

DOCUMENTO DE DISCUSIÓN ELABORADO POR LOS COLEGIOS PROFESIONES DE MÉDICOS (SECCIÓN DE MÉDICOS PSIQUIATRAS), PSICÓLOGOS Y ASISTENTES SOCIALES Y PRETENDE ABSTRAER LOS RASGOS FUNDAMENTALES TRABAJADOS POR DISTINTAS COMISIONES PLURIDISCIPLINARIAS Y CUYOS TRATAMIENTOS AÑADIREMOS COMO ANEXOS A CONTINUACIÓN DE ESTA SÍNTESIS DISTRIBUIDA EN TRES PARTES:

1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA FILOSOFÍA ASISTENCIAL DE LA PROPUESTA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE UNA POBLACIÓN DETERMINADA.
2. CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DE LA ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL.
3. CARACTERÍSTICAS DE LOS DISTINTOS ESPACIOS ASISTENCIALES.

Borrador

## 1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA FILOSOFÍA ASISTENCIAL

---

Aún aceptando que tanto en la definición de la Salud Mental y de la enfermedad mental intervienen múltiples factores, teorías y disciplinas, para el diseño de un plan asistencial es imprescindible delimitar el concepto de salud y enfermedad mental, tomando como punto de referencia el conjunto de teorías, disciplinas y prácticas propias, capaces de organizar la respuesta asistencial.

Es ampliamente aceptado el que, aún refiriendo el problema de la salud y la enfermedad mental a las posibilidades y competencias del ámbito sanitario, el modelo médico tradicional es insuficiente para garantizar la comprensión y la resolución de los problemas de la salud mental.

Hasta hace poco la preocupación de la psiquiatría como disciplina ha sido la explicación de la relación que el hombre establece con su naturaleza. Es desde esta comprensión desde donde han surgido las propuestas médico-biológicas.

Con las aportaciones sociológicas y psicológicas (comunicación, psicoanálisis, conductismo, modelo sistémico...) se hace imprescindible introducir en la explicación de los fenómenos psiquiátrico-psicológicos la aportación de estas teorías que pretenden comprender al hombre a través de la relación que establece con su mundo interno (él mismo) y con la realidad externa (micro y macro grupo social de pertenencia)

De ahí la necesidad de establecer una nueva definición de los problemas de la salud mental, basándola en un modelo relacional que tenga en cuenta la relación dialéctica entre la realidad intrapsíquica y la realidad externa, ampliando lo escotomizado y parcial que significa la respuesta médico-biológica.

No es tarea de este documento intentar una definición completa de la salud y de la enfermedad mental, que por otro lado siempre seran un concepto no ajeno a las circunstancias socio-culturales e históricas, pero si remarcar la necesidad de rescatar como puntos de referencia para cualquier organigrama asistencial los aspectos vinculares, tanto individuales como comunitarios en la comprensión de los problemas de salud mental y en las formas de intervención asistencial.

Por otra parte, los problemas de salud mental no pueden definirse solamente desde lo teórico y/o conceptual, sino que en su reconocimiento intervendrán también factores subjetivos individuales y las posibilidades de contención y comprensión del micro o macro grupo social de pertenencia.

Así pues, el reconocimiento de factores individuales, psicológicos o biológicos en la etiología del conflicto psíquico, no atenua la necesidad de basar el conjunto del funcionamiento asistencial en base a un modelo de comprensión e intervención relaciona y comunitario. De la misma manera que no niega la obligatoriedad de utilizar todos y cada uno del conjunto de recursos proveniente de las distintas praxis de las que actualmente se dispone, sin que ellos se conviertan en excluyentes sino como asistentes activos a la filosofía general, que define el eje central de la actuación terapéutica y los objetivos de los distintos programas para la atención a la salud mental.

Es imprescindible reivindicar un propósito único para el conjunto del plan asistencial a la salud mental en el seno del cual puedan ejercerse los objetivos parciales en relación a las necesidades psicopatológicas y en relación a las peculiaridades de cada equipamiento. Igualmente hay que asegurar que este objetivo único y común a la red asistencial no permita ni contradicciones ni soluciones de continuidad entre la respuesta individualizada al conflicto y la intervención en aquello que es definido como contextual o comunitario. Aceptar la premisa de que la enfermedad o la salud mental, desde su definición hasta en su forma de expresión psicopatológica, surgen de un proceso de interacción e interrelación entre la persona y el contexto equivale

a otorgar prioridad a la relación interpersonal y social y por tanto a considerar este aspecto el lecho en el cual toman forma las realidades psicológicas o biológicas de cada uno de los individuos.

Aceptar el valor relacional en la génesis, expresión y reparación de los problemas de la salud mental y aceptar éstos como un proceso estructurante y organizador de la personalidad y del diálogo social significa enmarcar los planes para la asistencia psiquiátrica de forma que aseguren un modelo de intervención relacional y comunitaria, la continuidad y coherencia entre las distintas intervenciones asistenciales y la especificidad de la asistencia psiquiátrica-psicológica.

Obviamente estas premisas solo son posibles en el marco de la Sanidad Pública, que debe ser capaz de integrar la especificidad de la asistencia psiquiátrica-psicológica, asumiéndola como un conjunto y no absorbiéndola en sus distintos niveles de atención.

