

Publicado en:  
“La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental”  
José Leal Rubio y Antonio Escudero Nafs  
Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios.  
Madrid, 2006

“LA RELACIÓN EN LOS CUIDADOS Y EL TRABAJO EN RED EN SALUD MENTAL”.

José Leal Rubio.  
Psicólogo Clínico. Psicoanalista.

“Cuando el tiempo es una herida ....  
a veces una sola palabra da otro día”.  
José Martínez Ros. “La enfermedad”. (1)

“Només vivint,  
amb tot el risc i tota l’esperança  
reconduïm la vida”.  
M. Martí i Pol. “Temps d’interluni” (2)

## 1.- SOBRE CUIDADOS Y VÍNCULOS.

Posiblemente una de las más importantes funciones del proceso de socialización que se produce inicialmente en la familia y que se extiende posteriormente como obligación a otros campos de la vida social, sea la transmisión del saberse cuidar (3) y del cuidado de los otros.

Tal vez sea simplificar mucho parte del pensamiento freudiano decir que la cultura es un esfuerzo colectivo tendente a dominar la naturaleza –algo extremadamente difícil- y a regular las relaciones de los seres humanos entre sí – hecho aún más difícil si cabe-. Esto significa que todo individuo debe realizar

sacrificios difíciles, posponer deseos y privarse de algunos placeres en bien de la supervivencia común. (4) (5)

Lo que instaura la cultura es el cuidado como forma de convivencia que viene reglada mediante las instituciones de diverso signo y especialización. La regulación y aseguramiento de la dispensación de cuidados a quienes lo necesiten es una obligación, en primer lugar, del Estado <sup>1</sup> y sus instituciones; luego, de todos y cada uno de los sujetos. A ello podemos llamarle la cultura o la ética del cuidado.

La idea de cuidado está necesariamente vinculada a la idea de vulnerabilidad y de la conciencia de la misma.

René Spitz, (6) en un magnífico trabajo sobre la comunicación humana señaló que de entre los animales infrahumanos unos nacen con un alto nivel de desarrollo – precociales- que les facilita la subsistencia con cuidados mínimos de su madre. Están cubiertos, capacitados para caminar y dotados de una amplia variedad de pautas de conducta heredadas que asegurarán su supervivencia como individuo y también como especie. El aprendizaje y la influencia o cambios del ambiente juegan un papel poco relevante en su adaptación al medio. La adaptación en el precocial no es cuestión de ontogenia sino de filogenia. La adaptación solo puede llevarse a cabo mediante la supervivencia de los más capaces. Por el contrario, los llamados altriciales, nacen extremadamente inmaduros, indefensos, desvalidos y, por ello, insuficientemente dotados para subsistir sin la ayuda de algún miembro de su especie. Durante el período de desvalimiento la conducta de sobrevivir la va adquiriendo mediante el aprendizaje del protector y proveedor maternal. Necesita pocas pautas de conducta innatas para asegurar la supervivencia porque, con diferencia a los precociales, tiene una mayor capacidad de plasticidad y adaptación. El cachorro humano comportamentalmente se parece a la clase de los altriciales. Necesita totalmente ayuda para su subsistencia pero también para la adquisición de los aprendizajes básicos necesarios para el desarrollo –el caminar bípedo, el juego, el habla, las relaciones sociales en suma. Pero Spitz planteó algo más y es que justamente en esa insuficiente maduración biológica con la que el cachorro humano nace es donde está la alta capacidad de adquisición de aprendizajes. Es decir, que a mayor maduración filogenética menor capacidad de adquisición de un amplio repertorio de capacidades y

---

<sup>1</sup> En Diciembre de 2005 el Gobierno ha presentado un anteproyecto de Ley llamado "De Promoción de Autonomía personal y atención a las personas dependientes".

a la inversa. La alta capacidad de aprendizaje de los sujetos de la especie humana está, pues, vinculada a la inmadurez y el desvalimiento originario. Esa situación originaria nos hace ser por siempre sujetos estructuralmente incompletos y, por ello, necesitados en mayor o menor medida del apoyo frecuente de otros. El recién nacido y sus adultos tienen que comenzar por adaptarse en una relación de mutua dependencia. El desvalimiento físico del recién nacido crea las condiciones de esta relación humana original, la dependencia. La podemos definir como una relación en la cual un organismo siente que el apoyarse en otro es esencial para su bienestar y supervivencia.

Lo que caracteriza al desarrollo humano no es el paso de una dependencia absoluta hasta la autonomía sino hacia la dependencia relativa. Esta concepción permite considerar la petición de ayuda como un hecho inscrito en la permanente necesidad –relativa- del otro sin que dicha formulación tenga que ser vivida como un acto vergonzante o reprochable, sino, al contrario, como un indicador de salud. Y no sería mucho exagerar decir que es un ejercicio de ciudadanía. Porque autonomía y dependencia son dos conceptos relacionales que remiten siempre al otro y al establecimiento de vínculos.

Reconocer a un sujeto suficientemente autónomo significa atribuirle determinado nivel de capacidad en la construcción y formulación de pensamientos y acciones que parten de la conciencia de sí y, por ello, de la conciencia del otro como sujeto diferente (7) y distinto de uno mismo lo cual es imprescindible para la construcción del vínculo social. La percepción del otro como diferente es posible por la maduración entendida desde una perspectiva biopsicosocial en la que intervienen todos los elementos que configuran lo que llamamos sujeto. El desarrollo madurativo lleva al niño a percibir a los otros como sujetos diferenciados; esa percepción de diferencia, preocupante al principio en tanto vivida como amenazante no lleva, en un desarrollo adecuado, al aislamiento sino al establecimiento de una relación entre personas y al establecimiento de compromisos.

La negación o no aceptación del otro como ser diferente lleva a la dominación y a la expresión de comportamientos totalitarios y xenófobos. (8) (9)

El reconocimiento del otro como ser autónomo es fundamento de un tratamiento respetuoso. Los niveles de autonomía, tanto la sentida por el propio sujeto como la atribuida por los otros no es (10) no son permanentes, fijos ni

irrevocables sino que se renuevan constantemente en la vida subjetiva; se pierde y se gana en la medida en que las condiciones sociales cambian.

Lo que instaura el desarrollo progresivo del proceso de maduración es la interdependencia, es decir, el reconocimiento de la necesidad, en distintos niveles, del otro.

Los niveles de dicha necesidad no son iguales para todos los individuos; ello depende del bagaje biológico que cada uno trae y de las circunstancias del nacer, del contexto en el que ello se produce y de la cantidad y calidad de los estímulos que recibe a lo largo de su vida y muy especialmente en los primeros años de la misma.

