

## **11 EL CONCEPTO DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA**

El término “psiquiatría comunitaria” fue ganando aceptación en Gran Bretaña a partir de 1957 y se empezó a generalizar su uso cuando la 'Royal Commission', en la Ley (Mental Health Act, 1959) relativa a la enfermedad mental y la deficiencia mental, se refiere a ella como el tratamiento mediante el cual no se ingresa a los pacientes en los hospitales psiquiátricos o, si esto ocurre, se les da de alta con más brevedad que antes. En el informe de la OMS de 1953, se utiliza el término comunitario para referirse a aquellos "*hospitales mentales*" en los que se realizan no solamente ingresos hospitalarios sino que también se desarrollan servicios ambulatorios que actúan en la comunidad.

El modelo conceptual que Caplan (1966) desarrolla para la psiquiatría comunitaria incluye los conceptos de prevención, poblaciones en riesgo y la teoría de la crisis. Este autor aporta una de las concepciones más novedosas de la psiquiatría tradicional al introducir los términos de prevención de los trastornos mentales tomando la noción ya existente en salud pública de los tres tipos de prevención:

- **prevención primaria, que consiste en la eliminación de los factores que causan la enfermedad o contribuyen a su desarrollo,**
- **prevención secundaria, cuyo objetivo es la identificación precoz de los trastornos y la instauración temprana del tratamiento adecuado que evite la cronificación y la aparición de las discapacidades,**

- **prevención terciaria, que trata de evitar o disminuir las minusvalías generadas por las enfermedades mentales y sus discapacidades secundarias (se incluye el concepto de rehabilitación).**

**Freudenberg (1976) afirmó que la psiquiatría comunitaria asume que las personas con trastornos psiquiátricos pueden ser más efectivamente ayudadas cuando viven con sus familias y amigos y son mantenidos por la sociedad en general. Su objetivo es proporcionar prevención, tratamiento y servicios de rehabilitación para un distrito. Serban (1977) describe la psiquiatría comunitaria introduciendo tres aspectos: primero como un movimiento social; segundo como una estrategia de suministro de servicios que enfatiza la accesibilidad a los mismos y la globalidad de la responsabilidad sobre las necesidades de salud mental de toda la población; y tercero, pone el énfasis en los trastornos psiquiátricos mayores y en el tratamiento fuera de las instituciones.**

**El origen de este enfoque de atención a la salud mental se basa en la reflexión sobre la asistencia que ofrecen los hospitales psiquiátricos a los enfermos mentales. Según afirma Goffman (1961), con el paso del tiempo, éstos se han convertido en centros donde los pacientes que permanecen en ellos se convierten en enfermos crónicos, en muchas ocasiones fruto de la incapacidad producida por su enfermedad, combinada con los efectos de la institucionalización.**

**En la teoría de la psiquiatría comunitaria concurren varias corrientes que la estructuran como un discurso ecléctico en el que se incluyen el psicoanálisis, la sociología, las teorías del comportamiento y ciertas tendencias de la psiquiatría clínica. Hay que encarar al enfermo y a su medio, al individuo y a la sociedad como un todo, un conjunto que debe evolucionar de forma global (Hochmann, 1971).**

**La definición de psiquiatría comunitaria engloba una serie de conceptos e introduce una nueva concepción de la salud (Bennett y Freeman, 1991). Términos como prevención, territorialización, continuidad de cuidados, desinstitucionalización, equipos multidisciplinares, configuran este enfoque de atención a la salud mental. Se puede considerar**

como una ideología o un posicionamiento ante un tipo de asistencia psiquiátrica determinada, con unas características que la diferencian de la atención tradicional a la enfermedad mental.

Para establecer el diseño del nuevo modelo de atención se suelen tener en cuenta los siguientes ejes:

- **Desinstitucionalización:** o la conveniencia de hacer desaparecer el hospital psiquiátrico y su sustitución por una serie de servicios alternativos ubicados en la comunidad.
- **Prevención:** la complementación de las actividades meramente asistenciales con intervenciones enfocadas a la prevención y promoción de la salud mental.
- **Atención primaria:** a partir de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Alma-Ata (1978) se reorienta todo el sistema sanitario y el nivel primario se consolida como la puerta de entrada a todo el sistema, el cual debería garantizar el abordaje integrador de los problemas psiquiátricos.
- **Territorialización:** la demarcación geográfica de la población cubierta por los dispositivos de salud mental, con un volumen variable (70.000-200.000 habitantes) y no excesivamente amplio, teniendo en cuenta para su sectorización factores de accesibilidad, demarcación geográfica, sanitaria, de servicios sociales, partidos judiciales, etc.
- **Continuidad de cuidados:** se debe garantizar la continuidad de la asistencia mediante la coordinación entre las distintas unidades y los profesionales implicados en el tratamiento del enfermo a través del seguimiento y la monitorización del mismo.
- **Equipos interdisciplinarios:** los equipos de salud mental están formados por profesionales de distintas disciplinas, lo que permitirá un abordaje integral del paciente en todas sus facetas.

- **Participación de la comunidad:** fomentar la participación del entorno social próximo para el apoyo y ayuda al enfermo mental mediante la creación de asociaciones de pacientes, de familiares, grupos de autoayuda, etc.

En definitiva, lo que se plantea es el desarrollo de una red de servicios sanitarios y sociales integradora y basados en la comunidad de forma que aún sin pretenderlo el hospital psiquiátrico pierda su sentido. Este enfoque supone un importante cambio de perspectiva en la organización y funcionamiento de los servicios para la atención a la salud mental que consiste en:

- a) **Diversificar la oferta asistencial, adaptarla a la diversidad de los problemas y articularla en niveles de progresiva complejidad y especialización.**
- b) **Situar el núcleo del sistema y el mayor número posible de dispositivos en el ámbito comunitario, en adecuadas condiciones de accesibilidad e integración en la estructura de la población.**
- c) **Integrar el conjunto de los servicios específicamente sanitarios en el marco del sistema sanitario general, en el nivel que corresponda a cada uno, en una ordenación coherente con el papel de la Atención Primaria de Salud.**
- d) **Desarrollar estructuras de coordinación territorial que permitan la actuación integrada del conjunto de dispositivos existentes en un mismo ámbito poblacional y garantizar la continuidad en la atención a cualquier problema a lo largo de las diferentes situaciones y fases evolutivas.**

Por último, Tansella (1986) define la psiquiatría comunitaria como un sistema de cuidados dedicado a una población definida, basado en un servicio completo e integrado de salud mental, que incluya consultas externas, centros para entrenamiento de día y residenciales, alojamiento en hogares, talleres protegidos y unidades de hospitalización en hospitales generales; de forma que asegure, a través del trabajo en equipo multidisciplinario,

el diagnóstico precoz, el tratamiento temprano, la continuidad del cuidado, el soporte social y la estrecha colaboración con otros servicios sanitarios y sociales basados en la comunidad y, en particular, con los médicos generales.

## **1.2 ANTECEDENTES DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA. LOS PRIMEROS MOVIMIENTOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Durante el último tercio del siglo XIX y la primera mitad del XX, la asistencia psiquiátrica a los enfermos mentales pivotaba en torno a los hospitales psiquiátricos. Los orígenes del modelo emergente de atención psiquiátrica hay que relacionarlos siempre con el contexto social y político del momento. Durante los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial se favorece el resurgimiento ideológico del igualitarismo, la democracia y la lucha contra las actitudes autoritarias, surge el capitalismo democrático y un socialismo incipiente que introducen elementos nuevos en la sociedad y en los servicios sociales y sanitarios que permiten la ruptura con el paradigma de la atención psiquiátrica instaurado en el siglo XIX.

