

GENERALIDADES

Recordaremos por memoria algunas **ALTERNATIVAS O POLARIDADES** que, más que complementarias, a menudo se dibujan como verdaderos **dilemas** en el hacer diario psiquiátrico.

Quizá estos asuntos tienen que ver con la sorpresa que a veces se da en el resto de sanitarios , y en algunos no sanitarios concernidos, cuando observan, en los trabajadores de la Psiquiatría, **certezas “A” enfrentadas a certezas “B”, o “No-A”** (diferentes e incluso opuestas) sobre el mismo tema.

Muchos saberes para **“Pos-decir”**; ¿alguno para **“Pre-decir”**?

Una de estas **polaridades** pudiera resumirse en el **¿quién es quién?**: la demanda es no solo a responder sino a tratar, esta segunda alternativa puede dibujarse como:

Paciente, inmerso en la psicopatología

VS

Pa(de)ciente, sufriente con o sin carga psicopatológica.

(o una Psiquiatría de “confort” o de “gasa en la herida” generada por las lesiones sociales)

La **segunda** según la forma **“a cada maestrillo su librito”** nos lanza hacia una doble alternativa:

La de la Utilización de los Recursos Comunitarios, incluyéndose los relativos a los Servicios Sociales

VS

El propósito maximalista de dotarnos en nuestros dispositivos de un todo asistencial

Otra vertiente aquí es la de **“lo tuyo y lo mío”** en una alternativa **más sanitaria** es la de la diferenciación de las “Carteras de servicios”:

Los asuntos asistenciales correspondientes a la Atención en la Asistencia Primaria (o Especializada, p. ej. neurológica).

VS

Los casos a ser asumidos por la Atención en Psiquiatría.

Una **tercera** puede ser referida al **espesor institucional** en cuanto a los medios asistenciales buscando equilibrios entre:

La necesidad de contar con dispositivos ágiles y adaptables a las demandas que son condicionadas socialmente y por tanto ellas mismas variables.

VS

La solidez y estabilidad exigida por la gravedad y la cronicidad de otra parte de las demandas.

Recordaremos también que en el fondo muchas de estas bipolaridades son casi, como si de un axioma se tratase, deducibles de la bipolaridad **Psiquiatría VS Salud Mental.**

Y de manera más general se suman tradicionales **dificultades** como :

-La tendencia de cada dispositivo a la **autosuficiencia**, pidiendo dotaciones que la hagan posible (puesto que, por supuesto **“nosotros lo vamos a hacer mejor”**).
Olvidando que los **trabajadores-orquesta** (o los equipos tales) no “tocan” en el Metropolitan o en el Euskalduna sino en las aceras o en las bocas del Metro.

-La impresión de que sabemos muy bien cómo resolver los problemas o mal-haceres del dispositivo vecino (puesto que, por supuesto **el vecino “es responsable de que el nuestro no funcione adecuadamente”**)

-La intuición sesgada de que todos seríamos excelentes entrenadores (puesto que, por supuesto **“nosotros sí sabemos lo que tienen que hacer los jugadores...”**)

-El olvido de que si no se ha resuelto durante largo tiempo un problema, y creemos tener la solución, **es muy probable que nos estemos sobreestimando.**

-El sinsentido de **pretender que las cosas cambien haciendo siempre lo mismo**, ya que bien es verdad que el hábito empuja y **“cuando uno tiene un martillo en la mano ve clavos por todas partes...”**

LAS COSAS CAMBIAN, Y NOSOTROS CON ELLAS

A las no muy lejanas nuevas solicitudes asistenciales (y “patoplásticamente” o no) nuevas- en su momento- demandas (como ciertos consumos y sus consecuencias, o los trastornos de expresión alimentaria), se suman en estos tiempos renovadas dificultades y variaciones; recordaremos según nuestros datos en los CSM o en la UPI(J), por memoria, algunas de ellas :

-**Los replanteamientos diagnósticos con demandas hegemónicamente farmacológicas** (caso del TDH).

-**Los renovados diagnósticos con quizá viejas quejas somáticas** (caso de la Fibromialgia).

-Las **consecuencias de la falta de trabajo, o la de sus malas condiciones** de desempeño/ remuneración.

-Los más o menos nuevos, en estos lares, modelos de gestión en que se **demanda autonomía y creatividad** (dominando a la vieja obediencia) chocando- a veces- con la falta de apoyos, de continuidad y con la pura y dura explotación económica. **(En cuanto a demandas explícitas siguen siendo muchos más quienes llegan a nuestros Centros con quejas en torno a los malestares laborales que quienes lo hacen por la falta de trabajo).**

-**Las solicitudes de compañía/escucha (¿psicoterapéutica?) en los avatares de la vida** (problemas físicos – en los que se incluye la “enfermedad” del envejecimiento, rupturas de pareja, desencuentros familiares, soledad propiamente dicha, etc.).

Si la **DEMANDA NO ES A RESPONDER SINO A TRATAR**, la atención psiquiátrica/salud mental ve complejidades frecuentes, entre las muchas y sucesivas variaciones en esas demandas y presentaciones evocaremos dos de ellas:

1)-Por una parte han ido cobrando mayor peso **las manifestaciones comportamentales**; la gestualidad y el movimiento dominan en una psiquiatría que aunque variada está marcada por el **“consumo” y el pasaje al acto, o su amenaza**.

2)-Por otra, el **sufrimiento** señala las incapacidades (no culpabilidades) de un individuo al que la sociedad parece otorga altas dosis de autonomía (contradictoria), y al que- ante las insuficiencias – propone una **respuesta sanitaria o “psicopatologizante”**.

En el primer caso, **las psicosis y los trastornos de la personalidad** se hacen **dependientes, límites** y “visuales”, generando **estrés institucional**, y requiriendo retenciones y contenciones a equipos emocionalmente sobrecargados.

