

Una revisión del papel del psicólogo en los procesos de cierre de hospitales psiquiátricos

***Carmen RIVAS HIDALGO
Encarnación GUERRERO SERON
Pilar ROMERO RUIZ
Ana DEL VALLE TORREÑO
Manuel MARTIN BENITEZ
Rosa JIMENEZ GARCIA-BOVEDA
Hospital Miraflores. Sevilla***

Resumen

En el presente artículo, se lleva a cabo una reflexión sobre las implicaciones del psicólogo en los aspectos relacionados con el proceso de desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos y la externalización de población psiquiátrica crónica hospitalizada. Se analiza el contexto de reforma psiquiátrica donde se ha llevado a cabo dicho proceso de desmantelamiento, así como los inicios del psicólogo en este campo. Asimismo, se plantean una serie de aspectos que, desde la experiencia actual de los autores del artículo, se consideran implicados en todo ese proceso. La intervención de los psicólogos en el contexto hospitalario adopta una serie de peculiaridades que, a su vez, son analizadas, reflexionando sobre el contenido de las mismas.

Palabras clave: Desmantelamiento de hospitales psiquiátricos, proceso de externalización, rol del psicólogo.

Abstract

In this paper a reflection is made on the implications of the psychologist in those aspects concerned with the process of closing psychiatric hospitals and the deinstitutionalization of the cronicly mentally disturbed hospitalized population. The context of psychiatric reform where the aforementioned closure process has been executed is analyzed, as are the first interventions of the psychologist in this field. Likewise, a series of aspects are considered which, from the authors' perspective, are implied throughout this process. The intervention of the psychologist in the hospital context adopts a series of peculiarities which, in turn, are analyzed.

Key words: Closure of psychiatric hospitals, deinstitutionalization, role of psychologist.

Aproximación histórica

Situados en el contexto de referencia de la Comunidad Autónoma Andaluza, es en 1984 cuando, desde la Administración, se inicia el proceso de reforma psiquiátrica, con la constitución del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) como primer paso en la implantación de un nuevo modelo de atención a la salud mental.

Este nuevo modelo se caracterizaría, fundamentalmente, por considerar los efectos negativos y yatrogénicos del Hospital Psiquiátrico (desde ahora HP), y por plantear nuevas formas de abordaje e intervención en los problemas de salud mental. El análisis de la situación de la asistencia psiquiátrica en la Comunidad Andaluza en esa fecha reflejaba, por un lado, la existencia de unos HP de tamaño medio con una escasa dotación de personal y con un estándar de calidad más bien bajo; por otro lado, las necesidades de la población ingresada eran mayoritariamente sociales más que sanitarias y, al mismo tiempo, el contexto general de la incipiente reforma sanitaria se basaba, en aquel momento, en los principios organizativos de la atención primaria de salud. Todo ello, hacía plantearse un proceso de reforma psiquiátrica que conllevara como objetivo general la superación del HP mediante la creación de una red de atención diversificada, de base y orientación comunitaria, e integrada en el sistema sanitario general (adaptado de IASAM, 1989). Asimismo, los servicios sociales y la Administración de Justicia tendrían, a partir de esos momentos, un papel importante en la cobertura de las necesidades que había venido paliando y encubriendo el HP,

por lo que la coordinación con estas Administraciones constituiría un elemento fundamental a la hora de pretender dar una atención integral a la salud mental.

Previamente a describir las aportaciones del psicólogo al proceso de desmantelamiento de los HP, creemos necesario ofrecer una visión general del mismo, como marco en el que se han ido desarrollando nuestras actuaciones.

Inicialmente, y con carácter provincial, tienen lugar los primeros movimientos desinstitucionalizadores con una fuerte implicación ideológica de los profesionales de salud mental. A partir de 1984, como se mencionaba anteriormente, es cuando desde la Administración se implanta de manera oficial las directrices generales que guiarán el proceso de desmantelamiento de los HP. Estas serían (adaptado de IASAM, 1989):

1. Ordenación de la población en tres tipos de unidades funcionales, atendiendo cada una de ellas a la siguiente población:

- Pacientes geriátricos.
- Pacientes diagnosticados de deficiencia mental.
- Pacientes psiquiátricos crónicos.

