

CARENCIAS Y DESEQUILIBRIOS. LOS EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL.

El último número de la revista de la AEN publica un excelente informe que analiza algunos de los datos del Observatorio de Salud Mental¹. Este análisis detalla con precisión las carencias cuantitativas tanto en figuras profesionales como en dispositivos básicos en el conjunto de la red asistencial. Hace también referencia al desequilibrio territorial y ofrece finalmente una propuesta sobre la contratación de los profesionales de los que carecemos.

¹ Jiménez Estévez, JF El Observatorio y los criterios de calidad de la AEN en la evaluación y la planificación. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2011; 31 (112), 735-751.

Mi comentario se ocupa de otro desequilibrio que conviene, a mi juicio, resaltar. Llama la atención que el orden de las carencias de figuras profesionales sea prácticamente el inverso al esperable si el modelo comunitario se hubiera desplegado. Faltan más enfermeros o psicólogos clínicos que psiquiatras. Y si se recogieran los datos de trabajadores sociales, auxiliares de psiquiatría y otras figuras como terapeutas ocupacionales, TIS (Técnicos de Inserción Social) y similares, los resultados cantarían mucho más.

En una caricatura podemos decir que, con algunas diferencias entre unos lugares y otros, la red comunitaria de salud mental está constituida por un conjunto de “consultas” de psiquiatría y psicología clínica mal dotadas, pero que no disponemos de verdaderos equipos de salud mental comunitaria.

Estos equipos según el sentido común y algunas recomendaciones como la propuesta de FEAFES² (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) alternativa al TAI (Tratamiento Ambulatorio Involuntario) tendrían que estar suficientemente dotados para ofrecer una atención realmente multidisciplinar, con el adecuado énfasis en las intervenciones psicosociales. Equipos que permitan la aplicación coordinada, a su tiempo y en su lugar de los tratamientos, en conexión con las necesidades de la gente.

Han de ser el centro de la red de dispositivos y, en consecuencia, estar dotados de capacidad de gestión. Y que, en sus decisiones, participen también las opciones de los usuarios y sus allegados.

En la medida que éste es el modelo que defendemos, los datos del Observatorio son muy preocupantes y la carencia de una auténtica y eficaz red comunitaria afecta a todos los territorios del Estado.

En otras palabras, no podemos esperar grandes ganancias en los niveles de Salud Mental si no disponemos de servicios capaces de ofrecer intervenciones basadas en la evidencia. Y esta nos indica que cuanto más precoces, más cercanas al entorno natural, más completas, más coordinadas y más compartidas mejores serán los resultados.

Más allá de los datos del Observatorio, sería necesario fijarse nuevos estándares en la dotación de los equipos comunitarios más acordes con estas consideraciones. Y, de paso incorporar en la discusión algunos elementos nuevos que no se tuvieron en cuenta cuando la composición de los equipos mimetizaba en el exterior los profesionales del hospital psiquiátrico. Hemos de ver el papel de las nuevas figuras profesionales comunitarias y sobre todo, como nos preparamos para el reto de que en el futuro los usuarios van a ser nuestros compañeros de equipo.

Y de paso haremos justicia al trabajo de Juanfran y de los compañeros y compañeras del Observatorio que con sus numeritos y sus tablas construyen nuestras utopías.

Mikel Munárriz

² FEAFES. Propuesta de intervención terapéutica alternativa al tratamiento ambulatorio involuntario. 2009. Accesible en: <http://www.feafes.org/publicaciones/PROPUESTAINTERVTERAPEUTICAFEAFESOCT09.pdf>