En el ámbito político y social, los movimientos culturales de Mayo del 68 en París dejan en la sociedad una huella en la que se destacan las ideas de libertad y democracia, las que influirán en la forma de atención a los enfermos mentales. Aparece también con cierto auge la sociología que, al ser aplicada a la salud, supone un abordaje diferente de la enfermedad en el que tienen cierta importancia los factores ambientales, culturales y sociales. Términos como colectivos mórbidos y ecología humana surgen en los textos científicos de la denominada Escuela de Chicago y se hacen estudios sobre distribuciones geográficas de la enfermedad mental y en concreto sobre esquizofrenia (Faris y Dunham, 1939). Con el desarrollo de la revolución industrial se ponen en marcha los seguros sociales de enfermedades, aunque son un sistema sanitario que cubre solamente a un colectivo que cotiza y ofrece prestaciones exclusivamente reparadoras; la implantación de los Servicios Nacionales de Salud, supone un nuevo concepto en la organización de los recursos sanitarios.

Estos acontecimientos a nivel político, social e institucional van a ir preparando el camino para el desarrollo de diversos procesos de transformación de las estructuras psiquiátricas y el establecimiento de una concepción comunitaria en la atención al enfermo mental. A pesar de los distintos matices diferenciales, en todos estos movimientos subyace un denominador común que consiste en la búsqueda de alternativas asistenciales a una organización de base manicomial.

Hasta después de la Segunda Guerra Mundial no se puede hablar propiamente del comienzo de la psiquiatría comunitaria. Antes hubo intentos aislados de cambio, que tuvieron alguna repercusión en lo que sería más tarde esta nueva corriente psiquiátrica. En los años 20, H.S. Sullivan organiza una unidad experimental para el tratamiento de enfermos esquizofrénicos en un hospital de Maryland (EE.UU.). Posteriormente, publica sus trabajos sobre las relaciones interpersonales dentro de la institución. Es durante los años 20-30 cuando emerge con mayor fuerza y base teórica la psicología social y la antropología. J.Bierer, a finales de los años 30, en Marlborough (Inglaterra), y Cameron, en Montreal (Canadá), ponen en marcha sendos hospitales de día. Sin embargo, estas experiencias no eran más que intentos minoritarios y aislados llevados a cabo por profesionales muy motivados; el hospital psiquiátrico seguía conservando la hegemonía de los recursos públicos destinados al tratamiento de los enfermos mentales (González de Chávez, 1980).

La psicoterapia institucional es uno de los intentos más rigurosos de salvar el manicomio. Su origen se remonta a los años 40 en que se produce la introducción del psicoanálisis en los hospitales franceses. Se basa en la organización del hospital psiquiátrico como un campo de relaciones y se intentan utilizar, en sentido terapéutico, los sistemas de intercambio verbal existentes en su interior. Toda la institución se convierte en un "analizador" de las relaciones que en él se desarrollan. De este modo, el hospital psiquiátrico es el objeto mismo de la terapia (es, al mismo tiempo, objeto e instrumento). No consiste en desarrollar un determinado tipo de institución sino en poner en práctica un tipo de terapia dentro del hospital (Hochmann, 1971).

Dentro del ámbito de la propia asistencia a los enfermos mentales, empiezan a darse algunas circunstancias que favorecerán los cambios que se producirán más adelante. La atención psiquiátrica que se llevaba a cabo en los manicomios era, principalmente, de tipo organicista y

no se dejaba influir por las nuevas corrientes psicológicas o psicoanalíticas. Los escasos logros terapéuticos alcanzados con este tipo de tratamiento pusieron sobre el tapete la necesidad de tener en cuenta los factores ambientales en el abordaje de la enfermedad mental. Con la aparición, en 1953, de la Clorpromacina tiene lugar una 'revolución farmacológica'. Con el uso sistemático de los modernos psicofármacos comienza una progresiva disminución de pacientes internados. En Inglaterra, en la década de los 50, se pueden reseñar algunos acontecimientos relevantes en el ámbito de la atención psiquiátrica como es la experiencia de la “comunidad terapéutica” de Maxwell Jones, el nacimiento del término “psiquiatría comunitaria” y la aplicación del trabajo industrial (Early, 1960) como método de rehabilitación de los pacientes mentales.

A pesar del auge de estos movimientos y de los adelantos científicos, la mayoría de los hospitales psiquiátricos en los años 50-60 están basados en un modelo médico convencional cuyas características de masificación, aislamiento social, falta de libertad, etc. poco ayudaban terapéuticamente a los enfermos mentales que vivían en ellos. Esta situación provocó el que surgieran voces de denuncia y crítica sobre la situación en los mismos. Entre los autores que más se hacen eco de las condiciones en las que viven los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos cabe destacar a Stanton y Schwarz (1972), un psiquiatra y un psicólogo social que formularon presupuestos importantes como el del 'conflicto triangular' y el enfoque del hospital como una cultura total. El antropólogo social, Caudill (1966) estudió las instituciones psiquiátricas como un observador oculto, haciéndose pasar por enfermo y demostró que dichos hospitales constituyen un sistema social cuyas propiedades afectan al comportamiento de todo el personal que lo compone.

Barton (1959) utilizó el término 'neurosis institucional' para denominar el estado que se generaba en los pacientes mentales después de vivir varios años en los hospitales. Pero, quizás, el autor cuya obra ha calado con más profundidad en la comunidad psiquiátrica internacional haya sido Goffman (1961). Desarrolló el término 'institución total', que hace referencia a las características y al modelo de vida que se desarrolla en las instituciones y que afecta a todas las personas que allí conviven y que las va incapacitando para enfrentarse al mundo exterior.

En la década de los 50, la Organización Mundial de la Salud inició una serie de publicaciones sobre la asistencia psiquiátrica y creó la Sección de Higiene Mental. En 1953, el Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS publica 'The Community Mental Hospital', en el que figuran ciertas recomendaciones que deben cumplir los hospitales psiquiátricos. Entre ellas, se incluye el tener un ambiente apropiado para modificar las relaciones interpersonales entre el personal y los pacientes. Recomendó un número idóneo de camas - en torno a 300 - y que el hospital estuviera formado por pequeños edificios en los que los pacientes vivieran en grupos reducidos y que estuvieran ubicados cerca de una zona de servicios. El informe fue bastante progresista para su tiempo.

Aunque Franco Basaglia contribuyó personalmente e impulsó la difusión escrita de las ideas del movimiento antipsiquiátrico, lo importante de su labor fue el trabajo transformador de las instituciones que tocó, y su carisma personal para el liderazgo internacional. La aportación conceptual más importante y creativa del movimiento, sin embargo, hay que atribuírsela a dos psiquiatras ingleses, Cooper y Laing, cuyas reflexiones sobre el papel represor de la psiquiatría, en ocasiones provocadoras, inspiró a muchos jóvenes profesionales de los años 60 y 70 (Laing, 1973).

En 1978 la OMS celebra en Alma-Ata (capital de Kazakstán) una conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, que sentaría las bases de un nuevo concepto de atención y una nueva línea de política sanitaria. Este modelo reorienta el desarrollo de los sistemas sanitarios, potencia el nivel primario y lo convierte en puerta de entrada a todo el sistema sanitario. Presenta las características de ser accesible a toda la población distribuyéndose con equidad por todo el territorio y racionaliza las intervenciones sobre los niveles de salud de la población. El abordaje de los problemas psiquiátricos, así como los aspectos psicosociales de los pacientes, pasan a ser competencia de los servicios sanitarios de primer nivel. Los dispositivos específicos de salud mental se convierten en elementos de apoyo a la intervención de los equipos de atención primaria. El núcleo del sistema se ubica en el ámbito comunitario y está integrado por un equipo interdisciplinar.