2. Diseño y desarrollo de programas específicos por unidades funcionales con los objetivos de:

- a) Transferencia a los servicios sociales de pacientes geriátricos y deficientes mentales.
- b) Externalización de pacientes psiquiátricos crónicos asequibles para la reinserción en la comunidad, en diferentes tipos de recursos.
- c) Rehabilitación y posterior reinserción del resto de la población que permanece aún hospitalizada y con

necesidades previas de trabajo en rehabilitación.

A partir del momento en que son realizadas las transferencias en materia de sanidad desde las Diputaciones Provinciales al Servicio Andaluz de Salud (SAS), en cada provincia de la Comunidad Autónoma, la población asumida por dicho organismo está constituida, principalmente, por pacientes psiquiátricos crónicos. La unidad funcional que asume el trabajo con dicha población es la Unidad de Rehabilitación Intrahospitalaria (URI), dispositivo de carácter transitorio definido por el IASAM (1988) para el desmantelamiento y que desaparece junto con los HP.

En términos generales, estas líneas directrices se han desarrollado en todas las provincias aunque adaptándose a las características y situación concreta de cada una de ellas. Todo este proceso de desmantelamiento ha derivado en la creación de redes residenciales de diferente grado de diversificación, según las peculiaridades de cada provincia. Estos recursos residenciales, junto con los apoyos económicos, se han visto en gran medida determinados por la existencia o no de acuerdos interinstitucionales.

Por otro lado, respecto al destino de las altas hospitalarias, aunque no contamos con datos completos de todas las provincias hasta la actualidad, tomamos como referencia el estudio realizado por Torrot hasta 1990 (Torrot, 1992) en el que la distribución de las altas sería la siguiente: dirigidos a residencias generales (población de la tercera edad) 36'8%, a residencias asistidas y hospitales de crónicos 21'2%, a residencias de disminuidos psíquicos 20% , y por último, a pisos autónomos, pensiones o familias 20%.

Actualmente, la población que permanece ingresada en el conjunto de los hospitales andaluces constituyen un total de 511 pacientes (según datos de 1992 aportados por la Oficina de Atención a la Salud Mental). El cierre de los hospitales está previsto, de modo más inmediato, en las provincias de Cádiz, Málaga, Huelva y Jaén y, de forma progresiva, en el resto.

Una vez hecha referencia a algunas características del proceso de desmantelamiento en la Comunidad Autónoma Andaluza y antes de pasar a reflexionar, desde nuestra experiencia actual, sobre las implicaciones de la psicología en las tareas de externalización, nos parece oportuno referirnos a los comienzos del psicólogo en este campo y su desarrollo.

En primer lugar, respecto a la participación de los psicólogos en todo el proceso anteriormente mencionado habría que señalar que hasta 1984 la presencia de éstos es escasa, excepto en algunas provincias (como es el caso de Sevilla). Dicha presencia se ha ido incrementando a la vez que se desarrolla el nuevo modelo de atención a la salud mental promovido por el IASAM y basado en un enfoque biopsicosocial de la salud. Este enfoque ha enfatizado aspectos psicosociales alejados de los modelos médicos y biologicistas propios de la psiquiatría tradicional, siendo aquí donde el psicólogo aportaría nuevos elementos teóricos y prácticos. En este sentido el IASAM, desde su creación, promueve la necesidad de incrementar la participación de nuevos profesionales en salud mental, entre los que se incluye el psicólogo. De este modo, se ha pasado de un total de 32 psicólogos en 1984 a un total de 155 en 1992 en el conjunto de la red de salud mental en Andalucía.

Cabría mencionar, asimismo, las diferentes procedencias de los psicólogos en este campo. Estas van desde Administraciones provinciales como las Diputaciones, hasta los propios hospitales psiquiátricos o programas de formación especializada en psicología clínica (inicialmente Programa PIR experimental y posteriormente convocatoria globalizada en la Comunidad Andaluza). Dicha variedad de procedencias y formación ha ido orientando la labor que progresivamente se ha ido desempeñando, así como los cambios ocurridos en la misma.

