diferentes niveles de atención y de profesionales, así como la ausencia de unidades de hospitalización psiquiátrica madre-bebé (35) entre otros recursos necesarios, nos impulsa a seguir trabajando para la mejora de la atención sanitaria y psicosocial de la mujer y el niño durante el embarazo y el puerperio. Creemos que es muy importante retomar en nuestro sistema de atención a la salud mental todas estas recomendaciones y estrategias antes expuestas, y que nos permitirán situar a la psiquiatría perinatal en el contexto de la psiquiatría de Hospital General y de la Atención Comunitaria. El tiempo dirá.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olza I, García-Esteve Ll, Lasheras G, Farré JM. La Sección Española de la Sociedad Marcé: impulsando la Salud Mental Perinatal. C. Med. Psicosom 2011; 100: 50-4.
2. Arranz A, Sanz M, Collado T, Camacho A, García-Esteve Ll, Gratacós E. Atención al parto y posparto hospitalario en mujeres con un trastorno mental. C. Med. Psicosom 2014; 111:105-7.
3. Glangeaud-Freudenthal NM. Channi Kumar and the history of the Marcé Society. Arch Womens Ment Health 2003; 2(6): S79-82.
4. Glangeaud-Freudenthal NM. Mother-Baby psychiatric units (MBUs): national data collection in France and in Belgium (1999-2000).Arch Womens Ment Health 2004; 7(1): 59-64.
5. Olza I, Palanca I. La experiencia del programa del Hospital Universitario Puerta del Hierro Majadahonda. C. Med. Psicosom 2012; 102: 55-64
6. Castro R, Scroeder K, Pinard C, Blochhijer P, Kunzli H, Riecher A, et al. Prestación de servicios psiquiátricos perinatales en Suiza y Reino Unido [Abstract]. C. Med. Psicosom 2014; 109:71
7. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007). Antenatal and postnatal mental health: The NICE guidelines on clinical management and service guidance CG45. London; National Institute for Health and Clinical Excellence. [consultado 30-10-2014]: Disponible en URL http://publications.nice.org.uk/antenatal-and-postnatal-mental-health-cg45.
8. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of perinatal mood disorders (SIGN Publication nº 127) (2012). Edinburgh. [consultado 30-10-2014]: Disponible en http://www.sign.ac.uk/pdf/sign127.pdf.
9. Australian Guidelines for Perinatal Depression & associated Disorders (NHRMC) (2011). University of New South Wales, Australia. [consultado 30-10-2014]: Disponible en https://www.bspg.com.au/dam/bsg/product?client=BEYONDBLUE&prodid=BL/0891&type=file.
10. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician-ginecologist 2008; 92.
11. Paiz DR. "Depresión en el posparto". Estudio descriptivo sobre el riesgo de depresión posparto evaluado mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo en pacientes de 15 a 40

años ingresadas al servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa durante el periodo comprendido entre el 10 de agosto 2012 al 14 de septiembre de 2012 [Trabajo de grado]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Centro Universitario de Oriente. 2012

12. Robinson GE, Stewart D. Postpartum disorders. En: Stewart D, Stotland N, editors. *Psychological aspects of women´s health care: The interface between Psychiatry and Obstetrics and Gynecology*. American Psychiatric Press, Inc. 2005; 118-20
13. Ortiz MA, Saez M, Favrod J and Hatem M. Antenatal psychosomatic programming to reduce postpartum depression risk and improve childbirth outcomes: a randomized controlled trial in Spain and France. BMC Pregnancy and Childbirth 2014; 14:22
14. Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG, et al. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risk and possible mechanisms for offspring depression at 18 years. JAMA Psychiatry 2013; 70(12): 1312-19
15. Martínez-Bueno C, Zaragoza A, Vall C, Sardá E, Carrascón A, Almirall R, et al. Detección y atención a los estados depresivos en el posparto desde los Servicios de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva. C. Med. Psicosom 2014; 111:102-3
16. Moreno A, Domingues L, Sergio P. Depresión Postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69(3): 209-213
17. Brown S, Lumley J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. British Journal of Obstetrics and Gynecology 2000; 107:1194-2001.
18. Lasheras G, Farré-Sender B. Detección sistemática de la Depresión Posparto (DPP): estado de la cuestión. C. Med. Psicosom 2014; 111:100-2.
19. Lasheras G, Farré-Sender B, Serra B. Detección *in situ* de la Depresión Postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados Preliminares. C. Med. Psicosom 2014; 109: 22-31.
20. García M, Mingote JC, Muñoz E, Isla I, Hernández JM. Utilidad de las escalas y cuestionarios psiquiátricos aplicados durante el periodo gestacional y el diagnostico de depresión puerperal. C. Med. Psicosom 2012; 102: 54-7
21. Osma J. Mamáfeliz: una herramienta online para la prevención de la depresión perinatal. C. Med. Psicosom 2014; 111:103-5
22. Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R., 1987. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br. J. Psychiatry 150, 782–786.
23. García-Esteve Ll, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. Journal of Affective Disorders 2003; 75:71–76
24. Simón D, Gómez-Reino I. Psicosis puerperal: aspectos clínicos y asistenciales. Psiquiatría Pública 1999; 11(3):71-78.
25. McGrath L, Peters S, Wieck A, Wittkowski A. The process of recovery in women who experienced psychosis following childbirth. BMC Psychiatry 2013; 13:341
26. **Upadhyaya** SK, **Sharma** A, and **Raval** CM. Postpartum Psychosis: Risk Factors Identification. N Am J Med Sci 2014; 6(6): 274–7
27. Maldonado-Durán JM, Sauceda-García JM, Lartigue T. Psicosis no orgánicas y otros trastornos mentales graves en la etapa perinatal. Perinatol Reprod Hum 2008; 22(2): 90-99.

28. Tizón JL, Ciurana R. Prevención en salud mental: el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (mental) de la SEMFYC. Rev Asoc Esp Neuropsiq, 1994, XIV, 47-48: 43-64.
29. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2008.
30. Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid, 2011.
31. Tizón JL et al. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria. Aten Primaria 2003; 32(Supl 2):77-101.
32. Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid, Gobierno de España, 2010.
33. Brockington I, Chandra P, Dubowitz H, Jones D, Moussa S, Nakku J, Quadros Ferre I. WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. World Psychiatry 2011; 10: 93-102.
34. Brockington I. Motherhood and mental health. Oxford, Oxford University Press, 1996.
35. Garcia-Esteve L, Torres Giménez A, Imaz Gurrutxaga ML et al. Maternity, Migration, and Mental Health: Comparison Between Spanish and Latina Immigrant Mothers in Postpartum Depression and Health Behaviors. En: Lara-Cinisomo and K.L. Wisner (eds.), Perinatal Depression Among Spanish-Speaking and Latin American Women: A Global Perspective on Detection and Treatment, Springer Science Business Media, New York, 2014. P.25-37.
36. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª edición. Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2014.
37. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. J Affect Disord. 2003 Jun; 75 (1):71-6.

3.6. Atencion Psicológica con neonatos de alto riesgo y sus familias (Programa de Atencion Temprana)

María Martín Martínez, David Nosti Mendoza, Idoia Palacios Agúndez, Lidia Herreros Lletjós.

1. INTRODUCCIÓN

El programa de Atención Psicológica con Neonatos de Alto Riesgo y sus Familias está funcionando desde enero de 2012 en el Hospital Universitario de Getafe. Se trata de un programa fruto de la colaboración entre el Servicio de Salud Mental y el Servicio de Pediatría. Está dirigido a los recién nacidos por debajo de las 32 semanas de gestación y a los de peso inferior a 1500 gr. por su riesgo de patología biológica y psicosocial, y a sus familias (1). Este programa es llevado a cabo por los residentes de Psicología Clínica de 3º y 4º año supervisados por un psicólogo clínico del staff.

Las transformaciones en los modos de reproducción y en las condiciones de vida y edad de las madres han hecho que los nacimientos de prematuros hayan aumentado, apareciendo una población de niños con características y necesidades específicas, de los cuales, en torno al 10% de nacimientos precisan un tiempo de hospitalización en la Unidad de Neonatología (2).

El nacimiento de un bebé de alto riesgo y con importante patología produce un elevado nivel de angustia en el entorno familiar y sobre todo en la madre, que en ocasiones afecta al establecimiento de un vínculo afectivo adecuado para cuidar en el plano físico y psíquico al bebe (3) (4) (5). Por todo ello, las familias en tal situación necesitan un apoyo psicológico desde el primer momento del nacimiento y un seguimiento ininterrumpido hasta que la situación se estabiliza (6).

El programa tiene un carácter fundamentalmente preventivo en el que se hace un seguimiento del bebé hasta los 3 años, con la posibilidad de intervenir a diferentes niveles o derivar a recursos más específicos si precisa.

2. CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA

2.1. DERIVACIÓN

Los pacientes y sus familias son derivados al programa desde la Unidad de Neonatología una vez que están dados de alta hospitalaria. Durante la hospitalización es un psicólogo clínico del staff quien realiza la labor de contención y apoyo psicológico a las familias.

Los pacientes susceptibles de derivación son aquellos que se encuentran por debajo de las 32 semanas de gestación y/o con un peso inferior a 1500 g.

2.2. OBJETIVOS

Debido a la posibilidad de patología y/o alteraciones importantes en el desarrollo (motor, neurológico, sensorial, etc) así como de trastornos en la esfera psíquica en el desarrollo psicoafectivo y cognitivo de la población atendida (7), se plantean los siguientes objetivos de manera transversal:

- Detección de factores de riesgo (en los padres y el hijo/a) para el desarrollo de un vínculo temprano de calidad
- Detección temprana de déficits y retrasos madurativos en el bebé
- Favorecer la contención y facilitar la creación de una matriz de apoyo para los padres
- Facilitar las capacidades parentales de identificación de estados y anticipación de las características, competencias y necesidades del bebé
- Facilitar las capacidades parentales de sostén, regulación emocional y estimulación óptima del bebé.

2.3. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

La estructura del programa se organiza en tres niveles: Evaluación Inicial (A), Seguimiento (B) y Alta (C).

- Evaluación Inicial:

La evaluación inicial es un momento de recogida de datos y exploración del bebe, pero también supone el establecimiento de un vinculo con las familias donde podrán depositar preocupaciones o posibles demandas futuras.

En este contexto se van recogiendo los siguientes aspectos:

- Exploración del bebé mediante la Escala Brazelton; permite mostrar a los progenitores las capacidades interactivas del bebé así como realizar una detección precoz de los déficits tempranos. (8)
- Cuidados básicos del neonato e interacción padres- bebé. (Identificación de estados de conciencia y ayuda la organización de los mismos).
- Características del grupo familiar y red de apoyo
- Historia del embarazo, nacimiento y puerperio
- Exploración clínica de la madre y el padre (Antecedentes obstétricos y de salud mental)

La recogida de estos datos nos van permitiendo explorar otros aspectos como el mundo representacional de los padres (en relación a sí mismos, a su bebé, a su parentalidad…) y el proceso de los diferentes duelos en relación a la prematuridad. (9)

- Seguimiento:

El seguimiento se lleva a cabo con todas las familias de prematuros derivados al programa. La intensidad y frecuencia de éste varía en función de las necesidades detectadas tanto en el bebé como en los padres.

Cuando las dificultades detectadas en el desarrollo psicomotor del bebé son graves o cuando se objetivan alteraciones sensoriales, motoras u orgánicas significativamente relacionadas con ellas, se procede a la derivación a un recurso específico de atención temprana (Centro de Atención Temprana –CAT).

Tabla I: Criterios de Seguimiento Base vs. Intervención vs. Derivación a Centro de Atención Temprana (CAT) .

CRITERIOS DIFERENCIALES DE SEGUIMIENTO		
Seguimiento Base (b1)	Intervención psicológica (b2)	Derivación a CAT
- Familias con indicadores favorables de vinculación afectiva y ausencia de psicopatología. - Bebes con desarrollo psicomotor adecuado a su edad - Bebes sin alteraciones sensoriales, motoras u orgánicas. -Todos los pacientes no susceptibles de intervención o derivación.	- Hemorragia Intraventricular grado II (HIV) - Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR) - Vínculo Inseguro - Conductas disruptivas mantenidas - Problemas de alimentación y sueño - Familias con dificultades en aceptación de la problemática de sus hijos, ansiedad exagerada, dificultad de seguir las pautas en casa. - Pacientes derivados a CAT hasta que son atendidos en el recurso - Duelo	- ECOS Cerebrales patológicas - Hemorragia Intraventricular grado III-IV (HIV) - Leucomalacias periventriculares - Detección en las exploraciones sucesivas de algún déficit neurológico focalizado o generalizado. - Retrasos del Desarrollo, con CD inferiores a 75-80, mantenidos en las revisiones. - Retrasos del lenguaje. -Trastornos de la Interacción y comunicación (Trastornos del espectro autista).

(b1) Seguimiento Base:

En las familias con indicadores favorables de vinculación afectiva y ausencia de patología se atiende a los siguientes aspectos de manera general:

- Seguimiento del desarrollo psicomotor del bebé a los 3, 6, 9, 12, 18, 24 y 30 meses mediante la Escala de Desarrollo Brunet-Lezine. Se observa el desarrollo en cuatro categorías fundamentales:
  1. Control postural y motricidad
  2. Coordinación óculo-motriz y adaptación a los objetos
  3. Lenguaje
  4. Socialización
- Valoración del apego, y el desarrollo psicoafectivo mediante la observación del vinculo padres-bebe.
- Apoyo en funciones parentales generando un espacio terapéutico donde abordar aspectos relacionadas con la parentalidad. (patrones de crianza, establecimiento de límites, relación con iguales, celos entre hermanos...)

(b2) Intervención Psicológica:

La intervención no necesariamente se contempla como independiente del seguimiento. La evaluación se realiza de forma continuada prestando especial atención a las necesidades que puedan surgir en el desarrollo de los bebes.

Desde un marco general de contención y apoyo emocional a las familias se realizan diferentes abordajes: entrenamiento en ejercicios de estimulación temprana adaptados a la edad (masaje infantil, técnicas de psicomotricidad); psicoeducación sobre el desarrollo normal y alterado en prematuros y sobre los signos de desorganización o sobreestimulación; solución de problemas sobre la organización en el hogar y cuidados (ej. ayudarles a sentirse competentes mediante el reconocimiento de las capacidades parentales que poseen),etc.

Con estas herramientas de intervención se pretende mostrar las capacidades y limitaciones interactivas y de autorregulación del menor, con el objetivo de ampliar la capacidad parental de atribuir significados a la conducta de su hijo/a y enseñar y potenciar formas de ayudar al bebé a desarrollarse cognitiva y emocionalmente.

Se trata, en última instancia, de favorecer la disponibilidad y el disfrute de los padres en la relación con el bebé.

- Alta

El Alta del Programa de Atención Psicológica con Neonatos de Alto Riesgo y sus familias se produce tras la incorporación del bebé a un recurso específico de Aten-

ción Temprana o al finalizar el periodo de seguimiento; cuando el bebé cumple 36 meses.

3. CONCLUSIÓN

A lo largo de los tres años que lleva funcionando este programa se han atendido 82 bebés (y sus familias); se han realizado 10 derivaciones a CAT y el resto de los pacientes continúan en seguimiento y/o intervención psicológica.

El feedback obtenido tanto por las familias atendidas como por el personal del Servicio de Pediatría ha sido muy positivo. Se valora especialmente la aportación que realiza este programa al protocolo de atención previamente establecido para estos pacientes, posibilitando un abordaje biopsicosocial. Varios autores han señalado la importancia de la atención temprana hospitalaria y sus resultados favorables para los bebés en cuanto a maduración, diferenciación y organización progresiva de su comportamiento (10).

Este enfoque más integral supone una mejora en la atención a esta población de riesgo y su inclusión en la cartera de servicios hospitalarios debería ser objeto de consideración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mangham LJ, Petrou S, Doyle LW, Draper ES, Marlow N. The cost of preterm birth throughout childhood in England and Wales. Pediatrics 2009;123: 312 -327.
2. Pallás CR, De la Cruz J, Medina MC. Apoyo al Desarrollo de los Niños Nacidos Demasiado Pequeños, Demasiado Pronto. Diez años de observación e investigación clínica en el contexto de un programa de seguimiento. Madrid: Real Patronato sobre discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.
3. Brazelton T B, Cramer BG. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidós, 1990.
4. Fonagy P. An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. Bulletin of the Menninger Clinic 1998; 62: 147-169.
5. González Serrano F. Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros: la relación temprana y el apego. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente 2009; 48: 61-80.
6. Lía A, Ceriani JM, Cravedi V, Rodríguez D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. Archivos argentinos de pediatría 2005; 103: 36-45.
7. Gª-Villanova F, Cuellar-Flores I, Eimili B, Palacios I. El estrés materno en la organización del

vínculo Madre-Bebé Prematuro de Bajo Peso. Revista clínico contemporánea 2013 (Colegio oficial de psicólogos de Madrid) ; 4 (2).

8. Brazelton T B, Nugent J K. Escala para la evaluación del comportamiento neonatal. Barcelona: Paidós, 1997.
9. Camarero B, Cuellar-Flores I, Eimil B, Palacios I. La relación temprana en bebés prematuros. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica y Salud. 2012; 12 (2) .
10. Valle M. Prevención de trastornos del desarrollo y pedagogía hospitalaria. En: Millá MG, Mulas F, editores. Atención temprana (desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención). Valencia: Promolibro, 2005.

3.7. Intervención psicosocial y educativa en pediatría

Laura Ríos Espuny, Ana Martínez Soto, Mª José Íñiguez Tárraga, Ana María Hermosilla Pasamar

INTRODUCCIÓN

La atención de alta calidad en salud infantil, es la base que nos permite poner un énfasis claro en la atención psicosocial de los niños hospitalizados. Sabemos que la hospitalización es un recurso imprescindible para la salud, sin embargo existe consenso en considerar que la vivencia de hospitalización constituye un evento estresante para los niños y su sistema familiar. Con motivo de la necesidad de disponer un proceso de cuidados para restablecer la salud, se modifican transitoria y significativamente sus estructuras cotidianas de cuidado y vínculos afectivos. Esto requiere ser considerado por los equipos de salud para realizar acciones concretas de apoyo a nivel individual y familiar, con un enfoque biopsicosocial que favorezca el abordaje integral de esta situación.

Asimismo, en el caso de los niños y niñas que por diferentes razones requieren hospitalizaciones reiteradas y/o prolongadas, que los alejan de sus espacios naturales de desarrollo, la vivencia de hospitalización y la interacción con el equipo de salud pasan a constituir un aspecto fundamental en la evolución de su condición, e inciden significativamente en su calidad de vida y posibilidades de desarrollo posterior.

La acción coordinada e interdisciplinaria de los equipos de salud constituye una instancia fundamental y significativa, quienes con orientaciones específicas podrán proveer al niño y su familia, un adecuado soporte durante su permanencia en el hospital.

Por otro lado, es relevante considerar que la situación de hospitalización proporciona también un espacio privilegiado de interacción entre el niño o niña, su familia y el equipo de salud, en donde es posible realizar acciones de promoción y prevención que superan la temática biomédica particular y permiten potenciar su desarrollo integral. Esto involucra tanto la difusión de las temáticas ligadas con el desarrollo temprano, los vínculos y la crianza; como la pesquisa precoz de factores de riesgo infantil o familiar que puedan afectar su desarrollo posterior.

Por otro lado, también se busca fortalecer el rol de la familia en su función exclusiva e irremplazable de protección y de alivio de estrés de sus hijos(as), a través de la ampliación de la compañía, inclusión activa en el cuidado, educación de calidad, fomento de lactancia, entre otras actividades más.

ANÁLISIS DEL CONTEXTO

El área Pediátrica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) se encuentra ubicada en el Hospital General Universitario y se distribuye en 3 bloques:

- Planta de Pediatría: 14 habitaciones dobles y 2 individuales de aislamiento . Total 30 camas. Las habitaciones están distribuidas por criterio de patología y edad (lactantes, escolares y Cirugía). Se atienden niños desde los 28 días de vida hasta los 14 años.
- Neonatología: De 0 a 28 días. 17 cunas. De todas las patologías.
- UCI Pediátrica y Neonatal: De 0 a 14 años. 9 plazas.

El CHUA es el Hospital de referencia en distintas especialidades para Castilla- La Mancha (Cirugía Pediátrica, Oncología,...). Existe atención para todas las especialidades excepto Cirugía cardiaca.

Planta de Pediatría:

La estancia media de hospitalización en planta es de unos 4 días. La plantilla de personal se compone de 14 Enfermeros (más Enfermeros Internos Residentes), 13 Auxiliares de Enfermería y 3 Pediatras de Planta junto con Médicos Residentes (el resto de especialistas de área desarrolla su labor en las consultas).

La planta se encuentra reformada y adaptada a las necesidades infantiles, con buena iluminación natural y mobiliario adecuado, aunque con escaso espacio.

En general, existe una buena disposición por parte del personal por satisfacer las necesidades de los pacientes durante su ingreso, incluyendo los aspectos no sanitarios.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Vamos a exponer la labor del Psicólogo en la Interconsulta pediátrica en el contexto asistencial en que se desarrolla desde la Unidad de Salud Mental Infanto-

Juvenil adscrita al Servicio de Salud Mental del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

El inicio de esta actividad asistencial de forma sistematizada se remonta a Septiembre del año 2010 coincidiendo con la formación del Equipo Multidisciplinar de Oncohematología Pediátrica, del cual pasará a formar parte un Psicólogo Clínico perteneciente a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. El objetivo de nuestras intervenciones dentro de este equipo es la atención específica a los pacientes afectados de cáncer y sus familiares.

Hasta esa fecha, la atención psicosocial a los niños con cáncer hospitalizados había corrido a cargo de la Asociación de Familiares de Niños Oncológicos pasando a partir de este momento la intervención realizada por los profesionales pertenecientes a esta asociación (AFANION) a realizarse durante los periodos de alta hospitalaria.

De forma previa a esta fecha (Septiembre de 2010), las intervenciones en planta se realizaban de forma menos sistematizada, a demanda generalmente del Servicio de Pediatría desde donde se solicitaba una interconsulta a la Unidad de Salud Mental a propósito de un caso siempre que fuera considerado oportuno por parte de los profesionales médicos que atendían a los pacientes hospitalizados.

Se da la particularidad de que la unidad de hospitalización de Pediatría y la Unidad de Salud Mental se encuentran ubicadas en hospitales diferentes que a su vez se ubican en zonas separadas de la ciudad, lo cual condiciona el proceso de coordinación entre profesionales, el desplazamiento por parte del Psicólogo cuando se considera necesaria su intervención y lo que es más importante la atención a los pacientes y familiares en un espacio y tiempo debidamente estructurados.

Además del Programa de Psicooncología, se van desarrollando otros aspectos de la interconsulta y enlace con Pediatría. La integración del factor psicológico en la planta de pediatría ha ido creciendo y mejorando progresivamente. Esto ha facilitado la comunicación entre profesionales, la atención prácticamente inmediata a los pacientes y/o familiares y la integración de los aspectos biológicos, psíquicos y sociales de la enfermedad.

OBJETIVOS

Para el psicólogo el objetivo práctico no es profundizar en una labor psicoterápica, la interconsulta psicológica trata de **ayudar a minimizar o reducir el**

impacto que las diferentes variables intervinientes en el contexto de la enfermedad (relación medico-paciente, reacciones emocionales, dificultades en la elaboración de la nueva situación del paciente, etc.…) puedan estar teniendo, de forma que la labor médica pueda seguir su curso y el paciente pueda beneficiarse de ella. Un diagnóstico de la situación, supone valorar la relación y las posibles interferencias surgidas entre las personas implicadas, lo que a menudo se traduce en una toma de conciencia de las ansiedades subyacentes que obstaculizan el proceso informativo, terapéutico y curativo.

El lugar de la interconsulta está lejos del despacho donde habitualmente el Psicólogo desarrolla su trabajo, en nuestro servicio en concreto, tal y como comentábamos en la introducción estos dos espacios (interconsulta y USMIJ) se encuentran ubicados en hospitales diferentes en puntos diferentes de la ciudad. La visita al paciente a pie de cama, supone un modo de intervención diferente. Antes de nuestra visita al paciente, intentamos recabar información de los distintos profesionales que lo han atendido, facultativos, enfermeras, trabajadores sociales en el caso en el que el contexto social del paciente lo requiera,... Los familiares tienden a abordarnos en los pasillos y es difícil la privacidad con el enfermo que frecuentemente comparte espacio con otros pacientes. Estas dificultades nos dan ya datos del contexto real y colaboran en el diagnóstico situacional. La interconsulta se vuelve así compleja pero enriquecedora: permite valorar dicho entorno, y a las personas implicadas: pacientes, agentes de salud, cuidadores, y familiares. Nuestra labor es diferenciar entre los distintos elementos, valorarlos y establecer prioridades en la intervención.

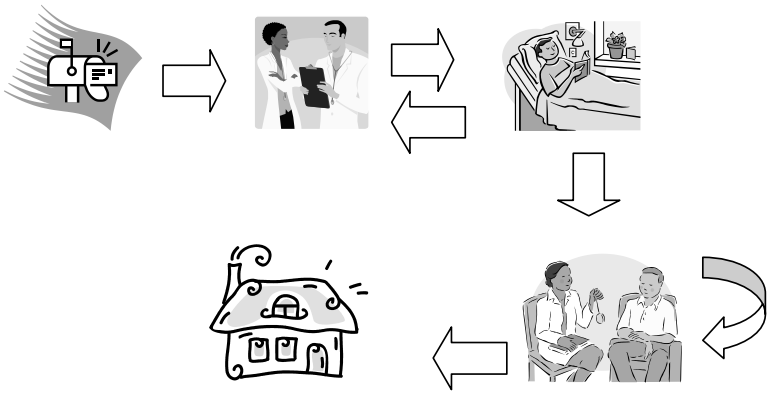
El acto de la interconsulta no se agota en el diagnóstico de las condiciones emocionales y posible psicopatología del paciente ingresado. La interconsulta apunta, sobre todo, al diagnóstico de la situación en la que la persona enferma vive su enfermedad en el hospital, la cual se estructura siempre dentro de una determinada relación o lazo médico-paciente.

AREAS DE INTERVENCIÓN ACTUALES

a) Interconsulta en planta de Pediatría:

El siguiente diagrama de flujo (Tabla I) describe cual es el proceso que siguen las peticiones de interconsulta que se realizan desde la planta de Pediatría del Complejo Universitario Hospitalario de Albacete:

Tabla I: Diagrama de flujo de las peticiones de interconsulta



- » Recepción de **Parte de Interconsulta** realizada por el Facultativo Especialista. Esta petición puede haber sido realizada utilizando diferentes medios, bien técnicos (sistema informatizado – Mambrino; telefónico) o bien directamente (de palabra) si coincide en horario y día con los días en los que el Psicólogo acude a la planta.
- » **Entrevista con el facultativo** que ha realizado la petición de interconsulta de forma previa a la visita al paciente. Esta consulta se suele realizar también **con el personal de enfermería** encargado del cuidado del paciente, así como **con otros profesionales** que por diferentes motivos hayan podido tener contacto con él. El objetivo es intentar recabar toda la información posible sobre el paciente, tanto sobre su estado de salud como de las circunstancias psicosociales que le rodean, y concretar la demanda.
- » **Primera visita en planta.** Durante esta primera visita nos presentamos al paciente y a la familia que le acompañe. Evaluaremos la queja subjetiva del paciente (y/o de la familia) y su demanda, que no tiene porque ser la misma que la del facultativo. Se realizará una primera asistencia de contención emocional, evaluación de narrativas y dinámicas familiares, primeras asociaciones y una exploración psicopatológica básica valorando si fuera necesaria una interconsulta con Psiquiatría Infanto-Juvenil. Al finalizar esta primera visita se realizará la propuesta de seguimiento que se valore más oportuna.
- » **Devolución de información al facultativo** que ha realizado la derivación, si fuera posible de forma directa. La intervención psicológica realizada se registrará

igualmente utilizando los medios técnicos disponibles (Mambrino). Se proporcionará cita con USMIJ al alta si procede. La inmediatez de la atención y la garantía de un seguimiento temprano en consulta externa han mostrado ser variables favorecedoras de una mejor adherencia y compromiso terapéuticos. Asimismo, la intervención coordinada de los distintos profesionales ofrece al paciente y su familia una visión más integral de su situación y una mayor calidad de cuidados.

» **Primera entrevista en C. Externas de USMIJ**. Normalmente será el mismo Psicólogo que ha atendido al paciente en la Interconsulta de Pediatría quien realizará el seguimiento del paciente si fuera necesario en la consulta externa, a no ser que por la problemática que presente necesite ser derivado a alguno de los dispositivos especializados (Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Hospital de Día, etc...). Siguiendo el procedimiento habitual en una primera consulta en este dispositivo se realizará una toma de datos más exhaustiva para realizar la apertura de HªCª. En base a la evaluación psicológica realizada tanto durante la hospitalización como en esta primera consulta se realizará un planteamiento terapéutico (relajación, psicoterapia, IC a Psiquiatría,...).

» **Seguimiento y/o alta.** En algunos casos el seguimiento finalizará con el alivio o remisión de la circunstancia que motivó la interconsulta. En otros, a lo largo del proceso de valoración, irán apareciendo nuevos datos que nos obliguen a reformular el caso y reorientar nuestra intervención.

Durante el año 2013 algunas de las interconsultas realizadas por la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil en la planta de Pediatría (Tabla II) han sido las siguientes:

Tabla II: Ejemplos de interconsulta en la planta de pediatría

SEXO	EDAD	MOTIVO INTERCONSULTA	INTERVENCIÓN	SITUACIÓN ACTUAL
MUJER	16 años	Intento autolítico	Psicoterapia y apoyo familiar. Coord. con IES	En seguimiento
MUJER	14 años	Intento autolítico	Apoyo individual y familiar; coord.. con colegio	Alta
MUJER	17 años	Accidente tráfico TCE	Apoyo y orientación familiar	En seguimiento en USM
MUJER	12 años	Abdominalgia	Niega malestar psicológico	Alta
VARÓN	9 años	Vómitos cíclicos	Relajación Psicoterapia; Inter.. Multidisciplinar	En seguimiento (dx. Epilepsia)
VARÓN	12 años	Hemofilia	Relajación Psicoterapia de apoyo; intervención multidisciplinar	Complicaciones médicas y psicosociales. Centro de acogida.
MUJER	12 años	Dolor lumbar inespecífico	Apoyo. Grupo HH.SS.	En seguimiento
MUJER	12 años	Abdominalgia (Bezoar x Tricofagia)	Relajación Psicoterapia	Alta y NPC (conflictiva familiar)
MUJER	9 años	Abdominalgias y Vómitos	Psicoterapia de apoyo	En seguimiento (Situación socio-familiar conflictiva)
MUJER	7 años	Colitis eosinofílica	Psicoterapia	En seguimiento

b) Evaluación Psicológica (según protocolos)

Otro tipo de actividad asistencial asociada a la Interconsulta es la evaluación psicológica y posterior diagnóstico de pacientes con enfermedades médicas que pueden cursar con algún tipo de alteración del desarrollo. Para ello se utilizan tests y pruebas objetivas estandarizadas y baremadas para población española.

Existen actualmente protocolos de Evaluación Psicológica para aquellos pacientes con enfermedades metabólicas como la Fenilcetonuria o el Hipotiroidismo congénito, que establecen tanto las pruebas recomendadas para realizar esta evaluación como la periodicidad con que deben ser realizadas.

En otras ocasiones, la demanda de evaluación no se ajusta a ningún protocolo, y surge motivada por un interés particular del médico acerca de aspectos concretos del paciente (capacidad cognitiva, perfil de personalidad, clínica psiquiátrica,...).

PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES METABÓLICAS

» FENILCETONURIA (y otras enfermedades metabólicas):

Definición: La Fenilcetonuria (PKU) e Hiperfenilalaninemias (HFA) se producen por el déficit o ausencia de la enzima Fenilalanina Hidroxilasa (FAH), que cataliza la reacción del aminoácido esencial fenilalanina a tirosina. Su herencia es autosómica recesiva, ambos padres son portadores y el riesgo de recurrencia de la enfermedad es de un 25%.

Manifestaciones Clínicas: La Fenilcetonuria clásica conduce a un retardo mental profundo si no es diagnosticada y tratada desde el período neonatal. Los síntomas iniciales aparecen en los primeros meses de vida con falta de interés por el medio, convulsiones, frecuentemente espasmos masivos, eccema rebelde a tratamiento y olor a humedad. Alrededor de los 6 meses se hace evidente la presencia de retardo en el desarrollo. En el niño mayor aparecen además graves trastornos de conducta como agresividad, hiperactividad, rabietas y actitudes autistas.

Tratamiento de Elección: El tratamiento de elección es dietético y su objetivo es reducir al mínimo el daño cerebral. Debido a las restricciones dietéticas que supone, el tratamiento podría derivar en problemas emocionales.

Seguimiento (a nivel psicológico): Además de los controles médicos que será necesario seguir por parte de estos pacientes, entre los que se incluye un control neurológico cada 2 años, se hace necesario realizar periódicamente una serie de evaluaciones psicológicas para valorar el desarrollo psicomotor e intelectual.

Se recomiendan los siguientes protocolos de seguimiento psicológico de pacientes con hiperfenilaninemia: **Brunnet-Lezine** (18 meses), **Mc Carthy, Bender** y **Goodenough** (a los 3 años cumplidos) y Escalas de Inteligencia de Weschler a los 6, 9, 12, 15 y 18 años.

» HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO:

Definición: El hipotiroidismo congénito se define como la situación resultante de una disminución congénita de la actividad biológica tisular de las hormonas tiroideas, bien por producción deficiente, ya sea a nivel hipotálamo-hipofisario (hipotiroidismo central), o a nivel tiroideo (hipotiroidismo primario), o bien por resistencia a su acción o alteración de su transporte en los tejidos diana (hipotiroidismo periférico).

Manifestaciones Clínicas: El hipotiroidismo congénito tiene una importancia extraordinaria en el niño por su potencial repercusión sobre su desarrollo intelectual, dado que las hormonas tiroideas son imprescindibles para el desarrollo cerebral durante las etapas prenatal y postnatal. El hipotiroidismo congénito es la causa de retraso mental prevenible más frecuente.

Tratamiento de Elección: Tratamiento hormonal sustitutorio.

Seguimiento: Evaluación del desarrollo temprano (*Perfil Psicomotor de Picq y Vayer*; *Test de Screening del Inventario de Desarrollo Battelle*

OTRAS EVALUACIONES

» IMPLANTES COCLEARES:

Los implantes cocleares están indicados en pacientes que presentan una hipoacusia neurosensorial bilateral profunda de asiento coclear, que se benefician de forma insuficiente o nula de los audífonos y que además se sienten motivados hacia un implante coclear.

Estos dispositivos electrónicos transforman los sonidos ambientales en energía eléctrica capaz de actuar sobre las aferencias del nervio coclear y desencadenar una sensación auditiva.

Además de cumplir una serie de criterios audiométricos, el paciente candidato ha de ser estudiado más ampliamente antes de que llegue a hacerse una indicación definitiva de implante coclear.

No solamente es preciso conocer la intensidad de la hipoacusia, sino también descartar ciertas contraindicaciones y analizar una serie de factores de valor pro-

nóstico que influyen, en mayor o menor medida, en los resultados posteriores a la implantación. Por ello, es necesario practicar un proceso de selección, que tendrá diferentes peculiaridades según se trate de adultos o niños.

Nuestra labor desde la Interconsulta en lo que se refiere al tratamiento mediante implante coclear debe ser doble:

En una **primera fase**, colaborando en la selección de los candidatos, mediante la detección de posibles alteraciones psicopatológicas que pudieran ser un obstáculo para la consecución de resultados en el tratamiento.

En una **segunda fase**, tras la intervención quirúrgica, y una vez el paciente en periodo de rehabilitación, para realizar un seguimiento de la adaptación del paciente a su nueva situación.

A la hora de llevar a cabo la selección del paciente, no solamente es importante la **detección de psicopatología** que contraindique temporal o definitivamente el tratamiento, sino que resulta de especial interés, y este es un extremo en el que prácticamente todos los autores consultados coinciden, la **valoración del nivel de expectativas** y del grado de **motivación** del paciente.

Una vez realizado el implante será necesario valorar como es la adaptación al implante en los aspectos familiar, social y escolar, vigilando la posible aparición de desajustes psicológicos o emocionales.

Las pruebas que se sugiere realizar para la valoración psicopatológica son las siguientes:

- Entrevista clínica: Con ella se pretende investigar la existencia de algún trastorno mental severo que pudiera ser obstáculo para el resultado del implante.
- Exploración del nivel intelectual mediante el Test de Inteligencia de Weschler (WAIS para adultos).
- Asimismo se estudiará la existencia de alteraciones de carácter neuropsicológico, especialmente en el área del lenguaje.
- Explorar la posible aparición de desajustes psicológicos o emocionales de forma posterior a la realización del implante.

» CIRUGÍA REPARADORA:

Evaluación del impacto emocional de alteraciones físicas (estéticas): orejas antevertidas, pectus excavatum, hipertrofia mamaria, y otros.

» HIPERHIDROSIS PALMO-PLANTAR:

El concepto hiperhidrosis hace referencia a la sudoración excesiva, espontánea e incontrolable, no necesaria para la termorregulación. Puede ser primaria (esencial o idiopática) o secundaria a algunas enfermedades o fármacos.

La hiperhidrosis primaria localizada condiciona trastornos de sociabilidad y fobia social. Se presenta en manos, axilas, pies y fascies, y su tratamiento tiene un enfoque multidisciplinario, debiendo individualizarse cada caso.

La causa de la hiperhidrosis primaria se desconoce. Suele aparecer al inicio de la edad infantil, generando un empeoramiento progresivo hacia el período puberal, para luego disminuir nuevamente en edades avanzadas. Afecta a ambos sexos y se da en todas las razas. En cuanto a la etiología de la hiperhidrosis secundaria parece ser más generalizada y, en ese caso, el estado de hipersudoración tiene lugar asociado a un proceso de enfermedad subyacente, como por ejemplo la hiperhidrosis que existe en el contexto de procesos infecciosos recurrentes, alteraciones de sistemas endocrinos como hipertiroidismo, diabetes mellitus, etc.

La Intervención psicológica desde la interconsulta se dirige a la evaluación de la existencia de ansiedad y su tratamiento en caso de existir, así como la posible afectación en las diferentes áreas social, laboral, etc..

c) Enlace

Cuando hablamos de Enlace, estamos haciendo referencia a un acercamiento y un abordaje integral de la enfermedad. Más allá de la interconsulta hospitalaria, la consulta de enlace implica un trabajo interdisciplinar coordinado y sostenido en el tiempo así como una estabilidad en los cuidados y en los profesionales de referencia.

Tabla III: Interconsultas más habituales.

DERIVANTE	MOTIVO INTERCONSULTA
GASTROLOGÍA PEDIÁTRICA	Abdominalgias Vómitos Cíclicos Enfermedades Metabólicas
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	Encopresis
ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	Diabetes
NEUROPEDIATRÍA	Cefaleas tensionales y migrañas Trastornos Conversivos Trastornos por somatización
UCI PEDIATRICA/ NEONATOS	Madres adolescentes Neonatos de riesgo

d) Oncología Pediátrica

La **Psicooncología Pediátrica** se ocupa de la prevención y el tratamiento de los posibles problemas psicológicos reactivos al diagnóstico de cualquier enfermedad neoplásica maligna, así como del apoyo a la familia del niño enfermo.

El cáncer infantil tiene características propias que le diferencian del cáncer en los adultos, por lo que exige un tratamiento específico. La enfermedad y su tra-

tamiento tienen fuertes implicaciones emocionales en los niños, por ello es conveniente ofrecer apoyo psicológico para mejorar la calidad de vida y disminuir el malestar secundario a la enfermedad.

Son numerosos los estudios que nos confirman la imposibilidad de afrontar el cáncer pediátrico desde un abordaje exclusivamente médico. La magnitud del impacto del diagnóstico, las características de los propios enfermos, la alteración del funcionamiento del núcleo familiar –entre otros muchos efectos que provoca la enfermedad– dibujan una realidad compleja, que requerirá más de una única intervención, apostando por un trabajo multidisciplinar.

Nuestra intervención se inicia en la fase de diagnóstico y se mantiene a lo largo del tratamiento y, posteriormente, en la fase de remisión. En caso de fallecimiento, se ofrece apoyo para la elaboración del duelo.

Los **objetivos** de la intervención Psicológica en Oncología Pediátrica son los siguientes:

- Favorecer la aceptación y asimilación del diagnóstico, así como la adaptación a la enfermedad y el tratamiento.
- Promover un adecuado manejo de la información, evitando ocultamientos o manipulaciones de la misma y tratando de resolver las posibles dudas que puedan surgir.
- Promover una adecuada relación terapéutica, favoreciendo la confianza en el equipo terapéutico y la adherencia al tratamiento.
- Ofrecer apoyo y contención, facilitando la ventilación emocional y disminuyendo así el malestar.
- Evaluar estrategias de afrontamiento y promover aquellas más adaptativas.
- Prevenir la aparición de psicopatología y, en su caso, tratarla.
- Ayudar a resolver conflictos personales y relacionales que aparezcan a lo largo del proceso de enfermedad.
- Asesorar sobre pautas de organización y funcionamiento del entorno del paciente.
- Mantener el apoyo tras el alta médica para facilitar la reincorporación y adaptación del niño a su actividad cotidiana previa.
- Prevenir o disminuir los niveles de angustia previos a las revisiones médicas durante el periodo libre de enfermedad

Durante el año 2013 los diagnósticos más frecuentes atendidos en el programa de oncología pediátrica han sido leucemia, linfoma, tumor cerebral. El total de casos atendidos ha sido de 15, de los cuales 5 casos eran nuevos diagnósticos, 6 pacientes continúan actualmente en seguimiento y 2 casos fallecieron. El resto

de los casos (2) fueron dados de alta y son atendidos por los profesionales de la asociación (AFANIÓN).

Gráfico 1: Pacientes pediátricos oncológicos en 2013

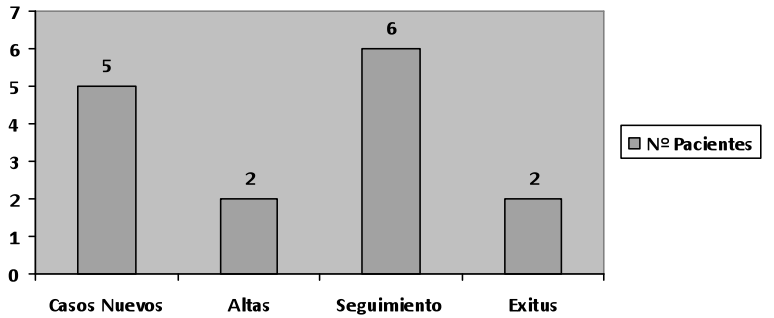
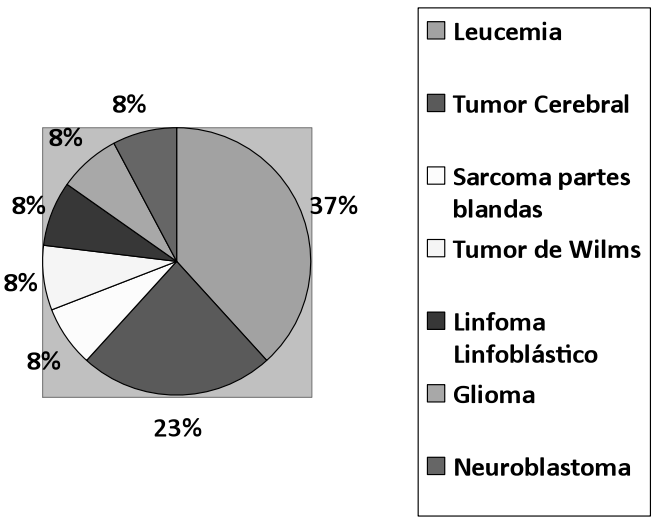


Gráfico 2: Diagnósticos oncológicos pediátricos más frecuentes en la unidad



e) Enlace con UCI Pediátrica/Neonatos

El papel del psicólogo en un Servicio de Neonatología es ayudar a las madres, padres y demás familiares que atraviesan situaciones complejas a raíz de la internación del bebé. No se trata de calmarlos o pretender borrarles el sufrimiento sino de intervenir y subsanar las consecuencias de la separación entre madre e hijo. Por lo

tanto, la intervención psicológica está orientada tanto a la atención y al acompañamiento de los padres como al recién nacido.

Puntualmente, cuando el psicólogo atiende a la díada madre-hijo los objetivos son:

- Facilitar el desarrollo de la relación
- Optimizar la interacción entre ambos
- Ayudar a la madre a entender a su hijo
- Disminuir los niveles de culpabilidad
- Aumentar la autoestima
- Disminuir el rechazo que pueda llegar a presentar la madre frente al bebé.
- Apaciguar las ansiedades

INTERVENCIÓN SOCIAL

El Trabajo Social Hospitalario es un servicio especializado que mediante la atención personalizada y el apoyo a la familia, atiende a una población que tiene como denominador común la enfermedad y las consecuencias que se derivan de la misma, ya sean estas de tipo emocional, o de relación con el entorno.

El Trabajador Social del hospital es un profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias que se realizan dentro de la institución.

Realizamos las valoraciones de los casos, se estudia la situación del enfermo y de su familia, se comprueba la red de apoyos, los recursos sociales que pueden ajustarse a su situación y se movilizan éstos para que el paciente, cuando vaya a su domicilio pueda beneficiarse de ellos.

El Trabajador Social puede intervenir en el ingreso, estancia y alta del hospital, también en urgencias y en consultas externas. Interviene en las dificultades sociales sobrevenidas, o crecidas, a raíz de una enfermedad. Ello conlleva la tarea de orientar, cuando el problema así lo requiera, al resto del equipo sanitario, así como al propio paciente y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que puedan ser adecuados para el logro de los objetivos de salud.

En cada caso el abordaje es distinto, puesto que un mismo problema afecta de manera diferente a cada persona.

TRABAJO SOCIAL CON PACIENTES PEDIÁTRICOS

El Trabajador Social en el hospital con los pacientes pediátricos, atiende los problemas sociales que surgen en la planta de Pediatría, urgencias, consultas externas, neonatos y UCI pediátrica.

Algunos de los problemas con los que nos enfrentamos son:

- Menor en situación de riesgo.
- Situación de desamparo o abandono del menor.
- Maltrato (físico, psíquico, sexual)
- Inadecuado ejercicio de los deberes paternos (esto podría ser riesgo o maltrato).
- Inmadurez de los padres en el cuidado del menor.
- Enfermedad mental de los padres o cuidadores.
- Toxicomanías en los padres o cuidadores.
- Precariedad económica de la unidad familiar.
  Vivienda en malas condiciones de habitabilidad.
- Ausencia de vivienda.
- Menor con alguna discapacidad.
- Menor con enfermedad crónica.
- Falta de asistencia a consultas médicas.
- Gestación en conflicto.
- Neonato con bajo peso.
- Problemas derivados de un exitus.
- Paciente oncológico.
- Otros.

ACTUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA

Como en el resto de especialidades, en el área de Pediatría se trabaja a demanda. Vías de derivación:

- Iniciativa personal o familiar del paciente.
- Personal sanitario (médico, enfermería, u otros profesionales que atiendan al apciente).
- Servicios Sociales (SS.SS.) de base.
- Trabajadores sociales de los Centros de Salud.
- Equipo de Menores.
- Otros (Caritas, asociaciones, Cruz Roja,...)

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL

1. Se realiza una primara entrevista de valoración social donde se concreta si existe o no problemática social susceptible de intervención profesiona.
2. Se abre ficha social.

3. Si no precisa intervención social se informa de la consulta y se deriva, si procede a SS.SS. de base, centro de salud, etc.

4. Si precisa seguimiento por parte de la trabajadora social, se abre Historia Social, donde quedarán reflejadas todas las intervenciones, gestiones y entrevistas sucesivas.

Hay en marcha diversos proyectos de actuación en coordinación con Menores:

- Protocolo de actuación en Maltrato Infantil y otras situaciones de riesgo.
- Adopción de menores.
- Residencia de madres (pacientes neonatos y UCI pediátrica).
- Menores oncológicos.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Desde 1997 existe una atención educativa por parte de profesionales formados y dependientes de la administración educativa que mediante un convenio trabajan dentro del Hospital.

