

## SOBRE LA PSIQUIATRIA, LA SALUD MENTAL, EL C.S.M. Y ASUNTOS DE ESE TIPO...

Jose Ignacio Zuazo(\*). Médico psiquiatra

### Resumen

Ante la diversidad de dispositivos de la sanidad y más concretamente, de la asistencia psiquiátrica, la continuidad de cuidados fácilmente puede verse resentida con las complicaciones añadidas de la sobrecarga y de la diferencias ideológicas asistenciales (aún peores cuando son arbitrariamente atribuidas al campo de lo científico). Entre divagaciones y preguntas, presentamos en estas líneas algunas dificultades y confusiones en nuestras tareas asistenciales diarias que hunden –también– sus raíces en problemas organizativos y de definición.

**P**areciera que la psiquiatría (comunitaria) ve diversificar funciones, equipos y recursos que se presentan muy pronto como escasos y mal articulados. Miramos a los pacientes, y nos miran ellos, y nos miramos profesionales y equipos unos a otros... a veces sin palabras. Y nos mira la administración. ¿Enfermedades del crecimiento?. Pasaremos revista –así sea dubitativa y poco exhaustiva– a algunas de las (¿candentes?) cuestiones.

### Confusiones

1.- ¿Podríamos hablar de cardiología comunitaria o gastroenterología comunitaria?, ¿y de cirugía cardiovascular comunitaria?. Seguramente no (salvo que hagamos –por ejemplo– de la cardiología comunitaria un sinónimo de prevención primaria de las enfermedades cardíacas o algo parecido). Y, ¿por qué no, cuando así lo hacemos con la psiquiatría comunitaria?.

2.- ¿Habría varias atenciones primarias en sanidad?, ¿no?, ¿y por qué de tiempo en tiempo –según necesidades presupuestarias u otras– se habla de atención primaria en salud mental?.

3.- La psiquiatría, como nivel especializado,

presenta algunas particularidades curiosas con respecto al resto de especialidades médicas (o a muchas de ellas al menos):

- Se trata de una especialidad cuyo nivel máximo de complejidad –mientras no se demuestre lo contrario (y no estamos próximos de ello)– no se encuentra en el hospital: ni por aparataje, ni por requerimientos de preparación profesional. De hecho la indicación claramente más frecuente de hospitalización a tiempo completo –también mientras no se demuestre lo contrario– sigue siendo, grosso modo, la retención y contención. ¿O no?.

- Se trata de una especialidad que exige (incluso para la calidad de la atención hospitalaria) medios no hospitalarios (a tiempo completo) altamente desarrollados: el sistema de atención a la salud mental no es –o no habría de ser– un renacuajo (cabeza-hospital, cola-extrahospitalario) sino una merluza (¿qué se muerde la cola?).

- Se trata de una especialidad en la que el personal no-médico cobra una importante significación, de un modo tal que en muchas ocasiones se transforma en hegemónico para el seguimiento de los pacientes. Incluimos en ello al médico que de hecho –en esas ocasiones– realiza tareas otras que las directamente asignadas a su rol/ estatus.



4.- ¿Quién es el mayor experto en las tareas que realiza Juan?, ¿Antonio?, ¿Ramón?... ¿no será Juan?. ¿Quién habría de capitanear la formación en salud mental de los médicos de atención primaria?, ¿quién habría de "monitorear" y supervisar el trabajo (en esos aspectos) de los equipos de atención primaria?, ¿el psiquiatra?, ¿el equipo del c.s.m.?... ¿Médicos, y profesionales en general, "primaristas"?

5.- Una asistencia sanitaria con niveles diferenciados exige definir especificidades y solapamientos sin pretender que los niveles previos sean en su práctica y teoría diletantes o auxiliares de los niveles posteriores: un médico de familia no puede ser –en su faceta de "salud mental"- un minipsiquiatra. Dicho de otro modo: no hay psiquiatra que sepa más –ni siquiera tanto- como un médico de atención primaria en lo que respecta a la asistencia primaria a los problemas de salud mental.

6.- Si mi identidad profesional me la da el medicamento administrado, ¿cómo voy a recetar en la interconsulta lo que podría administrar cualquier otro especialista?, ¿cómo marcar mi diferencia y mostrar mi saber?. ¿Qué sucede cuando el manual taxonómico es "EL" libro de texto?