La familia funciona a modo de placenta extrauterina que debe reunir todos los nutrientes necesarios para garantizar la vida pero también sentar las bases sobre las que construirse el sujeto psíquico, es decir, el sujeto social o a la inversa. La familia, como sistema de vínculos, (11) en sus distintas formas, es una estructura estructurante, es decir, lugar donde se proveen los recursos varios que necesita el "cachorro" humano para su acceso a lo psíquico, es decir, al ser sujeto. Dentro de ella el sujeto aprende el proceso que va de ser cuidado a ser cuidador, hecho que necesitará para acceder más adelante a hacerse cargo de la continuación familiar mediante la reproducción.

Nacemos, pues, como cachorros de la especie y que nuestro destino normal es constituírnos en sujeto psíquico a partir de los estímulos tan básicos, necesarios y hermosos como la mirada, la caricia, el tacto, el arrullo y que, al decir de Bion, (12) tienen una relación de continuidad con la vida psíquica prenatal. Ese es nuestro destino en el medio humano pero su singularidad dependerá de los muchos factores y de las condiciones en que se produce. En el fondo, y simplificando, podemos decir que, con sus peculiaridades, la riqueza del sujeto dependerá de la calidad de esos estímulos, digámosle abiertamente cuidados, que reciba. Así se construye la subjetividad, en contacto con el otro humano y a través de la internalización de los ideales y los valores sociales de cada momento histórico que se entretajan con la singular modalidad pulsional de cada sujeto. Ese es el proceso de constitución de la identidad que se efectúa a través del entramado de prácticas y formas de reconocimiento que lo sostiene y que se produce en el marco de la intersubjetividad. Teodorov (13) recuerda una expresión de Victor Hugo -“los animales viven, las personas existen”, para llamar al primer nivel de organización del vivir y al segundo el nivel de existir. “Tal vez el hombre vive en primer lugar en su propio cuerpo pero solo comienza a existir por la mirada del otro; sin existencia la vida se apaga. Todos

nacemos dos veces: en la naturaleza y en la sociedad, a la vida y a la existencia; ambas son frágiles pero los peligros que las amenazan no son los mismos”. Es otra manera de explicar el paso de cachorro a sujeto psíquico, es decir social o a la inversa.

Eso es así porque lo que nos caracteriza, entre otras cosas, como seres humanos es la incompletud y la experiencia primera de dependencia de otro, la madre que constituyen una relación diádica insustituible como función. Relación desde la que es posible, y necesario, construir la idea o la imagen de un tercero. La madre es, primariamente, todo para el niño y sin dicha función de cuidados es imposible una maduración psíquica adecuada. El niño es, en principio y salvo excepciones, todo para la madre. Esa experiencia es de una muy alta singularidad e irrepetible e incompatible con procesos psicológicos de maduración hacia la interdependencia. Salvo excepciones dura el tiempo necesario y de esa misma relación diádica salen los elementos necesarios para acceder al reconocimiento de la existencia de un tercero. Como dice Golse (14) “el bebé sentirá el lugar de tercero en toda una serie de situaciones que, naturalmente, entran en juego mucho antes que el período edipiano clásico. Por ejemplo, el bebé muy prontamente percibe que parte del lenguaje y del interés de su madre se dirige a él y que parte del lenguaje de su madre no lo comprende y va hacia otro lugar. Un lugar ajeno que todavía está por definir pero que siente que no le pertenece a él ni solo a ella. Y cada vez que el bebé siente algo no relacionado ni con él ni con ella, ya está modelando el lugar del padre, que después quedará ocupado por funciones variables, funciones paternas u otras. Pero la primera tarea para el bebé consiste en percibir lo que no es él, que él no lo representa todo para su madre, que parte de la carga psíquica de su madre va a otro lugar, ese lugar que no es ni él ni ella y que modula el lugar de tercero.

A todo este proceso que configura lo humano, la relación, el vínculo y que es singular en y para cada sujeto podemos llamarle el aprendizaje del cuidar, del cuidarse y del trato. Esos cuidados formarán ya parte del aprendizaje de la vida en común y serán, por ellos, continuados en el tiempo y de una intensidad oscilante en función de la necesidad existente. A la facilitación de esa estructurante experiencia de aprendizaje del vínculo han de ir encaminadas acciones de apoyo en el proceso de crianza ya que una dificultad en el mismo puede condicionar o sobredeterminar la calidad ulterior de los vínculos.

Esos vínculos son imprescindibles para llevar a cabo la vida en común y constituyen el modo de aminorar la fragilidad estructural de los sujetos y su

vulnerabilidad. De hecho es posible el cuidado por el reconocimiento de la vulnerabilidad.

De la vulnerabilidad y la carencia como hecho estructurante. Siempre necesitamos de otro. En toda relación social estamos en algún momento en manos de otra persona que nos guía, nos apoya, nos sostiene, nos contiene. “Disponer de identidad es siempre una forma de estar en manos de los demás” afirma Cruz, (15) y sin ello el sujeto está abocado a la soledad mas vacía, esto es, mas conflictiva y desesperada. “Porque la identidad, continúa, es una forma de ser aceptados por los demás , en concreto por los demás que nos importan”. Este estar en manos de los otros es recíproco y adopta diversos modos e intensidad a lo largo de la vida de cada sujeto. Es constitutivo de toda relación creativa e implica un aprendizaje de competencias. Por tanto, necesitar de otro no es, en principio, una situación anómala. Al contrario es un fundamento de lo social tener conciencia de vulnerabilidad siendo ello un hecho trascendente en la conciencia de ser humanos y por ende sujetos frágiles y necesitados.

El cuidado, pues, mas que una actividad o grupo de actividades determinadas, es una forma, la forma de abordar las actividades que surge de la conciencia de vulnerabilidad de uno mismo o de los demás. En ese sentido podemos decir que el cuidado es el sustento de la ciudadanía.

Según M. Moliner el término cuidar viene del latín “cogitare” y significa “pensar o discurrir para algo” y como acepción segunda “tener cierta preocupación o temor”. Y define el cuidado como “intranquilidad o preocupación por el temor de que haya ocurrido o ocurra algo malo”.

El cuidado (16) se encuentra en la encrucijada de la razón y de la emoción; es una actividad racional originada por un estado emocional. Dicho estado emocional, referido al temor, solo es posible si hay conciencia de la propia vulnerabilidad o de la vulnerabilidad de quien es objeto de preocupación. De ahí ha de surgir la posibilidad de otorgar al cuidado –como estructurante del vínculo de ciudadanía- y a los cuidados –como ejercicio de lo anterior- un lugar central en la orientación de nuestra vida lo cual pasa a ser una concepción ética de la misma. Tal ética requiere tomar conciencia de nuestra vulnerabilidad y de la del mundo en que vivimos, en sus diversas dimensiones, la física, la social, la política, la económica, la psíquica.