Por otra parte, de las premisas anteriores se deduce que la eficacia de la intervención asistencial en el ámbito de la salud mental debe ser medida en función de las modificaciones estables que es capaz de producir en el proceso de la salud o enfermedad mental del individuo o de la comunidad y que por tanto el coste y la rentabilidad económica debe plantearse a medio o largo plazo y que además el coste sanitario debe ser cotejado con el coste social.

## 2. CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DE LA ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL.

---

Dada la diversidad de factores que intervienen en el proceso de salud o de enfermedad mental, la estructura asistencial responsable de su atención debe poder ofertar un conjunto de respuestas diversificadas y discriminadas adecuadas a las necesidades surgidas de los distintos momentos evolutivos y que comportan la creación de espacios asistenciales diferenciados, asegurando un enfoque pluridisciplinar en todos y cada uno de los espacios y tiempos asistenciales y la coordinación entre ellos, la convergencia dentro de un mismo proceso terapéutico y la racionalización asistencial de una determinada zona geodemográfica.

Del mismo modo debe posibilitar la participación organizada o puntual de la comunidad y de sus recursos en las respuestas sanitarias lo cual implica el contacto directo y organizado con la población atendida o con los recursos sociales, pedagógicos, sanitarios y comunitarios de su zona geodemográfica.

Asegurar a la vez: la continuidad y la unidad del proceso terapéutico, la diversificación de respuestas, la multidisciplinariedad y la presencia organizada de la comunidad significa organizar la asistencia psiquiátrica-psicológica, según un modelo de circuito asistencial que defina las responsabilidades y peculiaridades de cada espacio y tiempo asistencial, la relación y coordinación entre los distintos equipamientos y la relación del circuito con la comunidad.

Dicha estructura asistencial, en base a los objetivos, a los recursos y a las necesidades debería proveer la puesta en marcha de diversos recursos y programas capaces de dar una respuesta asistencial a dichas necesidades, estableciendo la prioridad de las acciones.

Los circuitos asistenciales deberían estructurarse, como mínimo, con los siguientes espacios terapéuticos:

- Centros de (asistencia primaria en) salud mental.
- Consultas ambulatorias o dispensariales.
- Centros de hospitalización a tiempo parcial.
- Centros de hospitalización a tiempo total.
- Recursos específicos.
- Recursos comunitarios.

Dichos circuitos y sobretodo a través de sus centros de (asistencia primaria en) salud mental, quedarían vinculados, coordinados e integrados con el sistema sanitario y específicamente con los centros de asistencia primaria vinculados y coordinados con los centros de asistencia primaria.) *continúa*

La constitución de varios de dichos circuitos formará el conjunto de la red asistencial para la asistencia psiquiátrica-psicológica que quedaría integrada como un subsistema a la Sanidad general del Estado.

### 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS DIFERENTES ESPACIOS ASISTENCIALES.

---

#### CENTROS DE ASISTENCIA PRIMARIA EN SALUD MENTAL.

- Dirigidos a toda la población sin discriminación de edades ni de patologías.
- Equipamientos de primera línea de atención a la salud mental, junto con los Centros de Salud y estrechamente coordinados con ellos.
- Punto de referencia tanto para el usuario como para el circuito asistencial en el conjunto de intervenciones terapéuticas.
- Realizarán asistencia ambulatoria, domiciliaria y comunitaria.
- Con capacidad de respuestas polivalentes y multifactoriales.
- Contacto organizado con la comunidad y especialmente con sus recursos sociales, pedagógicos y sanitarios. Trabajo de prevención y potenciación de la salud y rehabilitación.

#### Equipamientos específicos

- Consultas ambulatorias o dispensariales.
- . Tratamientos secundarios (psicoterapias, terapias de la conducta, psicoanálisis, técnicas grupales...)
- Equipamientos para el tratamiento de entidades nosológicas concretas.
  - . Drogadicción
  - . Recursos psicosociales

#### HOSPITALIZACIÓN TOTAL Y PARCIAL

- Sea cual fuere la etiología que explica la eclosión de la crisis y teniendo en cuenta que ésta no se produce sólo en función de la psicopatología, sino también en función de la capacidad de contención del contexto familiar y social, hay que admitir que la justificación del internamiento u hospitalización en psiquiatría excede la contención biológica de la crisis. La hospitalización y el internamiento deben permitir al

paciente la experimentación de formas de contacto con su realidad intrapsíquica y con su realidad externa que le permitan la reconstrucción y transformación de sus experiencias propias. Lo que es evidente precisa de unas características del funcionamiento institucional que abarquen desde el ámbito físico-espacial a la ideología del equipo asistencial. Sin dichas características es imposible procurar al paciente una situación de vida cotidiana en la que a través de la contención psicológica y/o biológica, de la relación institucional e interpersonal y del análisis de su conducta resulte movilizadora de su núcleo patológico y potenciadora de sus partes sanas.

- Trabajar los aspectos vinculares y de reinserción a su medio familiar y social, como forma de evitar los efectos marginadores de la "locura" y de la hospitalización. En definitiva trabajar desde la unidad de hospitalización y desde el conjunto del circuito con el objetivo de evitar la cronicidad.

Barcelona, 6 de marzo de 1984