

En portada

Psiquiatría

Veinte años después de la reforma psiquiátrica que derribó los muros físicos de los manicomios, en los que eran encerrados a veces de por vida los enfermos mentales, la atención en la comunidad ha mejorado su situación médica y social. Pero el estigma y la insuficiencia crónica de recursos, especialmente profesionales, hacen que los tratamientos tengan aún importantes carencias y que persistan los muros invisibles que los mantienen recluidos en la marginación. Se impone una segunda vuelta en la reforma psiquiátrica.

Los muros invisibles del estigma

MARTA ESPAR

A las dos del mediodía es hora de comer en casa de Hugo, Marcel, Martín y Juan Carlos. El cocinero es Marcel y entre los otros tres organizan la limpieza de un piso sencillo y agradable, situado en el barrio de Nou Barris, de Barcelona. Juan Carlos queda eximido a menudo de estas tareas porque "es pedagogo y trabaja repartiendo propaganda", explican. Les ha costado adaptarse a la convivencia, pero ahora están muy unidos. Comparten diagnósticos parecidos para los profanos en psiquiatría: tienen esquizofrenia paranoide y trastorno esquizoafectivo, pero sus historias vitales y clínicas son bien diferentes.

Deben saber organizarse y asistir cada día al centro para tomar la medicación bajo la supervisión de su enfermero psiquiátrico. En la escalera de su edificio, muchos quizá ni sepan de las etiquetas que pesan sobre sus espaldas. Su hogar forma parte del programa de Pisos con Soporte del Centro de Día Doctor Pi y Molist, del hospital de Sant Pau, con 17 viviendas en la ciudad. En Cataluña, actualmente la Generalitat cuenta con 42 pisos de este tipo y, aunque se están desarrollando otras 72 plazas, muchos usuarios se quejan de que el tiempo de espera puede contarse en años.

Hugo tenía 26 años, trabajaba en una empresa de tintes y vivía con sus padres en Terrassa, cuando empezó a tener la sensación de que los demás le leían el pensamiento y de que todos le observaban. Ahora, con 30 recién cumplidos, admite que le gustaría volver a trabajar, pero la enfermedad le quita la energía. De momento, participa con entusiasmo en actividades del centro de día, como el grupo de teatro La Trifulga, con el que en junio representó *Otelo* en el convento de Sant Agustí del Born.

Martín y Marcel llevan muchos años más conviviendo con una enfermedad que en su caso empezó a dar los primeros síntomas en la adolescencia. Ahora, con la confianza que les ha dado poder vivir de forma autónoma, empiezan a permitirse hablar de proyectos. A pesar de que uno de los criterios que define su enfermedad es el de "frialidad afectiva", sorprende ver la frecuencia con que en sus conversaciones hablan de amistad.

Muy cerca de su piso trabaja Carles Boixadós, de 45 años. Es el encargado del taller de manipulados industriales para casas de cosmética del Centro Especial del Trabajo (CET) de la Asociación para la Rehabilitación del Enfermo Mental (AREP). A Carles también le diagnosticaron esquizofrenia paranoide. Fue hace nueve años y tuvo que reorientar su vida y dejar su empleo. Ahora se siente contento en su piel de encargado, porque se sabe comprendido y querido por sus compañeros. Es consciente de que en una empresa ordinaria cobraría bastante más de los 750 euros que percibe ahora por su trabajo, pero le da

miedo el rechazo. "Ya no somos los locos de antes", comenta este hombre afable, "tener una enfermedad mental es muy diferente ahora que hace 50 años, gracias a las posibilidades de tratamiento, laborales..., pero todavía hay mucha ignorancia".

Etiquetas, estigma, prejuicios, miedo... y detrás de ellos, un gran desconocimiento. "La enfermedad mental sigue siendo invisible socialmente, aunque ya no esté escondida detrás de los muros de un manicomio", afirma la profesora de Comunicación y Salud de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Águla Bono. "Estas personas", insiste Bono, "sufren muchas formas de estigma, desprecio y rechazo social que generan un sufrimiento muy grande, a veces incluso mayor que el que se deriva de la propia enfermedad".

El valor terapéutico de la inserción

Todos los expertos consultados insisten: el estigma es un factor clave para medir las posibilidades de recuperación de las personas con trastornos mentales graves (TMG). Desde el año 2005, la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud incluyeron la lucha contra el estigma entre sus prioridades, pero todavía queda muchísimo camino por recorrer. Hay muchos ejemplos. El del acceso al trabajo es uno: según datos de los centros de rehabilitación laboral de la Comunidad de Madrid, la mitad de las personas con TMG que participan en sus programas consiguen en menos de un año un empleo en el mercado.