7.- "Buenos días, quisiera una consulta con un psicólogo, entiéndase: yo no soy una caso grave"... "Oiga, por favor, ¿cuál es la diferencia entre un psiquiatra y un psicólogo?... El psiquiatra, por médico, habría de saber lo que "no es", habría de decir: "este no y éste sí ha de acudir donde tal o cual especialista..." y, además, -ya en positivo- administra medicamentos. ¿Y en el resto de su práctica?, ¿cuál es la diferencia entre un psiquiatra y un psicólogo?... ¿la "carga" de su agenda?, ¿hay más?... habrá que aclararse...

9.- Psiquiatra consolando a una nueva y angustiada enfermera preocupada por su conversación con un paciente: "No te preocupes, cálmate, tu trabajo consiste en lograr que el paciente, esté lo más tranquilo y cómodo mientras llega la acción beneficiosa de los medicamentos". Efecto de tal comentario: la

enfermera doblemente preocupada. ¿Estará la psiquiatría en libertad provisional a la espera de la "ciencia" y de la llegada de la "gran neurología"?

9.- ¿Se encuentra siempre presente la "psicoterapia" cualquiera sea la relación que se establezca entre el paciente y el miembro del equipo?. Si la "decisión farmacológica" dura de algunas decenas de segundos a muy pocos minutos: ¿qué hace el médico el resto del tiempo en la consulta?. ¿Responder a través de la "empatía" o del "arte" cierra una reflexión que tal vez impide asumir que –cualquiera sea la "técnica"- una formación en psicoterapia es indispensable?. Por otra parte en la psicoterapia nos encontramos 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"; cuya versión positiva sería del "hecho al dicho hay un gran trecho" (o de las dificultades de teorizar la práctica). ¿Será simplemente la dialéctica del oro y del plomo?. ¿Y la psicoterapia institucional?... pero ¿de qué me habla Ud.?, ¿serán ociosidades precientíficas?

10.- Y Osakidetza dixit: "servicios de psiquiatría y salud mental". ¿Por qué tal –híbrida-denominación?. ¿Por gusto de la complicación o por la complejidad inherente?. ¿Podemos imaginar un cartel que dice: "servicio de cardiología y salud cardíaca"?

11.- Y algunos siempre a vueltas con la "continuidad de cuidados". Otros pensando que el mundo empieza con ellos y también con ellos termina. Y otros tocando todos los instrumentos: psiquiatras de cabecera.

### Muñecas rusas

12.- Cualquier profesional de la salud mental es desde cierta perspectiva la última muñeca rusa: englobada en el equipo correspondiente, en el subsistema de salud mental, en el sistema sanitario, en el conjunto socio-sanitario, en la comunidad...

13.- Y lo que no haga yo, esté donde esté en la serie de muñecas rusas, habrá de hacerlo otro

(según los casos, con medios y conocimientos más o menos adecuados).

**14.-** Lo que deba de hacer yo (en el c.s.m.) y no lo haga –o lo realice mal- habrá de ser hecho o corregido por otro miembro de la cadena (en principio nunca se dejará de hacer: el problema es que se pondrá en marcha alguien con medios o propósitos absolutamente inadecuados).

**15.-** A veces olvidamos que pueden darse acumulaciones –ideológicas- de beneficios en uno de los pasos o circuitos del sistema: cuando un determinado dispositivo ignora que puede hacer lo que hace (de "excelente") porque oscuros –y a veces ocultos- dispositivos complementarios lo permiten. (Evidentemente, más clara suele presentarse la conciencia del disfuncionamiento de una persona o dispositivo cuando ello impide nuestra excelencia).

**16.-** En el interior de cada equipo cada quien según su rol/estatus y –secundariamente- según sus características y formación particular habría de definir su zona de intervención asentada en pautas de actuación explícitas, evitando solapamientos: ¿explícitas?, ¿solapamientos?... ¿y a qué bibliografía recurro?, ¿dónde se habla de ello?...