En el segundo, **los trastornos adaptativos y los sufrimientos sin diagnóstico** (si es que lo permiten las “clasificaciones”) requieren un trabajo de escucha, apoyo y redefinición para los que nuestros equipos no han estado –cualitativamente- preparados.

Como para la con(s)cienza, **no hay un lugar no-social desde el que mirar lo social**: de ahí el peligro de captaciones ciegas o sesgadas.

OTRAS VARIACIONES

-En esa “demanda a tratar” que se citaba, muchas solicitudes que se presentan como “trastornos adaptativos” o susceptibles de un trabajo psicosocial se nos ofrecen en tanto discursos del género **“Me falta X”** (X= “autoestima”/ ”salud”/ “atractivo para” / “un buen jefe o compañero en el trabajo” / “dinero” / “quien me quiera”...). **Responder textualmente, además de un imposible (“no es éste el lugar”) seguramente es no capturar la verdadera solicitud (¿o sí?).**

-Ciertos **cambios, más institucionales**, han venido para quedarse (al menos durante los años próximos), por ej. algunos que tienen ver con la protección social/laboral de asuntos ligados al género, a la edad, a la salud propia (o a la de los familiares próximos), etc. Se suman además las vicisitudes en las listas de contratación y en la presencia o no de profesionales posibles. Las consecuencias generan, y van a seguir haciéndolo, **un aparente desorden (contrataciones sucesivas y sus limitaciones, cambios de terapeutas, cambios de citas)** que exige **Planes de Contingencias “Estabilizadas”** (en la “estable inestabilidad”) que cuenten con tales variaciones, y que se extiendan hacia la información de la Población (que a menudo ignora el motivo del “desorden”). **(Por cierto, éste es un factor más para justificar los seguimientos/tratamientos compartidos).**

(Tal vez las VARIACIONES DEL CONTEXTO (legales, económicas u otras) son como la MODA, que cuando dura un tiempo, se hace transparente...”naturaliza” sus temas en un mundo en el que tenemos tendencia a pensar que lo-de-moda no “nos (a)parece así” , sino que “es así”).

PROGRAMAS Y OBJETIVOS DE RED

Si el tejido que es la RED fuese un complejo collar, **las perlas serían los dispositivos, y la urdimbre-hilo serían los solapamientos en los PROGRAMAS DE RED** de cada uno de los dispositivos, sin estos últimos no hay collar.

De ahí el interés de definir para cada uno de los centros o unidades:

-1 Programas/Objetivos del dispositivo

-2 Programas/Objetivos de red (articulación con el resto de dispositivos que le conciernen).

Como sabemos, cada dispositivo de una Red, como cada miembro de un Equipo, **se define por lo que “es”, y por lo que no “es”** (lo que habría de “ser” el otro).

De lo anterior la importancia de **definir las complementariedades y de evitar las duplicidades** con las ofertas repetidas en competencia.

Si un dispositivo de la red define unos **criterios de admisión**, él mismo y la red en general, habrá de **prever el espacio asistencial de aquello que no cumple esos criterios.**

Al tratarse de una red se habrá de **evitar** el que las unidades tiendan a funcionar de **manera autosuficiente o en circuito cerrado.**

Estos caminos nos llevan hacia el carácter básico de los **PROGRAMAS “SI NO...”** que habrían de ser explícitos : ¿cuándo?,
a)-en las ocasiones señaladas en que **una “Cartera de Servicios” de la Red** de SM deja fuera ciertas edades, diagnósticos o lo que fuese...(**“si no” se cumplen los criterios para...**);
b)-cuando otros **Servicios (Sanitarios, Sociales, Comunitarios...)** no responden a nuestras previsiones en cuanto a lo que debieran hacer (**“si no” lo hacen, ¿mientras tanto qué...? “**).

Los PROGRAMAS “SI NO...”se presentan como formas restringidas de los “PLANES B”(cuando no hay interlocutor, o éste no cumple con lo previsto)

Habría de tenerse en cuenta la tendencia a prolongar la presencia de los pacientes en los diversos centros y programas

Así pues un **PROGRAMA DE ALTAS**, que se aventure en las diversas facetas, resulta necesario. Tal programa habría de ser recordado, sostenido y reconsiderado según dispositivos y solapamientos hospitalarios/intermedios/ y más propiamente “comunitarios”. Definir el programa puede suponer (además de conocer de primera mano **familia/red/comunidad**) las **revisiones repetidas y regulares de la situación** de los pacientes así como la posibilidad de asumir algunos “riesgos” de **puerta giratoria**.

Nos convendría en nuestra RED **partir de un ESTUDIO GENERAL DE LAS ALTAS** en cada uno de los dispositivos , contando para ello con datos y reflexiones/objetivos sobre **NÚMERO, TIEMPO, carácter EXPLÍCITO (o no), según PATOLOGÍAS, espacio de ENVÍO, (re)admisiones en PUERTA GIRATORIA...**

Finalmente recordamos :

La Importancia de establecer Guías de actuación o, en su caso, **Protocolos** que definan las zonas de cabalgamiento para la articulación de los dispositivos **(admisiones/altas/tareas y pacientes compartidos/etc.)**.

La Importancia de mantener canales de comunicación constantes y personalizados entre los centros y programas **(informaciones sobre modos de trabajo en cada dispositivo/reuniones/sesiones clínicas/presentaciones mutuas de pacientes/etc)**.

AGENTES DE PROGRAMA

El establecimiento de **Programas asistenciales evaluables**, más allá de su aspecto “burocrático” o similar, permite recurrir en los **momentos tensos** (o en las **relaciones terapéuticas estereotipadas**) a un tercer vértice textual de reflexión y de apoyo . Además diseña y recuerda el conjunto de **labores a ser compartidas/repartidas en los Equipos y Dispositivos**

Una dificultad significativa en la integración de los Equipos tiene que ver con la pareja de tintes antinómicos :

Utilización adecuada de los recursos

VS

Sobre/sub especialización

Siguiendo la analogía proporcional, podemos decir que **LOS AGENTES DE PROGRAMA SON AL EQUIPO LO QUE EL EQUIPO ES A LA RED.**

En la medida de nuestras posibilidades conviene **definir acercamientos terapéuticos diversificados según saberes/programas.**

A ello concierne lo que pudieran denominarse **“Agentes de programas”** (de manera deseable en programas de carácter multidisciplinar).

