

C

apítulo 55

Psiquiatría comunitaria

C. Gastó Ferrer

INTRODUCCIÓN

Este capítulo pretende revisar someramente aspectos históricos y conceptuales de la psiquiatría comunitaria. También se hará énfasis en la situación actual y las tendencias organizativas de la asistencia psiquiátrica integrada en determinadas políticas sanitarias. Básicamente, *psiquiatría comunitaria* alude a la manera como los profesionales de la salud mental se integran y participan en programas de atención socio-sanitaria, y en los sistemas de financiación de la salud mental de un determinado país o comunidad. Estos programas de atención a la salud mental usualmente siguen las directrices de la OMS que ya desde los años sesenta se pronunció acerca de la renovación de la asistencia psiquiátrica.

ORÍGENES DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Durante las últimas décadas, la mayoría de las naciones, en Europa y EE.UU., han dedicado sus esfuerzos en reducir, si no eliminar, los hospitales psiquiátricos (nosocomios, manicomios) de la asistencia a las personas mentalmente enfermas (1,9,11). Popularmente a este movimiento de política sanitaria se le conoce como *desinstitucionalización* (4). El origen de este movimiento podemos situarlo a finales de los años sesenta en Europa. Usualmente se

identifica a este movimiento con la anti-psiquiatría aunque esta última corriente de pensamiento psiquiátrico fue considerablemente compleja y demasiado reciente para que podamos valorar sus propuestas con el suficiente distanciamiento que obliga el análisis histórico. Podemos, no obstante, identificar tres factores, cuanto menos, que promovieron el pensamiento antipsiquiátrico y el futuro de la psiquiatría comunitaria. Factores característicos de la psiquiatría, presentes desde sus inicios hasta el comienzo de los estudios clínicos controlados. Los elementos o factores que caracterizaron a la psiquiatría durante años fueron:

- a) El anticonsensualismo originado por la existencia de distintas escuelas o corrientes (p. ej. psicoanálisis, fenomenología, descriptivismo, etc.).
- b) La ausencia de un lenguaje inequívoco similar al de las distintas especialidades médicas y otras ramas de las ciencias naturales.
- c) La falta de un cuerpo terapéutico sistemático basado en una información proveniente de estudios controlados.

Con el inicio de las *comunidades terapéuticas* en Inglaterra, por Maxwell Jones, se introdujo un cambio radical en la forma de contemplar las enfermedades mentales (5,11). La idea generatriz era que la persona perturbada eventualmente había llegado a experimentar el mundo de una manera condicionada, por una falta global o parcial de validación de los

demás, así como, de la percepción de sí mismo y de los otros. En definitiva, la *alienación mental*, no sería, para este movimiento, más que el resultado de un proceso gradual de *marginación*. La identificación de las enfermedades mentales con estrategia de resistencia política frente a un estado opresor (o a toda una sociedad construida según el sistema capitalista) fue el siguiente paso (11). La Figura 1 plasma los autores y conceptos que propiciaron el credo antipsiquiátrico. La marginación real sufrida por los enfermos psicóticos, sobre todo de clases sociales desprotegidas, se utilizó como criterio moral para demarcar el origen de todas las enfermedades mentales. Sin duda este credo ofreció una explicación plausible para multitud de personas aquejadas de dificultades de adaptación, por distintos motivos, aunque perjudicó a los enfermos mentales, que de forma rápida, se vieron desprovistos de tratamientos biológicos eficaces. Esta *vía ideológica* (Figura 2) de la psiquiatría se inicia con el declinar del nosocomio como institución sanitaria y culmina, después de diversas transformaciones (tanto racionales como adaptativas) en lo que podríamos denominar *política multiterapéutica*. Esta política sanitaria, que no es idéntica en todos los países industrializados, se arti-