Esa conciencia de vulnerabilidad, como señalé anteriormente, se adquiere a lo largo del proceso de socialización; se adquieren asimismo el conjunto de habilidades

para vivir en sociedad con comportamientos adecuados para aminorar los efectos de esas carencias originarias, para no generar un aumento de riesgo y para hacer frente de modo solidario a los avatares del vivir.

Posiblemente habría que entender como una sociedad sana a aquella que es capaz de asegurar, en la mayor medida posible, los cuidados necesarios para que sus miembros se desarrollen lo mas posible y que sea capaz de hacer frente a las mas altas necesidades de los sujetos mas débiles o frágiles. Ese es un indicador de la calidad y niveles éticos de una comunidad y al fortalecimiento de los mismos han de ir dirigidos los esfuerzos de cualquier política social, en el sentido amplio del término.

De otra parte, también para el sujeto un indicador de salud puede ser aceptar la ayuda. Esto nos lleva a la consideración del cuidar y ser cuidado como campo amplio de relaciones y matices.

Para quien recibe el cuidado –como acto, aún de tipo laboral- la conciencia de vulnerabilidad y de dependencia del otro es una condición que facilita la relación. Pero eso no siempre sucede; al contrario, frecuentemente ocurre que la petición o recepción de ayuda sea vivida vergonzantemente o, sencillamente, no haya conciencia de necesidad (17) lo que lleva a un incremento de los riesgos. Para el dador de la ayuda o cuidado es asimismo necesaria conciencia de vulnerabilidad, para evitar la omnipotencia narcisista, y para crear un marco de condiciones en la relación que esté presidida por el reconocimiento y la aceptación del otro como aquel que posibilita, aceptando el cuidado, la realización profesional, que es también personal.

Todo ello implica una maduración emocional porque emociones se juegan en esa tarea complementaria de dar y recibir cuidados y sin cuyo reconocimiento la tarea fracasa.

Por fracaso de la tarea hay que entender no solo los déficits en la cobertura de la necesidad a hacer frente sino los modos en que ello se producen que pueden tener efectos indeseados en los sujetos que participan. Para el que recibe el riesgo de una relación de sometimiento que pone en juego su dignidad; para quien da, el riesgo de quemarse en una práctica estereotipada, frustrante y pobre (18). Siguiendo a Izquierdo (19), ello se produce porque quien cuida sea incapaz de concebir al receptor de los cuidados como un sujeto deseante independiente, separado subjetivamente de quien le atiende, en cuyo caso la persona dependiente sería el instrumento para confirmar la potencia e invulnerabilidad del cuidador. Pero aquel que recibe aporta a la relación con quien le ayuda su modo singular de vivir su carencia, su necesidad, su

vulnerabilidad y su dependencia y la capacidad de dejarse ayudar por otro con quien es humano sentir, en ocasiones, una relación ambivalente y un mayor o menor componente de envidia. Es la gratitud lo que libera de la envidia; y para ello el cuidador tiene que estar en disposición de recibir cuidados y salir, en algún modo, de su papel de cuidador. Quiero señalar aquí que al hablar de cuidado y cuidar lo hago desde el reconocimiento de esa función a toda práctica asistencial, incluidas evidentemente, los diversos tipos de prácticas “psi”. Porque lo que ha de asumir la continuidad de cuidados como concepción básica de la relación asistencial es una perspectiva que obliga a tener en cuenta mas datos que la mera dolencia y el tratamiento estrictamente curativo. Ello quiere decir que (20) muchas veces, el cuidado es parte de la misma curación –como pueden ser parte de la curación las ganas de vivir y el empeño en vencer la enfermedad.

En la vida cotidiana, las posiciones de cuidador y cuidado no son fijas ni completas. Quien es cuidado siempre tiene algo que ofrecer a quien le cuida. Eso mismo es aplicable a otras relaciones como las que se producen en los procesos de aprendizaje en los que el placer de aprender solo es posible complementado con el de enseñar si ambos efectos son producidos por la posición de cada uno de los que intervienen.

Como señala Izquierdo, “si se petrifica la relación de cuidado y se realiza una división fija entre quien ofrece los cuidados y quien los recibe, se corre el riesgo de que tal relación favorezca la generación de sentimientos de omnipotencia –que no son sino la negación del otro- de resentimiento hacia el otro –porque sus cuidados son expresión de su poder sobre quien cuida- o de anclarse en una relación de dependencia. En este sentido, lo que sería una relación, dar y recibir, el reconocimiento recíproco del otro y sus dones queda anulado a la par que se crean las condiciones de posibilidad para que el abuso tenga lugar”.

Estamos hablando tanto de los cuidados relativos al ámbito de la cotidianidad relacional en la vida de todos los sujetos que comparten vínculos como de las relaciones profesionales de cuidados aunque de la singularidad de éstas hablaremos mas adelante.

En el ámbito de los servicios cuya tarea es la atención a las personas cuidar al usuario o al paciente significa ocuparse de hacer que se transformen los modos de vivir y sentir el sufrimiento del sujeto y que se transforme globalmente la vida

cotidiana que lo alimenta y aportarle la posibilidad de que él mismo recupere la capacidad de hacer frente a su dificultad. (21) (22)

Siempre que hay dos o más personas empeñadas en cualquier asunto se producen movimientos afectivos en ambas direcciones. La asistencia pone siempre en relación a dos o más sujetos en posiciones diferentes y complementarias. Pasan a ser interdependientes porque ambos deben dar satisfacción a expectativas. Ese encuentro entre dos sujetos en la asistencia individual está marcado por la propuesta que hace el usuario y por la demanda que en ella está latente, por el modo en que se expresa, por la respuesta del profesional que la recibe y el modo en que ante ella se sitúa, y también por las características varias del contexto en que dicho encuentro se produce.

El usuario expresa lo que cree su necesidad, pero también, más o menos camuflada, la situación de debilidad y carencia en que dicha necesidad lo sitúa. Hay que escucharle en esta globalidad y ayudarle para que se pueda reformular las razones de su consulta y los modos de hacer frente a su necesidad.

El sujeto necesitado formula, a quien le escucha, sus quejas, sus síntomas y quizás el dolor de vivir en situaciones frecuentes de precariedad.

Yo creo que lo que genera más incomodidad al profesional no es la necesidad que le expresa el usuario sino la posición que este adopta ante la misma. La necesidad quizá sea objetivable, parcializable; el sujeto necesitado, el que expresa "yo necesito", "me hace falta", "tengo que..." apela a la subjetividad y apunta a lo subjetivo del que escucha.

