

XL ANIVERSARIO DE ZAMUDIO (2009) ¿Y DENTRO DE 40 AÑOS ?

José Guimón

Jose.guimon@ehu.es

1. PRÓLOGO

Aunque el Dr. López Albo promovió antes de la Guerra Civil Española la construcción de un Hospital Psiquiátrico en Derio para centralizar la Asistencia psiquiátrica en la provincia de Vizcaya, dispersa por entonces en los manicomios de Zaldibar y Bermeo, el proyecto fue abandonado, en parte por razones políticas, y el edificio fue dedicado a Seminario.

Los primeros intentos de modernización de la Asistencia psiquiátrica en el País Vasco surgieron en Vizcaya, provincia en la que la Diputación Foral había tradicionalmente mostrado interés por estos pacientes desde su política de Beneficencia. El Dr. Mariano Bustamante Burón propició, como Jefe de los Servicios Psiquiátricos Provinciales, la creación del Instituto Neuropsiquiátrico Nicolás Achúcarro, de concepción por entonces vanguardista, para pacientes agudos de ambos sexos (del que fui uno de los primeros internos) y un Consultorio Psiquiátrico ambulatorio en la calle Arbieto de Bilbao, en cuyos inicios en 1968 tuve la ocasión de colaborar con él. Por lo demás, funcionaban en la provincia un dispensario de Higiene mental, principalmente para niños y tres consultas de Neuropsiquiatría de la Seguridad Social con dos horas diarias de atención.

El quinquenio siguiente (1971-1976) fue marcado por el intento de poner en práctica los dispositivos asistenciales intermedios (Hospital de Día, etc.), los recursos terapéuticos sofisticados (3) y las actividades formativas propuestas por el modelo norteamericano de la Psiquiatría de Comunidad, al que nos fuimos haciendo afines varios de los miembros del Departamento de Psiquiatría de la Universidad.

La Diputación de Vizcaya atravesaba una grave crisis derivada de la inminencia de una transición política que se adivinaba pero que se dilataba, originando, entre otras dificultades, una seria reticencia por parte de los políticos y de los administradores a tomar decisiones y una casi sistemática contestación de la autoridad a todos los

niveles. La crisis económica era importante y la actividad terrorista creciente, lo que originaba una situación social caótica.

La Diputación de Vizcaya consignó, tras negociaciones con Madrid, un crédito de

tres mil millones de pesetas y se mostró dispuesta a poner en marcha un plan de reestructuración de sus servicios psiquiátricos, con un presupuesto de quince mil millones de pesetas. Tal plan preveía la concentración de los centros asistenciales en terrenos aledaños al Hospital de Zamudio hasta disponer de un gran número de camas, con la intención de hacer desaparecer los hospitales de Bermeo y Zaldívar.

La Diputación se vio forzada a consultar su proyecto con el Departamento de Psiquiatría de la Universidad y con el Colegio de Médicos. Por entonces empezaron a participar democráticamente en los planes de salud y en concreto en los de Psiquiatría diversas entidades locales. La Asociación Vasco-Navarra de Neuro-Psiquiatría votó en una junta ordinaria la realización de una ponencia sobre Asistencia psiquiátrica propuesta por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Bilbao y la Asociación Argibide, que fue leída en el congreso de Pamplona, y en la que se abogaba por una Asistencia psiquiátrica sectorialiii. El presidente del Colegio de Médicos de Vizcaya encargó a nuestro Departamento de Psiquiatría la elaboración de un informe sobre las posibilidades de reestructuración de la Asistencia psiquiátrica que esa corporación adoptó como propio. En las reuniones de representantes del Colegio de Médicos y del Departamento de Psiquiatría con la Diputación se llegó (muy a pesar de los representantes de esa corporación) a la conclusión de la necesidad de realizar una evaluación del Sistema antes de tomar decisiones que pudieran hipotecar el futuro cambio asistencial. Todas estas actividades numerosas y prolongadas en el tiempo hicieron que la transformación de la Asistencia psiquiátrica en el País Vasco fuera, a mi modo de ver, menos traumática que la que sufrió el resto de España. Bien es verdad que la situación asistencial de partida era ya mejor en el País Vasco, donde las Diputaciones habían prestado tradicionalmente más interés y más medios a la Psiquiatría que en el resto del Estado.

Cuarenta años han transcurrido desde la fundación de nuestro querido Hospital, que ha presenciado una de las mayores transformaciones de la atención a la Salud mental de la Historia y durante los cuales me ha tocado desarrollar toda mi carrera como psiquiatra. A otros compañeros les toca describir la cambiante vida de nuestro Instituto. Los organiadores de este acto me han invitado a hacer de futurólogo lo que hago muy honrado aunque consciente de lo pretencioso que supone asomarse a la azotea desde los que se presienten las apasionantes transformaciones que sin duda ocurrirán en la Salud mental como en todas las áreas de la actividad humana.

Hablaremos sucesivamente de la progresión del modelo biológico, de la generalización de las nuevas clasificaciones, de las directrices terapéuticas y del desarrollo de las prácticas burocráticas establecidas a partir de la constatación de la necesidad de contener los costes de la salud.

¿Y DENTRO DE 40 AÑOS ?

1. ¿PSIQUIATRÍA O SALUD MENTAL

Siempre me ha gustado más el término de Psiquiatría a la hora de pensar en lo que hacemos, pero creo que en los decenios que vienen nuestra actividad se definirá mejor como Asistencia en Salud Mental aunque el concepto resule algo vago y pretencioso. Pero es que las actividades de la « Salud Mental » no se limitan ya a los enfermos, sino que incluyen a la población sana y en el futuro se intentará aumentar su nivel de bienestar y funcionamiento psicosocial y detectar cualquier signo de anomalía que pueda alertar sobre la proximidad de una enfermedad. Esto exige ya y lo hará más claramente la participación de muy distintos profesionales además de los psiquiatras..

En los próximos decenios, apartándose del tradicional foco de la Psiquiatría en el tratamiento, los campos de intervención de la Salud Mental se refirán especialmente a los distintos programas de prevención: a combair las fuerzas que aumentan o disminuyen la incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales; a refinar y emplear los métodos y técnicas de acción directa e indirecta para reducir los niveles de trastorno de la comunidad y a elaborar índices de prevalencia de trastornos mentales en la comunidad; y a mejorar y utilizar eficientemente los métodos de intervención.

Las estrategias de promoción y prevención en salud mental se centrarán sobre todo en disminuir las barreras para que la Salud Mental sea reconocida como un componente fundamental de de la Salud Pública y no sólo de la Salud en general. En ese sentido los profesionales se verán involucrados cada vez con mayor frecuencia en cuestiones como el empleo, la educación, el alojamiento y los problemas legales de sus pacientes y de las poblaciones en general. En efecto las estrategias para la prevención y la promoción de la Salud Mental les exigirán formarse en ayudarles a desarrollar habilidades que lleven a fortalecimiento de los factores de resiliencia especialmente en grupos de alto riesgo. Así, tendrán que dedicar buena parte de su tiempo a realizar acciones en la comunidad para reducir los factores de riesgo y para fortalecer los factores protectores [1].