Son las personas que **están “más encima” de su tema de agencia** siguiendo-o solicitando- las variaciones que se produzcan, tanto cuantitativas como cualitativas (estadísticas u otras), en su campo de referencia.

Reciben información e informan/evalúan las necesidades de formación personales o en el equipo del problema del que son agentes.

Interés de que en cada equipo los Agentes de Programa formen **parejas de profesionales** Pq/Pc/Enf implicando también a las TS.

Funciones:

Ser (formando parte del subequipo correspondiente) elemento de referencia (para teorías y modos prácticos) de un determinado tipo de malestares / patologías / actividades / tratamientos. (**Especificaciones en la Formación**)

Coordinar, si procede, según necesidades, las tareas y propuestas (de otros miembros del equipo) con respecto al tema en cuestión.

-Ser agente de programa **no significa:**

Ni que todas las tareas del programa en cuestión van a ser realizadas por el/los agentes.

Ni que todos los pacientes atribuibles al programa van a ser atribución del/de los agentes.

Se han propuesto, para los CSM, **3 campos/Programas susceptibles de contar con Agentes de Programa:**

TMG (incluyendo los subprogramas de **Demencias y de Discapacidades**)

TMC (incluyendo el subprograma **Psicocomunitario**)

TLP

DOCENCIA

TEMAS PARTICULARES :“ENLACE”-RSM-“REFERENTE”-EAP-PSICOTERAPIA “APLICADA”
a la realidad diaria en el CSM/DIAGNÓSTICOS “situacionales”/Familia.

RECURSOS/IMPLICACIONES SOCIALES...

ACLARACIONES Y DIFERENCIACIONES

A) SOBRE EL EQUIPO Y SUS MIEMBROS (DESDE QUIEN LO PUEDE-Y SABE –HACER)

según:

1)- **EI ROL/ESTATUS** de cada miembro del equipo por el que se le supone un saber y una técnica según su titulación (Formación implícita a ese rol). **LO QUE PUEDO Y DEBO HACER EN CUALQUIER CASO...**

2)- **La “ZONA DE ACCIÓN”** o particular saber hacer de aquellos miembros del equipo que han adquirido y/o adquieren una formación no necesariamente implícita en el rol/estatus (Formación sobreañadida). **LO QUE PUEDO Y CONVIENE QUE HAGA EN EL CASO DE...**

-En estos sentidos toma importancia el fomento del **conocimiento/información del modo de trabajo de cada profesional** mediante el diseño de sesiones clínicas específicas con, eventualmente “visualización” de los modos de intervención.

B) SOBRE LA POSIBILIDAD DE DESARROLLAR LA ORDENACIÓN DE LAS CONSULTAS según días/horarios diferenciados siguiendo los tipos de intervención y/o los grupos clínicos :

- Psicoterapias individuales ("cognitiva", "dinámica").
- Terapias de familia/pareja.
- Consultas centradas en la psicofarmacología.
- Consultas centradas en el apoyo ("rápidas" y de "tiempo medio").
- Primeras consultas.
- Definición/ordenación de las consultas telefónicas.
- Consultas no-presenciales.
- ...

C) SOBRE EL BALANCE Y LA DISCUSIÓN (¿semestral?) INTENSIVA de los datos cuantitativos con especial insistencia en :

- Revisión de los objetivos/bienestares y malestares...
- Los aspectos cualitativos implícitos.
- La distribución de tareas.
- La utilización de recursos varios.
- El estudio de las altas.
- La redefinición de problemas/prioridades.
- ...

D) ASPECTO "VISCOSO" DE LA CONSULTA DE SEGUIMIENTO INESPECÍFICA, indefinida, difusa, cronificante (a doble vertiente). **FALTA DE OBJETIVOS O INEXISTENCIA DE LUGARES /TIEMPOS DE TRATAMIENTO ESPECIFICO**. Disimetrías (entre lo que cree que está dando el terapeuta y lo que recibe el paciente). REPETICIONES , IMPRESIONES DE "ETERNO RETORNO". Diferenciarla del seguimiento (explícito) género **"No meneallo"**

EN ESE ESPACIO / TIEMPO DIFUMINADO PASO UN CIERTO NUMERO DE MINUTOS:

-¿QUÉ HAGO EN ELLOS?

-¿QUÉ QUISERA HACER?

-¿SEGÚN QUE OBJETIVOS O AL MENOS CRITERIOS GENERALES ME MUEVO?

E) SOBRE AMBIGÜEDADES (PSICO)TERAPÉUTICAS :

La posibilidad de abordaje (psico)terapéutico, cualquiera sea su género, es una constante en la relación establecida entre el paciente y el miembro del equipo. Si, p. ej. la "decisión farmacológica" o similar dura de algunas decenas de segundos a muy pocos minutos: ¿qué hace el médico el resto de tiempo de la consulta (así sean 10 ó 15 minutos)?.

¿Responderse a través de la "empatía" o del "arte" cierra una reflexión que tal vez impide asumir que -cualquiera sea la "técnica"- una formación en (psico)terapia es indispensable?.

Por otra parte en las aproximaciones (psico)terapéuticas nos encontramos con las dificultades de la **ortodoxia teórica y de la heterodoxia práctica** (que es otra forma de decir que del "dicho al hecho va un gran trecho").

CSMS

Los CSM por sus **carencias estructurales** para una alta **intensidad** de los tratamientos así como para desarrollar capacidades de **contención** (y cuánto más de **retención**), deben de **articularse** con las **estructuras intermedias** (HD y SRC) y con las áreas de **hospitalización a tiempo completo**.