La mayor parte de las personas no puede aceptar las prestaciones sociales como una función neutral; pero el vínculo y la implicación fatiga y agota a los profesionales dificultados de sostener realidades persistentemente dolorosas. "Esa percepción, señala Sennet, es citada también a menudo por los críticos del estado terapéutico del bienestar como motivo para buscar ordenamientos más impersonales" (23) aunque sabemos que ello puede afrontar la necesidad pero no los efectos vinculados a ellas.

Ante ello, el riesgo del profesional es ampararse cada vez más en papeles, estadísticas, normativas, registros, etc. que hagan imposible su relación con el sujeto que demanda. De suceder, la actividad asistencial creativa, rica, productiva devendrá asistencialista, frustrante, estereotipada y cargada de ansiedades. (24)

Toda relación profesional en el campo de las ciencias humanas se juega o está influida por lo que llamamos fenómenos transferenciales. Lo que sucede al otro que me

habla no me deja impasible. El profesional no es un mero dador de recursos ni un intermediador entre quien se supone tiene el poder de atender todas las necesidades -la Administración- y quien o quienes las expresan. El trabajador , él mismo, es instrumento y el vínculo que se instaura facilitará o dificultará la tarea.

Ante lo que venimos llamando fenómenos transferenciales cabe responder de varias formas: deslindarse del problema del otro, quien será tratado parcialmente; identificarse masivamente, confundiéndose con el otro, lo cual no favorece el desarrollo de la tarea; reconocer lo que sucede e incorporarlo al quehacer propuesto. (25)

La relación profesional-usuario, la relación asistencial (26)(*assitere* es hallarse cerca de, sentarse junto a) es un instrumento importante en la práctica de la atención, la asistencia y los cuidados. Dicha relación es cada vez nueva si se sabe escuchar y no se dan sistemáticamente respuestas, recetas, consejos, recursos materiales. Para ello hace falta crear las condiciones para que el otro pueda ser escuchado, donde pueda encontrar sentido a sus propias preguntas y buscar soluciones que lo incluyan como sujeto activo, rompiendo así la situación de pasividad y dependencia alienadora.

En la práctica, el profesional es colocado por su paciente o usuario en una determinada posición que no depende de la voluntad de aquel. Quien es cuidado transfiere, desplaza, colocan en quien le atiende sus modos aprendidos de relación. Establecen relaciones de sometimiento, de dependencia, de acercamiento, de distancia, de dominación, de reclamación, de queja, de exigencia, etc. Algunas veces modos de relación que, por sistema, dificultan cualquier posible acción. Así, hay personas que se confrontan y confrontan al profesional a una situación permanente de búsqueda de fracaso; u otros que se establecen en una sistemática relación de dependencia.

Estos modos particulares de establecer una relación no dejan impasible al profesional sino que le provocan un conjunto de movilizaciones –contratransferenciales- cuyo reconocimiento y manejo adecuado es necesario.

Las transferencias, o dicho de otro modo, los vínculos tienen que ver con expectativas recíprocas que van a ser mas o menos satisfechas e influyen: en el modo en que percibimos las situaciones nuevas, en el modo en que las interpretamos y cómo actuamos con respecto a ellas. La modalidad del vínculo que se establece en una relación de cuidados condiciona el éxito mayor o menor de la intervención. Y en última instancia es la que hace que la acción que se lleva a cabo sea la provisión de cuidados o el mas simple suministro de servicios, riesgo nada irrelevante en estos momentos.

En todo ello es extremadamente importante el respeto como compromiso expresivo. Porque tratar a los demás con respeto y saberlo transmitir no es algo que simplemente ocurra sin más, ni siquiera con la mejor voluntad del mundo; transmitir respeto es encontrar las palabras y los gestos que permiten al otro no solo sentirlo, sino sentirlo con convicción. Y esto es básico en las tareas de cuidado. A veces digo que para poder tratar, hacer tratamientos hay que querer al otro; tal vez sea mucho exigir pero lo que me parece imprescindible es sentirlo.

## 2.- CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y RED EN SALUD MENTAL..

En la construcción de la subjetividad y de una estructura psíquica suficientemente sana la experiencia de cuidados continuados, los necesarios, recibidos por el sujeto son, en alguna medida determinantes.

El trastorno mental es el fracaso de la relación de un sujeto con su medio y tiene siempre serias repercusiones en las modalidades de los vínculos. Afecta siempre a la vida singular del sujeto que deviene afectada de múltiples formas, a veces con una muy dolorosa merma de sus capacidades para hacer frente a su propio cuidado y también a cuidar del otro. Por eso podemos decir que el trastorno psíquico es un trastorno de la relación (27) Y que, como señala Galende (28) afecta “centralmente al funcionamiento subjetivo, la dinámica familiar, el lazo social y la integración comunitaria”

Es más que sabido que durante muchos años la atención al sufrimiento psíquico estuvo prácticamente reducido a la atención a las personas que padecían un trastorno mental grave; y que el marco de dicha atención fue el manicomio. De los efectos perniciosos efectos de dicha institución hay constancia en una muy extensa y rica literatura (29) (30) (31). Se movía en la lógica de la reclusión y apartamiento de la vida social y estaba pensada más para defender a la sociedad de los daños imaginarios del enfermo que para dar respuesta a sus necesidades. En la base de los procesos reformadores en la asistencia psiquiátrica y la atención a la salud mental estaba la lucha por la dignidad de los pacientes y de la creación de nuevos dispositivos de

atención que evitaran las distintas formas de segregación y yatrogenia que, por lo general, habían provocado las antiguas estructuras asistenciales y los modos de atención y que significaran un avance en la atención a sus dificultades.

No repetiré argumentos ya magníficamente planteados (32) (33) (34) en diversos trabajos, pero la tendencia a la recomposición de lo instituido –lo manicomial- y la tendencia a la estigmatización, a la marginalidad y al rechazo- en sus formas mas groseras y otras veces muy sutiles-hace que sea un deber ético plantear y dejar constancia, aunque sea ligeramente, de algunos elementos de dicha historia.

Por ello conviene recordar que en las postrimerías de la dictadura franquista se produjeron en nuestro país una serie de movimientos tendentes todos ellos a ensanchar los ámbitos de libertad y de lucha por la igualdad. Coincidieron muchos movimientos ciudadanos que cuestionaban la forma de gestionar lo público y proponían maneras nuevas de afrontar lo común en el ámbito de la educación, los servicios sociales, la salud, etc.