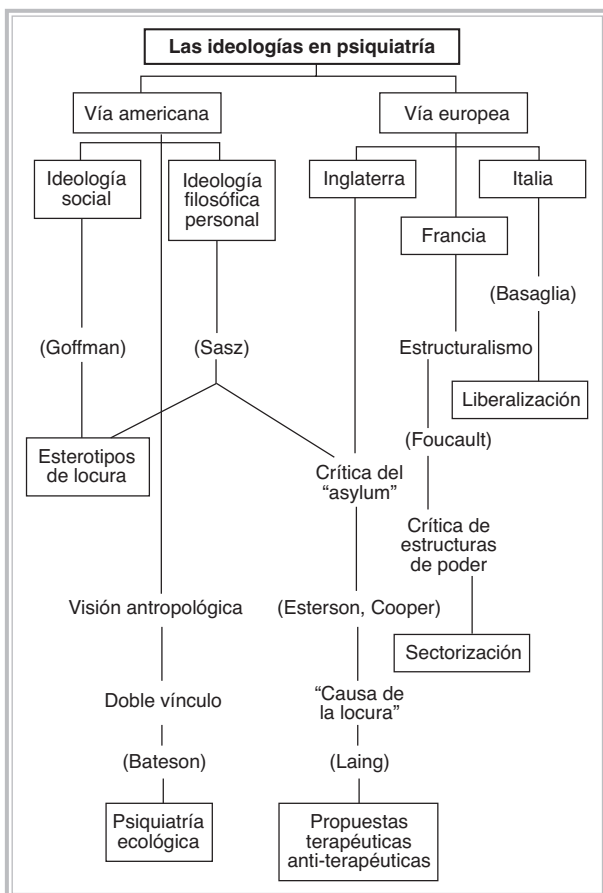


Figura 1

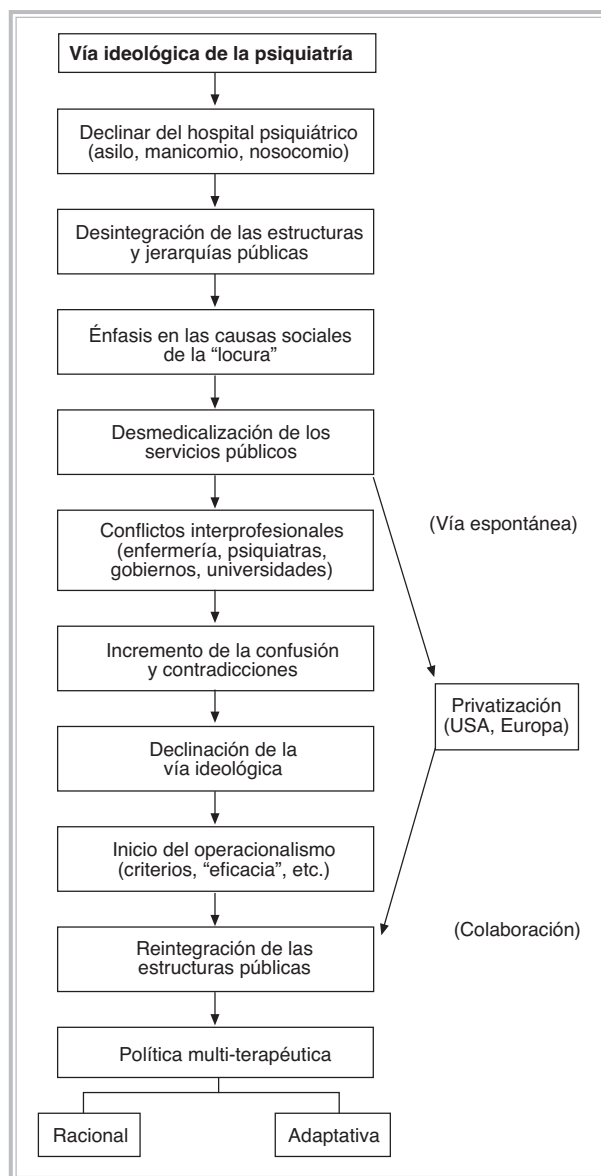


Figura 2

culará en función del concepto y práctica de la *desinstitucionalización* y el de salud mental (2,3,9).

