

Reforma psiquiátrica en Asturias (España)

¿Qué pasa con los enfermos desinstitucionalizados?

Ernst HORWITZ (*) y Sineke TEN HORN (**)

INTRODUCCION

La atención para la organización de la asistencia psiquiátrica en España ha aumentado considerablemente desde la muerte de FRANCO y sobre todo desde que el partido socialista llegó al poder (1982). Se propone reemplazar cuanto antes la psiquiatría tradicional, centralista y ligada a los hospitales psiquiátricos por una asistencia descentralizada, lo más ambulatoria posible y que tenga un enfoque multidisciplinario. A la vez, se intenta evitar los errores cometidos en otros países al realizar un semejante proceso de cambio (como, por ejemplo, en los Estados Unidos e Italia) (ALVAREZ BALERIO, 1986; ESPINO, 1986).

Ya que poco se sabe de la situación actual de la Salud Mental en España y, por otra parte, continúa la discusión en Holanda sobre la desinstitucionalización, nos ha parecido útil describir la práctica actual de la salud mental en España, en base a la experiencia adquirida en uno de los nuevos centros

de salud mental (CSM-Teatinos) y un pequeño estudio allí entre ex internados de un hospital psiquiátrico (Hospital Psiquiátrico de Oviedo).

ACTIVIDADES EN CUANTO A PACIENTES DE LARGA ESTANCIA

Estas se dividen fundamentalmente en tres tareas, a saber:

- a) La asistencia de los pacientes internados.
- b) El proceso de su resocialización.
- c) Los tratamientos complementarios de ex internados.

La Unidad de Larga Estancia subsidiaria del CSM creada a raíz de la territorialización de 1983, está ubicada en un pabellón del siglo XIX que se encuentra en mal estado. El 1 de julio de 1987 alojaba a 48 pacientes que eran muestra bastante fiel de la población total de pacientes de larga estancia del Hospital Psiquiátrico de Oviedo. De un estudio elaborado en 1986 se desprende que de los 503 pacientes presentes el 65 % tenía más de 55 años, el 55 % llevaba más de 20 años internados y un 54 % no participaba en ninguna de las actividades organizadas (como, por ejemplo, la terapia ocupacional). El diagnóstico en el mo-

(*) En tiempo de la investigación en Oviedo estudiante de Medicina del 6.º curso en la Universidad de Groningen, actualmente licenciado en Medicina.

(**) Socióloga médica. Profesora-jefe del Departamento de Psiquiatría Social de la Universidad Estatal de Groningen.

mento de ingreso fue para un 44 % esquizofrenia y un 27 % oligofrenia. Era un grupo sin profesión, empobrecido y con pocos contactos con el mundo exterior (Memoria del HPR 1985/1986).

Un miembro del equipo del CSM-Teatinos visitaba diariamente la Unidad de Larga Estancia, dedicando la mayor parte del tiempo a asuntos administrativos y financieros de los pacientes. A la vista del objetivo de llegar al alta de todos los pacientes del HPR, primero se tienen que establecer los datos personales (un 7 % no estaba registrado en el Registro Civil) y se tienen que encontrar una fuente de ingresos al internado, sólo entonces se puede pasar a hacer el balance de posibilidades reales de alta.

Además hay una reunión semanal de todo el equipo del CSM con personal asistencial clínico de la Unidad (hay una falta de personal enorme) para discutir los problemas, sobre todo de carácter organizativo.

El CSM dispone de algunas posibilidades de facilitar el traslado del hospital a la comunidad.

LA FAMILIA DE ORIGEN

De la manera de actuar del CSM-Teatinos se puede deducir que la familia es el instrumento favorito para guiar a los pacientes hacia la comunidad.

Del capítulo de SELVINI (1984) sobre el tema se desprende que, cuando se recurre a la familia, el trabajo (impopular y poco gratificante) de pacientes crónicos se integra mejor en el resto de la asistencia.

Desde luego, constituye un problema el que el contacto entre el paciente y su familia se haya reducido debido al largo período de internamiento (el 60 % de los pacientes reciben visita menos de una vez por semana). A esto se

añade que muchas veces el proceso psicopatológico previo ya le había llevado a un cierto alejamiento. A pesar de ello, cada vez que un paciente se ha pensado o decidido dar de alta, el CSM primero toma contacto con la familia para hablar sobre las posibilidades de acogida. A veces estas conversaciones se convierten en sesiones terapéuticas.

CASAS DE CONVALECENCIA/ RESIDENCIAS PARA ANCIANOS

La asistencia de ancianos en España, en su mayor proporción, está en manos de instituciones caritativas; las antiguas órdenes religiosas que, hasta entrado este siglo, también controlaban la asistencia psiquiátrica. También en la comarca de Teatinos existen algunas de estas instituciones privadas.