Desde 2002 el Aula Hospitalaria está dentro de los EQUIPOS DE ATENCIÓN EDUCATIVA HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA de Castilla-La Mancha. Modelo de atención al niño enfermo que ha sido referente para el resto del país.

Estos equipos abarcan la atención educativa desde Educación Infantil hasta Bachillerato de los alumnos de los dos hospitales de Albacete y el hospital de Hellín. También se realiza una atención para alumnos convalecientes en domicilio con un certificado médico que acredite necesidad de permanecer en su domicilio por un período superior a 20 días.

Los niños ingresados en el HGU de Albacete son atendidos independientemente de su período de estancia. Realizando con ellos diferentes tareas en función de sus posibilidades por tiempo de estancia, patología, estado físico-anímico, edad e historia educativa.

Se prioriza actuación en grupo si las condiciones lo permiten. Se realiza atención individual en casos puntuales. SE realiza un plan de trabajo adaptado a cada niño.

La atención educativa durante la hospitalización puede verse continuada en domicilio en el caso de los niños convalecientes que lo precisen.

El trabajo educativo en un contexto hospitalario precisa de una coordinación con diferentes profesionales, tanto dentro como fuera del hospital.

Dentro del hospital se coordina información, horarios, tiempos, pronóstico, actividades adecuadas a cada caso y decisiones sobre intervención familiar. Esta coordinación implica a profesores, psicólogos, trabajadores sociales y personal sanitario.

Fuera del hospital existe una coordinación con sus centros educativos, asociaciones de enfermos, voluntariado y cualquier institución que participe del proyecto.

El trabajo educativo aporta "normalidad" a la vida hospitalaria, rutinas de trabajo, relación entre iguales, contacto con el exterior, actividades motivadoras, vía de escape, oportunidad de hablar de la enfermedad/emociones/miedos..., rompe con el aislamiento, relaja la tensión familiar, procura aprendizaje de la situación misma, mitiga el dolor...

El trabajo del profesor hospitalario va más allá de lo puramente instructivo por lo que la coordinación con los profesionales del campo de la psicología y el trabajo social es fundamental de cara a no solapar aspectos ni realizar un abordaje diferente.

También priorizamos actividades educativas fuera del campo curricular que ayudan a los chicos a acercarse al hecho de la hospitalización desde un punto de vista lúdico y creativo:

- Talleres
- Revista LA TIRITA
- Colaboración con Asociaciones Nacionales: Atresmedia, Pequeño Deseo, Obra Social La Caixa, Payasos Sin Fronteras, Jornadas de Humanización de Hospitales Infantiles.
- Fiestas y celebraciones.
- Uso de Nuevas Tecnologías.
- Teatro
- Musicoterapia
- Visitas de colegios al recinto hospitalario.

CONCLUSIONES

Hablar del componente de salud mental en el hospital general parte, en cierto modo, de una concepción disociada del ser humano en general y del sujeto enfermo en particular.

Los ámbitos biológico, psíquico y social se manifiestan de forma anudada y difícil de separar. Allí donde un individuo se queja, hay un organismo afectado, un sujeto que habla de su malestar y un contexto social que lo enmarca y lo determina. Hablar de "componentes" no deja de ser un artificio que nos ayuda a delimitar y analizar nuestro objeto de estudio.

Las intervenciones de los distintos profesionales que atienden a un sujeto enfermo, ciertamente, son en muchas ocasiones "componentes" de un protocolo de actuación, aplicadas por "componentes" de un Servicio, que tienen lugar en uno u otro "componente" del hospital. Sin embargo, nuestro paciente se nos

presenta con todas sus facetas y matices y, al tiempo que las exploraciones médicas dan cuenta (en el mejor de los casos) de sus dolencias, él o ella nos habla de su cuerpo (un organismo subjetivado) y de las circunstancias ambientales en las que se desenvuelve. El acercamiento a los pacientes y el abordaje de su enfermedad deberían siempre realizarse desde una perspectiva global, tratando de integrar las diferentes lecturas que los diversos profesionales podamos aportar.

Esta perspectiva, más allá de la idea de la interconsulta, apunta hacia un trabajo de enlace en el que las distintas aproximaciones se anuden y se desarrollen de forma integrada. A lo largo de los últimos años, éste parece ser el rumbo que va adoptando nuestro trabajo. Los profesionales, sanitarios y no sanitaros, que desempeñan sus funciones en la planta de Pediatría vamos ampliando nuestra mirada y aprendiendo a tener en cuenta otros modos de hacer y de entender. También los propios pacientes pueden percibir un trato más ordenado y dotado de sentido: las visitas en la planta de hospitalización son continuadas tras el alta en las consultas, la atención se dirige también a sus familias y se amplía, en ocasiones, a otros ámbitos de la red social (escuela, barrio, etc.).

Queda todavía mucho por hacer. No siempre resulta fácil la integración de los aspectos señalados, bien por las condiciones físicas del espacio, bien por el tiempo disponible para desempeñar nuestro trabajo. Tampoco la actitud de los profesionales, e incluso la de los usuarios, es siempre favorable. Por todo ello, quizás, este trabajo nos resulte tan estimulante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Celma, A. "Psicooncología infantil y adolescente". *Psicooncología*;6 (2009): 2-3Espasa, R. et al.. "El perfil del psicooncólogo". *Materials del COPC. Núm. 16* (2003)Méndez, X. et al. (2004). "Atención Psicológica en Cáncer Infantil". *Psicooncología*.;1 (2004): 1Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de SaludPlan Oncológico de Castilla La Mancha 2007-2010Instrucciones de 3 de Agosto de 2009 por las que se regula la prestación de apoyo psicológico a los enfermos de cáncer y sus familias en el Sistema de Salud de Aragón
2. Izzedin-Bouquet de Durán, R. "El papel del psicólogo en el Servicio de Neonatología". *Perinatol Reprod Hum* 2011; 25 (3): 188-190
3. Hernández Blázquez, M.; Arana González, Z.; Sánchez Crespo, E.; Touza Piñeiro, R. "Psicología de Enlace en un Servicio de Psiquiatría. La interconsulta con pacientes con cáncer. Reflexiones desde la Psicosomática". *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, nº 86-87 (2008), 23-28.*
4. Comisión de expertos CEAF. *Implantes Cocleares*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, 2005.
5. Calderón López, G.M.; Jiménez Parrilla, F; Losada Martínez, A.; "Screening Neonatal". *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología,* 2008, 424-433

PRESENCIA EN INTERNET Y REDES SOCIALES

Internet y las redes sociales son un vehículo importante para abrir la ventana del Hospital al mundo. Una herramienta que nos ayuda a que la sociedad vea con otros ojos una realidad que se percibe como hostil.

Mediante esta herramienta, informamos, concienciamos y nos comunicamos. Nos sirve para dar a conocer el trabajo que en este Hospital se realiza, para preparar futuros ingresos, para estar en comunicación con niños/familias, para alentar el desarrollo de proyectos....por todo ello fomentamos el uso de las nuevas tecnologías.

http://elmusicalguachi.wordpress.com/
http://www.chospab.es/area_infantil/tirita_digital/ejemplares.htm
https://www.facebook.com/LosGuachisDelHospitalDeAlbacete
http://www.chospab.es/area_infantil/index.htm
https://www.youtube.com/user/aulahospitalalbacete

MUSICAL GUACHI
15 de febrero
Día Internacional del Niño con Cáncer

3.8. Programa de Atención Psicológica al paciente con Daño Cerebral Adquirido

Miguel Anxo García Alvarez

INTRODUCCIÓN

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) constituye un importante problema sanitario y social de especial complejidad asistencial. Es una de las primeras causas de discapacidad. La oficina del Defensor del Pueblo en el informe sobre esta cuestión realizado en 2005 en colaboración con la Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE) presentaba los siguientes datos: 300.000 personas viven con Daño Cerebral Adquirido en España, y de ellas 200.000 han sufrido ictus, 50.000 traumatismos craneoencefálicos y las 50.000 restantes tienen como causa del daño: anoxias (intoxicaciones, accidentes cardíacos, ahogamientos), infecciones y tumores (1).

A su vez el Observatorio Estatal de la Discapacidad del Ministerio de Sanidad en junio de 2011, a partir de la *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia* de 2008 presentó datos que dan cuenta de que en España residen 420.064 personas con daño cerebral adquirido. El 78% de estos casos se deben a accidentes cerebrovasculares, mientras que un 22% corresponde a las demás causas.

La dimensión epidemiológica, la cantidad y diversidad de recursos materiales y profesionales movilizados para dar respuesta a un acontecimiento generalmente presentado con carácter de urgencia, la incertidumbre que sobre la vida y la integridad y autonomía personal del paciente acompaña al mismo, la amenaza que proyecta sobre la estabilidad y futuro del grupo familiar del que es miembro la persona directamente afectada, el creciente incremento de su prevalencia,... nos sitúan ante uno de los problemas sanitarios y sociales de más dificil respuesta, y en relación a su importancia (epidemiológica, humana, sanitaria, legal, y económica) es también de los más insuficientemente atendidos (2).

En la dimensión emocional y relacional la emergencia del daño cerebral accidental somete al grupo familiar de la persona afectada a fortísimas tensiones relacionadas con las necesidades de cambio que el acontecimiento genera (fruto tanto

de su dramatismo inicial y de su prolongada duración y atención sanitaria, como de las secuelas que con frecuencia conllevará). Es conocido el elevado sufrimiento de las familias en el proceso de adaptación a la situación creada tras el accidente, que se extiende desde la recepción de la noticia y la espera en la fase de atención intensiva hasta la estancia en planta y el alta hospitalaria. De otras formas se prolongará en el período post-hospitalario, y en no pocos casos se cronificará y cristalizará como trastorno psíquico en algún miembro de la familia (a menudo en la persona que asume la responsabilidad directa de los cuidados físicos y emocionales del paciente, generalmente una mujer, la llamada cuidadora principal) (3).

Es sabido también que el afrontamiento de la amenaza realizado en el período crítico inicial de su presentación es un determinante de la evolución futura de la salud (física-psíquica-relacional-social) de los afectados. La intervención preventiva en Salud Mental tiene un escenario privilegiado para su realización: la crisis que se desarrolla en el período inicial del cambio (4).

Por otra parte los directamente afectados por Daño Cerebral Accidental reclaman desde hace tiempo atención psicológica en los Hospitales (individual y asociadamente) y en todas las fases de la atención que se les presta en los mismos [1].

Pero a pesar de todo son prácticamente inexistentes las experiencias de atención psicológica continuada al paciente afectado por DCA y a su familia durante el proceso de hospitalización.

Desde el año 2005 en el Hospital Clínico Universitario de Santiago, del Servizo Galego de Saúde, se ha venido desarrollando actividad orientada a la atención psicológica al afectado por DCA y a su familia durante su hospitalización, conforme a un programa elaborado para tal fin. A pesar de las dificultades de sistematización de las acciones previstas en el mismo, ha proporcionado atención a más de 300 familias y afectados directos.

De algunas de las cuestiones aprendidas durante la realización del mismo en estos años se da cuenta en este capítulo.

---

[1] *"Es una necesidad imperiosa la acogida, la información adecuada y sostenida y el apoyo psicológico a la familia en los Hospitales desde el mismo momento del ingreso."* (Federación Española de Daño Cerebral: "Diez acciones públicas para el daño cerebral adquirido". Propuesta 3ª).

LA PERSONA CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO Y SU FAMILIA EN EL HOSPITAL

Es ya un lema en el movimiento asociativo del DCA el que *no hay personas afectadas sino familias afectadas,* resaltándose así el efecto que causa el daño cerebral adquirido sobre el círculo social más próximo de la persona directamente afectada (5).

También comienza a plantearse una idea principal que evoca resonancias conocidas en el ámbito de la salud mental, que se expresa en otro lema: *"no es solo un ictus, no es solo un traumatismo craneoencefálico, no es solo un tumor cerebral, es daño cerebral adquirido"* , llamándose así la atención sobre los efectos para la vida de las personas además de considerar la etiología.

A su vez asistimos a un desarrollo creciente de la capacidad de los afectados (directos y familiares) para identificar y formular sus necesidades, organizar e instrumentar la respuesta a las mismas, e intentar hacer valer sus derechos en las instancias públicas con responsabilidad en su satisfacción (6).

Estos planteamientos son viejos conocidos en salud mental cuando, desde un determinado posicionamiento teórico y práctico, definimos y evaluamos la respuesta adecuada ante las personas con Trastorno Mental Grave (TMG), priorizando los efectos y necesidades de la persona con trastorno mental para prever, organizar y proporcionar atención y/o cuidado. De hecho, una buena parte de las necesidades y dificultades de las personas con DCA son comunes a las de las personas con TMG.

Por así decirlo, la mayor diferenciación de necesidades sanitarias y asistenciales de las personas afectadas por DCA se producirá en la primera fase del mismo, que ocurrirá en el ámbito del hospital durante la llamada fase aguda. No así en lo referido a sus familias que, con independencia de la etiología del daño, sufrirán el efecto del proceso en esta fase de forma similar.

La intervención asistencial sigue un proceso complejo, de elevada especialización y sofisticación tecnológica, caro, y prolongado. En la fase inicial el tiempo es urgente, la vivencia de amenaza inminente, y la gravedad de la situación condiciona los estados emocionales y la actitud de entrega sin condiciones de las personas en manos de la "ciencia médica".

Es así que previsiblemente, si la evolución progresa sin nuevas incidencias graves, el afectado avanzará a lo largo de un proceso del que formará parte el rescate, estabilización y transporte urgente al hospital---la intervención neuroquirúrgica,

radiológica intervencionista, o de tratamiento trombolítico---la estancia en Unidad de Críticos---la estancia en planta de Neurología o Neurocirugía-la realización de pruebas analíticas, de imagen, electroencefalográficas, ... Serán convocadas a su asistencia en interconsulta diversas especialidades médicas (en particular en el caso del afectado por traumatismo craneoencefálico y en los que sufrieron cirugía). Con frecuencia el paciente evolucionará desde el incierto estado de coma, a la agitación del despertar, y después a la desorientación y a las dificultades de reconocimiento de los próximos, y a la manifiesta incapacidad para fijar información. A veces no hablará o no entenderá el lenguaje. A menudo habrá perdido el control de esfínteres y deberá recibir cuidados plenos. Muchos deberán ser sostenidos un tiempo en su respiración a través de traqueotomía y en alimentación mediante sonda nasogástrica o gastrostomía endoscópica percutánea. Puede que deban ser sondados para asegurar la evacuación de orina. Muchos sufrirán infecciones y recibirán tratamientos farmacológicos con antiepilépticos, anticoagulantes, antibióticos, ... También recibirán atención fisioterapéutica en intensidad variable y más improbablemente logopédica. A veces la atención psiquiátrica será reclamada para contribuir al control conductual en estados de agitación o en conductas desinhibidas o ante franca afectación del estado anímico.

Desde cualquier punto de vista el proceso asistencial es muy complejo, siendo fácilmente apreciable el potencial efecto sobre la familia (emocional, social, físico, económico), y el considerable riesgo que conlleva de fragmentación, descoordinación y causación de daño secundario. La respuesta asistencial se orienta precisamente a la prevención del mismo, dominando esta finalidad toda la acción de las especialidades sanitarias intervinientes (también la de las disciplinas relacionadas directamente con la salud mental).

La actuación orientada a la prevención del daño secundario se sostiene en una renuncia explícita y realista a cualquier pretensión de actuación (a excepción de la paliativa) sobre lo ya dañado. En el ámbito de la atención psicológica conlleva renuncia a tratar el dolor que causa la pérdida y el cambio adverso de la vida, y centrar los esfuerzos en prevenir nuevos daños evitables, en particular los referidos a formas de adaptación y cambio insalubres y a evitar o corregir acciones del proceso asistencial que incrementen el sufrimiento, reduzcan las capacidades de afrontamiento o potencien cambios que conlleven riesgos futuros de nuevas adversidades en el desarrollo.

La complejidad de la respuesta asistencial al paciente con DCA en su fase inicial, la importante mediación de tecnología en esa respuesta, la especialización de los

sanitarios intervinientes, los determinantes del rendimiento de la actividad hospitalaria, la reducción progresiva de recursos asistenciales, el limitado respeto a los derechos de las personas en la atención sanitaria, y la escasa capacitación de muchos profesionales sanitarios para la creación de relaciones "terapéuticas", condicionan una relación con muchos afectados (pacientes y familiares) que perjudica su estado emocional, agrava su vivencia de pérdida de control de la vida y su incertidumbre, y crea inseguridades y temores respecto a la atención recibida.

La relación de los profesionales y la institución sanitaria con estos usuarios debe partir del reconocimiento de su vulnerabilidad, y saber de sus necesidades más importantes a partir de lo que ellos mismos reiteradamente manifiestan (7, 8).

Sin embargo a menudo la relación es breve y orientada a satisfacer las necesidades del trabajo del profesional, la comunicación descuidada, la coordinación de los mensajes inexistente, la dedicación a conocer las preocupaciones de los afectados nula, la tolerancia a sus estados emocionales escasa,...

Dada la gravedad de la situación parece contradictorio el escaso nivel del cuidado proporcionado a las familias, y la desatención a las dimensiones psíquicas del proceso en curso (que cree darse por resuelto, en el mejor de los casos, con entrenamiento y aplicación de habilidades de comunicación de malas noticias).

Sin embargo no es nada nuevo: el hospital es una institución con utilidades y finalidades diversas, sus objetivos están determinados de forma poderosa por razones diferentes a las necesidades sanitarias de las personas, sus estructuras de poder (la visible y la oculta) encuadran y ordenan (en su doble acepción de "organizan" y "mandan") las conductas profesionales y de los ciudadanos ingresados. Desde esta consideración la no atención a las necesidades emocionales, de información, de tiempo, de esperanza, de compañía, de cuidado al fin y al cabo, de quienes viven en el hospital en el rol de enfermos o familiares/acompañantes es el efecto del funcionamiento general de una "máquina" a la que esas cuestiones le sobran. Es buena muestra de esa realidad la valoración expresada por una alta dirigente del hospital en el que se puso en marcha el programa que aquí se expone, cuando interpelada por el autor sobre las inadecuadas condiciones de las salas de espera de las Unidades de Críticos (en las que durante un tiempo medido en semanas viven, esperan, lloran, se consuelan, temen, . . .,y a veces mueren, personas que sienten la necesidad de estar próximas a los suyos ante el riesgo percibido de desenlace inminente o indefensión grave de los mismos) para acoger a familiares, se cuestionó su presencia con la frase "lo que no entiendo es que hacen las familias en el hospital". Y lo cierto es que en esta fase sobran excepto para autorizar intervenciones, pero

ya en planta les serán asignadas funciones que en algunos casos parecen sanitarias, supliendo así la carencia de profesionales o complementando la insuficiente atención proporcionada por estos.

Probablemente una razón subyacente ayude a entender algo de lo que ocurre: en la atención a las personas con DCA los especialistas se enfrentan a la pérdida en sus pacientes de aquello que consideran en si mismos componente principal de su valor como personas (la capacidad para no depender de otros y de tomar decisiones autónomamente). Es el estado de estos pacientes lo que asusta. La carencia de trabajo propio sobre esta cuestión no permite a los profesionales resolver el problema del sentido real de sus acciones, de su utilidad para el otro. Si a ello añadimos el pesimismo que esos mismos profesionales expresan sobre la evolución futura (confirmatorio de la percepción de la inutilidad última de las intervenciones realizadas) y el desconocimiento del valor del progreso en la misma para los afectados , junto con una visión rígida y reduccionista del efecto del daño cerebral sobre la conducta-afectos-emociones-cogniciones del afectado...ya tendremos dados los componentes que sustentan la imposibilidad en el proceso asistencial hospitalario de construir/soportar relaciones sanas con personas tan dañadas.

En lo íntimo, ante la persona con daño cerebral adquirido, y percibidos así los resultados, los sanitarios intervinientes se afirman en que ellos no aceptarían una intervención sobre sí mismos como la que han realizado sobre el otro si el resultado fuera el mismo.

No existe otro paciente en el que se explique toda su realidad desde el cerebro en mayor grado que en el paciente con daño cerebral. En él, a ojos de los profesionales, parece como si no existiera vida psíquica o conducta por efecto relacional, o determinantes afectivos, ..., o fundamento del valor personal sustentado en la red de vínculos significativos. Es sólo cerebro dañado. Y así ya todo está explicado, aunque no se entienda nada. Esta actitud a menudo se observa también en los profesionales de salud mental llamados a intervenir, de tal forma que la respuesta psiquiátrica prácticamente única es la prescripción o ajuste racional de tratamientos farmacológicos, y la de los psicólogos es aportación "neuropsicológica" centrada en conocer los efectos (presumidamente del daño cerebral) en los procesos cognitivos.

Ese reduccionismo al extremo (9) que opera tanto sobre lo psíquico como sobre lo funcional y estructural del órgano (más dinámico y flexible de lo que sustentan visiones deterministas del daño basadas en esta racionalización técnico-científica) es la base del fatalismo de las predicciones de supervivencia o de secuelas,

que tanto sufrimiento causan en la fase hospitalaria cuando apenas los familiares comienzan a entender lo que ocurre con sus vidas (el tiempo psicológico de los afectados es en esta fase, sin más, ignorado y se imponen los tiempos y las necesidades del hospital y sus integrantes), también es el motivo de la no implementación de medidas rehabilitadoras proporcionales al riesgo, y de la brusca reducción de medios asistenciales pasada la fase aguda (*el fracaso del éxito*, así se le llama al avance en supervivencia gracias a una intensa y enérgica actividad para el sostenimiento vital en esta fase, que es seguido de grave reducción de medios asistenciales y de apoyo social una vez pasada la fase aguda).

Tal parece que solo estas personas tuviera cerebro y por ello todos los profesionales asistenciales que les atienden parecen necesitar el prefijo *neuro-* antecediendo a su calificación profesional, que en lo que parece a primera vista una ostentación de capacidad y competencia es en realidad comunicación de una visión que privilegia la explicación "cerebrista" del comportamiento humano y de su vida social.

La relación entonces con las familias y los pacientes fracasa, silenciosamente en la mayor parte de los casos, y manifestada conflictivamente en una minoría de pacientes y familiares.

En el mejor de los casos la relación profesional de los sanitarios será simplemente correcta. A veces será compasiva. Pero a menudo es distante y no pocas veces es desconsiderada.

El efecto sobre las familias con frecuencia es traumático, las carga de ira reprimida que las distancia de aquellos a quienes más necesita y de quienes más depende para afrontar el grave cambio que están experimentando en su vida, las deja solas frente a un mundo que desconocen, y también les hace sentirse a veces decepcionadas y asustadas por el descubrimiento de la fatua omnipotencia de la medicina y su tecnología, que en los casos extremos se expresa en la pregunta "¿para qué lo han salvado?" (sólo comunicable en contexto relacional seguro e incondicionalmente aceptante y generalmente mucho tiempo después del origen del daño).

UN PROCESO ASISTENCIAL ORIENTADO AL CUIDADO

Los objetivos familiares, sanitarios y sociales en la respuesta al DCA son comunes: salvar la vida, reducir los daños y las secuelas, minimizar el dolor y el sufrimiento, conseguir alcanzar el mayor grado de autonomía, sostener el valor social.

El efecto del DCA es dinámico y cambiante, las necesidades de atención a la familia y al afectado también lo serán.

La situación descrita más arriba no es resoluble sólo apelando a la acción y al compromiso individual.

El proceso asistencial es el marco en el que deben incorporarse acciones que en cada fase del mismo den satisfacción a las necesidades de la familia y el paciente relacionadas con el DCA (10).

En este sentido el cuidado a la familia en la fase aguda hospitalaria es condición para que la misma pueda iniciar el largo proceso de apoyo y cuidado a la persona afectada (11), que a veces exigirá la elaboración de pérdidas importantes y resignificación de la relación con el afectado. La percepción por la familia de maltrato, insuficiente atención rehabilitadora, intervenciones inadecuadas,..., sustentará la vivencia de *daño injusto* y complicará gravemente el progreso en la elaboración de pérdidas cuando estas sean ya reconocibles.

Se propone entender el cuidado de la familia en términos de facilitación del proceso de afrontamiento y cambio en el que se ve inmersa como resultado de un accidente grave y adverso de la vida. Tal facilitación debiera incrementar las posibilidades en la familia de realización de una adaptación a la nueva situación a través de un proceso que contiene componentes de desarrollo (adquisición de capacidades y aprendizajes nuevos), componentes de sustitución (de aportes, de relaciones, de recursos, de actividades,...), y componentes de renuncia ya sea por sometimiento a la realidad (reconocimiento de pérdidas no recuperables) ya por resignificación de la misma (reasignación de significado y creación de nuevas vinculaciones afectivas).

El cuidado, o el daño secundario, a la familia (en esta fase asistencial, y en gran medida a través de la atención a la familia se realiza también el cuidado al afectado directo) comienza en el primer acto de comunicación de lo ocurrido (es loable el progreso observable en la capacidad de servicios policiales y de emergencia para entregar una primera información en domicilio), y ya en el hospital se concreta en su primer momento en la recepción, en la forma de la entrega de información médica de estado y de intervenciones necesarias o en curso, en la calidad de su ubicación física-espacial para la espera, y en la disponibilidad de apoyo o no en esta fase.

El cuidado debería continuar con la información diaria y el apoyo informativo en la visita al paciente mientras permanece en las Unidades de Críticos, sabiendo utilizar prudentemente el pronóstico reservado (basado tanto en el reconocimiento de la ignorancia médica sobre la evolución en el largo plazo de pacientes afec-

tados por daño cerebral adquirido, como por respeto al proceso afectivo de los familiares y a sus necesidades de preservación de esperanza).

En esta fase (que puede extenderse durante semanas) las familias deberían ser orientadas para economizar, para reducir el desgaste de la inicial respuesta de emergencia y prepararse para una respuesta más prolongada, para identificar el efecto que la situación puede causar en sus estados emocionales y relaciones, para darse cuidados que preserven su salud y resistencia, para repartir las cargas y así comenzar a potenciar la flexibilidad en el desempeño de roles de cuidado, para no descuidar las dimensiones legales implicadas si las hubiera,...

Se atenderán con especial cuidado la transición asistencial de Unidad de Críticos a planta de hospitalización, y posteriormente el alta hospitalaria.

La estancia en una unidad de críticos produce un efecto ambivalente en los familiares, ya que crea la percepción de seguridad sobre la atención a cualquier necesidad inmediata del paciente, pero al tiempo mantiene la amenaza sobre la integridad. La salida de esas unidades junto con el acompañamiento prolongado en planta tiene un poderoso efecto sobre el ánimo familiar: la agitación o los déficits que observan ahora en plena expresión (si todo va bien, porque si no continuaría el afectado en estado de grave reducción de conciencia), el cuidado que han de prestar, la escasa cooperación del paciente, la observación de su grave desvalimiento, y la anticipación de un futuro lleno de riesgos y penas, requiere de intensificación de atención para que puedan ser capaces de enmarcar el proceso en tiempos largos y de valorar progresos. A su vez la prolongación de la estancia creará problemas materiales y anormalidad vital importante cuando menos en un miembro de la familia (no es infrecuente el abandono de actividad laboral remunerada por mujeres que serán las futuras cuidadoras, y a ello no es ajeno la insuficiente atención por nuestra parte a ese fenómeno ya en marcha en la familia. . .que años después connotaremos como rigidez de asignación de roles familiares, que valoraremos como indeseable para la salud del grupo familiar).

En determinados pacientes, en particular si fueron quirúrgicos, la evolución en planta es complicada, menudean incidentes clínicos, son fáciles los defectos de coordinación y las contradicciones en la información,..., que unido a una escasa conciencia profesional de necesidad de proporcionar cuidado y a acciones descuidadas de comunicación o conducta de los sanitarios, crean importantes conflictos en los que la parte perjudicada solo puede ser el paciente y su familia.

De darse una evolución satisfactoria el paciente y su familia se orientan al alta en el hospital. En los procesos de la vida con DCA los dos momentos críticos más

importantes son el ingreso en el hospital y el alta del mismo. El regreso a casa es un encontronazo brusco y doloroso con la nueva realidad de la vida, se agudiza la vivencia de soledad y el miedo al futuro, se duda de las propias fuerzas para continuar. Ha de garantizarse la inmediata atención del paciente en los dispositivos de rehabilitación, y se ha de sostener la vía de contacto proactiva y abierta con los profesionales del hospital que han participado con mayor especificidad en el cuidado psicológico, cuando menos hasta que el paciente sea tomado a cargo en un dispositivo que cumpla esa función (centro rehabilitador, profesionales de salud mental, asociaciones, etc.).

El cuidado es mucho más que acciones bienintencionadas, es un efecto del proceso asistencial, y ha de organizarse considerando la fase evolutiva en la que se encuentra el paciente con DCA, el contexto asistencial, la respuesta afectiva y relacional de la familia y sus necesidades psicológicas predominantes. Todo ello nos orientará en las tareas más importantes para proporcionar cuidado, en los agentes más relevantes para realizarlas y nos informará también sobre las acciones contraindicadas.

El agente asistencial con mayor capacidad de cuidado es el percibido en cada fase por la familia como el que posee la capacidad para solucionar *"el problema más importante"* de esa etapa.

Este planteamiento se expone sucintamente en la siguiente tabla:

TABLA 1: Acciones de cuidado de las familias según las fases evolutivas del afectado

FASE EVOLUTIVA	INGRESO-ESTADO DE COMA	SALIDA DEL COMA	RECUPERACIÓN COGNITIVA PROGRESIVA	ALTA	ESTABILIZACIÓN EN DOMICILIO	REINTEGRACIÓN SOCIAL
CONTEXTO ASISTENCIAL-SOCIAL	Hospital: quirófano, reanimación-UCI,planta	Hospital: reanimación, UCI, planta	planta o Unidades de Media Estancia-Rehabilitación	domicilio	domicilio	domicilio y espacio público
RESPUESTA AFECTIVA FAMILIA	alarma, temor, angustia, amenaza de pérdida inminente, focalización cognitiva, atribuciones irracionales, ..	optimismo, esperanza ilimitada, atribuciones irracionales	moderación de optimismo, negación-esperanza, comprobación de realidad, temor a evolución	incertidumbre, temor, soledad, sobrecarga, emociones inaceptables, negación o confrontación con realidad,...	negación, temor, ansiedad, depresión, irritabilidad, soledad, conflictos, sobreprotección, abandono,...	alteración emocional o ausencia de trastorno, aceptación de realidad o persistencia de negación
RESPUESTA GRUPAL FAMILIA	agrupamiento, comienzo de definición de roles	distribución de tareas, cohesión grupal	reducción de agrupamiento, asignación de roles	fijación de cuidadora principal, detención parcial o total del ciclo evolutivo familiar	detención o continuación de evolución, patrón rígido o flexible de asignación de tareas,aceptación o rechazo de la situación, autonomía o sobreprotección,..	conflicto crónico o resolución, detención o maduración familiar, autonomía o sobreprotección

NECESIDAD PSICOLÖGICA DE LA FAMILIA	esperanza	esperanza, confirmación de percepciones, percepción de control y competencia	control, esperanza, apoyo (incluido material), descanso	esperanza, apoyo, control, percepción de competencia, garantía de atención	esperanza futuro, desprendimiento de figura perdida,, estimación de nueva figura, percepción de competencia, reconstruir continuidad biográfica,...	aceptación de realidad, percepción de competencia, apoyo, conciencia de derechos, información,...
TAREA TERAPËUTICA O DE CUIDADO INDICADA	información, abrir esperanza, contención	información, sostener pronóstico abierto, dar tiempo, generar percepción de cuidado intenso, implicar informadamente en cuidados	información, pronóstico abierto, plan terapéutico-rehabilitador, orientación de relación-cuidados con paciente, indicación de descansos (relevos), sostener percepción de cuidado intenso	pronóstico abierto, compromiso asistencial, orientación de actividades en domicilio, normalización de sentimientos, respiros, información,...	normalización de sentimientos, respiros y negociación de roles, valoración, contacto con afectados, mirada en perspectiva, confrontación con límites, estímulo a integración social, información y orientación en uso de recursos	valoración de lo realizado, confrontación, orientación, apoyo, información,...
AGENTE TERAPEUTICO DE ELECCIÓN PARA PROPORCIONAR CUIDADO	especialistas médicos: neurocirujano, neurólogo, intensivista, enfermería	especialistas médicos, enfermería	neurólogo, neurocirujano, enfermería, psicólogo-psiquiatra, fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional, trabajadora social	neurólogo, neurocirujano si interviene, equipo de rehabilitación, psicólogo, psiquiatra, equipo de atención primaria	neurólogo, neurocirujano si seguimiento, equipo de rehabilitación, grupos de afectados, equipo de atención primaria, trabajadora social	reducción de presencia de profesionales sanitarios excepto de equipo de atención primaria
ACTUACIÓN ANTITERAPËUTICA O DAÑINA A EVITAR	pronóstico negativo, escasez de información, lenguaje o actitud descuidada	confrontar percepciones, pronóstico negativo, reducir cuidados, abandonar tarea informativa, trasladar cuidados sin información, pasivizar	reducción de atención-información, confrontación no meditada de percepciones, abolición de expresión conductual del paciente, indefinición de continuidad asistencial,...	abandono asistencial (no orientación, citas a largo plazo, descoordinación, carencia de referente asistencial, no atención psicológica...)	abandono asistencial,...	abandono , ocultamiento social

Como es perceptible el cuidado psicológico no se apoya principalmente en un profesional "psi", ni en un profesional concreto. Las acciones que forman parte del mismo van desde la información adecuada, hasta la creación de percepción de intensidad asistencial, pasando a veces por comunicaciones e intervenciones que requieren habilidades que se adquieren específicamente por profesionales de salud mental en su desarrollo profesional.

El final de un proceso así, que comienza con elevados niveles de dependencia y necesidad de cuidado, debe ser la independización del afectado y su familia de los profesionales.

EL PROGRAMA DE ENLACE

Nacido con el nombre de *"Programa de Atención Psicológica al Paciente con Daño Cerebral Adquirido Grave"* se ha desarrollado en dos direcciones: la atención directa a familias y pacientes, y el asesoramiento a profesionales (intensivistas, anestesiólogos, neurocirujanos, neurólogos) para ampliar su comprensión de la situación y necesidades de las familias con DCA en el hospital y mejorar aspectos específicos de comunicación.

La acción es proactiva. No tiene sentido esperar a la formulación de demanda de los pacientes y familias en esta fase. Se sabe de sus necesidades, riesgos, y dificultades previsibles en un proceso como el descrito. Sólo si lo hubieran ya vivido sabrían algo de lo que solicitar (y a lo que tienen derecho) en relación al apoyo, la información, la estancia, la rehabilitación, los seguimientos, etc., etc. Es por ello por lo que se va en su busca, y se complementa con este programa la asistencia que se presta al paciente con DCA en el hospital.

Las acciones en desarrollo en el programa se pueden diferenciar en:

- acciones con las familias: información, trabajo de esperanza, mediación familiar, potenciación de autocuidado, orientación en relación con profesionales en la institución, orientación e información sobre espacio asociativo, consejo en la adopción de decisiones (incluida facilitación de diálogo y planteamiento sobre suspensión de medidas de soporte vital), validación de experiencia, información de derechos (incluidos los asistenciales) y apoyo en su ejercicio.
- acciones con el paciente: valoración de estado, orientación de relación a las familias, orientación de estimulación, consejo y construcción de relación en situaciones previas a daño programado (cirugía).
- acciones con los profesionales: mediación, apoyo, formación.
- acciones relacionadas con el proceso asistencial: sostenimiento de continuidad relacional a lo largo del mismo, preparación de transiciones.

Procedimiento de atención:

La atención a familias comienza cuando el paciente se encuentra en las unida-

des de críticos (UCI, REA) en el tiempo más próximo posible a su ingreso. Para ello previamente se solicita y examina con responsables asistenciales de esas unidades la identidad y características clínicas (y otras conocidas) del paciente y su familia.

La primera entrevista familiar en ese espacio es fijada por el psicólogo responsable del programa, se centra en el conocimiento del paciente, busca identificar la comprensión e información que poseen, las necesidades y riesgos familiares más urgentes, su experiencia en la relación con la institución, riesgos de salud anticipables, y experiencia en la respuesta a crisis comparables (12, 13). Se les proporciona también en ese encuentro información sobre reserva pronóstica, se aconseja economización y autocuidado, en casos de maltrato institucional se valida experiencia en la relación con la misma (si fuera el caso). Puede que se realicen las primeras intervenciones de consejo y orientación de actuaciones. Se acuerda al finalizar un sistema de acceso flexible a demanda de las familias y se anticipa seguimiento continuado durante la estancia. Si procede, identificados estados incapacitantes en acompañantes, se informan y orientan a Médico de Cabecera a efectos de prescripción de baja laboral.

Si se identifican necesidades específicas (información principalmente, pero también de relación) que puedan ser atendidas por los equipos asistenciales de críticos se intercambia con estos la valoración y se proporciona orientación si procede.

Mientras el paciente permanece en unidades de críticos se realiza contacto regular con familiares para evaluar necesidades y evolución. Ese contacto, a menudo es breve y no siempre de presencia física.

Producido el traslado a planta aumentan las necesidades de comprensión de las dificultades del paciente. Si permanece en estado de afectación de conciencia (coma, mínima conciencia, estado vegetativo persistente) se da orientación a la familia para la estimulación-relación, y apoyo en el proceso. Si evoluciona de la agitación a la suficiente estabilidad cognitiva se evalúa al paciente de forma básica (en una doble perspectiva: asistencial y de protección de derechos) para establecer necesidades de rehabilitación y capacidad para decisiones. También en esta fase pueden ser necesarias reuniones familiares para compartir visiones, dialogar sobre los cambios y el reparto de esfuerzo, y puede que decisiones sobre la terapia o el soporte).

Cuando se prepara el alta se comprueban los enlaces para rehabilitación, el reflejo de la evaluación de estado cognitivo en los informes oportunos junto con las indicaciones de rehabilitación en esta dimensión, los sistemas de acceso para información, y se establece la forma de seguimiento en los primeros días en do-

micilio (para comprobación de adaptación en el tránsito y de enlace con servicios necesarios).

NOTA FINAL

Debiera inquietar el sabernos en proceso de humanización de la asistencia sanitaria. El efecto deshumanizador, con todo el daño que conlleva, es también un resultado objetivo indeseable de la atención sanitaria y en particular de la hospitalaria. Daña a todos los que participan en él.

Una situación tan compleja y grave como la causada por el DCA choca con esta realidad del hospital (y más adelante al alta vuelve a chocar con la sanidad cuando no se garantiza continuidad o no se proporciona atención rehabilitadora y de salud mental).

La actual situación político-económica, de recorte de recursos y prestaciones sanitarias, agrava la situación previa, que era ya de importantes carencias, de forma difícil de describir (14).

El programa nació en el marco de la extensión de los programas de enlace, en consideración a la gravedad de la problemática del paciente con DCA.

Hoy, ya abandonada cualquier fantasía de orden y sistematización de acciones y procedimientos , es un conjunto de actuaciones caso a caso que buscan facilitar el tránsito por el hospital con el menor daño posible y la colocación frente a la andadura larga que se comienza en la mejor condición posible... y sobre todo nunca solos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Defensor del Pueblo. Daño cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y socio-sanitario. Informes, estudios y documentos; 21. Madrid, Defensor del Pueblo, 2006.
2. Durán MA. Impacto social de los enfermos dependientes por ictus. Informe ISEDIC. Madrid, MSD, 2004.
3. García MA. El cuidador principal. En: FEDACE. Guia de familias. Madrid, 2004; p 120-121.
4. Slaikeu KA. Intervención en crisis, 2ª ed. México D.F., Manual Moderno, 1996.
5. Barreto MP, García MA, Saavedra G, Safont D. Familias y daño cerebral adquirido. Madrid, FEDACE, 2009.
6. Federación Española de Daño Cerebral. Guia de familias. Madrid, FEDACE, 2004.
7. López de Arróyabe E, Calvete E. Evaluación de las necesidades de los familiares de personas afectadas de Daño Cerebral Adquirido mediante el Cuestionario de Necesidades Familiares. Anales de psicología 2012; 28 (3): 728-735.

8. López de Arróyabe E, Calvete E. Daño cerebral adquirido: percepción del familiar de las secuelas y su malestar psicológico. Clínica y Salud 2013; 24(1):27-35.
9. Prigatano GP. The importance of de patient´s subjective experience in stroke rehabilitation. Topics in stroke rehabilitation 2011; 18(1):30-34.
10. García MA. Procesos asistenciales y cuidados a las familias con daño cerebral adquirido. En: Fundación Mapfre. Avances en neuropsicología clínica. Madrid, Editorial Mapfre, 2006; 245-274.
11. Federación Española de Daño Cerebral. Daño cerebral adquirido: orientación para familiares, amigos y cuidadores. Madrid, FEDACE, 2012.
12. Rolland JS. El control de los desafíos familiares en las enfermedades serias y en la discapacidad. En: Navarro J, Fuertes A, Ugidos TM. Prevención e intervención en salud mental. Salamanca, Amarú Ediciones, 1999; 305-338.
13. Navarro J. Terapia familiar con enfermos físicos crónicos. En: Navarro J, Beyebach M. Avances en terapia familiar sistémica. Barcelona, Paidós,1995; 299-336.
14. Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Madrid, Fundación BBVA, 1999.

3.9. El síndrome de desgaste profesional desde la perspectiva de la Psiquiatría de Enlace

José Carlos Mingote Adán, M. Hernández Álvarez, Teresa Martín Acero, Macarena Gálvez Herrer, Covadonga Caso Pita, Bernardo Moreno

"Considero que el Hospital General es un verdadero y auténtico laberinto.

Un tortuoso laberinto desde el punto de vista arquitectónico.

Un complicado laberinto cuando se apuntan, se enumeran y se relacionan las distintas disciplinas médicas-y complementarias-que intervienen en el complejo sistema para engranar todas las piezas que hacen posible su funcionamiento.

Un latente laberinto corporal al que el cirujano debe enfrentarse con fina precisión y un frenético laberinto que el psiquiatra debe intentar comprender racionalmente.

Un desordenado laberinto, en fin, donde convergen sentimientos de toda índole cada jornada, mezclándose en una amalgama cotidiana que llega a diluir, acaso, la tonalidad de los estados de ánimo individualizados para transformarse en un conjunto único pero multiforme, duro y tierno, esperanzador y trágico, donde lo que impera, lo que debe imperar finalmente es la vitalidad".

Adolfo Casaprima Collera, 1997 (1).

Introducción. El Hospital General.

El Hospital General (H.G.) es la organización social más compleja que ha existido a lo largo de la Historia, icono de modernidad y del Estado de Bienestar, cuya complejidad estructural sólo es comparable con la del cuerpo humano, al que replica con cada nuevo "aparato" y procedimiento diagnóstico que permiten explorar cada parcela del ser humano por un creciente número de especialistas. La superespecialización mejora la eficacia instrumental de cada uno de ellos, a la vez que genera nuevos conflictos entre las visiones parciales de los diversos profesionales

sanitarios (P.S.), lo que hace imprescindible un trabajo de integración con criterios comunes según la evidencia científica. La responsabilidad, el humanismo y el criterio ético hacen posible la mejora continua de la calidad asistencial y la continuidad del cuidado de los enfermos (E.).

El H.G. se creó para dar respuesta a enfermedades (e.) agudas, mientras que en la actualidad predominan las patologías crónicas en personas, usuarios y clientes, que por la Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002) son agentes corresponsables del cuidado de su propia salud, cien años después de la introducción del sujeto en la medicina por Sigmund Freud . Este cambio de prioridad exige no sólo la mayor calidad posible en el servicio que ofrecen los P.S., sino una asistencia individualizada, con la necesaria implicación personal en su actividad profesional. Para responder a estas demandas, el médico (M.) debe contar con las adecuadas competencias psicosociales, de comunicación y empatía, tan necesarias como los conocimientos científico-técnicos a nivel instrumental. Es necesario saber (conocimientos), pero no es suficiente, es preciso saber hacer, cómo y cuándo (competencias y actitudes), en relaciones significativas con personas: E., familiares y compañeros que forman parte del equipo asistencial (E.A.), es decir saber convivir, comunicarse, para ser un P.F. eficaz y responsable, no acomodado a la rutina del protocolo. Es útil que existan protocolos y procedimientos de seguridad para la mejora de la productividad, pero necesitamos tener en cuenta que quienes nos sanan son personas a través de vínculos interpersonales satisfactorios. El trabajo en equipo mejora la calidad asistencial y la calidad de vida laboral, así como la seguridad de los E. y de los P.S., aunque también se vea amenazada la eficiencia de la organización en su conjunto, si no se cuenta con los adecuados medios de evaluación, resolución de conflictos y transmisión de la información clínica.

En este sentido cobra sentido el testimonio de José Luis, un paciente-amigo, cuando estaba ingresado en el Hospital Doce de Octubre: *"Sres. Médicos ¡¡Comuníquense por favor!! , la vida necesita de comunicación. Un Hospital es una Empresa de Humanidad que necesita de Comprensión, Amabilidad, Cuidado y Atención. Como empresa el Hospital necesita de Comunicación entre plantas, entre servicios y entre todos, para su mejor funcionamiento, ¡y todo aquél que se encierra en su nicho está cometiendo fraude de ley para sí y para todos!".*

La Psiquiatría de Interconsulta y Enlace (P.I.E.), reconocida subespecialidad de la Psiquiatría, constituye un área de conocimiento cada vez mayor que se ha desarrollado hasta enlazar con todas las especialidades médico-quirúrgicas, como la Medicina del Trabajo, para atender los problemas de salud de los E y de los P.S.

que les atienden, y ayudarles en la adquisición de las competencias necesarias para el abordaje eficiente de la demanda asistencial. Los riesgos psicosociales del trabajo sanitario codeterminan no sólo el riesgo daño a la salud de los sanitarios, sino la calidad y la seguridad de los E. que atienden, según como sean gestionados a nivel individual y organizativo. La P.I.E. se incorpora al H.G. a la vez que se pone de manifiesto las insuficiencias del modelo médico centrado en el organismo enfermo, el reconocimiento de los signos y síntomas de la e. y su tratamiento, e ignorar la dimensión del sujeto que la padece. La disociación patológica entre la e. (cuerpo biológico) y el E. (agente, sujeto) se evidencia en la formación de grado y de postgrado que realizan los M., expuestos a los mismos riesgos que la práctica clínica tiene para los E., como los derivados de la deshumanización de las relaciones asistenciales y la cosificación yatrógena del E. y del M. en una práctica estandarizada y defensiva marcada por el temor a la denuncia y la desconfianza mutua. Del hospital diseñado por y para los M., en el que éstos ejercían el control de su dirección y funcionamiento según el principio de beneficencia, se ha pasado al H.G. actual de medicina gestionada por la administración, la empresa y los intereses de los accionistas, la "empresa hospitalaria", con evidente pérdida de autonomía del M., de los otros miembros del E.A. y del propio E.

Marco normativo-legal.

El Hospital tiene muchos retos que alcanzar y para ello debe disponer de una estructura organizativa que se lo permita. Y aunque las realidades de cada sistema sanitario, de cada Comunidad de cada institución son diferentes en función de su orientación, de su desarrollo tecnológico de su ámbito de su régimen jurídico patrimonial, de su dependencia funcional y de su finalidad asistencial, hay tendencias comunes a todos como son la orientación al paciente como centro del sistema y al proceso.

Sirva como ejemplo la complejidad del tema a tratar que a su finalidad asistencial y según el Catálogo Nacional de Hospitales 2013 se clasifican en 16 tipos:

1. General
2. Quirúrgico
3. Maternal
4. Infantil
5. Materno-infantil

6. Psiquiátrico
7. Enfermedades del tórax
8. Oncológico
9. Oftálmico u O.R.L.
10. Traumatológico y/o Rehabilitación
11. Rehabilitación psico-física
12. Médico-quirúrgico
13. Geriatría y/o Larga estancia
14. Otros monográficos
15. Leprológico o dermatológico
16. Otra Finalidad

Y se integran en un total nacional de 789 Hospitales con miles de profesionales sanitarios y de otras disciplinas así como otras titulaciones que deben relacionarse día a día, turno a turno, guardia a guardia y organizarse en pro de la obtención de los mejores resultados en salud de los E. Hay un antes y un después en la organización hospitalaria y en la forma de relacionarse los diferentes profesionales que los integran y es cuando en 1987 se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, RD 21/87 Real Decreto 521/1987, de 15 de abril. Gracias al cual se hace posible impulsar la gestión, organización y funcionamiento, de acuerdo con los principios de la Ley General de Sanidad sobre integración, eficacia, economía, flexibilidad, control democrático, participación, control y mejora de la calidad asistencial y promoción de la formación e investigación sanitaria.