Simultáneamente al incremento de psicólogos antes referido y concretamente en el ámbito de los hospitales psiquiátricos, el rol del psicólogo ha evolucionado de forma sustancial a la vez que ha ido cambiando el marco institucional y el contexto concreto donde éste ejerce su labor. Obviamente, todo esto ha estado estrechamente vinculado tanto con el nivel de consolidación del modelo de atención a la salud mental, como con la coyuntura sociopolítica del momento. Así, en sus inicios, el rol del psicólogo estaba impregnado de una fuerte carga ideológica-asistencial en cuanto al cuestionamiento tanto de la función terapéutica que cumplen los hospitales psiquiátricos, como de su idoneidad como recurso estructural de atención a la salud mental. En este sentido, durante esta primera etapa tan necesaria de la reforma psiquiátrica, los psicólogos desempeñaban fundamentalmente actividades dinamizadoras y movilizadoras dirigidas al conjunto de la institución e, igualmente, se promovía un cambio cualitativo en la forma de trabajo y abordaje de los pacientes.

Progresivamente este rol va evolucionando. Ello se debió tanto a la experiencia en rehabilitación que el psicólogo

fue adquiriendo, como a las aportaciones científicas que se realizan desde los diferentes paradigmas de la psicología, sin olvidar las experiencias que en distintos lugares se van realizando en el terreno de la rehabilitación psiquiátrica (Watts y Bennet, 1983; Shepherd y Richardson, 1979; Anthony y Nemeč, 1984; Bahrach, 1989). Todo este desarrollo ha dado lugar al establecimiento de funciones con un mayor soporte tecnológico en cuanto al diseño, implementación y evaluación de programas de rehabilitación y reinserción.

Asimismo, queremos destacar que este rol ha evolucionado junto con el desarrollo de la formación y especialización del psicólogo clínico (Programa PIR en Andalucía). Dicho programa, organizado por el IASAM, proporciona una formación específica en el abordaje comunitario de los problemas de salud mental, así como una formación desde la nueva red asistencial. Concretamente en el terreno de la rehabilitación y reinserción, se traduce en un cambio de perspectiva respecto al modelo de atención a la cronicidad de los trastornos mentales.

En último lugar señalaríamos que, al mismo tiempo que los psicólogos han desempeñado funciones más próximas al trabajo técnico y asistencial, también han ido implicándose cada vez más y adquiriendo mayor protagonismo en tareas de gestión y planificación en este campo, estando en la actualidad desempeñando cargos de dirección asistencial de HP y coordinaciones provinciales de rehabilitación. Esto ha contribuido, en gran medida, a reflejar el valor *cualitativo* del modelo de trabajo del psicólogo en el campo de la rehabilitación.

El papel del psicólogo desde el contexto del hospital psiquiátrico

Como ya hemos señalado anteriormente, la mayor parte de los procesos de desmantelamiento están, en la actualidad, prácticamente finalizados, habiendo estado mediatizada la participación de los psicólogos por el momento histórico en que dicho proceso se ha llevado a cabo. No obstante, desde nuestra experiencia actual en este contexto, nos parece oportuno realizar una reflexión sobre las aportaciones que, desde la psicología, se pueden ofrecer en este proceso. Abordaremos, en primer lugar, las tareas implicadas en el proceso de externalización de población crónica hospitalaria; tareas en las que el psicólogo desempeña un papel relevante y de hilo conductor. En segundo lugar, se planteará un análisis de las características que adoptan las funciones del psicólogo cuando se traducen a la práctica.

Aportaciones desde la psicología al proceso de externalización

El objetivo de reinsertar a la población en un contexto fuera del HP hace necesario, de modo primordial, conocer las características del funcionamiento de la población hospitalizada para, así, facilitar dicha reinserción. Un acercamiento exclusivamente clínico a este objetivo ofrecería una visión sesgada y parcial de la realidad.

