

Instituto Valenciano de Salud. ¿De quién dependeremos?

Es claro que el problema de definición sigue siendo básico, pero lo es también aclarar que la llamada «locura» ha dejado de ser exclusivamente médica, haciendo falta una educación dirigida tanto a la sociedad en general como al médico y po-

lítico en particular que pongan en evidencia la necesaria colaboración de numerosos profesionales y entre ellos, el del psicólogo, para la buena intervención en estos problemas.

El análisis realizado se ha concretado en uno de los centros que funcionan en Valencia y, por tanto, se puede esperar que en otros existan

funcionamientos muy distintos, donde incluso el papel del psicólogo sea valorado y potenciado, pero existe una realidad general innegable, nuestras competencias dependen del libre arbitrio del psiquiatra que nos dirija.

Anotaciones en torno a la reforma psiquiátrica

Pedro T. Sánchez

Centro Salud Mental Massamagrell

Hace aproximadamente dos años se inició un proceso de reforma de los servicios de salud mental de la Diputación de Valencia. El presente trabajo, es una reflexión sobre el desarrollo del objetivo prioritario de esa reforma: la creación de un dispositivo de salud mental comunitaria.

El primero paso estructural (y el único realizado hasta el momento) fue la apertura de 19 Centros de Salud Mental, que siguiendo la ordenación de las áreas sanitarias, atienden una determinada zona geográfica. A estos centros fueron adscritos equipos multidisciplinares compuestos por personal que procedía de los hospitales psiquiátricos. Así, por ejemplo, el CSM de Massamagrell, en el cual trabajo, está adscrito al Área Sanitaria 04, junto al CSM de Sagunto. El equipo del CSM de Massamagrell está compuesto por 3 psiquiatras, 1 psicólogo, 1 ATS, 1 asistente social, 1 administrativa, 1 monitor y 3 auxiliares psiquiátricos. Nuestra zona de trabajo es la comprendida entre Puzol-Vinalesa-Alboraia, que se corresponde aproximadamente a L'Horta Nord, con una población cercana a los 96.000 habitantes.

Los CSM se instauraron como estructuras intermedias entre la sociedad y los hospitales psiquiátricos,

por ello sus funciones principales son la asistencia en la comunidad, el filtraje de la demanda de hospitalización y el apoyo a la reinserción de los pacientes crónicos deshospitalizados. Es obvio pues, que en principio, los CSM no se crearon para asistir a la comunidad, sino en la comunidad.

ASISTENCIA

La consecuencia directa del asentamiento del equipo en la comunidad, fue la necesidad de implicar y colaborar con los demás profesionales presentes en la zona, dada la gran diversificación existente en los recursos y competencias entre diferentes organismos e instituciones. Desde nuestro punto de vista, la salud mental no debe ser en ningún caso el reducto de unos grupos profesionales. Además, la experiencia indica que un factor fundamental para evitar el etiquetamiento y marginación de las personas con trastornos mentales, es la implicación más amplia posible de los agentes sociales y asistenciales del entorno.

Actualmente, en este grupo están en tratamiento aproximadamente 2 personas por cada 1.000 habitantes (no incluyéndose en nuestro campo asistencial ni las Toxicomanías, ni la SM infanto-juvenil para los que exis-

ten otros equipos especializados). De los cuales, al menos el 85% son crónicos (con largo tiempo de evolución) y en torno al 67% presentan diagnósticos de Psicosis. Además, se colabora habitualmente con otros profesionales, especialmente en el asesoramiento de diagnósticos y tratamientos.

Desde esta perspectiva, creemos necesario hacer las siguientes reflexiones sobre la planificación asistencial en la salud mental comunitaria:

— La actual dispersión de recursos y competencias crean abundantes problemas en la planificación y actuación, que revierten perjudicialmente en la atención a la población, por lo que se hace necesario la unificación y estructuración de todas las competencias y recursos desde un solo organismo sanitario. Así como debería institucionalizarse la cooperación entre dicho organismo sanitario. Así como debería institucionalizarse la cooperación entre dicho organismo y los servicios sociales dado que normalmente junto a los trastornos mentales se encuentran problemas sociales.

— Actualmente en la comunidad existen escasas estructuras asistenciales, de forma que se producen saltos cualitativos entre una instan-

cia y otra. Especialmente relevante para la salud mental es el escaso desarrollo de la red de asistencia primaria, así como la falta de servicios (de internamiento de corta duración) en los hospitales generales. Todo ello implica un paso secuencial del médico de cabecera al especialista, y de éste al hospital psiquiátrico como únicas alternativas.

— Parece existir una tendencia pareja entre el grado de desarrollo económico de una comunidad y la demanda de actuaciones psicológicas por la población. Sin embargo, la oferta pública actual es fundamentalmente psiquiátrica, ello conlleva una costosa psiquiatrización de problemas emocionales y conductuales que conforman una gran parte de la demanda. Por todo esto, entre las estructuras intermedias que notamos en falta, destaca, la inexistencia de gabinetes psicológicos de carácter asistencial.

— Por último, resulta preocupante el escaso nivel de información sobre salud mental que observamos no sólo entre la población, sino también entre profesionales (no especialistas) que están en contacto con la problemática. Por ello, considera-

mos necesario la creación de propuestas informativas/educativas que tendrían que incidir especialmente sobre las visiones estigmatizadoras y las concepciones morales y/o mágicas.

REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN

Éste es quizás el tema prioritario para el desarrollo de la reforma de los hospitales psiquiátricos, y afecta particularmente a los pacientes «crónicos» o en vías de serlo. Personalmente utilizó el término «crónico», para señalar a aquellas personas que por el largo proceso de sus trastornos y/o por sus características, se han ido encapsulando o marginando de la dinámica social de su entorno. En este sentido el contenido prioritario de la rehabilitación debería estar dirigido a dotar al sujeto de las habilidades sociales básicas.

Usualmente la rehabilitación se ha fundamentado en torno a actividades ocupacionales realizadas en centros especiales que por motivaciones económicas suelen tener carácter comarcal o subcomarcal. También debemos reconocer que existen

grandes carencias de estructuras y recursos incluso para la población en general.

Pese a ello, considero que las actuaciones encaminadas a la efectiva rehabilitación y reinserción en la comunidad, sólo adquieren su pleno sentido cuando se realizan desde estructuras con ámbito municipal (referido al entorno geosocial del sujeto) y polivalentes, concebidas como pasos intermedios dentro de un continuo de integración personal.

A modo de conclusión, pienso que estamos asistiendo a la consolidación de un modelo asistencial en la comunidad, que no desembocará necesariamente en un verdadero cambio en la salud mental comunitaria. Por contra, propongo un cambio de perspectiva encaminado hacia un modelo de intervención comunitaria, con carácter integral, que contemple todos los aspectos que influyen en el continuo salud-enfermedad. Modelo que debe ser diseñado en base a las características «propias» de cada comunidad, implicando a todos los agentes sanitarios, sociales y educativos, en torno a las tareas de prevención, investigación, divulgación, rehabilitación y asistencia.