Ya que el grupo de pacientes de larga estancia es muy envejecido, para gran parte de ellos se piensa en un traslado a una casa de convalecencia/residencia para ancianos, para las que no existen normas de admisión bien definidas. De un grupo de 75 ex internados del Hospital Psiquiátrico de Oviedo, un 35 % había salido para una institución de ese tipo (APARICIO BASAURI, *et al.*, 1986).

Al investigar las circunstancias de vida de ex internados en la provincia de Valencia (GÓMEZ BENEYTO, *et al.*, 1986), resultó que las condiciones del hábitat eran mejores en este tipo de instituciones que en el Hospital Psiquiátrico, pero no en lo relativo a actividades y contactos sociales. Esto mismo se pudo comprobar durante una visita a una de estas residencias en Oviedo. Hay mucha disciplina, pero los pacientes tienen muy poca libertad y pocas responsabilidades.

Aunque también dentro del equipo se cuestiona el valor de esta "desinstitucionalización", hay una tendencia a trasladar la mayor parte de los pa-

cientes mayores de 60 años a una casa de convalecencia/residencia para ancianos.

VIVIENDAS PROTEGIDAS

El CSM-Teatinos era responsable de dos viviendas protegidas: desde febrero de 1984 una *half-way house* en el terreno del hospital mental ("La Casita") y desde julio de 1986 un "piso protegido" en Oviedo. Ambas han sido constituidas para facilitar el paso hacia la comunidad de un grupo escogido de pacientes (con suficiente autonomía y posibilidades de vivir en grupo) en los que no se pensaba para otras formas de resocialización.

En principio, es el CSM del área sanitaria de origen del paciente el que toma a cargo la responsabilidad terapéutica de su tratamiento. Esto significa que cuando el paciente no es del área de responsabilidad del CSM-Teatinos es otro CSM quien se responsabiliza de ello.

La dinámica de grupo y asuntos domésticos y organizativos de estas viviendas protegidas corren a cargo del CSM-Teatinos. La duración y los cri-

terios de derivación-indicación para ambas viviendas todavía no están bien descritos y se analizan caso por caso, dando lugar en ocasiones a muchas discusiones.

Se intenta llegar a acuerdos sobre los tratamientos complementarios, sea en casa o en el CSM.

Describiremos cómo esto funciona en la práctica partiendo de los resultados de nuestras propias investigaciones.

EL TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO DE 26 PACIENTES

Desde el comienzo de la reforma en 1983, el número de pacientes "residenciales", pacientes que después de la redistribución del Hospital Psiquiátrico están en las ocho unidades sectorizadas para enfermos de larga estancia (seis meses o más) ha disminuido considerablemente (Tabla 1).

Para obtener una idea más clara del papel del CSM en cuanto a esta disminución, sobre todo en lo referente al tratamiento complementario, investigamos el grupo de pacientes residen-

TABLA 1

Disminución del número de pacientes de larga estancia en el Hospital Psiquiátrico de Asturias (1983-1986)

Año	Número de pacientes presentes (31 dic.)	Altas	Defunciones	Traslados	Disminución TOTAL
1983	647	—	—	—	—
1984	587	28	38	3	69
1985	509	42	30	6	78
1986	436	—	—	—	73

ciales que fueron dados de alta en el período de 1 de enero de 1984 hasta el 1 de enero de 1987 y de los que el CSM-Teatinos era responsable.

Se trata de pacientes provinientes de la Unidad del Hospital Psiquiátrico de Teatinos o de otra Unidad distinta, pero que se han establecido en el territorio de acción de este CSM de Teatinos. Resultó difícil formar este grupo, ya que en aquel momento faltaba un buen registro centralizado. Averiguaciones entre médicos y personal asistencial, se complicaban a causa de la reorganización del personal y la redistribución de los pacientes en el período de 1-1-84/1-1-87. Finalmente, nuestro grupo de ex internados constaba de 26 personas.

De este grupo tratamos de formarnos una idea en cuanto a sus contactos con la salud mental hasta el 1 de julio de 1987. Obtuvimos información de las fuentes siguientes:

— Conversaciones con los pacientes.

— Conversaciones con sus terapeutas.

— El registro de casos de salud mental de Oviedo, en funcionamiento desde el 1 de enero de 1986.

— Archivo del Hospital Psiquiátrico.

Las Tablas 2 y 3 representan los datos de edad, sexo, estado civil, ingresos, duración de internamiento y diagnóstico de admisión, y se los compara con las cifras del estudio de la población crónica total del Hospital (JORDA *et al.*, 1986). El estudio de JORDA formaba parte de un proyecto más amplio, en el que se investigaban ocho hospitales psiquiátricos en España.