Según una organización en 3 campos, podemos distinguir en los CSMs:

Un aspecto de **“vanguardia”** por el que ha de articularse con los **EAP**, los diversos **medios de apoyo Comunitarios** y los **SS de base**, así como con aspectos de la **hospitalización a tiempo completo**.

El área de trabajo **“intra-CSM”** según tratamientos propios asistenciales del campo ambulatorio. Este campo ha de articularse con los dispositivos monográficos o “de edad” (**UPI(J)/COTA**) y **con el H.D.**

El tercer aspecto tiene características de **“retaguardia”** en cuanto atención de la cronicidad no asistida directamente por otros dispositivos comunitarios psiquiátricos. La articulación se dirige hacia los recursos **de rehabilitación (SRC, Hospitalarios)**.

RELACIÓN CSM- EAP

-IMPORTANCIA DEL TEMA/DIFICULTADES TRADICIONALES

-PRIORIDAD EN OBJETIVOS/RSMA/SALUD MENTAL OSAKIDETZA

**-Interés de que la relación entre los equipos sea continua y formal
¿Cómo evitar los “zafarranchos de combate” sin continuidad?**

-¿Establecimiento de SUBEQUIPOS REFERENTES con respecto a los CS de la zona del CSM/ en funciones de mutua formación-información (sesiones clínicas / manejo farmacológico / seguimiento y valoraciones somáticas, etc.) ?

CONSEJO ASESOR DE SALUD MENTAL GRUPO DE TRABAJO EAP/CSM

Referentes de SM para cada equipo de Primaria

Referentes en AP para SM

Creación de espacios de coordinación/interconsulta

Reuniones organizativas iniciales

Historia Clínica informatizada. Registro de diagnósticos de SM

Visitas de SM en agenda de MF: conjuntamente, personal de Primaria y SM

ASUNTOS DE COORDINACIÓN CON LOS EAP

- **Envío de los pacientes** desde el CS/Modos/Demandas Preferentes/Urgentes
Respuestas en el CSM/Acogidas/Reparto de casos/Programas
Análisis de las demandas según CS/según Profesional
- **Altas del CSM**/Variedades/Solicitudes al respecto (fármacos, etc)
- **ATENCIÓN SOMÁTICA** en los pacientes TMG crónicos asistidos en el CSM :
Protocolos/Guías

Labores de enfermería/relación con las enfermeras del CS
Reparto de funciones/tareas

Evaluación y Desarrollo de las Tareas “NO-PRESENCIALES”:

Tipos de problemas

Efectos de su realización

¿Problemas de definición?

Formas de mejorar la utilización del recurso.

Estudio cuantitativo

INFORMACIONES A COMPARTIR/PROPORCIONAR

Recordatorios cualitativos/cuantitativos :

-Composición del equipo del CSM/**Modos de trabajo/Roles/RSM intra-extra**

-Cargas de trabajo

-Atención en Psicopatología (no estamos definidos ni dotados para **“Acompañamientos psicológicos”** o similares)

-Programa **Psicocomunitario**, el sufrimiento/algunos trastornos adaptativos/los **Dispositivos en la comunidad**- Posibilidad de desarrollar su utilización desde los CS

-Programa de Apoyo al EAP. Lo que pretende el programa es que ciertos pacientes sean seguidos por el CS sin participación directa del CSM, pero contando con el apoyo explícito, coordinado y constante del CSM. Tipos de pacientes :

Aquellos que perteneciendo al grupo de trastornos mentales comunes (TMC) son **referidos al CSM para su evaluación, siendo tras ello dirigidos de nuevo al EAP para su posterior seguimiento.**

Aquellos que **sin ser enviados al CSM requieren la realización de interconsultas** para su **seguimiento por el EAP.**

Aquellos que suman a los **trastornos somáticos iniciales** (demencias, problemas psico-orgánicos en general, otras patologías físicas) una **dinámica de expresión psicopatológica** (sueño, comportamiento, etc.) que puede ser tratada por el EAP, una vez más, con el apoyo del CSM.

UPI(J)

-Si la atención psiquiátrica de adultos es el terminal, con el estancamiento posible, la UPI(J) está formada por un conjunto de estaciones por las que el tren temporal pasa, **lo que implica** en este último dispositivo **un moverse necesario : nadie se queda allí.**

-Seguramente es el cielo y el infierno de la Psiquiatría Infantil : **los cambios biológicos y sociales empujan al niño que finalmente dejará de serlo**, pero la **responsabilidad en el apoyo a esos períodos de construcción/formación puede ser muy pesada.**

-Aunque hay algo de realidad en que nos parecemos más a nuestra época que a nuestros padres, **trabajar con niños es trabajar con familias (con las que implicaciones que ello tiene)** , exigiendo también la implicación con los **estamentos educativos.**

-Además de su trabajo local, la UPI(J) se solapa con la educación especializada (**UTE**), comparte asistencia con **Arazoak**, y ante todo se mueve hacia la **educación general (Berritzegune)** y hacia la sanidad pediátrica. Todo en tareas de cierta complicación donde participan equipos muy diferentes. Se suman los requerimientos, para los más graves trastornos, de un **Programa Intensivo/intermedio.**

-El problema para definir las **similitudes y las diferencias entre la Educación/la Salud, y más concretamente entre Lo Educativo/Lo (Psico)terapéutico** ya se da en la Psiquiatría de adultos (p.ej. en el campo “psico-educativo” de las psicosis); pero en el niño/adolescente, además, su “trabajo” y “ocupación” es la educación, con lo que se da la simultaneidad de los 3 vértices Trabajo/Educación/Salud-Enfermedad. La intrincación de tareas, funciones, requisitos...entre los diversos servicios dan una cierta complicación a las labores.

