

ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL Y ATENCIÓN INTEGRADA

MARCELINO LÓPEZ ÁLVAREZ

Psiquiatra y sociólogo

Director de programas, evaluación e investigación

Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM

Sumario

1. PRESENTACIÓN.
2. LAS BASES DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL.
3. LA ATENCIÓN COMUNITARIA A PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES.
4. ALGUNAS REFERENCIAS A LA SITUACIÓN EN ESPAÑA Y EN CONCRETO EN ANDALUCÍA.
5. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Atención comunitaria en salud mental, Personas con Trastornos Mentales Graves, Atención integrada.

RESUMEN

La atención integrada representa una alternativa a las dificultades de los sistemas sanitarios públicos ante las necesidades de un número creciente de personas afectadas por patologías crónicas generadoras de discapacidad. Centrada originalmente en la atención a personas mayores, hay cada vez más evidencias de su utilidad en otros sectores como el infantil o el de otras patologías generadoras de dependencia.

Paralelamente los sistemas de atención comunitaria en salud mental vienen moviéndose en idéntica dirección, pero su tradicional dificultad de comunicación con la atención sanitaria y social general, distorsionada por el papel de las instituciones asilares y del estigma social asociado a ellas, ha impedido un enriquecimiento recíproco de ambas corrientes.

El artículo presenta las bases teóricas y técnicas de la atención comunitaria en salud mental, especialmente en referencia a personas con Trastornos Mentales Graves, tanto en sus formulaciones generales como en lo relativo a nuestro país y más en concreto a Andalucía. Tratando de mostrar sus coincidencias con la atención integrada y el interés recíproco de impulsar su colaboración e intercambio.

KEYWORDS

Community mental health care, People with Severe Mental Disorders, integrated care.

ABSTRACT

Integrated care is an alternative to the difficulties of public health systems faced with the needs of a growing number of people affected by chronic diseases generating disability. Originally focussed on care for the elderly, there is growing evidence of its usefulness in other sectors such as children or other pathologies generating dependency.

Community mental health care systems are at the same moving in the same direction, but their traditional difficulty of communicating with general health and social care, distorted by the role of nursing homes and the social stigma attached to them, have prevented a mutual enrichment of both schools of thought.

The article presents the theoretical and technical foundations of community mental health care, especially in reference to people with Severe Mental Disorders, both in general concepts and in relation to our country and more specifically to Andalusia. Trying to show how they coincide with integrated care and the mutual interest in promoting collaboration and exchange.

1. PRESENTACIÓN.

Aunque desde enfoques tradicionales de la Salud Pública (Marsset y Sáez, 1998), se ha venido insistiendo, desde hace ya muchas décadas, en la necesidad de cambiar la orientación de los servicios sanitarios para hacer frente a las “nuevas” realidades demográficas y epidemiológicas, el desarrollo de dichos sistemas ha seguido habitualmente direcciones contrarias a este empeño (Navarro, 1998). Direcciones marcadas por lógicas ajenas a las necesidades de atención de la población y condicionadas, al contrario, por intereses políticos a corto plazo y por distintas presiones, entre otras de las industrias farmacéuticas y de tecnologías sanitarias.

Más recientemente se han venido articulando iniciativas teóricas y técnicas que, en torno al concepto o “paradigma” de la atención integrada (Herrera, 2014; Nuño 2011; Shaw y ots., 2011) y desde el campo inicial de la atención a las personas mayores (Beland y Holander, 2011), están planteando la necesidad y factibilidad de un nuevo enfoque de la atención a las patologías hoy por hoy prevalentes en los países de nuestro entorno. Patologías que suelen tener un carácter crónico, afectar a distintos órganos y sistemas, enlazar con dimensiones no solo clínicas sino funcionales ligadas al concepto de discapacidad y cuya atención exige, por tanto, articular intervenciones a distintos niveles y especialidades del Sistema Sanitario y de otros sectores de servicios, especialmente del de los Servicios Sociales.

Principios como la necesidad de integración vertical y horizontal de la atención, más allá de las tradicionales “derivaciones”, el de centrarse en la persona como objeto y sujeto de la aten-

ción, la necesidad de generar culturas comunes y de articular los sistemas de información para permitir una atención realmente integrada, están en el núcleo de este “nuevo” enfoque, más allá de la diversidad de soluciones organizativas concretas que podemos encontrar en distintos programas y presentaciones doctrinales (Armitage y ots., 2009; Cooper, 2011; Goodwin, 2014).

Soluciones que, por otra parte, no siempre exigen una completa integración organizativa y que se alejan también de la generación de nuevos espacios de “aparcamiento” y marginación social, basados en meras consideraciones de ahorro económico.

Curiosamente, desde hace incluso más tiempo, la necesidad de enfoques similares viene estando presente en un campo históricamente alejado de las corrientes generales de los sistemas sanitarios y sociales, como es el de la atención en salud mental (Schöttle y ots., 2013 y 2014). De hecho, a pesar de este “alejamiento”, vinculado a la peculiar historia de las instituciones asilares psiquiátricas, las necesidades internas de este campo en interacción con importantes movimientos críticos internos y externos al mismo (López y ots., 2006), han llevado a un número creciente de profesionales a posiciones confluyentes con las de los interesados en la atención integrada, como trataremos de mostrar a continuación. Posiciones, relacionadas mayoritariamente con la atención a personas con lo que denominamos Trastornos Mentales Graves, que, trabajosamente y no sin contradicciones y dificultades importantes, han ido plasmándose en distintos programas y sistemas de atención.