"Esto demuestra que muchos enfermos mentales pueden trabajar, pero no lo hacen debido a limitaciones sociales, de sobreprotección y discriminación", insiste Manuel Muñoz, profesor de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), que dirigió el estudio *Estigma social y enfermedad mental*, impulsado desde la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Efectivamente, la mayoría de los que acceden a un trabajo lo hacen en un taller protegido o CET, donde acostumbran a recibir el sueldo mínimo interprofesional por una jornada de ocho horas. "Existe un enorme vacío entre los talleres protegidos y las empresas ordinarias", explica Joan Salló, psicólogo clínico y director de la AREP. Y es que pocos dan el salto, insiste Salló, porque los porcentajes mínimos que deben reservar las empresas para personas con invalidez acostumbran a coparlos aquellas que tienen discapacidades físicas o psíquicas, más aceptadas socialmente. Sin embargo, "está demostrado que las personas con TMG rinden mucho más en el mercado que en los CET, porque aumenta su autoestima y valoración social, y disminuyen las crisis", concluye.

Pero el estigma es como una marea que lo impregna todo. Se ex-



Marín Cárdenas, Marcel Saura, Hugo Martín y Juan Carlos Arriba comparten un piso asistido. C. BAUTISTA

La mayoría de quienes trabajan lo hacen en un taller protegido, con el sueldo mínimo interprofesional

tiende desde la propia familia y las instituciones, pasando por los medios de comunicación y los profesionales de la salud mental, hasta llegar a los propios enfermos, que pueden llegar a asumir como verdaderos los falsos estereotipos sobre ellos mismos. "Todavía tenemos que asistir a un proceso de transformación cultural, que es muy lento, para erradicar el estigma", asegura Manuel Gómez-Beneyto, director científico de la estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud (SNS), aprobada por el consejo interterritorial en diciembre de 2006. "Entre los mismos profesionales de la salud mental existe la creen-

cia errónea de que las personas con TMG no pueden llegar a recuperarse, y esta creencia funciona como una profecía autocumplida. El estigma y la escasez de recursos sociosanitarios que garantizan la atención continuada constituyen las barreras más importantes para la recuperación", explica Gómez-Beneyto, psiquiatra y catedrático de la Universidad de Valencia.

A más de 20 años vista de la reforma psiquiátrica que sacó a los enfermos mentales de los manicomios para tratarlos en la red sanitaria general, en el seno de la comunidad, siguen siendo interminables las quejas de usuarios, familiares y profesio-

En portada

Psiquiatría

nales sobre la falta de recursos económicos, humanos y de organización para desarrollar este cambio. La estrategia del SNS, producto del consenso entre profesionales, gestores, usuarios y familiares, refleja la conciencia existente sobre la situación y propone una serie de líneas estratégicas, basadas en la evidencia científica y en las reclamaciones de los usuarios, cuyo seguimiento por las diversas comunidades autónomas será revisado a finales de este año.

A la cola de Europa en recursos

Gómez-Beneyto indica algunas de las acciones prioritarias, como aumentar las plantillas y mejorar la coordinación entre los dos niveles principales de atención a la salud mental, la asistencia primaria y las unidades especializadas. "Estamos a la cola de Europa", aclara, "con una tasa de psiquiatras por debajo de la mitad de la media, una *ratio* de psicólogos muy por debajo de esta mitad y una de enfermeros que no llega ni a la cuarta parte de la media europea".

El tratamiento en la comunidad de estos trastornos requiere un equipo de profesionales muy coordinado, con más psicólogos que psiquiatras y más enfermeros que psicólogos, asegura Gómez-Beneyto. Su postura coincide con una de las viejas reivindicaciones de las asociaciones de familiares y usuarios, que lamentan que en los últimos años el tratamiento farmacológico haya desplazado a un lugar muy secundario a la psicoterapia.

La estrategia también propone mejorar la colaboración entre el médico de familia y el especialista, y la mejora de la formación en ambas especialidades. En algunas comunidades autónomas, como Andalucía, se está elaborando un plan de tratamiento individualizado que incluirá el seguimiento del paciente por un grupo multidisciplinar y estará coordinado por un psiquiatra o un psicólogo. Es una de las actuaciones previstas en el Plan de Salud Mental 2008-2012, que dirige Rafael del Pino, coordinador del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de la Salud (SAS). Este psiquiatra, experto en gestión clínica, insiste en que la dificultad de adherencia al tratamiento propia de estas enfermedades pide un cambio hacia una atención asertiva, es decir, que no espere de forma pasiva la demanda. Igual que en algunos hospitales, como el de Sant Pau, en Cataluña, y el



Carlos Boixadós, encargado del taller de manipulados del centro laboral de la Asociación para la Rehabilitación del Enfermo Mental.

CONSUELO BAUTISTA

Los familiares y los propios enfermos lamentan que los fármacos hayan desplazado a la psicoterapia

de Avilés, en Asturias, se está trabajando en la asistencia a domicilio para pacientes agudos.

Según Del Pino, otra asignatura pendiente es la mejora de las herramientas de prevención y detección precoz, porque cambian el pronóstico. Y ahí volvemos a suspender porque en España actualmente puede pasar un año entre que aparecen los primeros síntomas de psicosis en un adolescente hasta que se trata en una unidad de agudos. Del Pino lo explica de forma muy clara: "Las comunidades autónomas han hecho esfuerzos importantes por aumentar los recursos, pero partimos de una situación muy precaria, porque la salud mental ha estado históricamente infradotada por muchos motivos, precisamente relacionados con el estigma".