-También la Psiquiatría de adultos sabe de los vericuetos individuo/familia, y más precisamente de la confusión ante la pregunta de **¿quién es el “cliente”, la familia, el individuo?** (p.ej. en las demencias o en ciertas psicosis); pero, de nuevo, en la Psiquiatría Infantil, los vaivenes en las respuestas son constantes.

-La presión para encontrar respuestas a motivos y causalidades nos acechan a todos en estos oficios. En Psiquiatría Infantil también las **modas** se hacen “naturalizaciones”, y la búsqueda de **soluciones con explicaciones que contorneen las responsabilidades** ejercen cierta presión, incluso con avidez.

-Aunque hay algo de realidad en que nos parecemos más a nuestra época que a nuestros padres, **trabajar con niños es trabajar con familias (con las que implicaciones que ello tiene)** , exigiendo también la implicación con los **estamentos educativos.**

-Además de su trabajo local, la UPI(J) se solapa con la educación especializada (**UTE**), comparte asistencia con **Arazoak**, y ante todo se mueve hacia la **educación general (Berritzegune)** y hacia la sanidad pediátrica. Todo en tareas de cierta complicación donde participan equipos muy diferentes. Se suman los requerimientos, para los más graves trastornos, de un **Programa Intensivo/intermedio.**

La **UPI(J)** se solapa principalmente con los **CSM**, y eventualmente con el **COTA**, a través de:

- Las altas de pacientes** que por edad, con una psicopatología que lo justifique, **pasan a ser seguidos en los dispositivos señalados.**
- Los pacientes adultos seguidos en estos últimos centros y que sus hijos son atendidos en la UPI(J).**
- La progresiva asunción de los **pacientes hasta los 18 años**, la coordinación es necesaria especialmente con **los CSM, el COTA y el HD** (tanto en los **aspectos ambulatorios como intermedios**).
- El deseable estudio en común de algunos subprogramas específicos** (p. ej. TDAH con utilización de anfetamínicos- comportamiento tras el pasaje a la psiquiatría de adultos).

COTA

El COTA como dispositivo **relativamente monográfico** de **atención y de orientación en las adicciones**, dados los modos sociales evolutivos, extiende su atención a la denominada **patología dual “homogénea” en el sentido de un doble diagnóstico psiquiátrico**

Las líneas monográficas asistenciales en Psiquiatría pueden ser temporales (es el caso de la UPI(J)), o relativas a cuestiones clínicas, como en las dependencias cuyas características están marcadas por algunas particularidades :

1)-**Las adicciones propiamente dichas se definen por la utilización gestual de un “objeto” en su sentido más habitual : elemento que puede tocarse.** Si no hay objeto-cosa (directo o instrumental) no hay adicción (salvo figurada o metafóricamente).

2)-Consumir abusivamente drogas (o ciertos “juegos”) en cualquiera de sus vertientes genera **consecuencias (dis)adaptativas, socio-económicas y legales** con evidente frecuencia.

3)-Añadamos los **asuntos patológicos somáticos** enlazados.

Todo ello tiñe a dispositivos como el COTA de unas **necesidades de aparatajes, supervisiones y controles, así como de necesidades relacionales interinstitucionales múltiples y complejas.**

Además, pero como objetivo principal en el tratamiento, las adicciones se definen como un **encuentro o cita, entre la “cosa” y quien realiza (o es empujado a) el gesto. Insistiremos particularmente en ese “encuentro”, que es como toda “cita”, “dual”**. Evocaremos algunos **puntos e interrogantes sobre los que parece oportuno reflexionar** :

-Importancia de conocer el terreno que pisamos. Interés para ello de **diagnosticar la patología dual de manera continua y precisa**; en este caso la ligada a los **trastornos psicóticos clásicos**, y a los **trastornos de la personalidad**.

-¿Cómo evitar que se constituyan **redes paralelas** en el tratamiento de las patologías señaladas combinadas con las dependencias?

-¿Cómo compaginar el **carácter monográfico** de un dispositivo centrado en modos comportamentales con las consideraciones sobre la **subjetividad del dependiente**?

-¿Habrían de definirse : **Programas Generales, Programas Monográficos y Programas Duales**?

-¿Cuándo decimos que una patología es **“dual”** (por ej. Psicosis/Consumo de X)? ¿**Hay elementos cuantitativos en el consumo (o en el “juego”)** que puedan **hacer variar el carácter del diagnóstico** y que permitan sea **las altas** sea **los seguimientos compartidos**?

Dentro las dobles patologías convendría, al menos teóricamente, distinguir:

- Aquellos **pacientes que si no consumiesen** (o dependiesen de algún “objeto”) **no serían susceptibles de tratamiento en un CSM.**
- Aquellos que por sus características psicopatológicas **aún sin consumir si serían objeto de esa atención en un CSM.**

En este segundo grupo el binomio **Paciente-Consumidor (vs. Consumidor-Paciente)** cobra toda su significación. Como se señalaba, pacientes con diagnósticos de **psicosis** (en sus variedades) y de **trastornos de la personalidad**, marcados a menudo por la **cronicidad**, combinan tal característica con la de las propias **adicciones**.

Así pues **3 objetivos de red** para la planificación y el tratamiento parecen tomar la primacía:

- **Estudio de estos diagnósticos duales** en su comportamiento y evolución en ambas facetas clínicas.
- Desarrollo, en algunos casos en lo que así se juzgue el interés, de **tratamientos compartidos (CSMs/COTA).**
- Definición de **criterios y pautas para las altas, envíos mutuos y tratamientos compartidos entre los dispositivos de la red.**

Sobre ESTRUCTURAS INTERMEDIAS

A menudo, lo que marca la diferencia entre los SSM son- con los desarrollos monográficos- las características de las **Estructuras Intermedias**, es decir y cualquiera sea la “escuela”: el **trabajo en intensidad/continuidad**, con mayores posibilidades temporales asistenciales que las proporcionadas por los CSM y equivalentes.