Los diferentes epígrafes que integran el RD hacen referencia a:

Estructura y órganos de dirección, donde se agrupan los servicios y actividades de los hospitales en:

1.- Gerencia
2.-División médica
3.- División de enfermería
4.- División de gestión y Servicios Generales.

Se detallan específicamente por cada división el acceso a los puestos, los requisitos, las funciones y la adscripción a cada división de los servicios y Unidades correspondientes. Un real Decreto muy innovador dónde como requisito de acceso a la Gerencia sólo se especifica una titulación superior universitaria, no necesariamente Medicina. Asimismo una Gerencia por encima de tres direcciones, médica,

de enfermería y de gestión situadas al mismo nivel en el organigrama confiere un carácter muy transversal a la organización, con la idea de facilitar consensos y toma de decisiones en los procesos asistenciales.

También el RD desarrolla los órganos colegiados de participación y asesoramiento a los órganos de dirección del hospital especificando la composición y funciones de las diferentes comisiones que lo integran:

- Junta técnico asistencial
- Comisión de bienestar social
- Comisión central de Garantía de calidad.

Posteriormente la Ley 15/1997 de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud , se plantea como una nueva estrategia de innovación organizativa , incorporando al ámbito del Sistema Nacional de Salud, un modelo de organización de los centros y servicios caracterizado, fundamentalmente, por la gestión directa, regulando asimismo, la vinculación de los H.G. de carácter privado mediante convenios singulares, y los conciertos para la prestación del servicio sanitario con medios ajenos. En el proceso individualizado de personificación jurídica los hospitales pueden convertirse e también en Fundaciones Públicas sanitarias y excepcionalmente como consorcios y esto determina un tipo de relaciones y cambios en los profesionales, otorgando una cultura propia de cada organización.

NORMATIVA BÁSICA QUE REGULA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD y algunas otras Leyes necesarias que ha facilitado las mejoras en la calidad asistencial y humanización de la asistencia en los últimos años del **SISTEMA NACIONAL DE SALUD** definido como un sistema sanitario de carácter público universal y gratuito., integrado por los servicios de salud de las CC.AA y coordinado por el Estado. Las Administraciones públicas pueden establecer acuerdos de colaboración con instituciones de titularidad privada para la prestación de determinados servicios:

1.- La Constitución española de 1978 junto con la Ley General de Sanidad: 14/1986 de 25 de Abril marcan el inicio del marco legal del actual sistema sanitario español:

- La Constitución española, dónde específicamente en su artículo 43 recoge el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud y en el art 41 la obligación de los poderes públicos a garantizar la asistencia y prestaciones sociales a los ciudadanos.
- La ley de La Ley 14/1986 General de Sanidad que establece el nivel de asistencia especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialida-

des incidiendo en la prestación de mayor complejidad de los problemas de salud en los hospitales. Asimismo en el desarrollo de las tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, de acuerdo con los programas de cada área de salud, con objeto de complementar sus actividades con las desarrolladas por atención primaria.

2.- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley que regula los derechos y obligaciones de los E., usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del E. y de información y documentación clínica. **Esta Ley, que incide en el establecimiento y ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo, destacando la voluntad de humanización de los servicios sanitarios y poniendo de manifiesto la importancia que tienen los derechos de los E. como eje básico de las relaciones clínico asistenciales.**

3.- Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de Mayo

La Ley de Sanidad fue complementada el año 2003 por la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud,[1] Establece el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, esto es los servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos. El artículo 13 de la Ley de cohesión y calidad del SNS, regula las características de la atención especializada que se presta en España especificando los lugares de atención y los profesionales que la ejercen. La Ley regula la equidad, la calidad, la participación social y las condiciones básicas y comunes para una atención integral, en el ámbito adecuado de atención.

4.- Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias

Ley , muy necesaria, que dota al sistema sanitario de un marco legal dónde establece de forma expresa las profesiones sanitarias, regulando la formación de los profesionales, el desarrollo profesional y su reconocimiento , requisitos imprescindibles para la mejora de la calidad asistencial y la salvaguarda de la protección de la salud.

Perspectiva organizacional. El sentido de las instituciones sociales.

Todos pasamos una buena parte de nuestra vida en grupos y organizaciones, trabajando y relacionándonos con otros. La experiencia puede ser muy agradable y gratificante pero algunas veces también muy frustrante y dolorosa, puede favorecer o dificultar la creatividad, promover la colaboración o generar conflictos.

La relación que los individuos establecen entre sí y con la organización de la que forman parte dependen en gran parte de la tarea primaria de la misma, es decir la finalidad racional y explícita para la que fue creada, pero también depende significativamente de las emociones que se movilizan y de los procesos que tienen lugar en las "zonas de sombra" de la organización, procesos que son en buena medida inconscientes e irracionales. La experiencia demuestra que en ciertas situaciones a pesar de la racionalidad del proyecto original, de contar con suficientes recursos y con autoridad y consenso adecuados, algo se tuerce y la maquinaria organizativa se atasca y, como consecuencia, políticas de recursos humanos que deberían funcionar dejan de hacerlo, se aplican procedimientos en modo erróneo o confuso, las innovaciones necesarias encuentran resistencias imprevistas y normas y disposiciones razonables dejan de ser respetadas incluso por las personas que las implementaron.

El mito del paraíso perdido acerca de una supuesta Edad de Oro en la que habría existido un antiguo modo de vida perfecto, caracterizado por abundancia, libertad y comunidad de bienes, sin propiedad privada ni lucha de clases, ausencia de dolor, enfermedad y muerte; ha funcionado como un ideal colectivo que ha motivado incontables intentos de construir un mundo "ideal", sea por métodos pacíficos o violentos, como forma de sobrecompensación de la fragilidad y la conflictividad intrínseca del ser humano. Las instituciones sociosanitarias, políticas y culturales, son las principales creaciones de la Humanidad para hacer un mundo mejor para todos en la tierra, más justo y saludable: hospitales, escuelas y tribunales de Justicia, son algunas de ellas. Las instituciones sociales creadas y organizadas por el ser humano, están sujetas a modificaciones dirigidas a dar soluciones a las necesidades de sus miembros, los cuales son también transformados a través del aprendizaje individual y por los dinamismos grupales que se producen en las instituciones a las que pertenecen, aunque no sean conscientes de ello.

Las organizaciones también han sido conceptualizadas como sistemas políticos o coaliciones de poder, estructurados por relaciones de poder, en las que los intereses de grupos y estamentos interdependientes están entrelazados en continuos

conflictos intraorganizacionales y procesos de negociación y de enfrentamiento, como expresión de intereses y metas divergentes. Para bien o para mal:"las relaciones sociales determinan la conducta de los individuos. . .El individuo aislado es una pura abstracción y su vida psíquica es resultado de influencias sociales, pues éste sólo posee existencia real como miembro de la sociedad", concluye Gil-Monte (2). Según este autor, los trabajadores de la sanidad "han perdido su estatus de profesionales liberales que ostentaban reconocimiento social y han pasado a ser trabajadores por cuenta ajena. Se encuentran subordinados a un régimen funcionarial dependiente de una organización empresarial que les exige una eficiencia y una eficacia no compensada adecuadamente. Estos profesionales se perciben sometidos a una población que demanda una excelencia casi inhumana. La falta de reconocimiento profesional por parte de los E. y las exigencias poco razonables que éstos realizan han sido identificados en algunos estudios como uno de los principales predictores de despersonalización (deshumanización) de la R.M.E. por parte de los médicos" (3).

Ya en 1946 Fenichel destacó la importancia de las instituciones sociales para satisfacer las necesidades básicas de los seres humanos en las sociedades civilizadas, en salud, educación, justicia y seguridad, que se originan por su esfuerzo compartido para hacer frente a las adversidades de la vida, generadoras de ansiedad, incertidumbre, enfermedad y muerte, tan desafiantes y persistentes a lo largo de las generaciones. Estas instituciones sociales se han construido a lo largo del tiempo, como las defensas psíquicas individuales, como sistemas de defensa socialmente estructurados para protegernos de las ansiedades más primitivas: angustia de muerte, desesperanza, desconfianza y violencia interpersonal, así como el riesgo siempre presente de una regresión política a regímenes dictatoriales e inhumanos, según las experiencias de Jaques, 1951 (4) y Menzies, 1988, 1989 (5, 6). Isabel Menzies (6) demostró empíricamente que para que las enfermeras pudieran trabajar con eficacia y satisfacción no debían optar por despersonalizar sus actividades, ni tampoco quedar atrapadas en la realización de tareas que según "los estándares corrientes son desagradables, repugnantes y espantosas. A través del trabajo de elaboración emocional en grupo, es posible promover la autonomía profesional, el trabajo en equipo y el aprendizaje de conocimientos y habilidades psicosociales", sin perder la empatía ni caer en el *burnout.* Las instituciones, como las personas, también necesitan hacer reformas que las permitan adaptarse a las nuevas demandas sociales y cumplir de forma eficiente su misión, porque la sociedad civil es causa y fin último del Estado, de su garantía, de su defensa y de su protección. Como subraya Adela

Cortina (7):"La clave de tales sociedades no es ya tanto la familia o el Estado-nación, como las organizaciones. Una ética de las organizaciones es, pues, indispensable para reconstruir el tejido de una sociedad, para remoralizarla" de forma continua, por cada generación.

El H.G. es una estructura organizacional muy compleja, por el número de unidades estructurales en las que se agrupan sus miembros, la formalización dependiente de normas y procedimientos que permite la estandarización de la realización de las tareas, así como por la centralización del poder decisorio de sus miembros en función de su competencia profesional (el poder del experto), lo que les otorga un considerable grado de control y efectividad sobre su trabajo. Se trata de una estructura burocrática profesionalizada, caracterizada por la estandarización de los procedimientos y la individualización de los comportamientos, lo que se logra a través del proceso de socialización y especialización de sus diferentes miembros. Todas las organizaciones sociales disponen de un sistema de roles a desempeñar por las diferentes personas, mediante el que generan pautas estables de conductas interrelacionadas, como las del M. y las del E. Los principales problemas que se generan en las burocracias profesionales dependen de la necesaria coordinación entre sus miembros, de la elevada competencia y eficiencia que se les exige, que requieren de una continua actualización de conocimientos y habilidades, la incorporación de innovaciones y la distribución democrática del poder ejecutivo, de forma que el profesional pueda ejercer el control sobre su trabajo y las condiciones del medio laboral que lo condicionan. La adecuada estandarización de las tareas es un factor que mejora la calidad asistencial y la seguridad de usuarios y profesionales, aunque todos ellos deben mantener continuas interacciones sociales de calidad, para conformar una organización saludable.

Las organizaciones modernas se caracterizan por gestionar el conocimiento de sus miembros para hacerlas más eficientes, sostenibles y competitivas, para lo cual es necesario evaluar el grado de satisfacción de todos los participantes en la interacción, según Zamarriego Crespo y Pérez Corral (8). Aunque el M. sigue siendo el profesional mejor valorado a nivel social, los P.S. y los M. en particular, se encuentran en un nuevo escenario socio-sanitario caracterizado por la contención del gasto sanitario, la burocratización y colectivización de la profesión, el cambio de modelo de la Medicina liberal al Sistema Sanitario gestionado, la pérdida de poder del M. y la fragmentación del proceso asistencial, factores que amenazan la R.M.E. con importantes cambios en los roles de todos los miembros. El M. debe afrontar el cambio de estructura y cultura organizativa en el ámbito de la asistencia, con in-

corporación de medidas de resultado, como la satisfacción del E. y del P.S., superar barreras interprofesionales e interdepartamentales tan frecuentes en nuestras instituciones, y transformar la estructura funcional vertical de estas, como se refleja en los edificios que las alberga, para humanizar la asistencia y facilitar la incorporación del E. como agente clave en la toma de decisiones sobre su salud en un proceso de Gestión Clínica orientada a mejorar la calidad de las relaciones asistenciales, las cuales predicen y median en una asistencia de excelencia.

En instituciones con una alta exigencia de fiabilidad, calidad y seguridad, deben extremarse las medidas de control de riesgos, como en el caso de los gobernantes públicos, los médicos y los militares. A raíz de algunos casos que han generado un considerable malestar y alarma social, preocupa la salud mental de médicos, políticos y jueces, por la repercusión que sus padecimientos pueden tener en las decisiones que tomen sobres derechos, libertades y patrimonios. Así lo expresa Owen en 2003 (9) respecto a los líderes políticos:"Como médico y como político, estoy muy preocupado por la cuestión de cómo las enfermedades pueden afectar a la toma de decisiones de los jefes de estado o de gobierno…Propongo que en una democracia deberíamos tomar las medidas necesarias para asegurar que antes de votar a un candidato para la Jefatura del Estado o como Primer Ministro, el electorado debería conocer los resultados de un examen médico actualizado e independiente…, así como a intervalos regulares, teniendo en cuenta las complejidades de la dinámica del gobierno, y las relaciones inciertas entre enfermedad y la capacidad para tomar decisiones".

La práctica clínica.

La competencia para mantener una R.M.E.de calidad es el núcleo de la identidad profesional y del rol cotidiano de médico, ya que tiene importantes efectos psicológicos, positivos y negativos, para el M. y para el E., como la experiencia de satisfacción y de estrés en ambos, el efecto placebo y el efecto yatrógeno o nocebo, como revisa la Dra. Rosa Gómez Esteban en su Tesis Doctoral sobre: "Las ansiedades del médico en la relación médico-paciente" (10). En efecto, la calidad de la relación establecida entre el E. y quienes se ocupan de él, influye en la evolución de la e. y en la eficacia del tratamiento, como en el bienestar y la salud de los miembros del E.A., sea como experiencias de satisfacción y de estrés, que condicionan la calidad de vida y la salud de los implicados en la relación, para bien y para mal. Para el

logro de la excelencia clínica y la deseable satisfacción del E. y del M., tan importante como la formación científico-técnica es la competencia emocional y relacional: Comunicarse adecuadamente con el E. y con los otros miembros del E.A. Tener frecuentes conflictos interpersonales puede ser un signo indicador de la existencia de un trastorno mental individual y/o de problemas organizativos que repercuten en la salud y en las relaciones de los trabajadores si carecen de habilidades sociales de comunicación, y/o de procedimientos eficaces de prevención y control de los riesgos psicosociales en la organización. Además de las capacidades adquiridas a través de la formación continua y la experiencia laboral, la competencia profesional también se define por las condiciones de salud personal que facilitan o interfieren en su puesta en práctica. También es fundamental contar con las necesarias competencias éticas para demostrar compasión, respeto y auto-conocimiento, según los principios bioéticos y la Deontología Médica. Para lograrlo, puede ser necesario establecer filtros eficaces para la selección de médicos que gocen de buena salud mental, además de que sean profesionales eficientes para hacer posible la sostenibilidad de la organización.

Según el Plan de Bolonia para los Estudios de Grado de Medicina (11) el M. necesita contar con las suficientes competencias para su desarrollo profesional tales como: autocrítica y auto-evaluación, aprendizaje autónomo y cuidado personal; incluyendo ser capaz de atender a su estilo de vida, requerir ayuda y consejo en situaciones difíciles, reconocer los peligros de la automedicación y el abuso de sustancias, conocer la influencia y prevención de factores relacionados con su trabajo para la salud propia y ajena. En este documento se destaca que tan importantes como los conocimientos científicos y las habilidades técnicas son las competencias de autocuidado y desarrollo de la propia salud, en beneficio propio y de los pacientes. La toma de decisiones clínicas depende de la disponibilidad de los recursos cognitivos, emocionales y conductuales de cada persona en un momento dado. En el caso de los sanitarios, con responsabilidad directa o indirecta sobre la vida de terceros, la seguridad (peligrosidad) mencionada anteriormente, constituye un elemento fundamental de su actividad cotidiana. A su vez, los procesos de conflicto interpersonal en el trabajo (con compañeros y/o pacientes) son posibles indicadores de la existencia de un trastorno mental y/o de problemas organizativos que repercuten en la salud de los trabajadores.Para el ejercicio saludable de la profesión se requiere mucho más que el idealismo vocacional juvenil y el interés científico en profundizar en el conocimiento de la naturaleza, como disponer de funciones ejecutivas eficientes, habilidades de comunicación y empatía.

Si el método científico es un modelo de predicción del comportamiento de la naturaleza, la medicina ha sido considerada como "la ciencia y el arte de manejar la incertidumbre", según Neighbour (12). Para lograrlo, el médico precisa de habilidades complejas como las que se requieren para la entrevista clínica, estar en contacto y saber utilizar las propias emociones ("la consulta interior"), técnicas de comunicación y **aprender a cuidar de sí mismo para poder cuidar también de los demás**. Mantener de forma continuada la competencia profesional exige del médico el aprendizaje de nuevos conocimientos y habilidades, tanto de competencias científico-técnicas como psicosociales. Implica la posibilidad de establecer relaciones éticamente adecuadas con los pacientes, en las que se respete el principio de confidencialidad, la búsqueda de la adherencia terapéutica, las responsabilidades profesionales y la calidad asistencial. Estas responsabilidades requieren que los médicos cuenten con los adecuados recursos de autorregulación eficaz, individual y colectiva, así como para la identificación, notificación y ayuda a los médicos que no cumplan los estándares de competencia profesional por motivos relacionados con su salud mental. El médico puede llegar a estar incapacitado para el cuidado de sí mismo y para el desarrollo de sus funciones asistenciales debido a la existencia de un trastorno mental grave y/o adictivo por la afectación de sus capacidades cognitivas, afectivas y conductuales.

En la actualidad se están produciendo una serie de cambios radicales en los servicios sanitarios, en el sentido de que la eficiencia y el coste-efectividad son las herramientas más valoradas para determinar la financiación de los proyectos y la reestructuración de los servicios, e incluso la calidad asistencial y la seguridad de usuarios y sanitarios. Es evidente que estos cambios van a incrementar el estrés de E. y de los P.S. y a reducir la satisfacción de ambos, y van a condicionar sus problemas de salud, con mayor riesgo de burnout y depresión (13). En consecuencia: "Trabajar en servicios humanitarios siempre ha sido estresante, y los cambios masivos actuales en la organización de estos servicios en Gran Bretaña y otros lugares se han añadido al **estrés inherente al trabajo clínico"**, que se produce por la proximidad a personas que sufren, bien sea dolor físico, emocional o ambos, según Obholzer, Zaguier Roberts y otros colaboradores de la Clínica Tavistock en Londres (14). El estrés puede relacionarse con ansiedades conscientes, por ejemplo por un cliente de alto riesgo, por un error cometido o por el exceso de trabajo, que deja a los profesionales preocupados e insatisfechos por la calidad de la ayuda ofrecen. Otras ansiedades son inconscientes, como angustia de muerte, soledad y desesperación), mantenidas fuera de la conciencia no solo por defensas persona-

les sino también colectivas. Estas ansiedades se deben a la naturaleza misma del trabajo clínico, y las defensas a que dan lugar pueden exacerbar el estrés en vez de aliviarlo. El padecimiento de una e. grave genera unas angustias tan intensas que a muchas personas les resulta imposible poner en palabras los diferentes aspectos de su experiencia por la que precisan ayuda, y que se comunican en la relación terapéutica de forma inconsciente por identificación proyectiva. La tarea principal del consultor en una institución sanitaria es ayudar a los P.S. a aprender a comprender e interpretar esta comunicación. Para ello es preciso enfatizar las dificultades con que ha de enfrentarse el *staff*, que debe de tratar de contener las proyecciones de los pacientes. Necesitan desarrollar defensas propias adecuadas y útiles; de otro modo es probable que sucumban al burnout, se retiren o se vean envueltos en procesos de identificación proyectiva con los clientes que al no ser entendidos pueden sufrir diversas formas de yatrogenia y mala praxis. Algunas defensas son necesarias y pueden estar al servicio de la tarea y el desarrollo individual y del grupo, pero otras pueden impedirlo, como cuando implican la negación de aspectos importantes de la realidad. Sin embargo, hay una fuerte tendencia en estas circunstancias a utilizar las mismas defensas que los E., y atrapados mediante identificación proyectiva con ellos, los P.S. pueden y de hecho lo hacen, encontrarse operando de un modo similar, desadaptativo e insano. La comprensión adquirida por los M. y otros miembros del E.A. puede permitirles aprender a distanciarse de forma adaptativa de sus experiencias y utilizar sus sentimientos para comprender lo que está ocurriendo, como que la institución puede "infectarse" por las ansiedades y defensas de algunos E. en particular, y de esta forma, el *staff* puede aprender a utilizar sus sentimientos para enfrentarse a los problemas de la práctica clínica de forma directa y adecuada, en vez de la evitación patológica o la desesperación. En el inconsciente no existe el concepto de "salud" pero si el de "muerte" y para mantener la ansiedad que genera reprimida empleamos varios mecanismos de defensa inconscientes, incluida la creación de sistemas sociales que desempeñen esa función defensiva. Ciertamente, el sistema nacional de salud podría llamarse el servicio "para mantener la muerte apartada (14).

Relaciones asistenciales.

Ya los Neandertales experimentaban sentimientos solidarios y los individuos enfermos recibían cuidados en vez de ser abandonados a su soledad y sufrimiento, cuando los individuos incapacitados eran "dejados atrás", de forma que el abando-

no constituía la causa más frecuente de muerte. La e. proporciona la oportunidad de ejercitar la solidaridad humana y la ayuda mutua, basada en el reconocimiento del valor de la vida y de la dignidad de cada ser humano. Este principio ético universal se está conquistando lentamente y con muchas dificultades porque, al parecer, la guerra es el padre de todas las cosas y acaba por serlo también de la paz cuando, los antes contendientes llegan a descubrir en sus rivales lo que a ellos mismos les hace falta.

Hipócrates, en el siglo V a. J.C., nos propone en uno de los cuatro principios fundamentales "estudiar al paciente más que a la enfermedad", es decir, las tres dimensiones básicas de la enfermedad: disease (la dolencia o e. objetiva), illness (la e. vivida por el E.) y sickness, que incluye los aspectos sociosanitarios del enfermar humano, incluidas las relaciones asistenciales.

Un de las primeras encuestas realizadas a 850 médicos de familia por la Academia Americana de Medicina ilustra la vulnerabilidad al estrés de los médicos de atención primaria, de forma que el 65 % de ellos reconocen un elevado nivel de estrés laboral, determinado por la sobrecarga de trabajo clínico, la presión de tiempo, los costes de los seguros y las interferencias de las regulaciones gerenciales, el trabajo administrativo y la necesidad de tratar problemas emocionales para los que reconocen no estar formados (American Academy of Family Physicians (15).

El estrés inherente a la práctica clínica, en comparación con los M. de los servicios centrales ha sido estudiado por numerosos autores, como Spector (16), Gist y Mitchell (17) y Mingote (18). Los M. clínicos de H.G. presentan mayores niveles de estrés laboral, menor satisfacción que los M. de los servicios centrales, así como menor calidad de vida/satisfacción general, que además disminuye con la edad, así como la autoeficacia percibida por los M., a la vez que aumenta la atribución de control externo en el trabajo, lo que se explica por el efecto del estrés profesional acumulado a lo largo del tiempo por desajuste persistente entre el esfuerzo y el refuerzo percibido. La ambigüedad y el conflicto de rol en el M. clínico se experimentan como uno de los principales estímulos estresantes en su relación con la persona E., sea en el ámbito corporal o psicológico, como una intolerable **incertidumbre** que amenaza su maestría o autoeficacia profesional, incluso la competencia y la identidad del M., sobre todo tras resultados terapéuticos inesperados y efectos adversos de intervenciones clínicas basadas en la evidencia. Un *feedback inadecuado acerca del rendimiento, sea* por ausencia, parcialidad o sesgo intencional, es un factor de riesgo para el S.D.P. Al contrario, el análisis de los denominados *real world data* que se pueden extraer de los registros sanitarios, con las

necesarias garantías de confidencialidad, permite la mejora continua de la calidad y la seguridad clínica. Sin medidas, ni transparencia no puede haber calidad.

Los estudios de Revicki y May (19, 20), May y Revicki (21) y Revicki et al. (22) constatan que el estrés inherente a la actividad asistencial del M. ejerce un efecto directo sobre el desarrollo de síntomas depresivos y aumenta el riesgo de depresión, moderado directamente por el apoyo sociofamiliar e indirectamente por la percepción de control sobre las demandas de la práctica clínica. Los M. más estresados tienen menor percepción de control, menor apoyo social percibido y atribución de control externo sobre la tarea, mientras que la atribución de control interno es un factor positivo en el afrontamiento efectivo del estrés profesional. El 5% de los médicos presentaba síntomas depresivos en un rango clínico y el 30% en rango leve-moderado, (según la escala autoaplicada de Zung), en tasas similares a las de la población general. Los M. con mayor percepción de control personal y apoyo de familiares, colegas y supervisores presentan menores niveles de estrés ocupacional y de síntomas depresivos. Los lazos familiares positivos y el apoyo percibido de los compañeros moderan el estrés de los médicos, aunque cuando este es elevado puede interferir en la vida familiar tanto como en la propia salud. Estos autores han desarrollado un Cuestionario de Estrés en el Médico de 26 ítems y 4 factores: estrés profesional intrínseco del M., productividad percibida, interferencia con la vida familiar y estrés profesional externo, con la organización, que tiene unas buenas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez.

Según el modelo de Karasek y cols. (23), el trabajo del médico está incluido en el nivel superior de calidad ocupacional, un "trabajo activo", ya que, si se dispone de los adecuados recursos de afrontamiento, proporciona más satisfacciones que estrés laboral, pues incluye elevadas demandas psicológicas (de conocimientos, de rendimientos y con relaciones interpersonales) con oportunidades para ejercer un control profesional eficaz, a través de la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades personales. Kauppinen-Toropainen y cols. (24) han confirmado este modelo en una muestra de 7000 trabajadores representativos de Finlandia, de forma que lo fundamental para disminuir el estrés y mejorar la satisfacción y la productividad es poder disponer de los adecuados recursos de control individual y colectivo sobre las demandas psicológicas del trabajo. Para ello es necesario asegurar la competencia y la autonomía profesional eficaz en cuanto a la toma de decisiones clínicas. La pérdida de control sobre el proceso de toma de decisiones clínicas por fuerzas externas como de tipo económico-gerencial, asociadas al proceso de burocratización de la práctica clínica moderna, las denuncias por mala praxis y los

dilemas éticos son importantes fuentes de estrés para el médico. Deberíamos prestar más atención al mantenimiento de los valores profesionales y deontológicos, así como a la construcción de un clima afectivo empático y efectivo de trabajo entre todos los P.S.

En realidad, el factor psicosocial que determina las consecuencias sobre la salud del M. como del E., no es la mera exposición al estrés de la práctica clínica, si no el buen o mal afrontamiento de las demandas psicosociales inherentes a la actividad asistencial, por contar con los suficientes recursos de afrontamiento o por insuficiencia de ellos. Así, según un estudio publicado por Blumenthal et al. (25) el 10% de los médicos residentes en Estados Unidos al finalizar su formación se reconocen incapaces de manejar el tratamiento de personas con depresión, abuso de drogas, dar apoyo y consejo al E. y en casos de violencia domestica, a pesar de que su competencia clínica general es considerada satisfactoria. El trabajo contiene datos de 4832 residentes pertenecientes a diferentes especialidades médicas. **Estos resultados alertan sobre las insuficiencias de los actuales programas de formación de grado y de postgrado en Medicina, e indican la necesidad de implementar la formación en conocimientos y habilidades psicosociales de los médicos para hacer frente a los retos de la práctica clínica.**

Según el modelo de Lazarus (26) para el afrontamiento del estrés laboral, podemos emplear **tres estilos o categorías de afrontamiento del estrés: control de los estímulos estresantes,** que incluye tanto acciones como reevaluaciones cognitivo-afectivas que son proactivas (adaptativas, funcionales) y promueven el aprendizaje de la experiencia, **evitación-escape** de la realidad aversiva, como ansiedad, sufrimiento, etc. (lo que salvo excepciones es desadaptativo), y **alivio de los síntomas consecuentes o producto del estrés laboral**, que pueden ser saludables (como el entrenamiento en relajación) o patológicas y patógenas, como el abuso de alcohol y otras sustancias de consumo. Las estrategias incluidas dentro de cada grupo son muy heterogéneas, y además pueden mediar en resultados adaptativos o desadaptativos diferentes, según otras variables temporales, personales y contextuales diferentes. En general, la identificación, comprensión y expresión adecuada de las emociones experimentadas asociadas a situaciones estresantes es adaptativa, mientras que la inhibición-bloqueo emocional es patológica y media en el padecimiento de enfermedad mental. El apoyo socio-profesional eficaz modera la percepción de estrés laboral y el riesgo de padecer trastornos mentales, como la depresión, al menos de forma parcial. Desde la teoría cognitiva de la atribución,

el control percibido y la capacidad para ejercer control, desarrollada en el ámbito sociolaboral por autores como Bandura (27) y Spector (16), la atribución de control se adquiere por aprendizaje a partir de la experiencia de refuerzos positivos y negativos. El "lugar de control" se refiere a la atribución, expectativa e interpretación que hace una persona sobre las contingencias que determinan su conducta, en función de las experiencias previas. Se trata de una variable dinámica, las puntuaciones de "internalidad" aumentan normalmente con la edad, a través de la adquisición de nuevos aprendizajes y de una mayor autonomía económica, laboral y personal. La exposición del sujeto a situaciones de incontrolabilidad aumenta su "externalidad", disminuye su autoestima y autoeficacia o maestría personal, factor de riesgo para experimentar síntomas de ansiedad y depresión. Según Spector, el "lugar de control" en el trabajo es una importante variable mediadora de conducta en las organizaciones, relacionada con la motivación, las actitudes, el esfuerzo, el rendimiento y la satisfacción laboral. Internalidad se asocia a mayor satisfacción, implicación-compromiso laboral, mayor satisfacción y menor estrés laboral, y mejor calidad de vida, a través de realizar un renovado esfuerzo para adquirir nuevas competencias para controlar las demandas laborales. Al contrario "externalidad" se asocia a la experiencia de frustración de expectativas y objetivos previos, por la intervención de fuerzas ajenas a ellos mismos, como decisiones gerenciales-económicas, ausencia de refuerzos contingentes con el esfuerzo, y en general por dificultades crónicas acumuladas a lo largo del tiempo. En general, es deseable que las personas tengan percepción de control sobre sus propias vidas como consecuencia de un protagonismo personal responsable, sea por control conductual, cognitivo, decisional, informacional y/o retrospectivo, con un efecto beneficioso para la reducción del estrés.

En el estudio de Mingote (18) con una muestra representativa de M. de H.G., destaca que los clínicos tienen mayor nivel de estrés laboral y menor satisfacción con su trabajo que los que realizan su actividad sin tener contacto directo con los E. en los servicios centrales, y reconocen peores relaciones sociales en el trabajo, debido a las mayores dificultades y demandas psicológicas de la actividad clínica, y por no disponer de los recursos adecuados para el afrontamiento del estrés interpersonal inherente al rol clínico profesional. El estrés laboral del clínico puede llegar a comprometer la eficacia de las organizaciones sanitarias, así como la seguridad de los E. y de los P.S. Además, a mayor edad el médico está más insatisfecho con su trabajo, se percibe con menos autoeficacia o maestría percibida, y tiene una clara "externalidad" frente a los médicos más jóvenes. La atribución de control externo

se asocia de forma positiva con mayor nivel de estrés laboral y despersonalización de las relaciones asistenciales. La externalidad indica que globalmente los médicos de la muestra creen que tienen poca capacidad de control sobre las condiciones y los resultados de su trabajo. **La disminución significativa de la satisfacción laboral y de la autoeficacia percibida, así como el aumento de la externalidad de los M. de más edad, son importantes indicadores psicométricos de la falta de la autonomía profesional y de riesgo para la salud del M. y del E., por lo que se deben implementar medidas eficaces para la participación de todos ellos en la planificación, regulación y control de la organización y la gestión de los centros sanitarios. Por ello es fundamental instaurar procedimientos válidos y fiables para mejorar la participación de la Organización Médica Colegial en la regulación de la práctica clínica, según la evidencia científica y el consenso deliberativo y democrático, garantizar el aprendizaje continuado compartido, y el desarrollo efectivo de la carrera profesional**.

En los últimos años la R.M.E. se ha transformado, como lo ha hecho también la Medicina a lo largo de la Historia, en el sentido de la mayor autonomía y capacidad de decisión del E., las profundas transformaciones tecnológicas de la práctica clínica y el modo de gestión de los centros del Sistema Nacional de Salud. Estos cambios han afectado a la práctica clínica en muchos aspectos, no sólo a nivel estructural y organizacional, si no también y de manera directa en la R.M.E., que ha evolucionado desde el modelo paternalista de beneficencia, una relación de poder basado en el conocimiento del M. o del E.A., que les daba potestad para decidir, hasta la relación clínica democrática, horizontal y dialogante, basada en el principio de autonomía y en el respeto mutuo entre el E. y el M., según el Dr. Gracia Guillén (28). Además, en los últimos años han tenido lugar importantes cambios en la cultura de la población que accede a los servicios sanitarios, a menudo con exigencias desmedidas, inadecuadas y abusivas, con actitudes carentes de respeto y educación, así como por la medicalización de los problemas sociales y económicos, sobre todo por sectores desfavorecidos de la población y faltos de educación sanitaria. En efecto:"La población ha sobredimensionado a la medicina moderna y atribuye al profesional poderes milagrosos. Cree que el médico lo sabe todo, que puede solucionar cualquier problema, incluso los sociales,..", lo que contribuye a incrementar el estrés del M. y del E. en las consultas (2).

Aunque sabemos que mantener una R.M.E. satisfactoria es un proceso costoso y que consume "mucho tiempo", (8), no es menos cierto también que es mu-

cho más costoso no afrontar las exigencias y las expectativas del E., expresión del principio de autonomía., a través de la asunción del protagonismo individual del M. con su E., con responsabilidad y legítima autonomía profesional, a través de la educación del E. según la evidencia científica y la experiencia clínica. Una R.M.E. satisfactoria media en calidad, eficiencia y sostenibilidad, por lo que es "el eje sobre el que pivota toda la arquitectura del sistema sanitario" (8). Es preciso recuperar una práctica clínica basada en la confianza mutua orientada al logro de la calidad asistencial, frente a la cultura del contrato centrado en la responsabilidad contable de tipo mercantil con la Gerencia de la organización, el interés del mercado y los dictados de administradores, economistas y jueces. No obstante, la Medicina Gestionada es un imperativo de los tiempos que vivimos, y los M. debemos participar de la cultura de gestión, es decir, incluir criterios de valoración económico-social de la actividad asistencial, y conseguir el equilibrio en el binomio eficiencia-ética, compromiso y responsabilidad, dentro de una cultura de servicio, como propugnan Zamarriego Crespo y Pérez Corral (6). Estos autores insisten:"La profesión médica tiene que asumir la necesidad de gestionar la asistencia sanitaria y, aún más, liderar el proceso. Si no lo hace, lo harán los demás…", "recuperando la ética del servicio público, donde gestionar signifique buscar la calidad asistencial". Para ello, es fundamental conseguir que la gestión no rompa la confianza y destruya los elementos cardinales de la R.M.E. La reforma de los sistemas sanitarios en los países occidentales se está manifestando en la forma de actuación profesional, en el rol y desempeño de los M., en la mejora de resultados y productividad, servicios centrados en el E. y no en la e., y la búsqueda de la eficiencia. Los cambios en la gestión (management care), intensifica el conflicto de valores entre la cultura y la ética del sector público, por una parte, y la ética del sector privado, comercial, basada en las reglas del mercado, por otra. "Tratar de aunar y cohesionar estas dos culturas, es uno de los principales retos que tiene que asumir la profesión médica…, si no quiere desgarrarse y perecer entre la desidia o el vasallaje" (8).

De acuerdo con los trabajos realizados por numerosos autores, como Balint (29) y Gómez Esteban (10), la R.M.E. es uno de los principales instrumentos diagnósticos y terapéuticos del M., aunque también puede ser un obstáculo en su quehacer, incluso un importante factor estresante interpersonal, si no se cuenta con las adecuadas competencias psicosociales para gestionarla adecuadamente. El discurso médico sobre la e., no puede ignorar al E., borrado como individuo frente a la e. y a la organización sanitaria, de igual modo que tampoco puede anularse al M. como persona ante las exigencias de la propia objetividad científica y de la

excelencia clínica. La deshumanización amenaza tanto la salud del E. como de los diferentes miembros del E.A. La falta de tiempo, la legulización y la burocratización de la asistencia producen la deshumanización de las relaciones asistenciales, en conflicto con la creciente tendencia a incorporar las preferencias del E. en el proceso de toma de decisiones, lo que exige la adaptación a sus nuevas expectativas por parte del M. El "empoderamiento" del E. y la pérdida de poder del M. en las organizaciones sanitarias, junto con la intervención de otros profesionales, como abogados, gestores económicos y administrativos, y la utilización política partidaria de la sanidad, sobre todo en campaña electoral, generan un clima social insano, con una elevada conflictividad interpersonal, una práctica defensiva y, en definitiva, el aumento de la insatisfacción de todos las personas implicadas (8). **Actualmente, el cuidado centrado en el E., es considerado como el mejor quehacer del M. para obtener los mejores resultados en el tratamiento del E. a nivel físico, psicológico y social. En este sentido, la calidad en la R.M.E. se ha relacionado de forma positiva con la satisfacción del E. y del M., una buena adherencia y el éxito del tratamiento, así como menor riesgo de mala praxis (30-36).**

El 16 de Mayo del 2003 entró en vigor la Ley 41/2002, del 14 de noviembre, o Ley Básica de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Dicha ley pone énfasis en el cuidado centrado en el E. y no en la e., como característica central de todas y cada una de las modificaciones realizadas con respecto a la Ley General de Sanidad de 1986. De manera general, hablamos del cuidado centrado en el E. como un legítimo agente de la R.M.E. que toma en consideración las preferencias, los problemas y las emociones de los E. La satisfacción del E. con el cuidado recibido es un concepto que refleja su percepción subjetiva en cuanto a la calidad de la atención y el tratamiento recibido. Generalmente evaluado mediante autoinforme, en la literatura reciente se han desarrollado diversos cuestionarios centrados en la toma de decisiones, en el acceso y uso de los distintos servicios sanitarios, o en los niveles de satisfacción con el tratamiento entre otros. La alianza terapéutica resulta crucial para la evaluación de la satisfacción médico-paciente relacionado con el desarrollo de una comprensión empática, apertura interpersonal, un clima de autenticidad, confianza y aceptación. A partir de estas consideraciones sobre las distintas facetas de la R.M.E. consideradas en la literatura científica, Van der Feltz-Cornelis y colaboradores (36) desarrollaron un cuestionario no muy extenso que recoge cada uno de los aspectos señalados de forma abreviada. El objetivo principal era el desarrollo de una herra-

mienta de uso y aplicación asequibles que pudiera cuantificar la R.M.E., tanto en medicina general como en cada una de las especialidades clínicas. El cuestionario se focaliza en la evaluación del médico como profesional efectivo y de ayuda para el paciente, características consideradas nucleares en la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas. Este cuestionario recoge algunos de los aspectos señalados como son la comunicación, la satisfacción con el tratamiento o la accesibilidad al médico. Sería interesante desarrollar en futuras investigaciones un instrumento para el M. que englobe los mismos aspectos recogidos en el cuestionario para los E. Este cuestionario ha sido traducido y validado en una muestra de E. en la consulta de Medicina Interna del Hospital Doce de Octubre, que se muestra en el anexo 1 (37). Según un estudio de revisión realizado por Cabana y Jee (38) con más de 5000 artículos relacionados con la satisfacción del E. y la continuidad de tratamiento con el mismo médico, los autores concluyeron que existe una fuerte asociación entre continuidad y calidad del cuidado, incluso en E. con e. crónicas. La continuidad en el tiempo permite a los M. conocer mejor a sus E. y fortalecer la confianza mutua.

Desgaste profesional (burnout). El síndrome de desgaste profesional como riesgo psicosocial de los profesionales sanitarios.

Aunque existe la creencia de que las organizaciones laborales no generan trastornos mentales producidos por el trabajo, en el sentido de que no existen psicosis ni neurosis específicos de un tipo de trabajo, no es menos cierto que el estrés inherente a la R.M.E. constituye un factor de riesgo psicosocial de los P.S., como de otros trabajadores del sector de servicios humanos, para el desarrollo del síndrome de desgaste profesional (S.D.P.) o *burnout*. En otros casos el trabajador aporta sus propios trastornos mentales que se manifiestan en el trabajo, aunque su origen no esté en el mismo, pero que le hacen vulnerable al estrés laboral, en el caso de un"trabajador especialmente sensible". Todos los trastornos mentales pueden generar un deterioro funcional significativo en el ámbito familiar, académico o sociolaboral, además de los síntomas propios del mismo. El término *burnout* se utiliza con frecuencia sin el significado original: se trata de un desarrollo psicológico crónico, insidioso, progresivo o fluctuante, condicionado por variables laborales y organizacionales, aunque las variables personales (de vulnerabilidad y resistencia) son factores moderadores del proceso. Se trata de un constructo psicosocial, que puede tener lugar en los profesionales que trabajan en contacto directo con per-

sonas, es decir en situaciones laborales en las que se produce estrés interpersonal asociado a la relación asistencial, docente o de servicio profesional, y que si no se previene y trata de forma adecuada tiene consecuencias negativas para la salud del trabajador y para la organización. Se trata de un constructo psicosocial multidimensional que incluye agotamiento mental, despersonalización/distanciamiento patológico y disminuida realización personal a través del trabajo.

El S.D.P. se incluye dentro del Eje I del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM), que incluye trastornos psiquiátricos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, en relación con factores estresantes psicológicos interpersonales (Eje IV). Se trata de una forma de respuesta desadaptativa al estrés interpersonal crónico, que se produce en el individuo vulnerable y que no cuenta con recursos eficaces para el afrontamiento de las demandas del rol profesional que desempeña y/o que trabaja en condiciones patógenas e insanas de trabajo, y por factores organizacionales como la cultura corporativa, el clima laboral y el estilo directivo, de forma que todos estos factores juntos explican una significativa parte de la varianza del síndrome, con mayor peso relativo que los factores individuales. El desgaste profesional es un riesgo psicosocial del trabajo en profesiones que se ocupan de personas y que requieren la realización de una actividad de integración de información compleja de tipo cognitivo y socio-emotivo, con la realización de una serie de conductas coherentes con el rol desempeñado, las conductas adecuadas al rol profesional.

El burnout es un riesgo psicosocial del trabajo que se realiza en contacto directo con personas y que deteriora de forma significativa tanto la R.M.E., la salud del M., como del E., el clima laboral y la productividad de la organización, consecuencia de conductas de distanciamiento disfuncional de la tarea primaria en relación con el E y la baja eficiencia en el desempeño ocupacional. El *burnout* es un proceso interactivo que se desarrolla de manera secuencial y dinámica, por etapas o fases, como consecuencia de la influencia de las características del entorno laboral y de las características personales. Se trata de un proceso de pérdida lenta, pero considerable del compromiso e implicación personal en la tarea, con disminución del rendimiento laboral por desmotivación, y conductas evitativas como absentismo, presentismo negligente, etc., con deterioro de la actividad profesional, deshumanización de las relaciones sociales y conflictos de relación con compañeros, familiares y usuarios. Se produce un daño interpersonal contagioso, ya que las personas se siente tratadas de forma inadecuada, incívica, de forma distante e impersonal. El usuario lo vive como una agresión personal desvalorizadora que frustra sus ex-

pectativas legítimas y origina reclamaciones y denuncias, mala adherencia al tratamiento, etc. De igual manera, se producen efectos de "contagio", generalizándose el daño si no se previene y se trata adecuadamente. El S.D.P. se asocia de forma significativa con insatisfacción propia y del usuario, pérdida de expectativas, insatisfacción y desmotivación del M., y baja adherencia al tratamiento por el E., según investigaciones de Golembiewski y colaboradores (39), Gil-Monte (2), Maslach y Jackson (40), Pines y Aronson (41), Moreno-Jiménez, Garrosa y González-Gutiérrez (42), Moreno-Jiménez, Gálvez, Garrosa, Mingote (43), Moreno-Jiménez (44) y Gálvez, Moreno-Jiménez, Mingote (45).

Pero más allá de los diferentes modelos teóricos, se puede llegar a padecer un S.D.P. por 3 "rutas" o trayectorias patogénicas diferentes, pero que no se excluyen entre sí:

1.- Por despersonalización, deshumanización o distanciamiento disfuncional del E. por parte del M., distinto de la distancia saludable en la relación con el E., que Freud denominó "neutralidad afectiva", y de la profesión tras terminar la jornada laboral e iniciar un proceso de recuperación personal. En la primera etapa de la carrera profesional (de 25 a 35 años), la despersonalización disfuncional de la relación puede hacerse por insuficiencia de competencias de comunicación y empatía, frustración de expectativas irreales, supervisión insuficiente y dificultades en la construcción de la identidad profesional dentro de la especialidad y la organización sanitaria. La evitación de la experiencia emocional en la R.M.E. por defensas de aislamiento de afectos, represión, e hiper-racionalización, se puede asociar con malestar clínicamente significativo, personal e interpersonal, deterioro en el funcionamiento socio-laboral y en otras áreas funcionales por falta de habilidades sociales, así como con disfunción de la respuesta de estrés, según la personalidad individual (18, 39). Según los estudios de Golembiewski y cols. (39), el S.D.P. progresa desde la despersonalización a una baja realización personal a través del trabajo, hasta el agotamiento emocional. Para otros autores el agotamiento emocional antecede a la despersonalización y a la baja realización personal en el trabajo, de forma que la relación entre agotamiento emocional se mantiene consistente y robusta, como en el modelo definitivo elaborado por Gil-Monte (2).

2.- Por agotamiento de los recursos emocionales propios y no se busca la ayuda precisa, como a lo largo de la segunda etapa de la carrera profesional (de 36 a 49 años), por sobrecarga y conflicto de roles, al tratar de compatibilizar la vida privada y la profesional. El malestar emocional percibido puede estimular la reflexión sobre la identidad y sentido de la actividad profesional como medio

de vida y realización personal, metas individuales, objetivos vitales, aspiraciones y planes de vida, etc. En el modelo pionero de Maslach (40), el proceso se inicia con agotamiento emocional, posteriormente aparece la despersonalización y finalmente disminuye la realización personal en el trabajo. Con relativa independencia del rendimiento objetivo y de la valoración de los demás, cada persona evalúa su grado de capacidad para realizar cada tarea que forma parte de su rol profesional, como en el caso del M. la tarea instrumental científico-técnica dirigida a la e. y la tarea de comunicación con el E. que atiende. La percepción de falta de control sobre la demanda asistencial genera baja autoeficacia, insatisfacción, ansiedad por anticipación de fracasar y daño a la autoestima y a la salud personal. Como de forma magistral sintetiza Gil-Monte (2):"Las creencias negativas sobre la capacidad percibida van a influir en el progreso del síndrome de quemarse en el trabajo, debido a que uno de sus síntomas más relevantes consiste en la autoevaluación negativa sobre la capacidad para realizar el trabajo". La consecuencia es un fracaso cognitivo y una autoevaluación negativa que daña la autoestima y el autoconcepto, con sentimientos de frustración y fracaso profesional, síntomas de ansiedad y de agotamiento emocional. Para Gil-Monte las actitudes de deshumanización o despersonalización de los E. son estrategias disfuncionales de afrontamiento del estrés interpersonal que utilizan algunas personas, en vez de buscar la ayuda psicológica apropiada.

3.- Por la pérdida de expectativas y del sentido de la profesión, como en la tercera etapa de la carrera (de 50 a 65 años), por la frustración de objetivos profesionales deseados, aunque poco realistas, a los que hay que renunciar, como en la "crisis de la edad media de la vida" que describió Jaques en 1951 (4), en la que se produce una verdadera crisis existencial vinculada a la pérdida de sentido del trabajo, cuando este ha sido una actividad central en la vida, en vez de un medio de vida, como propone Pines (41). La inadecuada adaptación al trabajo produce síntomas subjetivos como vivencias de inadecuación, que pueden tratar de sobrecompensarse con de forma secundaria, como de forma narcisista y megalómana, en el caso de los trastornos de personalidad.