Las características sociopolíticas de cada país - y más concretamente de su sistema sanitario- van a diferenciar los movimientos de reforma psiquiátrica desarrollados en los años 60. En todos ellos se plantea como objetivo prioritario la superación del manicomio y de la psiquiatría custodial. Merecen una mención especial los movimientos antipsiquiátricos de Inglaterra, la desinstitutionalización de Italia, EE.UU. y España y la psiquiatría de sector de Francia, cuyas experiencias han tenido gran repercusión fuera de sus países y han marcado un hito en el desarrollo de la psiquiatría comunitaria.

### 1.2.1 LA PSIQUIATRÍA DE SECTOR EN FRANCIA

En el año 1945, en el marco de las Jornadas Psiquiátricas Nacionales, en Francia, se revisa la situación de la atención psiquiátrica del país y se introduce una política psiquiátrica novedosa que se denominó la *psiquiatría de sector*. Se basa en organizar la asistencia a la salud mental en sectores geográficamente determinados que permitan acercar la atención a la población. Cada sector cubre una media de 70.000 habitantes y en él trabaja un único equipo de profesionales que cuenta con diversos centros asistenciales. El trabajo de este equipo se desarrolla en el contexto social en el que el paciente se desenvuelve y se caracteriza por asumir la responsabilidad de todos los problemas y facetas de la salud mental de una población determinada. Dentro de sus líneas de actuación se encuentran la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la población enmarcada en su área de cobertura. Ya se empieza a hablar de continuidad en los cuidados tanto dentro del hospital como en los centros de salud mental (Mignot, 1970). También se habla de territorialización de la asistencia que permite un mayor conocimiento de las necesidades de la población y su mayor acercamiento asistencial. Según Hochmann (1971), en este tipo de asistencia no se debería utilizar ningún dispositivo especializado sin haber utilizado antes todas las posibilidades terapéuticas de la comunidad.

A partir de la Circular Gubernamental de Marzo de 1960 se realiza un reconocimiento administrativo de la nueva política sanitaria y se asumen los postulados de las Jornadas Psiquiátricas Nacionales de 1945. En esta concepción confluyen por un lado la psicoterapia institucional con Tosquelles (español exiliado en Francia) y Daumezon en sus inicios y

continuada por Oury con el psicoanálisis lacaniano y, por otro, la política de sector en la que se plantea una asistencia a la salud mental más comunitaria, descentralizada y cercana a la población (González de Chávez, 1980).

Sin embargo, la evolución política y del poder social en Francia hacia una concepción capitalista hace que la psiquiatría de sector fracase al no estar apoyada ni administrativamente ni por los profesionales que tienden a la actividad privada. Esta línea innovadora de atención psiquiátrica solamente se mantiene en centros aislados como 13<sup>o</sup> Arrondissement de París, Vilerbanne y Marsella. En la mayoría de los casos se pierde la esperanza de llevar a cabo una auténtica política de sector progresista.

Como señala Rivière (1991), el cierre de los hospitales psiquiátricos en Francia se debe más a una política económica que a una necesidad asistencial. Aunque Francia cuenta con la ventaja de tener un sistema nacional de salud que cubre a la mayoría de la población, sigue manteniendo una asistencia principalmente curativa en la que predomina el hospital y su financiación va en detrimento de la creación de servicios ambulatorios.

Como ejemplo de la situación en la que se encuentra la asistencia psiquiátrica en el año 1992 se publicaron dos testimonios: Althusse (1992) afirma que después de muchos años en los que el hospital de Saint-Anne (París) ha sido considerado como baluarte de la psiquiatría francesa, actualmente sigue en las mismas condiciones de deficiencia que en años anteriores y se constata que la mayoría de los *sectores de psiquiatría* (80%) permanecen atados, para su funcionamiento, a los hospitales psiquiátricos.

### 1.2.2 LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN INGLESA

En el Reino Unido, la experiencia comenzada por Maxwell Jones en 1956 con soldados que presentaban reacciones de ansiedad y estrés y a los que se plantea discutir, con ellos, sus síntomas, no tenía nada que ver con la características que predominaban en el resto de instituciones psiquiátricas de la época. Según afirma Jones (1958) si aplicamos a un hospital psiquiátrico el término de comunidad terapéutica, quiere decir que la responsabilidad del

tratamiento no queda confinada al personal sino que también concierne a los otros miembros de la comunidad, es decir, a los pacientes. Él creó una unidad de tratamiento para inadaptados sociales que, posteriormente, se convirtió en el Hospital Henderson. Durante la década de 1960, los principios de la comunidad terapéutica fueron ampliamente difundidos, sobre todo en Gran Bretaña y EE.UU., sobrepasando los límites de los hospitales psiquiátricos y extendiéndose a otras instituciones.

Es también en Inglaterra donde se acuña el término “psiquiatría comunitaria”. Se creó el Servicio Nacional de Salud, paradigmático hasta nuestros días y con una nueva concepción de organización de los recursos asistenciales caracterizada por la cobertura completa de los mismos a toda la población. El Servicio Nacional de Salud supuso para la psiquiatría mejoras como la racionalización y regionalización, que se concretaron en el control de calidad de los servicios y la puesta en marcha de experiencias rehabilitadoras como los hospitales de día.

Otro cambio substancial a destacar es que a partir del 'Mental Health Act', en 1959, se terminan las diferencias administrativas y legales entre los pacientes mentales psíquicos y somáticos y se desplaza el tratamiento de las instituciones psiquiátricas a la comunidad. El Ministerio de Salud fomentó la creación de unidades psiquiátricas en los hospitales generales y hospitales de día. Se empieza a hacer patente la importancia de la planificación regionalizada y de ofrecer unos servicios completos en la comunidad. También en este país se desarrolló ampliamente la aplicación del trabajo industrial como método de rehabilitación de los pacientes mentales y se organizan unidades industriales en los diversos hospitales (Early, 1960). En el año 1962 había alrededor de 60 talleres industriales en hospitales psiquiátricos de Inglaterra.

A pesar de estas iniciativas aisladas, la mayor parte de los hospitales psiquiátricos ingleses se configuran mediante el modelo médico convencional. Los psiquiatras pioneros en la psiquiatría comunitaria estaban más entroncados con la psicología social que con el psicoanálisis que, a raíz de la nacionalización de los servicios sanitarios, quedó relegado a la práctica privada. Los movimientos comunitarios de la postguerra fueron desapareciendo y solamente se mantuvo la experiencia de Maxwell-Jones en el hospital Henderson. La crisis del capitalismo británico no

hizo desaparecer el Servicio Nacional de Salud aunque sí supuso un recorte importante en el mismo.

Esta nueva organización asistencial de los servicios, el aumento del personal sanitario y el comienzo de la utilización de los psicofármacos influyeron en el descenso de los internamientos en hospitales psiquiátricos. En un estudio publicado en 1961, considerado como un clásico sobre la planificación de servicios, Tooth y Brooke auguraron que Inglaterra sería de los primeros países que aboliría los manicomios. Sin embargo, este proceso se estancó a finales de la década al surgir problemas tales como el envejecimiento de la población institucionalizada, la descoordinación de los servicios sanitarios y sociales o “el modelo médico tradicional” que chocaba con una atención fluida al paciente en la comunidad. No obstante, la política asistencial de este país estaba claramente orientada hacia el cierre de los hospitales psiquiátricos. Las cifras sobre desinstitutionalización de los pacientes internados en hospitales psiquiátricos, en Inglaterra, descienden en el período 1954-1981 de una tasa de 350 a una de 155 por 100.000 habitantes (O'Driscoll, 1993).