**17.-** De igual modo, cada dispositivo habrá de ser complementario en la continuidad de cuidados: ¿continuidad de cuidados?... ¿A alguien le interesa?, ¿se trata de que la misma persona o el mismo equipo haga de todo?, ¿hospitales que funcionan en circuito cerrado con sus consultas externas y sus áreas intermedias?... ¿Hablamos de mejorar y dinamizar "MI" contrato-programa?. ¿Acaso la continuidad de cuidados no será peligrosa para el desarrollo de una anhelada y dinámica competencia?. En cualquier caso, cuando la competencia entre individuos o dispositivos rompe la continuidad de cuidados, ¿tiene ella algún interés?...

**18.-** Empujamos con los codos y nos abrimos sitio... y si fracasamos ponemos lista de espera... y si no ponemos lista de espera nos "neuro-psiquiatrizamos"... y al que cumple

sus funciones se le mete en la misma caja que al que no las cumple, batimos el todo con energía, establecemos una media y premiamos la ineficacia o el desinterés. Al fin y al cabo es salud mental y psiquiatría, y ya se sabe: "esta gente no tiene las ideas claras, unos dicen unas cosas y otros lo contrario... no miden, no curan, son originales, al menos lo que rodea a la cama está más claro..."

**19.-** Dejado a su propia inercia, cada dispositivo parece tener tendencia a completarse de manera solipsista: el hospital de día, hegemónicamente dedicado a pacientes pernoctando en sus casas, sueña con poseer algunas camas; el hospital psiquiátrico reclama internistas y neurólogos; el c.s.m. en su vertiente rehabilitadora quiere dotarse de su centro ocupacional y, después, de un taller protegido; y la unidad de hospitalización en el hospital general lo quiere todo. Ansiamos la coordinación cuando no hay dispositivos para coordinarse, cuando son creados la tememos porque ya se sabe: la hierba del vecino siempre crece más, su agenda está menos llena, envidiamos sus –supuestas- ventajas. Vencer reflejos supone la organización explícita de los embotamientos y dibujar estructuras jerárquicas claras. Pero aquí también ya se sabe: estos trabajadores de la salud mental/psiquiatría ni son especialistas ni son primaristas, o son las dos cosas, o una u otra según las alternativas y conveniencias.

### **Prestidigitación**

**20.-** Hablamos de prestidigitación cuando las manos van más deprisa que la vista: tres cartas, una es un rey, aquí, allá, ¿dónde está?... y el conejo sale del sombrero. Pero parece haber también una prestidigitación intelectual: luna en acuario, marte en casa XII... y como marte es un planeta y la luna un satélite, de pronto la astronomía da cobertura a la astrología. Números que se siguen, raíces cuadradas y gráficos extienden –a veces- en prestidigitación sus causalidades matemáticas a fenómenos que poco tienen que ver ("pavonearse con abrigo prestado" que se dice). Utilizar medi-



camentos de manera aleatoria, voluntarista, pragmática sin duda identifica una bata blanca (encima de la que un cerebro puede también prestidigitar a pesar de que la diacronía nos indica que a menudo "donde dije `digo´, digo `Diego´"). Pero es lo que hay: ¿alguien da más?

**21.-** ¿Cómo saber si mi detergente lava más blanco?: mirando la ropa lavada. Sin embargo cuando se trata de detergentes cuya función es la de mejorar y embellecer, ¿cuáles son los parámetros de evaluación?; complicado, muy complicado. Asunto serio y de reflexión necesaria sin duda. En cualquier caso tema aún poco claro que nos presiona a piruetas y alternancias (¿eufemísticas?) sobre la salud mental.

**22.-** ¿Todo vale? Evidentemente no. El grito parece ser: ¡Calidad, dadnos calidad!, y la calidad se hace axioma que construye el mundo, si no estás de acuerdo es por mala intención... o en el mejor de los casos porque no has estudiado el concepto de calidad. Y si tal concepto lo engloba todo, no dice nada. Complicado, ciertamente complicado.

**23.-** Una forma perversa de evaluar la calidad podría ser centrarse tan solo en la cantidad. Una forma perversa de hacer clínica podría ser exclamar: "no sabemos qué dicen (los pacientes), ¡contémoslos!". Que la incapacidad del psiquiatra (y del equipo) se mida en miligramos de medicamento dado es una "boutade", pero que la policausalidad sea negocio de un solo modo técnico de aproximación, eso sino perverso es abusivo. Sin embargo, a la vez, "contar" supone separar un elemento de un conjunto y puede implicar discernir (en episodios/patrones de cuidados, etc.) el suceso dentro de la constelación confusa producto de la vorágine del trabajo diario. Una vez enumerados los elementos –como limaduras de hierro en el campo magnético– se ordenan casi indefectiblemente según prioridades sean o no conocidas.