Consideraciones preventivas.

¿Se puede prevenir el desgaste ocupacional? Entendemos que sí, y el mayor obstáculo es creer que no hay nada que hacer, que es un proceso inevitable y que cuando estamos afectados, ya es demasiado tarde. En absoluto, se trata de un pro-

ceso gradual, no dicotómico, y el diagnóstico temprano y el tratamiento eficaz de los primeros síntomas, previene su progresión y las complicaciones secundarias. La prevención y el control del estrés laboral es un objetivo legítimo, aunque asumir la prevención no sea fácil, porque el deseo de prevenir reactiva la angustia por la e. y las conflictos propios, difíciles de reconocer y de tolerar, aunque sea necesario hacerlo para aprender de la experiencia.

La tarea de prevención no se puede reducir a actuaciones puntuales y parciales de tipo voluntarista, motivadas en la insuficiencia de medios y el miedo. El trabajo de prevención debe ser un desarrollo planificado por cada persona como protagonista responsable del cuidado de su propia salud, orientado específicamente a reducir los factores de riesgo y a fomentar los de protección. En definitiva, se trata de mejorar la formación integral, de forma continua de los P.S., así como de la calidad de su vida personal a través de la supervisión y el liderazgo motivador, la evaluación sistemática de los procesos y el resultado de las intervenciones, el control y la mejora continua de la calidad asistencial y la mejora de la comunicación entre los profesionales de los diferentes estamentos asistenciales. La educación para la salud desde los estudios de grado y de postgrado y a lo largo de la carrera profesional, es una potente herramienta de salud pública si integra la formación biomédica y la psicosocial al servicio de un desarrollo profesional saludable, al entender que el S.D.P. es un riesgo psicosocial inherente a la práctica clínica (45).

La prevención primaria se dirige a mejorar tanto las condiciones de trabajo, el contenido y el control de la actividad profesional y las relaciones sociales, como los recursos personales de los P.S. para afrontar con efectividad las demandas del rol profesional, tanto respecto a la e. como al cuidado del E., para hacer frente al estrés inherente a la actividad clínica y a otros estresores laborales, a través de su participación activa, la educación para el autocuidado, y el aprendizaje de las estrategias más efectivas. Estos programas, también llamados programas de asistencia a los empleados, son altamente rentables para los gestores y la productividad de la organización. No existe una única técnica capaz de prevenirlo o tratarlo de forma efectiva. Por lo tanto, es obligado utilizar *técnicas de intervención conjuntas* orientadas al individuo, al grupo social y a la organización laboral. A nivel individual se trata de mejorar los recursos de protección o de resistencia para afrontar de forma más eficiente los estresores propios del trabajo y potenciar la percepción de control y la autoeficacia personal. Se han utilizado técnicas cognitivo-conductuales para hacer frente a las interpretaciones erróneas o desadaptativas como son, por ejemplo, las expectativas irrealistas y las falsas esperanzas. También pueden utilizarse técnicas

de entrenamiento en relajación, de autorregulación o de control, de gestión del tiempo, de mejora de habilidades sociales, etc. Esto es, adoptar una adecuada estrategia preventiva supone una actuación multifocal integrada. Se distinguen las intervenciones basadas en el individuo, las intervenciones en la estructuración de las tareas, y las intervenciones en la organización del trabajo y en el proceso de producción:

1. Intervenciones basadas en el individuo: El método más común es el asesoramiento o el tratamiento del trabajador que padece estrés negativo y/o enfermedades relacionadas con el estrés. Una de las técnicas más interesantes se basa en la reestructuración cognitiva de los sucesos estresantes del trabajo para que se vivan de diferente forma, y en el desarrollo de las capacidades personales para superarlo. También se utilizan técnicas de relajación, de asesoramiento sobre problemas individuales, entrenamiento en asertividad, etc. Cada persona reacciona de forma tan diferente que la atención debe ser individualizada y confidencial para que sea eficaz. Con frecuencia se trata de intervenciones psicoterápicas breves, focalizadas en el conflicto laboral, pero con la consideración de los factores emocionales conflictivos que son activos en cada persona. Desde esta perspectiva se presta especial atención a las características individuales que pueden generar estrés, y que deben transformarse para mejorar el ajuste de cada persona a su medio particular.

2. Intervenciones en la estructuración de tareas: Estos métodos tratan de mejorar la competencia de los trabajadores en varias dimensiones psicosociales del trabajo, como son: el enriquecimiento del trabajo, el trabajo en equipo, y el aprendizaje grupal de técnicas de comunicación y de entrenamiento en asertividad, etc. Con estas técnicas se estimula a los empleados a participar en la organización de su propio trabajo de forma que las condiciones laborales les ofrezcan oportunidades para el desarrollo personal, la autodeterminación y la responsabilidad profesional. Una vez seleccionada la población objetivo del programa se organizan seminarios de formación sobre higiene y seguridad laboral, orientados a la mejora de las condiciones y de los contenidos del trabajo de forma colectiva, sea por iniciativa de los comités de salud laboral o los sindicatos. Se trata de reducir la exposición del trabajador a los estresores ocupacionales, de reforzar las variables de resistencia al estrés, tales como el apoyo social y el control sobre la organización del trabajo. El método es participativo, cooperativo y reforzador, sobre todo por el aprendizaje y el desarrollo de la organización.

3. Intervenciones en la organización del trabajo y en el proceso de producción: Tratan de cambiar el marco organizativo, con prioridad de los valores democráti-

cos, y de una amplia participación de los trabajadores en el proceso de cambio, con nuevos estilos de participación y de liderazgo. Es conveniente que el M. adquiera los suficientes recursos psicosociales, de comunicación y de capacidad de apoyo psicológico al E., para mantener un vínculo de confianza y de seguridad profesional, que le permita afrontar la angustia de la e. y el sufrimiento que pueden ponerle a prueba. El distanciamiento disfuncional de la relación y la evitación de la experiencia emocional, son formas desadaptativas de afrontamiento del estrés interpersonal inherente a la práctica clínica, yatrógeno no sólo para el E., sino también para el M. Tan importante como su competencia emocional será la percepción de apoyo y protección por parte de la institución en la que trabaje el M. ¿Este se siente bien tratado como persona? o ¿como un número? El vínculo o contrato interno de trabajo es un importante factor de motivación para hacer frente a la demanda de los E. Es responsabilidad de cada M. hacer un afrontamiento efectivo de las tareas propias del rol profesional que ha asumido, en todas sus dimensiones, posibilitador de un desarrollo personal saludable, y es responsabilidad de la institución en que lo desempeña, facilitarle los recursos materiales y humanos necesarios para poder conseguirlo, para lo cual, los M. deben implicarse en la gestión de las organizaciones sanitarias de forma proactiva.

Trabajar como M. es una excelente oportunidad de crecimiento y transformación personal positiva a través de una relación de ayuda profesional de calidad a partir no sólo de experiencias de satisfacción, sino también de la elaboración e integración del sufrimiento y de las experiencias de crisis. Unas relaciones de calidad son el núcleo de una práctica clínica eficiente y satisfactoria para todas las personas comprometías en la asistencia sociosanitaria. Es fundamental aprender a construir ese espacio de seguridad, confianza y respeto mutuo, si queremos ser agentes terapéuticos y no hacer yatrogenia. La bata blanca no es un escudo defensivo capaz de reflejar el sufrimiento humano y proteger nuestro corazón ante cada enfermo nuevo, debemos adquirir el conocimiento experto, las competencias psicosociales y emocionales adecuadas para el desempeño de nuestra misión, como nos muestra el Dr. Cochrane:

"Los alemanes soltaron en el barracón a un joven prisionero soviético. La sala estaba llena, y le ubiqué en mi habitación, ya que estaba agonizante y chillaba, y yo no quería que despertara a los demás pacientes. Le examiné. Tenía grandes cavitaciones bilaterales y grave roce pleural. Pensé que esto último era lo que le causaba el dolor y le hacía gritar. No tenía morfina, solo aspirina, y ésta no hacia ningún efecto. Me sentía desesperado. Yo casi no hablaba ruso, y nadie

sabía hablarlo en la sala. Al final, y de forma instintiva, le senté en la cama y le abracé, y los gemidos pararon al momento. Murió apaciblemente entre mis brazos unas pocas horas después. No fue la pleuresía la que le hacía chillar de dolor, sino la soledad. Fue una maravillosa lección sobre atención al moribundo. Me avergoncé de mi error diagnóstico y mantuve la historia en secreto".
Cochrane AL. *One Man's Medicine.* London: BMJ (Memoir Club), 1989, p: 82. (Traducción de J. Repullo).

Bibliografía

1. Casaprima Collera A. Retratos de Hospital. Fundación de Cultura del Ayuntamiento de Oviedo. 1997.
2. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Pirámide. Madrid. 2005.
3. Deckard G, Meterko M, Field D. physician burnout: An examination of personal, professional and organizational relationships. Medical Care 1994, 32 (7), 745-754.
4. Jaques E. The Changing Culture of a Factory. Ed. Tavistock, London, 1951.
5. Menzies Lyth I. Containing Anxiety in Institutions. Volume I. Ed. Free Associations Books, London, 1988.
6. Menzies I. Containing anxiety in institutions: selected essays. Free Association Books, London. 1989.
7. Cortina A. Neuroética y Neuropolítica. Sugerencias para la educación moral. Tecnos, Madrid, 2011.
8. Zamarriego Crespo J. y Pérez Corral F. Nuevos paradigmas de la profesión médica para el próximo milenio. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. 1999.
9. Owen D. Diseased, demented, depressed: serious illness in Heads of State. Occupational Medicine 2003, 53: 491-501.
10. Gómez Esteban R. Tesis Doctoral: Las ansiedades del médico en la relación médico-paciente. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid, 2000.
11. Nogales, A., García-Seoane, J., Calvo, E. y Grupo de Trabajo Para la Definición de Competencias. Competencias para el Grado de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Documento Base. Unión Editorial: Madrid 2008.
12. Neighbour R. La Consulta Interior. Ed. J&C S.L. Esplugues de Llobregat, 1998.
13. Chan AO, Huak CY. Influence of work environment on emotional health in a health care settings. Occupational Medicine 2004, 54 (3):207-212.
14. Obholzer A. y Roberts VG. The uncoscious at work. Individual and organizational stress in the human services. Routledge. London 1994.
15. American Academy of Family Physicians. Lifestyle/Personal Health Care in Diferent Occupations. Kansas City, Mo, 1979.
16. Spector PE. Behavior in Organizations as a function of employee` s locus of control. Psychological Bulletin 1982, 91 (3):482-497.

17. Gist ME, Mitchell TR. Self-efficacy: a theoretical analysis of its determinants and malleability. Academy of Management Review 1992, 17(2): 183-211.
18. Mingote Adán JC. Satisfacción, estrés laboral y calidad de vida del médico. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, 1995.
19. Revicki DA, May HJ. Development and Validation of the Physician Stress Inventory Family Practice Research Journal 1983, 2:211-225.
20. Revicki DA, May HJ. Occupational stress, Social Support, and Depression. Health Psychology 1985, 4: 61-77.
21. May HJ, Revicki DA. Professional Stress Among Family Physicians. The Journal of Family Practice 1985, 20: 165-171.
22. Revicki DA, May HJ, Whitley TW. Reliability and Validity of the work-Related Strain Inventory Among Health Professionals. Behavioral Medicine 1991, 12: 111-120.
23. Karasek et al. Jobs demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job desing. Administrative Science Quarterly 1979, 24. 285-308.
24. Kauppinen-Toropainen K. et al. Job dissatisfaction and work-related exhaustion in male and female work. Journal of Occupational Behavior 1983, 4: 193-207.
25. Blumenthal D, Gokhale M, Campbell E, Wissman J. Preparedness for clinical practice. JAMA 2006, 1027-1034.
26. Lazarus RS. Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Desclée De Brouwer, Bilbao, 2000.
27. Bandura A. Auto-eficacia: Cómo afrontar los cambios en la sociedad actual. Desclée De Brouwer, Bilbao, 1999.
28. Gracia D. Discurso de la Sesión Inaugural del Curso Académico 2004 en la Real Academia Nacional de Medicina. 13 de enero de 2014.
29. Balint M, Balint E, Gosling R, Hildebrand P. La capacitación psicológica del médico. Gedisa, Madrid. 1984.
30. Hahn SR; Thompson KS; Wills TA; Stern V; Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatisation, personality and psychopathology. Journal Clinical Epidemiology 1994;47(6):647-57.
31. Greenfield S; Kaplan SH; Ware JE; Yano EM; Frank HJL. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. Journal General Interne Medicine 1988, 3:448-57.
32. Harpole LH; Orav J; Hickey M; Posther KE; Brennan TA. Patient satisfaction in the ambulatory setting: influence of data collection methods and sociodemographic factors. Journal General Interne Medicine 1996, 11:431-34.
33. Van der Feltz-Cornelis CM; Wijkel D; Verhaak PFM; Collijn DH; Huyse FJ; Dyck van R. Psychiatric consultation for somatizing patients in the family practice setting: a feasibility study. International Journal Psychiatry Medica 1996;26(2):223-39.
34. Van der Feltz-Cornelis CM. Psychiatric consultation for patients with somatoform disorder in general practice. Amsterdam: Dissertation Free Universital Medical Center, 2002.
35. Christakis DA, Mell L, Wright JA, Davis R, Connell FA. The association between greater continuity of care and timely measles-mumpsrubella vaccination. American Journal Public Health 2000, 90:962-965.

36. Van der Feltz-Cornelis CM; Van Oppen P; Van Marwijk HWJ; De Beurs E; Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. General Hospital Psychiatry 2004, 26:115-120.
37. Mingote Adán JC, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Carvajal R, Gálvez Herrer M, Ruiz-López P. Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). Actas Españolas de Psiquiatria 2009, 37 (2):94-100.
38. Cabana MD; Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? Journal Family Practice 2004, 53(12):974-80.
39. Golembiewski RT, Boudreau RA, Munzenrider RF, Luo H. Global burnout: A worldwide pandemic explored by the phase model. JAI Press, London. 1996.
40. Maslach Ch. Jackson S. The measure of experienced burnout. Journal Occupational Behaviour 1981, 2:99-113.
41. Pines A, Aronson E. Career burnout: Causes and cures. The Free Press, New York. 1988.
42. Moreno-Jiménez B; Rodríguez-Carvajal R; Gálvez M; Garrosa E. Aspectos psicosociales de la práctica clínica. Atención Primaria y Salud Mental 2005, 8(1):12-20.
43. Moreno-Jiménez B, Gálvez M, Garrosa E, Mingote JC. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. Aten Primaria 2006, 38 (10):544-49.
44. Moreno-Jiménez B. Evaluación, medidas y diagnóstico del síndrome del burnout. En: Gil-Monte PR, Moreno-Jiménez, B, coordinadores. El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout). Grupos profesionales de riesgo. Pirámide, Madrid. 2007.
45. Gálvez M, Moreno-Jiménez B, Mingote JC. El Desgaste Profesional del Médico. Revisión y Guía de Buenas Prácticas. El Vuelo de Ícaro. Díaz de Santos, Madrid. 2009.

Anexo 1. Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P)

Mi médico me entiende.
Confío en mi médico.
Mi médico se esfuerza en ayudarme.
Puedo hablar con mi médico.
Estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico.
Mi médico me ayuda.
Mi médico me dedica suficiente tiempo.
El tratamiento que me ha puesto mi médico me está beneficiando.
Estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas.
Encuentro a mi médico muy accesible.
Gracias a mi médico me encuentro mejor.
Gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud.
Ahora controlo mejor mis síntomas (aunque vea menos al médico).

4

Capítulo 4.
Programas especiales.

4.1. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA UNIDAD ESPECÍFICA DE UN HOSPITAL GENERAL

Mª del Pilar Valladares Rodríguez, Marta Jalón Urbina, Ana Pérez Zabalza, Josefa Alonso Fernández.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (T.C.A.) constituyen, en la actualidad, una entidad clínica con gran resonancia socio-sanitaria dada su complejidad etio-patogénica, su tendencia a la cronicidad, el sufrimiento personal y familiar que generan, la eventual gravedad con que pueden evolucionar y las dificultades que pueden llegar a provocar, debido al complejo tratamiento que precisan, con gran carga económica y necesariamente multidisciplinar.

Se trata de trastornos con una génesis compleja ya que, sobre un modelo de vulnerabilidad familiar, influyen factores ambientales (socio-culturales y familiares), neuroquímicos e inclusive las consecuencias de la propia desnutrición. Tienen clara tendencia a la cronicidad y presentan unas tasas de mortalidad que oscilan, según los estudios, entre el 8,2% (Isagen 1985) y 18% (Theander 1970). La proporción varones/mujeres es de 1/9. (1)

BREVE MENCIÓN HISTÓRICA:

Durante años, en el Principado de Asturias, los pacientes con T.C.A. grave que precisaban un tratamiento hospitalario, eran remitidos a otra Comunidad Autónoma para recibir tratamiento hospitalario.

En 1995, la Consejería de Salud del Principado de Asturias, pone en marcha una Unidad para el tratamiento hospitalario de pacientes afectados de un T.C.A. severo. Se destinan 2 camas para el tratamiento hospitalario adscritas al Servicio de Psiquiatría ubicadas en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Endocrinología

y Nutrición en el Hospital Universitario Central de Asturias (H.U.C.A.). El equipo terapéutico inicial estaba constituido por un médico especialista en Psiquiatría, una enfermera supervisora del Servicio de Psiquiatría y con la colaboración, a tiempo parcial, del Servicio de Nutrición del H.U.C.A.

En breve plazo, se pone en marcha un Hospital de Día con 12 plazas que cubría la asistencia de Lunes-Viernes de 9.00 h-15.00 h y, casi de forma simultánea, una consulta ambulatoria centrada en la valoración de los casos remitidos desde los Servicios de Salud Mental (S.M.) y en la atención a pacientes de evolución crónica, graves y, por ello, con necesidad de un tratamiento intensivo entre los periodos de ingresos hospitalarios.

En el momento actual, la Unidad para el tratamiento de los TCA del HUCA dispone de:

- Consulta Ambulatoria: En estos momentos centrada en la valoración de los pacientes remitidos desde los Centros de Salud Mental.
- Existe también, una consulta de enfermería para pacientes incluidas en el tratamiento hospitalario, tanto en el Hospital de Día, como en hospitalización completa. En ésta consulta se realiza también el trabajo de asesoramiento e intervenciones familiares de cara a corregir potenciales factores mantenedores del T.C.A. y facilitar el establecimiento de una dinámica relacional más funcional en el entorno familiar.
- Hospital de Día: Con 12 plazas y con una cobertura de Lunes-Viernes de 9.00 - 15.00 h.
- Camas de Hospitalización: 5 camas para pacientes mayores de 14 años, ubicadas en el Servicio de Endocrinología-Nutrición y Nefrología del nuevo HUCA y 1 cama para pacientes menores de 14 años ubicada en el Servicio de Pediatría del HUCA.

El HUCA es un hospital público y nuestra Unidad es de referencia para los ingresos hospitalarios completos en pacientes con diagnóstico de T.C.A. grave en nuestra Comunidad Autónoma.

Los pacientes son remitidos desde los centros de Salud Mental (C.S.M.) de las diferentes áreas sanitarias del Principado de Asturias y desde los dos hospitales de día para el tratamiento de los T.C.A. que existen en el Principado de Asturias (Oviedo y Gijón).

El Hospital de Día de nuestra Unidad realiza el tratamiento de pacientes de todo el Principado de Asturias salvo de Gijón, que dispone de un Hospital de Día propio.

PRESIONES ASISTENCIALES

- Institución: En este nivel cada vez cobran mayor importancia aspectos relacionados con la eficacia y la eficiencia de la asistencia sanitaria. La estancia media genera una presión importante en los TCA en general y sobre todo en los casos graves donde el proceso de recuperación ha de ajustarse al ritmo que el paciente pueda tolerar, dado que se sustentan en estructuras extremadamente frágiles precisando tiempos adaptados y flexibles.
- Por parte de los pacientes: El miedo a lo desconocido, el temor a la pérdida del control y la potente pseudoidentidad que constituye el síntoma, generan grandes resistencias al cambio. En los casos graves es imprescindible hacer un acompañamiento y dar una presencia contenedora, moviéndose en ocasiones entre la premura por la gravedad de la situación y la necesidad de generar un espacio de seguridad para el paciente evitando maniobras precipitadas que puedan provocar pánico, una huida hacia delante sin finalidad, e incluso un suicidio.
- La familia: Ésta vive inmersa entre la culpabilidad y la angustia. En ocasiones pueden estar desesperanzados, sentirse bloqueados e incapaces de colaborar con el tratamiento, también pueden estar atrapados entre las promesas, amenazas y manipulaciones por parte del paciente.
- En estos casos es importante calmar a la familia, permitir la expresión de sus contrariedades y de sus dudas en relación al tratamiento y al equipo terapéutico, abordar las fantasías generadas con el ingreso hospitalario incidiendo en la posible rivalidad con los miembros del equipo que van a ejercer funciones de cuidado, facilitando un asesoramiento y/o tratamiento en casos concretos para potenciar una reorganización y adaptación flexible a los cambios que han de generarse. (2)

ABORDAJE TERAPÉUTICO EN LOS TCA

En nuestra Comunidad Autónoma existe una Red de Servicios de Salud Mental muy desarrollada, pivotando la atención ambulatoria en los Centros de Salud Mental (CSM) y con interrelación entre los diferentes niveles y dispositivos asistenciales.

Los equipos terapéuticos están constituidos según un modelo multidisciplinar.

La detección de los casos se realiza en Atención Primaria y, en casos excep-

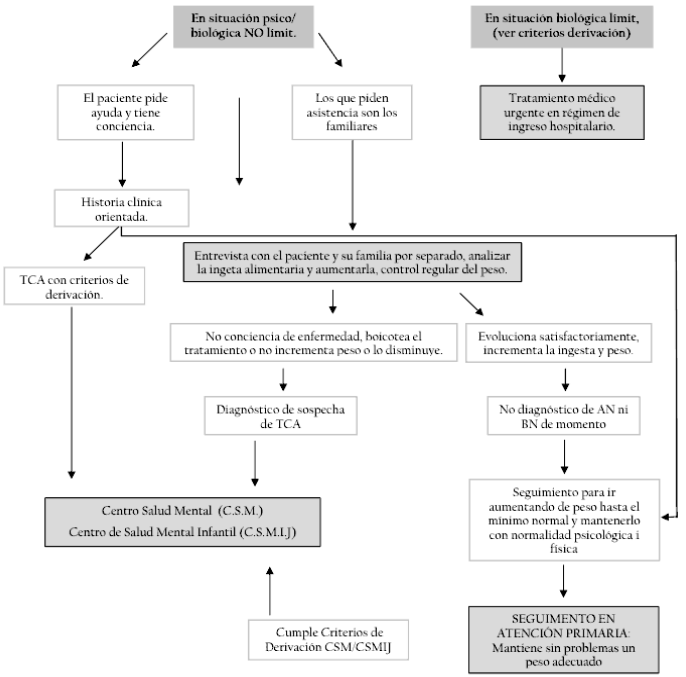
cionales, en los Servicios de Urgencias o en otros Servicios Médicos (Ginecología, Medicina Interna….), una vez detectados, deben de ser remitidos al Servicio de Salud Mental correspondiente y más próximo al Área de residencia del paciente para confirmar el diagnóstico y realizar el tratamiento adecuado.

Desde el inicio del abordaje va a ser necesaria a la concurrencia de los Servicios de Salud Mental y de un equipo de atención somática (Atención Primaria, Servicio de Endocrinología y Nutrición o Servicio de Medicina Interna), siendo imprescindible una coordinación estrecha entre ambos niveles fijando objetivos claros, revisables y actuando ante las potenciales complicaciones que puedan presentarse.

Tabla I: Evaluación de pacientes con TCA (3)

SERVICIO DE PSIQUIATRIA	SERVICIO DE NUTRICIÓN
HISTORIA CLÍNICA. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL	HISTORIA CLÍNICA
I. SÍNTOMAS ALIMENTARIOS II. CONDUCTA ALIMENTARIA III. CONDUCTA COMPULSIVA IV. ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN	HÁBITOS DIETÉTICOS. COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO PREVIO COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO ACTUAL
CUESTIONARIOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (EAT, EDI, BITE)	EXPLORACIÓN FÍSICA ESTUDIO ANTROPOMÉTRICO EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL
CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (MMPI)	DATOS DE LABORATORIO
CUESTIONARIO DE CLIMA FAMILIAR (FES)	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
ESCALA DE DEPRESIÓN (HAMILTON)	ESTUDIO ENDOCRINOMETABÓLICO
EXPLORACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	
INTERCONSULTA AL SERVICIO DE NUTRICIÓN	

Tabla II: Algoritmo de actuación ante sospecha de TCA (6)



Cuando el paciente acude a consulta, el especialista ha de ser consciente de que a lo largo del proceso de evaluación, debe de tomar una serie de decisiones relevantes de cara a encauzar el tratamiento de la forma más eficaz y eficiente posible.

Para decidir el tratamiento más idóneo deben de tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

a) Gravedad.
b) Cronicidad.
c) Comorbilidad.
d) Motivación.
e) Habilidades de afrontamiento.
f) Momento concreto de enfermedad.
g) Historial previo.
h) Circunstancias vitales actuales, etc. (1)

OBJETIVOS GENERALES DEL TRATAMIENTO

- Rehabilitación nutricional mediante un adecuado aporte calórico y, cuando esté indicado, ganancia de peso. (4)
- Suprimir atracones, purgas y otras conductas destinadas a mantener un peso inferior a la normalidad. (4)
- Identificación y tratamiento de los procesos psicológicos implicados tanto en la génesis como en el mantenimiento del T.C.A. (4)
- Disminuir los conflictos familiares directa o indirectamente relacionados con el T.C.A. (4)
- Mejorar la autoestima y la adaptación social en general. (4)
- Tratamiento de las alteraciones en la percepción de la imagen corporal. (4)

Lo deseable sería lograr la motivación del paciente y por ello su implicación activa en el proceso terapéutico. Esto no siempre es posible y existen circunstancias de especial gravedad donde puede existir un compromiso vital y una negativa expresa para someterse al tratamiento, en estos casos, es preciso un asesoramiento legal para poder instaurar las medidas necesarias para salvaguardar la vida del paciente.

El tratamiento se realizará, según la situación clínica, en diferentes niveles:

- Tratamiento ambulatorio.
- Hospital de Día.
- Hospitalización completa.

TRATAMIENTO AMBULATORIO

Para poder realizar un tratamiento ambulatorio se requiere que el paciente esté motivado, poder contar con el apoyo de su familia y que se encuentre en una situación clínica estable, con una pérdida de peso que no supere el 15-20 % de su peso corporal normal. (5)

El diseño del tratamiento ha de ser individualizado y ajustado a la situación clínica del paciente, a la disponibilidad de su familia y revisable en plazos, acordados previamente, para evitar enquistamientos terapéuticos.

El trabajo se realiza, como ya hemos reseñado, por un equipo multidisciplinar, donde deben de estar claros los niveles de responsabilidad y los cauces de coordinación para evitar intervenciones erráticas. (4)

HOSPITAL DE DÍA

Las Unidades de Día constituyen un eslabón intermedio entre los otros dos niveles asistenciales y pueden tener una doble utilidad, de un lado evitar un ingreso hospitalario completo y, por otra parte, como un espacio intermedio entre la hospitalización completa y el domicilio.

Permiten un tratamiento intensivo con menor coste económico y emocional, al no separar al paciente de su medio habitual.

Requiere colaboración por parte del paciente y de su familia y, por supuesto, que no se encuentre en situación de riesgo vital.

Es también necesario, que el paciente no presente conductas disruptivas ni consumos de tóxicos activos.

Recomendamos que exista un encuadre claro y una implicación por parte del paciente que va desde el asistencia fijada de forma individual hasta la total colaboración con las ingestas alimentarias y con los tratamientos que serán fundamentalmente grupales (Grupo Terapéutico Diario de Hospital de Día, Grupo de Familiares, Talleres Grupales de Autoestima, Habilidades Sociales y Psicomotricidad….). (5)

Es así mismo recomendable, en nuestra opinión, que mantengan contactos y/o tratamiento en su C.S.M. con su terapeuta habitual de cara a evitar miedos o sensación de vacío cuando llegue el momento del alta hospitalaria.

HOSPITALIZACIÓN: CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

- Estado biológico que implique riesgo de complicaciones (IMC $<$ 14, alteraciones Hidroelectrolíticas, frecuencia cardiaca $<$ 45 latidos/minuto, alteraciones ECG, hematemesis, rectorragias). (4)
- Síntomas depresivos graves con riesgo de suicidio. Autolesiones repetitivas. (4)
- Círculo de atracones y purgas incoercibles. (4)
- Presencia de otra psicopatología que dificulte el tratamiento. (4)
- Imposibilidad para cumplir las normas del tratamiento ambulatorio. (4)
- Graves conflictos familiares y/o alteraciones conductuales severas imposibles de controlar a nivel ambulatorio. (4)

Dada la severidad, en ocasiones, de los T.C.A., puede existir la necesidad de atención médica urgente en las siguientes circunstancias:

- Pérdida de peso superior al 50% y en pocos meses. (1)
- Alteraciones de la conciencia. (1)
- Descenso del potasio (<3mEq/l). (1)
- Hematemesis grave. (1)
- Dilatación gástrica aguda. (1)

En nuestra Unidad los pacientes ingresan a cargo el Servicio de Psiquiatría de Enlace del HUCA y el equipo está integrado por:

- Un médico psiquiatra.
- Una enfermera especialista en Salud Mental supervisora de Unidad.
- Médicos especialistas en Endocrinología y Nutrición como consultores.
- Personal de enfermería de la planta de hospitalización de los Servicios de Nefrología y Endocrinología y Nutrición del H.U.C.A.
- Personal en formación: MIR, PIR y EIR.

En casos excepcionales que presenten riesgo suicida o severas alteraciones conductuales, los pacientes son ingresados en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos (U.H.P.) en el Área Sanitaria del Paciente, siendo en ocasiones, nuevamente remitidos a nuestra Unidad al cesar el motivo de ingreso en la U.H.P. correspondiente, para continuar con las medidas terapéuticas necesarias para el abordaje del T.C.A.

TRATAMIENTOS APLICABLES EN LOS DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES

1. Tratamiento nutricional y de las complicaciones médicas: Ha de llevarse a cabo por parte de los servicios médicos competentes en cada caso. En nuestro servicio, la coordinación de toda la atención somática la realiza el Sº de Endocrinología y Nutrición.
2. Tratamientos psicofarmacológicos:

- Antidepresivos: Su utilidad es clara en pacientes con BN, en comparación con la utilización de placebo y a corto plazo. En AN, como norma general, tienen una utilidad controvertida, pareciendo que pueden ser eficaces una vez recuperado el peso, para prevenir recaídas. Es preciso tener en cuenta la posibilidad de efectos secundarios (ej. alteraciones del ritmo cardíaco y tensión arterial) y

los riesgos de una autointoxicación medicamentosa en pacientes con bajo control de impulsos y alto nivel de desesperanza. Los fármacos de elección serán los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina). (1)

- Benzodiazepinas: Útiles en el manejo de la ansiedad, precaución por su poder adictógeno. (1)
- Neurolépticos: En casos graves, con intenso nivel de angustia que bloquea totalmente al paciente o en casos con intensa agitación psicomotriz. (1)
- Estabilizadores del ánimo. Antiimpulsivos: útiles en pacientes con BN y en BN multiimpulsiva. (1)

3. Técnicas psicoterapéuticas: Pueden ser individuales, familiares y grupales, no siendo excluyentes entre sí.

Las que han demostrado mayor eficacia en el tratamiento de pacientes con T.C.A. son:

- Psicoterapia cognitivo-conductual: Se dirige a enseñar de forma gradual a los pacientes a que identifiquen la conexión entre algunas de sus creencias y conductas irracionales, intentando la sustitución progresiva de estas creencias por otras más realistas y funcionales. (3)
- Psicoterapia conductual: Es la más utilizada para lograr incremento de peso en el contexto hospitalario, se centra en el reforzamiento de la ingesta en base a los principios teóricos del condicionamiento operante. (3)
- Psicoterapia interpersonal: A largo plazo tiene la misma eficacia que la psicoterapia cognitivo-conductual. (3)
- Psicoterapia psicodinámica: Resulta útil sobre todo, en la fase de mantenimiento. Su mayor desventaja es su larga duración y por consiguiente, su mayor coste económico. (3)
- Psicoterapia familiar: Útil sobre todo en los pacientes más jóvenes, la unidad de tratamiento sería el paciente y su entorno, intentando modificar actitudes, formas de comunicación, manejo de ansiedades … … … que tienden a perpetuar el T.C.A. . Como mínimo debe de realizarse un asesoramiento familiar siempre y en casos seleccionados puede ser necesaria una terapia familiar reglada. (3)

BIBLIOGRAFÍA

1. Vallejo Ruiloba J., Leal Cercós C.. Tratado de Psiquiatría Vol. II. Barcelona. Ars Médica, 2004.
2. Vandereycken W., Castro J., Vanderlinden J.; Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y trata-

miento. Barcelona. Ed. Martínez Roca, 1991.
3. Chinchilla Moreno A. Guía Teórico – Práctica de los trastornos de conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa. Barcelona. Ed. Masson.1995
4. Toro J., Vilardell, E. Anorexia nerviosa. . Barcelona. Ed. Martínez Roca. 1987
5. Turón Gil V. J. Trastornos de la Alimentación. Anorexia nerviosa, Bulimia y Obesidad. Barcelona. Ed. Masson, S. A. 1997
6. American Psychiatric Association. Work Group on Eating Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, third edition. Steering Committee on Practice Guidelines, US; 2006.

4.2. Autolesiones en pacientes con Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA): El impacto de las redes sociales.

María Dolores Gómez Castillo, Mª Teresa Tolosa Pérez, Verónica Escrivá Saez, Belén Sánchez Navalón, María Antonia Font Payeras, Juan Antonio Estevez Salinas

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo humano, entre la niñez y la edad adulta, en el que el individuo experimenta y afronta un gran número de cambios y desafíos evolutivos, a nivel fisiológico, psicológico y social. El adolescente se enfrenta a la definición de su identidad y, con frecuencia, al desarrollo de un sistema de valores propio, al tiempo que anhela una mayor independencia del contexto familiar y otorga un papel cada vez más decisivo al grupo de iguales (Musitu y Cava, 2003).

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario se presentan con importante prevalencia en la población adolescente. Desde la década de los setenta en muchos lugares como Europa, Australia y Estados Unidos, se han publicado múltiples estudios epidemiológicos sobre trastornos de la conducta alimentaria (TCA), poniendo de manifiesto la mayoría de ellos un incremento en la prevalencia de estos trastornos (Turunbull, Ward, Treasure, Jick, y Derby, 1996), lo cual ha llevado a considerar los TCA como una "epidemia" en países desarrollados y occidentales. Concretamente en España, los estudios epidemiológicos de estos trastornos se iniciaron más tarde, en la década de los noventa (Peláez, Raich y Labrador (2010)). No obstante, las cifras de prevalencia de TCA obtenidas en diferentes estudios españoles son similares a las obtenidas en otros países desarrollados: en torno al 1-3% en población adolescente y joven de ambos sexos, y en torno al 4-5% en mujeres jóvenes y adolescentes (Peláez, Raich y Labrador, 2010).

A la sintomatología específica descrita en DSM-V de T. C. A. se añade alteraciones del comportamiento en adolescentes en las que destaca la realización del

daño hacia si mismos, como son las autolesiones. En nuestro trabajo diario en los dos últimos años hemos observado incremento importante de estas conductas que dificultan el tratamiento psicoterapéutico y la evolución posterior de nuestras pacientes.

En la última edición de la Clasificación diagnóstica de la APA (2013), DSM V, se han incluido las conductas autolesivas bajo el nombre de "non suicidal self injurious", lo cual da soporte a la considerada relevancia clínica que ha adquirido este tipo de comportamientos y al aumento de su frecuencia.

La mayoría de estudios describen las conductas autolesivas como "conductas repetitivas, directas y socialmente inaceptables que causan daños físicos menores o moderados; al lesionarse, la persona está en un estado psicológicamente perturbado, pero no está intentando suicidarse ni responder a una autoestimulación o comportamiento estereotipado característico del retraso mental o el autismo" (Suyemoto, 1998). En diversos estudios de revisión se indica que en concreto en la adolescencia la prevalencia de autolesiones va del 13 al 23,2% (Ulloa et al., 2013).

En la literatura sobre el tema ha sido descrita la elevada frecuencia de autolesiones en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, particularmente en bulimia nerviosa (Favaro y Santonastaso, 1998). Se ha hallado que las tasas de prevalencia de conductas autolesivas entre los pacientes con TCA oscilan entre el 25,4 y el 55,2% (Svirko y Hawton, 2007).

Puesto que tanto las conductas autolesivas como los TCA son trastornos centrados en el cuerpo, algunos autores han empezado a investigar los factores potencialmente compartidos en su co-ocurrencia (Muehlenkamp et al., 2011). Svirko y Hawton (2007), proponen un modelo conceptual de factores de riesgo, identificando: trauma en la infancia, baja autoestima y autocrítica, trastornos afectivos, disociación e insatisfacción corporal, como variables clave en la etiología tanto de los TCA como de las autolesiones.

La "Anorexic Nation" mantiene una estructura similar a los grupos sociales, tribus urbanas o incluso sectas en las que el lenguaje o la propia identidad adquieren connotaciones más allá del sentido real. Un modo de actualidad de contactar con grupo de iguales en adolescentes, es a través de las redes sociales. Nuestras pacientes, reconocen la utilización de estas nuevas tecnologías tanto para relacionarse como para recoger información tanto de TCA como de las diversas formas de autolesión.

Por todo lo descrito anteriormente, se está estudiando desde la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario, estos aspectos desde tres puntos de vista:

1. Un estudio descriptivo para profundizar sobre esta situación actual que permita objetivizar las variables que influyen en los diferentes comportamientos así como poder ayudar al tratamiento de las pacientes en la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario de Albacete cuya fecha de inicio es Julio 2014 y finalización Enero 2016. (Las fases del estudio son las siguientes: Recogida de datos, Análisis de Datos y realización de informe).
2. Análisis cualitativo del uso de las redes sociales y autolesiones en adolescentes.
3. Programa de integración de los pacientes desde el hospital a la comunidad: Aula Hospitalaria.

A continuación, se desarrollan los apartados señalados anteriormente:

1. ESTUDIO DESCRIPTIVO: "IMPACTO DE LAS REDES SOCIALES EN LAS CONDUCTAS AUTO-LESIVAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA".

Los objetivos que se pretenden alcanzar son los siguientes:

1. Estimar el grado de asociación entre el uso de redes sociales y el inicio y mantenimiento de conductas autolesivas en personas con TCA.

2. Comprobar si la gravedad de estas lesiones es menor en personas con TCA que utilizan redes sociales (con este fin) que en las que no lo hacen.
3. Describir la forma de manifestación de las conductas autolesivas en pacientes con TCA como son: tipos de autolesión más habituales, frecuencia de la conducta autolesivas, relación de las conductas autolesivas con la insatisfacción corporal de las pacientes y motivación para realizar estas conductas.

Del mismo modo las hipótesis del estudio que se está desarrollando son:

1. El inicio y mantenimiento del comportamiento autolesivo en las personas con TCA está asociado con el uso de redes sociales en las que se tratan estos temas.
2. El uso de redes sociales relacionadas con conductas autolesivas se asocia con una menor gravedad de las autolesiones en pacientes con TCA, pues son una conducta social, de pertenencia al grupo, mantenida en el tiempo.
3. Se espera que los resultados en nuestra muestra sean congruentes con los disponibles en la literatura:
   3.1. Entre los diferentes pacientes que presentan TCA, la prevalencia de conductas autolesivas es mayor en aquellos que manifiestan conductas purgativas.
   3.2. El modo de autolesión más frecuente en pacientes con TCA es mediante cortes superficiales en cara anterior de antebrazos.
   3.3. La frecuencia de autolesiones es mayor en pacientes que presentan insatisfacción corporal a nivel comportamental.
   3.4. El motivo más frecuente de autolesionarse es el alivio del dolor emocional mediante el daño físico.

Las características del estudio que se realiza sobre autolesiones son las siguientes:

1. Diseño: se trata de un estudio transversal analítico en el que la información se recogerá mediante cuestionarios autocumplimentados y consulta de la historia clínica.
2. Emplazamiento: el estudio se desarrollará en los dispositivos de la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete.
3. Participantes: pacientes diagnosticadas de trastorno del comportamiento alimentario que reciben tratamiento en la Unidad de TCA en hospitalización completo, hospital de día o consultas externas.

El tamaño muestral y la técnica de muestreo se explica a continuación:

Dado que en la bibliografía no se han encontrado datos al respecto el equipo ha decidido usar una estimación basada en su experiencia clínica. De esta experiencia han estimado que un 80% de las pacientes de la unidad utilizan las redes sociales con algún fin relacionado con las autolesiones. Se utiliza este porcentaje para estimar el tamaño muestral, asumiendo un error alpha del 5% y una precisión del 6% será necesario estudiar a 171 personas.

Los criterios de inclusión:

- Edad entre 12 y 25 años.
- Diagnosticadas de TCA (de cualquier tipo).
- Que hayan presentado a lo largo de su evolución, episodios autolimitados y/o mantenidos en el tiempo de conductas autolesivas.
- Que otorguen su consentimiento para participar en el estudio (consentimiento del responsable legal en el caso de los menores de 18 años).

Los criterios de exclusión:

- Deterioro cognitivo o retraso mental incompatible con la participación en el estudio.
- No cumplimentación de criterios clínicos de TCA según DSM-V.

A continuación, se definen **las variables:**

Se tendrán en cuenta los datos sociodemográficos como son: sexo, edad, nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios, superiores), profesión de los padres, número de hermanos, estado civil de los padres, medio rural/urbano y nacionalidad.

Por otra parte se recogerán los datos de salud como son: la presencia de enfermedades de carácter físico o mental, que medicación que está tomando actualmente y el consumo alcohol u otras drogas, así como la frecuencia y cantidad.

Respecto a las características del comportamiento autoalesivo, se analizará:

El método precodificado en opciones no excluyentes (cortes, arañazos, introducción de objetos punzantes, golpes y quemaduras); la frecuencia (días a la semana que se autolesiona, temporalidad general, etc.); desencadenante que provoca la autolesión (insatisfacción corporal, conflictos familiares, conflictos de pareja, conflicto con el grupo de iguales, acoso, alimentación, otros); localización de la lesión en el cuerpo (brazos, piernas, abdomen, glúteos); la gravedad, que se medirá mediante la evaluación del método y la frecuencia de la realización de autolesiones; la primera autolesión: de donde obtuvo la información que le impulsó a usar la

autolesión como forma de control de la ansiedad (iniciativa propia, amigos, redes sociales, música, televisión/películas, blogs, revistas, otros) y por último, el tiempo estimado desde la primera conducta autolesivas.

En cuanto al uso de redes sociales en general, se evaluará: el uso de redes sociales, redes sociales que la persona utiliza (facebook, tuenti, twitter, instagram, otros), así como otras formas de comunicación grupal: whatsapp, messenger, hangouts, skype,n etc. Así como, las redes en las que usa un perfil anónimo (facebook, tuenti, twitter, instagram, otros).

Respecto al uso de redes sociales y autolesiones, se tendrá en cuenta: el uso de redes sociales con fines relacionados con las autolesiones; tipo de redes sociales que se usan con fines relacionados con las autolesiones (facebook, tuenti, twitter, instagram, otros); otras formas de comunicación grupal con fines relacionados con las autolesiones: whatsapp, messenger, hangouts, skype, otros; redes en las que usa un perfil anónimo con fines relacionados con las autolesiones (facebook, tuenti, twitter, instagram, otros); frecuencia de uso de las redes sociales con fines relacionados con las autolesiones (veces que entra al día); modo de utilización de las redes: acceso a la información que otros suben, subida de información propia (en forma de texto, foto y/o video), comentario de la información que suben otros, otros usos; y por último, la incorporación de ideas a su conducta relacionada con las autolesiones, como realización de nuevas conductas autolesivas aprendidas en las redes.

La recogida de datos se llevará a cabo mediante autocumplimentación del libro de recogida de datos durante el tiempo del ingreso y pacientes en consulta externa de TCA tanto de psiquiatría como de psicología.

2. ANÁLISIS CUALITATIVO DEL USO DE LAS REDES SOCIALES Y AUTOLESIONES EN ADOLESCENTES.

A lo largo de los últimos tres años, en la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete se ha observado en la práctica clínica, un aumento de conductas autolesivas en pacientes con trastorno de alimentación que reciben tratamiento tanto en hospitalización (parcial y completa) como en consultas externas. Tras la información que dichas pacientes aportaron acerca del uso que hacían en las redes sociales, se consideró relevante, realizar un análisis cualitativo sobre el tipo de información que en estos

grupos se está compartiendo a través de las distintas redes sociales, por la implicación que tienen dichas conductas en el tratamiento.

La información que se encontró en las distintas redes sociales sobre autolesiones es muy variada y depende en gran medida de las distintas modalidades (vídeos, preguntas, estados emocionales, relatos...) que ofrecen cada una de las redes sociales. El análisis que se realizó sobre la información de autolesiones encontrada en las redes sociales se expone a continuación:

Los perfiles que utilizan los usuarios que frecuentan estos grupos suelen ser anónimos, se identifican entre ellos con nombres específicos que les ayuda a reconocerse. Estos nombres son: Self injure y cutting (autolesión), ana y mia (anorexia y bulimia), izzy (insomnio), perry (paranoia), Bri (bipolar), Sue (suicida), etc.

En los distintos perfiles anónimos que encontramos es frecuente la utilización de fotografías con motivos sobre autolesiones, cortes con cuchilla, frases motivadoras para autolesionarse, etc. Los resúmenes de su perfiles están impregnados de las prácticas autolesivas que llevan a cabo.

A continuación dos ejemplos literales de resúmenes de perfil encontrados en un perfil de Twitter:

- *"Una suicida. De corte en corte conocemos la muerte. Su piel, el papel; su cuchilla, el pincel; y la sociedad, una gran inspiración".*
- *"Entras al baño, te quitas la ropa, te das asco, cada dia más gorda!, lloras. Tomas cualquier cosa que corte, sangras, lloras, "lo merezco".*

Dichos perfiles de distintas redes sociales y de un mismo usuario, suelen estar interconectadas para potenciar la divulgación de la información que se transmite. En este sentido, si un usuario inserta una foto en Instagram puede compartir el enlace para que la vean sus seguidores de Facebook o de Twitter y así mantener informados a todos los seguidores de las distintas perfiles.

Respecto a la **forma de contacto entre los usuarios de los distintos perfiles**, se destaca:

- La potenciación de la conducta autolesiva: lo viven como un "estilo de vida", justifican las prácticas autolesivas.
- La ayuda a otros: hay otras personas cuya pretensión es evitar que otros se autolesionen o que piensen en otras alternativas para solucionar sus problemas.
- Compartir sus experiencias: en los muros de las distintas redes sociales, se expone como se sienten, el por qué de estos sentimientos, como solucionar este malestar autolesionándose y el modo de llevarlo a cabo.

Las formas de utilizar estas páginas que fomentan las autolesiones son las siguientes: para obtener y compartir información sobre autolesiones, fotos (ver foto 1), vídeos, etc.; contactar con otras personas que se autolesionan y formar grupos y así, mantener o disminuir esta conducta; para sentirse comprendido y perteneciente a un grupo, ya que suelen ser adolescentes solitarios, son insultados en el instituto, no tienen amigos; no suelen tener intereses hacia otras actividades de ocio: el tiempo dedicado a utilizar las distintas páginas sobre autolesiones es elevado y prácticamente nulo para actividades de ocio; se observa que en determinados perfiles cuentan con un número elevadísimo de seguidores que se puede considerar el líder del grupo.

Revisión de las distintas redes sociales:

Los más importante a destacar en cuanto al uso de las redes sociales es que cualquier usuario puede acceder fácilmente a todo tipo de información sobre autolesiones; introduciendo en el buscador de las distintas páginas las palabras sobre autolesiones, tal como: self injury, cutting, cut, cat, etc. Dichas páginas sobre las autolesiones (blogs, perfiles en las redes sociales, youtube, etc.) siguen proliferando en la red y cuentan con un número alarmante de usuarios que las consultan.