Siendo este país uno de los considerados como modelo y con el que se han querido comparar otros países (Salokangas et al., 1985), la década de los 80 se puede caracterizar por los planteamientos confusos y erráticos respecto a su planificación psiquiátrica. En esta década persiste la tendencia de transferir el peso asistencial de las macroinstituciones al entorno comunitario. Se cierran gran número de hospitales psiquiátricos con el consiguiente traslado de los pacientes de larga estancia a hogares, residencias supervisadas y a otros alojamientos apropiados (Leff, 1993). Aunque se plantea como necesaria la creación de alternativas residenciales antes de cerrar los hospitales, los recursos asistenciales alternativos se presentan como costosos y difíciles de implementar (Martínez Azumendi, 1993). Además, este nuevo modelo de atención al paciente mental crónico crea distintas reacciones en los diferentes sectores de la sociedad.

En la década de los noventa, se comienza a evaluar el proceso de reforma psiquiátrica llevada a cabo y se realizan numerosas investigaciones con metodología rigurosa cuyo objetivo

es conocer las necesidades de los enfermos mentales crónicos que viven en la comunidad (Leff 1993, 1996).

### 1.2.3 LA REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA

Se ha considerado a la reforma psiquiátrica italiana como la más avanzada de las reformas europeas de la segunda mitad del siglo XX. La asistencia psiquiátrica italiana, hasta los años 60 se ha caracterizado por la presencia determinante del manicomio. A partir de la década de los 50, con la influencia de las nuevas corrientes psicológicas, y las ideas aportadas por la sociología y la fenomenología, se empieza a realizar un cambio en la atención psiquiátrica, si bien lento y de desigual desarrollo en el país. En la década de los 60 se ponen en marcha algunas iniciativas aisladas tomando como referencia la psiquiatría de sector francesa, pero fracasan. Todos estos cambios están acompañados de un amplio debate político y social sobre las causas y formas de la marginación social.

Dentro de las experiencias reformadoras de la psiquiatría conviene destacar la llevada a cabo por Franco Basaglia en Peruggia y Gorizia, cuyo objetivo principal era el cierre de los manicomios. En Gorizia, convierte en un primer momento el hospital en una comunidad terapéutica; luego considera que es mejor devolver al paciente a la sociedad y dismantela el manicomio. En su experiencia se plantea la comunidad terapéutica como una etapa necesaria, pero transitoria, en la evolución del hospital psiquiátrico. En la comunidad terapéutica todos los pacientes y profesionales participan en la terapia del propio paciente; todos los problemas y situaciones se afrontan de forma dialéctica y se discuten (Basaglia, 1972). Este autor ha tenido gran protagonismo dentro de la reforma italiana y antes de su temprana muerte extendió también fuera de su país su lucha por los cambios del sistema de atención a la salud mental.

En el año 1973 se crea el movimiento colectivo 'Psiquiatría Democrática' en el que se agrupan un gran número de profesionales de la salud mental. El movimiento sirve de plataforma progresista para extender la reforma psiquiátrica a toda Italia. Se basa en las experiencias antiinstitucionales llevadas a cabo por algunos centros de Italia (Gorizia, Perugia y Trieste). Este

es el caldo de cultivo en el que surge la reforma psiquiátrica italiana. Había comenzado el proceso de desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos y el clima político de aquellos años favorecía un cambio en la concepción de los manicomios, donde empezaron a modificarse las condiciones de los propios pacientes mediante un enfoque más socioterapéutico.

Es en el año 1978 cuando se produce la consolidación de la asistencia psiquiátrica con la Ley 180 a partir de la cual no se permite el ingreso de nuevos pacientes en los hospitales psiquiátricos públicos, no obstante se permitía que los pacientes permanecieran en los hospitales como “huéspedes”. La misma ley prohíbe la construcción futura de hospitales psiquiátricos o su reconversión en centros que tengan alguna similitud con los mismos. Para conseguir estos objetivos se crearían servicios psiquiátricos comunitarios con un ámbito geográfico determinado y trabajando en coordinación con unidades de hospitalización psiquiátricas de no más de 15 camas. El objetivo de esta ley ha sido el diseñar instrumentos concretos para desplazar el eje de la atención desde el polo manicomial al territorio, acercando la atención a la comunidad y a la vida social de los ciudadanos.

En los primeros años de la década de los 80, se empieza a sentir en Italia la crisis del estado de bienestar que se concreta en una política de restricción del gasto público, lo cual afecta a la reforma psiquiátrica puesto que se dejan de apoyar aquellas iniciativas que supongan un aumento del gasto sanitario.

Algunos años después de la promulgación de la Ley 180 comienzan los primeros problemas surgidos de su aplicación, entre los que se pueden citar la discontinuidad política y de programación de las actuaciones de las administraciones en el campo de la asistencia psiquiátrica lo que generó una situación de gran desigualdad a lo largo de todo el país. La distribución de los recursos existentes en el país era muy heterogénea con diferencias notorias entre las diversas áreas territoriales en las que se observaba que el 53% de los recursos estaban situados en el norte, frente al 20% de ellos en las regiones del centro y el 27% en las del Sur (Frisanco, 1990). El personal sanitario también está implicado en estos cambios y en ese sentido se constata la dificultad del traspaso de los profesionales, de las instituciones a los servicios comunitarios; también se crean necesidades de formación para afrontar las nuevas situaciones

asistenciales. La escasez de recursos alternativos, como estructuras residenciales en la comunidad, obliga en muchas ocasiones a derivar a los pacientes a otras instituciones como asilos, residencias, etc. Por último, y no por ello menos grave, aparecen problemas para la reinserción social de los pacientes que llevan muchos años en las instituciones y que no cuentan con soporte familiar, económico ni social.

Se han realizado muchos esfuerzos para evaluar los efectos de la nueva política de atención a la salud mental, pero estos intentos han encontrado una gran dificultad por la inexistencia de datos anteriores a la reforma (Torre et al., 1983; Tansella y Williams, 1987; Tansella et al., 1987, 1991).

Algunos estudios publicados se posicionan a favor y otros en contra del nuevo sistema de atención a la salud mental, aunque también se destacan las diferencias en cuanto a recursos existentes entre las regiones ricas del norte y centro y las áreas más deprimidas del sur. En un estudio realizado por Perris y Kemali (1985) se lleva a cabo una recopilación de lo publicado en Italia sobre la reforma psiquiátrica y llegan a la conclusión de que la mayoría de los informes basan sus conclusiones en posicionamientos ideológicos y políticos y no en los datos en sí mismos. A favor de la reforma se encuentran las conclusiones a las que llegan Bollini y Mollica (1989). Estos autores afirman que la reforma psiquiátrica nos ha demostrado que una sociedad puede vivir sin manicomios, aunque reconoce que carecemos de datos sobre los pacientes dados de alta que están sin hogar y sin recursos. Por otro lado, Crepet (1988) en su estudio sobre la reforma psiquiátrica afirma que todavía existen 30.000 pacientes que siguen siendo “huéspedes” de los hospitales psiquiátricos y que la reforma no ha llevado a cabo los cambios profundos que se esperaban. Este mismo autor, en otro estudio realizado 10 años después de la reforma (Crepet, 1990) afirma que, aunque han aumentado el número de recursos alternativos al hospital psiquiátrico, la atención que se le ofrece a los pacientes no es de calidad y que los recursos comunitarios todavía son demasiado escasos. Sin embargo, el antiguo hospital de Trieste se ha convertido en un centro para uso sanitario, educativo y laboral rodeado por varios centros de salud y donde muchos enfermos mentales están integrados en sociedades cooperativas.