Se ha dado en Psiquiatría una clara tendencia a sustituir los centros intermedios con **admisiones “continuas”** (Hospital de día) por lo que pudiéramos denominar **“Centros de Intervenciones Intensivas de día”** con **horarios/actividades específicas y diversificadas** según las clínicas en **coordinación/colaboración constante con los dispositivos comunitarios de consulta.**

HD

El HD ha visto en su seno variaciones en la demanda desde que constituyó. La situación actual en ese sentido tiene como características:

Su solapamiento, cuantitativamente dominante, con el **Scio. de Psiquiatría de Santiago (HUA)**.

La **poca utilización del recurso desde el CSM** (u otros dispositivos extrahospitalarios).

La **variación en las características semiológicas** de los pacientes atendidos (similar en parte a la producida en otros dispositivos de la red).

El peso asistencial de las **Consultas Externas** que se realizan en el HD.

La necesidad de redefinición de las indicaciones ante **las duplicidades posibles con otros programas intermedios previstos** (COTA-adolescentes, UPI(J), etc.).

Como en el caso de los CSM, en los HD se dan 2 aproximaciones :

-Una desde la **demanda de “vanguardia”**, sino urgente al menos perentoria (nacida en los CSM, o desde los Scios de Psiquiatría del Hospital General).

-Otra como **demanda de “retaguardia”** con solicitud de trabajo psicoterapéutico, más raramente por razones psicofarmacológicas; las labores solicitadas sobrepasando siempre las posibilidades asistenciales del dispositivo de envío.

Dentro de las **demandas al dispositivo** podemos distinguir :

1)- Las de la **hospitalización a tiempo completo**, para acortar/continuar el tto tras el ingreso ; en nuestro caso también las de la participación en el Programa de Primeros Episodios psicóticos.

2)-Las de los **CSM** en las que se presentan 3 demandas de trabajo intermedio,

2.1- el relativo al **trabajo institucional psicoterapéutico continuado** a medio plazo fundamentalmente en pacientes psicóticos, en trastornos depresivos de la serie distímica, o en ciertos trast. de la personalidad.

2.2- El relativo al **trabajo intensivo e intermitente** también en pacientes con diagnóstico de psicosis o de trast. de la personalidad .

(en nuestro caso con la participación solicitada para el **PROGRAMA TLP**).

2.3- El relativo al **trabajo intensivo y de contención**, de corta duración, en el apoyo a situaciones críticas.

Tales demandas, una vez sean explícitamente demostradas esas necesidades, requerirían además de contar con una **“masa crítica” cuantitativa suficiente** del Equipo, que el **acceso -en ciertas indicaciones- al dispositivo fuera “abierto” (edad, etc) fácil y rápido.**

Objetivos según los cambios podrían orientarse hacia :

Redefinir el HD con **estancias recortadas según días/horas y programas** .

Participación del HD en el **programa de los TLP** (sobre todo como espacio para los **grupos** de ese programa, pero también como **espacio intermedio terapéutico**).

Replanteamientos asistenciales en **la articulación con los CSMs** (cubrir las **necesidades surgidas en esos espacios/variaciones en las indicaciones**).

SRC

Como **dispositivo intermedio de rehabilitación**, dada su historia y las variaciones del contexto sanitario y socio-comunitario, en el SRC se dibuja una dualidad :

*Asistir **sanitariamente**/mejorar, rehabilitando al paciente.*

Cuidar/Conservar las capacidades de la persona. Evitar un mayor deterioro/**Apoyar socialmente** las consecuencias de la patología (discapacidades).

Tolerar/aceptar las **discapacidades**, tomadas como **hechos diferenciales** es un reto (explícito afortunadamente) en nuestra sociedad :

Ello exige **facilitaciones y apoyos** que tomen en cuenta esas diferencias. En ese sentido su carácter “terapéutico” se refiere sobre todo al **punto de vista social, no sanitario**.

Estos cuidados sociales consumen recursos y tiempos en el equipo del SRC e impiden la realización de otras tareas sanitarias propiamente dichas.

Diferencias cualitativas, **MODOS ASISTENCIALES DIFERENTES**, responsabilidades entre estamentos/servicios en la asistencia PARA LA VIDA EN LA COMUNIDAD :

PROGRAMA DE APOYO SOCIAL

VS

PROGRAMA DE APOYO TERAPÉUTICO/REHABILITACIÓN

(Necesidad de **recursos/programas dobles, diferenciados** según PROGRAMAS/EQUIPOS/DEPENDENCIAS administrativas, de acuerdo a las posibilidades/medios.

-En cada caso, aspectos residenciales/HABITACIONALES, INTERMEDIOS, COMUNITARIOS. (Importancia de espacios tiempos específicos/ Peligro de “diferenciación” excesiva):

Dispositivo sanitario intermedio de Rehabilitación VS Centro de Día social/ Club social de apoyo y relación.

Trabajo terapéutico/Monitorazgo psiquiátrico en la comunidad (TAC) VS Acompañamiento /Facilitación/Mediación social en la comunidad (“recordatorios”/ocupación/gestiones/salud/...).

-Importancia fundamental de la **UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS socio-comunitarios**. Evitación de duplicidades. La **integración de las familias en los cuidados**.

-Definición de **perfiles/demandas /”dependencias” y requerimientos socio-económicos** desde nuestros dispositivos.

-“**PROGRAMAS SI NO...**”, mientras tanto.