Resulta que en comparación con los pacientes que permanecen internados, los 26 externados investigados por nosotros son generalmente algo más jóvenes, disponen de más ingresos y más veces tienen pareja. Destaca el elevado porcentaje de varones entre los ex internados. En cuanto a diagnóstico sobresale el gran número de alcohólicos

TABLA 2

Edad, sexo, estado civil e ingresos por grupos, en porcentajes

		Teatinos. Grupo de pacientes dados de alta. Período 1-1-84/1-1-87 N=26=100 %	Población crónica total del Hospital Psiquiátrico de Oviedo. 1986 N=503=100 %
Edad	Edad media en años	54,2	58
Sexo	Hombre	70	51
	Mujer	30	49
Estado civil	Soltero	77	85
	Casado	23	15
Ingresos	< 10.000 pesetas	15	30
	> 10.000 pesetas	85	70

TABLA 3

Duración de internamiento y distribución diagnóstica por grupo, en porcentajes

	Teatinos. Grupo de pacientes dados de alta. Período 1-1-84/1-1-87 N=26=100 %	Población crónica total del Hospital Psiquiátrico de Oviedo. 1986 N=503=100 %
Duración de internamiento (media en años)	18,1	21,0
Diagnóstico de admisión: sin diagnóstico localizado	—	—
Esquizofrenia y trastornos paranoicos	35	44
Otras psicosis	—	—
Neurosis y trastornos de personalidad	—	—
Alcoholismo y otras toxicomanías	24	3
Alteraciones mentales	31	27
Otros (epilepsias)	10	—

y el número reducido de pacientes que sufren de esquizofrenia u otras psicosis cuando se los compara con los pacientes que permanecen internados.

También APARICIO BASAURI *et al.* (1986), que investigaban pacientes dados de alta en 1984 y 1985, encontraban, al igual que nosotros, que entre los ex internados había más alcohólicos y menos pacientes esquizofrénicos que entre los que permanecen internados. Con todo, podemos afirmar que los ex internados no forman un muestreo representativo del fichero de los crónicos del Hospital.

El contacto de los extemados con los Servicios de Salud Mental de Asturias

Hemos levantado un mapa cronológico de los 26 externados —figura 2— y los hemos clasificado según la pri-

mera residencia después del alta: la *half-way house*, la casa de convalecencia/residencia para ancianos, la familia o una pensión. Aunque esta forma de presentación da una imagen poco clara, nos ha parecido la mejor forma de mostrar el esquema complejo de la interacción entre cliente y Servicios de Salud Mental, caracterizada por una gran variedad y cambio de equipos, de métodos de contacto y de residencias del paciente.

Ya que la posibilidad del uso de la *half-way house* es específica para CSM-Teatinos y la mitad de los pacientes de nuestro grupo han pasado por esta casa, la comentaremos primero en base de la figura. La casa se inauguró en febrero de 1984 y fue ocupada completamente por un grupo de seis pacientes. En los tres años y medio de su funcionamiento pasaron allí 13 de nuestros 26 pacientes (véase números 1-13, figura 2) con una permanencia media de 13,2 meses. En el curso de