#### 1.2.4 LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA EN EE.UU.

En 1909 se crea en EE.UU. el Comité Nacional para la Higiene Mental, movimiento que defiende el tratamiento en la comunidad de los pacientes mentales y que está en contra de las ideas manicomiales. Estas ideas se extendieron rápidamente por otras partes de América y Europa. El origen de este movimiento está en las ideas de Beers que identificó los objetivos de la psiquiatría con los de la salud pública y planteó el paso de la atención individualizada y por un período limitado, a la atención dirigida a la comunidad y por un período indefinido (Winters, 1969). Sin embargo, hasta después de la Segunda Guerra Mundial hubo pocos cambios en la atención psiquiátrica en EE.UU.

Con la llegada a la presidencia de Kennedy se dicta, en 1963, el "Community Mental Health Act" que se puede considerar como el mayor impulso desde el gobierno estadounidense a la desinstitucionalización psiquiátrica. A partir del cual se crean casi 600 Centros de Salud Mental, financiados con fondos federales y distribuidos en "sectores". Cubren algo más del 40% de la población. Los principios en los que se basa el trabajo de estos centros es la accesibilidad, gratuidad, disponibilidad, énfasis en la prevención de la enfermedad y búsqueda de las necesidades reales de la población. Esta iniciativa creó grandes expectativas de disminuir la hospitalización, promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales y disminuir su incidencia. Sin embargo, estos centros a caballo entre los hospitales y las consultas privadas, que inicialmente atrajeron a valiosos profesionales con deseos de innovación, empezaron a recibir duras críticas de todos los sectores de la sociedad. Pronto se dieron cuenta de que para que funcionaran de forma adecuada debería existir un Sistema Nacional de Salud y tendrían que haberse creado en todos los centros que la Ley proyectó (2000 centros). A partir de estos cambios los pacientes fueron sacados de los hospitales psiquiátricos y no se crearon los centros de salud mental necesarios. En la década de los 70, una vez pasada la euforia inicial y con la progresiva reducción de fondos federales, se han convertido en centros privados o semiprivados, en los que los pacientes tienen que pagar por acudir a ellos y en los que cada vez quedan menos de las funciones para las que fueron creados.



En 1966, Caplan escribe sobre los principios de la psiquiatría comunitaria (introduciendo el término de 'psiquiatría preventiva') en los que hace referencia a todos los conocimientos necesarios para llevar a cabo la prevención primaria, secundaria y terciaria. El centro del modelo de atención a la salud mental ya no es el sujeto enfermo, sino la comunidad en la que él se desenvuelve, y centra su actividad en los grupos y colectivos más vulnerables a sufrir un proceso patológico.

En 1967 surgen los centros de crisis propuestos por Langsley y Kaplan, situados en el hospital general, en los centros de salud mental comunitarios y en las estructuras médico-sociales. Son alternativas a la hospitalización tradicional y su función es la intervención en crisis. La aportación que hacen a la nueva concepción de la psiquiatría no son las técnicas de intervención terapéuticas utilizadas en sí mismas, sino un nuevo modelo de atención comunitaria y de salud pública. Estos conceptos de intervención en crisis son centrales en la base teórica de los movimientos de desinstitucionalización.

Otras de las razones que motivaron el comienzo del cambio de las instituciones psiquiátricas fue el clima de conciencia social y reforma que existía durante esa época (Hersch, 1972). Se creía de forma apasionada que el cuidado comunitario era la mejor forma de atender a los pacientes mentales ya que muchos de ellos vivían en los hospitales psiquiátricos en unas circunstancias muy desfavorables.

En un contexto de desinstitucionalización ideológica por parte de las fuerzas sociales e intelectuales, se lleva a cabo de forma radical la desinstitucionalización y son cada vez menos los pacientes que ingresan en los hospitales y que residen en los mismos. El número de pacientes residentes en los hospitales psiquiátricos públicos americanos descendió substancialmente durante las 4 últimas décadas en aproximadamente un 82% (Bachrach, 1996). Según los datos del Gobierno Federal, hay dos millones y medio de enfermos mentales crónicos en Estados Unidos, la mayoría de ellos sufren una esquizofrenia; si solamente 77.000 están en los hospitales, lo que supone un 3% de dicha población, ¿dónde están el 97 % restante?. Según

afirma Bachrach (1997) la triste realidad es que no se sabe dónde están, qué necesidades tienen y ni siquiera quiénes son.

Cuando la desinstitucionalización comenzó en EE.UU., la intención fue llevar a cabo tres procesos simultáneamente: los pacientes saldrían de los hospitales, se bloquearía o restringiría la entrada de nuevos ingresos y se crearían servicios en la comunidad. En algunos lugares se ha llevado a cabo el proceso de forma satisfactoria (Cohen, 1990; Warner y Girolamo, 1995), pero si consideramos la situación de forma global en los Estados Unidos, en la mayoría de los sitios se han cumplido sólo los dos primeros objetivos. Quizás este sea el motivo, según Bachrach (1997), por el que transcurridos 40 años desde que comenzó la desinstitucionalización todavía no se tengan datos para realizar una evaluación global del proceso en los EE.UU. Los datos que se tienen de diversos estudios llevados a cabo a partir de los años 70 muestran resultados bastante dispares: Bassuk y Gerson (1978) presentan los resultados sobre los primeros 20 años de desinstitucionalización y muestran que entre los años 1955-1975 la cifra de pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos públicos descendió más de dos tercios. Sin embargo, Goldman et al. (1981) manejan unas cifras de 900.000 pacientes ingresados, refiriéndose a lo que ellos denominan 'el mito de la desinstitucionalización'. Otros estudios se refieren al flujo de pacientes durante el proceso de desinstitucionalización y mientras unos hacen diferencias entre pacientes crónicos 'nuevos' y 'viejos' crónicos que ingresan en el hospital (Craig et al., 1984), por el contrario Platman et al. (1983) y Platman y Booker (1984) concluyen en sus estudios que no hay razones para que se produzcan mayor número de ingresos de los nuevos pacientes crónicos. En resumen, existen muchos estudios que presentan datos contradictorios sobre los resultados del proceso de la reforma psiquiátrica llevada a cabo en EE.UU.; algunos muestran datos muy favorables al proceso de reforma mientras que en otros se plantea que no ha habido ningún cambio después de dicho proceso (Dorwart, 1988). Por tanto, a partir de los motivos expuestos anteriormente, resulta muy difícil hacerse una idea global de lo que ha ocurrido en los Estados Unidos respecto a la desinstitucionalización psiquiátrica.

### 1.2.5 LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA

El período comprendido entre finales del siglo XIX y la guerra civil española se caracteriza en el campo de la atención psiquiátrica por un tipo de asistencia de tipo custodial y asilar, con escasa consideración a los aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitadores y epidemiológicos y con un gran aumento de la morbilidad psiquiátrica (Rendueles Olmedo, 1980). Este incremento se concretó en una mayor demanda social de los internamientos psiquiátricos, pasando esta cifra de 18 pacientes ingresados por cada 100.000 habitantes en el año 1874 a 42 pacientes por cada 100.000 habitantes (González Duro, 1980). Esta situación condujo a la expansión de los manicomios por todo el territorio español, ampliando los ya existentes o creando algunos nuevos. La asistencia que en ellos se ofrecía era una psiquiatría de tipo custodial. Sin embargo, durante este período tienen lugar algunos acontecimientos de interés científico que influirán en los cambios ocurridos posteriormente. Entre otros, se pueden destacar las aportaciones neurobiológicas de la Escuela de Cajal, y las de Kraepelin en el conocimiento y sistematización de la psicopatología; se produce un mayor conocimiento dentro del campo de la neuropsiquiatría sobre algunas enfermedades infecciosas con amplia sintomatología psiquiátrica (pelagra, parálisis general progresiva, etc.); algunos psiquiatras españoles de la época salen a Europa y a su regreso transmiten la influencia de las corrientes que existían en Alemania y Suiza durante esa época (Valenciano Gaya, 1979).