Finalmente, aunque en España La Ley General de Sanidad utiliza como referencia la atención comunitaria, la situación habitual en la mayoría de las Comunidades Autónomas dista mucho de adecuarse a sus principios básicos y la integración de la atención a personas con este tipo de problemas, enfocada aquí como “coordinación sociosanitaria” (Herrera, 2012) y condicionada recientemente por el nuevo Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, plantea más problemas que soluciones efectivas (López, 2012 b). Si bien en algunos territorios, como intentaré mostrar en el caso de Andalucía, se está avanzando con dificultades pero también con logros apreciables en dirección a una mejor integración real de la atención.

2. LAS BASES DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL.

Tradicionalmente la atención a personas con problemas de salud mental ha estado condicionada por el estigma social, en un círculo vicioso de difícil salida que afecta fundamentalmente a las personas con Trastornos Mentales Graves pero se extiende en diversos grados al conjunto del campo de la enfermedad mental y de su atención. La imagen tradicional de “la locura” y su reclusión, supuestamente protectora de la sociedad, en instituciones asilares dieron lugar durante mucho tiempo al aislamiento de este sector de las corrientes habituales de la atención sanitaria y social, al entender que todas las necesidades de la población asilada debían ser atendidas dentro de los muros de la institución.

Quizás por eso los planteamientos alternativos a la reclusión manicomial, articulados en modelos de atención comunitaria, tuvieron

siempre claro que la atención integral a las personas debería ser el núcleo de cualquier nuevo sistema de atención. Así, las críticas al Hospital Psiquiátrico (López y ots., 2006; Saraceno, 2014) resaltaron siempre la importancia de una atención integral a las personas, lejos de la reclusión injusta e iatrogénica pero sin renunciar a un enfoque global de sus necesidades y a la continuidad de la atención. Pero también, en la búsqueda de un nada fácil equilibrio, intentando huir de soluciones que siguiesen reproduciendo la lógica de las instituciones totales y su pretensión de dar respuesta en un único espacio, “físico o funcional”, al conjunto de necesidades que estas personas presentan.

Hay muchas definiciones de la atención comunitaria en salud mental y bastantes sistemas concretos que han intentado hacerla operativa (Thornicroft y Szmukler, 2001). Pero en todos los casos, pese a sus matices diferenciales y concreciones estructurales y funcionales, se tienen en cuenta principios confluyentes con los centrales de la atención integrada, en sí misma también diversa.

Para nosotros (López y Laviana, 2007) la atención comunitaria en salud mental debe ser vista, al igual que la atención integrada (Herrera, 2014), como un auténtico paradigma tecnológico caracterizado básicamente por dos cosas: una nueva consideración de las personas que padecen Trastornos Mentales Graves y una nueva manera de organizar servicios para la atención de sus múltiples necesidades.

Con respecto a la primera, utilizamos a menudo una imagen, quizás simplista pero sugestiva, para caracterizar la evolución de la consideración social de este grupo de personas, minoritario aunque central en este campo,

la que lleva desde el término “locura” al de “enfermedad” y de este al de “ciudadanía”. Planteamos así que las personas con este tipo de trastornos no deben ser vistas como locos o locas que habría que encerrar, pero tampoco como enfermos o enfermas susceptibles de atención sanitaria, sino que, yendo bastante más allá, tenemos que considerarlas como ciudadanos y ciudadanas, sujetos de derechos y obligaciones y con dificultades múltiples para ejercerlos. Dificultades que derivan de padecer enfermedades, con síntomas clínicos definidos, pero también limitaciones funcionales diversas que englobamos bajo el término discapacidad

y todo ello bajo el efecto de barreras sociales muy importantes, claramente ligadas al estigma y a la discriminación (López y ots., 2008).

Para hacer frente a esas dificultades, que bloquean el camino hacia la inclusión social y la ciudadanía más allá de las limitaciones propias de la enfermedad y la discapacidad condicionada por ella, hacen falta servicios e intervenciones, centradas en las personas concretas y con los rasgos que presenta de manera resumida la Tabla 1, como características básicas de lo que solemos entender por Atención Comunitaria.

Tabla 1. Características básicas de la atención comunitaria en salud mental.

<p>PLANTEAMIENTOS DE SALUD PÚBLICA</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención al conjunto de problemas de salud mental. En territorios y población definidas. Con criterios epidemiológicos y de planificación (estableciendo prioridades de atención).
<p>ENFOQUE REHABILITADOR (COMO FILOSOFÍA)</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientación hacia la autonomía y el funcionalidad social y no solo a los síntomas. Integralidad, incluyendo Prevención, Tratamiento, Rehabilitación e Integración social.
<p>REDES DE SERVICIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Sanitarios y no sanitarios (sociales, educativos, de empleo...). Accesibles y adaptables a las necesidades individuales. Predominantemente extrahospitalarios.
<p>TRABAJO EN EQUIPO Y PARTICIPACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Dentro de la red sanitaria. Entre las redes sanitarias y las no sanitarias. Entre administraciones, profesionales, usuarios y usuarias, familiares y grupos sociales.

Fuente: López y Laviana, 2007.

Las transformaciones derivadas de este tipo de enfoque han sido diversas, porque diversas son las situaciones y contextos nacionales en que se han desarrollado, pero en todas ellas el énfasis en una atención intersectorial centrada en la persona ha sido común, con posiciones claramente integradas en algunos ejemplos que cabe destacar dentro de su diversidad:

a) El de los equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, establecidos monográficamente o articulados con las redes ordinarias de servicios, desde el trabajo pionero de Leonard Stein y Mary Ann Test en los años 70 como alternativa al cierre del hospital psiquiátrico de Madison en Wisconsin (USA). Equipos multiprofesionales centrados en la atención personalizada, intensiva, continuada y comunitaria de las personas con mayores dificultades (Rosen y *ots.*, 2007).

b) El de los Servicios de Salud Mental de la Región italiana de Friuli-Venezia-Julia, más conocida por la ciudad de Trieste, desde cuyo Hospital Psiquiátrico se desarrolla un modelo alternativo, vinculado a la figura histórica de Franco Basaglia y el movimiento Psiquiatría Democrática, con una red descentralizada de Centros de Salud Mental, abiertos las 24 horas y que se encargan de la atención en la comunidad en la práctica totalidad de los aspectos importantes de personas que en otro caso hubieran terminado recluidas de por vida (Mezzina, 2014).

c) Los procedimientos más variables, centrados en articular servicios sanitarios y sociales diversos, como los del Reino Unido y los países Nórdicos, más parecidos a las opciones tomadas en España en aquellas Comunidades Autónomas que, como la andaluza, optaron

claramente por el cierre de los Hospitales Psiquiátricos y la construcción de un sistema alternativo.