Un primer aspecto a considerar, por lo tanto, implicaría una evaluación de dicha población en las siguientes áreas: *clínica, funcional, social y jurídica*. Las actuaciones de los psicólogos al nivel de la evaluación han ido desarrollándose

hacia una mayor especificación. De este modo, la elaboración y puesta en marcha de instrumentos de evaluación para describir de manera más adecuada el funcionamiento personal y social de cada paciente, ha constituido un punto de partida importante para identificar posibles intervenciones posteriores y aclarar más los objetivos a plantear. En este sentido, desde la psicología se han aportado en los últimos años instrumentos de evaluación en diferentes áreas: funcionamiento personal y social (Kuehnel y Liberman, 1988), red de apoyo social (Morin y Seidman, 1986), habilidades de comunicación familiar (Leff y Vaughn, 1985), conocimiento y habilidades de manejo de la enfermedad (Wallace *et al.*, 1985), etc.

La información obtenida sobre el funcionamiento psicosocial se complementa con la evaluación clínica obtenida a partir de entrevistas. Destacan en este aspecto la utilización de nuevos instrumentos que intentan objetivar la evaluación de aspectos más psicopatológicos. Estas formas de medición permiten una valoración complementaria de la repercusión que las diferentes intervenciones pueden tener en este área, (ejemplo de ello son las escalas SANS y SAPS de Andreasen; ver Andreasen y Olsen, 1982).

En segundo lugar, y siguiendo la lógica del proceso, se contemplaría, dentro del contexto hospitalario, la *división funcional de la población* según grupos homogéneos susceptibles de recibir un abordaje específico orientado a la reinsertación. En esta línea, la psicología ambiental y las últimas aportaciones en este campo han contribuido a desarrollar nuevas áreas de intervención del psicólogo. Destacan aspectos como la evalua-

ción de ambientes o el hecho en sí de contemplar variables tan relevantes como la estructura organizacional, la utilización de espacios coherentes con los objetivos de trabajo, la normalización ambiental, etc. (Fernández Ballesteros, 1987; Fernández Ballesteros *et al.*, 1987).

En tercer lugar, y en función de la evaluación realizada previamente, estaría la *detección del tipo y características de los recursos residenciales adecuados*. Las necesidades residenciales de la población es un aspecto que está muy ligado a las disponibilidades reales de recursos. En este área el psicólogo puede aportar una visión más integradora de las necesidades del paciente. Respecto a tal tarea, el psicólogo se encuentra con la dificultad de valorar, por un lado, a un paciente en el momento concreto presente -valoración transversal- y, por otro lado, valorar las potencialidades a desarrollar en el contexto residencial futuro y de reinserción. Resulta bastante complejo evaluar el funcionamiento de una persona y sus capacidades en un contexto futuro teniendo como indicador la ejecución actual de esa persona en un contexto institucional como es el HP, con las limitaciones que esto confiere al sujeto. Así pues, los pronósticos de reinserción conllevan un factor de riesgo o sesgo. Es aquí donde la labor del psicólogo debe ir encaminada a garantizar un conocimiento lo más exhaustivo posible de los diferentes aspectos implicados en el ajuste del paciente al medio comunitario. Destacarían al respecto aspectos como las habilidades necesarias a entrenar en el contexto de reinserción específico, la red de apoyo social existente y los apoyos necesarios previstos (ya sea en servicios sanitarios y/o sociales), factores protectores, factores precipitantes de crisis, etc...

En esta línea, y respecto al ajuste entre el funcionamiento del paciente y las características y exigencias del contexto donde va a residir, destacan en la literatura dos modelos o formas de conceptualizar las redes residenciales (Carling y Ridgway, 1989). El primero que se ha desarrollado históricamente, denominado por Carling *modelo de cadena residencial* (el término usado en inglés es *residential continuum*), concibe la ubicación residencial del paciente de forma transitoria en función de sus necesidades presentes; en este modelo, la persona va accediendo a diferentes recursos residenciales en función del grado de tutelaje o supervisión global de todas sus necesidades. Actualmente este modelo está en cuestionamiento, abogándose por un enfoque de *no facilidad* (en inglés, *non-facility based*) donde, garantizando un lugar residencial estable (no transitorio), lo que se varía son los apoyos que el individuo va necesitando para vivir del modo más óptimo posible; de este modo, el enfoque actual defiende la idea de diferenciar, por un lado, las necesidades de las personas para residir y vivir (que son continuas y fijas) y, por otro, las necesidades de éstas de acceder a recursos de servicios y programas (que son variables y cambiantes y que tienen el fin de facilitar respuestas a los diferentes tipos de demandas originadas por la enfermedad y sus limitaciones).