**24.-** Sin señalar los problemas no hay prioridades de problemas, sin prioridades de problemas las intervenciones obedecen a ocultas

prioridades, las ocultas prioridades no son evaluables, y en toda esta constelación navegamos sin brújula en un mar donde los medios pueden convertirse en fines. Y al fin y al cabo eso es la perversión...

**25.-** En un marco de responsabilidades de niveles diferentes, sobre una masa total de horas, el tiempo que dediquemos a una tarea habrá de descontarse a otra. Nuestra responsabilidad –y solo nuestra– es manejarnos lo mejor posible con lo que tenemos, otros tendrán responsabilidades seguramente mayores... El nódulo de una parte de la reflexión (¿ideológicamente caduco?) podría ser: de cada miembro del equipo (o del dispositivo) según lo que pueda y sepa hacer hacia cada paciente según la elaboración de la demanda. Dicho de otro modo la propuesta pretendería la oportuna utilización de nuestros recursos como profesionales y como equipo.

### Simplicidades

**26.-** El c.s.m. es un dispositivo comunitario de atención para los pacientes con dificultades psicopatológicas, luego: aquellas personas que no tienen dificultades psicopatológicas no son susceptibles de atención en el c.s.m.

**27.-** La psicopatología es una disfunción organizativa y/o estructural del psiquismo con inmediata proyección (sino asentada) en el ámbito relacional, luego: la atención del paciente conlleva la consideración de su ámbito relacional/múltiple.

**28.-** Salvo consideraciones espirituales, esotéricas o francamente mágicas, mente y cerebro se interpenetran y responden a un mismo paisaje visto desde diferentes aproximaciones, luego: la atención del paciente conlleva la consideración del plano "mente" y del plano "cerebro".

### Complicaciones

**29.-** ¿Cómo diferencio en una demanda si se trata o no de un caso psicopatológico?, y sobre todo cuando el "paciente" se hace

"usuario", ¿cómo es y dónde está la línea que separa la psicología y la psicopatología?.

**30.-** ¿Qué requerimientos exige la atención múltiple individual, familiar y socio-adaptativa?. ¿Puede propugnarse la hegemonía de uno de los modos de acercamiento?, si es así, ¿por qué?.

**31.-** ¿Qué requerimientos exige la atención desde la perspectiva de la mente y del cerebro?. ¿Puede propugnarse la hegemonía de uno de los modos de tratamiento?, si es así, una vez más, ¿por qué?.

**32.-** En cualquier caso estamos en un plano inclinado, y lo farmacológico dominante está ahí abajo: todo nos lleva a él, la "ciencia", la economía en su sentido amplio y también la economía de recursos y tiempo... pareciera que la "carga de la prueba" está en las otras aproximaciones.

### Más complicaciones

**33.-** ¿Puedo decir "no"?, ¿puedo decirle al demandante: "Ud. no es un caso psicopatológico y no le atiendo"?.

**34.-** En tal caso, ¿tan sólo se trata de que el profesional de atención primaria no lo envíe y lo asuma él?.

**35.-** ¿O más bien no habríamos nosotros (los c.s.m.) y el resto de dispositivos sanitarios –sin tomar la hegemonía–, en colaboración con los diversos organismos y "fuerzas vivas" de la comunidad, detectar o generar espacios y tiempos en los que se apoyase y respondiese a tales demandas "no-psicopatológicas"?.

**36.-** Parejas en desarreglos, empleos inexistentes o insatisfactorios (problemas con compañeros y jefes), hijos adolescentes o adultos jóvenes en complicadas relaciones, pérdidas y duelos (personales, "somáticos", de tareas significativas, sentimentales...), personas que buscan la puerta de la felicidad, todos individuos o colectivos que están más aquí de la supuesta (o no supuesta) enfermedad, de la psicopatología en suma. ¿Pero si yo he sido paciente en el "diván", cómo voy a pensar que éste no es susceptible de serlo?... La línea de

separación, ¿cuál es?, ¿estará en "la demanda"?, ¿se trata de una mera "queja" sin "propósito de enmienda"?...