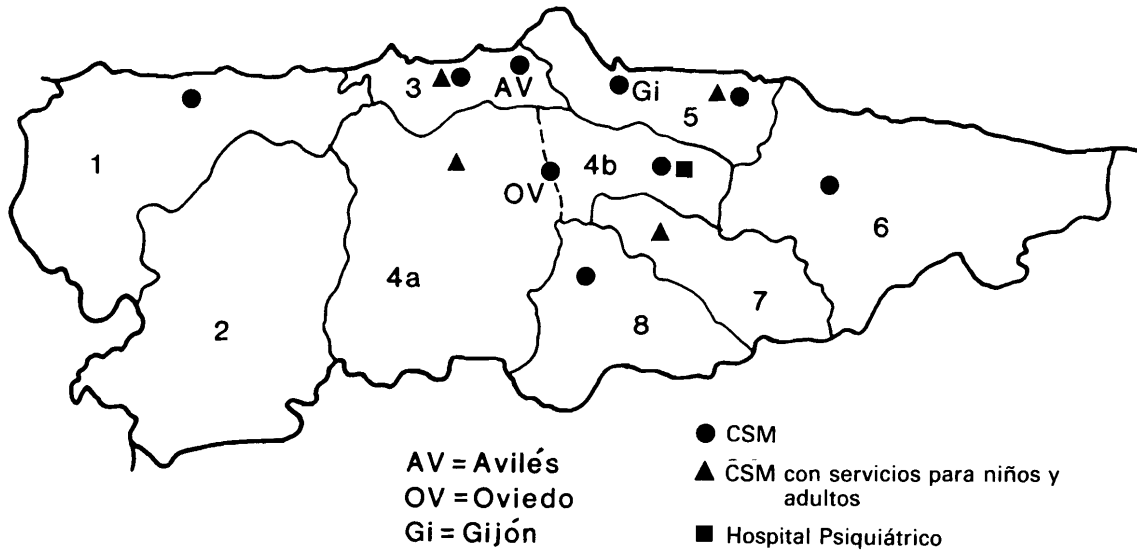


Fig. 1.—Asturias: las comarcas de asistencia sanitaria y sus Servicios de Salud Mental (1986)

los años, sin embargo, se iba produciendo un cambio (como se puede ver en la figura) de una ocupación inicial por parte de pacientes provenientes de la Unidad Residencial de Teatinos hacia pacientes provenientes de otras unidades del Hospital. Esto tenía como efecto que otros equipos fueran res-

ponsables del tratamiento de los pacientes y propició que el equipo de Teatinos se retirara de las actividades terapéuticas intensivas dirigidas al grupo y se ocupara más de la responsabilidad de tareas puramente domésticas y organizativas. Posteriormente su atención se fue dirigiendo más al nuevo piso pro-