En cuarto lugar, y siguiendo la línea de trabajo propuesta, una vez establecido el tipo y características de los recursos residenciales, se encontraría la *elaboración de planes individualizados de trabajo*. Tales planes persiguen establecer el conjunto de objetivos y activida-

des necesarias para el trabajo de reinserción. En el contexto del HP, dicha elaboración adopta unas características cualitativamente diferentes de las que adopta en el contexto de la rehabilitación comunitaria. Así, deben enfatizarse actividades e intervenciones no estrictamente relacionadas con la rehabilitación intrahospitalaria y que, sobre todo, tienen que ver con la elaboración de objetivos comunes a todos los miembros del equipo y con la coordinación del conjunto de actividades a realizar. En este sentido, el psicólogo, como responsable asistencial de la población a externalizar, adquiere una función relevante de hilo conductor en estos planes de trabajo. No hay que olvidar, asimismo, que la compleja realidad de la externalización y reinserción aboga por la necesidad de un enfoque multidisciplinar del trabajo, donde el psicólogo actúa junto con otros profesionales. En cuanto a las actividades de rehabilitación más específicas en el contexto del HP, se encontrarían las relacionadas con facilitar el acercamiento a la comunidad, el promover actitudes positivas hacia la externalización y fomentar expectativas de cambio en el paciente (adoptando éste un rol activo en todo el proceso de rehabilitación y reinserción), el entrenamiento en habilidades dentro de las áreas tradicionalmente consideradas e intervenciones clínicas y terapéuticas facilitadoras de dicho proceso.

Finalmente, estaría la *implementación de las intervenciones* identificadas en el plan de trabajo y el seguimiento de las mismas. Para dar coherencia al conjunto de intervenciones a realizar, se hace necesario desarrollar una organización clara y una metodología basada en el

trabajo de equipo. Esto adquiere especial relevancia en este ámbito de trabajo, donde el modelo de intervención está impregnado de concepciones más *medicalizadas y de cuidados* del paciente. Dicha metodología se concretaría con el desarrollo de una serie de espacios de trabajo cuyo contenido sea claramente diferenciado y operativo; espacio en el que el psicólogo responsable del plan puede actuar como elemento facilitador y de asesoramiento en el uso y manejo de las técnicas de trabajo. Asimismo es importante el hecho de que todos los miembros del equipo establezcan unos objetivos y tareas comunes, lo que se consigue compartiendo todo el proceso de elaboración y seguimiento de los planes de trabajo, (Watts y Bennet, 1983).

En este último sentido, consideramos que el psicólogo desempeña un papel esencial en la *coordinación*. Un trabajo en equipo adecuadamente coordinado puede elevar la motivación del personal. Trabajar con población crónica puede ser descorazonador. Ello exige un elevado nivel de interacción y que el personal, como un todo, sienta que es responsable de las tareas realizadas. Así pues, aspectos como integración del personal y resolución de problemas son esenciales.

Un último aspecto a mencionar sería la labor de formación y reciclaje en todo lo relacionado con el campo de la rehabilitación; esta labor, ejercida entre otros profesionales por los psicólogos, es esencial para facilitar las tareas a desempeñar. La rehabilitación no es solo del paciente, sino que además está estrechamente relacionada con el equipo de trabajo.