**37.-** "No son clínicos"... "Ya se sabe, no nos entienden"... ¿Se trata de una queja, esta vez nuestra?. ¿Nos entendemos nosotros mismos?, ¿los icebergs estadísticos de los trastornos mentales son tales?. "No es un caso psiquiátrico", "nos envían cualquier cosa", y a la vez: "¡cuidado!, éste y éste, y éste, y el otro son trastornos mentales... ¡que no se te escapen médico de atención primaria!... ¡mucho cuidado `señor de la calle'!..."

**38.-** ¿Enfermo crónico y usuario crónico se confunden necesariamente?, ¿son conceptos que responden a categorías valorativas pesadamente diferentes?.

### Quejas y problemas en el c.s.m.

**39.-** Eludiremos voluntariamente casi todo aquello que se defina como problema más allá o más acá de lo directa o indirectamente generado por la presencia de los pacientes y nuestra relación con ellos. Así pues partamos de lo elemental, de las actividades habituales de los diferentes miembros del equipo del c.s.m., de las ocupaciones y preocupaciones de aquellos que tendrían capacidad de ser interpelados y de responder: "esto, para mí, es un problema": Consulta tras consulta (en tiempos en general homogéneamente previstos y por tanto inapropiados), sin ser exhaustivos, he aquí algunos pensamientos que cruzan al consultante:

- "Con éste habría que hacer esto o lo otro... o no sé qué... y no es posible".

- "Me parece que éste y yo envejeceremos juntos".

- "Este es un problema hegemónicamente `social´... éste no lo es, pero sin una ocupación significativa hay poco que hacer".

- "Este no va a tomar la medicación".

- "Este y su familia no pueden vivir juntos de ese modo".

- "A este habría que verlo con mucha más frecuencia de lo que yo lo hago".

- "A este le estamos siguiendo varios, ¿estare-



mos haciendo o pretendiendo lo mismo?"

- "Este no está curado, ¿pero hasta aquí lle-  
gué'... ¿le puedo dar el alta?, ¿debería darle el  
alta?"

**40.-** El c.s.m. divide su corazón: por un lado  
puerta de entrada al subsistema de salud men-  
tal y espacio desde donde habría de dirigirse  
al paciente, cuando así se justifica, a un lugar  
más adecuado de atención, por el otro espacio  
de tratamiento. En tanto puerta de entrada dos  
graves dificultades: "anegamiento", demandas  
inapropiadas, "mal vivires", constatación de  
fracasos sociales, sanitización abusiva de  
problemas vivenciales..., además, voluntaris-  
mo en la coordinación con el resto de disposi-  
tivos de salud mental cuando no inexistencia  
o disfunción en los otros recursos. En tanto  
lugar de tratamiento: indefinición de modos  
de actuación, falta de organización a menudo  
y de recursos siempre...además, "cada maes-  
trillo tiene su librito"... ¿Y cómo reflexionar,  
discutir los casos clínicos e incluso autocriti-  
carse suficientemente con la agenda llena?,  
¿serán excusas?

**41.-** Seguramente situar los problemas de los  
pacientes en el c.s.m. desde la perspectiva del  
propio c.s.m. no se corresponde –al menos  
exactamente- con el punto de vista de otros  
dispositivos sanitarios (atención primaria,  
hospitalización psiquiátrica, estructuras inter-  
medias...). Pero vayamos al consultante del  
c.s.m., ¿qué nos dice?:

- "Este no tendría que haber sido enviado al  
c.s.m. este otro tendría que venir con una  
medicación ya instaurada".

- "A este deberían haberlo tenido ingresado  
más tiempo".

- "Este necesitaría unos meses de comunidad  
terapéutica/media estancia y no hay forma de  
lograrlo".

- "Con las consultas ambulatorias no es sufi-  
ciente para este paciente, necesitaría una  
estructura intermedia".

- "Este ha estado ingresado y no me he ente-  
rado... o me he enterado poco y mal".