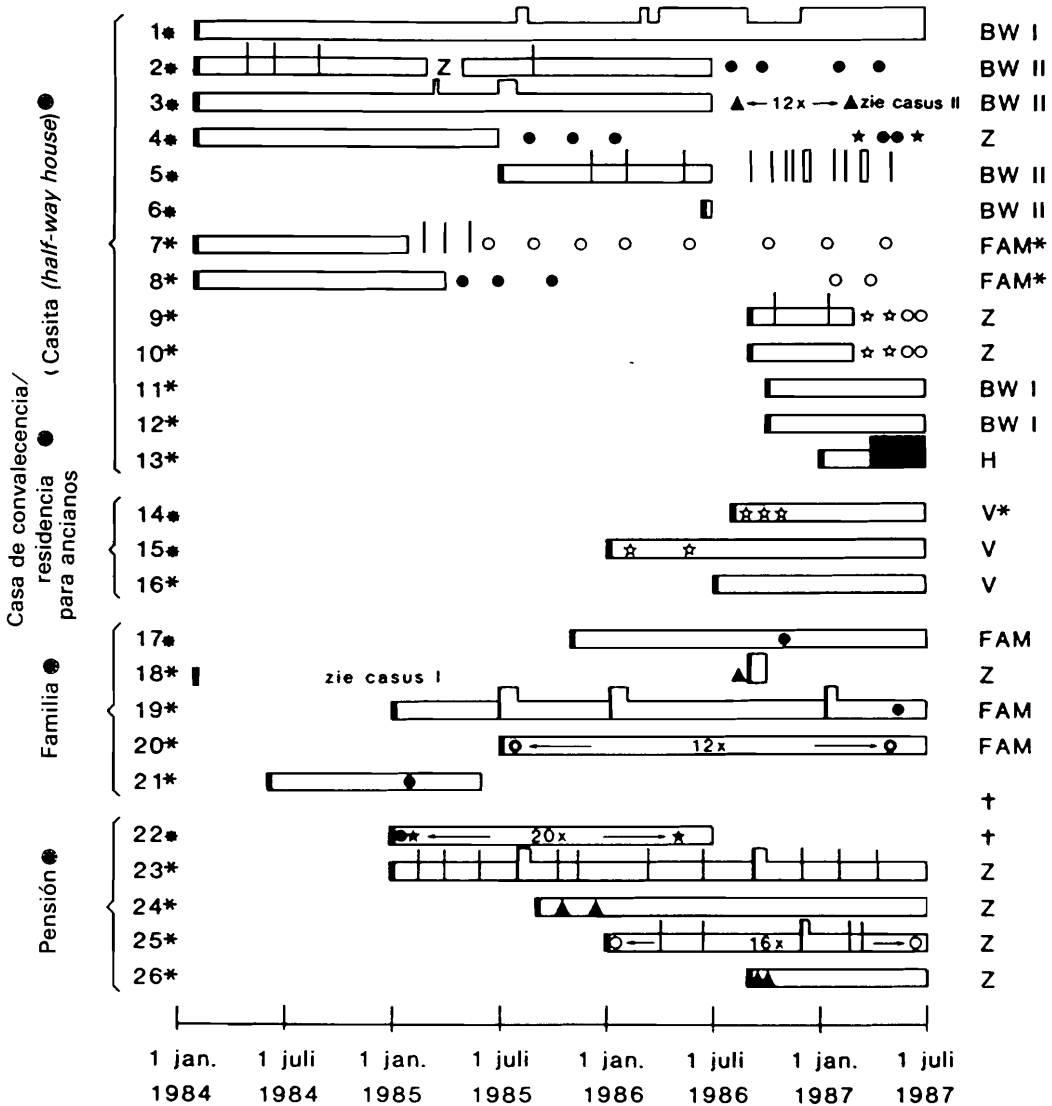


Fig. 2.—Residencia y contactos con la salud mental en Asturias de un grupo de ex internados del Hospital Psiquiátrico en Oviedo (1 de enero de 1984-1 de julio de 1987)

tegido —donde cuatro ex pacientes de Teatinos de la "casita"— se establecieron en 1986.

Los nuevos pacientes que después entraban en pequeños grupos en la *half-way house* fueron atendidos (individualmente, como ya quedó dicho) por sus equipos originales. En la *half-way house* desapareció el vínculo de grupo; se redujo la duración de la estancia y disminuyó el grado de ocupación. El ocupante que había llegado el último, fue reingresado después de cuatro meses (véase número 13, figura 2).

A finales de julio de 1987 empieza la discusión sobre el reparto de las responsabilidades de la *half-way house*, a raíz de la orden por parte de la dirección del Hospital al CSM-Teatinos de ocupar las plazas desocupadas en la casa.

Un número más reducido de ex internados se van a las residencias para ancianos (véase números 14-16, figura 2) o son recibidos por la familia (véase números 17-21, figura 2). Y una quinta parte de los ex internados (en nuestro estudio y en el de APARICIO un 18 %) se establece independientemente.

Significado de los símbolos (Fig. 2)

- Antes de alta ✱ — De Unidad de Larga Permanencia, no perteneciente a comarca Teatinos.
 ✱ — De Unidad de Larga Permanencia, perteneciente a comarca Teatinos.
- Después de alta ■ — Momento de alta.
 ⊕ — Residencia original después de alta.
 □ — Estancia en residencia original después de alta.
 □ — Reingreso en Unidad de Observación.
 ■ — Reingreso en Unidad de Larga Permanencia.

Contactos ambulatorios:

- ! — Visita a dispensario, casos de emergencia, Hospital Psiquiátrico.
 - ▲ — Visita a sección de origen.
 - — Visita a CSM-Teatinos.
 - — Visita a CSM no Teatinos.
 - — Visita a domicilio por personal sección de origen.
 - ★ — Visita a domicilio CSM-Teatinos.
 - ☆ — Visita CSM no Teatinos.
- Al 1-7-1987
- BW I — *half-way house*.
 - BW II — Piso protegido fuera de Hospital.
 - FAM — Viviendo con familia.
 - Z — Viviendo independientemente.
 - H — Reinternado sección larga permanencia.
 - V — Casa de convalecencia/residencia para ancianos.
 - † — Difuntos.
- Complementario
- ★ — Residencia fuera de comarca Teatinos.

te (véase números 22-26, figura 2). Casi siempre viven con otras personas en una pensión, llamados "pequeños manicomios", en el *argot* del equipo incluso por su aspecto pobre (véase también el caso 1). El hecho de que se domicilien con más facilidad, sobre todo en Oviedo, guarda relación con el mayor número de pensiones ofrecidas dentro de la Unidad, pero también con una cierta vinculación con el Hospital, con motivo de una forma de empleo social (talleres protegidos) que se ofrece allí (un 50 % de los otros grupos y un 80 % de los pacientes que viven independientemente aprovechan de este empleo). La consecuencia del mayor número de pensiones y de empleo social en Oviedo —y con ello el mayor número de ex internados que eligen Oviedo como domicilio— significa que los CSM de Oviedo llevan una carga más pesada que los CSM fuera de Oviedo, en lo referente a programas de desinstitucionalización. Otra particularidad de Oviedo en ese momento era la presencia de *dos* CSM que operan independientemente, con lo que la mudanza del paciente dentro de la ciudad puede implicar un cambio de equipo, factor que disturba la continuidad terapéutica.

Al final del período de tratamiento complementario, en julio de 1987, resulta que de nuestros 26 pacientes: ocho viven independientemente, cinco con sus familiares, siete en viviendas protegidas y tres en una casa de convalecencia/hogar de ancianos, uno ha sido reinternado y dos pacientes han fallecido. Casi todos los pacientes tenían contactos más o menos intensos con uno o más CSM, visitaban las consultas ambulatorias o recibían visita a domicilio (véase figura 2).

