

## Reforma psiquiátrica en Castilla-La Mancha

LUIS MORENO NIETO. Toledo

**H**ACE siete años que se inició en Castilla-La Mancha una reforma del sistema asistencial para los enfermos mentales que aún está en marcha y que tiende a superar la institución manicomial en la región. Ha sido y está siendo discutida, aunque en general tanto los profesionales como los familiares de los pacientes reconocen los avances y los resultados positivos alcanzados.

Es el director general de Salud de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Joaquín Chacón Fuertes, quien informa extensamente a TRIBUNA MEDICA de los logros conseguidos, sin ocultar que la reforma ha ocasionado también algunos conflictos.

—*Explíquenos primero los antecedentes. ¿Cuál era la situación de la asistencia psiquiátrica en Castilla-La Mancha hace siete años por lo que a los dispositivos hospitalarios se refiere?*

—Creo que puede calificarse de mala en general. Solamente existía un sistema basado en los conceptos de la psi-

quiátrica comunitaria en la provincia de Albacete y en la zona de Talavera de la Reina (Toledo). En la región había cinco hospitales psiquiátricos y un sexto, privado, con camas concertadas en Madrid para la atención a pacientes de la provincia de Cuenca. Solamente existía una unidad de hospitalización psiquiátrica (UHP) en el entonces Centro Nacional de Demostración Sanitaria de Talavera. El número de camas era de 1.889, lo que suponía 114,6 camas/100.000 habitantes, cifra muy elevada para las necesidades reales de la región, producto de la utilización del hospital psiquiátrico como un lugar de tratamiento y también de atenciones sociales, que incluían minusválidos psíquicos y ancianos. Basta mencionar que, según un estudio efectuado en 1983, los propios directores de los hospitales psiquiátricos consideraban que el 70% de las personas ingresadas a 31 de diciembre de 1982 no deberían estarlo, sino que deberían ser atendidas en su ambiente familiar o en otras instituciones, fundamentalmente dependientes de los servicios sociales.

—*Por lo que se refiere a los*

*ambulatorios, ¿cuál era el panorama de entonces?*

—Los dispositivos ambulatorios estaban centrados fundamentalmente en los del In-salud a través de un colectivo de especialistas con dos horas y media de trabajo diario. Para el In-salud trabajaban entonces 14 neuropsiquiatras en toda la región. Simultáneamente existían los centros de diagnóstico y orientación terapéutica, dedicados preferentemente a la atención infantil, con personal multidisciplinario en el área de salud mental y un horario de veinte horas semanales. Había cinco en la región y su eficacia general era muy escasa, sin estar imbricadas sus actuaciones en un programa común. Los hospitales psiquiátricos solían mantener una consulta ambulatoria para aquellos pacientes que habían estado ingresados en el centro. Tan sólo desde el hospital Psiquiátrico de Albacete y el CRSP de Talavera de la Reina se hacía un auténtico trabajo de atención ambulatoria, eso sí, superpuesto al de los neuropsiquiatras.

—*En qué principios fundamentales se orientó el proceso de la reforma psiquiátrica en Castilla-La Mancha?*

—En el año 1983 la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha inicia este proceso convocando a los profesionales de la región a las I Jornadas de Salud Mental de Castilla-La Mancha (abril 1983) para discutir con ellos un modelo de actuación centrado en los conceptos de la psiquiatría comunitaria que, en resumen, pueden enunciarse de la siguiente manera: Potenciación de los equipos de salud mental pluri e interdisciplinarios; superación del hospital psiquiátrico y su sustitución por UHP en hospitales generales apoyadas, e integración de la atención a la salud mental en la atención sanitaria general.

—*¿Cuál era la situación a fines del año 1989?*

—Existen 23 equipos de salud mental trabajando en Castilla-La Mancha (de los cuales siete están dedicados específicamente a la atención a la salud mental infantojuvenil). Todos estos equipos son multiprofesionales y tienen asignado un área geográfica de actuación determinada. En general no hay superposición de redes, salvo en el caso de los neuropsiquiatras, y éste está en vías de solución en varias provincias: Existen cinco UHP en hospitales generales o similares; tan sólo falta la creación de una sexta UHP para completar la cobertura de la región. El número de camas de corta estancia es de 155, de las que 127 (81,9%) se encuentran ubicadas en hospitales generales, lo que supone nueve camas/100.000 habitantes (mayores de quince años), cifra que parece suficiente para la demanda en la región.

En número de camas se ha pasado de 1.668 (en 1983) a 1.085 (en 1988), esto es, han disminuido en un 35%. Este dato es particularmente importante si tenemos en cuenta que el índice de ocupación promedio de las mismas es de un 87% (en estas unidades de larga estancia consideramos un 10 correcto el del 90%).

Los dispositivos alternativos a la hospitalización psiquiátrica están iniciando su desarrollo; son aún muy escasos, si bien los servicios sociales van asumiendo cada vez más usuarios que, en un esquema clásico, terminarían en el manicomio. En estos cinco años se ha producido un incremento significativo de los recursos humanos y, lo que es más importante, se ha producido en aquellas profesiones que estaban peor dotadas en 1983, esto es, las de psicólogos, ATS y trabajadores sociales.