ALGUNOS OBJETIVOS Y TAREAS EN REALIZACIÓN

-Listado de pacientes “añosos”, estabilizados psicopatológicamente que, no obstante, requieren un **apoyo y acompañamiento** dadas sus asentadas discapacidades. Ese apoyo habría –en este grupo- de ser también **residencialmente apropiado.**

Listado de **pacientes** del programa TAC (seguimientos de “mantenimiento” y “básico”) **que podrían, en un futuro a medio plazo ser dados de alta hacia los CSMs** (con el apoyo del monitor respectivo). Sería un medio de prepararse en ambos dispositivos para tal tarea de pasaje. **(situación de cada uno/dificultades/requisitos/etc.). Estudio de requerimientos de Apoyo SOCIAL. (En ambos casos su atención adecuada por el campo sociosanitario permitiría su alta del SRC permitiría asumir nuevos pacientes, en el programa TAC del SRC, derivados de los CSMs y del H. Psiquiátrico).**

Estudio y Evaluación de las posibilidades de integración (y desarrollo en su caso) en programas de **VOLUNTARIADO** en colaboración con la Comunidad :

Objetivos/labores solicitadas/justificación.

Organismos que podrían estar concernidos (Cruz Roja/Cáritas/Asafes/etc.).

Asuntos legales y Corporativos a considerar.

Centrarse, hoy en día, en los **cambios de un Hospital Psiquiátrico orientados hacia un Centro de Especialidades Psiquiátricas de Rehabilitación abierto a la Comunidad** tiene tautológicamente sentido si, y solo si :

-1) **la REHABILITACIÓN** constituye el polo de reflexión y cambios posibles.

-2) el dispositivo **SE ABRE A LA COMUNIDAD** tanto en cuanto apertura hacia **el subsistema de Salud Mental “extrahospitalario” (sanitario pues)** como a los **Servicios Sociales** y a otros organismos comunitarios.

Así pues la continuidad de tratamiento rehabilitador enlaza el SRC con los cambios que se avecinan (habrían de ser asuntos de integración, no de coordinación)

El éxito del proceso REHABILITACIÓN / COMUNIDAD pasa por **mantener las indicaciones sanitarias para las admisiones en el SRC**, y por una coordinación (por tanto diferenciación) de los trabajos de APOYO SOCIAL en la Comunidad (con, seguramente también **requisitos intermedios sociales**)

TRASTORNOS MENTALES COMUNES/LEVES

Posibilidades en la **definición de Tratamientos según guías de actuación / Protocolos breves / Intervenciones diferenciadas según miembros de los equipos.**

El sentido común, el no sé qué de un “savoir faire”, la “experiencia”... nada de eso (que a la vez no es a menospreciar) sustituye al entrenamiento en **planificaciones, técnicas y evaluaciones psicológicas y psicoterapéuticas definidas.** (Técnicas estas últimas a poder –también- ser realizadas por los psiquiatras que, además de su formación específica profesional, cuenten con el entrenamiento adecuado).

Los pacientes diagnosticados como TMC integran un grupo heterogéneo formado, al menos, por **3 grupos diferenciados** de personas :

- 1) **Casos leves** próximos en sus características a los pertenecientes a la demanda Psicocomunitaria.
- 2) **Casos habituales.**
- 3) **Casos de evolución compleja (los “supuestamente” leves o moderados),** asistidos en el csm de manera crónica o en “puerta giratoria” con pocos intervalos libres.

A) - Los tipos de respuesta asistenciales habrán de diferenciarse según los subgrupos en **subprogramas breves o intensos (individuales o grupales) según la intensidad y la “carga” asistencial de los trastornos .**

B) -Intervenciones individuales/grupales para casos leves (también en su caso psicocomunitarios) de breve aunque planificada definición.

C) -Intervenciones individuales/grupales para TMC de evolución crónica y complejidad importante.

ALGUNAS NOTAS DE INTERÉS :

Importancia de la Consulta de Acogida para el posterior reparto de los casos y para la clasificación de ellos según el diagnóstico situacional .

Estudio y seguimiento de las Altas tras 3 ó menos consultas (explícitas y administrativas)

Estudio Cualitativo y seguimiento de las Inasistencias

PROGRAMA PSICO-COMUNITARIO

Conviene recordar que **la demanda en nuestros centros comunitarios está siendo tanto sanitaria como socio/cultural** . Un problema asistencial Psico-comunitario, por convención, es un problema de expresión psicológica o psico-somática que se da en unas **“personas en situación”**, que puede ser atendido/apoyado/resuelto con satisfacción no menor (incluso mayor a veces) por un ente/organismo/grupo/asociación comunitario no-sanitarios ni necesariamente con visión psicopatológica. Como así lo han demostrado eficientemente con su trabajo, el programa concierne también a las tareas asistenciales en la **UPI(J)**.

Al fin y al cabo, tratar medicamente, o desde un abordaje psicopatológico, la salud (o la no-enfermedad) puede ser un modo de iatrogenia.

Dentro de la **demanda Psicocomunitaria** entrarían **también aquellos casos en los que la respuesta, por la razón que sea, es dada en el propio csm**. Convendría precisar el **diagnóstico “Z”** correspondiente, así como su adscripción al **“Grupo psicocomunitario”**. Aquí se incluyen aquellas personas que tras la demanda en Atención Primaria y su envío al CSM **presentan una mejoría que hace no justificado su seguimiento en el CSM**.

NO OLVIDEMOS QUE ES DE MÁS INTERÉS PRÁCTICO PARA NOSOTROS REFLEXIONAR SOBRE LAS *RESPUESTAS INAPROPIADAS* QUE SOBRE LAS, A VECES, DENOMINADAS *DEMANDAS INAPROPIADAS* CON COMPLEJAS INTRINCACIONES SOCIALES .

Continuar desarrollando el **programa Psico-comunitario** supone mantener la relación con los organismos comunitarios.

Se añade la **reevaluación de los modos de funcionamiento:**

- Acogidas/Reparto.** En su caso no mera Re-Orientación sino Derivación.
- Información continuada a los Equipos/Especificidades en los acercamientos (cambios de personas en los Equipos).**
- Informar a los EAP sobre los “pa(de)cientes y lo psicocomunitario.**
- Mantener constantemente renovada la información sobre nuevos recursos comunitarios que puedan surgir.**
- Fomentar, según las posibilidades, las relaciones con los organismos de la comunidad contribuyendo a generar nuevos programas según perfiles detectados en nuestros centros.**

La necesidad de recordatorios constantes sobre este tipo de programas, dado su olvido, su soterramiento bajo la nube de otras dificultades, no son las menores de las dificultades.