Modelos de servicios, claramente en ruptura con los tradicionales, que han permitido además identificar mejor las necesidades de las personas, situadas ahora en el contexto comunitario y no ocultas y supuestamente protegidas por los muros de la institución. Aquí también, como señalaba Thomas Kuhn (1971) en su análisis del desarrollo de las revoluciones científicas, la adopción de un nuevo paradigma cambia no solo el enfoque de los problemas sino también la naturaleza misma de estos, al permitir identificarlos en un nuevo contexto, poniendo de relieve aspectos ocultos por el enfoque anterior.

Un protagonismo importante en la difusión de estas políticas ha venido siendo asumido por la Organización Mundial de la Salud, especialmente en los últimos decenios, con formulaciones claras en defensa de nuevas políticas en salud mental y del desarrollo de nuevos sistemas de atención, comunitarios y con mayores niveles de integración (López, 2012 a; OMS, 2001 a, 2001 b y 2008). Recomendaciones aceptadas formalmente por los distintos estados miembros y concretamente por los europeos, pero no siempre plasmados en efectivas modificaciones de la estructura y funcionamiento de sus respectivos sistemas de atención, ni siquiera en el caso de la Unión Europea (Knapp y *ots.*, 2007).

Pero también hay que tener en cuenta a este respecto el creciente papel desempeñado por los movimientos asociativos de familiares y sobre todo de usuarios y usuarias de los servicios de salud mental, es decir de las personas más

directamente afectadas por este tipo de problemas.

De hecho, es precisamente la emergencia y progresiva consolidación de estos movimientos, con presencia activa creciente en el panorama de la atención en salud mental especialmente también aquí en lo que respecta a personas con trastornos mentales graves, la que está en el origen de un concepto importante formulado en los últimos decenios, como es el que refleja el término “recuperación” (Laviana, 2012; López, 2010).

Aunque también aquí hay muchas definiciones del mismo (Emsley y ots., 2011; Leamy y ots., 2011), con matices de interés dentro de la abundante literatura al respecto, podemos entender su significado a partir de la formulación propuesta por la profesora canadiense de enfermería en salud mental, Helen Provencher, que define la recuperación como “la superación o trascendencia de los síntomas, las limitaciones funcionales y las desventajas sociales derivadas de la enfermedad mental para permitir la emergencia de un nuevo sentido de la existencia, el desempeño de roles sociales significativos y un mejor sentido de bienestar y calidad de vida” (Provencher, 2007).

Considerada así marca los objetivos de la atención en este sector, poniendo el acento en los aspectos subjetivos de las personas concretas y redefiniendo el papel de los profesionales y de los sistemas de atención, desde la prescripción jerárquica, bienintencionada pero paternalista de las intervenciones, a su puesta al servicio de las personas, apoyando sus itinerarios propios y estableciendo relaciones horizontales y cooperativas (Laviana, 2012; Roberts y Boardman, 2013). Nueva relación en la que,

también aquí, encaja claramente el tema de las decisiones compartidas, componente esencial de los enfoques de atención integrada (Drake y ots., 2010; Laviana, 2012).

3. LA ATENCIÓN COMUNITARIA A PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES.

Como hemos señalado anteriormente, el grupo de personas que padece lo que en términos técnicos llamamos Trastornos Mentales Graves sigue siendo central a la atención en salud mental, pese a su carácter minoritario dentro del abanico de problemas que se incluyen en la denominación genérica “enfermedades o trastornos mentales” (López y Laviana, 2007; Ruggieri y ots., 2000).

De hecho son estas personas, especialmente las diagnosticadas de esquizofrenia y otros trastornos similares, las que han constituido históricamente el núcleo sobre cuya “atención” se han articulado en la práctica los sistemas tradicionales de salud mental, así como el referente último de las negativas imágenes sociales sobre la enfermedad mental, aspectos claramente interrelacionados (López y ots., 2008). Por eso y por la gravedad de sus problemas, pero también por sus posibilidades de recuperación personal y social, este grupo de personas sigue siendo un desafío para la atención comunitaria.

Sus características definitorias, que asocian habitualmente (Ruggieri y ots., 2000) diagnósticos clínicos, discapacidad y duración, pueden verse en la Tabla 2, a partir de la definición que se da en Andalucía en el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave (Consejería de Salud, 2006), protocolo de atención común al que luego aludiremos.

Tabla 2. Definición de persona con Trastorno Mental Grave en Andalucía.

<p>PERSONA QUE:</p> <ul style="list-style-type: none">• Presenta sintomatología psicótica o prepsicótica que: Genera problemas de captación y comprensión de la realidad. Distorsiona la relación con los otros. Supone o puede suponer riesgo para su vida. Repercute negativamente en distintas áreas de su funcionamiento personal.• Necesita un abordaje complejo, combinando: Atención sanitaria con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación. Atención intersectorial (social, laboral, educativa, judicial). Intervenciones sobre el medio social y familiar.• Presenta una evolución prolongada con necesidades de continuidad y coordinación, interna y externa, de la atención. <p>GRUPOS DIAGNÓSTICOS INCLUIDOS:</p> <p>Esquizofrenia y otros trastornos relacionados. Trastornos afectivos de carácter psicótico (Trastornos bipolares y Depresiones psicóticas). Trastornos de personalidad esquizoide, paranoide y límite.</p>
--

Fuente: Consejería de Salud, 2006.