Respecto a la información que se encuentra en Facebook y Twitter:

Ambas son las redes sociales con mayor número de seguidores, en ellas, se comparten distintas fotos sobre autolesiones, citas motivadoras para autolesionarse, se habla sobre el dolor emocional percibido, se utiliza como para manejar la culpa ante las madres, se comparte el ocultamiento de estas prácticas, etc. También, se piden ayuda, se dan consejos, se comparte información acerca de música, películas y libros cuyo tema principal es la autolesión.

Algunas personas realizan grabaciones autolesionándose y muestran el vídeo en su perfil.

En ocasiones, se han identificado perfiles de personas cuyo objetivo es evitar que se difunda información sobre autolesiones y denuciar estas páginas y/o perfiles para su cierre; las personas que fomentan las autolesiones reaccionan divulgando la información entre los distintos miembros y creándose perfiles con otros nombres más normalizados para no ser descubiertos y evitar el cierre de las páginas.

Los perfiles de Facebook sobre autolesiones suelen tener el acceso libre a cualquier usuario aunque no sean "amigos" (a pesar de que Facebook está creado para guardar la intimidad en el grupo de "amigos"). Además, en Facebook, se permite chatear con otras personas que se autolesionan en tiempo real; les permite hablar de sus problemas, de las veces que se han cortado, del motivo, etc. y por último, se

crean grupos donde los distintos usuarios comparten en el muro la información variada sobre autolesiones, se facilita el acceso a esta información y se aseguran de que todas las personas pertenecientes al grupo tienen el mismo interés: la autolesión.

Twitter se creó para facilitar la difusión de la información, se puede seguir cualquier perfil y ser seguido sin necesidad de dar autorización, aunque existe la posibilidad de cerrar el perfil para restringir el acceso; se suelen buscar a través de los hagstam o las palabras claves (expuestas con anterioridad) y la información que se quiere divulgar la retwittean.

Tumblr: es una red social de microblogging de uso muy extendido entre los adolescentes, permite la personalización de la página con información variada; lo más característico es el uso de videos cortos, repetitivos sobre personas autolesionándose, frases motivadoras, frases angustiantes sobre sus sentimientos, etc.

Ask: es una red de preguntas y respuestas, se realizan preguntas entre sus usuarios, no es necesario estar identificado. Respecto a las autolesiones, se preguntan cuándo fue la última vez que lo hicieron, cuantos cortes tienen en una zona determinada de su cuerpo,. . .

Instagram: es una red social que sirve para subir fotos; en dicha red, los usuarios suben fotos de cortes, con frases representativas de su sufrimiento, pidiéndoles perdón a sus madres, etc.

Youtube: Se pueden encontrar una diversidad de vídeos con estos temas (Ana, Mía y autolesiones). Existen determinadas cuentas donde los usuarios recopilan los vídeos musicales de distintos grupos que tratan sobre autolesiones, trastornos del comportamiento alimentario, suicidio, etc.

Además, la información sobre autolesiones se difunde a través de los conocidos blogs: los blogs que hacen apología de la autolesión son los denominados pro-si; en ellos, se explican cómo hacerse los cortes, con qué instrumentos, se fomenta el uso de esta práctica como forma de calmar el dolor emocional a través del dolor físico; se relatan experiencias propias sobre cómo se sienten al realizar esta práctica. En algunos blogs pro-ana y mia, se hacen referencia a las autolesiones como forma de perder peso, incluso se han elaborado unas tablas sobre cuántos cortes han de hacerse para perder un determinado número de Kcal.

Existen otras páginas web que rechazan este tipo de conductas y donde se informa, se asesora y se aconseja sobre cómo evitar llevarlos a cabo y donde se puede acudir en busca de ayuda.

Aplicaciones de móviles

La más importante actualmente es Whatsapp: Existen grupos de whatsapp so-

bre autolesiones, se encuentran fácilmente introduciendo en google "grupos de whatsapp de autolesiones"; donde se ofrecen distintos números de teléfono móviles para ser agregados en estos grupos y así, poder hablar de estos temas de una forma más intima y con la seguridad de que no les puedan descubrir.

En resumen, la información que suelen compartir los adolescentes son imágenes sobre cómo se cortan, los cortes sangrantes que tienen en la piel, cicatrices, frases motivadoras para seguir autolesionándose, frases donde reflejan su sufrimiento, etc. Hemos encontramos un número elevadísimo de usuarios que comparten, observan y crean gran cantidad de información sobre autolesiones en las redes sociales; la mayoría suelen ser de procedencia latinoamericana aunque también de EEUU, Gran Bretaña, España, Italia y Portugal.

3. PROGRAMA ESPECÍFICO DE INTEGRACIÓN DESDE EL HOSPITAL A LA COMUNIDAD: AULA HOSPITALARIA.

El aula hospitalaria, es un recurso que se encuentra en el hospital, integrado en el Equipo Terapéutico de la UTCA de Albacete, desde el año 2002, atendido por profesionales de la Consejería de Educación de la JCCM.

El fin de éste, es que los alumnos hospitalizados continúen progresando en el aprendizaje cultural y formativo, y muy especialmente en el modo de saber hacer frente a estas patologías, en el autocuidado personal y en la prevención de otras posibles alteraciones de su salud que puedan sufrir. (González-Simancas, y Polaino 1990).

En un principio, la metodología de trabajo del aula seguía el modelo educativo, es decir, se trataba al alumno hospitalizado, como una persona íntegra y global, que padecía una patología mental, no era solo un enfermo, sino una persona, y el modelo educativo que subyacía era el de cubrir las necesidades educativas del alumno, de ahí que se le diera una formación a la medida de las personas en sus múltiples facetas humanas.

Hoy en día, con los avances en las nuevas tecnologías, el alumno no pretende solo la obtención de conocimientos, que puede encontrarlos fácilmente, utilizando cualquier medio tecnológico, si no que ahora las inquietudes y características han cambiado y los adolescentes buscan otro tipo de información que en algunos casos son contraproducentes para su salud, como es el caso de las autolesiones, por ello actualmente en la UTCA, se trabaja un modelo social, integro y global, donde el alumno, se ve como una persona social, que forma parte de la sociedad y donde

más tarde o más temprano se volverá a integrar.

Cuando un adolescente ingresa en un hospital, para un ingreso largo, como es el TCA, se establecen una serie de alteraciones, que pueden repercutir en diversas facetas de su vida como pueden ser las emocionales, cognitivas y comportamentales. GRÁFICO I. (Lizasoáin 2003). Y estos harán que todas las facetas del alumno se vean modificadas, social, educativa y afectivamente, etc.

Desde el centro educativo, existe una coordinación exhaustiva para la detección de los TCA y de aquellos que además pueden llevar implícito autolesiones, a estos alumnos no les gusta que los demás vean sus heridas, por ello por ejemplo, en la clase de Ed. Física no se quitan la sudadera, por mucho calor que tengan, y el profesor del centro observa, que algo anormal está ocurriendo. Los profesores del aula hospitalaria pasamos la información que nos han dado los orientadores al Equipo Terapéutico, para tener toda la información posible del paciente/ alumno.

En el aula hospitalaria, no se suelen tener objetos ni cortantes, ni punzantes (compases, tijeras, reglas, etc.), para prevenir posibles autolesiones, por lo que las asignaturas escolares que utilizan estos instrumentos, son adaptados para poder cursarlas.

Este tipo de conductas, se suelen dar en alumnas introvertidas, que tienen mucho miedo a expresar que son incapaces de realizar un examen, trabajo o ejercicio, por miedo a la valoración negativa, que se le pueda hacer. De ahí que se trabaje con una metodología que fomente la confianza alumno- profesor y poder llegar a pactar aquello que les bloquea, para pasar a resolverlo, sin sentirse inferior a nadie. (Grau, C et al 2001).

Se parte del lema *"Todo es posible realizarlo, con implicación. Y el trabajo que nos cueste, nos servirá de motivación"* esto es antagonista del *"Yo, ya"*, es decir trabajos escolares rápidos, sin ninguna profundidad y sin ningún conocimiento aprendido.

Coordinación con la familia del alumnado:

Una de las tareas más importante es la coordinación con los padres, estableciendo un vinculo de conexión e información, en todo momento de cómo va a nivel académico el alumno, desde un punto de vista social, integral, y global, viendo necesario bajar el nivel educativo, porque le está produciendo estrés, su objetivo es conseguir las mejores notas, utilizándolas estas como trofeos, que ofrece a su círculo social, esto a veces puede provocar una autolesión, por no poder ver siempre cubiertas sus expectativas por un nivel de autoexigencia muy elevado.

Por otro lado, también se informa a los padres y se mantiene un contacto muy estrecho, cuando el alumno tiene un gran desfase curricular y se siente incapaz de

retomar los estudios, por las grandes lagunas que tiene, ante esto, se siente con poca autoestima, que no vale para nada, esto también puede provocar autolesiones, de ahí que la coordinación : Alumnos- profesores- familia, sea muy estrecha y se intente que a través de pequeños objetivos vaya retomando el ritmo académico y el alumno se sienta bien con los pequeños logros conseguidos, que después con el paso del tiempo se normalizarán.

Coordinación con el Centro Educativo de Referencia:

La coordinación es fundamental con el centro de referencia, para la incorporación posterior del alumno al centro tras el alta de la hospitalización. Esta coordinación es biunívoca, con el objetivo de realizar una buena acogida del alumno a su centro educativo.

Dada la dificultad para la compresión de los trastornos del comportamiento alimentario, incrementada con la presencia de autolesiones, por falta de preparación o de involucración del profesorado del Centro. Por este motivo, al comienzo del curso escolar, se realiza una jornada, donde el Equipo Terapéutico de la UTCA explica a los orientadores y cargos directivos de los centros educativos de Albacete provincia, el trabajo que se realiza en esta Unidad y como se abordan problemas que pueden ocurrir como autolesiones, vómitos, ocultaciones, etc.. Para que posteriormente, se pueda trasladar la información a sus respectivos Equipos Docentes.

En síntesis, el aula hospitalaria, reclama el derecho a la educación de todo adolescente enfermo; una educación que debe de ser especializada y adaptada a las necesidades especificas, en función de cuál sea la alteración y las circunstancias. Su objetivo es minimizar los posibles efectos negativos que pueda ocasionar la hospitalización en el alumno y en su familia. (Serradas. M 2001).

4. CONCLUSIONES

Tras el análisis de la prácticas de adolescente con TCA y autolesiones en redes sociales, la práctica clínica y las reflexiones que el equipo terapéutico de la UTCA sobre estos aspectos en los últimos tres años, se destaca lo siguiente:

- La importancia del fenómeno global del uso de las redes sociales en la adolescencia y en la infancia que está extremadamente arraigado en nuestra sociedad actual.
- Los recientes estudios hablan de la dependencia del adolescente en la red, como efecto secundario normalizado que aceptan porque lo intolerable es sentirse excluido de su grupo.

- La influencia del fenómeno de uso de redes en el proceso terapéutico psicológico y psiquiátrico: la red refuerza potentemente el comportamiento a extinguir.
- La necesidad de encontrar las formas más eficaces para manejar estos aspectos dentro del proceso terapéutico, teniendo en cuenta la recogida de información acerca del uso de los pacientes de las nuevas tecnologías y en concreto de internet, los grupos de whatsapp, etc.
- La adaptación de los distintos profesionales a los cambios sociales y tecnológicos.
- Reactualización de las historias clínicas y de la recogida de información en las primeras entrevistas en pacientes adolescentes y jóvenes.
- La importancia de crear y validar instrumentos de evaluación sobre autolesiones.
- El desarrollo de programas preventivos, tanto en los centros educativos como en los sanitarios con el fin de disminuir y/o evitar las prácticas auto lesivas en los adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

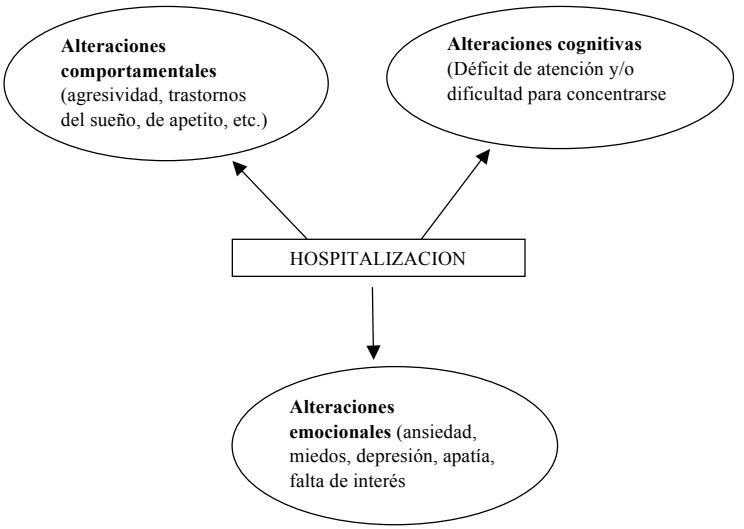
1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado (DSM IV-TR). Barcelona: Masson, 2002.
2. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM 5. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2013
3. Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., y Onghena, P. Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. Arch Suicide Res 2011;15, 56-67.
4. Bermejo, B; Saúl, L.A, Jenaro, C.. La anorexia y la bulimia en la red: Ana y Mia "malas compañías" para las jóvenes de hoy. Acción psicológica 2011; 8 (1), 71-84.
5. Castañeda, L.; González, V. & Serrano, J.L. Donde habitan los jóvenes: precisiones sobre un mundo de redes sociales. En Martínez, F. y Solano, I. Comunicación y relaciones sociales de los jóvenes en la red. Alicante: Marfil 2011; pp 47-63.
6. Castellana Rosell, M., Sánchez Carbonell, X. Graner Jordana, C., Beranuy Fargues, M.. El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: internet, móvil y videojuegos. Papeles del Psicólogo 2007;28 (3), 196-204.
7. Faura, J.. Autolesión: Guía de medidas anticontagio y contra las desventajas de Internet. ASeFo: Autolesión Selfinjury Foro, publicado en asefo.com.2011; Disponible en:http://www.asefo.com/wp-content/uploads/2011/05/Autolesion-guia_de_medidas_anticontagio_y_contra_las_desventajas_de_Internet.pdf

8. Favaro, A., y Santonastaso, P.. Impulsive and compulsive self-injurious behaviour in bulimia nervosa: prevalence and psychological correlates. Journal of Nervous and Mental Disease 1998;186, 157–165.
9. González Simancas.,J.L y Polaino, A Pedagogía hospitalaria: actividad educativa en ambientes clínicos. Madrid. Narcea, 1990
10. Grau,C y Ortiz, C: " La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una educación inclusiva. Málaga. Aljibe, 2001
11. Jiménez Morales, M.. Trastornos del comportamiento alimentario en Internet. REVISTA ICONO 2010;14, 8, 86-96.
12. Lizasoain , O Y Ochoa, B" Los retos de la Atención educativa: del alumnado hospitalizado o convaleciente en el siglo XXI "Memoria de las IX Jornadas de Pedagogía Hospitalaria. Guadalajara, 2003
13. Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Smits, D, Peat, C.M., y Vandereycken, W.. Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: a test of a conceptual model. Psychiatry Research 2011; 188, 102-108.
14. Musitu, G., y Cava, M.J.. El rol del apoyo social en el ajuste de los Adolescentes. Intervención Psicosocial 2003;12 (2) 179-192.
15. Nock, M.. Self-injury. Annu Rev Clin Psychol 2010;6, 339-63.
16. Peláez, M.A., Raich, R.M., y Labrador, F.J.. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios 2010;1, 62-75.
17. Pérez Latre, F.J.. Las nuevas redes sociales ¿ moda o revolución?. Nuestro tiempo 2010;660, 53-61.
18. Rissanen, M.L., Kylma, J., y Laukkanen, E.. A systematic literatura review: self-mutilation among adolescents as a phenomenon and help fot it – What kind of knowledge is lacking? Mental Health Nursing 2011; 32, 575-583.
19. Rubio Gil, A, San Martín Pascal, Mª A.. Subculturas juveniles: identidad, idolatrías y nuevas tendencias. Revista de estudios de juventud 2012; 96, 197-213,
20. Sanz, J., y Vázquez, C.. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Adaptación española. Madrid: Pearson, 2011
21. Serradas, M. "La acción educativa como alternativa en la educación de la ansiedad en el niño hospitalizado" Salamanca. Amarú, 2001.
22. Solano, N., y Cano, A.. Evaluación de la insatisfacción con la Imagen Corporal. Madrid: TEA, 2010.
23. Spelberger, C., Gorsuch, R., y Lushene, R.. Cuestionario de Ansiedad Estado/ Rasgo. Madrid: TEA, 1982
24. Suyemoto, K. L.. The functions of self-mutilation. Clinical Psychology Review 1998; 18, 531–554.
25. Svirko, E., y Hawton, K.,. Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. Suicide and Life-Threatening Behavior 2007; 37, 409–421.
26. Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H., y Derby, L.. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. British Journal of Psychiatry 1996;169, 705-712.
27. Ulloa, R.E., Contreras, C., Paniagua, K., Victoria, G.. Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. Salud Mental 2013, 36, 417-420.

28. Vandereycken, W.. The eating disorders evaluation scale. Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention 1993; 1, 115–122.
29. Vázquez, A.J., Jiménez, R., y Váquez-Morejón, R.. Escala de autoestima de Roseberg: fiabilidad y validez en población clínica española. Apuntes de Psicología 2004; 22, 247-55.
30. Villarroel, J., Jerez, S., Montenegro, A., Montes, C., Igor, M., y Silva, H. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2013; 51 (1), 38-45.
31. Whalsh, B. Treating self-injury: A practical guide. (3rd de) New York: Guilford Press, 2005.
32. Solano Pinto, N y Cano Vindel, A.. TEA Ediciones S. A. Madrid. Cuestionario de Imagen corporal, 2010.

Foto 1

Gráfico 1



FUENTE: Lizasoain ,O (2003)"Los retos de la atención educativa: del alumno hospitalizado o convaleciente en el siglo XXI" Memoria de la IX Jornada Pedagógica Guadalajara

4.3. SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL EN EL HOSPITAL GENERAL: PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN

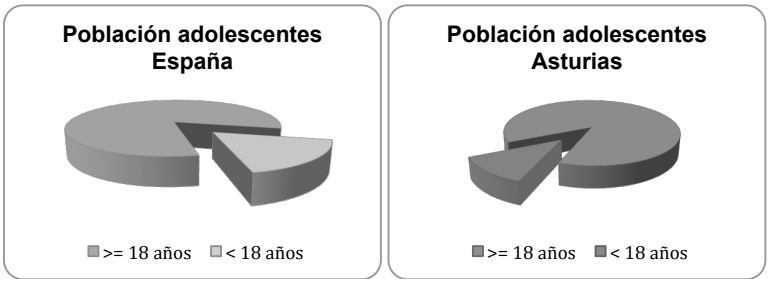
Elisa Seijo Zazo, Alicia Díaz de la Peña

1. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL. SITUACIÓN ACTUAL

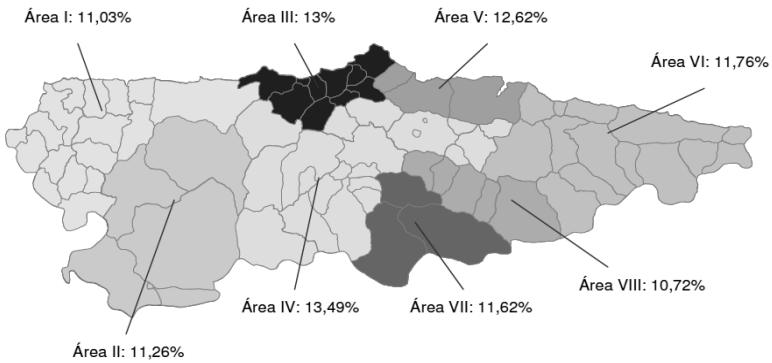
La Salud Mental Infanto-Juvenil es una línea estratégica de trabajo en el desarrollo de planes de prevención e intervención en todo el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) los países deben elaborar planes de acción en este campo que sirvan de referencia a los organismos e instituciones relacionadas con la infancia (1). Aproximadamente el 10-20 % de la población mundial entre 0-17 años, pueden presentar algún trastorno psiquiátrico y sólo una quinta parte son correctamente diagnosticados. Existe además un importante número de niños y adolescentes que tienen problemas que aún no llegando a cumplir criterios diagnósticos de un trastorno mental son causa de importante sufrimiento.

Según datos del año 2013, se calcula que España tiene una población de 47.129.783 habitantes, de los que 8.364.567 son menores de 18 años (4.298.802 varones y 4.065.765 mujeres). Esto equivale al 17.75 % de la población total. En el Principado de Asturias la población es de 1.068.165 personas de las que 138.043 son menores de 18 años de ambos sexos (70.890 varones y 67.153 mujeres). Estos datos equivalen a un 12,2% de la población asturiana (2). El 39,11 % de estos menores residen en las áreas centrales (Oviedo, Gijón, Avilés) (3).

Figura 1: Demografía



Porcentaje de menores de 18 años según Áreas Territoriales en Asturias



En las líneas estratégicas del Plan de Salud Mental para el Principado de Asturias 2014-2020, se recogen iniciativas para la mejora en la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, en concreto fomentando la implantación de un Programa de Terapia Intensiva para niños y adolescentes con Trastorno Mental Grave, así como la promoción de la Salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental (4).

La promoción de la salud de los niños y los jóvenes requiere una estrecha colaboración de los servicios sanitarios, educativos, sociales y judiciales, así como de los padres y la población en general. Es fundamental, por tanto, la información y sensibilización de la población en este campo (5). Los programas destinados a la detección de los trastornos mentales en este grupo de población deberían asociarse a otros orientados a la promoción de la salud y la evitación del estigma mediante

intervenciones en la comunidad (con padres, colegios, centros de salud, pediatras...).

Se plantea así un modelo de atención integral, individualizado y coordinado entre las diferentes entidades que están interviniendo en el niño en ese momento evolutivo.

Figura 2: Modelo integral de atención a la infancia y adolescencia

En cuanto a la organización de los dispositivos de atención infanto-juvenil, la mayor parte de los autores coinciden en un modelo piramidal en el que la base sería la atención ambulatoria de evaluación e intervención y el recurso más restrictivo el ingreso en la Unidad Hospitalaria Psiquiátrica Infanto-Juvenil. Como dispositivos intermedios se encontrarían los equipos de intervención en el entorno habitual del niño/adolescente, mucho más implementados en otros países europeos que en España, y el Hospital de Día infanto-juvenil para intervenciones intensas y multimodales aunque manteniendo el vínculo con la familia (6). La existencia de dispositi-

vos intermedios en la red de salud mental hace disminuir la estancia media de la hospitalización de 24 horas, paliando los posibles efectos iatrogénicos de la misma, ya que devuelve al niño y/o adolescente a su entorno manteniendo un abordaje terapéutico intenso, sin sobrecargar al medio familiar y escolar.

Figura 3: Pirámide con los niveles de atención infanto-juvenil

2. JUSTIFICACIÓN Y REPASO HISTÓRICO DE LA HOSPITALIZACIÓN INFANTO-JUVENIL

2.1. Justificación.

Como hemos visto anteriormente, existen patologías y problemáticas psíquicas del niño y adolescente que requieren su internamiento en dispositivos específicos para este grupo de edad. Se estima que entre un 15 y un 22% de niños y adolescentes cumplen criterios diagnósticos de un trastorno psiquiátrico y, de estos, aproximadamente un 1% precisaría ingreso psiquiátrico debido a la severidad del mismo (7, 8). La normativa legal que rige en España este tipo de internamientos se basa en la Ley de Protección Jurídica del Menor y la Ley de Enjuiciamiento Civil de 2000 (Art. 763 de la Ley 1/2000. Internamiento no voluntario por trastorno psíquico: "El internamiento de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial"). Este

artículo de la L.E.C. modifica al 211 del Código Civil) (9, 10)

Los diferentes autores consultados, coinciden en plantear unos dispositivos de Internamiento Terapéutico diferentes desde el punto de vista del abordaje:

A) Dispositivos Sanitarios:

1. Unidad de Hospitalización Breve
2. Unidades de Media y Larga estancia (hospitales de día, comunidades terapéuticas)

B) Dispositivos Socio-educativos-sanitarios:

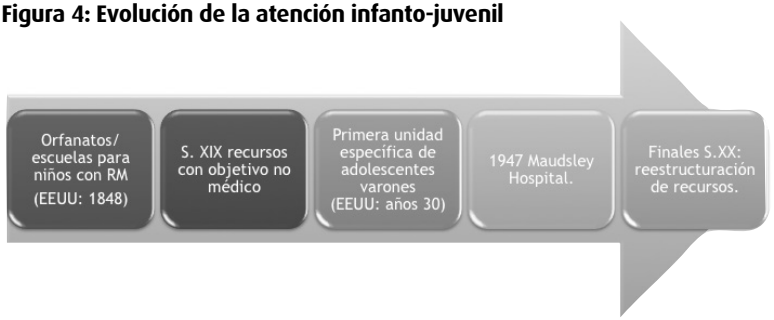
1. Centros de Reeducación Psicosocial
2. Centros para jóvenes con medidas judiciales y patología mental grave
3. Centros de Educación Especial para niños y adolescentes con trastorno mental severo (8)

2.2. Evolución histórica de Internamiento Psiquiátrico para Niños y Adolescentes.

Existen escasas revisiones sistemáticas sobre la historia de las unidades de hospitalización psiquiátrica de niños. Los primeros recursos asistenciales residenciales fueron orfanatos o escuelas especiales para niños con RM o discapacidades psíquicas. En el siglo XIX estos dispositivos tienen como principal objetivo aislar socialmente a niños y adolescentes con problemas emocionales y conductuales. Estas instituciones adquieren un carácter educativo y tienen como objetivo la modificación de conductas inadaptadas. A principios del siglo XX se produce una evolución hacia la intervención en los trastornos psiquiátricos coincidiendo con el desarrollo de la psiquiatría de adultos y la pediatría (11). No obstante, la primera unidad dedicada específicamente a los adolescentes de sexo masculino se creó en Estados Unidos en la década de los años 30, con el fin prioritario de atender a los jóvenes que eran derivados desde los tribunales (12). En Europa, se inaugura el primer servicio de hospitalización psiquiátrica del niño y adolescente en 1947, en el Maudsley Hospital de Londres. Durante los años 1970, 1980 y 1990 se produce en Europa un incremento gradual de las unidades de hospitalización psiquiátrica del niño y del adolescente, coincidiendo con un aumento de los trastornos de conducta, el consumo de tóxicos y el número de suicidios entre los adolescentes. A finales del siglo XX se hace necesario el planteamiento de una reestructuración de recursos, primando la creación de unidades de corta estancia, principalmente para población adolescente y potenciando los recursos comunitarios, coordinando

recursos sanitarios, sociales y educativos. En España el desarrollo de la psiquiatría infantil y adolescente ha sido más lento que en Estados Unidos o el resto de Europa por lo que las unidades de hospitalización específicas han comenzado a ser una realidad en los últimos 15 años (11).

Figura 4: Evolución de la atención infanto-juvenil



3. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN INFANTO-JUVENIL: CRITERIOS DE INGRESO Y OBJETIVOS

Las Unidades de Hospitalización Infanto-juvenil se definen como dispositivos que evalúan e intervienen de forma intensiva en niños y adolescentes con problemas de salud mental graves y/o complejos, que no pueden abordarse en un dispositivo comunitario. Son recursos terapéuticos hospitalarios, en régimen de internamiento total, para aquellos niños de entre 6 y 11 años de edad, y adolescentes entre 12 y 17 años, cuya patología psiquiátrica ha sufrido una crisis lo suficientemente grave y perturbadora como para requerir tratamiento intensivo de esta índole (8).

Las recomendaciones europeas sobre la hospitalización psiquiátrica breve de niños y adolescentes estiman que son necesarias 20-40 camas/millón de habitantes (de las que 5/millón serían para menores de 12 años) y 4-5 camas/millón habitantes para niños/adolescentes con discapacidad intelectual (13). El número ideal de camas sería 10-12 camas por Unidad, manteniendo un nivel de ocupación del 90% para así dar respuesta a posibles ingresos urgentes (11).

Tanto la Asociación Americana de Psiquiatría como los colegios de psiquiatría de los principales países de la Unión Europea (Royal College of Psychiatrist) han expuesto los requisitos que debían cumplir las unidades de hospitalización infanto-juveniles (13). Estos son:

- Recursos de hospitalización específicos para este grupo de edad.
- Psiquiatras especializados en psiquiatría del niño y adolescente.
- Recursos humanos y materiales específicos.
- Programas terapéuticos adecuados a este grupo de edad.

Estos dispositivos son muy especializados por lo que el ingreso en los mismos pasa por una derivación desde las unidades de salud mental infanto-juvenil de referencia. El régimen de la unidad puede ser cerrado o semiabierto (para aquellos casos donde no hay un estado grande de agitación ni riesgo de auto/hetero agresión) y la familia no ingresa con el niño o el adolescente. El tiempo medio de estancia es de 4 semanas (11).

La Unidad de Hospitalización infanto-juvenil, al estar ubicada dentro del hospital general, es el dispositivo desde el que se puede detectar en primer lugar la patología mental en niños y adolescentes en el medio hospitalario, así como intervenir en los aspectos psíquicos de ciertas patologías orgánicas.

Los objetivos del ingreso en una Unidad de Hospitalización breve infanto-juvenil son:

- Llevar a cabo aquellas actividades de observación, diagnóstico, tratamiento, cuidados y las relacionadas con la práctica de la Psiquiatría y la Psicología Clínica que por su especificidad, complejidad o nivel de riesgo deban llevarse a cabo en un medio hospitalario.
- La intervención con el niño/adolescente y con su familia.
- Ser un eslabón en la cadena de continuidad de cuidados en la asistencia a la salud mental infanto- juvenil consiguiendo la reintegración del adolescente lo más rápidamente posible a su medio habitual.

Su finalidad no es abordar toda la psicopatología sino el problema central que ha precipitado la crisis y después derivar al paciente a la Red de Salud Mental para el seguimiento en dispositivos de régimen ambulatorio. La unidad de hospitalización se articula pues dentro de la Red de Salud Mental como uno de los eslabones necesarios para facilitar la continuidad de cuidados del paciente adolescente con problemas de salud mental. Su función es ofrecer un cuidado integral médico, psicológico, de enfermería, educativo y social a los menores que precisen ser hospitalizados en el contexto de una estrecha colaboración entre los Departamentos de Psiquiatría, Pediatría y otras Especialidades Médicas. El ingreso hospitalario se concibe siempre como un episodio breve dentro de un continuo en la atención durante la trayectoria evolutiva del niño.

Toda la estructura física, humana y organizativa de la Unidad tiene como líneas conductoras básicas el proporcionar un ambiente seguro y a la vez contenedor y

de apoyo para los pacientes. Así, además de realizar un tratamiento adecuado y actualizado, una Unidad específica para adolescentes debe tener en consideración las necesidades evolutivas de los adolescentes, teniendo en cuenta que durante un tiempo (breve) la Unidad va a ser su lugar de residencia. Los adolescentes, sanos o enfermos, viven contiendas propias de su edad, como el conflicto con la norma y la necesidad de que se les informe, explique y tenga en cuenta dentro de los límites que su nivel de autonomía, maduración y capacidad cognitiva permita. Necesitan la relación con los iguales como referentes de actuación y establecimiento de relaciones interpersonales, toleran mal el aburrimiento, tienen un nivel de impulsividad mayor que el de los adultos, que se refleja en "actuaciones" en muchos momentos de frustración, malestar, aburrimiento, y que puede llevar a la confusión en la interpretación de actitudes antinormativas o agresivas. La formación del personal en el significado de las conductas adolescentes y la estructuración de la planta dando respuesta a esas necesidades evolutivas son elementos de primer orden en la creación de un ambiente tranquilo y contenedor de angustias y agresividad.

Los episodios de tratamiento intensivo deben ser considerados en el contexto del ambiente familiar, local y el conocimiento longitudinal de la historia natural de la enfermedad (14) dado que el ingreso al hospital puede significar tanto alejar al paciente de las dificultades externas, como someterlo a un tratamiento activo.

En estudios de metaanálisis se han documentado como predictores de mala evolución, la existencia de conductas agresivas antisociales y la organicidad de los síntomas y como predictores de buena evolución los diagnósticos de trastornos emocionales, tratamiento bien organizado, alianza positiva, buen tratamiento posterior y buen desempeño funcional. Carecieron de valor predictivo el género y la edad del paciente, así como la admisión electiva vs. urgencia (6).

Según Costello y cols, los motivos de ingreso en una Unidad de Hospitalización Infanto-juvenil serían (15) :

- Necesidad de evaluación detallada en casos complejos.
- Dificultades familiares que hacen imposible el tratamiento ambulatorio.
- Intensificación de la sintomatología.
- Aumento de la agresividad.
- Necesidad de cuidado y observación de enfermería las 24 horas.
- Efectuar un ensayo controlado de alguna intervención específica.

No constituyen criterios de ingreso los trastornos disociales, la dependencia a drogas o discapacidad mental severa como diagnóstico principal.

En el momento del alta hospitalaria, es imprescindible la coordinación con el

responsable del caso en el Área o en el equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil. Esta coordinación con el clínico responsable debe ser realizada durante el ingreso, informando acerca de la evolución y planteamiento terapéutico y, previo al alta, para coordinar el seguimiento.

Así mismo, en un ingreso en una Unidad Hospitalaria pueden existir efectos indeseados potenciales que deben ser tenidos en cuenta:

1. *Pérdida de apoyo del ambiente local del niño:* Para evitar este problema, la evaluación de ingreso debe focalizarse tanto en los problemas como en las fortalezas e identificar áreas de resiliencia individual. Mantener una buena comunicación con los equipos que efectuaron la derivación para valoración del paciente puede ayudarnos con información acerca de la historia previa, así como de intervenciones ya realizadas que no han funcionado.
2. *Presencia de efectos adversos dentro del servicio de hospitalización:* Los padres pueden mostrar su preocupación porque su hijo se contamine con los problemas de los otros niños. Además existe el estigma de la hospitalización psiquiátrica. El servicio debe estar atento a la posibilidad de un efecto negativo de los pares o de abuso. El monitoreo y supervisión intensivos ayudan a prevenir casos aislados de abuso intrahospitalario.
3. *Efectos en la vida familiar:* Por ejemplo, reforzamiento de la situación de chivo expiatorio o que los padres se sientan sin destrezas al ver la relación que el niño establece con el personal. Se puede evitar con una buena negociación preingreso y un trabajo familiar continuo.

4. COORDINACIÓN CON OTRAS ESTRUCTURAS

Ya hemos visto la importancia de la coordinación entre las distintas instituciones (Justicia, Bienestar Social, Educación y Salud Mental) ya que en muchos casos cada una tiene una apreciación parcial del caso. Para una aproximación integral e individualizada es necesaria una visión global de la situación que presentan el niño/adolescente y su entorno en el momento en el que se va a intervenir. Por ello, desde la UHP se solicita de forma habitual colaboración a otras estructuras como:

- personal del ámbito de la educación
- el Equipo de trabajadoras sociales del hospital.
- el Equipo de Seguridad del hospital.
- la colaboración en forma de interconsulta del otros Servicios del hospital.

- otros recursos humanos y materiales de los que dispone el hospital.

5. RETOS FUTUROS.

5.1. Especialización.

Como hemos visto en el capítulo 3, en la atención recomendada según los colegios profesionales de Psiquiatría de los principales países de la Unión Europea (Royal College of Psychiatrist), dentro de los requisitos que se debían cumplir en las unidades de hospitalización infanto-juveniles (13) se incluía que los psiquiatras encargados del tratamiento de estos pacientes fueran especializados en psiquiatría del niño y adolescente.

En España ha sido reconocida la especialización en psiquiatría del niño y adolescente recientemente con la publicación en el BOE del pasado 6 de agosto del Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista, entre ellos la titulación de especialista en Psiquiatría del Niño y del Adolescente (16). Esta titulación ha sido reclamada desde hace años por parte de las familias y de los profesionales y España era uno de los pocos países europeos en la que no existía. Se pretende que al estar los profesionales mejor formados en la patología psiquiátrica específica de esta edad, se lleve a cabo una mejor prevención, tratamiento y seguimiento de los casos, favoreciendo una mejor evolución y pronóstico de los mismos.

Así mismo, desde la publicación del R.D. 992/1987 que regula la obtención del título de enfermero especialista para Diplomados en Enfermería, ha sido posible contar con personal de enfermería especializado que puede ofrecer al enfermo una mejor atención durante el diagnóstico y tratamiento de su trastorno.

5.2. Investigación en salud mental infanto-juvenil

La actualización de los conocimientos es imprescindible para poder prestar una asistencia de calidad, por lo que la formación continuada y la investigación independiente serán básicas para aumentar tanto el conocimiento como la efectivi-

dad de nuestro trabajo en la práctica clínica. En el último Plan Estratégico de Salud Mental en Asturias, se plantean estas necesidades(4).

Dentro de las líneas de investigación actual en Psiquiatría Infanto-Juvenil, se encuentran estudios muy interesantes acerca de la eficacia y seguridad de los psicofármacos en niños y adolescentes, sobre alteraciones autoinmunes de diferentes trastornos psiquiátricos y sobre el desarrollo y validación de instrumentos específicos de evaluación y técnicas de neuroimagen.

5.3. Programas de prevención

Es inevitable mencionar la necesidad de que desde todos los ámbitos de la salud se lleve a cabo la elaboración e implementación de programas de prevención de salud primaria, secundaria y terciaria. Desde una Unidad tan específica como puede ser una unidad de ingreso psiquiátrico agudo, se pueden realizar algunas intervenciones orientadas a favorecer la mejor evolución posible de los trastornos graves que presentan estos pacientes, tanto realizando una intervención directa con el niño de forma individual o en pequeño grupo, como mediante intervenciones familiares con el fin de facilitarles la compresión de los trastornos, las dificultades del niño y la importancia de la adecuación del entorno familiar a sus necesidades. Así mismo como hemos mencionado ya, las actividades de coordinación con otros servicios y profesionales relacionados enriquecen la comprensión del caso por parte de todos los profesionales implicados lo que redunda en beneficio para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO): Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: 2005.
2. Servicio de Infancia, Familias y Adolescencia (S.I.F.A.) del Principado de Asturias. Memoria 2013. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.
3. INE. Revisión Padrón Municipal. 2010.
4. Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2014-2020.
5. Mardomingo MJ. Psiquiatría para padres y educadores: ciencia y arte. Madrid: Narcea Ediciones; 2002.
6. de la Barra M F, García S R. Hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes I: Revisión de la literatura. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2009;47:228-37.
7. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameters for the psychiatric as-

sessment of children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1997;36 (10)(4S-20S).
8. Jiménez Pascual A-M. Dispositivos de internamiento terapéutico para patología mental grave de niños y adolescentes. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2004:167-86.
9. Ley 1/2000 de 7 de Enero, de Enjuiciamiento Civil. Artículo 763., (2000).
10. Ley reguladora de la responsabilidad penal de los menores. Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. , (2000).
11. Javaloyes Sanchís MA, Escamilla Canales I, Gamazo Garrán P, Fuentes Albero M. Hospitalización de niños y adolescentes. In: Soutullo C, Mardomingo MJ, editors. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente Asociación española de psiquiatría del niño y del adolescente AEPNYA. 3. Madrid: Editorial Panamericana.; 2010. p. 411-9.
12. Petti TA. Recursos terpéuticos. Ingreso hospitalario, hospital de día, centros residenciales. In: Wiener JM, Dulcan MK, editors. Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. 3ª ed: Masson; 2006. p. 1077-98.
13. Royal College Psychiatrists Council Report CR 1 37, Building and sustaining specialist child and adolescent mental health services. Junio 2006.
14. Green J, Worrall-Davies A. Provision of Intensive Treatment: In-Patient Units, Day Units and Intensive Outreach. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry: Blackwell Publishing Ltd.; 2009. p. 1126-42.
15. Costello AJ. A Checklist of Hospitalization. Hospital and Community Psychiatry. 1991;42(8):823.
16. BOE. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. BOE 190 (6 de Agosto de 2014).63130-67.

5

Capítulo 5.
El enfoque de DDHH y Ético.

5.1. EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS Y ÉTICO EN EL HOSPITAL GENERAL

Margarita Blanco Prieto, María Dieguez Porres, Alberto Fernández Liria, Isabel Mirapeix Bedia, Ana Moreno Pérez, Déborah Ortiz Sánchez, Salvador Ruiz Murugarren, María Sánchez Pascual

EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS Y ÉTICO EN EL HOSPITAL GENERAL

Deseo que la salud se deje de considerar como una bendición esperada, y se conciba en cambio como un derecho humano por el que se ha de luchar.
Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas, 1997-2006.

1.- El enfoque basado en DDHH en salud

En el Programa de Reforma de la Organización de Naciones Unidas formulado en 1997, el Secretario General hizo un llamamiento a todas las entidades de la ONU a incorporar sistemáticamente los derechos humanos en sus actividades y programas dentro del marco de sus respectivos mandatos, el llamado enfoque basado en derechos humanos (EBDH). Así, el EBDH es un concepto transversal que atraviesa las políticas, programas, recomendaciones y acciones en todos los campos del desarrollo humano: educación, salud, cooperación, ayuda al desarrollo, colectivos marginados... Hoy en día se acepta que las violaciones de los derechos humanos son tanto una causa como una consecuencia de la pobreza y que la pobreza es el resultado de la falta de poder y la exclusión. La pobreza es la falta de bienes materiales y de oportunidades como el empleo, la propiedad de bienes productivos y ahorros. Es también la falta de bienes físicos y sociales como la salud, la integridad física, la ausencia de temor y de violencia, la integración social, la identidad cultural, la capacidad de organización, la capacidad de ejercer influencia política y la capa-

cidad para vivir con respeto y dignidad[1]. Desde este marco tiene sentido hablar de los derechos humanos aplicados a la salud.

La novedad que aporta este enfoque basado en los derechos humanos es que las actividades por el concernidas (salud, educación, desarrollo,...) quedan asentadas en un sistema de derechos y en las obligaciones correspondientes del Estado establecidas en la legislación internacional que es de obligado cumplimiento en su ámbito jurídico nacional para los estados que la firman.

Respecto a la salud, los documentos de la ONU explican que un enfoque de la salud basado en los derechos humanos tiene como objetivo específico garantizar el derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados con la salud. La elaboración de políticas de salud y programación deberían guiarse por normas y principios de derechos humanos y aspirar a desarrollar la capacidad de los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones y empoderar a los titulares de derechos para que exijan eficazmente sus derechos en materia de salud[2].

Entre la salud y los derechos humanos existen vínculos complejos (véase figura 1)[3]:

- La violación o la desatención de los derechos humanos pueden tener graves consecuencias para la salud.
- Las políticas y los programas sanitarios pueden promover los derechos humanos o violarlos, según la manera en que se formulen o se apliquen.
- La vulnerabilidad a la mala salud se puede reducir adoptando medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos.

Figura 1. Ejemplos de la relación entre la salud y los derechos humanos. Tomado de[3]

Son muchos las declaraciones, tratados y leyes que, bien a modo de recomendación o como parte de la legislación, sancionan este enfoque tanto en el ámbito internacional como en nuestro territorio[1].

El derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr (en un sentido amplio que incluye el acceso a servicios de cuidado en situaciones de pérdida de salud así como la mejora en los determinantes de salud, tales como el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva), previsto en el derecho internacional relativo a los derechos humanos, entraña la reivindicación de que mediante un conjunto de mecanismos sociales -normas, instituciones, leyes y un entorno propicio- se pueda garantizar de la mejor manera el disfrute de ese derecho.

La interpretación más autorizada del derecho a la salud es la que figura en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que ha sido ratificado por 145 países (al mes de mayo de 2002). En mayo de 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, encargado de supervisar la aplicación del Pacto, adoptó una observación general sobre el derecho a la salud que establece cuatro criterios con respecto a los cuales se puede evaluar el respeto del derecho a la salud:

(a) Disponibilidad. Deberá haber un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.

(b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- No discriminación
- Accesibilidad física
- Accesibilidad económica (asequibilidad)
- Acceso a la información

(c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud debe-

[1] Una revisión de este cuerpo legislativo puede verse en Torras, A. Un camino por recorrer: Nuestra defensa. Derechos Humanos en Salud Mental. Una aproximación. En: Desviat M, Moreno A (ed). Acciones de salud mental en la comunidad. AEN, colección estudios. Madrid, 2012 y en: OMS. 25 preguntas y respuestas sobre Salud y Derechos Humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1. OMS, 2002.

rán ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

(d) Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad[3].

Adoptar un enfoque basado en los derechos humanos en salud supone:

- Utilizar los derechos humanos como marco para el desarrollo sanitario.
- Evaluar las consecuencias que tiene cualquier política, programa o legislación sanitaria para los derechos humanos y adoptar medidas al respecto.
- Tener en cuenta los derechos humanos en la concepción, aplicación, supervisión y evaluación de todos los tipos de políticas y programas (políticos, económicos y sociales, entre otros) que guarden relación con la salud.

Y los principios que de lo anterior se derivan:

- Respetar la dignidad humana.
- Conceder atención a los grupos de la sociedad considerados más vulnerables.
- Garantizar que los sistemas sanitarios se hagan accesibles a todos.
- Adoptar una perspectiva de género y reconocer que los factores biológicos y socioculturales influyen considerablemente en la salud.
- Garantizar la igualdad y la no discriminación.
- Desglosar los datos relativos a la salud para determinar si hay discriminación subyacente.
- Garantizar la participación libre, fructífera y efectiva de los beneficiarios de las políticas o programas de desarrollo sanitario en los procesos de adopción de las decisiones que los afectan.
- Promover y proteger el derecho a la educación y el derecho a buscar, recibir y difundir informaciones e ideas relativas a las cuestiones de salud.
- Dejar que una política o un programa sanitario limite el ejercicio o el disfrute de un derecho únicamente como último recurso.
- Confrontar las consecuencias para los derechos humanos de cualquier ley, política o programa sanitario con los objetivos de salud pública que se persiguen, y lograr que exista un equilibrio óptimo entre la obtención de resultados positivos desde el punto de vista de la salud pública y la promoción y protección de los derechos humanos.
- Hacer referencias explícitas a las normas y reglas internacionales de derechos humanos para poner de relieve la forma en que los derechos humanos se aplican a una política, un programa o una ley sanitaria y la relación que existe entre ellos.

- Perseguir como objetivo explícito fundamental de las actividades destinadas a mejorar la salud la realización del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr.
- Enunciar las obligaciones concretas de los gobiernos de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos.
- Definir puntos de referencia e indicadores para supervisar la realización progresiva de los derechos en la esfera de la salud.
- Aumentar la transparencia y exigir una gestión más responsable de las cuestiones de salud, como principio fundamental en todas las etapas del desarrollo de los programas.
- Introducir salvaguardias para proteger de las principales amenazas a las minorías, los migrantes y otros grupos «impopulares» en los países, a fin de contrarrestar los desequilibrios de poder[3].

Desde el punto de vista de los autores, no puede hablarse del enfoque de derechos humanos en el hospital general sin tener en cuenta este contexto más amplio que debería garantizar el acceso universal a la salud, la equidad en las prestaciones... En la actualidad y en nuestro país, no se respeta el acceso universal a la salud en virtud del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones por el que el Sistema Nacional de Salud español deja de concebirse como un servicio nacional de salud financiado por los impuestos y que presta atención a los ciudadanos por el hecho de serlo para pasar a ser un sistema de seguridad social en el que el derecho a la prestación sanitaria está en función del hecho de estar cotizando como trabajador[4]. Las personas que sufren discapacidad mental son especialmente vulnerables a la discriminación, que afecta a su capacidad de acceso a tratamiento y atención adecuados. Tampoco en este sentido puede hablarse de accesibilidad si no se llevan a cabo acciones específicas para garantizar el acceso a la salud (o a los organismos que cuidan de ella en caso de pérdida de la misma) de colectivos que tienen dificultad para solicitar ayuda.

Además de las leyes nacionales que garantizan y regulan el acceso a la salud, es importante recordar que España firmó y ratificó en mayo de 2008 la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo por lo que, desde esta fecha, forma parte del ordenamiento jurídico español[5, 6] que entiende que la persona no pierde sus derechos en caso de discapacidad (la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que

evitan su participación plena y efectiva en la sociedad) y que es obligación asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna.