La preocupación por la situación de los enfermos mentales en España se pone de manifiesto en la década de los años 20 con la fundación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en 1924 -con la asistencia de Kraepelin- y con la creación de la Liga para la Higiene Mental, fundada en 1927. Esta última elaboró un anteproyecto alternativo de legislación para la atención psiquiátrica, que sustituyó al obsoleto proyecto de 1885 y que sería asumido por el gobierno de la Segunda República, en 1931. Este movimiento pone el énfasis en los aspectos preventivos e identifica sus objetivos con los de la salud pública y aborda los problemas psiquiátricos mediante una serie de actividades centradas en la comunidad y se adelanta a lo que sería la atención comunitaria a la salud mental. Estas organizaciones estaban formadas por un grupo de profesionales a los que se les ha llamado la "generación científica de 1916" y que contaban con

nombres como Achucarro, Lafora, Sacristán, Sanchís Banús, Villaverde, Prados Such, César Juarros, etc. preocupados por la asistencia psiquiátrica y el problema de la reclusión definitiva.

La época de la dictadura (1939-1975), caracterizada por su política de aislamiento y de falta de libertad, era poco proclive a las influencias de los movimientos renovadores de la psiquiatría que se estaban desarrollando en algunos países europeos. En España, en la década de los 70 todavía se construían hospitales psiquiátricos aunque alguno de ellos no llegó a abrirse por las presiones de los profesionales más implicados en los cambios democráticos. En los últimos años de la dictadura la situación de la asistencia psiquiátrica era bastante deficitaria con falta de medios y de coordinación entre las distintas instituciones responsables de la atención psiquiátrica y con unas condiciones de vida dentro de los hospitales psiquiátricos bastante deplorables (Aparicio Basauri, 1993).

Después de un largo paréntesis sin cambios, los movimientos en contra de la psiquiatría tradicional surgen en España en los primeros años de la década de los 70. Cada vez se hace más patente la lamentable situación en la que se encuentran los hospitales psiquiátricos y su impotencia para atender a la demanda creciente de atención psiquiátrica por parte de la población. La prensa se hace eco de esta situación trascendiendo a la opinión pública. En 1971, en el Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, celebrado en Málaga, se discutió por primera vez, en una asamblea general y en debate abierto, acerca de los problemas reales de la asistencia psiquiátrica y se denunció la situación de abandono en la que se encontraban los manicomios. Se aprobaron unas propuestas mínimas para la modernización de la asistencia psiquiátrica a las que se le dieron amplia difusión (García González, 1978).

La necesidad de transformación de la asistencia a la salud mental se pone de manifiesto en los conflictos y denuncias que acontecen en los centros psiquiátricos en el lustro de los 70-75, en los últimos años del régimen franquista. En estas circunstancias surge un movimiento denominado Coordinadora Psiquiátrica, formado mayoritariamente por jóvenes psiquiatras y MIR (Médicos Internos Residentes) que comienzan a denunciar la situación en la que se encuentra la psiquiatría en España. Ejemplos de ello son la huelga de los MIR y los movimientos de denuncia que ocurrieron en 1971 y 1972 en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo, dónde se

produjo la primera “huelga blanca” como la denominaron los medios de comunicación. Le siguieron los manicomios de Salt (Gerona), en 1973, y de Alcohete (Guadalajara), en 1975. Así mismo, en el Instituto Mental de la Santa Cruz (Barcelona), en 1973, se realizan encierros y se ejercen medidas de presión para reivindicar una mejor situación de los pacientes internados en las clínicas. En 1974, el director del Hospital Psiquiátrico de Bermeo presentó su dimisión basada en la deficiente política asistencial seguida en los servicios psiquiátricos. La última gran confrontación poco antes de la muerte de Franco fue el conflicto institucional que aconteció en el Sanatorio Psiquiátrico de Conxo, en Santiago de Compostela, en 1975 (García González, 1980)

Durante los últimos 25 años se han desarrollado distintos procesos de transformación de la asistencia psiquiátrica, con aspectos desinstitucionalizadores que se pueden agrupar en dos etapas. La primera que se extiende entre los años 1970-1982 se caracteriza por experiencias aisladas, basadas en el apoyo de un grupo de profesionales radicalizados (en aquel momento jugaba un importante papel la lucha política democrática) y que habitualmente no estaban apoyados por las administraciones responsables de los servicios. A partir de 1982 comienza un nuevo período (con la llegada al poder del Partido Socialista) con el Documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica<sup>1</sup> (1985) y la aplicación de la Ley General de Sanidad, en los que se plantean a las administraciones gestoras los objetivos generales del proceso de reforma psiquiátrica.

La Ley General de Sanidad, promulgada en 1986, recoge en su artículo 20 los principios fundamentales de la reforma psiquiátrica en los que se aboga por una atención comunitaria alternativa al hospital psiquiátrico, se contempla la necesidad de estructuras intermedias de rehabilitación y reinserción social y se hace mención a una hospitalización psiquiátrica en unidades ubicadas en los hospitales generales.

---

<sup>1</sup> Por orden del 27 de Julio de 1983, se creó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica que se constituyó 17 meses después, el 14 de diciembre de 1984. Esta Comisión estaba formada por Valentín Corcés, José García, José Guimón, Federico Menéndez, Mercè Pérez, José Rallo y Francisco Torres, además de los Directores Generales de Planificación Sanitaria, Farmacia, INSALUD, Salud Pública, y el Subdirector General del AINS.

La reforma psiquiátrica en España, a diferencia de la Italiana, no está basada en la obligatoriedad de una ley, y el documento elaborado por la Comisión Ministerial es meramente orientativo y no tiene rango normativo sino de simple recomendación (aunque varios de sus principios son recogidos por la Ley General de Sanidad). De esta forma, las comunidades autónomas y administraciones provinciales, como responsables de una parte importante de los recursos de salud mental, han aplicado de forma diferente estas recomendaciones. El resultado es que la reforma se ha llevado a cabo de una manera desigual en las distintas comunidades que configuran nuestro estado. Según los distintos niveles de implantación las comunidades autónomas se pueden dividir en cuatro grupos: a) Las que han seguido las directrices de la Comisión Ministerial en su plan de reforma alcanzando un alto grado de desinstitucionalización como es el caso de Andalucía, Asturias, Madrid, Navarra, b) Aquellas que han buscado la convivencia entre las estructuras comunitarias nuevas y las antiguas, pero centrándose en un modelo de tipo racionalista (Cataluña y el País Vasco), c) Otro grupo estaría formado por las que, siguiendo un plan cercano a la Comisión Ministerial, aún están en los primeros momentos de su aplicación o se ha aplicado de forma desigual (Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Galicia, Murcia) y d) Un último grupo formado por aquellas comunidades que no tienen un plan concreto (Extremadura, Rioja, Cantabria, Baleares y Valencia) o poseen planes locales o parciales (Canarias) (Aparicio Basauri, 1990).