- "Con este de lo que se trataría es simple-  
mente de `tenerle al ojo'... con éste otro el tra-

bajo sería de rehabilitación... aquél sería obje-  
to de ocupación...".

- "Este es ante todo un deficiente mental".

- "Este es ante todo un enfermo orgánico".

**42.-** Centrándonos muy particularmente en el  
trabajo de consultas del psiquiatra nos encon-  
tramos, además, con algunas dificultades pro-  
ducto –sino del desorden- sí de las estereoti-  
pías (que frecuentemente son compañeras de  
la cronificación), veamos un listado no ya de  
quejas sino de dificultades:

- Consultas distribuidas al azar; a un paciente  
psicótico, le siguen tres neuróticos, un caso  
social, etc, etc...

- Reparto de tiempo por consulta según distri-  
bución homogénea exclusivamente cuantitati-  
va.

- Falta de objetivos explícitos con los pacien-  
tes.

- Irrupción de urgencias entre consultas que  
desarticulan la jornada...

- Frecuente asunción "en solitario" del caso  
cualesquiera sean sus características.

- Impresión subjetiva (no siempre objetiva) de  
sobrecargas y de repeticiones en las consultas.

- Falta de espacios de discusión clínica e  
incluso de intercambios prácticos sobre far-  
macología (más allá de la "formación conti-  
nuada" proporcionada por los visitantes  
médicos).

- Trabajo del psiquiatra como "hombre  
orquesta" que lo mismo da una pastilla, que  
proporciona una "escucha", que da consejo,  
que riñe, que calla, que busca una pensión...

- Esclavitud y sobrecarga de la "agenda".

**43.-** Pasemos al equipo, porque en el c.s.m. lo  
hay, aquí las preguntas, las quejas y los recla-  
mos se cruzan:

- "Yo me lo cargo todo, como soy el que da  
pastillas... ese otro selecciona los casos".

"Qué suerte tiene ése, gracias a las pastillas  
resuelve las situaciones... ¡a ver qué haría sólo  
escuchando y hablando!"

- "A mí no me dejan que haga lo que podría  
hacer"... "Pues a mí, no me orientan sobre lo  
que tengo que hacer"... "Pues a mí me dicen

que haga lo que no quiero/no me corresponde hacer".

**44.-** ¿Y los pacientes?, ¿sus familias?, ¿qué dicen de sus problemas?: tendrán que responder ellos, habrá que escucharles...

### Problemas y prioridades

**45.-** Como hipótesis de trabajo podemos enunciar que buen número de pacientes anhelan mejorar del síntoma "egodistónico", eliminar el sufrimiento psicológico, o al menos ser cuidados y acompañados en su malestar. Otro grupo, cuantitativamente menor –algunos de ellos "egosintónicos" con el síntoma-, ignora al c.s.m. de forma activa o pasiva, o no cree que pueda ser ayudado. Evidentemente los pacientes nos hablarán según su posición en los grupos señalados. No obtener la respuesta oportuna a sus problemas, eso sí es un problema (para los pacientes).

**46.-** También como hipótesis de trabajo podemos sugerir que los terapeutas pretenden, además de la mejoría –o en su caso curación- de los trastornos y dificultades del paciente, la propia "gratificación cognitiva" mediante la atribución de esa mejoría a un corpus de conocimientos (articulados en un ejercicio técnico) adquiridos en su formación. No obtener esa gratificación cognitiva –pensamos- es también un problema (para el equipo). No poder poner en marcha los conocimientos técnicos, por una u otra razón, es también un problema.

**47.-** Un síndrome pasa a ser un problema, siempre cuantitativo y a veces cualitativo, cuando destaca del fondo general: hablamos de la incidencia o prevalencia de un trastorno. Sea en cuanto a casos nuevos o en cuanto al "sedimento" del c.s.m., ciertas patologías parecen abrumar. El problema termina por dibujarse en toda su intensidad si la gravedad del cuadro, la insatisfacción y la falta de adaptación socio-laboral insisten... las medicaciones excesivas o inapropiadas y creadoras de dependencia, el "estrés" del equipo, las quejas de la familia, los lamentos repetitivos, las demandas urgentes; todo esto sí son nuestros

problemas, y los de ellos...