Las recomendaciones(Henderson, 2004; Henderson, Kuhn, Lethinen, & Ozamiz, 2004) del proyecto que tendrá una influencia decisiva en Europa señala que las actividades de prevención y promoción deben contribuir a combatir la estigmatización; que son actividades son más eficaces si se integran en todos los países europeos; que requieren intervenciones específicas en la familia, en la educación, en los lugares de trabajo y en las agencias ayuda social, identificando grupos vulnerables y a personas que estén en alto riesgo. Señala ese proyecto que los períodos de transición vital tienen un alto potencial de riesgo, en especial los momentos de paso de la infancia a la edad adulta y de la edad adulta de trabajo al retiro. Se insiste en que hay que hacer intervenciones multidisciplinarias y multisectoriales; en que los derechos humanos de las personas que sufren por estos trastornos (así como los de sus familias y sus cuidadores) deben ser respetados para evitar la estigmatización y la discriminación consecutivas. Se subraya que los grupos de apoyo, de autoayuda y no gubernamentales deben contribuir a estas actividades de promoción y prevención.

La promoción de la salud mental es una empresa interdisciplinaria y sociocultural destinada al logro de condiciones que mejoren el bienestar de los individuos de los grupos de las comunidades. Se trata de un proceso que se debe realizar a lo largo de toda la vida. Por su parte, la prevención en salud mental se suele dividir en los puntos de vista primario (la verdadera « prevención ») y secundario (que es lo que se denomina en Medicina « tratamiento »). A veces se habla de la llamada en Medicina Rehabilitación como de « Prevención terciaria ».

La promoción y la prevención en salud mental estarán en el futuro más íntimamente ligadas que hasta ahora. Las mismas medidas contribuyen, de hecho, habitualmente, tanto a la promoción de una buena Salud Mental como a la prevención de la enfermedad. Se considerará a la salud mental como un concepto paraguas y a la prevención de la enfermedad mental como uno de sus resultados principales.

2.. ¿CUÁL ES EL FUTURO DE LA PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL?

2.1.. El nivel biológico

En los próximos años se irán definiendo los objetivos diana (*targeting*) sobre los que se deben centrar las intervenciones en Salud mental [2]. Sin duda, el avance de algunas investigaciones biológicas facilitará la prevención de algunos trastornos psíquicos en especial en el campo de las psicosis orgánicas. Por ejemplo, actualmente se está cerca de obtener un paradigma matemático capaz de predecir casi al 100% el riesgo de Alzheimer, con datos familiares, génicos, de neuroimagen, 10 años antes del inicio de los síntomas y marcadores biológicos en sangre o líquido cefalorraquídeo. Ello permitirá preparar vacunas y medicaciones que puedan evitar el avance de la enfermedad y quizás prevenirla.

En el campo de las psicosis endógenas y en menor medida en los trastornos de personalidad se podrán detectar en niños la presencia de algunos marcadores biológicos de predisposición a determinados trastornos, lo que permitirá establecer estrategias preventivas. Así mismo, será posible detectar en adultos asintomáticos la presencia de genes que predisponen a la transmisión de una vulnerabilidad hacia esos trastornos, lo que permitirá proporcionar consejo genético o incluso establecer intervenciones sobre la madre embarazada para modificar en el feto ciertas características que predisponen a esos trastornos o favorecer, por el contrario, el desarrollo de otras que protegen contra ellos. Este nuevo tipo de medicaciones podría modular el número de receptores y quizás la liberación de los transmisores regulándola directamente al nivel del gen [3].

La Psiquiatría biológica y, en especial, la psicofarmacología seguirán desarrollándose ofreciendo productos más específicos, más potentes y con menos efectos indeseables. Así, en el futuro, el tratamiento de la ansiedad sobre el plano farmacológico se efectuará con nuevas moléculas de estructuras químicas muy diversas. Se logrará el objetivo de una eficacia máxima del medicamento con mínimas dosis y de poner a punto productos que posean efectos muy selectivos, de manera que se disminuyan o se hagan desaparecer los efectos indeseables para obtener así ansiolíticos « puros », desprovistos de la tendencia de crear dependencia.

2.2. Intervenciones psicoterápicas

El psicoanálisis ha dejado ya de ser, como era hasta los años sesenta el tratamiento psicoterapéutico (J Guimón, 2008) y el modelo terapéutico en torno al cual se desarrollaba la mayor parte de la formación de los psiquiatras. Sin embargo, los esfuerzos de un importante número de investigadores psicoanalistas y neurocientíficos aumentarán el prestigio de esta Ciencia. Las psicoterapias psicoanalíticas se practicarán poco como terapia específica en los próximos decenios en los servicios de Salud Mental públicos. Sin embargo, seguirá habiendo un porcentaje de la población (los « *worried well* », los introspectivos y muchos profesionales de la Salud) que deseará seguir, en régimen privado, tratamientos psicodinámicos, aunque adaptados a las cambiantes condiciones socioculturales. En efecto, las modificaciones que ya se han producido pero que se acentuarán en los próximos decenios son decisivas. La presencia en los países occidentales de un número creciente de inmigrantes, con creencias, valores y actitudes muy diferentes; la modificación de las prácticas sexuales que llegarán hasta los actos sexuales virtuales en Internet; el cambio de las estructuras familiares, de las formas de procreación y de educación de la prole (como la partenogénesis sin la intervención del varón), los padres homosexuales o transexuales o padres únicos; son todos ellos factores que modificarán la teoría y la práctica psicoanalíticas.

Las Terapias breves, grupales, no-verbales serán preferidas por los pacientes y en especial por los seguros que reembolsarán sólo aquellas técnicas que demuestren su eficacia y las de orientación dinámica tienen, por su propia naturaleza, dificultades para hacerlo. Sin embargo, hay que recordar que el que no haya “pruebas substanciales” de eficacia (*whithout substantial evidence*) de un procedimiento es diferente de que sea “sin valor substancial” (*without substantial value*). En cualquier caso, una actitud informada desde un punto de vista dinámico representa un beneficio para la mayoría de los pacientes y la enseñanza de la psicoterapia dinámica se seguirá impartiendo a los profesionales de la Salud Mental.

La política de “Asistencia gestionada” que conlleva un control ferreo de los costes, ha perjudicado a la Asistencia en Salud Mental, imponiendo recortes importantes en las prestaciones psicosociales. La práctica de la psicoterapia es compatible, sin embargo, con esa Asistencia gestionada. Pese a que algunas investigaciones recientes afirman que la prolongada longitud de la psicoterapia predice mejores resultados, la mayoría de los estudios controlados no lo demuestran. Otra cuestión que es necesario tener en cuenta es que muchos trabajadores en el campo de la salud mental consideran que no está justificado que algunas profesiones con más formación reciban honorarios mayores que otras. Para el tipo de terapia susceptible de ser reembolsada por la asistencia gestionada la discusión tiene argumentos serios. La Psiquiatría gestionada excluye en sus presupuestos de reembolso las psicoterapias prolongadas, como el psicoanálisis, y reembolsa en cambio las que tienen las características de Terapias breves: Foco en el « aquí y ahora »; alianza terapéutica pragmática; búsqueda de la satisfacción del cliente más que insistencia en la transferencia y la dependencia; actitud del terapeuta activa y positiva; negociación con el paciente de los fines que se buscan y de las responsabilidades que cada uno adquiere en la terapia; actitud de ayuda con disposición favorable a actuar ocasionalmente en forma de Intervención en crisis; flexibilidad en las intervenciones, incluyendo formatos de grupo, de familia, psicoeducativos, y combinando la terapia con recursos comunitarios, ayuda religiosa y grupos de auto-

ayuda cuando sea posible. La terapia practicable en la asistencia gestionada puede llegar a tomar la forma de una ayuda para todo el ciclo vital del paciente, tomando el terapeuta un papel que Cummings (1991) llama de “médico de familia psicológico”. Realizará entonces una “Psicoterapia breve intermitente a lo largo del ciclo vital” en determinadas fases vitales en las que el estrés haya podido desestabilizar a su paciente. Cada una de las intervenciones acabarán con “interrupciones” no “finalizaciones”. De hecho, en ocasiones se tratará de “psicoterapias de una sola sesión” (Bloom, 1992).