Uno de esos movimientos fue la Reforma Psiquiátrica. La reforma psiquiátrica tuvo uno de sus ejes en la crítica y destrucción de la institución manicomial y en la tarea de reconstrucción de los sujetos que la habitaban. En tanto institución total, (35) cubría aparentemente todas las necesidades de un sujeto, pretendiendo dar respuesta desde dentro al conjunto de necesidades de sus internos, funcionando en realidad como una extraña síntesis de (al menos) centro sanitario, residencia de servicios sociales e institución penitenciaria. (36) Todo ello al coste de la alienación.

La desinstitucionalización implicaba la salida y la destrucción del manicomio, y la utilización de dispositivos varios de atención unos ya existentes en su momento y otros por crear. Se trata de sustituir la institución única, total y totalitaria por un entramado de instituciones coordinadas insertas en el espacio comunitario. <sup>2</sup> (37) (38) (39) Ese espacio está formado por instituciones, producciones de la cultura cuyo objetivo es dar sostén a la vida emocional, regular las relaciones de las personas entre si y el reparto de los bienes disponibles. No aseguran la felicidad, cosa mas bien imposible, pero sí el vivir la ciudadanía construyendo con otros desde la diversidad distintas formas de ser y estar en el mundo.

---

<sup>2</sup> Éste es el lugar normal del vivir, de los intercambios, de los amores y desamores, de los vínculos, de la agresión, del dolor y la alegría, de la esperanza y la pena, de la vida en suma

La desinstitucionalización forma ya parte de un cambio muy amplio en la sociedad moderna: el ataque a las instituciones rígidas en el trabajo y en la política.

El desmantelamiento de las instituciones totales, y también de las prácticas profesionales totalitarias ha ido siempre acompañado de una reivindicación de lo comunitario como alternativa. Lo comunitario constituye doblemente un modo de comprender la enfermedad mental y una estrategia de cuidados concordante con dicha comprensión. Esto hace que no sea suficiente para los objetivos comunitarios ideados como alternativa al modelo asistencial centrado en el hospital psiquiátrico con la sola descentralización del sistema de atención o la mayor integración en la comunidad de los servicios que se ofrezcan, si los mismos mantienen el esquema clásico de atención basado en la exclusiva relación médico-paciente como base de la cura. Se requiere de un cambio de mentalidad acerca de la comprensión de la enfermedad mental, de una reformulación profunda del papel de los profesionales, de la participación necesaria de las distintas disciplinas y su relación con los recursos de la comunidad para el proceso y progreso terapéutico. Lo comunitario entendido, pues, no como un espacio geográfico, que también, sino como el entramado de relaciones y de instituciones necesarias para el desarrollo de la vida en común. A toda esta posición conceptual predominante en los tiempos instituyentes de la década de finales de los setenta y los ochenta se le llamó trabajo comunitario, y tenía la feliz conjugación de aspectos ideológicos, políticos y técnicos así como la participación y apoyo de la población y sus asociaciones. A. Cortina (40) resumen bien ese esfuerzo al decir que “si algo bueno ha tenido el movimiento comunitario, es recordar que los hábitos del corazón de los pueblos son indispensables para construir un orden social determinado pero también para mantenerlo y profundizar en él; que la libertad se realiza cuando se incorpora en las instituciones y, sobre todo, en las costumbres de las gentes”, en la convicción de que la libertad es superior a la esclavitud, la igualdad a la desigualdad, el diálogo a la violencia, el respeto activo a la intolerancia. Que todo ser humano es infinitamente valioso y no debe instrumentalizarse, porque no tiene precio, sino dignidad. Estos son valores que se descubren en la vida compartida, configuran la ética cívica y se transmiten en la educación; son extremadamente valiosos y forman ese capital ético que precisan las sociedades para hacer frente al futuro con dignidad. Estos valores conforman el compromiso ético e ideológico que sustenta la reforma psiquiátrica y todo el trabajo por la recuperación de la dignidad de las personas con enfermedad mental.

La alternativa al manicomio implicaba, ya lo dijimos, el desarrollo de algunas instituciones o dispositivos existentes y la creación de nuevos para hacer frente, principalmente, a la atención a las personas con un grave trastorno mental en el seno de la comunidad. Todo ello con el objetivo de (41) ayudarles a que ejerzan, de manera efectiva, lo que podemos denominar su "derecho a la ciudadanía", mediante actuaciones diversas (algunas altamente especializadas y complejas), que afectan a diferentes ámbitos de su vida individual y social. Incluyen las dirigidas a prevenir, controlar y reducir las manifestaciones clínicas de la enfermedad y los deterioros todo lo cual genera sufrimiento personal, limita la vida social y tiene efectos sobre la propia vida personal y la familia; las que pretenden paliar los déficits sociales que intervienen y/o acompañan el desarrollo de la enfermedad y sus repercusiones agravando el efecto de los síntomas y deterioros así como las dirigidas a modificar las barreras sociales de distinto tipo (desde actitudes a regulaciones legales), que contribuyen a hacer más difícil o imposible la integración activa en la vida social de estas personas; y las dirigidas a garantizar en todo momento el respeto a los derechos del paciente y su entorno social.

Hay que decir muy claramente que ha sido mucho lo realizado hacia el cumplimiento de tan altos objetivos pero con la misma claridad hay que decir que en el campo de la salud mental hay que estar en un permanente alerta para que no se reconstruyan ni esas instituciones ni esos modos de atención y de segregación de las personas que padecen una enfermedad. Hay instituciones totales y prácticas totalitarias que pueden aposentarse con cierta facilidad en los modos de atención y cuidado.

Lo que se dio en llamar Reforma Psiquiátrica fue, además del desarrollo de la desinstitucionalización con todas sus resistencias y sus dificultades, un intento de organización de los servicios necesarios para la atención a la salud mental de la población a través de programas de prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social y laboral. Programas que incluyen la atención a niños, adolescentes y adultos. Y es que coincidente con la ingente tarea desinstitucionalizadora y no exactamente vinculado a ella, se produjeron otros movimientos que no estaban necesariamente conectados con la lucha desde las instituciones manicomiales y en el que participaron muchos profesionales de diferentes disciplinas con fuerte soporte de asociaciones vecinales y movimientos políticos y sindicales. Lo interdisciplinar e interinstitucional es una de las señas de identidad de esas propuestas. (42)

La continuidad asistencial, ahora mas propiamente llamada continuidad de cuidados es una exigencia para garantizar las múltiples atenciones que necesita una persona con un trastorno mental. Así se expresa en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) en su apartado 3.2 “Es necesario que una vez establecidas y definidas funcional y territorialmente las áreas de salud todos los recursos sanitarios, públicos y concertados, responsables de la atención psiquiátrica y de la salud mental, constituyan una unidad integrada, al menos funcionalmente” y en la Ley General de Sanidad (1986), Art. 20 “Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para la adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales”.