Si en el conjunto de la atención en salud mental se plantean problemas de integración (básicamente entre los niveles asistenciales de la Atención primaria y la especializada en Salud Mental, aunque también entre distintos dispositivos de la red especializada), en el caso de las personas con Trastornos Mentales Graves la necesidad de un abordaje integral e integrado es imprescindible, desde el enfoque anteriormente definido de la atención comunitaria (López y Laviana, 2007).

Así, desde un modelo comunitario, la atención a este grupo de personas exige habitualmente poner en juego una gran diversidad de estructuras, equipos profesionales e intervenciones, que tratan de cubrir el conjunto de necesidades que afectan a muchas de ellas y que suponen dificultades para su recuperación, inclusión social y ciudadanía real (López y Laviana, 2007). Necesidades de atención, variables individualmente en un momento dado y a lo largo del tiempo, que intenta resumir la Tabla 3.

Tabla 3. Necesidades a cubrir para la recuperación y ciudadanía de personas con TMG.

<p>ATENCIÓN SANITARIA</p> <p>Atención a la salud general. Cuidados prolongados para prevenir y tratar recaídas y evitar deterioros. Entrenamiento en el manejo de la enfermedad y sus consecuencias. Entrenamiento en habilidades personales y sociales.</p> <p>PROVISIÓN DE RECURSOS DE APOYO SOCIAL</p> <p>Apoyo en la organización de la vida cotidiana. Apoyo en la vivienda propia o en alojamientos específicos. Actividad ocupacional y de ocio. Educación básica y compensatoria. Apoyo a la consecución y/o mantenimiento del empleo. Impulso a la relaciones sociales.</p> <p>PROTECCIÓN Y CONTROL JUDICIAL EN ÁMBITOS CIVIL Y PENAL</p> <p>APOYOS INESPECÍFICOS DEL ENTORNO INMEDIATO</p> <p>Familia. Redes sociales informales.</p> <p>ELIMINACIÓN DE DIFICULTADES DEBIDAS AL ESTIGMA SOCIAL</p>
--

Lo que implica a su vez la disponibilidad y aplicación de un amplio conjunto de intervenciones, no solo con la persona concreta afectada por el trastorno, sino también con su familia y su medio inmediato, además de con distintos sectores sociales implicados en el estigma y la discriminación. Intervenciones que tienen en la inmensa mayoría de los casos, razonable “evidencia” que justifica su desarrollo (Menear y Briand, 2014), aunque la distancia entre la recomendación de su uso que deriva de ese apoyo empírico y su provisión efectiva sigue siendo, en la mayoría de los casos, bastante grande

(Dixon y ots., 2010; Motjabai y ots., 2009; Shean 2013; Warner, 2003)

Y también, en la mayoría de los casos, un sistema de atención comunitaria facilita ese tipo de intervenciones, desde una estructura reticular de servicios, que incluyen un abanico tan dispar como el presentado en la Tabla 4. Pluralidad de dispositivos que trata de dar respuestas diferenciadas a la diversidad sincrónica y diacrónica de necesidades que pueden presentar las distintas personas incluidas en el grupo (Motjabai y ots., 2009).

Tabla 4. Dispositivos y programas implicados en la atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves.

SANITARIOS:

- Atención Primaria.
- Atención especializada general.
- Servicios de atención a drogodependencias.
- Centros/Equipos de Salud Mental Comunitaria.
- Unidades de Hospitalización.
 - Unidades de corta estancia en Hospitales Generales.
 - Unidades/Equipos de hospitalización alternativa.
 - Unidades de Media-larga estancia.
 - Hospitales de día.
 - Programas de Hospitalización parcial.
- Unidades de rehabilitación.
 - Centros de día/Unidades de rehabilitación.
- Unidades de atención a infancia y adolescencia.
- Dispositivos y programas específicos.
 - Programas de gestión de casos.
 - Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario.
 - Equipos de intervención precoz.

NO SANITARIOS:

- Acceso a servicios de carácter general.
 - Servicios sociales comunitarios.
 - Servicios educativos.
 - Servicios de empleo.
 - Servicios culturales.
 - Pensiones y otras subvenciones para personas con dificultades económicas.
- Servicios específicos de apoyo social.
 - Red de alojamientos y programas residenciales.
 - Rehabilitación vocacional y programas de empleo.
 - Programas y dispositivos ocupacionales.
 - Programas de recuperación educativa.
 - Actividades de ocio y empleo del tiempo libre.
 - Actividad asociativa.
 - Apoyo en la gestión económica.
 - Mecanismos para la tutela.
- Servicios de atención en el sistema penitenciario.

Como puede verse, se trata de una organización compleja, a la que solemos referirnos (López y Laviana, 2007) con la metáfora de la “red” (o “red de redes”), imagen sugestiva que pone de manifiesto la necesidad de “nodos” (dispositivos y equipos) y “cuerdas” (conexiones y canales de comunicación), pero también de “agujeros”, por los que se cuelan las personas si no hay mecanismos eficaces para garantizar la integración funcional del conjunto en su interacción con cada persona concreta que necesita atención.