2.- ÉTICA EN LAS ACTUACIONES SANITARIAS.

El término bioética se utiliza por primera vez en los años 70, como una forma racional de resolver los conflictos éticos surgidos en el ámbito de las ciencias de la vida cuando los hechos son enjuiciados por personas cuyos credos morales son o pueden ser radicalmente distintos[2]. Nace como una praxis o ética aplicada. Podemos encontrar las razones que explican su nacimiento y desarrollo en los avances en el campo de la biología molecular y la ecología, en la transformación de la medicina en los últimos 50 años (desarrollo de la autonomía, avances tecnológicos y cambios institucionales y políticos).

Los principios éticos que rigen las actuaciones sanitarias, aunque enunciados de otra manera, no difieren de los enunciados más arriba en el enfoque basado en derechos humanos en salud. Beauchamps y Childress[7] enunciaron en 1979 los cuatro principios éticos que ordenan este tipo de intervenciones:

- La no maleficencia (primum non nocere), no hacer daño al paciente, es la formulación negativa del principio de beneficencia que nos obliga a promover el bien. Los preceptos morales provenientes de este principio son no matar, no inducir sufrimiento, no causar dolor, no privar de placer, ni discapacidad evitable. Las obligaciones derivadas consisten en realizar un análisis riesgo/beneficio ante la toma de decisiones específicamente en el área de la salud y evitar la prolongación innecesaria del proceso de muerte. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. Es desde este principio desde donde plantearnos si algunas de nuestras prácticas, especialmente las medidas coercitivas, dañan al paciente, si el posible beneficio justifica la posibilidad de daño y de falta de respeto a los derechos de la persona.
- Beneficencia: Se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño, hacer el bien u otorgar beneficios, deber de ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares, Los elementos que se incluyen en este principio son todos los que implican una acción de beneficio que haga o fomente el bien, prevenga o contrarreste el mal o daño.

[2] Para una revisión histórica y sistemática de la bioética puede verse: Gracia D. Fundamentos de Bioética. Triacastela. Madrid, 2008.

- Autonomía: Consiste en reconocer la capacidad de cada persona para tomar decisiones en relación a tratamientos o estudios que se le realizarán, es decir, reconocer la capacidad de que cada quien conduce su vida en concordancia con sus intereses, deseos y creencias.
- Justicia: Principio que hace referencia a la distribución equitativa de bienes, considerando la salud como bien mayor. Este principio está relacionado con la norma moral de dar a cada quien lo que necesita, de la cual se derivan diversas obligaciones, como realizar una adecuada distribución de los recursos, proveer a cada paciente de un adecuado nivel de atención, y disponer de los recursos indispensables para garantizar una apropiada atención de salud.

Para Diego Gracia[8], estos principios están jerarquizados, de forma que si entran en conflicto, unos tienen predominio sobre otros:

- Nivel 1: no maleficencia y justicia. Es el nivel que podemos llamar de "ética de mínimos", en el que se nos puede obligar desde fuera, porque regula el bien común. Se refiere a las obligaciones "perfectas" que generan deberes negativos transitivos (lo que no se debe hacer a otros). Socialmente vendría regulado por el Derecho.
- Nivel 2: autonomía y beneficencia. Es el nivel de "ética de máximos", relacionado con el proyecto vital que cada persona libremente escoge en la búsqueda de la felicidad y de la plasmación de sus propios valores. Se refiera a las llamadas obligaciones "imperfectas", que me puedo exigir a mí, pero que no puedo imponer a los demás. Este nivel sería el correspondiente al estudio de la Moral.

3.- EL HOSPITAL GENERAL

La OMS define el hospital como institución sanitaria que dispone de personal médico y otros profesionales organizados y de instalaciones para el ingreso de pacientes, y que ofrecen servicios médicos y de enfermería y otros servicios relacionados durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Algunas de las características del entorno hospitalario ayudan a entender las condiciones en las que se presta la atención y qué atención se presta. Los hospitales generales están diseñados para el tratamiento de personas que padecen procesos agudos o descompensación aguda de procesos crónicos. El paciente puede llegar en una situación de riesgo vital, en la que puede ser definitiva la rapidez en la toma de decisiones. Esto implica una presión elevada para el personal que le atiende y una situación de incertidumbre

y temor para el paciente y la familia. No siempre es así, no siempre existe esa urgencia; sin embargo, se da la aparente paradoja de, estando preparados para lo peor, tener dificultad para adaptarse y tratar lo menos grave. En todos los casos, el paciente es despojado, junto con su ropa, de su identidad: pasa a ser un número de box o habitación, vestido con un camisón o pijama que tiene la virtud de facilitar un acceso rápido a las áreas corporales que deban ser exploradas y/o intervenidas.

Probablemente esa "deshumanización" es el mecanismo que utilizan los profesionales para hacer frente a la angustia. Para Moreno-Jiménez et al[9], en los últimos 30 años han cambiado muchos aspectos de la práctica médica: el nivel de autonomía es menor, el estatus social de los médicos ha disminuido y las presiones laborales han aumentado. En este sentido, se ha propuesto que las fuentes de estrés y de desgaste profesional dentro de las profesiones asistenciales pueden englobarse en dos grandes categorías: la relación y el contacto directo con los pacientes y los factores administrativos y organizacionales. El desgaste profesional se encuentra asociado con la disminución de la calidad del trabajo, la reducción del compromiso laboral, problemas de salud relacionados con el estrés y una menor satisfacción con la carrera profesional. Afirman que los bajos niveles de satisfacción laboral pueden afectar no sólo a la relación médico-paciente sino también comprometer la calidad del cuidado, atención o tratamiento médico. Los bajos niveles de satisfacción del trabajo profesional médico han sido también asociados con prescripciones médicas inapropiadas. En los profesionales de la medicina, ciertas peculiaridades los hacen teóricamente más susceptibles de sufrir burnout, como son la sobrecarga de trabajo, las guardias, la competitividad, la necesidad de estar al día, la burocracia, la convivencia con otros miembros del equipo y el trato directo con los pacientes cuyas demandas físicas y emocionales se trasladan al médico, siendo una fuente importante de ansiedad el hecho de tener que enfrentarse frecuentemente con el sufrimiento humano y la muerte[9].

4.- EL ENFERMO MENTAL EN EL HOSPITAL GENERAL

La Ley General de Sanidad de 1986 recoge en su artículo 20 las condiciones de integración en el sistema sanitario general en las que se debe prestar la atención sanitaria al enfermo mental. Se especifica que el ingreso debe realizarse en unidades psiquiátricas de hospitales generales. Sin duda, esto supuso un gran avance respecto a la reclusión manicomial pero llevó aparejados algunos problemas que hasta la fecha no se han resuelto:

- La Salud Mental fue la última especialidad en incorporarse a los hospitales generales, a un entorno físico pensado para tratar patología aguda que genera estancias breves. No hemos sido capaces de conseguir un entorno físico adecuado (quizá en ese esfuerzo por asimilarnos a las demás especialidades y ser aceptados) a las necesidades de las personas que atendemos. Ni en las unidades de hospitalización ni en las urgencias de los hospitales generales.
- Los profesionales sanitarios, especialistas o no en salud mental, como el resto de la sociedad en la que estamos inmersos, somos fuente de estigma para las personas diagnosticadas de una enfermedad mental[10].

Este es el contexto en el que abordaremos los conflictos éticos que se producen habitualmente en el hospital general en relación con la atención a personas afectadas de una enfermedad mental. Lo veremos más adelante.

4.1.-Ética de las actuaciones contra la voluntad del paciente.

Los pacientes psiquiátricos, señala Ortiz Lobo, son los únicos que pueden ser tratados en contra de su voluntad. Esto convierte a la psiquiatría en una disciplina extraordinariamente controvertida y particular donde, junto con la oportunidad de cuidar y sanar al otro convive la posibilidad de someterlo y destruirlo como ciudadano al privarle de sus derechos[11].

Se consideran formas coercitivas de tratamiento psiquiátrico el ingreso involuntario, la retención tras un ingreso voluntario, la restricción de movimientos por medios mecánicos, la reclusión y la administración forzosa de medicación. El panorama en los distintos países europeos es extremadamente variado por lo que concierne a la frecuencia de tales medidas y el marco jurídico que las regula. Esta acusada falta de homogeneidad deja margen para que se infrinjan los derechos de los pacientes y no se apliquen las mejores prácticas. Ante esta situación, el proyecto EUNOMIA (Evaluación Europea de la Coerción y Armonización de la Mejor Práctica Clínica, 2002-2006), financiado por la Comisión Europea, llevó a cabo un estudio de casos prácticos siguiendo un enfoque naturalista que abarcó doce regiones de doce países europeos. Se recabaron datos sobre las prácticas coercitivas, sus influencias y consecuencias. Se elaboraron recomendaciones clínicas comunes en relación con las medidas de tratamiento coercitivas. Estas recomendaciones abordaron toda una serie de cuestiones relevantes con la intención de mejorar la calidad de los procedimientos en interés del paciente[12], [13].

Revisaremos, junto con viñetas clínicas que sirven de ejemplo de los conflictos éticos, algunas de las prácticas más controvertidas que, en este sentido, se dan en el hospital general.

4.1.1- Ingreso voluntario /involuntario:

El "Internamiento no voluntario por trastorno psíquico" está regulado por el art. 763 de la LEC[3]. Según este artículo,

"el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometido a la patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento".

El concepto de Internamiento Involuntario por trastorno psíquico está ligado a la presunción de incapacidad para decidir por sí mismo en ese momento. La autorización será previa salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso el responsable del centro donde se produzca el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y en todo caso dentro del plazo de 24h., debiendo ratificar el tribunal la medida adoptada en un plazo no superior a 72h., periodo de tiempo que en nuestro estado de derecho corresponde con el denominado "habeas corpus". El Tribunal que autoriza y ratifica el Internamiento Involuntario está formado por juez, forense y fiscal. Antes de conceder la autorización o ratificar el internamiento, el tribunal oirá a la persona afectada, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia se estime conveniente; además el tribunal deberá examinar por sí mismo al afectado y oír el dictamen de un facultativo por el designado. En la misma resolución que acuerda el internamiento se expresará la obligación de los facultativos de informar periódicamente al tribunal (cada 6 meses como mínimo). Los facultativos pueden dar el alta cuando lo consideren oportuno debiendo comunicarlo al tribunal. En cualquier caso, el internamiento del paciente es una medida técnico-sanitaria, no social ni represiva, que busca el bien del sujeto, no su simple reclusión. Es el médico el que valora la situación y decide, con sus conocimientos, que la persona precisa asistencia sanitaria en régimen de internamiento; el juez tutela los derechos del paciente. En la práctica es el médico forense adscrito a los diferentes juzgados el que supervisa técnicamente la conveniencia de la medida sanitaria de privación de libertad[14],[15],[16]. El desarrollo de las nuevas tecnologías también ha modificado

[3] El Tribunal Constitucional dictó la sentencia 132/2010 (publicada en el BOE de 05/01/11) declarando inconstitucionales los párrafos primero y segundo del art. 763.1 LEC, pero manteniendo su vigencia hasta tanto el legislador no promulgue otra disposición para regular los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico en forma de ley orgánica, tal como dispone el art. 81 de la Constitución. Según este artículo de la Constitución, cuando se trata de promulgar normas que afectan al ejercicio de los derechos fundamentales y de las libertades públicas, estas deben tomar la forma de leyes orgánicas.

en algunos lugares la valoración judicial de las personas ingresadas de forma involuntaria[4]. Si bien esta modalidad puede contribuir a un mejor cumplimiento de los plazos legales en los que el paciente debe ser valorado, su ejecución requiere la presencia de personal, lo que puede comprometer la confidencialidad.

En la Urgencia se aplican medidas de involuntariedad en pacientes con criterios clínicos que inciden en su capacidad de autogobierno. Estas medidas se prolongan en ocasiones con el ingreso en Unidad de Hospitalización Breve, o bien se dejan de ejercer cuando se resuelve la clínica que ha motivado la permanencia del paciente en Urgencias en contra de su voluntad (sobre todo en casos de intoxicación por sustancias con efecto sobre el SNC). Existen otros casos que desafían esta norma y para los que no suele haber una respuesta unívoca.

> *Varón de 76 años derivado desde su residencia para valoración psiquiátrica y neurológica por alteraciones de conducta que aparecen al no permitir el centro la salida del paciente para dar un paseo. Sin antecedentes psiquiátricos, antecedentes de conductas extrañas en relación a encefalopatía hepática y crisis hipoglucémicas, que ocurrieron mientras vivía solo. En estudio por Neurología por posible demencia frontotemporal, diagnóstico de diabetes insulinodependiente y cirrosis secundaria a hepatitis C. No incapacitado legalmente. Tras exploración orgánica y psicopatológica no se halla clínica aguda, el paciente permanece lúcido y tranquilo, se niega a volver a la residencia, exigiendo volver a su piso, encontrándose en grave riesgo de descompensación médica sin los cuidados sanitarios de su residencia. Solicita el alta.*

Cuando una persona acepta ingresar en la Unidad de Hospitalización Breve y presenta plena capacidad de juicio, firma el ingreso voluntario. Cuando una persona precisa ingresar desde el punto de vista del facultativo, en una situación de riesgo vital y/o psíquico y el paciente no conserva capacidad para valorar su situación y tomar las medidas que tomaría si lo conservara, se realiza un ingreso involuntario. Sin embargo, las situaciones en las que puede llegar el paciente, acompañado o no por la familia, no siempre permiten delimitar claramente en qué situación nos encontramos. Por otra parte, las decisiones de los clínicos están condicionadas por aspectos (como raza, sexo, hora, diagnóstico, creencias, disponibilidad de recursos no hospitalarios…) que no tienen relación con la valoración de la capacidad del sujeto de tomar decisiones[17, 18].

[4] Por ejemplo, en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias se firmó un protocolo entre el Decanato Judicial y la Gerencia del Hospital para la valoración de personas ingresadas mediante videoconferencia.

Varón de 32 años, diagnosticado de esquizofrenia paranoide desde hace 6. Acude acompañado por los padres, a iniciativa de éstos, que en los últimos 15 días no le ven bien: ha abandonado un empleo que los padres consideraban bueno y ha buscado otro, a través de Internet, para trabajar en casa; duerme poco, insulta a la madre recriminándole sus modales y presenta peculiaridades alimentarias recientes. El paciente argumenta y normaliza cada uno de estos cambios. Reconoce que ha abandonado el tratamiento farmacológico. En la exploración no se objetiva claramente sintomatología psicótica. Ante la posibilidad, que no certeza, de una descompensación psicótica se le propone un ingreso breve para observación y tratamiento si procede. Acepta verbalmente quedarse porque así se le aconseja "haré lo que me digáis" pero no accede a firmar el ingreso voluntario porque "si hubiera sido por mi voluntad no habría venido al hospital".

R, varón de 35 años. Sin antecedentes de tratamiento psiquiátrico aunque la historia que relata puede hacer pensar en la presencia de rasgos esquizoides de personalidad. Desde el fallecimiento de los padres, hace 15 y 10 años, no tiene ningún contacto familiar ni social excepto ocasionalmente los vecinos. Ha perdido el trabajo. Presenta ideación autolítica estructurada, con planes de suicidio inminentes. Se le ofrece permanecer en observación o ingreso pero no acepta. En la exploración no se aprecia sintomatología psicótica ni afectiva.

Hasta la publicación de la Convención de los Derechos de Personas con Discapacidad, la clave en la toma de decisiones respecto a la voluntariedad o no en el ingreso estaba en la valoración de la capacidad de la persona. No hay, por lo general, una capacidad o incapacidad definitiva[19]. De hecho, en el Código Civil se habla de capacidad de obrar en su grado máximo (plena), restringida (menor emancipado, pródigo o incapacidad parcial) o de privación de la capacidad, según los términos de la sentencia, que debe determinar la extensión y los límites, así como el régimen de tutela o guarda[20]. La competencia es un proceso que puede variar con el tiempo, con la condición social, con el estado de salud. Y aquí surge uno de los primeros riesgos en salud mental: presumir la incapacidad en toda enfermedad mental grave, de una vez y para siempre. Incapacidad y diagnostico de enfermedad mental deben determinarse por separado, tal como señala la OMS en su informe sobre legislación y derechos de los pacientes mentales[21]. Por otra parte, etiquetar a los enfermos mentales como incompetentes para el ejercicio de determinados

derechos o el desarrollo de determinados roles, además de ilegal según la CDPD, también tiene "efectos secundarios" tanto en el imaginario social como en el estado psíquico de las personas que habría que intentar evitar[22]. La propia definición de capacidad nos enfrenta a las dificultades a la hora de concretar su funcionalidad. En primer lugar, porque la capacidad hay que determinarla para cada tarea concreta, en cada momento y está condicionada socialmente[19]. Appelbaum y Grisso exploraron el proceso de decisión del paciente en un estudio multicéntrico a gran escala, evaluando cuatro capacidades: apreciar la propia situación, comprender la información, razonar a partir de la información y realizar una elección, llegando a la conclusión de que los pacientes habitualmente eran capaces de tomar decisiones competentes, a pesar de la opinión médica tradicional[23].

El debate está, de una parte, en la evaluación de la discapacidad, en su grado de fiabilidad y, de otra, en los procedimientos de sustitución (sustitución de la toma de decisiones vs apoyo en la toma de decisiones, directivas avanzadas[24,25]). Si hay posiciones encontradas, estas trascienden tanto el ámbito sanitario como el jurídico, y reproducen un viejo desencuentro social sobre el imaginario de la enfermedad mental, su supuesta irresponsabilidad y peligrosidad[19].

De la importancia de medir la capacidad del sujeto y la valoración de esas decisiones, especialmente en los ámbitos sanitario y judicial, parte el desarrollo de las escalas móviles de capacidad en los años 70: se trata de adecuar la exigencia al tipo de intervención; así, una decisión aceptada por la mayoría de las personas requeriría únicamente la capacidad de comunicarla y otra que fuera en contra de los intereses del sujeto requeriría poder argumentarla en valores[26]. Roth, Meisel y Lidz[27] idearon un test de capacidad que demanda criterios cada vez más complejos en función de la decisión. Los aspectos a valorar son:

- Comunicar una decisión (ser capaz de decir si o no o asentir; sólo los que no pueden comunicarse -pacientes en coma, catatónicos- son considerados incapaces).
- Tomar una decisión razonable (la decisión que toma es la que tomaría una persona razonable si estuviera en sus circunstancias. Se corre el riesgo de ser considerado incapaz si el que evalúa no está de acuerdo con la decisión tomada).
- Tomar una decisión basada en motivos racionales (evalúa la calidad del proceso de razonamiento del paciente más que el resultado. Si un paciente toma decisiones basadas en un razonamiento delirante se le considera incapaz).
- Comprender la información necesaria para tomar la decisión (supone comprender el significado de la información ofrecida, los riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento).

- Comprender realmente todos los aspectos relevantes de la decisión a tomar (es el que está situado a un nivel más alto de exigencia).

La crítica que han recibido estas escalas parte de la idea de que tomar en consideración las consecuencias de la decisión a la hora de valorar la capacidad, peca de paternalista y puede no proteger la autonomía del sujeto.

White[28] subraya la necesidad de evaluar no solo las habilidades cognitivas, sino también las afectivas (sentimientos, motivaciones y control de conducta). Los aspectos cognitivos y racionales no son los únicos que un sujeto tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones; por eso, Higgs señala la posibilidad de introducir las narrativas éticas para comprender la perspectiva y el contexto en el que se plantea la cuestión de la competencia[29].

El grupo de trabajo de derechos humanos y salud mental de Andalucía analizó, a la luz de la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad, las posibles vulneraciones de derechos en las prácticas asistenciales y propuso medidas correctoras[30]. Respecto a la capacidad de las personas afectadas de enfermedad mental, el grupo señala que la CDPD supone un nuevo paradigma en la protección de los derechos de las personas con discapacidad. Existe, afirman, una visión de la discapacidad obsoleta, basada en modelo médico tradicional y paternalista, que es necesario dirigir hacia el modelo social de discapacidad, que entiende que la discapacidad *"no reside en la persona sino en el entorno que no le permite desarrollar sus potencialidades"*. La CDPD obliga a tomar medidas normativas relacionadas con la capacidad jurídica, que supondría mayores garantías en todo lo que se relaciona con la capacidad (apoyos para la toma de decisiones que respeten la autonomía y las preferencias de las personas, ingresos involuntarios, uso de medidas coercitivas, etc.). Y sugieren que es importante reemplazar los procedimientos basados en la identificación de la incapacidad y en la sustitución de la voluntad de la persona, por sistemas que en su lugar potencien la voluntad y establezcan la provisión de apoyos, flexibles y adecuados a cada persona, a cada decisión concreta y a cada momento. Es fundamental que los propios profesionales sean conscientes de que se vulneran derechos con ciertas prácticas. Los aspectos más delicados de las prácticas realizadas en los servicios de salud mental se relacionan, entre otros, con los ingresos involuntarios. El Servicio Andaluz de Salud auditó, durante el segundo semestre de 2009, la utilización del ingreso involuntario en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental, encontrando una gran variabilidad (del 16 al 87% del total de los ingresos fueron ingresos involuntarios)[30]. Este dato, igual de dispar a nivel europeo[31], desde nuestro punto de vista, refleja la ausencia de un criterio común a la

hora de decidir la involuntariedad (¿tras valoración de la competencia para la toma de esa decisión concreta?, ¿cuando el paciente no accede a la alternativa terapéutica que le proponemos?, ¿en todos los casos de trastorno mental grave?) pudiendo ello suponer una vulneración de varios de los derechos expresados en la CDPD. Otra hipótesis para explicar las disparidades encontradas podría estar relacionada con la disponibilidad de recursos y/o modelos de trabajo. Por ejemplo, menos alternativas comunitarias o menor orientación comunitaria de los servicios y sus profesionales podrían implicar más ingresos involuntarios. En este sentido, las unidades de hospitalización se convierten en ocasiones en un dispositivo multiusos con el que se intenta paliar (de forma inadecuada) las carencias del resto de la red: equipos de continuidad de cuidados escasos, listas de espera prolongadas en dispositivos de rehabilitación y/o residenciales, dificultades en la coordinación entre distintos profesionales y distintos niveles asistenciales.

En el ámbito de la interconsulta el recurso al ingreso involuntario es mucho menos habitual que en las unidades de internamiento psiquiátrico, de hecho es excepcional. Aun en el caso de que un equipo judicial autorice realizar o mantener el ingreso en contra del criterio y la voluntad del paciente, será preciso persuadirle y negociar unas determinadas condiciones si se pretende evitar medidas restrictivas como la inmovilización mediante contención mecánica o el control por medios audiovisuales. Es habitual, por ejemplo, que pacientes que requieren ingreso por síntomas de desnutrición severos en el contexto de un Trastorno de Comportamiento Alimentario (TCA) no tengan conciencia de su deterioro y rechacen el ingreso de forma voluntaria. En otras ocasiones el rechazo se deriva de una ausencia de motivación para mejorar hábitos y deseo persistente de adelgazar y la defensa del trastorno como una forma de vida elegida. El tratamiento en régimen de internamiento se suele pactar en base a un contrato terapéutico que sirve de consentimiento informado y que consiste en una serie de fases que incluyen restricciones de mayor a menor según la paciente avanza en el logro de objetivos terapéuticos. La inexistencia de alteración de juicio de realidad en los pacientes con TCA hace que la condición de falta de autonomía no sea clara. Si existe riesgo vital o de deterioro grave el ingreso involuntario suele estar fundamentado en las distorsiones cognitivas y de la imagen corporal derivadas del propio trastorno y los efectos a nivel cognitivo de la desnutrición.

Paciente mujer que desarrolló una grave distorsión de la imagen corporal tras una experiencia de violencia de pareja con agresiones y abusos repetidos. En un principio acepta la derivación para ingreso por des-

nutrición que le propone su terapeuta por su dificultad en aceptar una alimentación que cubriera los requerimientos mínimos para restablecer su salud. Una vez en el hospital se siente incapaz de mantenerlo y solicita el alta voluntaria antes de haber logrado una mínima estabilización. Se solicitó autorización judicial para mantener el ingreso que fue otorgada únicamente para una semana porque se consideró que no existía una alteración del juicio global pero sí una situación de incapacidad parcial y limitada transitoria que justificaba la medida. La paciente, a pesar de estar ingresada en una unidad abierta, aceptó la limitación impuesta por el Juez y los tratamientos. Este periodo de involuntariedad fue suficiente para lograr una cierta toma de conciencia y una alianza terapéutica que permitió mantener el ingreso mucho más tiempo y lograr los objetivos propuestos al inicio del mismo.

En ocasiones las pacientes con TCA se sienten dominadas por cogniciones muy distorsionadas acerca de la conducta alimentaria que temen o que les avergüenza no obedecer pero sienten una imperiosa necesidad de ayuda y temor por su salud. En estos casos el hecho de que una autorización judicial sostenga la decisión médica de alimentarlas, aun en contra de su férrea voluntad, suele resultar aliviante y terapéutico desde el momento en que ya no son ellas las que toman la decisión tan vergonzante de comer y "engordar".

Cuando al equipo terapéutico que atendía a una paciente se le planteó la necesidad de utilizar una contención mecánica prolongada como única medida disponible para garantizar que no interrumpiera el paso de la alimentación enteral, después de que habían fracasado todos los intentos de pactar una alimentación natural suficiente, y como única medida para frenar el rápido deterioro ponderal y de salud, se decidió convocar al Comité de Ética del Hospital. Los expertos del comité avalaron la necesidad de proseguir con la alimentación forzada pero recomendaron un cambio de encuadre terapéutico y buscar un centro sanitario con una unidad cerrada y mayor contención por parte de personal entrenado, donde las medidas restrictivas fueran menos agresivas. La medida fue eficaz a corto plazo lo que llevó al equipo a preguntarse si lo que había fracasado previamente no había sido la construcción de una buena alianza terapéutica.

El caso prototípico en la Interconsulta es el del paciente que requiere una intervención más o menos inmediata para evitar un deterioro grave de su salud o un

riesgo vital y se niega a aceptarla o no está en condiciones de decidirlo. Si la imposibilidad de tomar una decisión adecuada deriva de los síntomas de un trastorno orgánico – deterioro cerebral, intoxicación, estado confusional- o un trastorno psicótico o maníaco que anulan la capacidad de entender el riesgo o de comprender su verdadera dimensión, el ingreso involuntario se justifica por dicho trastorno. En el primer caso, el de un trastorno orgánico, es el propio médico el que puede hacer la evaluación y tomar la decisión de intervenir aunque no es infrecuente que requiera la colaboración del equipo de salud mental en caso de duda o en situaciones límite. La mejor actuación en estos casos es la que se deriva del manejo de protocolos de actuación basados en pruebas y las recomendaciones de práctica clínica, que hayan sido consensuados en el equipo terapéutico y que contengan mecanismos específicos de control y supervisión. En caso de que se presente la necesidad de utilizar medidas restrictivas de la libertad muy invasivas o prolongadas se pone la situación en conocimiento del Juez para obtener la debida autorización a establecer la medida con los correspondientes controles posteriores.

4.1.2.- Uso de contención mecánica

Tanto del estudio EUNOMIA[13] como de la auditoría realizada en las unidades de hospitalización de Andalucía[30] se desprende que:

- En la inmensa mayoría de la Unidades de Hospitalización la práctica de la contención mecánica está sometida a protocolos que regulan en qué situaciones se considera lícito emplearla (en general, ante la posibilidad de daño a sí mismo o a otros, cuando otras medidas menos coercitivas han fracasado), material y personal necesario, técnica y registros de control.
- Existe una gran variabilidad de uso de la medida[32], con unas oscilaciones entre 4.5 y 34.41 episodios mensuales registrados[27], que no se explica por diferencias en el perfil de pacientes atendidos.

En las recomendaciones que redactó el estudio EUNOMIA respecto al uso de las medidas coercitivas durante la hospitalización aparecen:

- En algunos casos será necesario que las medidas puedan llegar hasta el control total de la conducta del paciente.
- Como garantía de que su empleo no es abusivo, se habrá recurrido a ellas como último opción, después de haber intentado la contención oral y otras medidas preventivas.
- Deben tener un carácter excepcional y siempre en el espacio que delimitan el art. 763 de la LEC que autoriza actuar sin el consentimiento del paciente y la Ley

41/2002 de "Autonomía del Paciente" que defiende y promueve la autonomía del mismo.

- Pueden ser adoptadas solo cuando hayan fracasado otras medidas previas (verbales y ambientales)
- Estarán indicadas solo en beneficio del paciente y nunca por motivos disciplinarios o pedagógicos.
- Deben estar reguladas por algún tipo de normativa o protocolo específico.
- Deben estar sometidas a la garantía judicial.
- Deben de cumplir un mínimo de principios básicos éticos legales:
  - Respeto de la dignidad.
  - Legalidad.
  - Proporcionalidad.
  - Devolución de la autonomía personal en el menor tiempo posible.
  - Equidad.

Y en concreto, respecto a la contención mecánica:

- Inmovilización del paciente utilizando de modo exclusivo las manos de las personas que le atienden.
- En el Derecho comparado se encuentran países en los que sólo esta forma es admitida legalmente.
- El protocolo debe instruir sobre las indicaciones, el número de personas a intervenir, cómo y por dónde el sujeto debe ser inmovilizado.
- Sobre el entrenamiento del personal.
- Se ha de usar solo material homologado para tal fin (bandas con cierres imantados o cinturones fijadores)

A la luz de la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad, el grupo andaluz considera que la aplicación de esta medida podría vulnerar los artículos 14 (de la libertad y seguridad de la persona) y 15 (Protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes) y sugieren como acciones de mejora:

- Compartir con los representantes de movimientos asociativos de familiares y pacientes los resultados de las auditorías sobre episodios de contención mecánica y trabajar conjuntamente, en el ámbito de las Unidades de Gestión Clínica, sobre las medidas de mejora.
- Asegurar el cumplimiento del registro de contenciones mecánicas en cada dispositivo, en base a lo establecido en el Protocolo.
- Protocolizar cualquier otra medida que suponga la restricción de movimientos

del paciente: registro y argumentación de la decisión en Historia Clínica.
- Sesiones clínicas y formación sobre contención mecánica.
- Inclusión de la perspectiva de las personas atendidas en los planes de formación continuada.
- Asegurar la implantación del protocolo de contención mecánica y establecer evaluaciones periódicas por parte del Programa de Salud Mental.
- Inclusión de objetivos sobre la disminución de contención mecánica en los Acuerdos de Gestión Clínica[30].

Sin embargo, en ocasiones se utiliza la contención mecánica para suplir carencias estructurales:

Paciente de 43 años con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide que es traído a Urgencias por la policía por alteraciones de conducta. Antecedentes de fuga desde el servicio de observación cuando esperaba disponibilidad de cama en UHB. En la exploración se objetiva descompensación psicótica, y necesidad de ingreso involuntario en UHB. El paciente muestra su disconformidad, pero se encuentra tranquilo y no presenta nuevas alteraciones de conducta. Al no haber cama disponible para realizar el ingreso de forma inmediata, se decide sujeción mecánica ante el posible riesgo de fuga y la imprevisibilidad observada en episodios previos. Se mantiene esta medida hasta conseguir cama.

O por factores ajenos a las decisiones clínicas:

Paciente de 31 años derivado desde prisión estatal por posible cuadro psicótico, con custodia policial constante por su situación legal. Tras valoración inicial por el servicio de Medicina se decide dejar en observación y se solicita valoración psiquiátrica. El paciente permanece esposado de una mano a una de las barandillas de la cama, inquieto e irritado. En este caso, el riesgo de seguridad derivado de la conducta del paciente es responsabilidad directa de la custodia policial, los cuales toman medidas en este sentido incluso por encima de la indicación médica. Es por ello vital el diálogo con los agentes que realizan la custodia. La medida de seguridad implicaba riesgo físico para el paciente y la propia medida estaba aumentando el riesgo de agitación. Se pudo acordar con los agentes que, tras la evaluación psicopatológica, se pudiera revalorar la necesidad de permanecer esposado. Cedió la irritabilidad con contención verbal, se retiraron las esposas y pudo permanecer tranquilo hasta que se terminó la evaluación médica y se decidió ingreso en Unidad de

Custodia. Se acordó con los agentes de policía que en caso de requerir nueva inmovilización se aplicaría el protocolo de contención mecánica del Hospital.

La contención mecánica no es, ni mucho menos, una técnica inocua. No lo es el uso de ninguna medida coercitiva. Además de vulnerar derechos fundamentales, algunos estudios sugieren que este tipo de medidas pueden ser traumatizantes, junto con otras experiencias de pérdida de control relacionadas con la sintomatología[33]. El testimonio de las personas que han sido sometidas a ella es estremecedor[5]. Sin duda, el uso de protocolos es importante y puede contribuir a reducir el uso de la contención mecánica[34]. En este sentido, es muy interesante la experiencia que publican Godfrey et al[35] en el que la aplicación de dos estrategias complementarias (formación del personal en técnicas para reducir escaladas y un equipo de respuesta para situaciones de crisis junto con la necesidad de aprobación previa para el uso de la contención mecánica) consiguió reducir su utilización de forma significativa sin que hubiera un aumento en las agresiones ni en las lesiones.

Pero pensamos que sólo desde la consideración de la contención mecánica como la expresión del fracaso terapéutico, de nuestra incapacidad de ayudar a las personas en las situaciones en las que recurrimos a ella, estaremos en disposición de profundizar e investigar en otras técnicas respetuosas con los derechos humanos. El hecho de que haya lugares donde no se utiliza la contención mecánica y las unidades son abiertas (Soteria, Trieste…) nos lleva a pensar que, más allá de la psicopatología del paciente, existen formas de entender la enfermedad mental y de organizar la asistencia que consiguen un mayor respeto a los derechos humanos.

La mayoría de las veces que se recurre a la sujeción mecánica en la Interconsulta no se debe a una necesidad derivada de la propia patología sino a la falta de los medios adecuados, de personal e infraestructuras, para asegurar una adecuada contención y seguridad del paciente. Se evitarían este tipo de actos invasivos y restrictivos, que además no contribuyen a una mejor evolución de la clínica, si

[5] Sirva como ejemplo el grupo de discusión que la Asociación Bipolar de Madrid organizó sobre hospitalización psiquiátrica en julio de 2010, en el que participaron 18 personas afectadas por trastorno bipolar y 1 familiar. En base a los testimonios, concluyeron que la aplicación de contención mecánica a los pacientes bipolares resultaría ser una constante en la mayoría de los hospitales de la Comunidad de Madrid en donde se efectúan internamientos psiquiátricos. Además, la forma en que es aplicada, según los relatos de los pacientes con TB, afectaría gravemente a varios derechos fundamentales. La duración de la aplicación de esta medida se prolonga en ocasiones durante varios días, sin una supervisión y seguimiento adecuados ni tampoco se deja constancia registral de su aplicación en los informes que al alta hospitalaria recibe el paciente una vez concluido el internamiento. Puede verse la denuncia y las acciones emprendidas en http://asociacionbipolar-demadrid.com/Comunicados/Comunicado-contra-Contencion-Mecanica.html

se dispusiera de medios suficientes y personal entrenado en el manejo de alteraciones de conducta y en habilidades de comunicación y de un medio terapéutico estructurado contenedor.

Paciente de 66 años con antecedentes en Salud mental desde hace más de 20 años por trastorno de ideas delirantes persistentes. Actualmente vive al cuidado de un equipo de apoyo social comunitario y se mantiene estable con tratamiento que toma regularmente. Las ideas delirantes de persecución y perjuicio están en un segundo plano desde hace años y no comportan alteraciones conductuales. Ingresa en el servicio de neurología para estudio después de que lo encontraran en su domicilio con alteración del nivel de conciencia y dificultades de movilidad. En la urgencia presentó un cuadro confusional con agitación por lo que se pautó una contención mecánica. Tres días después de estar en la planta de neurología llaman a psiquiatría para valorar la retirada de la contención. El paciente no opuso resistencia al ingreso en ningún momento pero tampoco estaba en condiciones de tomar la decisión y la medida no había sido comunicada al Juez. Constatamos que las condiciones clínicas que la habían propiciado habían cedido hacía dos días pero nadie se había planteado retirar la medida. El paciente se mostraba dócil pero desconfiado. Días después se seguía utilizando la medida como forma de evitar que el paciente se levantar por la noche y prevenir un riesgo inespecífico. Esta actitud prolongó innecesariamente el ingreso ya que bloqueó durante días la posibilidad de valorar la evolución y autonomía del paciente.

Costó una discusión con la neuróloga que atendía a otro paciente conseguir que le retirara una contención mecánica que se pautó por agresividad en el contexto de un síndrome confusional postcrítico. Su argumento para mantenerla mucho más allá de lo razonable era que "se lo merecía porque se había portado mal". Cierto es que el paciente mostraba una conducta desafiante y cierta inadecuación así como comportamientos agresivos explosivos intermitentes que en absoluto justificaban la medida mantenida en el tiempo y que solo estaban sirviendo en ese momento para empeorar las posibilidades de que el paciente se responsabilizara de sus actuaciones.

4.1.3.- Medicación en contra de la voluntad del paciente

La Ley de Autonomía del Paciente[43], en sus capítulos II y IV obliga al profesional a informar al paciente, de forma que pueda comprenderlo, de cualquier tipo de actuación que se le proponga y a recabar su consentimiento. Esto incluye el tratamiento farmacológico. Más aún, en la Ley 26/2011 de adaptación normativa a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad[36], se habla de la necesidad de facilitar apoyos para la toma de decisiones cuando sea necesario a personas con discapacidad. Aunque existe una gradación entre no facilitar información, no recabar el consentimiento y administrar medicación de manera forzada, todas estas actuaciones, excepto situaciones de urgencia, contravendrían principios éticos y legales. Desde nuestro punto de vista informar, recabar el consentimiento, plantear alternativas terapéuticas, pasa por:

1. El establecimiento de un vínculo terapéutico seguro que es la condición indispensable para cualquier tratamiento que se ofrezca al paciente.
2. Los planes de tratamiento deben ser consensuados con el paciente y allegados.
3. Es nuestra responsabilidad adaptar las intervenciones a las características del paciente, no al revés.

El tratamiento sin consentimiento sólo está legalmente sancionado en situaciones excepcionales. En el ordenamiento jurídico de otros países, el uso de la medicación en contra de la voluntad del paciente sólo es justificable éticamente en situaciones puntuales de riesgo: si se encuentra que un paciente carece de capacidad para dar su consentimiento, se considerará la opción del tratamiento involuntario sólo si[37],[38]:

a) El paciente padece una enfermedad mental.

b) Debido a esa enfermedad mental, la persona necesita tratamiento inmediato para prevenir:

- Deterioro grave de su salud mental y/o física.
- Daño a sí mismo o a terceros.

c) El tratamiento es necesario para conseguir una mejoría en el estado del paciente y/o restablecer su competencia para tomar decisiones acerca del tratamiento.

d) No existen alternativas menos restrictivas.

En nuestro ordenamiento jurídico, sin embargo, las excepciones al consentimiento son situaciones de riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley y riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica

del enfermo y no es posible conseguir su autorización. En el caso de los ingresos involuntarios, surgen cuestiones importantes sobre los procedimientos relativos al ingreso y al uso de medicación en contra de la voluntad. En la Unión Europea, las regulaciones legales respecto a ambos procedimientos son heterogéneas. En algunos países (España, Bélgica, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia y Portugal) se argumenta que el propósito del ingreso involuntario es el de proporcionar tratamiento, esto es, prevenir el deterioro del estado de una persona, y que si esto no es así, el ingreso carece de propósito y es equivalente a la reclusión. En otros (Estados Unidos, Dinamarca, Austria, Alemania, Luxemburgo, Reino Unido, Suecia y Holanda), se reconocen dos procedimientos independientes. El primero sobre el ingreso involuntario y el segundo para la administración del tratamiento de manera involuntaria. Se argumenta que algunos pacientes que no son competentes para decidir sobre su ingreso pueden, no obstante, ser competentes para dar su consentimiento al tratamiento y tomar decisiones sobre sus planes de tratamiento. En estos casos, es crucial que la capacidad de una persona para dar consentimiento al tratamiento se determine antes de que se tome ninguna decisión respecto al tratamiento[39], [40]. La OMS considera que debería existir una norma legal sobre mecanismos de revisión automática para todos los casos de ingreso y uso de medicación involuntarios o para los casos de ingreso y tratamiento voluntario que se prolonguen más de un cierto periodo. Las revisiones deberían llevarse a cabo en intervalos de tiempo razonables y ser efectuados por un órgano regulador independiente con un estatus legal o cuasi-legal para la ejecución de una buena práctica[41].

Son prometedores los desarrollos que, en el campo de la salud mental, se están produciendo en cuanto al uso de instrucciones avanzadas o directivas previas. Se trata de utilizar una serie de instrucciones en las que el paciente ha declarado con anterioridad a la situación que lleva a la disminución temporal de la capacidad, su voluntad sobre algunos aspectos de la atención que le gustaría recibir en los servicios de salud mental. Estas voluntades anticipadas se han reconocido en la legislación de algunos países. En el caso de las instrucciones anticipadas en psiquiatría, se trataría de establecer preferencias relativas al servicio en el que ser hospitalizado, medicamentos, terapias, o qué persona desearía el paciente que le representase y actuase en su nombre en caso de ser cuestionada su capacidad. Para avanzar en el uso de las voluntades anticipadas en psiquiatría, habría que resolver algunos aspectos, como la evaluación previa de la competencia del paciente en el momento de expresar su voluntad, la obligación de cumplimiento que supondría para los profesionales y la posibilidad de revocar o modificar las voluntades expresadas[30]. Desde

nuestro punto de vista, ofrecen la posibilidad de una relación más igualitaria con el paciente, teniendo en cuenta su opinión respecto a cómo querría ser tratado en las circunstancias en las que disminuya su autonomía.

4.2.- Consentimiento informado

La práctica y difusión del consentimiento informado en Medicina aparece en un determinado contexto sociopolítico, en el que la lucha y la defensa de las libertades individuales y la igualdad se extiende a múltiples áreas sociales: política, trabajo, educación,… En la práctica asistencial, disminuye la dependencia del individuo del sistema sanitario: deja de ser progresivamente un sujeto pasivo sobre el que se realizan acciones terapéuticas "por su bien", para convertirse en la parte interesada y decisiva de todo acto terapéutico. El consentimiento informado cobra así el carácter de derecho fundamental que condiciona toda la terapéutica, primando la autonomía del individuo sobre el antiguo paternalismo[42].

Según la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica[43]:

- La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y documentación clínica;
- Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento libre y voluntario de los pacientes, consentimiento que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, verdadera y comprensible. El consentimiento será verbal por regla general; sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores o con riesgos;
- El paciente tiene derecho a negarse al tratamiento excepto en casos concretos;
- El paciente tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar su historia clínica con fines docentes o de investigación;
- El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento;
- La información básica que hay que proporcionar al paciente para que éste pueda otorgar su consentimiento es: consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad; riesgos relacionados con circunstancias personales o profesionales del paciente; riesgos probables conforme a

la experiencia o al estado de la ciencia que puede originar la intervención; Las contraindicaciones.

- No será necesario el Consentimiento Informado: cuando existe un riesgo para la salud pública; cuando existe un riesgo inmediato y grave para la integridad psíquica o física del enfermo y no es posible conseguir su autorización (porque no esté en condiciones psíquicas/físicas de prestarlo). En este caso se debe consultar, si las circunstancias lo permiten, a los familiares o las personas vinculadas de hecho con él.
- Se otorgará el consentimiento por representación: cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones según criterio del médico responsable (lo haría el representante legal o en su defecto la familia o las personas vinculadas de hecho); cuando esté incapacitado legalmente; si menor de edad (si 12 años cumplidos, debe ser escuchada la opinión del menor); si el menor tiene >16 años cumplidos o está emancipado, el consentimiento lo dará él. Si la actuación médica entraña grave riesgo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta en la decisión.
- El Consentimiento Informado será imprescindible en: transplantes intervivos, ensayos clínicos, formas artificiales de procreación, reconocimientos de salud laboral. *Excepciones: si son imprescindibles para evaluar la repercusión del trabajo en la salud del trabajador; Si hay riesgo para sí o para la colectividad; Cuando sean actividades peligrosas.
- Información: toda persona tiene derecho a conocer cualquier actuación en el ámbito de su salud y también tiene derecho a no ser informada (dejando constancia de ello en la historia); el médico puede limitar la información por razones terapéuticas (cuando el conocimiento de su proceso pueda perjudicar su salud de manera grave, dejando también constancia en la historia) y comunicar su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho; los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen riesgo para la salud pública o para su salud individual.

Sin embargo, la existencia de legislación al respecto no inmuniza contra la aplicación defectuosa, o no aplicación, del consentimiento informado. El proceso en el que el médico y el paciente intercambian información para llegar a un acuerdo sobre cuál de los tratamientos posibles se adapta mejor a las necesidades y expectativas vitales del paciente puede convertirse en un protocolo escrito donde

figuran únicamente los efectos secundarios del tratamiento o prueba diagnóstica que el paciente debe firmar antes de proceder al acto médico concreto. El medio, un soporte escrito en el que apoyarse, se convierte en un fin y no sólo ha perdido la utilidad que tiene para favorecer la implicación del individuo en su tratamiento, sino que puede ser vivido por el paciente como un acto defensivo del médico ante posibles denuncias si las cosas van mal. No es necesario que haya una coerción activa para que se establezcan relaciones de poder que invalidarían el consentimiento (aceptar una medicación "a cambio" del alta o para evitar un inyectable).

En relación a la colaboración de la persona afectada de una enfermedad mental en la toma de decisiones relativas a su tratamiento, Palomer et al[44] señalan que las actitudes negativas y estereotipos sobre las personas con enfermedad mental dificultan que estas sean escuchadas o creídas con suficiente respeto y seriedad. A menudo los pacientes no tienen familia o amigos que les den soporte a la hora de tomar decisiones respecto a los servicios de salud que les atienden. A veces no tienen la confianza o el conocimiento necesario para ser asertivos y expresar sus deseos, necesidades o su estado emocional les dificulta esta tarea. Esta situación finaliza a veces en una incomprensión mutua entre usuario y equipo asistencial, que a menudo se resuelve presentando al usuario como una persona irresponsable o, en el mejor de los casos, poco colaboradora con el plan de tratamiento. Así, en las unidades de hospitalización de salud mental, el consentimiento informado para la prescripción de medicación es más bien la excepción. Podríamos afirmar que, con frecuencia, la toma en consideración del individuo para decidir durante el ingreso psiquiátrico se convierte en una excepción, no sólo en lo relativo a la medicación: se limita su movilidad –las unidades de hospitalización breve suelen ser cerradas-, el acceso a sus pertenencias, el contacto con sus familiares, se le somete a la "rutina hospitalaria" con horarios y actividades más pensadas en el funcionamiento institucional que en las necesidades individuales y se les dispensa un trato poco acorde al que precisan personas que atraviesan por periodos de crisis. Cabe destacar intentos de modificación de estos hábitos (unidades que trabajan con el medio terapéutico como herramienta, unidades con presencia continua de familiares, negociación en los tratamientos farmacológicos, ex pacientes como mediadores entre el equipo terapéutico y el paciente). En este contexto, el concepto de "advocacy" fue desarrollado para promover los derechos humanos de las personas afectadas de trastornos mentales con el objetivo de reducir el estigma y la discriminación. Consiste en una serie de acciones encaminadas a romper las barreras actitudinales y estructurales que dificultan la implicación de los usuarios en todo lo que tiene que ver con la

atención recibida. Las tareas de "advocacy" están consideradas por la Organización Mundial de la Salud como una de las once áreas de acción en las políticas de salud mental dado que sus beneficios potenciales son muchos. Tienen cabida diferentes actores: los propios usuarios, los familiares, los profesionales y la clase política. Entrarían en esta definición todas las acciones globales encaminadas a mejorar los servicios sanitarios, la asistencia individualizada a alguien que no conoce como funciona el sistema sanitario, la ayuda para expresarse a alguien con dificultades delante de los profesionales de la salud, las acciones dedicadas a influenciar las leyes y políticas, el conseguir que se dediquen mas fondos y atención para atender la salud mental, etc. En nuestro medio y con el objetivo de mejorar el empoderamiento de las personas afectadas de enfermedad mental y la colaboración de los profesionales sanitarios destacamos la experiencia del proyecto EMILIA (Empowerment of Mental Illness Service Users: Lifelong Learning, Integration and Action) en el que, con la formación como base, se abrieron diferentes vías para aumentar la participación de los usuarios. Una de ellas fue la participación de los usuarios como formadores de profesionales a través de cursos de formación continua. El contenido de éstos versaba sobre la figura del usuario experto por la experiencia y sobre la filosofía de la recuperación y el concepto de empoderamiento[6]. Es posible que usuarios empoderados y profesionales comprometidos con la recuperación consigan establecer relaciones menos asimétricas, que mejoren la colaboración, el consentimiento informado, entre todos los implicados.