Para aclarar la práctica, tras analizar la figura 2, pasamos a la descripción de dos casos (también indicados en la figura 2 como 3 y 18).

CASO 1

Este paciente, de 68 años, tenía detrás 13 años de internamiento en total, distribuido en nueve ingresos, con diagnóstico de alcoholismo.

Durante la sectorización fue colocado con la Unidad de Avilés (en 1983), ya que en su familia, a pesar de vivir en su totalidad en Oviedo, era originaria de allí.

Un año más tarde se decidió por un alta progresiva. El contacto con su hermano parecía ser tan bueno que podía ir a vivir con él. Al principio, durante dos meses, sólo estaba allí durante las noches y de día trabajaba en el taller del Hospital. A continuación, en contra del consejo del personal de la Unidad, fue a vivir definitivamente a casa de su hermano. Se negó a mantener ningún contacto con los Servicios de Salud Mental.

Dos años más tarde, en 1986, se presentó en la Unidad de Avilés del Hospital con problemas físicos. Resultó que vagabundeaba por Oviedo, que había vuelto a beber y que vivía de una pensión (salario) mínima. Se le remitió a un internista.

Unos días después se presentó en la Unidad de Ingresos, borracho y desnutrido. Estuvo un mes ingresado en la Unidad de Observación, con neurolépticos y algunas conversaciones auxiliares con su antiguo psiquiatra de Unidad (Avilés). Después se fue sin ningún compromiso.

Cuando unos meses más tarde descubrimos su paradero en Teatinos (que sólo un antiguo auxiliar conocía), resultó que estaba viviendo en una pensión junto con otros seis ex pacientes en una pequeña habitación enmohecida, sin intimidad alguna. La dueña de dicha pensión, viéndonos entrar, nos siguió y nos hizo retroceder. M. no estaba. Había sido internado en un hospital por una enfermedad hepática. Ella

no sabía en qué hospital. Luego nos dio un portazo.

No le hemos conseguido localizar.

CASO 2

M. (78 años) había estado ingresada once años en total, diagnosticada de esquizofrenia paranoica. Repudiada por la familia —que era el centro de sus ideas persecutorias—, vive totalmente independiente en el Hospital; pero el camino de reintegración a la familia está cerrado. Esto se pudo apreciar una vez más cuando se está investigando la posibilidad de darle la alta. La sola idea de volver a su pueblo ya es suficiente para un episodio psicótico. A continuación va desde la Unidad de Teatinos hacia la *half-way house* junto con el primer grupo y allí desempeña la función de ama de llaves. Aparte de un mes de reinternamiento en la Unidad de Observación —necesario a raíz de la visita de un familiar— no surge ningún problema, más bien se puede hablar de una evolución positiva.

Después de 28 meses va junto con tres de los otros ocupantes (dos hombres y una mujer) al piso protegido, un piso bien amueblado, acogedor, cerca del Hospital Psiquiátrico. También aquí desempeña la función de ama de casa para los otros dos pacientes. Administrativamente se lo considera como un trabajo, por lo que recibe un sueldo. Miembros del CSM-Teatinos visitan con regularidad el piso (aproximadamente una vez al mes) para hablar de los asuntos cotidianos y para eventualmente adaptar su medicación (neuroléptica). M. sigue manteniendo muchos vínculos con el Hospital (todos sus conocidos viven allí, por lo tanto a menudo visita el bar del Hospital), pero parece que de esta manera puede vivir bien fuera del Hospital.

DISCUSION

De nuestra investigación de las aventuras de estos 26 ex internados se pueden deducir algunas tendencias generales, que se presentan en esta etapa inicial de la Reforma Psiquiátrica en Asturias en cuanto al tratamiento complementario de pacientes dados de alta después de una estancia de larga duración.

1) La coordinación entre los diferentes grupos que ofrecen tratamiento complementario, o sea los CSM y el personal de las unidades de larga estancia deja que desear, por lo cual no se llega a una continuidad de la asistencia, a pesar del hecho de que los miembros del equipo de los CSM visiten con regularidad el Hospital. La tentativa de garantizar la continuidad de la asistencia —mediante la misma territorialización en el Hospital que para la salud mental— muchas veces se ve frustrada por el comportamiento “discrepante” del paciente al mudar de casa, eligiendo después de la alta un domicilio en otro área que la de su origen.

2) En general, dentro de los CSM predomina la opinión de que, una vez solucionados sus problemas socioeconómicos, los pacientes crónicos ya no tienen la misma prioridad. Por lo tanto, el tratamiento complementario no está, a nuestro juicio, bien programado y es poco *out-reaching*. El que a pesar de todo se mantenga el contacto con la mayoría de los pacientes quizá tenga que ver con el punto 3), pero también con el hecho de que éstos forzosamente vuelven a recurrir a los Servicios de Salud Mental por sus continuos problemas materiales y somáticos.