De ahí la importancia de los enfoques de la atención integrada en este concreto sector de la atención sanitaria y social, si se quiere cumplir realmente con los principios de la atención comunitaria y con sus objetivos de recuperación, en la atención a personas concretas afectadas por Trastornos Mentales Graves (Green, 2008; Schöttle y ots., 2013 y 2014)

De hecho, la diversidad de problemas que estas personas plantean y los objetivos de recuperación que deben guiar nuestros intentos de ayuda son imposibles sin tener en cuenta algunos aspectos clave de la atención integrada:

1. Integración horizontal dentro del sistema sanitario, entre diversas unidades y equipos especializados en salud mental (Unidades comunitarias, Unidades de hospitalización de corta y de media y larga estancia, Hospitales de día, Unidades de rehabilitación...).
2. Integración también horizontal entre servicios sanitarios, sociales, educativos, laborales, judiciales, penitenciarios...
3. Integración vertical entre los niveles de atención primaria y especializada, tanto en

el sistema sanitario como en el social. Y, en el caso del sanitario, no solo en salud mental, dada la elevada presencia de patologías crónicas como resultado de la negativa interacción entre hábitos de vida poco saludables y efectos secundarios de la medicación en muchas de estas personas (Motjabai y ots., 2009).

4. Enfoque centrado en la persona concreta, cuya recuperación es el objetivo común que permite articular las intervenciones.
5. Articulación de la información de los distintos sectores y espacios funcionales.

Los sistemas de atención desarrollados en distintos países, con los ejemplos de modelos que hemos referido anteriormente, tratan de cubrir esas necesidades en contextos muy diferentes, lo que explica la variabilidad que encontramos en los mismos.

Así, en USA la carencia o debilidad habitual de redes públicas sanitarias y sociales está en la base de modelos realmente integrados de atención a aspectos parciales muy concretos, como son los mencionados Equipos de Tratamiento Asertivo o, en otro nivel, los de Apoyo al Empleo, que combinan en un mismo equipo el conjunto de profesionales, sanitarios y no sanitarios en nuestros contextos, que permiten cubrir las necesidades de personas con dificultades de acceso a los servicios (especialmente las que se encuentran “sin hogar”, como puede verse en Coldwell y Bender, 2007) o que buscan empleo (López, 2010), respectivamente. Modalidades integradas que permiten evaluaciones rigurosas y figuran como tales en los inventarios habituales de intervenciones “basadas en la evidencia” (Menear y Briand, 2014).

O en Italia, donde el específico proceso de Reforma Psiquiátrica puesto en marcha en los años 70 y oficializado con la Ley 180 que significó el fin del sistema manicomial, ha generado en algunos lugares como la mencionada ciudad de Trieste, una red formalmente sanitaria pero que integra el conjunto de intervenciones sanitarias y no sanitarias bajo la dependencia de los servicios de salud mental (Mezzina, 2014). El limitado tamaño poblacional y la riqueza relativa de recursos que concentraba su viejo Hospital Psiquiátrico (antaño referente también para un área de la actual Eslovenia), son factores que explican también la peculiaridad del modelo, difícilmente “exportable” en cuanto tal.

Modelos de difícil aplicación en nuestros contextos, más allá de las críticas que quepa hacer a una suerte de reconstrucción de un modelo de “institución total” ahora en la comunidad y desprovista de las connotaciones negativas del asilo, pero igualmente totalizadora en sus pretensiones de cubrir todas las necesidades de las personas con trastornos mentales desde un único lugar, a diferencia de lo que hacemos el resto de las personas (López y ots., 2006).

Por ello, en la mayoría de los países que intentan desarrollar modelos de atención comunitaria en salud mental las opciones pasan más por mejorar la atención, articulando intervenciones sobre personas concretas desde los distintos espacios y equipos que en nuestras sociedades complejas se ocupan de ayudarnos a cubrir nuestras no menos complejas necesidades. Modelos basados en la cooperación sobre la base de:

- La generación de culturas comunes, orientadas a la recuperación y la ciudadanía y no al cuidado paliativo.

- La planificación conjunta de programas y servicios.
- El desarrollo conjunto de Protocolos personalizados de atención.
- El establecimiento de espacios de coordinación a diversos niveles.
- Y la creación de figuras de apoyo para garantizar la continuidad de cuidados.

Sin excluir el establecimiento de equipos integrados para determinados aspectos o grupos de personas de especiales dificultades.

Así, por ejemplo, el énfasis en itinerarios integrados de atención, programas individuales y equipos de tratamiento asertivo dentro de la compleja red de servicios de salud mental del Servicio Nacional de Salud británico (Burns, 2004). Y también, como veremos a continuación, algunas de las iniciativas que se vienen tomando en nuestra experiencia de Andalucía (FAISEM, 2012).

En conjunto se trata de cubrir el conjunto de necesidades que trataba de resumir la Tabla 4, en contextos culturales y de servicios públicos muy diversificados, respetando esa diversidad sin recurrir a estructuras potencialmente institucionalizadoras y reforzadoras del estigma.

4. ALGUNAS REFERENCIAS A LA SITUACIÓN EN ESPAÑA Y EN CONCRETO EN ANDALUCÍA.

En nuestro país, a pesar de que la Ley general de Sanidad estableció en su día, en su Artículo 20 y siguiendo en general las recomendaciones de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, que los servicios de salud mental del Sistema Nacional de Salud se basarían en los principios de la atención comunitaria, la situación real de los 17 Servicios de Salud de las correspondientes Comunidades Autónomas está lejos de atenerse a esa solemne declaración (Perez, 2006).

En efecto, no solo la gran mayoría de las Comunidades conservan restos importantes del sistema tradicional, con Hospitales Psiquiátricos omnipresentes a pesar de ocasionales cambios de nombre y remodelaciones arquitectónicas y funcionales de variable calado (López y ots., 2006), sino que el funcionamiento de la mayoría de sus sistemas públicos está lejos de la integración de la atención sanitaria y no sanitaria orientada a la recuperación, la inclusión social y la ciudadanía de las personas con Trastornos Mentales Graves. Manifiestan por el contrario graves carencias de recursos, en relación con los estándares habituales en países de nuestro entorno y, sobre todo, déficits funcionales claros en distintos aspectos de su atención, especialmente acentuados en los sectores no sanitarios y en lo que respecta a la integración funcional de sus respectivas intervenciones.