**48.-** Como conclusión provisional (al menos en el nivel contextual del c.s.m.) podría proponerse que las prioridades de prioridades, - (meta)prioridades- tendrían que ver con la insatisfacción de los miembros del equipo con respecto al trabajo realizado (tanto en cuanto "proceso" como "resultado") y con la ausencia de respuesta a la demanda de los pacientes y/o familiares (o con la impresión de una respuesta no adecuada).

**49.-** Los problemas se redefinen en el encuentro de los pacientes y el equipo. Dar prioridad a unos problemas sobre otros tiene que ver con los encajonamientos sucesivos de textos y de contextos según la presión ejercida sucesivamente por los diferentes niveles:

- La insatisfacción individual, en cuanto a las repercusiones y modo de realización del trabajo de cada miembro, se articula en el equipo como contexto de cada uno de los trabajadores que en su deficiente diversificación y/o articulación es también generador de insatisfacción.

- El conjunto de pacientes que rodea y contribuye a formar el contexto del equipo presiona, detecta, genera y mide mediante su insatisfacción y la persistencia de sus síntomas las deficiencias de las labores realizadas.

- El conjunto del equipo y los pacientes forman el texto del más amplio contexto de la salud mental y, aún más allá, del sistema sanitario que con el sistema de asistencia social ejerce una innegable influencia en la totalidad del c.s.m.

- Finalmente la prevalencia en la población de un determinado problema terminará por cerrar la bóveda.

**50.-** ¿Quién gana en este asunto?: aquel a quien su trabajo le incita y, sobre todo, le permite pararse, pensar, investigar. Y ese trabajo, ¿dónde y cuando se puede realizar?. Complicado, muy complicado.

Y el paciente –e incluso el que no llega a serlo- nos necesita a todos, a todos y cada uno; cada cual –en nuestro sitio- somos los que más sabemos de ese lugar, aunque no

sepamos que lo sabemos...aunque estemos sometidos a la desbordante demanda que no parece tener techo... y, a veces, ni siquiera suelo (firme).

**52.-** Terminaremos –provisionalmente- con aquello que nos decía padeciente y paciente-mente un "cliente": "Me quejo, a veces incluso me quejo de que me quejo, pero con lo que hay y con lo que tengo, ¿cómo hacer para no quejarme?".



#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chicharro, F., Psicología vs. Psiquiatría ¿lugar de encuentro o de divergencia? *Goze*, 1999, III, 9, pp.11-16.
- Desviat, M., El riesgo de la contrarreforma, *Psiquiatría Pública*, 1999, 11, 2, : .85-91.
- DSM IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona, 1995, Masson.
- Gonzalez Duro, E., De la psiquiatría a la salud mental, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2000, XX, 74, pp.249-260.
- Kandel, E.R., Un nuevo marco intelectual para la psiquiatría, *Am. J. Psychiatry* en selección de artículos, Ed. Española, 1998, 1, 4, pp.265-277.
- Martín Zurimendi, J.A., Prioridades en salud mental y asistencia psiquiátrica, *Goze*, 1999, III, 6, pp.37-44.
- Martinez, O.; Beitia, M.; Araluce, K.; Ayerra, J.M<sup>o</sup>.; Cela, C.; Grijalbo, J.; Mendezona, J.I.; Azkúnaga, D.; Insua, P., Estudio de las primeras consultas en un centro de salud mental (II). Características clínicas, sucesos vitales, ajuste y apoyo social, motivación y expectativas, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1997, XVII, 62, pp.203-222.
- Muñoz Prieto, F.A., La imagen del psiquiatra en el cine en la última década, (1986-1996), *Anales de Psiquiatría*, 1998, 14, 7, pp.307-310.
- Rapoport, R.N.; *La communauté thérapeutique*, París, Maspero, 1974.
- Vazquez-Barquero, J.L., Los flujos de la demanda en salud mental. Introducción teórica: el modelo de Goldberg y Huxley en García, K.; Aparicio, V. Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación., Servicio de Publicaciones de Oviedo, Principado de Asturias, 1990.
- Servicios de salud mental: bases técnicas, Servicio central de publicaciones. Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco, 1990.
- Villagran, J.M.; Olivares, J.M., ¿Hay alguna psiquiatría que no sea biológica?, *Revista de la A.E.N.*, 1995, XV, 54, pp.527-542.