Para trabajar en ambientes de Psiquiatría gestionada el profesional terapeuta tendrá que estar disponible y preparado técnicamente para establecer una comunicación ágil con los demás médicos, terapeutas o psiquiatras que se relacionan con el paciente o su entorno próximo (« terapia combinada »). Tiene, por otra parte estar dispuesto a que los organismos que reembolsan el tratamiento realicen una revisión de la calidad de su trabajo y debe, en el avance de sus conocimientos, buscar información e inspiración en la investigación empírica

2.3. Tratamientos combinados, fármacos y psicoterapia

La utilización combinada de la psicoterapia y de la farmacoterapia es muy apreciada por las organizaciones de medicina gestionada ya que una sola persona (el psiquiatra) es capaz de aportar a la vez una relación terapéutica y una intervención biológica específica. En efecto, los medicamentos sólo tienen valor cuando los pacientes son complacientes con el tratamiento, y para asegurar esta complacencia, debe existir una buena relación con el psiquiatra, quien no sólo prescribe los fármacos sino que también ayuda al individuo a intentar resolver los conflictos emocionales y los problemas cotidianos.

Aunque la distancia entre psicoterapeutas y psicofarmacólogos parezca agrandarse, un número importante de investigaciones ha demostrado que el tratamiento combinado (fármacos y psicoterapia) es generalmente más eficaz que el simple tratamiento con uno u otro. Es más, resulta imposible no tener en cuenta la complejidad de los pacientes con enfermedades mentales graves como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, y la depresión mayor que exigen enfoques múltiples. Saber cómo integrar la psicoterapia y la psicofarmacología es un reto para los psiquiatras tanto a nivel intelectual como a nivel emocional, particularmente en el marco de la enseñanza de nuestros médicos residentes.

Sin embargo, es probable que en el futuro en algunos sistemas de medicina gestionada, la terapia sea coordinada por un “psicofarmacólogo” que trabaje junto con un psicoterapeuta o con un equipo terapéutico. Hay el claro riesgo de que el psiquiatra sea relegado al papel de mero “consultor en psicofarmacología” antes que considerado como miembro activo y líder del equipo. La especialidad de psiquiatra, que tiene un par de siglos de vida, ha pasado por avatares múltiples que han obligado a quienes la practicamos a pasar por distintos papeles: carceleros, entomólogos, neuropsiquiatras, psicoanalistas, psicosociólogos y últimamente neurocientistas y burócratas. El futuro de la identidad del psiquiatra es incierto y en todos los países occidentales durante el presente decenio las Asociaciones profesionales están haciendo un gran esfuerzo por recuperar el papel de psicoterapeuta para los profesionales. Así, los planes de formación de los residentes en Psiquiatría se han revisado en ese sentido en todos los países, incluida España, donde actualmente se está elaborando un completo programa de psicoterapia para los MIR, tal como lo ha decretado el BOE.

2.4. Las guías terapéuticas

En los próximos decenios se aplicará con mucho más rigor una « Psiquiatría basada en datos científicos » (*evidence based psychiatry*), mediante diferentes « guías terapéuticas » (*guidelines*) que están siendo desarrolladas y validadas en nuestra especialidad. Es, claro está, de fundamental importancia, que los sistemas de asistencia médica estén cada vez más basados sobre los diagnósticos y los procedimientos terapéuticos más adecuados y no sobre prácticas inspiradas por prejuicios ideológicos. Sin embargo, aunque las nuevas guías terapéuticas en Psiquiatría han introducido cierta racionalidad y disciplina en el establecimiento y la jerarquización de medidas de tratamiento, no deben de ser valoradas en exceso. De hecho, se fundan más en el consenso de expertos que en marcadores más o menos específicos que podrían permitir verdaderos tratamientos etiológicos.

3. LA ORGANIZACION DE LA FUTURA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL

3.1. La calidad de la Asistencia: Posiciones optimalistas versus maximalistas

El reciente sistema de limitación de costes (*managed care*) al que hacemos arriba referencia impone restricciones a los tratamientos que, a veces, van en contra de una asistencia de calidad. Aunque sea aceptable proponer una actitud médica « optimalista » (exigencia de la mejor calidad a un precio razonable) más que « maximalista » (sólo sería aceptable el tratamiento óptimo con independencia de su precio), los profesionales y los agentes comunitarios deberían por lo menos asegurarse de que se hacen los mismos esfuerzos para asegurar la calidad de la asistencia en Salud Mental que en los otros aspectos de la Salud.

El pago a los proveedores de servicios de Salud Mental o el reembolso a los pacientes de los tratamientos (hospitalarios y ambulatorios) tropezará en el futuro con limitaciones mayores que las impuestas a los pacientes que padecen enfermedades somáticas, tanto en términos de duración de las estancias que del número y del tipo de consultas ambulatorias aceptadas [4].

Por otra parte, a la hora de diseñar los futuros dispositivos de Salud Mental, hay que reconocer que, dada la escasez de recursos, hay que establecer prioridades entre las necesidades, lo que exige obtener previamente datos epidemiológico adecuados. Además hay que conocer el grado de desarrollo de los servicios ya disponibles en la zona para evitar duplicar la oferta (Holloway, 2001), como hoy ocurre en muchos sitios.

3.2. El lugar de la salud mental en los sistemas de salud

Aunque no hay que psiquiatrizar la vida, ni « psicologizar » la salud en exceso, habría que intentar trazar mejor las fronteras de la Psiquiatría con otras especialidades médicas vecinas, dado que es previsible que aumente la competencia ya existente por aumentar los límites de sus territorios respectivos. Es particularmente el caso de la Neurología (para las demencias, p.e.), de la Geriátrica (para los trastornos psicogeriatricos), de la Pediatría (para la

neuropediatría), de la Medicina Comunitaria (para el abuso de sustancias), de la Endocrinología (para los trastornos de la alimentación, p.e.), etc. En los próximos decenios se impondrá una reflexión transversal, de igual a igual, en cada sistema de salud entre los responsables de la Psiquiatría y las especialidades arriba mencionadas (José Guimón, 2008).

Por otro lado, el desarrollo de la investigación en neurobiología ha aumentado la tendencia “reduccionista” sobre la investigación psiquiátrica al desvalorizar los estudios realizados con una óptica relacional. Así mismo, se acentuarán las dificultades de frontera en el campo mismo de las actividades tradicionales de la Salud Mental. En efecto, se tornarán aún más confuso los límites de la formación de los diplomados en las diferentes especialidades de la Salud Mental debido a las conexiones y a los solapamientos de sus diversos campos de actividad. Así, los psicólogos desarrollarán sus conocimientos biológicos e intentarán con más ahinco que hasta ahora obtener el derecho de recetar medicaciones psicotrópicas. Por otro lado, los médicos generalistas se formarán cada vez más en el campo de la Salud Mental y aumentará el número de Universidades en las que se desarrollen programas de Salud Mental para internistas o para neurólogos (*behavioural neurology*).