A este respecto tampoco la aprobación de la ley para el Fomento de la Autonomía Personal y la Atención a Personas en Situación de Dependencia, que incorporó "a regañadientes" a las personas con discapacidades derivadas de

padecer Trastornos Mentales Graves, cambió sustancialmente esa situación, debido a dificultades y trabas de todo tipo. Así, aunque por una parte sus principios "formales" (promoción de la autonomía personal y apoyo para la inclusión social) encajarían perfectamente en la atención comunitaria, en la práctica establece recursos sociales centrados en las situaciones de dependencia, sin criterios claros que eviten el institucionalismo y la segregación (reales en la práctica habitual de no pocas Comunidades Autónomas) y organizando una vía de acceso a los mismos al margen de los servicios sanitarios (López, 2012 b).

Dentro de que la variedad es aquí la norma, y aunque en distintos territorios se han venido desarrollando iniciativas de interés (en muchas ocasiones frenadas por las políticas actuales de gestión de la "crisis"), merece la pena, sin embargo, referirse a la situación de Andalucía. No solo por tratarse de la experiencia que mejor conozco, dada mi participación personal en el proceso a lo largo de los últimos 30 años, sino porque, sin desmerecer los esfuerzos realizados en otras Comunidades Autónomas, sí creo que se trata de un proceso que avanza en dirección a la atención integrada. Así, aunque no se puede decir que estos problemas se hayan solucionado, sí creo que se han enfocado razonablemente a lo largo de estos años, avanzando al menos en algunas soluciones parciales e identificando claramente algunas líneas estratégicas del trabajo a realizar en el futuro.

Andalucía (FAISEM, 2012) inició un proceso de reforma psiquiátrica en 1984, articulando el cierre progresivo (1985-1999) de sus 8 hospitales psiquiátricos públicos con la construcción de un sistema de servicios especializados de salud mental, resultado de un doble proceso:

a) La integración de todos los recursos sanitarios públicos dentro del Servicio Andaluz de Salud, organizándolos con arreglo a un modelo comunitario, diversificado en recursos del tipo de los indicados anteriormente en la Tabla 4, articulado con la Atención Primaria y con equipos multiprofesionales.

b) La creación de una Fundación pública intersectorial (FAISEM) para la gestión de programas específicos de apoyo social (alojamiento, empleo, soporte diurno, tutelas, etc.), articulados con los estrictamente sanitarios. Programas desarrollados por tanto por equipos profesionales no sanitarios.

Tras una fase inicial de definición del modelo, superación del tradicional y construcción de la red inicial de nuevos dispositivos, el desarrollo posterior ha ido ampliando su dotación (al

menos hasta la llegada de la "crisis") e introduciendo elementos de mejora en su funcionamiento real.

Como resultado del proceso el nuevo sistema en sí no supone un modelo integrado perfectamente funcionante, pero presenta algunas características de interés que van en dirección a esa necesaria integración real:

a) La implicación de distintos sectores de la Administración autonómica en la atención a personas con Trastornos Mentales Graves. Así la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), cuyos recursos complementan los específicamente sanitarios, depende de las Consejerías más directamente implicadas en dicha atención (ver Tabla 5) y se financia mayoritariamente desde ellas.

Tabla 5. Consejerías que constituyen el Patronato de FAISEM.



b) El desarrollo global del sistema se rige por Planes Integrales de Salud Mental, en cuya elaboración participan tanto los servicios sanitarios como FAISEM, junto a los movimientos asociativos de familiares (FEAFES Andalucía) y de Usuarios y Usuarías (Federación en Primera Persona).

c) La atención concreta a personas con Trastornos Mentales Graves se realiza a través de un protocolo común, el denominado Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave (Consejería de Salud, 2006), que:

- Se basa en valores comunes (recuperación, inclusión social y ciudadanía).

- Establece un Plan Individual de Tratamiento, común al conjunto de los servicios sanitarios y no sanitarios, que incluye la programación individualizada de cada uno de los dispositivos y programas que deben intervenir en cada caso.
- Avanza aunque sea “tímidamente” hacia la toma de decisiones compartidas, incluyendo la negociación con la persona atendida en su plan de tratamiento.
- Establece un espacio de coordinación centrado en las personas que es la Comisión de Trastorno Mental Grave de cada Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Espacio en el que participan profesionales de FAISEM y en el que se aprueban, evalúan y revisan los Planes Individuales de Tratamiento.
- Y establece una referencia profesional clara (Facultativo del Equipo Comunitario local) para cada persona atendida, así como una persona encargada de tareas de “gestión del caso”.

d) El acceso a los recursos de FAISEM, especialmente en los casos en que están bajo la cobertura del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, se acuerda en una estructura de coordinación provincial, que incluye los responsables de las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental, los de FAISEM y los de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia (López 2012; López y Laviana, 2012). Acuerdo que es requisito imprescindible para la elaboración del Plan Individual de Atención, corrigiendo así al menos parcialmente uno de los ya mencionados problemas de la aplicación de la llamada “Ley de Dependencia” a las personas con Trastornos Mentales Graves.

e) El modelo de servicios incluye, aunque su desarrollo se ha interrumpido con las restricciones presupuestarias de estos años, equipos específicos para la atención, con modelos de Tratamiento Asertivo Comunitario, de las personas con mayores dificultades, especialmente las que carecen de domicilio o no acceden voluntariamente a los servicios.

Aunque sea a partir de este breve resumen, hay que decir que queda no poco trabajo por hacer para hacer efectiva una atención integrada, centrada en la persona y capaz de garantizar una adecuada y compartida atención a las necesidades de quienes se ven afectados por este tipo de problemas. Desde la generación de una auténtica cultura común a la aplicación de los protocolos de actuación de manera coordinada y efectiva, pasando por la mejora de carencias concretas en determinados servicios y equipos o la todavía no resuelta integración de los programas de atención a drogodependencias.