La evaluación del proceso de cambio en el ámbito de la salud mental en España es difícil de realizar ya que, en primer lugar, los objetivos propuestos en el documento inicial eran muy generales y no se plantearon de forma operativa y, en segundo lugar, porque no se ha desarrollado un sistema de recolección de datos unificado que permita la monitorización de los mismos y el establecimiento de indicadores de actividad. Todo ello, unido a las peculiaridades de este proceso desarrollado a distintos niveles en los diferentes lugares; además de la dificultad añadida del estado de las autonomías con políticas sanitarias en salud mental distintas hace complicado poder realizar un análisis riguroso de la situación. Por estos motivos, son pocos los trabajos de investigación que evalúan de forma sistemática el proceso de reforma psiquiátrica en nuestro país (Guimon et al., 1989).

En 1990, el Ministerio de Sanidad, en su informe sobre Salud Mental, reconoce la inexistencia de una unidad técnico administrativa cuyas funciones fuesen las de coordinación de las comisiones sectoriales y el mantenimiento de los sistemas de información, que sirviese de instrumento operativo de la Comisión de Seguimiento de la Reforma Psiquiátrica. Algunos años después de iniciada la reforma psiquiátrica cabe afirmar que el proceso ha sido muy desigual en todo el territorio (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990). Según aparece en un informe elaborado por el Defensor del Pueblo, en algunos lugares el hospital sigue siendo el eje de la asistencia psiquiátrica sin que hayan variado substancialmente su estructura territorial y su funcionamiento (Defensor del Pueblo, 1992).

En Febrero de 1996 se publican los datos del Informe Evolutivo de la Encuesta de Salud Mental correspondientes al período 1991-1994 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996). A partir de la información obtenida desde las distintas comunidades autónomas, en base a un cuestionario elaborado por la Comisión de Seguimiento de la Reforma Psiquiátrica y, a pesar de las dificultades metodológicas antes enunciadas, se puede concluir que existen grandes diferencias tanto en la ubicación, dotación y orientación de los recursos asistenciales y de los profesionales sanitarios, así como en el grado de implantación de la reforma psiquiátrica entre las distintas comunidades, siendo las comunidades de Andalucía, Asturias, Navarra y, parcialmente, Madrid las comunidades en las que existe mayor proporción de recursos comunitarios.

El desarrollo de estos cambios en la asistencia a los problemas de salud mental ha llevado consigo problemas tanto en los aspectos no terminados del proceso (persistencia de restos de los hospitales psiquiátricos, “huecos” en la red de servicios sanitarios y falta de recursos comunitarios) así como problemas de funcionamiento secundarios a una evolución con ritmos dispares entre los distintos elementos del sistema (estructura del área de salud mental a caballo entre administraciones hospitalarias y de atención primaria). Todo ello plantea un conjunto de problemas comunes a la totalidad de los servicios sanitarios (Desviat, 1994), junto a otros específicos al área de salud mental, que deben ser abordados correctamente para que el proceso de integración efectiva en el sistema sanitario no suponga, ni la pervivencia de situaciones de

excepción o de marginalidad, ni una homogeneización simplista, respetando las peculiaridades imprescindibles de un subsistema de atención comunitario en salud mental.

¡Error! Marcador no definido.

### 1.2.6 LA REFORMA PSIQUIÁTRICA EN ANDALUCÍA

Hemos considerado de interés describir brevemente el modelo de asistencia psiquiátrica de esta comunidad autónoma por haberse desarrollado este estudio en una de sus provincias.

Para poder entender el proceso de reforma psiquiátrica llevado a cabo en Andalucía es necesario conocer las características territoriales, sociodemográficas y políticas que se tuvieron en cuenta para poner en marcha dicho proceso.

Andalucía con casi 90.000 km<sup>2</sup> es la comunidad autónoma más grande de España lo que supone el 17.3% del territorio nacional con una población de 7.040.627 habitantes, según el Censo del año 1991, constituyendo la Comunidad Autónoma más poblada del Estado español. Su densidad es de 77.80 habitantes por km<sup>2</sup> y, aún siendo muy similar a la de España, oculta grandes diferencias dentro de su propio territorio: al mismo tiempo que predomina la concentración urbana (el 44.5% de su población habita en algo más de 20 ciudades de 50.000 a 90.000 habitantes), en sus zonas rurales existen centenares de pequeños pueblos con menos de 1.000 habitantes cuya población se halla muy dispersa y con unas características geográficas que dificultan la comunicación.

Su situación geográfica y su considerable extensión, así como las grandes diferencias de hábitat, demografía y estructura socioeconómica, dentro incluso de cada una de sus 8 provincias suponen un primer elemento de complejidad para el desarrollo de servicios de salud mental comunitarios. En el aspecto socioeconómico, Andalucía presenta todavía características propias de un relativo subdesarrollo que la sitúan por debajo de la media nacional respecto a determinados indicadores básicos como renta per cápita, nivel de desempleo y tasas de actividad. Su economía está basada en los sectores agrarios y de servicios, con una industrialización



inferior a la media nacional y un desordenado aprovechamiento de los recursos naturales. A estas características se une la escasa existencia de redes de comunicación, en fase de desarrollo y ampliación en estos últimos años.

La reforma psiquiátrica andaluza tiene su modelo en los intentos reformadores -más o menos frustrados- acaecidos en otras partes de España, especialmente en el quinquenio 1970-75. En 1978 España se configura como un Estado compuesto por 17 autonomías. El primer gobierno andaluz se constituye en 1982, siendo el Servicio Andaluz de Salud el primero de los de su naturaleza que se creó. Es importante destacar que la Reforma Psiquiátrica Andaluza nace y crece de forma coetánea con dos impulsos políticos: la construcción institucional de Andalucía y el comienzo de la Reforma Sanitaria en todo el Estado español (Torres González, 1992).

A partir de las primeras elecciones locales en el año 1979, con la constitución de Diputaciones Provinciales más progresistas, comenzó la reforma psiquiátrica en tres provincias de Andalucía (Sevilla, Jaén y Málaga). Esta situación influirá en las desigualdades interprovinciales que existen incluso actualmente en todo el proceso de la reforma.

En 1982, cuando se pone en marcha la reforma psiquiátrica en Andalucía, la situación era la siguiente: la atención a la salud mental se llevaba a cabo a través de 4 redes de servicios sanitarios públicos que no tenían ninguna coordinación entre ellas y que presentaban un perfil de usuarios diferenciados entre ellas y recursos muy diferentes: las Diputaciones Provinciales, la Seguridad Social, las Universidades y el Ministerio de Sanidad. Además en cada una de las 8 provincias existía un hospital psiquiátrico, algunos de los cuales habían ya iniciado el proceso de desmantelamiento.

Con la transferencia de competencias desde el Gobierno Central a las Comunidades Autónomas, era la Consejería de Salud del Gobierno Andaluz la encargada de gestionar todos los recursos sanitarios transferidos desde el Ministerio de Sanidad y de la Seguridad Social. El gobierno autónomo propuso a todos los entes públicos que participaban en la gestión de la asistencia a la salud mental compartir los recursos, por lo que comenzó un proyecto total de

integración que abarcó desde 1984 hasta 1990. En este contexto se creó el Instituto Andaluz de Salud Mental, como un organismo autónomo de carácter transitorio (se disolvió en 1990) mediante una Ley del Parlamento Andaluz, cuyo objetivo era el llevar a cabo la transformación en profundidad de las instituciones psiquiátricas. Para ello, debía coordinar e integrar funcionalmente todos los recursos psiquiátricos y dirigir el desarrollo de los mismos orientándolos hacia los principios de la salud mental comunitaria e integrándolos en lo que sería el Servicio Andaluz de Salud.