De la teoría a la praxis: un análisis de la intervención de los psicólogos en el contexto hospitalario

Centrándonos ahora en el análisis de las intervenciones del psicólogo en los HP, podríamos afirmar que existen dificultades en traducir las tareas referidas en el punto anterior al contexto hospitalario. Ello significaría que, en ocasiones, el psicólogo debe asumir un rol versátil y flexible para adaptarse a las necesidades marcadas en cada momento por la realidad. De este modo se dan una serie de peculiaridades que caracterizan el trabajo del psicólogo en este terreno. Entre ellas destacarían las siguientes:

1. Trabajar con enfermos mentales crónicos puede resultar una tarea arduamente desmotivadora; de esta manera, saber comunicar al personal unas expectativas de cambio en los pacientes que sean positivas y realistas, constituirá un eje central de nuestras actuaciones. De este modo, y de forma paralela, estaremos introduciendo nuevos elementos cognitivos y conductuales que posibiliten modificar las actitudes tradicionales de cuidados y vigilancia por otras que hagan mayor hincapié en que el paciente incremente su capacidad de autonomía personal y social.

2. Respecto a la labor rehabilitadora desarrollada en este contexto, surgen serias dudas sobre el proceso de generalización de determinadas habilidades que han sido entrenadas en un ambiente distinto a aquel en que posteriormente vivirá el sujeto, (Carling y Ridgway, 1989). De ahí que sea más efectivo realizar el trabajo de rehabilitación o entrenamiento de habilidades específicas en el futuro lugar de residencia o, al menos, tener

presente, como señalan Watts y Bennet, lo siguiente: *un programa razonable de rehabilitación debe estar diseñado de tal manera que prepare a los participantes para que puedan desenvolverse en un medio determinado y no para que logre simplemente una buena conducta de los mismos durante la rehabilitación.* (1983, pg.17). Enfatizamos, por lo tanto, la importancia que adquiere un trabajo dirigido fundamentalmente a entrenar en habilidades básicas, promover actitudes positivas hacia la externalización, limar resistencias, así como identificar factores de apoyo y protección ante la situación de cambio.

3. Otro aspecto a señalar sería el de las dificultades en coordinar el trabajo intrahospitalario y la temporalización del mismo con elementos externos tales como disponer, en el momento adecuado, de recursos residenciales y/o ocupacionales-laborales para las personas en vías de ser externalizadas. Este aspecto depende, en la mayoría de las ocasiones, de factores externos a la institución.

4. Una de las dificultades más significativas detectadas en el contexto institucional es la tendencia a que la información, en lugar de utilizar la organización formal, se canalice por cauces informales. Esto conlleva, además de una interferencia en la consecución de los objetivos, un gasto añadido de esfuerzos poco productivos en el personal. Todo ello puede ser paliado, en gran medida, con la aplicación de una organización clara del personal y una adecuada metodología de trabajo, así como con el fomento de una interrelación fluida entre los miembros del equipo.

5. Las intervenciones del psicólogo implican, en muchas ocasiones, introducir cambios en la dinámica institucional.

Debido a la falta de flexibilidad de ésta, generalmente se dan dificultades para implementar actuaciones (reglamentos, normas internas que hay que seguir para conseguir objetivos mínimos,...).

Igualmente, hay que mencionar la necesidad del seguimiento de los nuevos programas, los esfuerzos de continuidad y constancia son los que pueden garantizar el mantenimiento de lo implementado.

6. Por último, señalar que experiencias previas de desinstitucionalización han demostrado que uno de los factores decisivos que facilita y garantiza la integración del enfermo mental crónico en la comunidad, es la continuidad de cuidados que se le oferta al sujeto una vez que éste ha sido externalizado. De ahí que nuestras actuaciones deben estar enfocadas a promover la coordinación entre los equipos, tanto de la red sanitaria como de los servicios sociales con competencia en el tema, para alcanzar una integración de las intervenciones; es decir, que éstas tengan un sentido único: estén enfocadas a la rehabilitación e integración de estas personas. En tal sentido, entendemos que nuestras actuaciones deben estar subordinadas al principio de utilización de la mínima dosis terapéutica (Mayoral, 1989). Esto significa que nuestro trabajo terapéutico directo con los pacientes debe ser el menor posible. Así pues, lo que habría que conseguir es una interrelación permanente y estrecha con aquellos profesionales que intervienen directamente con el grupo de pacientes para, conjuntamente, diseñar una estrategia continuada de reinserción. En la actualidad, existen dificultades tanto por parte del sistema sanitario de salud mental en dar respuesta a esta nueva forma de trabajo que operativice dicho modelo, así

como por parte de los servicios sociales, ya que están en vías de desarrollar programas más específicos que garanticen una cobertura de las necesidades sociolaborales y residenciales de los enfermos mentales crónicos (Palomino, Muñoz y Moreno, 1990).