3) Se recurre a menudo en situaciones de emergencia al Hospital Psiquiátrico, incluso en momentos en que el horario de los CSM está abierto. Este vínculo de los ex internados con el Hos-

pital probablemente está en una misma línea con el hecho de que más del cincuenta por ciento de los ex pacientes sigan visitando el bar del Hospital con regularidad.

4) El reingreso en la Unidad de Larga Estancia se da muy poco. En vez de ello se producen más ingresos de corta duración en la Unidad de Observación. El número de pacientes reingresados es sorprendentemente reducido (*).

5) Traslado a casas de convalecencia/residencias para ancianos ("transinstitucionalización") que, según APARICIO *et al.* (1986), abarca el 34 % de las altas, en nuestro grupo se daba poco. En general, se puede decir que destaca en Asturias y en toda España la ausencia de Servicios de Psicogeriatría y asistencia psiquiátrica institucionalizados. Para estas categorías de pacientes, por lo tanto, en España no se podrá dar una transinstitucionalización a una escala tan grande como ha ocurrido en Holanda.

6) Poco se puede decir aún sobre problemas conocidos de otros países, como desplazamiento a circuitos judiciales, de psiquiatría y somáticos privados: "*burden on the family*" y "*burden on society*". Para ello los datos de nuestro reducido grupo de 26 pacientes no se prestan; pero, por otra parte, en España hay una falta general de resultados de investigaciones en este campo.

Sobre los motivos de dichas tendencias, que muchas veces tienen sus raíces en las reformas sanitarias españolas, en general, quisiéramos señalar lo siguiente:

(*) Nota de traducción.—Este hecho se debe a una norma dada por la Dirección del HPR para evitar "la vuelta" sin más a la Unidad Residencial, una vez al alta, caso de producirse el reingreso.

Lo mismo que en la psiquiatría democrática italiana (VAN DER KLIPPEN, 1982; JONES y POLETTI, 1985)—que en España le gusta tomar como ejemplo—, aparte de motivos psiquiátrico-idealísticos y económicos también conceptos culturales y, por lo tanto, políticos están a la base de la Reforma. En España los cambios y, sobre todo, la clausura de la institución representan una lucha más extensa, contra la manera de ser franquista, arrogante y centralista (DE MIGUEL, 1976).

Parece que muchas veces, por la presión política, los cambios se llevan a la práctica precipitadamente, sin que las variables se hayan elaborado suficientemente. La idea que tienen muchos profesionales del grupo de auxiliares es que la formación de teorías en lo relativo a las alternativas se desarrollan mejor en base a los problemas de la práctica (véase, por ejemplo "la casa"). En Oviedo se teme que se pida demasiado de la comunidad en cuanto a la acogida de ex internados, sobre todo porque le toca el grupo de pacientes "más difíciles".

Otro punto débil de la Reforma española es que se da poca información a la población. Se subvalora la *health-education* (DE MIGUEL, 1987). A diferencia de Italia el movimiento psiquiátrico en España no parte de la base, sino que se ha originado desde la Administración. Estos factores negativos, al terminar los estudios de evaluación que se están llevando a cabo en España serán tomados en cuenta en el reajuste de la política. Se es consciente de que a pesar de que se obra con cautela, algunos pasos se están dando precipitadamente (JORDA *et al.*, 1986).

Si comparamos nuestras experiencias en España con la situación en Holanda, en lo posible, lo primero que destaca es que en Asturias con el uso de menos de 1,0 cama psiquiátrica por 1.000 habitantes, se quiso y se consiguió reducir el número de pacientes

internados en un hospital psiquiátrico hasta menos de 0,5 cama psiquiátrica por 1.000 habitantes. Y hay que tener presente que una parte de la capacidad de los hospitales psiquiátricos está ocupada por pacientes psicogeriátricos y oligofrénicos, para los que nosotros tenemos servicios especiales. El desarrollo en Asturias no constituye un caso aislado, también en otras partes de España, según se desprende del estudio de JORDA *et al.* (1986), se ocupan mucho menos camas psiquiátricas que en Holanda. Además es el caso en otros países europeos como se desprende del estudio de la OMS (véase GIEL *et al.*, 1987).