Es previsible que, en contrapartida, los psiquiatras sientan la necesidad de formarse mejor en psicoterapia, especialmente en técnicas breves y grupales para recuperar esa actividad que últimamente habrán ido delegando a otros profesionales

3.3. El aumento de la práctica de la Psiquiatría en la asistencia primaria.

Es bien sabido que la mayor parte de las personas que presentan trastornos psiquiátricos ligeros o moderados son vistas en el sistema de asistencia primaria por los médicos generales quienes, con mucha frecuencia, no diagnostican estos trastornos o los diagnostican de forma errónea o los tratan de forma inadecuada. En los países en los que los servicios de salud públicos están muy desarrollados, la Psiquiatría está incluida en los centros de salud al lado de la Medicina general y la Pediatría, lo que mejora la asistencia a las personas con problemas psicológicos.

Un sistema de Asistencia en Salud Mental debe insistir en la mejoría de la formación de los médicos generales quienes, en el mundo entero empiezan ya a solicitar el acceso a ciertos módulos de formación avanzada en Psiquiatría.

4. DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

4.1. Las Urgencias y las crisis

Las urgencias psiquiátricas deben estar incluidas en las urgencias de los Hospitales generales y se ha demostrado que la existencia de camas de estancia muy breve para la observación y el tratamiento agudo (entre 24 y 72 horas) de parte de estos pacientes puede evitar numerosas hospitalizaciones psiquiátricas. En este sentido, aumentará el número de servicios de urgencia hospitalarios que funcionen como verdaderos “centros de crisis”, con personal específico y bien formado.

Las urgencias a domicilio se están desarrollando cada vez más en las grandes ciudades y tienen un éxito indiscutible. Centros de crisis extra-hospitalarios, tales como los que han sido desarrollados en Ginebra bajo el nombre de CTB – Centro de Terapia Breve - son muy útiles aunque de costosa gestión en el plano económico, razón por la cual es de preferir que se desarrollen más bien al lado de las urgencias de los hospitales generales.

El modelo de atención a las urgencias más frecuente actualmente es el de la relación de consulta por un psiquiatra que trabaja en otro sitio y va a evaluar el caso y proponer un tratamiento. En la sala de urgencias con su énfasis en el tratamiento rápido y su espacio restringido, los pacientes psiquiátricos son vistos como estorbos, casos menos genuinamente urgentes, por lo que se espera del psiquiatra que los quite pronto de en medio [5]. Se necesita más tiempo que el disponible en los servicios habituales de urgencias para permitir que el cuadro remita (en uno o dos días, p.e.) y para dar respiro al entorno del paciente. Algunos servicios disponen actualmente de un número reducido de ese tipo de camas (2 a 12 *holding beds*) situadas en el servicio de urgencias o muy cerca que permiten que algunos pacientes se quede por la noche o por unos días: trastornos de la personalidad, pacientes crónicos con buena red social pero con estrés importante que se han descompensado, pacientes con trastornos transitorios por abuso de sustancias. Con ello se evitan estancias más largas en otras unidades.

Existen también algunos centros residenciales para tratamiento agudo (*crisis respite care*) con programas muy diversos. Algunos están basados en familias de acogida entrenadas y apoyadas por personal profesional (*group home model*) (Fields & Weisman, 1995a, 1995b) tienen como ingrediente principal la « terapia del medio ».

4.2 ¿Sectorización o programas especializados ?

La sectorización ha hecho progresar notablemente la Asistencia en Salud Mental permitiendo la desinstitucionalización de numerosos pacientes psiquiátricos y evitando la hospitalización de numerosos nuevos casos. La sectorización ha permitido mejorar la continuidad de la asistencia entre el ámbito hospitalario y el extra-hospitalario, sobre todo en los sectores de menos de 200 000 habitantes, en los cuales el tamaño reducido de los equipos permite una comunicación suficiente.

Pero a lo largo de los últimos años, se han podido detectar ciertos problemas [6]. A pesar de estas dificultades, se recomienda mantener todavía la sectorización, asegurando a la vez la coherencia de los sectores afin de poder, por ejemplo, disponer de una paleta de asistencia homogénea, basada en resultados científicos y no en creencias o actitudes de ciertas escuelas psiquiátricas a las que pueda pertenecer el responsable del sector.

Hansson (Hansson, 2001) describe las ventajas de la sectorización, destacando que es un sistema basado en la población que puede por lo tanto aumentar la accesibilidad, la disponibilidad y la colaboración con otros agentes comunitarios. Permite una evaluación y un control basado en la población ; aumenta la detección de los pacientes ; facilita la interacción de los servicios ; permite apoyar y educar mejor a las familias y al paciente ; y promueve servicios generales más bien que especializados. Entre las desventajas señala que limita la elección del servicio y del profesional por parte del paciente.

El estudio PRiSIM que evalúa la introducción de equipos de salud mental en un sector (Thornicroft, Strathdee, Phelan, Holloway, & al., 1998) servido por el Maudsely Hospital mostró que estas formas de tratamiento comunitario resultaron algo más eficaces que los servicios orientados hacia el hospital. Los beneficios fueron algo menores que los obtenidos en estudios experimentales sobre eficacia (efecto de dilución), los efectos dentro del sector experimental fueron algo mayores en los servicios más caros, no se vieron efectos negativos mayores o de inatención, y el tener un solo equipo (para agudos y crónicos) en vez de dos era casi tan eficaz y claramente menos costoso.

El establecer el tamaño óptimo de un sector es difícil porque la prevalencia no es la misma en todos los sitios. Hanson da algunas cifras orientativas.

Hoy en día existe una tendencia al desarrollo de diferentes subespecialidades en el campo de la Salud Mental, en función de la edad (niño, adolescente, adulto, persona mayor), de la patología (neuropsiquiatría, psicosomática, abuso de sustancias) o incluso del género (Psiquiatría para las mujeres por ejemplo.). Todo esto sin tener en cuenta las diferentes corrientes teóricas (biológica, psicológica, sociológica). Por otro lado, se están desarrollando programas muy especializados para patologías específicas, sobre todo en los Estados Unidos.

En ciertos países, la Psiquiatría geriátrica, la Psiquiatría infantil y la Psiquiatría adulta han obtenido el reconocimiento de subespecialidades con las correspondientes prerrogativas académicas y financieras (p.especificidad para el reembolso de los servicios). En otros países, se han retenido criterios para el mantenimiento de una única especialidad. Suiza, que reconoce desde hace tiempo las dos especialidades de psiquiatría y de psicoterapia del adulto y del niño, ha rechazado, después de largas discusiones, la idea de aceptar otras subespecialidades.

En una época en la que el rol del médico general está en vías de revalorización después de décadas de una tendencia excesiva a la especialización, abogamos también por el mantenimiento del fortalecimiento del rol del psiquiatra generalista. Es evidente que, conforme a lo que se ha dicho, su formación llega a ser muy larga pero es cierto que el período de 4 ó 6 años, actualmente aceptado en la mayoría de los países para la formación debe ser suficiente para asegurarlo. Por otra parte, está claro que la amplitud demasiado extendida de este campo y la confluencia de diferentes modelos teóricos engendran con frecuencia una impresión de inseguridad que resulta del sentimiento de no poder comprender todo en profundidad. Por estas razones, una aptitud para la síntesis y una capacidad de frustración forman parte de las características que el futuro psiquiatra debe poseer.

Los servicios especializados, aunque más costosos (Priebe & Gruyters, 1993), son necesarios a nivel « terciario » [7].