Por no hablar de las dificultades que siguen existiendo en la interacción entre niveles asistenciales “primarios” y “especializados”, tanto en el sistema sanitario como en el de los servicios sociales, y evidentemente entre uno y otro sistema (además del educativo y el judicial penitenciario), problemas centrales no resueltos satisfactoriamente no solo en este sector concreto.

Y también de la necesidad de compartir la información necesaria para la actuación, sin violar los derechos de las personas ni pretender acceder por principio a datos de nula utilidad.

Como conclusión final, cabe decir que el sector de la atención en salud mental y especialmente en relación con las personas con trastornos

mentales graves, necesita claramente avanzar en dirección a la atención integrada si quiere hacer efectivo su objetivo de favorecer la recuperación personal y la inclusión social y ciudadanía plena de dichas personas, más allá de las dificultades propias de sus enfermedades o trastornos.

En nuestro país, pese a que se ha avanzado de manera desigual en distintos territorios, queda mucho por hacer para moverse adecuadamente en esa dirección. Para ello, en línea con lo que se viene haciendo en Andalucía y en otros lugares, sería preciso:

- Superar definitivamente los elementos “heredados” del antiguo sistema, sustituyendo los Hospitales Psiquiátricos y sus “derivados” modernos por redes de servicios comunitarios, tal y como prometía la aún vigente Ley General de Sanidad. Condición necesaria, aunque no suficiente, para avanzar en la dirección señalada (López y ots., 2006; OMS, 2001; Saraceno, 2014). En concreto, en lo que respecta al sistema sanitario, sería necesario contar con una estructura diversificada, plenamente integrada en el sistema sanitario general y más homogénea territorialmente que en la actualidad.
- Establecer estructuras específicas que permitan el desarrollo de servicios de apoyo social en áreas clave como el alojamiento, el empleo, el soporte en la vida cotidiana, la educación compensatoria, etc. (FAISEM, 2012; López 2010; López y Laviana; 2007 y 2012). Estructuras que pueden ser diversas en cuanto a sus mecanismos de gestión, pero deben asegurar una cobertura mínima, una financiación pública intersectorial y unos estándares de calidad comunes.
- Gobernar el conjunto del sistema, de naturaleza multisectorial en una sociedad como la nuestra, desde la planificación a la intervención cotidiana de los diversos servicios y equipos multiprofesionales, mediante espacios reglados de coordinación que integren el conjunto de dispositivos y equipos implicados, en sus respectivos niveles básicos y especializados. Para lo que es importante, lógicamente, una adecuada y coincidente distribución territorial de los mismos.
- Establecer, como eje de las intervenciones, protocolos comunes que determinen itinerarios individuales (Green, 2008; Consejería de Salud, 2007), consensuados con las personas directamente afectadas, itinerarios que deben fijar las múltiples intervenciones necesarias en cada caso a lo largo del proceso de recuperación de cada persona. Y que deben para ello establecer a su vez figuras claras, como referentes personales de cada usuario y usuaria, como apoyos a la continuidad de cuidados.
- Modificar el procedimiento habitual de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de Dependencia para adaptarla a las necesidades de las personas con Trastornos Mentales Graves. En concreto se debería, entre otras cosas, establecer la coordinación entre los Servicios Sociales Comunitarios, los de Atención Primaria y los de Salud Mental desde el inicio mismo (en realidad deberían estar interactuando desde antes) del proceso de cobertura del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia.
- Facilitar el acceso a la información necesaria para atender a cada persona concreta,

articulando los sistemas de información de cada sector.

- Y establecer equipos específicos que permitan la atención de grupos con especiales dificultades o necesidades concretas, como son los referidos a personas sin hogar, con escasa adherencia o en situaciones de primeros episodios. Equipos que cuentan con suficiente apoyo empírico sobre su efectividad (Burns, 2004; Coldwel y Bender, 2007; Rosen y osts., 2007), pero cuya articulación con la red general admite también formulas diversas.

Sin olvidar, y este es probablemente uno de los aspectos más difíciles y en el que se sitúan las mayores carencias en nuestro país y en muchos otros lugares, la necesidad de desarrollar una cultura común, basada en el paradigma comunitario y el objetivo de recuperación, en los distintos equipos multiprofesionales implicados (Saraceno, 2014), dentro y fuera del sistema sanitario.

Muchas cosas que cambiar evidentemente, pero también con algún camino recorrido, con experiencias de interés y posibilidades de aprendizaje de otros sectores. Ese debería ser un aspecto central en el futuro, aprovechando la integración formal de la atención en salud mental en los marcos institucionales de los sistemas sanitarios y sociales públicos. Así, la interacción entre quienes trabajamos en salud mental y quienes lo hacen en otros sectores en busca de una atención realmente integrada a las necesidades concretas de personas concretas, tratando de establecer sistemas complejos al servicio de las mismas y no a la inversa, es un aspecto clave en la evolución de todos y de cada uno.

Interacción crítica, porque la crítica es un componente básico del avance científico y tecnológico y porque la multitud de aspectos intervinientes con concreciones locales tan diversas, obliga a buscar caminos propios dentro del marco común de la atención integrada. Pero interacción necesaria porque, por esa misma complejidad, necesitamos aprender recíprocamente, identificando las mejores vías para lo que en definitiva nos mueve, que es mejorar la situación de tantas personas, conciudadanos y conciudadanas nuestras, cuyas necesidades y posibilidades de mejoría desbordan claramente las posibilidades de los sistemas tradicionales de atención sanitaria y social.