DESINSTITUCIONALIZACIÓN Y SALUD MENTAL

Los principios generales de la Psiquiatría Comunitaria (Tabla I) según Bachrach (4) y Hanson (7) serían; a) la prevención de las admisiones inapropiadas en los hospitales exclusivamente de enfermos mentales; b) la integración en la comunidad de todos los pacientes institucionalizados contando con la debida preparación para este cambio (p. ej., recursos familiares, sociales, sanitarios, etc.) y c) el diseño y el mantenimiento de sistemas de apoyo comunitario que reduz-

Tabla I
Principios generales de la psiquiatría comunitaria
(Bachrach, 1977; Hansson, 1996)

1. Prevención de las admisiones inapropiadas, en hospitales para enfermos mentales
2. Integración en la comunidad de todos los pacientes institucionalizados con la debida preparación para este cambio
3. El diseño y mantenimiento de sistemas de apoyo comunitario que reduzcan la tendencia a la institucionalización

can la tendencia a la institucionalización. El alcance de estos principios no han sido valorados empíricamente en todas las comunidades de Europa o EE.UU. (10,12). Se han planteado diversos problemas técnicos y psicosociales a la hora de llevar a cabo esta política sanitaria. El primer problema radicaba en la fragmentación de la población nosocomial así como la escasa fiabilidad de las historias médicas (8).

El segundo problema radicó en las dificultades (p. ej., gasto presupuestario, etc.) en la atención continuada de los pacientes fuera de la institución. El tercer problema que, en ciertos países todavía no está resuelto, es el de las *readmisiones*. En efecto, en los hospitales generales (no-psiquiátricos) la limitación de camas disponibles para la atención de *nuevos casos*, con cierta frecuencia dificulta la hospitalización de los *viejos crónicos* que no pueden ser atendidos en las antiguas instituciones transformadas o definitivamente cerradas (p. ej., el caso de Italia). Finalmente, el cuarto problema radica en el diseño de programas de salud que, de forma real decrezcan la necesidad de instituciones de larga estancia para determinados tipos de pacientes. Este último aspecto tiene relación directa con la población de pacientes denominada *nuevos crónicos* (8,12). La mayoría de *nuevos crónicos* son pacientes diagnosticados de esquizofrenia y de trastorno bipolar (12). En algunas comunidades, no obstante, un importante número de pacientes considerados *nuevos crónicos* ostentan el diagnóstico de trastorno de personalidad simultáneo a otros diagnósticos específicos.

Respecto a la *salud mental* hemos de diferenciar este concepto injertado en las políticas sociales de la comunidad de aquellos factores organizativos dentro de las políticas sanitarias estrictamente. Esta diferenciación es importante ya que el primer aspecto apuntado es de orden *moral* e implica *nuevas obligaciones* (p. ej., sujetos con dificultades sociales y personales sin patologías específicas) mientras que el segundo aspecto hace referencia directa a la asistencia psiquiátrica propiamente dicha. Aludiendo a esto último la Tabla II recoge los factores organizativos de la asistencia en salud mental. En la mayoría de los

países y comunidades estos factores son 1) la *territorialización* que hace referencia al conocimiento preciso del número y factores de riesgo de muchos casos de una población determinada, así como sus necesidades asistenciales (p. ej., número de profesionales, camas, etc.). Igualmente en el concepto de territorialización subyace la idea de que en un paciente grave que requiere hospitalización, ésta se realiza en lugares no alejados de un medio ambiente usual, 2) *Trabajo interdisciplinario* que, dependiendo de las comunidades, pueda tener distintos significados (p. ej. integración de tendencias psiquiátricas o distintos niveles de asistencia integrados, 3) *organización por niveles asistenciales* (p. ej., familiar, vecindario, centro de salud, hospital comarcal, etc.), 4) *trabajo por programas* que básicamente esté orientado al diseño de estrategias terapéutico-asistenciales específicas en función de diversos parámetros (p. ej. edad, sexo, severidad, etc.), y 5) *integración de las actuaciones sanitarias y gestión integrada* (3,6).

Usualmente, los expertos en este campo distinguen entre el *sistema de salud mental global* y el *sistema de salud obligatorio* (Tabla III), este último identificado con las políticas sanitarias de cada comunidad y/o grupo humano de gestión (8,10). Finalmente, hemos de describir de forma breve, lo que se considera un *sistema de salud mental sectorizado* (Tabla IV). Estos términos que inicialmente surgieron de la epidemiología médica, sobre todo cuando tuvo que racionalizar recursos frente a las epidemias, hacen referencia a la organización de una zona geográfica de la comunidad respecto a las urgencias psiquiátricas y a los ingresos institucionalizados. Igualmente, obliga al equipo terapéutico a percatarse de las demandas de atención de la población bajo su responsabilidad. Finalmente, facilita al gobierno de la comunidad en cuestión, el control de la eficacia y del gasto sanitario (12).