El interés actual (T. Burns, 2001a, 2001b) por las medicinas alternativas confirma el valor que se da a la relación médico-paciente. Muchos pacientes psiquiátricos graves recurren al médico general o al psiquiatra tras haber tenido desafortunadas experiencias de marginación y desencuentro por lo que es básica una relación de respeto y confianza. El abordaje « genérico » evita que el paciente se vea considerado como un objeto y asegura que haya un acuerdo mutuo en la elección del tratamiento de acuerdo con la singularidad del paciente.

Burns dice que el desarrollo de equipos genéricos de salud mental seguirá recibiendo el apoyo de todo el mundo porque subrayan la necesidad de un abordaje relacional al trastorno mental con un foco en la alianza terapéutica (Priebe & Gruyters, 1993).

4.3. La hospitalización

La Hospitalización psiquiátrica en el Hospital Generalón psiquiátrica ha contribuido a atenuar la estigmatización de los pacientes psiquiátricos y de los profesionales de la Salud mental y al desarrollo de la Psiquiatría biológica [8]. En cambio, se ha subrayado que este marco terapéutico favorece en exceso el enfoque biologista en detrimento del modelo de intervención relacional. Además, los profesionales que trabajan en los hospitales generales tienden a desarrollar cierta actitud omnipotente, persuadidos de que un tratamiento biológico a corto plazo es extremadamente eficaz, cuando, en realidad lo que ocurre es que, con demasiada frecuencia, no son testigos de la evolución crónica de estos pacientes en el exterior. Este enfoque médico, “mecanicista”, orientado hacia los protocolos, ha favorecido una actitud paternalista por parte de los profesionales. La exigencia de contener los costes ha condicionado, por otro lado, una tendencia a realizar estancias cortas («*short-terminism*») feroz. Los psiquiatras que ejercen en los hospitales psiquiátricos a veces se quejan de la selección hecha por esos servicios entre los enfermos (Psiquiatría «a dos velocidades»), sobre todo cuando se trata de centros universitarios donde, para justificar esta selección, se invocan razones ligadas a la enseñanza y a la investigación.

Finalmente, cuando las hospitalizaciones se realizan en un hospital general o en un hospital psiquiátrico en función de los sectores o del momento de la evolución de la enfermedad, existe un riesgo de crear una Psiquiatría a dos velocidades.

Por todo lo anterior se está intentando en algunos países avanzados ofrecer «alternativas residenciales» al internamiento. Mosher y cols. (Mosher, Vallone, & Menn, 1995), en un estudio randomizado con esquizofrénicos jóvenes, estudiando los resultados de un tratamiento agudo en una «residencia familiar» (*home-like facility*) llevada según el programa «Soteria» vio que los pacientes evolucionaban igual o mejor que los que eran hospitalizados en una unidad de Hospital general (Mosher et al, 1995). Los centros de ese tipo («de segunda generación») proporcionan alojamiento durante una crisis, tratamiento y apoyo intensivos, grupos pequeños y seguimiento para evitar hospitalizaciones [9].

Sin embargo, ha habido resistencias de distinto tipo hacia estos dispositivos producidas por preocupaciones legales y por falta de datos de eficacia, por lo que hoy por hoy, están poco extendidos. Aunque este tipo de centros no puede subsituir a todas las hospitalizaciones, es de prever que en el futuro se desarrollará como una alternativa interesante.

Por otra parte, como consecuencia del reconocimiento del riesgo de cronicidad de las enfermedades psiquiátricas después de su estancia en el psiquiátrico (“hospitalismo”) y, más recientemente, de la política de “contención” de costes se han hecho intentos de hacer volver a la comunidad a numerosos pacientes que habían pasado largos años en los hospitales psiquiátricos, mediante

el controvertido proceso de “desinstitucionalización”. En ciertos países, como Italia, la ley prohibió incluso hospitalizar a los nuevos casos en los hospitales clásicos [10]. En el futuro, gran parte de estas personas podrán vivir en establecimientos financiados y dotados de manera conveniente por los organismos sociales más que por los organismos de salud. Pero, a pesar de esto, siempre habrá cierto número de pacientes, aquejados sobre todo de psicosis funcionales crónicas, de síndromes demenciales, etc, para quienes serán necesarias estancias prolongadas en hospitales psiquiátricos, que tendrán entonces que ser reajustados para poder ofrecer actividades terapéuticas eficaces. Si no, habrá que crear nuevas instituciones para responder a estas necesidades.

Es difícil modificar los hospitales psiquiátricos tradicionales debido a las particularidades inherentes a su organización [11]. En este tipo de centros, existe una tendencia a prolongar las estancias de manera excesiva dado que tienen una organización tendiente a la burocratización que enlentece su funcionamiento.. Por ello, se ha llegado a dudar de si está justificado conservar hospitales psiquiátricos « monográficos ». Es probable que éstos seguirán jugando cierto rol en el futuro. En efecto, es cierto que algunos pacientes crónicos (incluso una parte de los « sin techo ») pueden vivir en viviendas protegidas si son apoyados por los equipos de Salud mental. Sin embargo, el número de los que no pueden sobrevivir en la comunidad suele ser subestimado en los estudios de intervenciones comunitarias a corto plazo. La experiencia demuestra que, a medio plazo, esa minoría de pacientes altera considerablemente el funcionamiento de los servicios (L. R. Burns, Anderson, & Shortell, 1993; T. Burns, 2001a) (Szmukler & Holloway, 2001). En el futuro, seguirán, pues, siendo necesarias, a pesar de todo, algunas camas de hospitalización prolongada. El número dependerá de las conductas de los profesionales, de las expectativas de la sociedad sobre el control de los enfermos, de la aceptación de su vuelta a la comunidad, de la epidemiología local y de la disponibilidad de recursos alternativos. Si no se dispone de esas camas pueden aumentar paradójicamente los costos.

Pero, ¿Qué papel jugarán en el futuro esos centros monográficos? En primer lugar, un rol de protección del paciente mismo (« asilo »), en el caso en el que ya no fueran suficientes sus mecanismos de lucha por sobrevivir en un mundo cada vez más conflictivo. También un rol terapéutico para un determinado número de pacientes cuyo estado exige la conjunción de un conjunto de instrumentos de tratamiento en un “ entorno ” determinado, únicamente obtenible en algunos centros psiquiátricos especializados y difíciles de poner en marcha en un hospital general. Es evidente que, si el hospital psiquiátrico ha de seguir existiendo más allá de su rol « custodial », debe pasar por una serie de reformas que lo transformarán en un verdadero instrumento terapéutico.

4.4. Hospitalización parcial

El porcentaje de pacientes admitidos para hospitalización que podrían alternativamente ir a un hospital de día no es mayor del 30-40% por lo que en el futuro se desarrollarán seguramente unidades integradas que ofrezcan una u otra alternativas (Schene, 2001). Esos programas realizarán en casos de descompensaciones agudas, intervenciones de crisis de uno o dos meses. Es probable, por ejemplo, que se generalicen programas para los trastornos de personalidad con duraciones de unos pocos

meses, con orientación mixta dinámica y cognitivo-comportamental. En cambio, cuando se trate de proporcionar un apoyo al tratamiento ambulatorio se preferirán más bien programas asertivos de orientación psicoeducativa.

4.5. Las comunidades terapéuticas en el futuro

Las comunidades terapéuticas seguirán teniendo dificultades para continuar existiendo dentro del ambiente medicalizado y de contención de los costos que prevalecerá en la mayoría de los países occidentales. Sin embargo, la relación propuesta por este tipo de programas podría ser un antídoto a estas tendencias de *managed care* o, si se es optimista, un complemento para sus actividades [12].