Consideraciones finales

Un primer aspecto a resaltar es que los movimientos y cambios iniciales para el desmantelamiento han sido, históricamente, previos a una presencia activa y cuantitativamente importante de los psicólogos en este terreno. En líneas generales, el proceso de desinstitucionalización ha sido un proceso más liderado desde el campo de la psiquiatría e impregnado de gran carga ideológica. El papel más específico y diferenciador de los psicólogos se ha desarrollado, en mayor medida, en el campo de la rehabilitación comunitaria y ha sido posteriormente cuando ha adquirido una mayor relevancia.

Centrándonos en el análisis del proceso de desmantelamiento, podríamos considerar las diferencias conceptuales existentes entre rehabilitación y externalización. Esto nos lleva a plantear que si bien es posible - e incluso evita un mayor grado de deterioro - el desarrollar actividades de rehabilitación intrahospitalarias, éstas, no obstante, no se constituyen premisas indispensables para llevar a cabo la externalización de la población institucionalizada, pudiéndose llevar a cabo las actividades de rehabilitación con mayor grado de validez en la propia comunidad.

Respecto a nuestro rol, queremos reflexionar sobre la ambigüedad que el contexto hospitalario confiere al mismo. En él confluyen al mismo tiempo funcio-

nes terapéuticas y rehabilitadoras, junto con otras de carácter más normativo relacionadas con demandas generadas en la dinámica institucional; opinamos que ello se produce por no estar diferenciados los espacios residenciales de los rehabilitadores. Por esto, queremos resaltar la importancia de trabajar con el personal a la hora de promover un clima que facilite nuevos modos de abordaje de las demandas institucionales, proporcionando instrumentos de trabajo que permitan dar una respuesta más rehabilitadora.

Otro aspecto a destacar está relacionado con todas las actividades relativas a un mayor grado de conocimiento de la población y de las variables implicadas en el proceso de externalización. En este sentido, la psicología puede aportar instrumentos de evaluación que cubren aspectos tales como el funcionamiento psicosocial, variables ambientales, eficacia de programas de reinserción, etc.

En cuanto al proceso general de desmantelamiento, resulta dificultoso reflexionar sobre el mismo sin analizar el modelo de atención a la cronicidad en el que nos enmarcamos. De este modo, nos planteamos la vigencia que, en la actualidad, tienen las respuestas a los problemas de los llamados nuevos crónicos de la comunidad, junto con los de los crónicos externalizados. Así, destacamos la necesidad de priorizar los programas de atención al enfermo mental crónico en la comunidad, (ver Plan Andaluz de Salud, editado por la Dirección General de Ordenación Sanitaria en 1991) en los que se consideren aspectos prioritarios como la continuidad de cuidados. Esto paliaría, en gran medida, la persistencia de los llamados síndromes de la *puerta girato-*

ria (Talbot 1974) y de los pacientes *que se caen por entre las grietas del sistema* (Talbot 1979). Por otro lado, estos programas garantizarían una plena integración en la comunidad, (en aspectos tales como lo ocupacional-laboral, lo socio-recreativo, lo económico, etc), de manera que se eviten reproducir nuevas formas de marginalidad.

Un aspecto implicado en lo anteriormente expuesto es el papel que, actualmente, están desempeñando en la Comunidad Autónoma las asociaciones de ayuda para la integración del enfermo mental. En la provincia de Sevilla, destaca la relevancia que están adquiriendo tales asociaciones en la demanda y gestión de ayudas económicas para recursos residenciales, ocupacionales, fomento del voluntariado, etc. No obstante, no se debe olvidar que las actuaciones de estas asociaciones no deben estar aisladas, sino complementarse con las diseñadas desde la Administración teniendo como objetivo cubrir las necesidades de los pacientes en la comunidad y garantizando la estabilidad en dicha cobertura.