Con todo, se seguirán dando conflictos respecto al consentimiento informado para los que no hay una respuesta sino un argumento que intenta dar cuenta de por qué se hicieron las cosas así:

Mujer de 19 años, sin antecedentes psiquiátricos previos, que ingresa por cuadro maníaco con síntomas psicóticos. En la analítica rutinaria se obtiene test de embarazo positivo. La paciente desconocía tiempo de gestación pero sí manifestaba de forma explícita su deseo de tener el bebé. En ecografía vaginal: Gestación de 5 semanas. Se mantiene entrevista con la familia y la paciente y se explican riesgos/beneficios tanto para la madre como para el feto. La familia desea que se interrumpa el embarazo. Entre los distintos tratamiento farmacológicos/TEC, la familia rechaza explícitamente la opción TEC. Se decidió retirar todo el tratamiento

[6] Para conocer los objetivos y el desarrollo del proyecto puede verse: Palomer E, Izquierdo R, Masferrer C, Flores P. Advocacy: fomento y apoyo de la salud mental. Concepto, modalidades y agentes implicados. El proyecto Emilia como ejemplo. Átopos 2011 (11): 5-17.

instaurado hasta el momento e introducir psicotrópicos más seguros, de rescate (haloperidol). Dado que durante los primeros días la paciente precisó en numerosas ocasiones dicha medicación se decidió pautarla. Dada la escasa mejoría clínica con dosis elevadas de haloperidol, consideramos preciso valorar introducir otras medicaciones (tipo estabilizadores) con más probabilidad de teratogénesis. ¿Qué tratamiento farmacológico debería haberse instaurado: el más beneficioso para la madre, el menos dañino para el feto? ¿Tendría que haberse iniciado tratamiento con TEC a pesar de la oposición de los padres? Se llevó el caso al Comité de Ética y se solicitó asesoría jurídica. El Comité concluye que sólo se puede practicar una IVE por petición expresa de la paciente o por decisión judicial, por lo cual tendría que esperarse a la estabilización de su estado mental; asimismo, debía proporcionarse los tratamientos con menor potencial teratógeno a la dosis mínima eficaz. El Juez resuelve: "Que se siga el tratamiento que se estime más adecuado conforme a "lex artis", atendiendo a la situación de la paciente, adaptando las medidas que consideren oportunas, compatibilizando el estado de gestación de la paciente con la situación psiquiátrica en la que se encuentra".

En la Interconsulta no son infrecuentes las demandas de colaboración para contribuir a la valoración de pacientes que presentan incapacidad por un trastorno físico o mental para tomar decisiones y se niegan a prestar su CI para intervenciones o pruebas médicas que se consideran imprescindibles para evitar un riesgo vital o para salvaguardar su integridad.

Varón con dependencia alcohólica y consumo activo que acude a la urgencia de un hospital general por dolor abdominal. Se le diagnostica una pancreatitis aguda y se le informa de la necesidad de permanecer en el hospital e iniciar medidas urgentes de soporte vital. Tras varias horas de estancia en la urgencia, cuando el dolor más agudo cede, el paciente insiste en irse de alta y regresar al día siguiente para iniciar el tratamiento. El equipo médico de la urgencia requiere la valoración de psiquiatría para valorar su estado mental en base a los antecedentes de alcoholismo del paciente. No se objetivan síntomas de intoxicación o de abstinencia pero si intenso craving de alcohol y tabaco. La forma en que había sido informado (con numerosos tecnicismos y sin haber dispuesto de un espacio adecuado para ayudar al paciente a gestionar sus miedos

y resolver sus dudas) había impedido crear una relación médico –paciente basada en la confianza. Tras una entrevista, en la que participó la pareja del paciente, se pudo empatizar con los temores del paciente a la propia enfermedad, y a la abstinencia y se puso de manifiesto que no había podido aceptar la gravedad y el riesgo vital inmediato en su dimensión afectiva y que había interpretado la insistencia de los médicos como una imposición y el uso indebido de poder sobre él. Más adelante se pudo pactar un tiempo de reflexión fuera de la sala de urgencia tras el que regresó y se inició el tratamiento sin complicaciones.

Son situaciones en las que el paciente conserva su autonomía global pero puede encontrarse en un estado mental mediado por la ansiedad, el desbordamiento, una cierta disociación como respuesta al estrés que puede haber sido generado por el propio impacto del diagnóstico actual, por acontecimientos vitales previos o por una conjunción de ambos. En estos casos no siempre está justificado actuar en contra de la voluntad pero sí es imprescindible una intervención destinada a modificar los aspectos psicológicos y sociales que está interfiriendo y tratar de persuadir al paciente de que aceda a la intervención.

Mujer de 42 años, madre de dos hijos de 8 y 10 años con los que vive sola tras el fallecimiento de su esposo un año antes como consecuencia de un cáncer de rápida evolución en la misma sala de urgencia en la que se encuentra ella. Avisan a psiquiatría porque la paciente se niega a ser trasladada a otro hospital para realizarle una prueba que confirme la existencia de un aneurisma de aorta en toda su longitud (con altísimo riesgo de muerte súbita) y realizar el tratamiento quirúrgico que se consideraba urgente. Cuando llegamos a entrevistarnos con ella daba muestras de una intensa tristeza y ansiedad y una preocupación realista por las necesidades de atención inmediata de los hijos (tenía un escaso soporte social) pero fundamentalmente por su estado emocional y su futuro "ya perdieron a su padre y ahora esto… tengo que estar con ellos". Después de realizar una breve intervención orientada a compartir sus emociones y temores que resultó muy contenedora, se le facilitó que se comunicara directamente con ellos y se ayudó a la paciente a gestionar un soporte para los hijos y accedió al traslado.

La decisión de actuar en contra de la voluntad del paciente en estos casos se debe tomas tras haber evaluado la capacidad del paciente en lo que respecta a: la capacidad de apreciar la situación y sus consecuencias; la capacidad de proce-

sar racionalmente la información, la habilidad para comunicar decisiones. Si no se cumplen los criterios de competencia prima el principio de beneficencia.

Mujer de 28 años ingresa en el servicio de endocrinología por una crisis hiperglucémica. Está diagnosticada de DMID desde la adolescencia y mostraba una conducta de enfermedad de negación de riesgos, con escasa participación en sus cuidados y con frecuentes descompensaciones hiper e hipoglucémicas. A la exploración por los profesionales de interconsulta se objetiva clínica depresiva crónica con reagudización en los meses previos con una pauta de comportamientos autodestructivos donde se enmarcaba el abandono en los cuidados que presentaba también en otras esferas de la vida, así como una negación patológica de riesgos resistente a la negociación. No aceptaba un seguimiento ambulatorio por lo que se decidió un traslado forzoso a la unidad de internamiento psiquiátrico para abordar la crisis y lograr un compromiso en sus cuidados médicos.

4.3.- Confidencialidad

El mantenimiento de la privacidad en la realidad operativa compleja de los servicios públicos de salud mental no es fácil. Surgen muchas dudas en la aplicación de las normas de privacidad, en parte debido a las peculiaridades clínicas y tratamiento del ámbito psiquiátrico y en parte a los límites organizativos y estructurales[45].

En el momento actual, el marco legislativo de referencia sobre el secreto profesional está concernido por las siguientes normativas[16]:

- Constitución (art. 18-20-24)
- Código Penal: Descubrimiento y revelación de secretos (art. 197 al 201), Infidelidad en la custodia de documentos (art. 413 al 418).
- Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (art. 7)
- Ley General de Sanidad de 1986
- Ley 30/79 de Extracción de Órganos y Transplantes
- Ley 5/92 de Protección de Datos Informáticos
- Código Deontológico (apartado 6, art. 43 a 53)

El secreto profesional obliga no sólo al médico sino a todos cuantos intervengan de una forma u otra en el acto médico. Así están obligados por el secreto

profesional el personal de enfermería, los auxiliares de clínica, celadores y administrativos. También afecta al personal, médico o no, encargado de los archivos, mantenimiento de instalaciones... Las implicaciones y los grados de responsabilidad varían en función de la cualificación profesional, existiendo tres tipos diferentes de secreto profesional[16]:

- Directo (afecta sólo al médico)
- Compartido (abarca a todo el personal de enfermería y en general a aquellos que participan directamente de la labor asistencial)
- Derivado (resto del personal que no participa en la asistencia pero sí a puede entrar en contacto con información sensible).

Excepciones al secreto profesional sanitario:

- Cuando se tiene conocimiento de la existencia de un delito (art. 259 y 262 de la Ley Enjuiciamiento Criminal).
- Enfermedades de Declaración Obligatoria[7] y exista riesgo grave para terceras personas o para la salud pública-Estado de necesidad
- Cuando se declara como imputado, testigo o perito.
- Otras: al expedir certificados médicos solicitados por el paciente, al declarar en la comisión deontológica del colegio de médicos, en los informes a otro compañero (secreto compartido).

Tienen derecho de acceso a la Historia Clínica:

1. El paciente (con excepción de los datos de terceras personas y de las anotaciones subjetivas del médico) o familiares si el paciente fallece (y no lo haya prohibido explícitamente).
2. Los profesionales del centro que asisten al enfermo.
3. La autoridad judicial, no la policía judicial.
4. El personal de gestión y administración (sólo aquellos datos relacionados con sus funciones).
5. Los inspectores médicos.

[7] Excepciones al Secreto Profesional sanitario: fiebres tifoideas y paratifoideas, disentería, toxinfecciones alimentarias, otros procesos diarreicos, Ira (infección respiratoria aguda), gripe, neumonía, tuberculosis respiratoria, sarampión, rubeola, varicela, escarlatina, carbunco, brucelosis, hidatosis, fiebre exantemática mediterránea, sífilis, infección gonocácica, infección meningocócica,hepatitis, fiebre reumática, perotiditis, tosferina, difteria, fiebre recurrente garrapatas, fiebre recurrente: piojos, lepra, lesihmanas, leptospirosis, ofalmia neonatorum, paludismo, poliomielitis, rabia, sepsis puerperal, tétanos, tracoma, triquinosis y tifus exantemático.

En ocasiones, los familiares de los pacientes solicitan información clínica. Desde nuestro punto de vista, y al igual que con el resto de personas atendidas por el sistema sanitario, esto sólo es posible con el acuerdo del paciente.

La historia clínica electrónica, igual que ha facilitado el acceso a información necesaria para la toma de decisiones clínicas, no protege adecuadamente la información personal y sensible que puede aparecer en la historia psiquiátrica del paciente. Veremos más adelante que el diagnóstico psiquiátrico puede reducir las oportunidades del paciente de recibir atención sanitaria adecuada. Es posible que sea necesario saber que padece o ha padecido un trastorno mental alguna vez en su vida para decidir, por ejemplo, el tipo de tratamiento que se le ofrece cuando presenta un cáncer y acompañar mejor en el proceso. Pero también es muy posible que esa información no sea relevante para esa decisión clínica y que el conocimiento del diagnóstico psiquiátrico sólo sirva para limitar las opciones de tratamiento.

Por otra parte, la historia clínica psiquiátrica contiene información personal que el paciente puede no querer compartir con otros profesionales sanitarios, como la existencia de abusos. Consideramos que la historia clínica electrónica debería proveer de niveles de acceso diferenciados que permitan compartir la información necesaria para la toma de decisiones clínicas y que permaneciera reservada la información que sólo concierne al paciente en el ámbito del trabajo psicoterapéutico.

En ocasiones, el personal del hospital es atendido por el servicio de psiquiatría de ese mismo hospital. En ese contexto, es muy compleja la salvaguarda de la historia clínica para garantizar la confidencialidad del paciente.

En un gran hospital, cuando se comenzó a sensibilizar al personal sobre la presencia de violencia de género, se empezó a detectar casos entre el personal de la casa que se reflejaban en la historia clínica. Meses después se vieron en la necesidad de registrar esos datos en historias clínicas paralelas con los datos de identificación modificados para evitar que compañeros o el propio agresor cuando lo era, consultaran los detalles a los que podían acceder con sus claves.

Una profesional de un centro sanitario se entera de que su padre ha abusado de la hermana, tratada en el mismo centro, al leer las notas de su psiquiatra en la historia clínica.

4.4.- El estigma en el hospital general

Hemos querido concluir esta reflexión sobre la perspectiva de derechos humanos y los aspectos éticos del cuidado al enfermo mental en el hospital general con

algunas consideraciones sobre el estigma que, desde nuestro punto de vista, condiciona todas las vulneraciones de los derechos humanos de las personas afectadas de enfermedad mental y supone una restricción muy importante en su acceso a la salud. Los estereotipos, la discriminación y el estigma asociado a los trastornos mentales son los principales obstáculos para el tratamiento: limitan la accesibilidad a los servicios y reducen la posibilidad de recibir los tratamientos necesarios para la patología que presentan los pacientes[46]. Las personas con trastornos mentales severos tienen más alto riesgo de mortalidad que la población general. Esta diferencia no se explica por causas tales como suicidio y accidentes[47].

Existe una relación compleja entre el estigma y la profesión psiquiátrica: sus miembros pueden ser simultáneamente estigmatizadores, destinatarios de estigma y poderosos agentes de desestigmatización[48]. Los pacientes que sufren de esquizofrenia y sus familias con frecuencia han experimentado rechazo social y exclusión, no sólo de la población general, sino también de profesionales de la salud mental[49]. El mejor conocimiento de los profesionales de la salud mental y el apoyo de los derechos individuales no implica menos estereotipos ni mayor disposición para colaborar con los enfermos mentales[50]. Según un estudio suizo, los estereotipos que tienen los profesionales de salud mental respecto a las personas con enfermedad mental no son menos negativos que los de la población general especialmente en cuanto a "disturbios sociales", "peligrosidad", "normal y saludable", "destrezas" y "simpatía". Los estereotipos sobre las personas con enfermedad mental se ven influidos por la experiencia profesional y sólo ligeramente afectada por género, edad, lugar de trabajo, horas de trabajo semanales o años de experiencia profesional. Proponen que los profesionales de salud mental deben mejorar sus actitudes hacia las personas con enfermedad mental de diferentes maneras, por ejemplo, mejorando su formación profesional, la calidad de los contactos profesionales y supervisión regular para prevenir el agotamiento profesional[51].

Hay muchos factores que contribuyen a la mala salud física de las personas con enfermedad mental grave, incluidos **factores relacionados con el estilo de vida y los efectos secundarios de los medicamentos. Sin embargo, cada vez hay más evidencia de que las disparidades en la prestación de asistencia sanitaria contribuyen a los malos resultados en salud física. Estas desigualdades se han atribuido a una combinación de factores, entre ellos cuestiones organizativas** como **la separación de los servicios de salud mental de los demás servicios médicos**, y aspectos relacionados con el acceso a **atención médica y qué atención médica se presta**, incluyendo **el estigma generalizado asociado a la enfermedad**

mental[52]. No es ajeno a los profesionales de salud mental que atienden urgencias en el hospital general llamadas en las que se intenta derivar directamente al psiquiatra a pacientes que han realizado un intento autolítico sin una valoración previa por Medicina Interna, a personas con antecedentes de trastorno mental grave, sea cual sea el motivo que les ha llevado a la urgencia. Estas actitudes tienen una relación directa con la esperanza de vida de las personas que padecen trastorno mental grave.

Paciente, con diagnóstico previo de esquizofrenia residual que acude a la urgencia tras presentar desde hace dos semanas episodios de pérdida de fuerza, caídas y mayor desorganización. Derivado directamente a Psiquiatría desde el Triage. El psiquiatra solicita valoración por Medicina Interna, se realiza analítica general y es valorado por Neurología considerando que la exploración neurológica es normal y que no es necesaria prueba de imagen. Ingresa en la UHB por posible descompensación con síntomas catatónicos. En la UHB se solicita TAC craneal en la que se objetiva accidente cerebro vascular reciente que explica los síntomas. Mejora con el tratamiento habitual para ACV.

Las personas afectadas de enfermedad mental que acuden a los servicios de urgencias con un infarto agudo de miocardio tienen menos probabilidades que el resto de la población de que se les realice un procedimiento cardiovascular como cateterismo, angioplastia o bypass[46]. El estigma puede actuar como una barrera, a veces prácticamente infranqueable, a la hora de recibir atención médica:

Paciente mujer que acude a la urgencia tras realizar un intento autolítico clavándose un cutter en una mama, en el contexto de descompensación psicótica. En la urgencia es atendida por M. Interna, Cirugía y Ginecología, quienes tras valorar la situación orgánica de la paciente, curan la herida y derivan al psiquiatra. La paciente ingresa en la UHB. Sigue quejándose de dolor y verbaliza que cree que la cuchilla está dentro. Se avisa a Ginecología en dos ocasiones, valoran a la paciente, pero consideran que no hay que hacer nada. Comienza a presentar disnea de mínimos esfuerzos. Se avisa a Medicina Interna. En la placa de tórax (la primera que le realizan desde que acude a la urgencia, una semana antes) se objetiva la presencia de un trozo de cutter que está rozando pericardio.

La mayor parte del exceso de mortalidad en la población afectada de enfermedad mental grave se debe a enfermedades físicas, en particular, enfermeda-

des cardiovasculares, enfermedades respiratorias y cáncer[47]. La mortalidad es más alta en base a lo esperado por la incidencia. Mitchell et al.[53], en un meta-análisis sobre la calidad de la atención médica para las personas con enfermedad mental comórbida, encontraron que la mayoría de los estudios muestran desigualdades significativas en la atención médica para las personas con enfermedad mental grave, incluida la accesibilidad. McIntyre et al[54] revisaron la comorbilidad médica en el trastorno bipolar y encontraron que los problemas de salud crónicos son muy comunes en los pacientes con trastorno bipolar, y tienden a ser infradiagnosticados y con un tratamiento subóptimo. A pesar de que el consumo de sustancias, los estilos de vida poco saludables, y los efectos secundarios de los medicamentos aumentan el riesgo de enfermedad física en personas con TMG, la asistencia sanitaria desigual también juega un papel en esta disparidad. En algunos casos, la calidad desigual de la prestación de asistencia sanitaria explica gran parte del exceso de mortalidad posterior. Como ya hemos señalado, a pesar de que el mayor número de muertes en la esquizofrenia se asocia con las enfermedades cardiovasculares, las personas con esquizofrenia tienen bajas tasas de intervenciones quirúrgicas como la colocación de stents y angioplastias. Las personas con psicosis tienen menos probabilidades de recibir una arteriografía o warfarina tras un accidente cerebrovascular. La baja calidad de la atención médica contribuye a un exceso de mortalidad en las personas mayores con trastornos mentales después de la insuficiencia cardiaca. Pacientes con diabetes con problemas de salud mental tienen menos probabilidades de recibir los niveles estándar de cuidado de la diabetes. Las personas con enfermedad mental grave tienen menos probabilidades de cribado del cáncer. Los pacientes con esquizofrenia y apendicitis tienen más probabilidad de tener más complicaciones y peores resultados de la cirugía. Los pacientes con trastornos psicóticos tienen menor probabilidad de recibir tratamientos médicos para la artritis[47].

Desde nuestro punto de vista, son necesarias medidas organizativas, de información y concienciación que garanticen la atención sanitaria a las personas afectadas de enfermedad mental. En nuestro hospital, estas situaciones de inequidad se han minimizado tras un acuerdo con el servicio Medicina Interna por el que dos internistas evalúan, revisan la historia médica, estudian y tratan la patología orgánica previa y la detectada durante el ingreso, de todos los pacientes ingresados en la UHB.

También en la Interconsulta padecer o haber padecido una enfermedad mental, o "sospechosa" de serlo, como es el caso de la Fibromialgia (FMA) o los

síntomas sin explicación médica, puede ocasionar importantes distorsiones en el proceso médico de diagnóstico, tratamiento y plan de cuidados por el estigma que conllevan. Algunos profesionales pueden, por desconocimiento o por prejuicio, desatender quejas o síntomas o interpretarlas de forma incorrecta. En estos casos se pueden tomar importantes decisiones clínicas bajo la prejuiciosa idea de que los pacientes que padecen trastornos mentales o del comportamiento o conductas de enfermedad que difieren de la norma, no ofrecen información confiable, manipulan para conseguir ventajas, simulan síntomas o "se los producen" a sí mismos, no van a beneficiarse adecuadamente de los medios puestos a su disposición, etc.-

Mujer de 35 años diagnosticada de fibromialgia y trastorno de la personalidad, acude a la urgencia por diarrea de semanas de evolución con desnutrición secundaria. Se realiza una exploración y analíticas básicas. En la anamnesis destaca el cuadro de dolor crónico tratado sin éxito con polimedicación y un prolongado tratamiento con varios tipos de antibióticos y en la exploración un pobre control emocional con alta expresividad. Es dada de alta un par de horas después con el diagnóstico de FMA y molestias intestinales propias de ese trastorno y de la ansiedad. Valorada días mas tarde por otro profesional se le diagnostica de diarrea secundaria a destrucción de flora intestinal y se pauta tratamiento prolongado con pro y prebióticos con los que la diarrea desaparece.

Este tipo de actitudes pueden esconder, cuando no alarmantes prejuicios y discriminaciones, miedos e inseguridades de los profesionales ante situaciones que no saben descifrar y frente a las que su saber médico no alcanza.

Mujer en tratamiento por un TCA de tipo restrictivo desde su adolescencia. Tiene en este momento 32 años, pareja estable y planes de convertirse en madre después de muchos temores y dudas resueltas al respecto con la ayuda de sus terapeutas. Está compensada desde hace años y mantiene una conducta alimentaria suficiente para mantener su salud física en rango de normalidad y no tiene secuelas graves, si bien todavía mantiene algunas distorsiones y su alimentación es ritualizada y rígida. En este momento, cuando decide activamente quedarse embarazada, surgen temores e inseguridades nuevas y se reactualizan conflictos del pasado hasta el punto en que aparece una nueva descompensación de su TCA, motivo por el que ingresa. El embarazo no ha surgido de forma natural por lo que había contactado con el servicio de Reproducción. Se decide iniciar la estimulación ovárica pero la paciente no es capaz de

mantener las ingestas adecuadas y surgen complicaciones graves por lo que se paraliza la intervención. En este punto surge un conflicto en el equipo entre quienes se posicionan del lado de ayudar a la paciente a cumplir su deseo, conociendo sus dificultades, y aquellos que consideraban, implícita o explícitamente, que no podría ser buena madre en base a su trastorno y que no se debería forzar en este caso embarazo si no surgía espontáneamente. Tanto la paciente como algunos de los profesiones partidarios de apoyar la voluntad de la paciente, opinaban que las condiciones de estabilidad médica que se le requerían no tenían otra función que obstaculizar un embarazo con el que no estaban de acuerdo. Mientras que el resto del equipo defendió y procuró los medios terapéuticos para que la paciente lograra los objetivos de estabilidad física que se requieren para el tratamiento de reproducción asistida. El problema mientras no se pudo resolver el dilema fue que la paciente perdió la confianza en el equipo que de esta manera no estaba contribuyendo a la autonomía de la paciente sino, muy al contrario, a que ésta vehiculizara su ambivalencia a través de los profesionales.

Hemos planteado algunas de las situaciones que se dan en el hospital general durante la estancia de las personas afectadas de enfermedad mental que, desde el punto de vista de la ética y el respeto a los derechos humanos, plantean cuestiones sin resolver. Tomar conciencia de que estos conflictos existen y que pueden atentar contra los derechos de las personas y limitar su esperanza de vida es un primer paso. Los siguientes quizá deban pasar por cambios legislativos, organizativos y técnicos que adapten la asistencia a esos principios.

BIBLIOGRAFÍA

1 Organización de Naciones Unidas. Reivindicar los objetivos de desarrollo del Milenio : un enfoque de derechos humanos. http://www.ohchr.org/Documents/Publications/MDGs_part_2_sp.pdf

2 OMS. Enfoque de salud en derechos humanos. http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health_spanish.pdf

3 OMS. 25 preguntas y respuestas sobre Salud y Derechos Humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1. OMS, 2002. ISBN 92 4 354569 8

4 Fernández Liria A, Moreno Pérez A. La red de Salud Mental y las políticas contra la crisis en España. Átopos 2014. 15: 24-40.

5 Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado, 21 abril 2008.

6 Protocolo Facultativo De La Convención Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad. Boletín Ofical del Estado, 22 abril 2008.
7 Beauchamp T, Childress J F. Principios de ética biomédica. Masson, S.A. Barcelona. 1999.
8 GRACIA, D. (1992): "Planteamiento de la bioética", en M. Vidal (editor): Conceptos fundamentales de ética teológica. Trotta, Madrid, pp. 421-438.
9 Moreno-Jiménez, B., Seminotti, R., Garrosa Hernández, E., Rodríguez-Carvajal, R, Morante Benadero, M.E. El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. Ansiedad y Estrés 2005. 11(1), 87-100. ISSN 1134-79
10 Jackowska E. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia: a survey of studies and psychological mechanisms. Psychiatr Pol. 2009 Nov-Dec;43(6):655-70.
11 Ortiz Lobo A. Aspectos coercitivos de la psiquiatría. En: Ortiz Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica. Grupo 5, colección Salud Mental Colectiva. Madrid, 2013: 51-66.
12 Comisión Europea. Medidas adecuadas para el tratamiento psiquiátrico coercitivo. http://cordis.europa.eu/result/rcn/85090_es.html
13 Kallert T, Glöckner M,Onchev G, Raboch J, Karastergiou A, Solomon Z,Magliano L, Dembinskas, Kiejna A, Nawka P, Torres-González F, Priebe S, Kjellin L. The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. World Psychiatry. Oct 2005; 4(3): 168–172.
14 Gómez Jara, M. Trastornos psiquiátricos y derecho (Responsabilidad penal, internamientos, incapacitación, etc.). Barcelona: Atelier, 2008.
15 Fuertes Rocañín, JC., Serrano Gil, A., Fuertes Iglesias, C., Godino Izquierdo, J., Gómez-España, MJ. Curso de Especialista Universitario en psiquiatría forense: cuaderno de trabajo. Curso 2007-2008. Madrid: Ed. Arán, 2007.
16 Fuertes Rocañín, JC., Cabrera Forneiro, J. La Salud Mental en los Tribunales. Manual de Psiquiatría Forense y Deontología Profesional. 2ªed. revisada y ampliada. Madrid: Ed. Arán, 2007.
17 C González, A González, A Moreno, E Pérez, JL Rodríguez. Actitudes éticas en la práctica psiquiátrica. En: F Santander (coord). Ética y Praxis Psiquiátrica. Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios 23. Madrid, 2000. 323-374.
18 Gonzalez, C.; Pérez, E.; Morales, J.; Morales, M.; Tierno, R.; Varela, S.; Factores asociados con la resolución de las urgencias psiquiátricas, Revista de la A.E.N 2008, 101, pp.27-41.
19 M Desviat, A Moreno. Aspectos éticos de la competencia del paciente con trastorno mental grave. Formación Médica Continuada 2006;13 (5):263-7.
20 Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE 29 de diciembre de 1999. Artículos 756 a 763.
21 Funk M, Drew N, and Saraceno B. Human Rights and Legislation Who Resource Book on Mental Health. Geneve: WHO, 2005.
22 Winick BJ. The side effects of incompetency labeling and the implications for mental health law. Psychol Public Policy Law, 1995. 1(1): 6-42.
23 Appelbaum PS, Grisso T. The MacAethur treatment compentence study.1.Mental Illness and competente to content to treatment. Law and Human Behavior 1995 19: 105-126,
24 Nys H, Welie S, Garanis-Papadatos T, Ploumpidis D. Patient capacity in mental health care: legal overview. Health Care Anal, 2004. 12 (4): 329-337.
25 Srebnick D, Brodoff L. Implementing psychiatric advance directives: service provider issues and answers. J Behav Health Serv Res, 2003. 30 (3): 253-268.

26 Sánchez Caro, J, Sánchez Caro, J. El consentimiento informado en Psiquiatría. Madrid, Díaz de Santos, 2003.

27 Roth, Meisel, Lidz. Tests of competency to consent to treatment. Am J Psychiatry, 1977, 134: 279-284.

28 White BC. Competence to Consent. WashingtonDC: Georgetown University Press, 1994.

29 Higgs R. The contribution of narrative ethics to issues of capacity in psyqychiatry. Health Care Anal 2004; 12(4): 307-316.

30 Grupo de trabajo Derechos Humanos y Salud Mental. Derechos Humanos y Salud Mental en Andalucía. Protección de los Derechos Humanos de las personas con trastorno mental en el marco de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. Sevilla, 2012.

31 Kallert WT. Involuntary Psychiatric Hospitalization: Current Status and Future Prospects. Srp Arh Celok Lek. 2011;139(Suppl 1):14-20.

32 Mayoral F, Torres-González F, Hernandez C, Barrios LF. Coercive measures in Spanish psychiatric units (EUNOMIA-study). BMC Psychiatry. 2007; 7(Suppl 1): S45.

33 Gumley, Schwannauer. Volver a la normalidad después de un trastorno psicótico. Desclée de Brower. Bilbao, 2008.

34 Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Pino-Benitez I, Alba-Vallejo M, Mayoral-Cleries F. Effects of a Regulatory Protocol for Mechanical Restraint and Coercion in a Spanish Psychiatric Ward. Perspect Psychiatr Care. 2014 Oct 27. doi: 10.1111/ppc.12090.

35 Godfrey JL, McGill AC, Jones NT, Oxley SL, Carr RM. Anatomy of a transformation: a systematic effort to reduce mechanical restraints at a state psychiatric hospital. Psychiatr Serv. 2014 Oct 1;65(10):1277-80.

36 Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Boletín Oficial del Estado. Martes 2 de agosto de 2011, Núm. 184 Núm. 184, Sec. I. Pág. 87478.

37 The New Mental Health Act. A Guide to compulsory treatment orders. Scottish Executive, November 2005. ISBN: 0-7559-4829-7.

38 Compulsory Treatment. Mental Health Act 2014 Handbook. Department of Health, State Government of Victoria Australia.

39 Hans Joachim Salize, Harald Dreßing, Monika Peitz. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients Legislation and Practice in EU-Member States. Research Project - Grant Agreement No. SI2.254882 (2000CVF3-407). Final Report . Mannheim, Germany, May 15, 2002.

40 Lawrence O. Gostin. Lance Gable. The Human Rights of Persons With Mental Disabilities: A Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health. Wayne State University Law School Legal Studies Research Paper Series No. 08-31. May 14, 2009.

41 Organización Mundial de la Salud. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos. 2005. EDIMSA ISBN: Conjunto de Guías 84-95076-79-9. ISBN: Módulo I 84-95076-80-2.

42 A Moreno. ¿Consentimiento informado? Interpsiquis, 2001 (2). En: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/20/2671/?++interactivo

43 Ley 41/2002 de 14 de Noviembre reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE núm. 274, de 15/11/2002.
44 Palomer E, Izquierdo R, Masferrer C, Flores P. Advocacy: fomento y apoyo de la salud mental. Concepto, modalidades y agentes implicados. El proyecto Emilia como ejemplo. Átopos 2011 (11): 5-17.
45 Catanesi R1, Carabellese F. [Mental Health Centers, in regard to professional confidentiality and privacy]. Riv Psichiatr. 2012 Sep-Oct;47(5):388-99.
46 Druss BJ, Bradford DW, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. JAMA. 2000;283:506–511.
47 David Lawrence, Stephen Kisely. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. J Psychopharmacol. Nov 2010; 24(4_supplement): 61–68.
48 BEATE SCHULZE. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship*. International Review of Psychiatry, April 2007; 19(2): 137–155
49 Jackowska E. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia--a survey of studies and psychological mechanisms. Psychiatr Pol. 2009 Nov-Dec;43(6):655-70.
50 C Nordt, W Rössler, C Lauber. Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. Schizophr Bull. 2006 October; 32(4): 709–714.
51 Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? Acta Psychiatr Scand Suppl. 2006;(429):51-9.
52 Lawrence, D1 and Kisely S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. J Psychopharmacol. Nov 2010; 24(4_supplement): 61–68.
53 Mitchell AJ, Malone D, Doebbeling CC. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. Br J Psychiat 2009; 194: 491–499
54 McIntyre RS, Soczynska JK, Beyer JL, Woldeyohannes HO, Law CWY, Miranda A, et al. Medical comorbidity in bipolar disorder: reprioritizing unmet needs. Curr Opin Psychiat 2007; 20: 406–416.

5.2. EVALUACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL… Y LOS USUARIOS PARTICIPAN

Beatriz Camporro Roces, Susana Santamarina Montila

DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL

Incluso en las sociedades más avanzadas las personas afectas de trastornos mentales experimentan una amplia suerte de violaciones de sus derechos humanos, estigma y discriminación [1]. Existe además la creencia común de que las personas con trastornos mentales carecen de la capacidad de asumir la responsabilidad de conducir sus vidas. De este modo históricamente la sociedad ha restringido la capacidad de elección de las personas con enfermedades mentales. Esta concepción generalizada contribuye a la marginación y falta de visibilidad de este colectivo en sus propias comunidades. El estigma opera a todos los niveles de modo que incluso dentro de las propias organizaciones sanitarias se observa que la posibilidad de que este colectivo reciba una atención de menor calidad y de que se produzcan violaciones de sus derechos civiles está aumentada en relación a otros usuarios [2].

Uno de los principales obstáculos para garantizar que se respeten los derechos humanos de las personas con trastorno mental es la falta de conocimiento de la regulación normativa que existe a nivel internacional que exige su garantía, especialmente la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Es necesario tomar como una exigencia ética que las prácticas profesionales garanticen que los derechos humanos de las personas atendidas en cualquiera de los recursos existentes sean respetados, protegidos y cumplidos, tomando conciencia de las nuevas formas en las que se violan los derechos de las personas con trastorno mental.

Según la Organización Mundial de la Salud, algunas de las peores violaciones de derechos de las personas con enfermedad mental se producen en el ámbito de los servicios sanitarios. Hay que considerar que las violaciones de los derechos

humanos no son exclusivas de las instituciones cerradas, y desafortunadamente pueden ocurrir incluso cuando se han establecido una serie de servicios basados en la atención comunitaria [1]. En este sentido, las violaciones de los derechos humanos podrían darse en unidades de hospitalización psiquiátrica pero también en unidades como comunidades terapéuticas y centros de día.

Desde que en 1975 se firma la Declaración sobre los Derechos de las personas con Discapacidad [3], se han desarrollado numerosos documentos para la protección y promoción de los derechos de las personas con discapacidad, como son el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad [4] y los Estándares sobre la igualdad de oportunidades para las Personas con Discapacidad [5]. Entre todos ellos destaca la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la primera iniciativa legal que protege y promociona los derechos de las personas con discapacidad, incluyendo aquellas con enfermedades mentales, como respuesta a las condiciones desiguales que experimentan las personas con discapacidad[6]. Este nuevo instrumento conlleva importantes consecuencias para las personas con discapacidad. Entre las principales destaca la "visibilidad" de este grupo ciudadano dentro del sistema de protección de derechos humanos de Naciones Unidas, la asunción irreversible del fenómeno de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos, que pasa a ser entendida desde el modelo social de discapacidad y el contar con una herramienta jurídica vinculante a la hora de hacer valer los derechos de estas personas.

El Programa de Derechos Humanos de la OMS es una iniciativa a nivel mundial que se desarrolla con el objetivo de evaluar y evidenciar el grado de cumplimiento de los derechos humanos con las personas que padecen trastornos mentales. Para facilitar dicha evaluación la OMS ha desarrollado una herramienta (Quality Rights tool kit) que recoge los puntos principales de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, y que evalúa la calidad y el cumplimiento en términos de derechos humanos de las organizaciones e instalaciones de salud mental[7].

Existe una relación compleja e indivisible entre estigma, mejora de la atención sociosanitaria y derechos humanos, por lo que resulta necesario trabajar de forma conjunta estas perspectivas. Los derechos humanos deben formar parte del diseño, desarrollo y seguimiento y evaluación de los programas y políticas de salud mental. Estos derechos incluyen, entre otros, los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la dignidad, al respeto a la privacidad y a la autonomía individual , a la información y a la participación [2]

PARTICIPACION EN SALUD: RECUPERACIÓN, EMPODERAMIENTO, MOVIMIENTO ASOCIATIVO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que es fundamental que los usuarios de servicios de salud mental y sus familiares participen en la construcción de las políticas públicas, en la gestión y evaluación de los servicios, así como en la elaboración de leyes que garanticen, promuevan y fortalezcan derechos humanos, destacando los espacios colectivos de toma de decisiones [8, 9]. A pesar de estas recomendaciones, nuestro país no ha estructurado mecanismos que posibiliten la participación efectiva de la ciudadanía en el proceso de formulación, aplicación, gestión y evaluación de las políticas públicas de salud mental.

La importancia de la participación de los usuarios de salud mental adquiere una nueva dimensión durante los últimos años de la mano de **los modelos de recuperación,** el movimiento de derechos humanos y la post psiquiatría y psiquiatría crítica. Un nuevo paradigma en el que los servicios han de estar comprometidos hacia la recuperación, enfatizando los elementos de autonomía y participación de los usuarios y sus cuidadores en todas las fases de tratamiento y en su vida personal. Este cambio de paradigma hace crítica la participación de los usuarios , formulando nuevos modos de entender la asistencia desde la visión previa de los pacientes con la consideración de estos como partícipes igualitarios de la relación [10] [11].

Intrínsecamente ligado al concepto de recuperación encontramos **el concepto de empoderamiento.** La OMS considera que el "empoderamiento" es un concepto esencial de la promoción de la salud [9]. La Declaración de Alma-Ata [12] y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [13] reconocen su importancia para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. El empoderamiento de los individuos está dirigido a ayudar a la autodeterminación y autonomía de modo que permite a los individuos ejercer más influencia en la toma de decisiones sociales y políticas así como aumentar su autoestima. Uno de los seis puntos clave para la guía de actuaciones que aparecen en la Estrategia Europea de Prevención y Control de las Enfermedades No Trasmisibles establece que "las personas deben ser empoderadas para promocionar su propia salud, para interactuar con los servicios sanitarios y participar activamente en la gestión de la enfermedad" [14].

La Declaración de Salud Mental para Europa [15], el Plan de Acción en Salud Mental para Europa [16] y el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar [17] reconocen que el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental y de sus cuidadores es prioritario en las próximas décadas. En nuestro país

dicho principio queda recogido además de en la Ley de Autonomía del Paciente, en La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud que recoge que debe garantizarse la plena participación de las personas con enfermedad mental en sus propios tratamientos, en los equipos de salud mental y en la formación de los/as profesionales[18]. Recientemente la AEN ha auspiciado una guía de participación de usuarios [19].

Por último, uno de los pilares que ha permitido avanzar en el grado de participación de los usuarios ha sido el avance de **los movimientos asociativos**. Este tipo de movimientos adquieren fuerza a partir de las propuestas salubristas dominantes en los años 70. En España, las asociaciones vinculadas a la salud mental surgen inicialmente como asociaciones de familiares como consecuencia de la Reforma Psiquiátrica de la que se derivó un incremento importante de la figura de la familia como principal cuidador de las personas con enfermedad mental. Las asociaciones exclusivas de usuarios con enfermedad mental son más tardías al origen de las entidades de familiares. Una de las principales características de este tipo de movimientos es la reclamación de su derecho de autodeterminación y la necesidad de reclamar sus derechos en primera persona [19]. Fruto de estas reivindicaciones se han obtenido algunos logros en materia de participación, como por ejemplo que el movimiento asociativo formara parte del Comité Técnico de Redacción de la "Estrategia en Salud Mental", o realizara aportaciones a la "Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia".

Aunque la participación de los movimientos asociativos está reconocida en los planes nacionales de salud mental de los países de nuestro entorno y en el nuestro propio, este reconocimiento no se corresponde con el grado de participación real, especialmente en el caso de las asociaciones de personas usuarias de los servicios, siendo su mayor obstáculo el paternalismo y la resistencia a la redistribución del poder del lado del estamento dominante. [19]

El movimiento de personas con enfermedad mental, ha introducido debates con propuestas para el cambio de modelo de atención a la salud mental que estén orientados hacia la recuperación. Una petición recurrente en los debates abiertos es el reconocimiento de las personas con problemas de salud mental como expertas. Por último, conscientes de las necesidades que después de la Reforma Psiquiátrica quedaban sin cubrir en los recursos de salud mental, pasaron a ser proveedores directos de servicios dirigidos a la atención de las personas con problemas de salud mental y sus familias[19].

EXPERIENCIAS EN PARTICIPACIÓN

Ya en la década de los 80 la OMS propuso que para el año 2000 los países hubieran alcanzado el objetivo de involucrar a los individuos con enfermedades mentales en las decisiones que afectasen a su salud [8] . Algunas estrategias de salud mental , como las desarrolladas en países como Inglaterra o Australia [20, 21] han asumido este modelo como una de las mejores opciones para mejorar los servicios[22], bajo la consideración de que los modelos de colaboración entre usuarios, familias y profesionales son un elemento central de los servicios orientados a la recuperación. En estos países la participación de los usuarios impulsa transformaciones en la planificación, implementación y evaluación de los servicios, el entrenamiento de los profesionales y la provisión misma de la cartera de servicios. Las distintas formas de participación de los usuarios en el ámbito de la evaluación de los servicios en función del grado de implicación y la posibilidad real de tomar decisiones quedan recogidas en la tabla 1.

En aquellos países donde la experiencia de la participación de los usuarios al desarrollo y evaluación de los servicios de salud se ha realizado de modo más activo, existen numerosos estudios empíricos y revisiones que evalúan en términos de beneficio el impacto que tiene sobre los servicios y los usuarios [23-28] . Aunque los distintos estudios y revisiones no arrojan resultados concluyentes [29], sí se han evidenciado algunos resultados prometedores como es la mejora de la satisfacción y autoestima de los usuarios cuando son incluidos en los procesos de evaluación [21] y la contribución a realizar cambios en la forma de provisión de los servicios [30]. El objetivo de implicar a los pacientes debe ser visto como un requerimiento ético y democrático que da legitimidad a los servicios que se prestan.

Tabla 1. Gestión, planificación y evaluación

Los usuarios participan en la evaluación de los servicios , habitualmente mediante encuestas de satisfacción
Los usuarios participan en encuentros de valoración y planificación de servicios en los que su opinión es escuchada
Lo usuarios participan de manera colaborativa en sus propios cuidados y proceso de tratamiento
Los usuarios forman parte de órganos colegiados que tienen un peso especifico en la gestión de los servicios de salud mental

Tabla 2. Factores influyentes en la participación

Factores favorecedores	Factores que dificultan
Iniciativas legislativas que regulen la participación de usuarios en los órganos de gestión de los servicios	Ausencia de regulación sobre la participación de usuarios en lo órganos de gestión
Definiciones claras del papel a ejercer por los usuarios en los roles de liderazgo y gestión	Confusión sobre el papel a ejercer por los usuarios en los roles de liderazgo y gestión
Potenciación del movimiento asociativo	Ausencia de entramado asociativo
Sensibilización tanto de gestores como de profesionales de los servicios de salud mental sobre la importancia de la participación de usuarios en la gestión de los servicios	Actitudes estigmatizantes en gestores y profesionales hacia las personas que padecen enfermedad mental
Entrenamiento a los profesionales de los servicios de salud mental en habilidades necesarias para llevar a cabo experiencias de colaboración	Ausencia de habilidades necesarias y de una cultura previa de experiencia colaborativas

EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS: APLICACION DE LA METODOLOGÍA OMS Y PARTICIPACIÓN DE USUARIOS.

Entre los años 2009 y 2010, a instancias de la Consejería de Sanidad y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, se llevó a cabo el proceso de Evaluación de los Servicios de Salud Mental [31-33] al objeto de recabar la información necesaria para elaborar el Plan de Salud Mental 2011-2016 [34] de esta Comunidad Autónoma.

Se realizaron tres fases:

1.- Análisis de situación (sociodemográfico, de salud general, de salud mental...)

2.- Evaluación de la calidad y de las condiciones de los derechos humanos en las instalaciones con internamiento de salud mental

3.- Evaluación cualitativa de la atención a personas con problemas de salud mental. Grupos focales

Desglosaremos a continuación la segunda y tercera fase, como partes de un proyecto hecho realidad para la participación de los usuarios de los Servicios de Salud Mental, y experiencia pionera en el manejo de la metodología de evaluación de la OMS en este ámbito.

I.-EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y DE LAS CONDICIONES DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LAS INSTALACIONES CON INTERNAMIENTO DE SALUD MENTAL

HERRAMIENTA DE LA OMS PARA EL CONTROL DE CALIDAD Y DE LAS CONDICIONES DE LOS DERECHOS HUMANOS EN INSTALACIONES DE SALUD MENTAL

Una de las áreas críticas en las que los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales se infringen frecuentemente es la de las instalaciones de salud mental. Una instalación de salud mental es cualquier lugar donde viven o reciben asistencia, tratamiento o rehabilitación las personas con discapacidad mental (fuera de los domicilios familiares).

Sin embargo, muchas personas con discapacidades mentales no disfrutan de sus derechos, por lo que la supervisión es un medio decisivo para identificar las infracciones y ayudar a aportar cambios positivos a las vidas de estas personas.

CREACIÓN DE UN ÓRGANO SUPERVISOR

El énfasis de la herramienta de evaluación propuesta por la OMS se pone en el establecimiento de mecanismos independientes de supervisión, que se lleven a cabo de forma periódica y que aseguren el respeto y protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales. Además que dichas personas puedan recibir asistencia, tratamiento o rehabilitación en instalaciones de salud mental, según los estándares internacionales de derechos humanos, tal y como señala la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU (CDPD) [6].

La forma más eficaz de establecer un órgano supervisor es a través de la legislación centrada en salud u otros derechos humanos, ya que en el marco de la legislación se pueden determinar las funciones, la composición y los poderes del órgano supervisor. En caso de no estar incluidos en la ley, su constitución es factible desde las estructuras del gobierno, pudiendo resultar más flexible incluso. Lo necesario es asegurar su independencia.

El órgano supervisor ha de tener una composición mínima de distintos profesionales de diversos ámbitos (de salud mental y salud en general, jurídicos, de servicios sociales…), representantes de los usuarios de las instalaciones y los servicios de salud mental, de familias, abogados y personas relacionadas con la ley. También las mujeres y los grupos minoritarios deben ser contemplados.

Al implantar y organizar un órgano supervisor, hay cuatro PRINCIPIOS FUNDAMENTALES:

A.- Debe ser independiente de las interferencias políticas y burocráticas.

B.- Debe ser capaz de controlar las instalaciones en todo el territorio.

C.- Debe incluir un abanico de individuos con diferentes experiencias y habilidades para ser capaz de llevar a cabo su actividad, incluidas personas con discapacidades.

D.- Los miembros han de comprender claramente los estándares de derechos humanos.

PASOS A SEGUIR EN EL PROCESO DE SUPERVISION. Se han de seguir 7 pasos:

PASO 1. Revisión de las leyes, las políticas, los planes y los programas y prácticas nacionales relevantes y las convenciones regionales e internacionales ratificadas por el gobierno.

PASO 2. Identificación de instalaciones de salud mental.

PASO 3. Cómo llevar a cabo la inspección. Cuestionario.

PASO 4. Recopilación y análisis de las investigaciones. Formulario.

PASO 5. Ofrecer recomendaciones. A la instalación y a las autoridades.

PASO 6. Seguimiento de las recomendaciones.

PASO 7. Información de los resultados de la investigación a superiores políticos o instituciones.

UN INSTRUMENTO DE SUPERVISION PARA PROTEGER Y CUMPLIR LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL EN LAS INSTALACIONES DE SALUD MENTAL.

La herramienta de la OMS para supervisar las condiciones de derechos humanos en instalaciones de salud mental consta de tres componentes que servirán a la evaluación:

- Temas sobre derechos humanos, con estándares y criterios.
- Un cuestionario para valorar e informar sobre los derechos humanos.
- Un formulario informativo.