En el curso de los últimos años, la filosofía de las comunidades terapéuticas se ha propagado sobre todo en las instituciones a medio camino. Sin embargo, la comunidad terapéutica de hospitalización continuará presentando cierto interés ya que combina el tratamiento socioterapéutico, el tratamiento psicoterapéutico y las ventajas de la hospitalización [13]. A la hora de organizar este tipo de programa es necesario insistir en la necesidad de « calidad » por lo que es indispensable mejorar los programas terapéuticos y las competencias de los profesionales [14].

Existen también (Breslow, 2001) centros de « *crisis respite care* » en lugares residenciales para tratamientos intensivos de situaciones de crisis . Algunos están basados en « familias de acogida », bien formadas, apoyadas por personal profesional y otras (*the group home model*) (Fields & Weisman, 1995a) añaden elementos de terapia del medio.

4.5. Los programas de detección precoz

Hasta 1960 la psicoterapia dinámica prevalecía en el tratamiento de la psicosis pero que después decayó y el personal dejó de formarse en ese campo. La formación se orientó entonces primero hacia « un conductismo deshumanizante e ineficaz » (McGorry, 2000, 2001) y luego hacia el cognitivismo, como compromiso (J Guimón, 2003). En los últimos años ha renacido el interés hacia los tratamientos dinámicos al demostrarse su eficacia en determinados trastornos (Hogarty, Kornblith, & Greenwald, 1997). Aunque hubo ya algunos pioneros en la intervención precoz en la esquizofrenia, como Sullivan (Sullivan, 1953) , sólo en las últimas épocas se ha consolidado el optimismo, alentado por los países escandinavos (Alanen, Lehtinen, Lehtinen, Aaltonen, & Rääkköläinen, 2000) [15]. El interés por estos programas ha llevado a la creación de la *International Society for the psychological treatments of the Schizophrenias and other Psychoses (ISPS)* en y del *Early Psychoses Prevention and Intervention Center (EPPIC) Programm*, en Australia que promocionan este tipo de programas.

5. LOS RIGORES DE LA “PSIQUIATRÍA GESTIONADA” (*MANAGED CARE*)

Ante las modernas técnicas de contención de los costos, los profesionales nos estamos resintiendo con razón por la disminución de nuestra autonomía, la burocratización del trabajo y el papel de “agentes dobles” que nos vemos frecuentemente obligados a jugar con el paciente y los administradores. La mayoría de los profesionales han reaccionado ante los sistemas de Medicina gestionada con fuertes resistencias que se han manifestado de muy diversas maneras (Lazarus, 1996) [16]. Sin embargo está claro

que esas técnicas de gestión deben ser conocidas y asimiladas por los profesionales, quienes deben ir adaptándose a este escenario que sin duda se ensombrecerá en los próximos decenios.

Los administradores de los sistemas de medicina gestionada y no los directores médicos serán en el futuro más claramente los responsables de la supervisión de la utilización del tratamiento de los pacientes que ellos subvencionan. Los psiquiatras a menudo consideran con desdén la gestión de la utilización. Es evidente que se han cometido injusticias a la vez por parte de las personas encargadas de la revisión de la utilización y por parte de los psiquiatras y otros profesionales revisados (Green, 1989). En el futuro algunos psiquiatras que se tornan administradores pueden aportar importantes contribuciones a las compañías de Psiquiatría gestionada. Una formación adicional en gestión sería por lo tanto útil para todos los profesionales que aspiren a trabajar como administradores en estos sistemas. El potencial de los psiquiatras para contribuir a la administración de la salud mental permanece aún ampliamente inexplorado (J. Guimón & Sartorius, 1999). La gestión de la salud mental promete ser un campo de crecimiento y de oportunidad para los psiquiatras y muchos decidirán participar en esa área trabajando para las organizaciones de medicina gestionada (Guimón, Sota, & Sartorius, 2003).

6. LA ASISTENCIA A UNA POBLACIÓN ENVEJECIDA

La esperanza de vida de la población mundial aumenta rápidamente. Las estadísticas de EUROSTAT señalan que los españoles que acaban de nacer, por ejemplo, van a vivir más prolongadamente que los nacidos en la mayoría de los otros países del mundo (FIG. 7).

La emigración dentro de la Europa rejuvenecerá algo a algunos países, como es el caso de España. En estos países se ha estabilizado el envejecimiento mientras que en otros continentes aumenta el envejecimiento. Habrá, pues, en Europa un claro aumento de los años de vida activa de buena calidad. No sólo se vive más sino que se vive más sano por encima de los 60 años, con discapacidades leves, porque los factores que afectan a la duración de la vida son los mismos que mejoran la salud. Sin embargo, las discapacidades se acumulan por encima de los 85 años y afectan más a las mujeres.

Por otra parte, la Salud Mental empeora en las edades avanzadas, lo que contribuye a un aumento de las incapacidades, al suicidio de la depresión y de los trastornos cognitivos. Sin duda habrá progresos importantes en la detección de las demencias, en la predicción del riesgo de suicidio y en el control de otros síntomas por medios biológicos. Sin embargo, los progresos de la salud de esta población envejecida vendrán de la mano de acciones más inespecíficas. La dieta, el ejercicio físico, la modificación de los estilos de vida son las vías de la consecución a esas edades de una “Salud mental positiva”, que se caracteriza por el disfrute un suficiente bienestar y autonomía que permitan lograr ambiciones realistas, pese a diagnósticos y tratamientos médicos. Ello supone potenciar los factores protectores de la Salud Mental: habilidades individuales que lleven a fortalecimiento de los factores de “resiliencia”; relaciones familiares, laborales, y prestaciones sociales; redes sociales que den confianza al individuo; solidaridad con los vecinos y con la comunidad.

La asistencia psicogeriatrica en el futuro hará hincapié en la tendencia actual a sustituir las concepciones asilares por fórmulas de readaptación psicosocial más

adaptadas. La persona de edad va construyendo su porvenir sobre un estado de inseguridad permanente y sufre el temor al cambio de una situación incluso precaria, mientras que sus posibilidades de adaptación son superiores a las estimaciones corrientes del medio. En este contexto la hospitalización psiquiátrica es mal aceptada y puede dar lugar a reacciones de comportamiento que pueden ampliar o deformar la sintomatología real. De ahí la necesidad de facilitar la rápida adaptación del paciente al medio hospitalario, evitar la institucionalización y procurar la reinserción socio-familiar. La estructura arquitectónica de un servicio psicogeriatrico debe organizarse con la intención de crear un aspecto que favorezca la posibilidad de un clima de libertad. La asistencia social debe tener relaciones orgánicas con las instituciones existentes (residencias para ancianos, asilos, pensiones, casas particulares, etc.).

La terapia psicogeriatrica deberá evolucionar hacia la constitución de una asistencia social sectorizada, que no cree una separación entre los problemas intra y extrahospitalarios. Exceptuando los casos urgentes que no lo permitan, la hospitalización del paciente psicogeriatrico debe ser preparada por la asistencia médico-social. El paciente, la familia y el medio deben ser informados de las características y condiciones del ingreso. Desde el momento del ingreso deben prepararse las condiciones de salida.