Evitarlo, como en otros Programas, requiere que ciertos miembros del Equipo (Agentes de Programa) piensen y actúen y recuerden al resto del Equipo estos modos psicocomunitarios .

TRASTORNOS MENTALES GRAVES

Inicialmente conviene recordar que **no se puede establecer una equivalencia inmediata entre la supuesta gravedad/cronicidad de los trastornos y el carácter de utilizadores crónicos de los dispositivos.**

Ante la diversidad de posibilidades importancia de una definición clara de los pacientes concernidos en tanto “TMG”.

Problema de los diagnósticos “Duales” no realizados :

Tanto en su versión de **“Duales Homogéneos”** (2 ó más diagnósticos psiquiátricos),
o de **“Duales Heterogéneos”** (Uno de los diagnósticos no siendo psiquiátrico- Patología Neurológica/Discapacidad cognitiva,etc)

INTERÉS DE ESTABLECER “SEGMENTACIONES”

(F20/F30) en grupos de pacientes según **características particulares** de interés.
Modos de **mantener este tipo de información actualizada**.

Según APOYO Y TRATAMIENTO DE INTENSIDAD VARIABLE :

Intensidad	+3/mes
Estabilización	1-2/mes
Mantenimiento	cada 1-2 meses
Básico	cada -6 meses

Según UTILIZACIÓN DE RECURSOS.

-Generales (instrucción/ocupación/ocio/salud física, etc) y

-Especializados

URGENCIAS

HOSPITALIZACIÓN

CSM-SRC / HD

COTA (alternancias)

ASAFES /Club /Trabajo/ etc.

RESIDENCIAS. Interés de definir un seguimiento específico para los pacientes que habitan y participan en actividades en esos centros

Según PLURIPATOLOGÍA SOMÁTICA.

Según GRAVES CARENCIAS/ RECURSOS SOCIO_ASISTENCIALES

TRATAMIENTOS COMPARTIDOS POR LOS DIFERENTES MIEMBROS DE LOS EQUIPOS

Definición de los objetivos de los **seguimientos compartidos**. Participación de las **Enfermeras** en los seguimientos de los TMG según 2 vertientes : la farmacológica o ligada a ella (protocolos, “soma”), y la del apoyo y otros cuidados, con la necesidad de **establecer proyectos** .

Otro tanto con respecto a las **labores de las Trabajadoras Sociales** dado el **componente social** (situación económica / apoyos / incapacidad / invalidez, etc.) en todas sus vertientes es fundamental

Revisiones y evaluaciones / Tareas/ tiempos previstos para estas tareas en reuniones específicas.

Desarrollo de las VISITAS A DOMICILIO. Objetivos y definición de un programa con un desarrollo progresivo (motivos de interés, indicaciones, modos de llevarlo a cabo, etc.)

Evaluación de pacientes con una situación de especial vulnerabilidad socio-psicopatológica dada la fragilidad en los apoyos: padres de edad avanzada, personas que viven solas, cuidadores con problemas somáticos/psicopatológicos marcados, etc. Criterios, actividades preventivas a realizar.

Desarrollo de ABORDAJES GRUPALES, de APOYO/SEGUIMIENTO Y PSICOEDUCATIVOS

En nuestros campos la **ciencia “dura”** parece comportarse como una mujer embarazada que sin duda va a dar a luz, pero de la que ignoramos los tiempos necesarios de gestación (y las características del “proyecto en vías”). Y lo **“científicamente” inesperado** se combina- engrandecido- por los **movimientos económicos y socioculturales**.

¿Preverlo?: **estar preparados para lo inesperado** significa lo que significa, **anticipar abstractamente (el pensar lo imposible) que pueden suceder cambios concretos impredecibles, por lo tanto que no se pueden anticipar (lo imposible de pensar)**.

Así dos opuestos (ambos marcados por las “modas”) nos acechan :

-Por un extremo, **la soledad del silencio químico y exclusivista**, a menudo cargado de prestidigitación científicista (que argumenta la astrología con la astronomía).

-Por el otro, la abundante compañía del **charlatanismo desenvuelto**, a veces incluso erudito, que busca ante todo lucimiento y persuasión.

(En medio habremos de desplegarlos, sin poder evitar un poco de cada...)

Más allá (o más acá) de la pastilla y de los flujos acuosos, oleosos o eléctricos, y dado lo poco que sabemos, abrumados con la omnipresencia de lo complejo y de los “efectos mariposa” habremos de convenir en el interés de **dotarnos de dispositivos/programas ligeros aunque metódicos.**

Dispositivos/programas que habrían de ser-llegado el caso-**fácilmente modificables (o desmontables) dadas las variaciones en las demandas y en las exigencias de atención que nuestra intrincación con lo social impone, y que la biología seguramente también inspirará.**

Y TERMINANDO...

QUIZÁ PODRÍA DECIRSE QUE LA PSIQUIATRÍA HA ALCANZADO SU MADUREZ SOBRE TODO EN DOS VERTIENTES :

1)-Ella **sabe lo que no hay** : **una línea recta y eficaz**, si existiese la conoceríamos. Y nada de ello se vislumbra (¿por ahora?).

2)-Y también **sabe lo que sí hay** (o debería de haber) : **Palabras, Respeto, Tiempo** y-al menos-esbozos de **Metodología**.

La Palabra es de todos,
también el Tiempo (o su escasez),
el Respeto es como el valor del soldado,
así que nos queda –suponiendo adquirido lo anterior- **afinar, reflexionar, ejecutar con Método y sin vanagloria,**
comenzando, primero y a la vieja usanza, no haciendo daño.