El nuevo modelo de atención a la salud mental se caracteriza por la desaparición gradual y racional de los hospitales psiquiátricos y la creación de una red de dispositivos de salud mental, destacando la primacía del ámbito comunitario y la integración en el sistema sanitario general que garantice la continuidad de atención en ámbitos territoriales concretos.

Basado en una nueva demarcación territorial y con el objetivo de ser equitativos con los ciudadanos respecto a la distribución territorial de los servicios, se diseña un nuevo mapa sanitario de Atención Primaria en el que se definen las siguientes demarcaciones (IASAM, 1988):

- Zona Básica de Salud es el marco territorial de la Atención Primaria cubriendo una población entre 5.000 y 50.000 habitantes, con una media de 20.000. Su base de actuación es el Centro de Salud.
- Distrito Sanitario integrado por varias Zonas Básicas de Salud, su población oscila entre 40.000 y 200.000 habitantes con una media en torno a los 100.000. Cada uno cuenta con un Equipo de Salud Mental de Distrito.
- Área Hospitalaria para la actuación de los servicios especializados.
- Área Funcional de Salud Mental que puede incluir a más de un área hospitalaria. El área es la demarcación geográfica para planificación dentro de los Servicios de Salud Mental. Andalucía está dividida en 17 áreas cuya cobertura poblacional varía entre 200.000 y

700.000 habitantes y las cuales se pueden considerar auto-suficientes desde el ámbito de los servicios de salud mental especializados.

El personal sanitario de los servicios de salud mental también ha evolucionado paralelamente a las necesidades planteadas por el nuevo sistema de atención comunitaria a la salud mental; se crea el equipo multidisciplinar caracterizado, no sólo por la aglutinación de distintas categorías profesionales, sino porque implica una nueva forma de abordaje de los problemas de los pacientes y una nueva filosofía a la hora de entender la enfermedad mental.

Uno de los objetivos que tenía el proceso de Reforma Psiquiátrica en Andalucía era la desaparición progresiva de los ocho hospitales psiquiátricos repartidos en cada una de sus provincias y, a su vez, la creación de recursos residenciales alternativos para acoger a aquellos pacientes que lo necesitaran. Al comienzo del proceso de reforma los ocho hospitales psiquiátricos andaluces contaban con 4.000 camas, de las cuales se mantenían ocupadas, en 1985, el 75%. De éstas, el 89% correspondían a pacientes con tiempos de estancia superiores a 6 meses ('crónicos') y el 11% restante a pacientes con estancias más cortas ('agudos') (IASAM, 1987).

El programa de desmantelamiento de los hospitales se realizó de forma escalonada teniéndose en cuenta las necesidades de cada grupo de pacientes y buscando alternativas residenciales externas al hospital, así como preparándoles para su permanencia en la comunidad. El cierre progresivo a nuevos ingresos en las unidades de larga estancia de los hospitales psiquiátricos -se ha pasado de 121 ingresos en 1985 a 24 en 1993- (López Álvarez et al., 1998), la transferencia de los pacientes de corta estancia a la unidades de salud mental de los hospitales generales y el traslado de pacientes mayores de 65 años a residencias para la tercera edad o de los deficientes mentales a residencias específicas para ellos ha supuesto una reducción en número de camas y recursos humanos adscritos a los hospitales psiquiátricos. Para los pacientes diagnosticados de 'psicosis' se han desarrollado programas de apoyo social para su rehabilitación y inserción social. De los 8 hospitales psiquiátricos públicos de Andalucía, 5 se encuentran cerrados (Almería, Málaga, Cádiz, Huelva, Jaén) quedando 126 pacientes,

distribuidos en los hospitales de Granada, Sevilla y Córdoba, en espera de ser externalizados a otras alternativas asistenciales o residenciales.

La aplicación del programa de desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos ha provocado algunos efectos negativos importantes. Uno de ellos es la saturación de las camas de las unidades de corta estancia mediante pacientes mentales crónicos denominados de 'puerta giratoria', su consiguiente repercusión en la disponibilidad de recursos, así como la sobrecarga que deben soportar las familias que se ven obligadas a convivir con pacientes en situaciones, a veces, insostenibles. Sin embargo, Andalucía se encuentra en fase de creación y expansión de recursos que puedan facilitar la conclusión de todo el proceso de reestructuración del sistema de salud mental andaluz.

El desarrollo de una única red comunitaria de atención a la salud mental en la que no tenga cabida el hospital psiquiátrico lleva consigo, necesariamente, el desarrollo de nuevos recursos alternativos. Para la creación de estructuras de apoyo social específicas para pacientes psicóticos menores de 65 años, cuyas necesidades de alojamiento no puedan ser cubiertas por los recursos existentes habitualmente dentro de la red de servicios sociales, se creó en 1993 la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, un organismo financiado con fondos públicos y cuyo objetivo es gestionar recursos en la comunidad a través de la creación de alternativas residenciales al hospital y la puesta en marcha de proyectos laborales que posibiliten a través del trabajo la integración del enfermo mental en la comunidad.

La valoración global de la reforma psiquiátrica en Andalucía constata que no está concluida y, por tanto, las líneas de trabajo deben dirigirse a garantizar la plena integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario, en régimen de paridad con otras patologías; desarrollar e implantar un sistema de información en salud mental aplicable tanto a la evaluación de la actividad clínica como a la gestión, y potenciar y desarrollar recursos rehabilitadores tanto dentro de la red asistencial como en otras áreas no sanitarias (p.ej. servicios sociales).

### 1.2.7 VALORACIÓN GLOBAL DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Una vez expuestos brevemente los movimientos de reforma psiquiátrica que más han influido en el devenir posterior de la asistencia psiquiátrica comunitaria hay que destacar que en todos ellos subyace un mismo hilo conductor, que parte de un cuestionamiento tanto social como terapéutico de la influencia negativa del manicomio en el paciente, la denuncia pública del mismo por parte de un grupo de profesionales y de la sociedad en general que se hacen eco de ese clima de libertad e igualdad que influirá en los cuidados que se ofrecen a los enfermos mentales. El apoyo administrativo a este nuevo enfoque mediante el desarrollo de leyes, actas y reuniones que cristalizó en las nuevas directrices que siguió la asistencia psiquiátrica de los años posteriores. Una vez llevado a cabo el cambio hacia una psiquiatría más comunitaria (en unos países de forma más radical y en otros menos) se ha pasado, en la década de los 90, a un período de reflexión en el que se están cuestionando los avances alcanzados a partir de estos planteamientos. Como en todos los procesos de cambio, siempre hay voces a favor y en contra de las nuevas situaciones.

De lo que no cabe duda es que estamos ante un nuevo abordaje a la atención al enfermo mental crónico y ante una nueva concepción de la oferta de servicios de salud mental. Tampoco hay duda de que los procesos de reforma de la atención a la salud mental han supuesto un importante avance en las prestaciones ofertadas a los ciudadanos, aunque no por ello debemos ser insensibles a las críticas acerca de las deficiencias reales que este modelo ha reportado (Fernández Liria, 1997).

A partir de lo expuesto anteriormente, una de las medidas necesarias para mejorar el conocimiento de lo que ha acontecido en los procesos de reforma psiquiátrica sería el desarrollar una evaluación crítica y un análisis de estos modelos de atención basados en parámetros e indicadores fiables y normalizados que permitieran hacer estudios comparativos entre diversas experiencias comunitarias y que ofrecieran información acerca de la utilización de servicios real que realizan los pacientes para valorar adecuadamente su situación y poder afrontar los problemas acaecidos a la luz de dicha información.