—*¿Cómo aborda la Dirección General de la Salud los problemas de los menores, el alcoholismo y las demás drogodependencias?*

—Como ya he mencionado, hay siete unidades de atención a la salud mental infantojuvenil. Estas unidades están efectuando, no sin dificultades, una cobertura cercana al 90%, quedando el 10% restante a cargo de los neuropsiquiatras. Se han potenciado las actividades de formación, lo que ha supuesto un total de 1.423 asistentes a dichas actividades en los últimos cinco años, tanto especialistas en salud mental como sa-

nitarios de atención primaria y otros agentes sociales implicados en el tema. En cuanto al área de investigación, en los últimos tres años se han concedido 14 becas para investigar temas relacionados con la salud mental. Igualmente se ha creado un fondo bibliográfico sobre la materia, éste de ámbito regional.

—*¿Qué avances se han logrado en la actividad hospitalaria?*

—El número total de estancias en UHP y URR ha pasado de 556.096 (en 1983) a 371.047 (en 1987), esto es, un 33,3% menos. En 1988 la tendencia ha sido a seguir disminuyendo, aunque aún no disponemos de la totalidad de los datos. El número de pacientes ingresados a 31 de diciembre (1983-1987) ha disminuido en un 42,7% (a falta de datos de una provincia). El número de ingresos totales ha aumentado en un 12,8%. Conviene analizar este indicador. El número de primeros ingresos disminuyó en un 7,9% (1983-1987), mientras que el de reingresos aumentó en un 28,12%. Esto parece indicar, por un lado, que se está tratando más correctamente a los «nuevos» pacientes, evitando ingresos innecesarios y que se atiende más correctamente a los pacientes crónicos a través de un número más frecuente de reingresos de corta duración, reintegrándoles a su medio social habitual, en lugar de convertirlos en «carne de manicomio». La mayor parte de la asistencia hospitalaria a pacientes agudos, o crónicos reagudizados, se dispensa en UHP en hospitales generales integradas en los dispositivos habituales de la asistencia sanitaria hospitalaria, y todo ello sin listas de espera en términos generales. El índice de ocupación de las UHP (promedio regional) era de un 72% y el de las URR de un 87%.

—*De todo lo que usted manifiesta, ¿qué conclusiones finales pueden deducirse?*

—La institución manicomial como tal, parece superada en la mayor parte de la región; la atención se centra, con mucha más intensidad, en el área ambulatoria y, cuando es necesario, en hospitalizaciones breves en hospitales generales (la estancia media regional en las UHP fue de diecisiete días en 1988). La desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos crónicos (aún no terminada) se está haciendo sin excesivos traumas para los usuarios y la población en general. Estudios provisionales, a confirmar, indican que un tercio de los pacientes crónicos dados de alta se reintegran a su medio social, otro tercio pasan a dispositivos dependientes de los servicios sociales y otro tercio sufre avatares diversos.

A modo de conclusión final podríamos decir que en el período 1983-1988 se ha producido un importante incremento, tanto cualitativo como cuantitativo, en la atención a la salud mental en Castilla-La Mancha; que este proceso ha tenido como modelo el de la psiquiatría comunitaria, modelo que se ha mostrado eficaz para enfrentar los problemas de salud mental de los ciudadanos de esta comunidad autónoma.

**Trofi Milina®**  
Fosfolípidos Neurohomólogos • Vitamina B<sub>6</sub>

**Normaliza la membrana neuronal alterada**

Trofi Milina  
20 cápsulas blandas.  
Vía oral

3 veces al día

### • Astenia • Convalecencia • Disturbios seniles y preseniles.

**COMPOSICIÓN CUANTITATIVA:** Cada cápsula contiene: 50 mg. de Homogeneizado total de fosfolípidos neurohomólogos de sustancia gris cortical, equivalente a 985 mcg. de fósforo, en función de sus componentes: (Fosfatidilcolina, Fosfatidiletanolamina, Fosfatidilserina, Fosfatidilglicerol, Fosfatidilinositol, Esfingomielina) y 150 mg. de Pirodoxina CH (D.C.I.). **INTRODUCCIÓN:** Los fosfolípidos neurohomólogos son constituyentes de la vaina de mielina y del cuerpo y membrana neuronales; incorporándose a estas estructuras, donde ejercen funciones plásticas-estructurales y funcionales. Al mismo tiempo intervienen en sistemas enzimáticos (PALP-quinasa) que actúa en la transformación de la pirodoxina en su forma activa: PALP (piridoxal-5-fosfato). También están involucrados en la activación del turn-over de los sistemas dopaminérgicos. **INDICACIONES:** Agotamiento físico-nervioso: Astenia. Surmenage. Distonías neurovegetativas. Fatigabilidad psíquica. Convalecencia. Lactancia. Vasculopatías cerebrales. Disturbios preseniles y seniles. Neuritis y Polineuritis. **POSOLÓGIA:** 1-2 cápsulas, 2-3 veces al día, en las comidas principales. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a sus componentes. Insuficiencia hepática grave. Estados maniácos o hipomaniácos. **PRECAUCIONES:** IMPORTANTE PARA LA MUJER: Si está usted embarazada o cree que pudiera estarlo, consulte a su médico antes de tomar este medicamento. El consumo de medicamentos durante el embarazo puede ser peligroso para el embrión o el feto y debe ser vigilado por su médico. **INCOMPATIBILIDADES:** L-Dopa. **INTERACCIONES:** Potencia el efecto de los anticoagulantes dicumarínicos. Disminuye el efecto de los contraceptivos orales. **EFECTOS SECUNDARIOS:** Cuadro de alergia cutánea en pacientes hipersensibles a sus componentes. En sobredosis puede ocasionar ligera diarrea. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** No se ha descrito. **PRESENTACIÓN Y P.V.P.:** Envase conllevando 20 cápsulas blandas, P.V.P. IVA 1.161 ptas.

Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños.

**EuroPharma**  
ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS

Avda. Hispanidad, 21 • 28042, MADRID