Un servicio de psicogeriatrica no puede sustituir por completo al medio familiar o al medio del paciente anciano y, por esto, debe ayudarles con vistas a obtener de ellos el apoyo afectivo para la readaptación del paciente, y en cada caso particular orientar a la familia sobre su forma de actuar. Generalmente la familia hace hospitalizar a un paciente anciano demasiado tarde porque se siente culpabilizada de esta hospitalización que les parece a menudo definitiva, lo cual redundaría en perjuicio del hospitalizado. En general la labor asistencial de un centro psicogeriatrico se extiende al paciente, a la familia y al medio entendidos como una unidad dinámica.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Alanen, Y. O., Lehtinen, V., Lehtinen, K., Aaltonen, J., & Rökköläinen, V. (2000). The Finnish integrated model for the early treatment of schizophrenia and related psychoses. In B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe & F. Margison (Eds.), *Psychosis. Psychological Approaches and their Effectiveness* (pp. 235-265). London: Gaskell.
- Breslow, E. (2001). Emergency Psychiatric Services. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 265-277). New York: Oxford University Press.
- Burns, L. R., Anderson, R. M., & Shortell, S. M. (1993). Trends in hospital/physician relationships. *Health Affairs*, 12(3), 213-223.
- Burns, T. (2001a). Balancing the service elements. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry*. (pp. 223-231). New York: Oxford University Press.
- Burns, T. (2001b). Generic versus specialist mental health teams. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 231-242). New York: Oxford University Press.

- Fields, S., & Weisman, G. K. (1995a). Crisis residential treatment: an alternative to hospitalization. *NEW DIRECTIONS FOR MENTAL HEALTH SERVICES*.
- Fields, S., & Weisman, G. K. (1995b). Crisis residential treatment: an alternative to hospitalization. *New Directions for Mental Health Services*, 67, 23-31.
- Friedhoff, A. J. (1986). A dopamine-dependent restitutive system for the maintenance of mental normality. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 463, 47-52.
- Green, S. A. (1989). The process of reviewing peers. *Gen Hosp Psychiatry*, 11, 264-267.
- Guimón, J. (2003). *Relational Mental Health: Beyond Evidence-Based Psychosocial Interventions*. New York: Kluwer Academic.
- Guimón, J. (2008). *Crisis y porvenir del Psicoanálisis*. Bilbao: Ed. Universidad de Deusto.
- Guimón, J. (2008). *Salud mental basada en las pruebas*. Bilbao: Ed. Universidad del País vasco.
- Guimón, J., & Sartorius, N. (Eds.). (1999). *Manage or Perish ? The challenges of managed mental health care in Europe*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Guimón, J., Sota, E., & Sartorius, N. (Eds.). (2003). *La gestión de las intervenciones psiquiátricas*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Hansson, L. (2001). Sectorization. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Henderson, J. (2004). Policy Report. In J. Henderson, K. Kuhn, V. Lethinen & A. Ozamiz (Eds.), *Mental Health Promotion and Prevention. Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress related Disorders in Europe. Final report 2001-2003*. (pp. 10-26). Dortmund: WHP in Europe.
- Henderson, J., Kuhn, K., Lethinen, V., & Ozamiz, A. (2004). *Mental Health Promotion and Prevention. Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress related Disorders in Europe. Final report 2001-2003*. Dortmund: WHP in Europe.
- Hogarty, G. E., Kornblith, S. J., & Greenwald, D. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1504-1513.
- Holloway, F. (2001). Balancing clinical value and finite resources. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 167-179). New York: Oxford University Press.
- Johannessen, J. O., Larsen, T. K., McGlashan, T., & Vaglum, P. (2000). Early intervention in psychosis: the TIPS project, a multi-centre study in Scandinavia. In B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe & F. Margison (Eds.), *Psychosis. Psychological Approaches and their Effectiveness* (pp. 210-234). London: Gaskell.
- Lazarus, A. (1996). How is resistance to managed care manifested? In A. Lazarus (Ed.), *Controversies in Managed Mental Health Care* (Vol. ch. 8, pp. 99-114). Washington: American Psychiatric Press.
- McGorry, P. (2000). Psychotherapy and recovery in early psychosis: a core clinical and research challenge. In B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe & F. Margison (Eds.), *Psychosis. Psychological Approaches and their Effectiveness* (pp. 266-292). London: Gaskell.

- McGorry, P. (2001). Secondary prevention of mental disorders. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 495-508). New York: Oxford University Press.
- Mosher, L. R., Vallone, R., & Menn, A. (1995). The treatment of acute psychosis without neuroleptics: six-week psychopathology outcome data from the Soteria Project. *International Journal of Social Psychiatry*, 41(3), 157-173.
- Ozamiz, A., Henderson, J., Kuhn, K., & Lethinen, V. (2004). *Mental Health Promotion and Prevention. Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress related Disorders in Europe. Final report 2001-2003*. Dortmund: WHP in Europe.
- Priebe, S., & Gruyters, T. (1993). The role of the helping alliance in psychiatric community care. A prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 552-557.
- Schene, A. H. (2001). Partial hospitalisation. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 283-293). New York: Oxford University Press.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: W.W. Norton.
- Szmukler, G., & Holloway, F. (2001). In-patient treatment. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 321-338). New York: Oxford University Press.
- Thornicroft, G., Strathdee, G., Phelan, M., Holloway, F., & al., e. (1998). Rationale and design: The PriSM Psychosis Study. *British Journal of Psychiatry*, 173, 363-370.

8. NOTAS

[1] Distintas iniciativas como el proyecto *Mental Health Promotion and Prevention*, desarrollado por WHP in Europe (Ozamiz, Henderson, Kuhn, & Lethinen, 2004) intenta buscar aproximaciones estratégicas que sean conscientes de los peligros de la medicalización y la estigmatización de los problemas y de las ventajas de incluir y dar voz a los stakeholders en la planificación y desarrollo de las intervenciones. Estas deben ser evaluadas en la práctica lo que es esencial para su eficacia y transferibilidad y deben ceñirse a intervenciones basadas en las pruebas de eficacia.

[2] En el futuro los profesionales se familiarizarán con distintos conceptos sobre Prevención: "Prevención universal", que se refiere a las medidas que son deseables para cualquiera. La decisión de ponerlas en práctica se toma sólo si sus beneficios superan claramente sus costos y sus riesgos.- "Prevención selectiva" se refiere a las medidas que se suponen que son apropiadas para grupos específicos de población, por edad, sexo u ocupación cuyo riesgo de enfermar está por encima de lo normal.- "Prevención indicada" se refiere a las medidas para los grupos que están en riesgo suficientemente alto de enfermedad, de modo que realizar una intervención parecería clínicamente importante, por ejemplo las personas que experimentan un suceso traumático grave.

[3] Es posible que, como se había ya predicho, se puedan llevar al campo clínico algunos intentos de autilizar en humanos efectos de la exposición del feto a las drogas psicótropas que se habían realizado en el laboratorio ya en los años ochenta. En efecto Friedhoff y cols (Friedhoff, 1986) investigaron en esa línea administrando neurolepticos a ratas preñadas, lo que alteraba la actividad colinérgica post-natal del estriado, con un marcado descenso en la actividad dopaminérgica. Sugirieron que ello podría tener implicaciones para un aumento de la vulnerabilidad a trastornos extra-piramidales en el desarrollo post-natal, con las consiguientes posibles indicaciones clínicas. Friedhoff propone que si un papel fisiológico del sistema dopaminérgico es regularse a la baja ante agresiones psicológicas o biológicas, se podrían desarrollar medicaciones que mejoren la eficiencia de este sistema como una alternativa a las medicaciones convencionales

[4] Por otra parte, las compensaciones económicas a las personas afectadas de incapacidades mentales serán menos elevadas que las concedidas por incapacidades físicas. Los gobiernos de diversos países deberán acometer modificaciones legislativas para rectificar este tipo de atentado a los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos

[5] Un lugar de urgencias separado con personal específico dedicado a tiempo pleno a la tarea permite desarrollar mejor las habilidades específicas y aumenta el prestigio de la Psiquiatría, aunque es costoso y plantea competencia de recursos con otros servicios. Otro inconveniente es que los pacientes y sus familias pueden sentirse estigmatizados al ser enviados a un lugar específico (Breslow, 2001).