Estos planteamientos hechos desde el reconocimiento de las necesidades múltiples de las personas con un trastorno mental y mas cuando hay riesgos o existe cronicidad han de ser extendidos también al desarrollo de los otros programas del ámbito de la salud mental comunitaria. De modo tal que la continuidad de cuidados no es solo una cuestión referida al seguimiento y atención a las personas con un trastorno mental severo, crónico o mas o menos invalidante. También es necesario pensar la continuidad de cuidados para favorecer el desarrollo de la salud mental y a la disminución de riesgos. La Salud Mental mas que otros campos especializados de la salud es un ámbito transversal. Ello quiere decir que es difícil pensar la prevención y la asistencia a una persona o grupo sin tener en cuenta las características de su contexto, tanto para explicarse el origen de su problema como para hallar soluciones al mismo. Eso nos exige revisar humildemente nuestro concepto de cura y los efectos que sobre la misma tienen diversos agentes de distintos ámbitos.

Bien es verdad que donde aparece como mas urgente e incuestionable la continuidad de cuidados es en la atención a personas con un alto nivel de dependencia y cronicidad. Y que de lo que se trata es de atender a las personas que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad y precisan de apoyos para ejercer sus derechos de ciudadanía, para acceder a los bienes sociales y de que reciban una atención sin la cual no pueden desarrollar de modo adecuado las actividades propias de la vida en común.

La cronicidad en el campo de la salud está cada vez mas vinculada al hecho de que los avances científicos permiten mas vivir a pesar de las secuelas, a veces muy limitantes, de una enfermedad incurable. Lo crónico (43) se configura como algo biográfico que conforma la vida del sujeto pasando a formar parte importante de los

elementos que producen la relación y el proyecto vital llegando a sobrepasar el ámbito individual para ser social. En el campo de la salud y la enfermedad mental es especialmente relevante. Porque, como hemos señalado, el trastorno psíquico se muestra siempre como un fracaso de la relación entre el individuo y su medio, producto de una situación crítica desencadenada porque los recursos que el sujeto posee para integrarse a tal medio no son adecuados, o éste es excesivamente impermeable y duro o ambas cosas. Lo que se altera es la capacidad o las circunstancias de la relación por lo cual, el déficit generado no se circunscribe al individuo señalado como enfermo sino que en mayor o menor medida también concierne a su entorno, las circunstancias del cual no son ajenas a la aparición del trastorno.

Lo característico de la cronicidad es la perdurabilidad de una necesidad permanente de cuidados y dependencia de los servicios.

Lain Entralgo, citado por García y Montejo considera “enfermedad crónica a la que por su duración necesariamente se incorpora al vivir habitual de quien la padece, hasta hacerse uno de sus componentes ineludibles, con lo cual el enfermo se ve obligado a contar con ella en la tarea de proyectar y hacer su vida”. Respecto de la evolución de la enfermedad crónica añade: “la cronología de la enfermedad se trueca en patología biográfica, porque ni la descripción técnica ni la enfermedad pueden prescindir del relato biográfico ni éste de aquella.” Ello es especialmente evidente en la enfermedad mental, cuyo diagnóstico o rotulación es para muchos sujetos su identidad. Por eso no es difícil escuchar “yo soy esquizofrénico”, en lugar de “yo tengo esquizofrenia” a lo que ayuda también, a veces, el lenguaje reduccionista de los profesionales. El sujeto no es el síntoma o el síndrome sino el conjunto de datos que le aportan singularidad y pertenencias.

Los patrones de la cronicidad de una persona con un trastorno mental están cambiando y al hablar de cronicidad no nos referimos solo a pacientes de frecuentes ingresos o externalizados tras tiempos de permanencia en un hospital psiquiátrico ni a los procedentes de los procesos desinstitucionalizadores. Se trata, dice Desviat, de enfermos (44) que han llegado a ser crónicos sin ingreso hospitalario alguno y “que muestran en grado diverso un retraimiento de las funciones autónomas del yo, un apagamiento de sus capacidades de relación y una disminución en su capacidad de trabajo. Pacientes que evidencian una tendencia a evitar las relaciones humanas insatisfactorias y un deseo inconsciente de obtener beneficios secundarios de su

enfermedad. Otro tipo, “los pacientes crónicos adultos jóvenes”, se caracterizan por sus déficits severos de adaptación social y su uso “inapropiado” de los servicios y la consiguiente capacidad de generar “stress” en éstos, por su agresividad, baja tolerancia a la frustración, comportamientos impulsivos, problemas con la ley y una gran movilidad tanto en el uso de los servicios –en puerta giratoria- como geográfica. Los resultados del trabajo con esta población es poco optimista, debido en gran medida a la insuficiencia de recursos. Y concluye, “para un determinado número de sujetos, con ciertas características sociales psiquiátricas, el riesgo de hacerse viejos usuarios de los servicios psiquiátricos” y sociales- es, sin duda, real. También está cambiando la función y las formas de curar. (45)

Como hemos señalado anteriormente en todas las enfermedades hay cronicidad siendo un fenómeno que se generaliza (46) (47) lo cual está modificando los sistemas sanitarios y sus prestaciones. Estas ya no están solo centradas en el hecho sanitario sino también en las repercusiones del déficit sobre los otros aspectos del vivir. Por ello la reclamación de atención adecuada a las personas con una cronicidad psíquica está en la línea normalizadora de la misma demanda para cualquier otra cronicidad, salvando la singularidad y los efectos sobre la vida cotidiana de cada una de ellas. Como señala Lara la cronicidad lleva aparejados el déficit, la discapacidad y la dependencia, es decir, la disminución de la capacidad del individuo para conseguir por sí solo y de la manera usual la satisfacción de sus necesidades básicas.

Lo que conlleva la cronicidad es, en diversos niveles, discapacidad. El Consejo de Europa definió en 1998 la discapacidad como “el estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes, a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”. Ello quiere decir que, por tener disminuidas las posibilidades de conseguir por sí mismas la satisfacción de sus necesidades básicas, van a requerir –en mayor o menor medida- de distintos aportes sociales, tales como: apoyo al empleo, eliminación de barreras de distinto tipo, prótesis diversas, ayudas domiciliarias o alojamientos mas o menos temporales, apoyos para la integración académica, garantía de una percepción económica suficiente, etc.; además de continuar, en la mayoría de los casos, necesitando una atención sanitaria permanente, generalmente de “baja intensidad”, compatible con la presencia en el propio domicilio. En muchas ocasiones también las personas que forman parte de este contexto, la familia, requieren apoyos emocionales y otros

recursos para hacer frente a las necesidades nuevas a un coste personal o grupal tolerable.