En segundo lugar, se observa que cuando vemos las cifras de reingreso, la desinstitucionalización en Asturias parece acertada, pero aplicando otras normas parece menos afortunada: la mayoría de los pacientes crónicos dados de alta que hemos investigado siguen dependiendo de alguna forma de la vivienda protegida y de la asistencia. En tercer lugar, es notorio que dar prioridades dentro de la salud mental ambulatoria no sólo es un problema en Holanda: también a los equipos españoles de los CSM les resulta difícil optar por pacientes crónicos, mientras se ven inundados por demandas desde la comunidad de personas que no han sido internados y que probablemente no lo serán nunca. A pesar de que la sectorización ofrece mejores condiciones, resulta que la colaboración entre la salud mental y la asistencia primaria en Asturias es escasa.

Finalmente señalamos que la sectorización y la armonización de la salud

mental ambulatoria y clínica para garantizar la continuidad de la asistencia, perfecta en teoría, en la práctica no siempre funciona, entre otras cosas porque pacientes crónicos dados de alta prefieren optar más bien por un domicilio cerca del Hospital que por su domicilio de origen. Este dato quizá debiera ser tenido en cuenta a la hora de dictaminar normas de viviendas protegidas y tratamiento de día (o parte del día) en Holanda, por lo menos durante las primeras décadas venideras.

RESUMEN

Poco se sabe aún de la situación actual de la salud mental en España. En base de las experiencias de la desinstitucionalización y desarrollo de los centros psiquiátricos ambulatorios anotadas por los investigadores españoles y con datos de nuestro propio estudio del seguimiento de 26 ex internados del Hospital Psiquiátrico de Oviedo (Asturias) se describe la práctica de la situación actual de la salud mental en España. Particularmente en cuanto a los pacientes crónicos. El número de camas ocupadas en los hospitales mentales ha disminuido considerablemente y es mucho más reducido que en Holanda. Inundados por demandas de otros pacientes los profesionales difícilmente pueden dar prioridad al gran número de pacientes crónicos que viven en la comunidad. Estos tienden a elegir su domicilio cerca del Hospital.

Traducción: **Ana-Esther SANCHEZ**

BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ BALERIOLA, I.: *WHO Country program in Spain with special reference to mental health*. Paper presented at the WHO Working Group on Mental Health Services in Southern countries of the European Region. Madrid, 25-29 may, 1986.

APARICIO BASAURI, V. *et al.*: "Alternativas a la cronicidad institucional". En J. ESPINOSA *et al.*: *Cronicidad en psiquiatría*. Mariarsa. Madrid, 1986, págs. 265-304.

ESPIÑO, J. A.: *Current developments of mental health services in Spain*. Paper presented at the WHO Working Group on Mental Health Services in Southern countries of the European Region. Madrid, 25-29 may, 1986.

ESPINOSA, J. *et al.*: *Cronicidad en psiquiatría*. Mariarsa. Madrid, 1986.

GARCÍA GONZÁLEZ, J.: "Análisis de la asistencia psiquiátrica en Asturias. Pasos hacia una alternativa". *Revista de la A.E.N.*, 7, 1983, págs. 76-98.

GARCÍA GONZÁLEZ, J.: "La reforma de los Servicios de Salud Mental en Asturias: una aproximación político-organizativa y epidemiológica". *La Revista Psicólogo*, julio, 1986.

GIEL, R.; GULBINAT, W. H.; HENDERSON, J. H.; TEN HORN, G. H. M. M. (eds.): *Mental health services*

in pilot study areas. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen, 1987.

GÓMEZ BENEYTO *et al.*: "Desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos sin recursos comunitarios: un análisis de la experiencia del Hospital Psiquiátrico «Padre Jofré», de Bétera (1974-1986)". En J. ESPINOSA *et al.*: *Cronicidad en psiquiatría*. Mariarsa. Madrid, 1986, págs. 237-264.

JONES, K. en POLETTI, A.: "Understanding the Italian experience". *Brit. J. Psychiat.*, 146, 1985, págs. 341-347.

JORDÁ MOSCARDÓ, E. *et al.*: "Estudio de los pacientes de larga estancia internados en ocho hospitales psiquiátricos españoles". En J. ESPINOSA *et al.*: *Cronicidad en psiquiatría*. Mariarsa. Madrid, 1986, págs. 125-236.

VAN DER KLIPPEN, H.: *Democratische psychiatrie en de wet nr. 180/McGv-reeks nr. 47*, maart, 1982.

Memoria 1985/1986. Consejería de Sanidad. Dirección Regional de Salud Mental. Principado de Asturias. Oviedo, 1987.

DE MIGUEL, J. M. en GUILLÉN, M. F.: *The Spanish health crisis*. Ed. Tecnos. Madrid, 1987.

SELVINI, M. *et al.*: *Alla conquista del territorio*. P.E.P. Roma, 1984.