[6]a. El concepto mismo de “ sector ” se ha tornado menos evidente en las grandes ciudades o en las ciudades-dormitorio. Otras características de urbanización hacen que ciertos grupos de población no tengan ventaja en buscar una asistencia cerca de su domicilio. Incluso se indica que con el desarrollo de Internet las redes sociales a las que acuden los individuos están a veces muy distantes de su lugar de vida.

b. Cuando los sectores son demasiado pequeños, existen un cierto número de programas especializados (abuso de sustancias, detección de ciertas psicosis precoces, tratamiento específico para patologías poco frecuentes) que deben ser inter-sectoriales.

c. La distribución irregular de los hospitales en las ciudades a veces ocasiona hospitalizaciones de pacientes de sectores en hospitales alejados.

[7] El *Royal College of Physicians* británico cita, por ejemplo, como esenciales los de Rehabilitación (con residencias y programas de entrenamiento asertivo para la vida comunitaria), servicios forenses (de seguridad media y mínima) y de abuso de sustancias (incluyendo de « doble diagnóstico »). Tiene que haber además equipos especializados en niños, adolescentes, adultos y geriátricos. Ocasionalmente pueden haber también servicios para niños con sus madres, trastornos de la alimentación, enlace y psicoterapia.. Multisectorialmente o a nivel nacional pueden existir servicios de borderlines, minorías étnicas, psicoterapia hospitalaria, sordos, daño cerebral etc.

[8] Por otro lado, la entrada en un hospital general presenta también para el enfermo la ventaja de ser menos traumática que una hospitalización en un centro psiquiátrico tradicional. Además, las hospitalizaciones en un hospital general tienden a ser más cortas que las estancias en un hospital psiquiátrico tradicional, con independencia del tipo de paciente tratado, y se sabe que los pacientes hospitalizados por estancias breves presentan mejor evolución ulterior que aquellos que son hospitalizados por períodos largos.

[9] Uno de esos centros, la « McAuliffe House » es un « hogar » de 8 camas de crisis situado en Rockville, Maryland en una zona residencial. El psiquiatra que trata al paciente en el exterior atiende también a éste durante su estancia y además hay un psiquiatra consultor en el centro, que da una segunda opinión y supervisa al personal. El programa está basado en el de Soteria. El 87% de los pacientes tratados en McAuliffe tuvieron una evolución favorable y volvieron a la comunidad. La mejoría psicossocial y la utilización de servicios fue comparable, con un costo 49% menor.

[10] En los años 50, los avances de la farmacología y la utilización de instrumentos de diagnóstico y de terapéutica complejos, así como la voluntad expresada de acortar la duración de la hospitalización de los enfermos, acentuaron la dimensión médica del trabajo del psiquiatra, respondiendo con prioridad a las necesidades de los servicios de urgencia y de las unidades de corta estancia.

Aunque numerosos países, sobre todo occidentales, hayan realizado enormes esfuerzos tendientes a la desinstitucionalización de los enfermos y a su retorno a la comunidad, gran parte de las camas de los hospitales psiquiátricos en todo el mundo siguen estando ocupados en permanencia por pacientes que presentan más bien discapacidades sociales que enfermedades psiquiátricas.

[11] Dos modelos de organización (el de la « institución total » y el de la « burocracia ») han guiado las investigaciones sobre el funcionamiento de los hospitales. El hospital psiquiátrico es un modelo típico de la institución total responsable de graves restricciones en la libertad y en la existencia de los pacientes.

En la dinámica de estas instituciones, el etiquetaje es una función de base. El objetivo principal de organización de un hospital psiquiátrico acaba resumiéndose únicamente a la vigilancia, ya que los pacientes hospitalizados durante un período muy largo, acaban por no recibir tratamiento.

[12] En cualquier caso, los pacientes psiquiátricos graves (incompetentes, suicidarios, dependientes) que sufren de un sentimiento de profunda inseguridad continuarán teniendo necesidad de una terapia intensiva a largo plazo y nosotros debemos mostrarnos reticentes frente a las tentativas de reducir o hacer desaparecer los servicios comunitarios que ofrecemos. Un proceso de formación en acuerdo con los principios de comunidades terapéuticas debe motivar el crecimiento y la diferenciación de los pacientes y evitar el endoctrinamiento y la infantilización que son típicos de la formación médica, pero también, a veces, del psicoanálisis clásico.

[13] También se ha mostrado útil en el tratamiento de trastornos de la personalidad borderline y en la rehabilitación de ciertos delincuentes. Se debe avanzar en la investigación para evaluar su eficacia en lo que se refiere a otros grupos diagnósticos pero, al parecer, estos procedimientos intensivos permiten la regresión terapéutica al mismo tiempo que atenúan la regresión comportamental anti-terapéutica, lo que puede ser particularmente útil para los pacientes psicóticos que se han mostrado resistentes al tratamiento con otros medios. Ciompi, por ejemplo, ha desarrollado en el curso de los últimos 20 años el concepto de « integración psico-socio-biológica de la lógica del afecto » en la terapia de la esquizofrenia, una relación terapéutica innovadora que ha dado buenos resultados

[14] Se debe, por otra parte, estar atento al hecho de que la ausencia aparente de distancia profesional entre pacientes y profesionales, propia de las comunidades terapéuticas puede favorecer ciertas prácticas contrarias a la ética. Sin embargo, es verdad que la naturaleza misma del contacto próximo entre profesionales y pacientes puede ser un medio productivo para engendrar un sistema de valores y de comportamientos morales en los pacientes, siempre que el personal sea consciente de los peligros inherentes e incorpore las garantías adecuadas.

[15] En efecto, Johannessen y cols. (Johannessen, Larsen, McGlashan, & Vaglum, 2000), en Escandinavia han evaluado un programa de intervención precoz que desarrollaron para reducir el tiempo de psicosis no tratada (DUP), mediante campañas de información al público sobre métodos de reconocimiento de los síntomas en estadios tempranos, con resultados favorables. Por su parte, Alanen en Finlandia han utilizado con éxito un modelo integrado (principalmente psicterapéutico dinámico-sistémico) de tratamiento precoz de la esquizofrenia, trabajando intensamente con las familias y realizando visitas a domicilio. La incidencia de esquizofrenia se redujo de un 24,6 por 100.000 entre los años 1985-89 a un 10,4 entre los años 1990-94 en que funcionó el programa. Un 40% de los pacientes que antes hubieran sido hospitalizados fue tratado ambulatoriamente. Mientras que el año 1992 había 3,5 por 10.000 pacientes de larga estancia en Finlandia, en ese sector cayó a 0 en 1990 y siguió así después.

[16] injurias verbales a los psiquiatras que trabajan para las compañías de medicina gestionada, la implicación de pacientes con sus familias en disputas de seguro, el envío de pacientes inestables desde el punto de vista médico a otros proveedores, el rechazo a cooperar con los procedimientos de la medicina gestionada, y la aparición de litigios legales. Las críticas han recaído sobre varios aspectos.