Todos esos recursos necesarios para afrontar la cronicidad y la discapacidad asociada a ésta, son recursos de tratamiento y de cuidado dispensables en términos de horizontalidad. El convencimiento de ello llevaría a los equipos e instituciones u organizaciones implicadas a relaciones mas igualitarias porque no es posible un trabajo sin el otro y, sinceramente, es muy difícil decir, por no decir imposible, cual de ellos es mas necesario. Depende de cada persona y situación. En alguna ocasión he planteado que, en el desarrollo de la atención comunitaria a personas con un trastorno mental puede llegar a ser mas importante el vínculo y el buen trato de una trabajadora familiar con presencia frecuente en el domicilio que la con frecuencia esporádica atención de los especialistas sanitarios. Lo mas razonable parece que es combinar adecuadamente las intervenciones sociales, psicológicas y farmacológicas cuando se trata de personas con discapacidad por esquizofrenia u otras alteraciones mentales de larga duración.

Tanto los servicios sanitarios como los no sanitarios (lo sanitario o no hace referencia al sistema organizativo en el que está el recursos o dispositivo no a los efectos de éste) deben de reunir un conjunto de características o indicadores de calidad entre los que cita: la normalización y la tendencia a conseguir el nivel mas autónomo posible; la aceptabilidad para los usuarios y la sociedad; la accesibilidad y su relación con la equidad; la adecuación dentro de la diversificación de recursos necesarios y el logro de un nivel de coordinación entre los distintos agentes.

---

Como he señalado anteriormente hay un evidente consenso en considerar que la continuidad de cuidados en la comunidad es el único modo posible de pensar la atención a las personas con graves problemas de salud mental y que, por ello, necesitarán permanente un alto número de cuidados. Posiblemente exista el mismo consenso al plantear las altas dificultades existentes para llevar a la práctica dicho conjunto de intervenciones. De ello da cuenta el hecho de que en los últimos años el tema de la continuidad de cuidados y de la coordinación de los recursos ha sido el central en muchas de las jornadas de las asociaciones autonómicas de la AEN. Ya en el año 1993 CIFA y AEN organizaron en Barcelona un Simposio internacional en el que participaron relevantes profesionales <sup>3</sup> que se llamó “Salud Mental y Servicios

---

<sup>3</sup> Castilla del Pino, Salvador Giner, F. Schutt, José Garcia, Franco Rotelli y otros.

sociales: el espacio comunitario” (48) que fue el inicio de una preocupación que ha ido aumentando con el tiempo y que es la que nos ocupa en este trabajo: la articulación de los recursos necesarios para hacer frente al conjunto de necesidades de las personas con problemas de salud mental y de sus familias, sobre las que recayeron nuevas ocupaciones con insuficientes ayudas, como señalaron en dicho simposio.

No es fácil hallar referencias operativas en documentos de nuestra asociación ni en otros lugares. Es frecuente hallarlo enunciado en muchos lugares como frecuente es encontrar referencias acerca de los problemas de coordinación dentro del subsistema de salud mental, del sistema sanitario y mucho mas en la relación con otros sistemas.

Uno de los problemas que mas preocupan en la atención a las personas con necesidades de atención continuada es la coordinación desde las diferentes perspectivas.

El aumento de la demanda de cuidados profesionales sociales y sanitarios para hacer frente a las necesidades de atención de las personas con algún nivel de dependencia ha generado desde hace años la necesidad de reformular los sistemas de financiación, gestión y redistribución de los recursos destinados a este colectivo. En este contexto, las diferentes fórmulas de abordar las respuestas sociosanitarias ocupan un lugar prioritario y ponen de relieve la importancia de conceptos como coordinación, integración, colaboración y el mas preciso, complementariedad, que aparecen en múltiples niveles de intervención: entre profesionales, instituciones sociales y sanitarias, iniciativa social, pública y privada, diferentes categorías de recursos, etc. El concepto de coordinación sociosanitaria pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar o facilitar la continuidad de cuidados entre servicios.

Como se señala en El Libro Blanco de las Dependencias (2004) ésta es una cuestión objeto de preocupación también en los países donde los servicios del bienestar están mas desarrollados y que les ha llevado a plantearse una revisión profunda de los sistemas de atención. Es el caso, entre otros, del Reino Unido que en 1998 creó la Royal Commission on Long Temp Care y que ha emitido recomendaciones inequívocas al respecto, o de Francia, que como consecuencia de los desastrosos efectos del verano de 2003 ha reformulado todo su sistema de protección a las necesidades permanentes de las personas haciendo énfasis en la creación de dispositivos estables de coordinación (CLIC).

En España no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de servicios sanitarios y sociales aunque existen diversas experiencias en las Comunidades Autónomas.<sup>4</sup>. Tampoco existen verdaderos sistemas de provisión integrada de estos servicios.

En España los inicios de debate e iniciativas para dar respuesta a las situaciones de descoordinación entre los diferentes sistemas de provisión de servicios se remonta a la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS (Comisión “Abril”) en 1991 que en aquel momento ya planteó propuestas para corregir las deficiencias estructurales y la falta de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.

En este sentido hay que destacar la importancia de la Ley 63/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de salud, en cuyo artículo 14 se define la prestación sociosanitaria como “la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía y facilitar su reinserción social”.

Es muy apreciable el malestar que genera la articulación de los recursos para la atención a la salud mental ya desde la primera red, el equipo multidisciplinar (49) (50) (51). Bastantes mas altos son los malestares que expresan los equipos tanto de salud como de servicios sociales, de educación, etc., en su coordinación necesaria con salud mental y a la inversa, como puedo observar en mi tarea de supervisor de equipos e instituciones.

Ya hemos señalado que al hablar de continuidad de cuidados no nos referimos exclusivamente a la red de recursos existentes en un mismo sistema de atención, en nuestro caso el sanitario. Por continuidad de cuidados en salud mental y especialmente referido a la atención a las personas con trastornos mentales severos y secuelas crónicas hemos de entender un entramado de recursos e instituciones, situados en contextos o sistemas organizativos diferentes y todos ellos necesarios para garantizar en la mayor medida las actividades de cura y cuidado o de tratamiento y trato.

---

<sup>4</sup> En el campo de la salud mental una experiencia remarcable es la planteada en Andalucía con el FAISEM

Esta articulación coherente de recursos es uno de los aspectos mas débiles de la reforma psiquiátrica junto con la rehabilitación psicosocial –no hay otra posible- y las medidas necesarias para realizar estrategias de inclusión de las personas que precisan de una atención prolongada por trastornos de larga duración. Porque es ahí donde hay que articular de una manera flexible respuestas sanitarias y sociales donde hay mas vacío y desamparo; y esto provoca que se produzcan situaciones de desatención y abandono.