En el campo de la investigación, se han notado durante años los agravios comparativos, aunque se observa una mejora más que significativa en los últimos cinco años. Según datos del Fondo de Investigaciones Sanitarias del Instituto Carlos III, de los 44 proyectos de investigación fi-

nanciados en 2001, se ha pasado a 82 en 2007, con un pico máximo de 203 en 2005. Además, este año se ha creado un CIBER (Centro de Investigación Biomédica en Red) de salud mental, lo cual supone un avance organizativo y financiero.

La mayoría de los profesionales

Pocos medios para tanta carga

reciben con ilusión la estrategia, pero insisten en que ahora falta la implicación económica de las comunidades autónomas para desarrollarla, y muchas de ellas siguen sin tener transparencia en sus cuentas. "Tenemos los conocimientos médicos y psicológicos, y tampoco necesitamos una gran inversión tecnológica, pero trabajamos con el factor tiempo y no podemos hacer entrevistas de 10 minutos a una persona con TMG", añade Fernando Cañas, portavoz de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.

Además la creciente medicaliza-

ción de la vida ha producido un efecto por el cual los trastornos neuróticos, o incluso los duelos de la vida cotidiana, han provocado una demanda que consume una gran parte del tiempo y de los recursos de la asistencia primaria.

Todos coinciden: existe una gran desproporción entre la carga social y económica que supone la enfermedad mental y los recursos presupuestarios que se le asignan. Pero los gestores y los políticos forman parte de la sociedad y han interiorizado los mismos prejuicios. "Es la sociedad la que decide en qué se invierte el dinero", insiste Cañas, "pero mientras que la diálisis es un logro incuestionable, no se advierte la misma sensibilidad hacia las necesidades de las personas con enfermedad mental". Dicen que hay que trabajar por otra reforma psiquiátrica. "En el futuro, vamos a hablar mucho más de recuperación que de rehabilitación, porque es un concepto que tiene que ver con las expectativas de vida más allá de la enfermedad, que alude a las capacidades y a las fortalezas de las personas", concluye Del Pino.

Del manicomio a la comunidad

Oímos el término *manicomio* e inmediatamente vemos al actor Jack Nicholson en la película *Alguien voló sobre el nido del cuco*. Pero en España todavía hoy existen hospitales psiquiátricos que, a pesar de hallarse lejos de esa imagen tan precaria, chocan con el espíritu de la reforma psiquiátrica que a principios de los ochenta abogaba por la inclusión de la atención a la salud mental en la red sanitaria general. Pero ese objetivo exige recursos y no siempre están disponibles.

El tema añade leña al debate, porque algunos psiquiatras advierten de que "hay que ser prudentes a la hora de reducir recursos de hospitalización sin crear antes los recursos comunitarios necesarios". Lo dice José Juan Uriarte, jefe de la Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación del Hospital de Zamudio (Vizcaya), centro que,

aunque está especializado, mantiene unidades de agudos, de media estancia y de rehabilitación, así como hospital de día. Según Uriarte, hay otros muchos hospitales psiquiátricos que han modernizado su asistencia, desarrollando recursos comunitarios a la par que han ido reduciendo sus camas. "Este debería ser el camino", advierte, porque "el desmantelamiento en muchos casos no se ha hecho siguiendo razones técnicas o asistenciales, sino ideológicas".

En general, los hospitales psiquiátricos tradicionales son los que tienen que afrontar la atención de los casos más graves con los recursos más precarios, y por otra parte, las unidades de agudos de los hospitales generales tampoco disponen, en muchos casos, ni de la infraestructura ni de los recursos necesarios para dar una asistencia digna.

En Andalucía ya no existe ninguna instalación de este tipo desde 2001. Los ocho manicomios que había en 1984 han sido sustituidos por una red de 72 unidades de salud mental comunitaria y 1.200 plazas residenciales. El coordinador del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de la Salud (SAS) es tajante: "El manicomio es una institución iatrogénica, produce enfermedad en sí misma". Manuel Gómez-Beneyto, director científico de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS), resume sus inconvenientes: los hospitales especializados "pueden estar muy bien dotados y ofrecer un gran nivel de confort; pero, como son lugares para el tratamiento exclusivo de la enfermedad mental, discriminan negativamente y contribuyen así a mantener el estigma. Por eso la Ley General de Sanidad recomienda tratar a es-

tos enfermos en los hospitales generales, como a los pacientes de cualquier otra patología".

La Estrategia en Salud Mental del SNS propone el cierre gradual de estos hospitales especializados y, al mismo tiempo, la mejora del espacio físico y de la asistencia en las unidades de agudos de los hospitales generales. La magistrada Silvia Ventura, acostumbrada a visitarlos para seguir sus casos de enjuiciamiento civil, detalla horrores de las condiciones físicas con que se reciben y se tratan las crisis de las patologías más graves en muchos de ellos. "Igual que nadie duda que una UCI debe tener unas condiciones de recursos y material diferentes a las del resto de un hospital, las unidades de psiquiatría deberían tener espacios adecuados a estas patologías", señala.