5. BIBLIOGRAFÍA.

Armitage G. D., Suter E., Oelke N. D., Adair C. Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care*, 2009, 9 (17):1-11.

Beland F., Hollander M. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. *Gaceta Sanitaria*, 2011, 25 (5): 138-146.

Burns T. *Community Mental health teams: a guide to current practices*. Oxford, Oxford University Press, 2004.

Coldwell C.M., Bender W.S. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 2007, 164:393-399.

Consejería de Salud. *Proceso asistencial integrado Trastorno Mental Grave*. Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2007.

Cooper J. Integrated care and integration. A literature review. New Zealand Institute of Rural Health, 2011.

Dixon L.B., Dickerson F., Bellack A.S., Bennet M., Dickinson D. et al. The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 2010, 36 (1): 48-70.

Drake R., Deegan P.E., Rapp Ch. The promise of shared decision making in Mental Health. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2010;34:7-13.

Emsley R., Chiliza B., Asnall L., Lehloeny K. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 2011, 24:114-121.

FAISEM. Soportes para la ciudadanía. Los programas de apoyo social a personas con trastornos mentales graves en Andalucía. Sevilla, FAISEM, 2012.

Green B. Implementing and using care pathways in mental health: developing an approach for practice. *Journal of Management and Marketing in Healthcare* 2008; 1:231-42.

Goodwin N. Thinking differently about integration: people-centered care and the role of local communities. *International Journal of Integrated Care*, 2014, 14:1-2.

Herrera E. Coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales; una senda definida como parte de la solución. *Actas de la Dependencia*, 2012, nº 6.

Herrera E. Hacia el nuevo paradigma: la atención integrada. *Revista Actas de la Dependencia*, 2014, Nº 12.

Knapp M., McDaid D., Mossialos E., Thornicroft G. Salud Mental en Europa: políticas y prácticas. Líneas futuras en Salud Mental. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

Kuhn T. la estructura de las revoluciones científicas. México, Fondo de Cultura Económica, 1971.

Laviana M. Empoderamiento y recuperación en salud mental. En Ansean A. (Ed.). *Gestión Clínica y sanitaria en salud mental*. Madrid, Edicomplet, S.L, 2012.

Leamy M., Bird V., Le Boutillier C., Williams J., Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 2011, 199: 445-452.

López M., Laviana M. y García-Cubillana. Los Hospitales Psiquiátricos en la(s) Reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En Pérez F. (Coordinador). *Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica*. Madrid, AEN, 2006.

López M. Políticas de salud mental de la Organización Mundial de la Salud. En Ansean A. (Ed.). *Gestión Clínica y sanitaria en salud mental*. Edicomplet SL, 2012:37-52.

López M. y Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas para el debate desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2007, XXVII, 99:187-223.

López M., Laviana L. Programas residenciales. En Desviat M, Alonso A. (Coord.). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Madrid, AEN, 2012.

López M., Laviana M., Fernández L., López A., Rodríguez A.M., Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2008, 28, 101:43-83.

López M. El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales graves. La experiencia de Andalucía. *Revista Norte de Salud Mental*, 2010, 36:11-23.

López M. El Sistema para la Autonomía personal y la Atención a la Dependencia y las personas con enfermedad mental. En ANSEAN A (Ed.). *Gestión Clínica y sanitaria en salud mental*. Edicomplet SL, 2012:137-148.

Marsset P., Sáez M. La evolución histórica de la Salud Pública. En Martínez Navarro F., Anto J.M., Castellanos P.L., Gili M., Marsset P., Navarro V. *Salud pública*. Madrid, MacGraw Gil, 1998: 1-24.

Mezzina R. Community mental health care in Trieste and beyond: an "open door-not restraint" system of care for recovery and citizenship. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2014, 202 (6): 440-445.

Motjabai R., Fochtmann L., Chang S.W., Kotov R., Craig T.J., Bromet E. Unmet need for mental health care in schizophrenia: an overview of literature and new data from a first-admission study. *Schizophrenia Bulletin*, 2009, 35 (4): 679-695.

Navarro V. Los sistemas de salud en los países desarrollados. En Martínez Navarro F., Anto J.M., Castellanos P.L., Gili M., Marsset P., Navarro V. *Salud pública*. Madrid, MacGraw Gil, 1998: 817-860.

Nuño R. Un breve recorrido por la Atención Integrada. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 2008, 1 (2): 1-11.

OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, OMS, 2001.

OMS. Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre política y servicios. Ginebra, OMS, 2001.

OMS. MhGAP. 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. Ginebra, OMS, 2008

Pérez F. (Coordinador). *Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica*. Madrid, AEN, 2006.

Provencher H.L. Role of psychological factors in studying recovery in a transactional coping-stress approach: implications for mental health nursing practices. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2007; 13:188-197.

Roberts G., Boardman J. Understanding 'recovery'. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2013, 19: 400-409.

Rosen A., Muesser K.T., Teeson M. Assertive community treatment. Issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 2007, 44:813-826.

Ruggeri M., Leese M. y ots. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177, 149-155.

Saraceno B. El fin del entretenimiento. Manual de rehabilitación psiquiátrica. Madrid, AEN, 2014.

Schöttle D., Karow A., Schimmelmann B.G., Lambert M. Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. *Current Opinion in Psychiatry*, 2013, 26 (4): 384-408.

Schöttle D., Schimmelmann B.G., Karow A., Ruppelt F., Sauerbier A.L., Bussopulos A. et al. Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2014, 75(12): 1371-1379.

Shaw S., Rosen R., Rumbold B. What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS. Nunfield Trust, 2011.

Shean G. D. Empirically based psychosocial therapies for schizophrenia: the disconnection between science and practice. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2013, ID 792769.

Thornicroft G. y Szumukler G. (Ed.). *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2001

Warner R. How much of the burden of schizophrenia is alleviated by treatment?. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 183: 375-376.