PROGRAMAS DE SALUD MENTAL

La noción de *programa* en salud mental surge de la articulación de las necesidades, demandas y capa-

Tabla II
Factores organizativos de la asistencia en salud mental

Territorialización
Trabajo interdisciplinario
Organización por niveles asistenciales
Trabajo por programas
Integración de las actuaciones sanitarias y gestión integrada

Tabla III
Sistemas de salud mental

1. SISTEMA DE SALUD MENTAL GLOBAL

Diversas formas de sistemas de salud mental estatutarios
Servicios de sector independientes
Atención informal (no normalizada)

2. SISTEMA DE SALUD MENTAL OBLIGATORIO

cidad de provisión de los sistemas de salud (10). La Figura 3 plasma dicha articulación. Los programas en Salud Mental tienen relativamente poco que ver con los programas diseñados para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades psiquiátricas específicas (p. ej., las directrices de la Asociación de Psiquiatras Americanos para el Tratamiento de la Esquizofrenia). Al contrario, son considerablemente más amplios pretendiendo integrar los distintos niveles descritos de los individuos sanos y enfermos en la comunidad (p. ej., trabajo, educación, recursos sociales, ingresos, creencias, relaciones maritales, familiares, estado de la salud, amigos, etc.) (12). La idea directriz en estos programas de Salud Mental es que en la génesis de los trastornos (o en su mantenimiento) mentales deben atenderse a todos los factores posibles biopsicosociales. En ocasiones, no obstante, la *necesidad* o demanda de atención de asistencia pueden confundirse con los factores causales y predisponentes. Desde un punto de vista epidemiológico, sin embargo, existe una fuerte asociación entre factores demográficos y sociales y morbilidad psiquiátrica. Por ello, no debe sorprender que la mayoría de programas de salud mental [p. ej., *The Camberwell Assessment of Need* (7)] enfaticen los factores sociales que rodean a los pacientes psiquiátricos en la valoración de las necesidades de atención. Respecto a la clasificación de los pacientes (o usuarios) la termino-

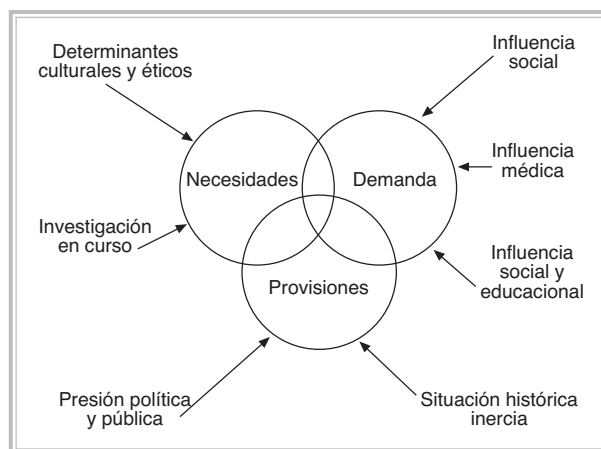


Figura 3

Necesidades, demanda y provisiones. Interacción de factores relacionados con la asistencia a la salud mental.

logía en salud mental, es variada según los países y comunidades. En general, se suele eludir términos estrictamente psiquiátricos (o psicopatológicos clásicos). Por ejemplo, se han propuesto tres grupos de pacientes que requieren atención especializada en servicios de salud mental (grupo de alto, medio y bajo apoyo social). En otros programas se hace mención al concepto de severidad y de riesgo de enfermedad mental (7).

Finalmente, el diseño y aceptación de los programas depende, en gran parte, de cuestiones financieras. En efecto, el concepto de salud mental no está exento de un fuerte determinismo económico. Podríamos concluir que de todos los programas teóricos posibles, en salud mental y en sanidad general, se escogen (o desarrollan el sistema de sanidad pública) aquellos que integran mejor las necesidades de una población determinada en un momento social concreto. Con frecuencia esta rígida adecuación social topa con los planteamientos teóricos y conceptuales de las especialidades médicas. No obstante, la Psiquiatría Comunitaria, en los últimos años, superada la etapa de denuncia inicial, intenta, en todos los países, racionalizar la asistencia integrada del enfermo mental, las necesidades y demandas sociales con los avances científicos.