Este documento selecciona cinco derechos y principios humanos importantes, subrayados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU (CDPD) [6]que se pueden infringir con respecto a las personas con discapacidad mental y centra el instrumento de supervisión en estos temas:

1. Ausencia de tortura o trato o castigo cruel, inhumano o degradante (art. 15 de la CDPD)

2. El derecho a un nivel de vida adecuado y a la protección social (artículo 28 de la CDPD)

3. Derecho a disfrutar del estándar más alto posible en cuanto a salud física y mental (art. 25 de la CDPD)

4. Derecho a ejercer la capacidad legal, la libertad personal y la seguridad de la persona (art. 12 y 14 de la CDPD)

5. Disfrutar de los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales

En cada uno de estos derechos se identifican "estándares", cada uno con "criterios" necesarios para determinar la evaluación de su cumplimiento. La decisión de si se han cumplido los estándares o con qué alcance, se concretará tras las investigaciones pertinentes que incluyen entrevistas, cuestionarios, observación, valoraciones y estudio de las leyes, las políticas, los sistemas de información, los sondeos y los procesos de implementación. A diferentes estándares corresponderán diferentes métodos de investigación.

Se reconoce que los países tienen diferentes recursos, culturas y condiciones específicas que influirán en los resultados e incluso en cómo se desarrollan los estándares. Sin embargo, los factores contextuales no justifican un nivel de protección menor de estos derechos.

EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.
EVALUACION DE DERECHOS HUMANOS Y CALIDAD EN INSTALACIONES CON INTERNAMIENTO. AÑO 2010.

La evaluación de las condiciones de los derechos humanos y de la calidad en las instalaciones de Salud Mental con internamiento del Principado de Asturias, tuvo como objetivo identificar propuestas de mejora aplicables en la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental que viven en Asturias. Para desarrollar el proyecto de evaluación se contó durante todo el proceso con el asesoramiento de la Coordinadora del desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental de la Oficina Europea de la OMS (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias), Dra. Michelle Funk.

Siguiendo las directrices de la OMS en su *"Herramienta de la OMS para el control de calidad y de las condiciones de los derechos humanos en instalacio-*

nes de Salud Mental", se formó un Grupo Evaluador y de Participación, independiente de la administración, en el que las asociaciones de personas con problemas de salud mental y de familiares tuvieron un protagonismo determinante. El papel de la administración se limitó a impulsar y facilitar el proceso, sin intervenir ni en su diseño ni en su ejecución.

1. METODOLOGÍA

Descripción general

El trabajo de "Evaluación de los Derechos Humanos y de la Calidad en las Instalaciones de Salud Mental (SM) con Internamiento" se llevó a cabo en los meses de febrero y marzo de 2010.

FASES

FASE 1.- Constitución del Grupo Evaluador o supervisor, compuesto por usuarios de los servicios de salud mental, familiares y distintas personas pertenecientes a diversos estamentos y responsabilidades ciudadanas. En este grupo se llevaron a cabo las siguientes actuaciones:

- Adaptación de los cuestionarios de la herramienta de la OMS al contexto asturiano.
- Definición de la composición de los grupos de trabajo de campo, la programación de su actividad y la formación imprescindible.
- Determinación de las instalaciones a visitar, entrevistas a realizar y selección de personas entrevistadas.
- Validación final de los resultados.
- Elaboración de las recomendaciones.
- Validación del documento-Informe final.

FASE 2.- Constitución del Equipo de Trabajo de Campo, compuesto por personas pertenecientes a asociaciones de familiares y de personas usuarias de los servicios de salud mental, profesionales de Atención Primaria (AP) y profesionales en etapa de formación pertenecientes a SM (en ningún caso vinculados laboralmente con la instalación evaluada), para realizar las visitas a las instalaciones y entrevistas a personas usuarias, familiares y profesionales. En este grupo se llevaron a cabo las siguientes actuaciones:

- Formación básica sobre: Servicios y Prestaciones de SM, Legislación, Derecho a la SM y Criterios y habilidades para realizar entrevistas.

- Conocimiento de la herramienta a aplicar.
- Organización y programación del trabajo.
- Lectura y valoración de resultados.

FASE 3.- Realización del trabajo de campo, con visitas a 28 instalaciones y realización de 186 entrevistas.

FASE 4.- Análisis y valoración de los resultados elaborados por un grupo de personas representantes del Equipo de Trabajo de Campo y del Grupo Evaluador.

Se desarrollan a continuación algunos de los elementos señalados en la Metodología:

✓ Instalaciones a evaluar y adaptación de los cuestionarios de la herramienta de la OMS al contexto asturiano.

Se analizaron las diferentes instalaciones de SM con internamiento, existentes en Asturias agrupándolas en cuatro bloques:

1. *Unidades de Hospitalización (UH) en hospital general* que incluyen: Unidades de Agudos Adultos, Unidad Infanto–Juvenil o de Adolescentes, Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria y Unidades de Desintoxicación.
2. *Estructuras Intermedias (EI):* Centros de Tratamiento Integral, Comunidades Terapéuticas de SM y Unidades Residenciales.
3. *Comunidades Terapéuticas de Drogodependencias (CTD):* se incluyen las concertadas con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.
4. *Alojamientos Tutelados (AT):* Pisos.

Seguidamente se revisó el listado de derechos, estándares y criterios, y se acordó su aplicación para cada grupo de instalaciones.

Finalmente se procedió a revisar y adaptar el cuestionario de preguntas para cada tipo de instalación y grupo de personas entrevistadas.

✓ Formación imprescindible para las personas que realizaron el trabajo de campo

Formación básica sobre los siguientes temas:

1. Servicios y Prestaciones de Salud Mental en el sistema sanitario de Asturias
2. Legislación en Salud Mental
3. El derecho a la Salud Mental en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DDHH)
4. El derecho a la Salud Mental en la práctica
5. Criterios y habilidades para realizar entrevistas personales

La formación se realizó entre el 15 de diciembre y el 19 de enero, por personas expertas en la materia, pertenecientes algunas al Grupo Evaluador.

✓ Cuantificar entrevistas a realizar y selección de entrevistados

Se tomó la decisión de visitar todas las instalaciones, frente a una muestra de cada grupo, por dos razones:

- Dentro de los grupos de instalaciones establecidos no siempre había uniformidad.
- Necesidad de valorar las diferencias entre áreas centrales y periféricas.

Criterios Cuantitativos para el Número de Entrevistas.

El cálculo se basó en el máximo de plazas de internamiento para personas usuarias del servicio y total de profesionales trabajando en la instalación.

1. *Personas Usuarias:* Para instalaciones con un número de personas usuarias internadas de 6 ó menos se entrevistó a ≥50%. Entre 6 y 16 personas usuarias internadas, se realizaron entrevistas a un porcentaje ≥25%.

Con un número de personas usuarias internadas superior a 16, se realizaron entrevistas a un porcentaje ≥20%.

2. *Familiares*: Se programaron entre un 33 – 50% de las entrevistas previstas para personas usuarias internadas.

3. *Profesionales*: Se siguió un esquema similar al de las personas usuarias pero teniendo en cuenta qué parte de los profesionales realizaban un trabajo a turnos, por lo que el número resultó ligeramente inferior.

Criterios de Selección de Personas Entrevistadas:

A.- Participación con carácter voluntario, de forma anónima y con posibilidad de abandono si la persona entrevistada lo desea.

B.- Las personas usuarias internadas estarán en una situación clínica de su enfermedad que permita la entrevista y con un tiempo suficiente de estancia en la instalación que les otorgue conocimiento sobre ella. Si es posible, cercanos al alta.

C.- Lo mismo es aplicable a los familiares.

D.- Los profesionales entrevistados corresponderán preferentemente a diferentes categorías y con distintas responsabilidades.

E.- La selección de entrevistados no siempre fue aleatoria, se contó en algunos casos con el apoyo de los profesionales para la selección de personas usuarias y localización de familiares.

F.- Las entrevistas se realizaron en todos los casos en estricta reserva, estando presentes exclusivamente las personas que realizaban la entrevista y la persona entrevistada, fuese ésta usuario/a, familiar o profesional.

- Trabajo de Campo

El equipo de trabajo se formó con voluntarios pertenecientes a diversas asociaciones de personas usuarias y familiares de PPSM y un profesional de AP. Posteriormente, con objeto de reforzar el grupo, facilitar el acceso a los centros y el abordaje de las personas usuarias, se incorporaron profesionales de SM en formación (MIR y PIR). El equipo finalmente estuvo integrado por 17 personas, divididas en cinco grupos.Todas las personas que hicieron el trabajo de campo fueron debidamente acreditadas y firmaron un compromiso de confidencialidad.

Para la realización del trabajo de campo se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

1. Los componentes del equipo no deberán tener vinculación con las instalaciones a visitar.

2. Necesidad de realizar el trabajo en un tiempo limitado, acordado entre dos y tres semanas.

3. Número de centros a visitar, ubicación de los mismos y entrevistas en cada uno de ellos, buscando un equilibrio entre los cinco grupos.

4. Todos los grupos, en la medida de lo posible, visitarán todo tipo de instalaciones.

✓ Valoración de resultados

Se realizó por representantes del Equipo de Trabajo de Campo y del Grupo Evaluador.

Los resultados se valoraron mediante la lectura de las entrevistas, la observación realizada durante la visita y la comprobación y revisión de la correspondiente documentación. Siempre se procuró la lectura por parte de una o dos personas pertenecientes al grupo que realizó el trabajo de campo. Una tercera persona fue la encargada de transcribir los resultados en unas plantillas diseñadas para este fin.

La sistemática que se siguió para cada instalación fue la siguiente:

1. Lectura de las preguntas que forman un criterio y contestaciones para cada bloque de personas entrevistadas.

2. Valoración del grado de cumplimiento de cada criterio para cada grupo entrevistado.

3. Valoración de cada estándar teniendo en cuenta la valoración previa de los criterios. En este caso se considera un grado de cumplimiento único para el conjunto (personas usuarias, familiares y profesionales).

4. Valoración de cada derecho según el cumplimiento de los estándares.

Una tarea especialmente laboriosa fue transformar los resultados de las entrevistas en grados de cumplimiento. Se tuvieron en cuenta no solo las contestaciones del cuestionario, observaciones en la visita y revisión de la documentación sino, en ocasiones, la importancia y trascendencia de la cuestión revisada.

Para la calificación global de un estándar o un derecho, prevalecía siempre el menor grado de cumplimiento.

✓ Validación final de los resultados y elaboración del Resumen Ejecutivo

El Grupo Evaluador realizó la validación final de los resultados agrupándolos según el tipo de instalaciones y realizando los siguientes pasos:

- Valoración según los cuatro niveles de éxito, es decir, Conseguido Totalmente (CT), Conseguido Parcialmente (CP), Logro iniciado (LI), No Conseguido (NC), No Aplicado (NA).
- Características de la encuesta.
- Análisis de los resultados para cada derecho y propuestas de mejora.

Finalmente, el análisis y valoración de los resultados obtenidos nos permiten extraer conclusiones referentes a problemas, deficiencias e insuficiencias y la elaboración de las consiguientes propuestas de mejora.

2. INSTALACIONES EVALUADAS: VISITAS Y ENTREVISTAS

Se comunicó a los coordinadores y responsables de Salud Mental de los centros el objeto de la visita y la fecha prevista con objeto de facilitar la tarea y no alterar el normal funcionamiento de las instalaciones. El desarrollo tuvo lugar en el periodo comprendido entre los días 9 y 26 de febrero de 2010.

Fueron visitados todos los centros y servicios previstos.

Hubo colaboración, para la realización de las entrevistas, por parte de los tres grupos entrevistados. Todos los profesionales fueron entrevistados. Algunos usuarios abandonaron la entrevista por cansancio y falta de interés. El mayor número de fallos corresponde a familiares, por dificultades para concertar las citas, especialmente en los relacionados con alojamientos tutelados, unidades de desintoxicación hospitalaria y estructuras intermedias.

Evaluación de instalaciones

VISITAS INSTALACIONES	Previstas	Realizadas
Hospitalización Agudos	9	9
Estructuras Intermedias	9	9
C. T. Drogodependencias	3	3
Alojamientos Tutelados	7	7
TOTALES	**28**	**28**

3. RESULTADOS: ANÁLISIS Y VALORACIÓN

El **estándar** marca un valor deseado y alcanzable frente a la situación real que se puede cuantificar. Es el objetivo global, el que se debe valorar. El estándar se logra cuando se cumplen todos sus criterios asociados.

La valoración de los estándares se realiza mediante el estudio de cada criterio, que se lleva a cabo según los cuatro niveles de éxito, es decir, Conseguido Totalmente, Conseguido Parcialmente, Logro iniciado, No Conseguido, No Aplicado.

El Derecho 1: Ausencia de tortura o trato o castigo cruel, inhumano o degradante, se valora siguiendo los siguientes estándares:

- Estándar 1.1: Los usuarios del servicio tienen derecho a no sufrir abusos o negligencia físicos, sexuales o mentales.
- Estándar 1.2: No debe abusarse del aislamiento o la sujeción, ni utilizarse solamente porque la persona tenga una discapacidad.
- Estándar 1.3: No se debe abusar de la terapia electroconvulsiva (TEC) y otros tratamientos invasivos y solo se pueden utilizar con el consentimiento libre e informado de la persona.
- Estándar 1.4: Los usuarios de la instalación de salud mental tienen derecho a la confidencialidad, a la información, y a rechazar el tratamiento.
- Estándar 1.5: Ningún usuario del servicio debe estar sujeto a experimentación médica o científica sin su consentimiento.
- Estándar 1.6: Existen garantías contra los malos tratos.

El Derecho 2: Derecho a un nivel de vida adecuado. Se valora siguiendo los siguientes estándares:

- Estándar 2.1: Las condiciones físicas del edificio son adecuadas.
- Estándar 2.2: Las condiciones de pernoctación de los usuarios del servicio son adecuadas.

- Estándar 2.3: La instalación cumple los requisitos higiénicos y sanitarios.
- Estándar 2.4: Los usuarios del servicio disponen de comida, agua y ropa adecuadas.

El Derecho 3: Derecho a disfrutar del estándar más alto posible en cuanto a salud física y mental. Se valora siguiendo los siguientes estándares:
- Estándar 3.1: Nadie está privado de la admisión, tratamiento o alta dependiendo de su procedencia, y no existe discriminación por motivos de raza, color, sexo, religión, afinidades políticas, origen (nacional o social), propiedad, nacimiento, discapacidad u otros estatus.
- Estándar 3.2: Los servicios médicos están capacitados para ofrecer un servicio de salud mental de calidad dependiendo del tipo de instalación.
- Estándar 3.3: El tratamiento y la rehabilitación permiten el desarrollo de la habilidad de la persona, su potencial máximo y la integración en la comunidad.
- Estándar 3.4: Se dispone de medicación psicotrópica donde y cuando se necesite y se utiliza de manera apropiada.
- Estándar 3.5: Se dispone de servicios adecuados para las condiciones de salud general y salud reproductiva.

El Derecho 4: Derecho a ejercer la capacidad legal, la libertad personal y la seguridad de la persona. Se valora siguiendo los siguientes estándares:
- Estándar 4.1: Todos los usuarios del servicio se encuentran en todo momento en el entorno menos restrictivo posible.
- Estándar 4.2: La existencia de una discapacidad no justificará en ningún caso la privación de libertad. La admisión y el tratamiento se basan en el consentimiento libre e informado. Los usuarios del servicio disponen de cualquier ayuda que necesiten para ejercer su capacidad legal.
- Estándar 4.3: Un comité o tribunal de revisión tiene la autoridad de revisar la admisión y el tratamiento.
- Estándar 4.4: Al personal de la instalación se le facilita un entorno seguro y estable para llevar a cabo su trabajo.

El Derecho 5: Disfrutar de los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales. Se valora siguiendo los siguientes estándares:
- Estándar 5.1: Las personas de la instalación de salud mental tienen libertad de expresión y derecho a la privacidad.

- Estándar 5.2: Las personas de la instalación de salud mental tienen derecho a trabajar, y no están obligadas al trabajo forzoso.

- Estándar 5.3: Las personas de las instalaciones de salud mental tienen derecho a la educación.

- Estándar 5.4: Las personas tienen derecho a participar en la vida social y tener acceso a las actividades culturales, religiosas y de ocio con respeto por sus valores culturales y su idioma.

- Estándar 5.5: Las personas tienen derecho a votar, a asociarse libremente y a ejercer responsabilidades civiles.

3.1. UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS

En estas instalaciones se han entrevistado 21 usuarios, sobre un máximo de ocupación de plazas de 94, a 20 profesionales de una plantilla total de 107, y a 11 familiares. Además se han realizado la inspección y observaciones previstas de las instalaciones y se ha verificado la disponibilidad de documentos.

El derecho que mayor grado de cumplimientos totales (CT) tiene es el número 2 (derecho a un nivel de vida adecuado), con un 46%; y el que menos CT tiene es el derecho 4 (derecho a ejercer la capacidad legal, la libertad personal y la seguridad de la persona) con 10%.

3.2. UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA

En estas instalaciones se ha entrevistado a 5 usuarios, de un máximo de plazas que pueden estar ocupadas de 12; a 5 profesionales de una plantilla total de 17, y a 1 familiar de los 3 previstos. Además se ha realizado la inspección y observaciones previstas de las instalaciones y se ha verificado la disponibilidad de documentos.

Los derechos que mayor grado de cumplimientos totales (CT) tienen en los estándares son el número 4 (derecho a ejercer la capacidad legal, la libertad personal y la seguridad de la persona) y el 2 (derecho a un nivel de vida adecuado); en el resto el cumplimiento fue parcial.

3.3. ESTRUCTURAS INTERMEDIAS

En estas instalaciones se ha entrevistado a 34 usuarios, siendo 145 el máximo de plazas que pueden estar ocupadas, a 30 profesionales de una plantilla total de 175, y a 13 familiares. Además se ha realizado la inspección y observaciones previstas de las instalaciones y se ha verificado la disponibilidad de documentos.

El derecho que mayor grado de cumplimientos totales (CT) tiene en los estándares es el número 5 (derecho a disfrutar de los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales), con un 55%. En el resto, predominó el cumplimiento parcial.

3.4. COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE DROGODEPENDENCIAS

En estas instalaciones se ha entrevistado a 9 usuarios, siendo 36 el máximo de plazas que pueden estar ocupadas, a 5 profesionales, y a 4 familiares. Además se ha realizado la inspección y observaciones previstas de las instalaciones y se ha verificado la disponibilidad de documentos.

El derecho que mayor grado de cumplimientos totales (CT) tiene en los estándares es el número 5 (derecho a disfrutar de los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales), con un 93%. Lo sigue el 2 con 83% y el 4 con 77%.

3.5. ALOJAMIENTOS TUTELADOS

En este tipo de alojamientos/residencias se han entrevistado a 7 profesionales de los 8 previstos, a 12 usuarios de los 14 previstos y a 3 familiares de los 8 que estaban previstos. Se ha realizado, además, la inspección y observaciones previstas y se ha verificado la disponibilidad de documentos.

Asimismo, se han efectuado visitas a todos los alojamientos.

El derecho que mayor grado de cumplimientos totales (CT) tiene es el número 5 (disfrutar de los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales), con un 93%, mientras que el derecho que menos CT tiene es el 2 (derecho a un nivel de vida adecuado) con un 50%. Conviene tener en cuenta que solamente hay 2 niveles no conseguidos (NC) y que la valoración global es notablemente alta.

En la siguiente tabla puede observarse el grado de cumplimiento de los diferentes derechos:

INSTALACIÓN	DERECHO 1					DERECHO 2				DERECHO 3					DERECHO 4			DERECHO 5				
	ESTÁNDARES					ESTÁNDARES				ESTÁNDARES					ESTÁNDARES			ESTÁNDARES				
	1.1	1.2	1.3	1.4	1.6	2.1	2.2	2.3	2.4	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	4.1	4.2	4.4	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5
I-1	CP	//	//	CP	CP	CP	CT	CT	CT	CT	CP	CP	CT	CP	CP	CP	CP	CT	CP	CP	CP	CT
A-3	CT	//	//	CT	CT	CP	CP	CP	CT	CT	CP	CP	//	NC	//	CT	//	CT	CT	LI	//	CT
H-2	CP	CT	CP	CP	LI	CP	CT	CP	CT	CP	CP	CP	CP	CT	CP	CP	CP	CP	CT	//	CP	CP
I-4	CP	//	//	CP	CP	CP	CT	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CT	CT	CP	CT
A-1	CP	//	//	CT	CT	CP	CT	CP	CT	CT	CP	CP	//	NC	//	CP	//	CT	CT	CT	//	CT
CTA-1	CT	//	//	CT	CT	CP	CT	CP	CT	CT	CT	CT	//	CT	CT	CT	CP	CP	CT	CT	CT	CT
H-5	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CT	CP	CT	CP	CT	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CT	//	CP	CT
H-6	CP	//	//	CP	CP	CP	CT	CT	CP	CP	CT	CP	CT	CT	CT	CP	CT	CP	CT	//	CP	CT
H-7	CT	CT	CT	CP	CP	CP	CT	CP	CT	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CT	CP	CP	CT	//	CP	//
H-8	CP	//	//	CT	CP	CP	CT	CT	CT	CP	CP	CT	CP	CP	CT	CT	LI	CT	CT	//	CP	CT
I-6	LI	//	//	CP	CP	CP	CT	CT	CT	CP	CT	CP	CT	CT	CP	CP	LI	CT	CP	CT	CP	CT
CTA-3	CP	//	//	CP	CP	LI	CP	CP	CT	CT	CT	CP	//	CP	CT	CT	CT	CT	CT	CT	CT	CT
A-4	CT	//	//	CT	CP	CP	CP	CT	CT	CT	CT	CT	//	LI	//	CT	//	CT	CT	CT	//	CT
I-8	CP	CP	//	CP	CP	CP	CT	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CT	CP	CP	CP	CP	CT	CP	CP	CP
I-9	CP	//	//	CP	CP	CP	CT	CP	CP	CP	CP	CT	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CT	CT	CT	CP
CTA-2	CP	//	//	CT	CT	CP	CT	CP	CT	CT	CT	CT	//	CT	CT	CT	CP	CT	CT	CT	CT	CT
H-4	CP	CP	NC	CP	CP	CP	CT	CP	CT	CP	CT	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CT	//	CP	CP
H-9	CP	//	//	CP	CP	CP	CT	CT	CT	CT	CP	CT	CT	CP	CT	CT	CT	CP	CP	//	CP	CP
I-2	CP	//	//	CP	CP	CP	CT	CT	CP	CP	CP	CT	CP	CT	CP	CP	CP	CT	CT	CT	CT	CT
I-5	CP	//	//	CP	CP	CP	CT	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CP	CT	CT	CT
A-2	CT	//	//	CT	CP	CT	CT	CP	CT	CT	CT	CT	//	CP	//	CT	//	CT	CT	CT	//	CT
I-3	CP	//	//	CP	CP	CP	CT	CP	CP	CT	CT	CP	CT	CT	CP	CT	CP	CT	CP	CT	CT	CT
H-1	CP	CT	//	CP	CP	CP	CP	LI	CP	CP	CP	CP	CP	CT	CP	CP	CP	CP	CT	//	CP	CT
H-3	CT	CP	LI	CP	CP	CP	CT	CT	CP	CT	CP	CP	CP	CT	CP	CP	CP	CP	CT	//	CP	CP
I-7	CP	//	//	CP	CP	CP	CT	CT	CP	CT	CP	CP	CP	CT	CP	CP	CT	CP	CT	CP	CP	CP

CT: conseguido totalmente
CP: conseguido parcialmente
LI: logro iniciado
NC: no conseguido
No aplicable: //

4. VALORACIÓN GENERAL DE LOS RESULTADOS

Se realizó por representantes del Equipo de Trabajo de Campo y del Grupo Evaluador.

Los resultados se valoraron mediante la lectura de las entrevistas, la observación realizada durante la visita y la comprobación y revisión de la correspondiente documentación. El Grupo Evaluador extrajo las siguientes conclusiones referentes a problemas, deficiencias e insuficiencias detectados:

4.1. Falta o insuficiente información

1. Acerca de la discriminación y el estigma que padecen las personas con problemas de salud mental con el fin de combatirla por parte de grupos sociales específicos (políticos, gobernantes, educadores, abogados, empresarios…), así como por los profesionales implicados y la sociedad en general.

2. Sobre los derechos de las personas con problemas de salud mental, principalmente en lo que concierne al acceso a la información clínica, a los tratamientos aplicados y a las medidas restrictivas, a la intimidad y confidencialidad, a ejercer en plenitud su capacidad de obrar y su capacidad jurídica.

3. Acerca de las bases jurídicas y los procedimientos de los internamientos y tratamientos involuntarios, y sobre la posibilidad de realizarlo de forma ambulatoria, con el fin de aplicar los procedimientos menos restrictivos.

4. Sobre la red de recursos disponibles, tanto en su funcionamiento como en las prestaciones que ofrece, para asegurar la continuidad de la atención y los cuidados a las personas con problemas de salud mental y a sus familiares.

5. Acerca de los procedimientos adecuados para que los usuarios y sus familiares puedan presentar sus reclamaciones o quejas y ejercer sus derechos.

4.2. Deficiencias en instalaciones, recursos y coordinación de niveles

1. No reúnen en muchas ocasiones las condiciones adecuadas para ser utilizadas por personas con discapacidades motoras o sensoriales y en algunos casos necesitan mejoras generales.

2. Las unidades hospitalarias están en general mal equipadas y son de pequeñas dimensiones, careciendo de espacio suficiente para realizar actividades psicosociales, lúdicas, ocupacionales y físicas, lo que repercute negativamente en los procesos terapéuticos.

3. No todas las instalaciones disponen de equipos multidisciplinares completos

que permitan aplicar toda la diversidad de tratamientos psicosociales convenientes.

4. Falta suficiente personal especializado, con las habilidades necesarias, para proceder a los traslados de los enfermos mentales desde su domicilio a los centros hospitalarios o asistenciales.

5. No hay suficientes opciones ni ayudas de formación para el empleo adecuado a cada persona y a cada grupo de personas con problemas de salud mental, lo que dificulta en gran medida su reinserción socio-laboral.

6. Se constata asimismo una notable falta de coordinación entre los diferentes ámbitos de acogida y tratamiento a personas con problemas de enfermedad mental que afecta especialmente en las zonas rurales: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Atención Primaria y Especializada (SESPA), Unidad de Coordinación de Salud Mental, Centros de Salud Mental, Servicios Sociales, Consejería de Bienestar Social, Agencia Asturiana de Discapacidad, Juzgados, Fiscalías...

4.3. Insuficiencia de protocolos, guías de tratamiento y otros procesos

1. Se detectan carencias en Psicoeducación, acerca de la enfermedad mental. Cómo enfrentarse a ella y saber manejarla en la vida diaria, tanto para los usuarios como para sus familiares.

2. No se utilizan ni se dispone de protocolos y guías de tratamiento de manera suficiente para evitar una variabilidad innecesaria en los tratamientos.

3. Se percibe una escasa utilización del consentimiento informado para realizar internamientos y tratamientos.

4. Son insuficientes los procedimientos para garantizar las medidas de protección del personal sanitario ante situaciones de emergencia.

5. Se desconoce la finalidad que actualmente debería tener el proceso judicial de modificación de la capacidad de obrar (antiguo proceso de incapacidad) y las funciones que en ello deben ejercer los jueces, fiscales, médicos forenses y equipos psicosociales.

6. Se desconoce igualmente la posibilidad de instar y acordar la medida de apoyo de Tratamiento Autorizado sobre la base previa de que exista un programa terapéutico completo y adecuado a las circunstancias y a la realidad de cada persona enferma.

4.4. Deficiencias en el trato y la relación con los usuarios

1. Hay indicios suficientes de que el trato y la relación que mantienen los profesionales con los usuarios suele adolecer de humanidad, cercanía y sensibilidad para

abordar los problemas de salud mental y la trayectoria vital de estas personas.

2. La intimidad y la confidencialidad de los usuarios no dispone de espacios ni recursos suficientes para ser tratada con la dignidad y el respeto que merecen.

3. Hay deficiencia de planes personalizados para cada usuario/a, sobre la base de las necesidades de cada persona, y con programas y/o itinerarios definidos por objetivos y evaluados a través de un control y seguimiento adecuados que vayan más allá del mero tratamiento farmacológico.

II. EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LA ATENCIÓN A PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL: GRUPOS FOCALES

Ningún abordaje de los derechos humanos de quienes sufren trastornos mentales tendrá efecto alguno si no se plantea seriamente combatir el estigma asociado a ellos, divulgando la realidad mediante campañas de información y sensibilización dirigidas a todos los grupos involucrados: profesionales de la comunicación, gobernantes y legisladores, educadores, abogados, empresarios, incluso los propios profesionales de la medicina y las familias, muchas veces las más desinformadas, y que han de enfrentarse de primera mano a la convivencia y la evolución de la persona afectada.

Y aún es más importante informar a las propias personas afectadas para que esos prejuicios, de los que participan como miembros de su sociedad, no les afecten y les lleven a perder la confianza en su propia recuperación y en sus capacidades para hacer una vida normalizada. Aquí juega un papel importante el movimiento asociativo, en su doble función de apoyo y asesoramiento. Su trabajo conjunto con los propios servicios de salud mental, como un recurso más, exige plantear que consiga un mayor nivel de desarrollo.

Por todo ello, resultaba imprescindible contar con las opiniones de todos los grupos de interés en la segunda parte del análisis y evaluación.

METODOLOGÍA

A) Relación de las fases del trabajo:

1. Contactos con Asociaciones de usuarios de Salud Mental y/o familiares (AFESA, ADANSI, ACBANER, ASPERGER, HIERBABUENA y BIPOLARES) y profesionales de Atención Primaria (AP), con un doble objetivo: informar del lugar que ocupa esta actividad dentro del Proyecto de Evaluación de los Servicios de Salud Mental de Asturias, y elaborar un formulario de cuestiones básicas para entrevistar grupos

focales de usuarios de los servicios de Salud Mental, familiares y profesionales de AP.

2. Constitución de Grupos Focales y programación.

3. Realización del trabajo, durante los meses de febrero, marzo y octubre de 2010.

4. Relación de conclusiones.

B) Grupos focales constituidos:

Se constituyeron nueve grupos focales: 3 de usuarios, 3 de familiares (correspondiendo dos de ellos a un área periférica y el resto a la zona central), uno de profesionales de AP y dos grupos de profesionales de la red de servicios de salud mental.

A continuación se muestra una tabla con la composición de los grupos de usuarios y familiares:

GRUPO	LUGAR	ASOCIACIONES	MUJERES	VARONES	TOTAL
Familiares	Cangas del Narcea	AFESA	6	5	11
Familiares	Oviedo	ADANSI / AFESA	7	1	8
Familiares	Gijón	ADANSI / AFESA / ASPERGER	6	2	8
Usuarios	Cangas del Narcea	AFESA	5	6	11
Usuarios	Oviedo	HIERBABUENA / AFESA	4	5	9
Usuarios	Gijón	HIERBABUENA / ABA	8	4	12
Profesionales	Gijón	Profesionales AP	-	-	6
		TOTAL	**36**	**23**	**65**

CONCLUSIONES GENERALES

I) USUARIOS

1. Para los usuarios es importante la información sobre lo que les sucede. Es importante cuidar la relación terapéutica.

2. Creen que el seguimiento es insuficiente.

3. Consideran la integración social fundamental para la recuperación.

4. Para disminuir la discriminación proponen facilitar información a nivel público sobre la enfermedad. Quieren estar más presentes a nivel social, a través de campañas de sensibilización sobre estos problemas.

5. La asociación cumple la función de ofrecerles un espacio al que acudir donde encuentran personas en situaciones similares. Creen que la asociación necesita más recursos económicos.

6. A nivel laboral plantean que se haga el mismo esfuerzo de discriminación positiva que se hace con otras discapacidades.

7. La mayoría creen que se debe informar a la familia de lo que es la enfermedad y de cómo actuar frente a ella, pero creen que deben pedirles consentimiento sobre ello.

8. Creen que además de la propia enfermedad mental, asociados a ella aparecen otra serie de procesos emocionales, adaptativos, de afrontamiento, que no son tratados en el servicio psiquiátrico. Creen que necesitan atención psicológica para aprender a afrontar los síntomas que desencadenan las crisis, a tener estrategias para relacionarse. Es imprescindible la intervención a través de medicamentos pero insuficiente.

9. Consideran que nadie puede obligarte a tomar la medicación si eres un adulto, pero que si hay recursos de control (atención a domicilio, que te llamen si no acudes, que te manden un mensaje al móvil para recordarte) es mucho más probable que haya menos abandonos y más adherencia al tratamiento.

10. Les preocupa la situación en la que quedan cuando la familia desaparece, no hay nadie que los cuide o se preocupe. Creen que residencias o pisos tutelados pueden ser una solución y que sus pensiones pueden contribuir a pagar estos servicios.

II) FAMILIARES

1. Las familias comentan en los tres grupos la necesidad de que los Servicios Sanitarios de Salud Mental les den información sobre la enfermedad, que se la expliquen y que les orienten sobre cómo actuar. Quieren información sobre su evolución y sobre los recursos que tienen a su alcance, incluidas las asociaciones. Plantean hacer una Escuela de Madres y Padres con información médica, de cuidados.

2. A todos les preocupa lo que puede pasar con sus familiares cuando la familia no pueda hacerse cargo de ellos. Se necesitan pisos tutelados, unidades de tratamiento integral, con equipos multidisciplinares. Y además, en el caso de los menores, que los profesionales tengan contacto con el colegio.

3. Debe haber un protocolo de atención al paciente común en los Servicios de Salud Mental desde la Atención Primaria (detección precoz de trastornos) hasta la atención psiquiátrica. Coordinación entre los equipos de salud mental y de servicios sociales.

4. Los ingresos son vividos como necesarios pero son percibidos como desmoralizantes para los usuarios y los familiares. Los problemas son: el espacio físico deteriorado y poco cuidado, la falta de intimidad en el recinto, la mezcla de perso-

nas con diferentes patologías, ausencia de espacios al aire libre, tiempos de espera. Creen que muchos ingresos se evitarían si pudiesen tener un acceso más directo y fácil con el psiquiatra de referencia.

5. En el caso de Salud Mental Infantil se comenta la necesidad de establecer canales de comunicación entre la familia, la escuela y los profesionales sanitarios.

6. Consideran que el seguimiento que se realiza a sus familiares una vez estabilizados es escaso y que sólo implica un control de la medicación. Consideran que hay otros aspectos que deben ser valorados: cómo está esa persona emocionalmente, cuáles son los problemas a los que se enfrenta cotidianamente. Se demanda más tiempo para cada paciente.

7. Las asociaciones cumplen un papel de apoyo a las familias. Tienen pocos recursos.

8. En el tema de la discriminación creen que la enfermedad mental está poco visibilizada, que sigue habiendo un estigma y que se hacen pocas campañas para acercarla a la vida cotidiana.

9. Muchos enfermos mentales no toman la medicación. Piensan que debe existir un control: darles la medicación en casa, llamarles si no acuden a tomarla, pero que estos servicios, que ya existen y que son buenos para la familia, les parecen insuficientes.

10. La atención psiquiátrica en muchos casos es valorada como positiva, hay servicios que funcionan bien. Pero opinan que algunos profesionales necesitan más humanidad y cercanía, sensibilidad hacia estos problemas.

III) PROFESIONALES DE AP

1. No hay información de recursos internos de SM. Se desconocen las funciones de centros.

2. No se conoce cómo se trabaja en SM, sobre todo en rehabilitación.

3. No está permitido derivar a profesionales específicos de SM.

4. Los recursos no se usan de manera eficiente.

"Al no conocer los recursos no sabemos si son suficientes aunque creemos que no se usan de forma eficiente. Cuando los pacientes van a SM "desaparecen, pasan a otra dimensión. Se ven muchas distimias que se cronifican".

5. Pocas altas. Hay lista de espera. No se dan altas de pacientes crónicos, ni siquiera de pacientes con malestar.

6. Los esquemas de revisiones son demasiado fijos, quizás a los pacientes más complicados se les dedica el mismo tiempo que a otras patologías banales. Los plazos de revisiones son muy largos. A los pacientes con psicosis se les revisa poco.

7. Excesiva rotación farmacológica y nula prescripción de genéricos.

8. Pasividad de los pacientes en SM. Los pacientes no critican el tratamiento ni ponen dudas al respecto. No hay percepción de que haya diferentes opciones de tratamiento.

9. Diferencias pacientes neuróticos y psicóticos. Los pacientes neuróticos o no toman la medicación o la aceptan bien. Los psicóticos preguntan más, dudan, son desconfiados. Los bipolares también. No consta que se les avise de efectos secundarios ni que se les ofrezcan diferentes alternativas.

10. Hay un déficit formativo en los residentes de Medicina de Familia (MdF). Hay variabilidad entre Centros.

11. Dan de alta al paciente que no acude a revisión en el CSM. Curiosamente SM no da altas casi a nadie pero cuando un paciente, pierde una revisión lo remiten de nuevo a AP, para solicitar una nueva cita.

12. Los pacientes con dependencias tienen muchas revisiones.

13. Problema con los pacientes que no acuden. Vacío legal.

Se piensa que en el seguimiento de los psicóticos agudizados hay un vacío legal. Para un tratamiento involuntario se precisa una orden judicial. Existe un problema cuando el paciente no acude a revisión y la familia se abstiene de intervenir. Debería ser el psiquiatra quien decida.

14. Hay desconocimiento sobre el procedimiento de ingreso forzoso. Hay factores implicados: el agotamiento del cuidador, el sostén social y familiar… La policía a veces pone impedimentos a ingresos forzosos si no son prescritos por el psiquiatra.

15. A los pacientes de SM no se les pregunta si quieren que se informe a los familiares de su proceso pero otros aspectos de la confidencialidad se respetan bastante, incluso más que en Atención Primaria.

18. No parece haber discriminación por sexo. Sin embargo hay ciertos sesgos en los que siempre es una mujer la protagonista de etiquetas y perjuicios.

19. Sí discriminación/rechazo de la persona con problema de salud mental. Hay mucho estereotipo y prejuicio que dificulta el que la persona se integre en la comunidad, no sólo a nivel de patologías graves sino también de otros trastornos como adicciones. Se desconoce si los pacientes psiquiátricos tienen derechos diferentes al resto de los pacientes.

20. Cierta predisposición a etiquetar lo psiquiátrico. En algunos ámbitos, como servicios de urgencias, se tiende a etiquetar a los pacientes psiquiátricos minusvalorando la demanda, como si los pacientes psiquiátricos no tuvieran patología orgánica.

21. El estigma dificulta la integración. El manejo de la información de los pacientes que toman psicofármacos es absolutamente peyorativo. Con patología orgánica hay cierta solidaridad emocional que no sucede con problemas como la esquizofrenia. Se habla de propuestas educativas, campañas de sensibilización pero positivas.

IV) PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

1. Ambos grupos insisten en la necesidad de homogeneizar más los protocolos de atención y de actuación entre áreas.

2. Necesidad de hacer cambios en la forma de atender la demanda con la finalidad de reducir la presión de la misma, poder atender más tiempo y con más continuidad al usuario, poder ofrecer servicios reales de psicoterapia y no sólo de atención para toma y seguimiento de la medicación y poder tener también mejores resultados con respecto a costes-beneficios. Evitar la cronicidad.

Los aspectos a mejorar serían:

a. La necesidad de elaborar programas y protocolos basados en la evidencia científica y ajustados a las necesidades de la población y recursos de que se dispone. Partiendo del conocimiento técnico-científico de los propios profesionales, la literatura vigente, y proporcionando la formación complementaria necesaria para su aplicación.
b. La necesidad de conocer los programas que están desarrollándose en la actualidad en todas las áreas.
c. Procurar la coordinación de los distintos programas para poder hacer derivaciones con más facilidad.
d. La existencia de programas de atención específica eficaces y probados que tengan continuidad en el tiempo, que puedan ser evaluados.
e. Tener tiempos y espacios diferentes a los de atención al paciente para poder realizar investigación o para llevar a cabo un programa concreto.
f. Que exista personal de psicología, enfermería... en AP que pueda atender demandas de malestares menos severos, con programas de terapia breve, que puedan asumir una parte de la demanda.
g. Desarrollar programas y protocolos de atención integral, en los que se potencien los tratamientos psicológicos costo-eficaces, ampliamente demandados por los ciudadanos y por el resto de especialidades médicas.

3. Revisión según las zonas y áreas de los equipamientos y recursos humanos.

4. Que la atención en el Servicio de Salud Mental Infantil pase a ser Infanto-Juvenil, hasta los 18 años, y en algunas áreas en que no existe desarrollar este programa. En relación con esto se plantea la importancia de la detección precoz, cuando estamos a tiempo de poder abordar la situación de forma temprana.

5. Que las necesidades de formación sean decididas desde el ámbito clínico, no desde el ámbito político. Que la formación tenga una aplicación práctica en programas concretos, que se pueda evaluar. Debe ser larga en el tiempo para poder profundizar en un tema.

6. Se comenta que el sanitario tenga tiempo para coordinarse, investigar, formarse, llevar a cabo su trabajo cotidiano, participar en programas. Relacionado con esto aparece la necesidad de que se tenga en cuenta al profesional a la hora de evaluar necesidades y diseñar estrategias y procedimientos terapéuticos.

7. Poca comprensión de la SM, tanto por el público en general como dentro de la propia profesión médica o social.

8. Necesidad de más personal en aspectos como la terapia ocupacional y ocio alternativo asociados a los programas que se llevan a cabo.

9. Se plantea que el papel del asociacionismo debería ser reivindicativo y de acompañamiento (autoayuda), pero no deben desempeñar un papel clínico ni formativo (que no desempeñen tareas-actividades formativas es cuestionable), ni cubrir necesidades que deben ser cubiertas por la administración pública.

10. Necesidad de información actualizada de Psiquiatría legal para conocer cómo actuar en determinadas situaciones complejas.

11. En cuanto a la confidencialidad, es importante sensibilizar sobre la importancia de este tema, tomárselo más en serio, ver qué tipo de información es más sensible y cómo manejarla, con programas que protejan al usuario.

CONCLUSIONES

La incorporación de los derechos humanos en la atención sanitaria, con la aplicación de las distintas normativas legales, se está convirtiendo en una demanda por parte de los profesionales y, a la vez en una exigencia por parte de los usuarios.

Este es un ámbito en el que la participación de los usuarios debe reconocerse como posible, con una enorme sensibilidad e impacto para la asistencia a las personas con enfermedades mentales y su entorno social (fundamentalmente familias).

La experiencia que recoge este documento en cuanto a la Evaluación de Servi-

cios de Atención a la Salud Mental por parte de los usuarios, demuestra la viabilidad de su realización gracias a la existencia de una metodología rigurosa (OMS), que ha tenido en cuenta las directrices legales vigentes así como los criterios de gestión de la calidad en organizaciones sanitarias. Y debe reconocerse como necesario el compromiso de madurez de la organización sanitaria con su propio modelo de atención y los usuarios del mismo.

De la evaluación se destaca un cumplimiento mayoritario de los distintos derechos y sus criterios en los distintos dispositivos, lo cual supone una validación del modelo de atención y un respaldo a la trayectoria de la Red de Salud Mental de Asturias en estas tres décadas.

De la información obtenida y como resultados, el grupo de trabajo coordinador de la evaluación elaboraró las recomendaciones de mejora recogidas en un documento para su inclusión en el posterior Plan de Salud Mental de Asturias ("Desarrollo de las Recomendaciones de la Evaluación de los Servicios de Salud Mental con internamiento". Año 2011. Gobierno del Principado de Asturias). Disponible en la web de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

Otro resultado fue la elaboración por parte del dicho grupo de trabajo, de la "Carta de Derechos y Deberes de los usuarios de los Servicios de Salud Mental", que está vigente en la actualidad. Disponible en la web de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

Y por último, como conclusión cualitativa, este proyecto que permitió la incorporación de la voz de los usuarios consiguió que éstos se sintieran reconocidos, con visibilidad. Que la toma en consideración de su opinión para la mejora de los servicios sí supuso su mayor empoderamiento, pero de forma participativa, con un mejor conocimiento del modelo de atención comunitario y la reivindicación del mismo al lado de los profesionales sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thornicroft, G., et al., Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. Lancet, 2009. 373(9661): p. 408-15.
2. Caldas de Almeida, M. and V. Aparicio Basauri, Legislacion sobre salud mental y derechos humanos. Editores Medicos, 2005
3. ONU, Declaración sobre los Derechos de las personas con discapacidad.

Asamblea General de las Naciones Unidas. Nueva York, 1975

4. ONU, Resolución 37/52. Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacida., Asamblea General de las Naciones Unidas.: New York, 1982

5. ONU, Estándares sobre la igualdad de oportunidades para las Personas con Discapacidad. (Resolución 48/96)., Asamblea General de las Naciones Unidas. Nueva York, 1993
6. Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol. United Nations: New York, 2006
7. WHO, Quality Rights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. World Health Organization: Geneva, 2012
8. WHO, Consumer involvement in mental health and rehabilitation services. World Health Organization: Geneva, 1988,
9. WHO, User empowerment in mental health- a statement by the WHO regional Office for Europe, World Health Organization: Geneve, 2010
10. Borg, M., B. Karlsson, and H.S. Kim, User involvement in community mental health services--principles and practices. J Psychiatr Ment Health Nurs 2009. 16(3): p. 285-92.
11. Browne, G. and M. Hemsley, Consumer participation in mental health in Australia: what progress is being made? Australas Psychiatry 2008. 16(6): p. 446-9.
12. WHO, Declaration of Alma-Ata. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, 1978.
13. WHO, Ottawa Charter for Health Promotion. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, 1986,
14. WHO, Prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region. World Health Organization Regional Office for Europe: Copenhagen, 2006.
15. WHO, Mental Health Declaration for Europe. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, 2009
16. WHO, Mental Health Action Plan for Europe. WHO Regional Office for Europe Copenhagen, 2009.
17. European pact for Mental Health and Well-being. European Comission: Brussels, 2008.
18. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2011-2013. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, 2011.
19. Fernández de Sevilla Otero, J., M. San Pío Tendero, and e. al.|, Guía Partisam: promoción de la participación y autonomía en Salud Mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Madrid, 2014,
20. Hostick, T., Developing user involvement in mental health services. J Psychiatr Ment Health Nurs 1998. 5(6): p. 439-44.
21. Services, D.o.H., Strengthening consumer participation in Victoria´s public mental health services. Melbourne, Victoria, 2009:
22. Bowl, R., Legislating for user involvement in the United Kingdom: mental health services and the NHS and Community Care Act 1990. Int J Soc Psychiatry, 1996. 42(3): p. 165-80.
23. Barbato, A., et al., Involvement of users and relatives in mental health service evaluation. J Nerv Ment Dis 2014. 202(6): p. 479-86.
24. Graham, J., I. Denoual, and D. Cairns, Happy with your care? J Psychiatr Ment Health Nurs 2005. 12(2): p. 173-8.
25. Svensson, B. and L. Hansson, Satisfaction with mental health services. A user participation approach. Nord J Psychiatry 2006. 60(5): p. 365-71.

26. Thornicroft, G. and M. Tansella, Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. Epidemiol Psichiatr Soc 2005. 14(1): p. 1-3.
27. Walsh, J. and J. Boyle, Improving acute psychiatric hospital services according to inpatient experiences. A user-led piece of research as a means to empowerment. Issues Ment Health Nurs 2009. 30(1): p. 31-8.
28. Weinstein, J., Involving mental health service users in quality assurance. Health Expect 2006. 9(2): p. 98-109.
29. Simpson, E.L. and A.O. House, Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. Bmj 2002. 325(7375): p. 1265.
30. Crawford, M.J., et al., User involvement in the planning and delivery of mental health services: a cross-sectional survey of service users and providers. Acta Psychiatr Scand 2003. 107(6): p. 410-4.
31. Evaluación de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias . Primera fase: informe de situación. Gobierno del Principado de Asturias, 2010,
32. Evaluación de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias . Segunda fase: Evaluación de Derechos humanos y Calidad en instalaciones con internamiento. Gobierno del Principado de Asturias, 2010.
33. Evaluación de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias. Tercera fase: Evaluación cualitativa de la atención a las personas con problemas de salud mental. Gobierno del Principado de Asturias, 2010,
34. Plan de Salud Mental 2011-2016 del Principado de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias, 2011.