Finalmente, dada la diversidad de necesidades que plantean los pacientes crónicos en la comunidad y la complejidad de las respuestas a las mismas, insistimos en la línea de potenciar la coordinación entre todas las instituciones implicadas en ese campo (servicios sociales, Administraciones de justicia, educación, trabajo, y servicios sanitarios), (ver Plan Andaluz de Salud, editado por la Dirección General de Ordenación Sanitaria en 1991) evitando, de este modo, que la coordinación quede reducida a intentos parciales y al *voluntarismo* de los profesionales implicados en el tema (Palomino, Muñoz y Moreno, 1990).

Referencias

- ANDREASEN, N. y OLSEN, S. (1982). Negative and positive schizophrenia: Definition and validation. *Archives of General Psychiatry*, 39, 789-794.
- ANTHONY, W. y NEMEC, P. (1984). Psychiatric rehabilitation. En A. Bellack. (Ed.). *Schizophrenia: Treatment, management and rehabilitation*. Nueva York: Grune and Stratton.
- BACHRACH, L. (1989). *Issues in general hospital psychiatry*. *Hospital and Community Psychiatry*, 12, 1234-1235.
- CARLING, P. y RIDGWAY, P. (1989). An approach to housing. En M. D. Farkas y W.A. Anthony (Eds.). *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice*. Baltimore: J.H. University.
- DIRECCION GENERAL DE ORDENACION SANITARIA. (1991). *Plan andaluz de salud*. Documento de trabajo. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. (1987). El ambiente en la evaluación psicológica. En R. Fernández-Ballesteros. (Comp.). *El ambiente: un análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R; DIAZ, P; IZAL, M. y GONZÁLEZ, M. (1987). Evaluación de de una residencia de ancianos y valoración de intervenciones ambientales. En R. Fernández-Ballesteros. (Comp.). *El ambiente: un análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL. (1988). *La organización de los servicios de rehabilitación en salud mental*. Documento de Trabajo 3. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL. (1989). *La reforma psiquiátrica en Andalucía (1984-1990)*. Serie Monográfica de Salud Mental, 2. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- KUEHNEL, T. y LIBERMAN, R. P. (1988). Functional evaluation. En R.P. Liberman (Ed.). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patient*. (Trad. cast. 1993. Madrid: Martinez-Roca).
- LEFF, C. y VAUGHN, D. (1985). *Expressed emotion in families: its significance for mental illness*. Nueva York: Guilford Press.
- MAYORAL, F. (1989). Tratamiento de pacientes crónicos en la comunidad. Algunas consideraciones entorno a la desinstitucionalización. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, IX, 28, 123-131.
- MORIN, R. y SEIDMAN, E. (1986). A social network approach and the revolving door patient. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 262-273.
- PALOMINO, P.; MUÑOZ, J. y MORENO, R. (1990). Coordinación y colaboración de los servicios sociales comunitarios con los dispositivos de salud mental en la atención a pacientes psiquiátricos. *Ponencia presentada en el Seminario de la UIMP: La rehabilitación del paciente mental crónico en la comunidad*.
- SHEPHERD, G. y RICHARDSON, A. (1979). Organisation and interaction in psychiatric day centres. *Psychological Medicine*, 9, 573-579.
- TALBOT, J.A. (1974). Stopping the revolving door: a study of readmissions to a State Hospital. *Psychiatric Quarterly*, 48, 599-603.

- TALBOT, J. A. (1979). Desinstitutionalization: avoiding the disasters of the past. *Hospital Community Psychiatry*, 30, 621-624.
- TORROT, C. (1992). La desinstitutionalización psiquiátrica en Andalucía (1985-1990). *Boletín Informativo de Salud Mental*, 4, 31-52.
- WALLACE, C.J.; BOONE, S.E.; DONAHOE, C.P. y FOY, D.W. (1985). The cronically mentally disabled: Independent and living skills training. En D.Barlow (Ed.). *Behavioral treatment of adult disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- WATTS, F. y BENNET, D. (1983). Introduction: The concept of rehabilitation. En F.Watts y D. Bennet (Eds.). *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. (Trad. cast. 1990. México: Limusa).