RESUMEN

En los últimos veinte años se han realizado importantes avances en la asistencia psiquiátrica de la mayoría de países industrializados. Existe un consenso amplio sobre la necesidad de evitar, en lo posible, los internamientos en instituciones carentes de programas de rehabilitación social, así como los internamientos innecesarios o injustificados. Respecto a la

Tabla IV
Características de un sistema de salud mental sectorizado (Hansson, 1996)

1. Organización relacionada con un área geográfica específica
(The Catchment Area Principle)
2. La organización psiquiátrica es responsable de la atención de la población total del área
(The Population Responsibility Principle)
3. La organización de la atención psiquiátrica debe contemplar todos los distintos niveles de salud mental para atender a la población de su responsabilidad
(The Comprehensiveness Principle)

renovación de las antiguas instituciones psiquiátricas y el fenómeno de la *desinstitucionalización* los resultados, en distintos países europeos, han sido muy dispares. Todavía un importante número de pacientes crónicos viven en instituciones en regímenes variables que son, por cuestiones sociales y familiares, de difícil adaptación a algún programa de desinstitucionalización. Otro avance importante en la renovación de la asistencia psiquiátrica, especialmente en

Europa, ha sido la organización relacionada con un área geográfica específica (*The Catchment Area Principle*, o sectorización). Por último, y no menos importante, en psiquiatría comunitaria ha sido la incorporación de profesionales no psiquiatras (psicólogos, asistentes sociales, enfermería, epidemiólogos, etc.) en el diseño de programas de salud mental, así como en el tratamiento integral de determinadas patologías mentales.

Bibliografía

1. Almond R. The therapeutic community. *Sci Am* 1971; 224: 34-42.
2. Baca Baldomero E. Psiquiatría Social y Psiquiatría Comunitaria. En: JL Ayuso Gutiérrez & L Salvador Carulla (eds). *Manual de Psiquiatría*, Vol II. Interamericana, McGraw-Hill, Madrid 1992; 663-672.
3. Baca Baldomero E. La organización de la asistencia en salud mental. Implicación de la atención primaria. En: JF Otero Pérez et al (eds). *Trastornos Psiquiátricos y Atención Primaria*. BASH Pharma, Barcelona 1995; 21-30.
4. Bachrach LL. Deinstitutionalisation: promises, problems and prospects. En: HC Knudsen & G Thornicroft (ed). *Mental Health Service Evaluation*. Cambridge University Press, Cambridge 1996; 3-18.
5. Brown GW, Carstairs GM, Topping G. Post hospital adjustment of chronic mental patients. *Lancet* 1958; 2: 1157-1158.
6. Cabrero Avila LJ. El Enfoque Sistémico de un Modelo Asistencial. En: T Suárez & CF Rojero (eds). *Paradigma Sistémico y Terapia de Familia*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Mariarsa, Madrid 1983; 189-220.
7. Hanson L. Sectorised Services outcome research. En: HC Knudsen & G Thornicroft (eds). *Mental Health Service Evaluation*, Cambridge University Press, Cambridge 1996; 197-212.
8. Hovet J. Comprehensive services for the mentally III. *Current Opinion in Psychiatry* 1993; 6: 238-245.
9. Jones M. *The Therapeutic Community*. Basic Book Inc New York, 1953.
10. Kendrick T, Tylee A, Burns T. Team work in the community. En: I Pullen, G Wilkinson, A Wright, D Pereira Gray (eds) *Psychiatry and General Practice Today*. The Royal College of Psychiatrists & The Royal College of General Practitioners, Bell and Bain Ltd, Glasgow 1994; 265-279.
11. Lazarus A (ed). *Controversies in Management Mental Health Care*. American Psychiatric Press, Inc. Washington DC, 1996.
12. Morgan S. *Community Mental Health. Practical Approaches to long-term problems*. Chapman & Hall, London, 1993.
13. Thornicroft G, Phelan M, Strathdee G. Needs Assessment. En: HC Knudsen & G Thornicroft (eds). *Mental Health Service Evaluation*. Cambridge University Press, Cambridge 1996; 317-338.