Por ello lo que sigue será un intento de acercamiento al importante tema de la coordinación de los recursos necesarios para la atención, en el convencimiento de que hay que dar el paso hacia una implicación progresiva de profesionales e instituciones en el cuidado continuado si no queremos repetir, de distinto modo pero con iguales consecuencias el aislamiento y el maltrato propios de instituciones disfuncionales. En el convencimiento, también, de que nadie en este momento cuestiona la necesidad del trabajo en red pero sí se muestra, honestamente, la dificultad para llevarlo a cabo.

En la atención a la salud mental (tanto en el campo de la atención a personas con necesidades permanentes –cronicidad- como en los demás campos, son necesarios, ya lo hemos reconocido abundantemente, un número determinado de servicios. Frecuentemente decimos que funcionan en red.

Yo entiendo el concepto de red mas bien como el entramado de vínculos en los que se construye el sujeto psíquico, es decir, el sujeto social o a la inversa. Es por eso que la red (social) preexiste al sujeto y, evidentemente, a los equipos; por ello el trabajo en red es trabajar en y con la comunidad desde una perspectiva de continuidad de cuidados y articulación de recursos que los hacen posibles.

Es muy sugerente la definición que Maria Moliner da a la palabra red y que dice así: “Malla de hilo, cuerda, alambre, etc. de forma adecuada para contener o retener cosas o para cualquier uso.” Remite a la función social de las instituciones (52) (53) como es la de contener las ansiedades que produce el hecho de vivir en sociedad y tener que hacer frente a los avatares del vivir que generan tensiones como son, según Freud, el poderío de la naturaleza, la percepción de la caducidad del cuerpo y el hecho de tener que renunciar a alguna parte de nuestros deseos para poder vivir en sociedad.

Hablar de red es hablar de las prácticas comunitarias entendiendo por tales a aquellas que parten del reconocimiento de que es en el seno de la comunidad donde se producen los distintos hechos que llevan al crecimiento de los sujetos, donde se generan las dificultades y donde se producen las situaciones necesarias para hacer

frente a las mismas. Todo ello configura la red social (compuesta por sujetos, grupos e instituciones que interactúan y son interdependientes) sobre la cual trabajan los profesionales organizados en equipos con una determinada especialización que da sentido a su intervención. Dicha especialización conlleva una visión parcial del sujeto, de lo que le pasa y del modo de afrontarlo.

Las políticas sociales están formuladas, aunque solo sea por efecto de la organización político-administrativa, de forma sectorial. Pero esa forma de organización es insuficiente e inadecuada cuando se trata de hacer frente, como ocurre cada vez más, a objetivos complejos en los que están implicados diversos sectores. A una visión intersectorial de las mismas le llamamos transversalidad que es un modo organizativo que pretende trabajar por objetivos inasumibles desde la sectorialidad. También podemos hablar de trabajo en red para definir un modo de afrontar la tarea y cuyas características, entre otras, son la interacción, la complementariedad y el intercambio.

Y es que el término red, polisémico, nos remite tanto a una dimensión conceptual como a una vertiente instrumental. En este sentido es tanto un modo de funcionamiento de lo social como una propuesta de acción en el seno de la comunidad.

El trabajo en red surge de la percepción conjunta de los problemas comunes y de la posibilidad de resolverlos con base en la articulación entre otros actores sociales involucrados en un problema y en su solución.

La red de organizaciones establece acuerdos de cooperación, de alianzas y de reciprocidad. Estas nuevas prácticas de cooperación se constituyen a efectos de encontrar salidas para intervenir en la realidad social compleja. Yo creo que la red tiene una vertiente formal y otra informal y en su existir hay aspectos instituyentes e instituidos.

Trabajamos, pues, en la red social, con las redes sociales que son el entramado contenedor de la vida de los sujetos, los grupos y las instituciones. Trabajamos además de en la red, en red, es decir, organizando también un entramado de intervenciones, de forma coherente para lograr el desarrollo de la comunidad y la cobertura de las necesidades.

Una definición posible de red es la que plantea Dabas (54) como “una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas,

que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes”.

La red es el resultado de esa estrategia y constituye una modalidad organizativa y de gestión, que adoptan los miembros que deciden esa vinculación, cuyas características principales son la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones.

La esencia del trabajo en red es la decisión *voluntaria* – en última instancia sin este compromiso es difícil llevar a cabo una práctica seria- de dos o más personas, instituciones o áreas institucionales, de desarrollar una tarea en común para lograr los objetivos compartidos explícitos, manteniendo la singularidad de los participantes. Esa voluntariedad es cada vez más una exigencia de las organizaciones aunque para su desempeño hace falta una adscripción voluntaria del profesional sin lo cual es difícil llevar a cabo trabajo alguno con éxito y con satisfacción.

El vínculo que se genera tiene carácter horizontal, rompe los estatus clásicos de relación entre profesionales, está acotado por los acuerdos normativos que entre ellos establezcan regulados formalmente en alguna medida pero condicionados por las relaciones informales que sean capaces de establecer los profesionales.

Si la mejor manera de evitar los efectos de la institución total era su desmantelamiento la mejor manera de evitar los efectos desmembradores de la práctica comunitaria es la coordinación o mejor la articulación de recursos y el trabajo en red.

Al modo en que se logra la articulación de todos esos recursos le llamamos coordinación. Es un término con variadas significaciones que van desde el mero encuentro o espacio administrativo hasta la consideración de un proceso por el que utilizando diferentes instrumentos y prácticas se combinan acciones o decisiones interrelacionadas de diferentes unidades para conseguir un propósito común. Es la que corresponde a una concepción comunitaria de la tarea.

La coordinación es, pues, un proceso de creación o utilización de reglas de decisión por el que dos o más personas se ocupan colectivamente de un entorno de trabajo compartido. Esta definición engloba la coordinación jerárquica y no jerárquica; la coordinación intraorganizativa o interorganizativa.

La coordinación no es un espacio o acto administrativo. Coordinarse no es solo encontrarse para intercambiar informaciones sobre un paciente, en un acto que no compromete más allá de su momento. Es el punto y seguido de una relación que debe ser claramente definida y que es una parte importante de la tarea para todos los que en

ella participan. Incluye la noción de complementariedad entre las partes diversas que han de ejercer la globalidad de la acción.

Para que sea así ha de surgir del convencimiento de que para hacer bien un trabajo es necesaria la ayuda y participación de otros. Eso significa reconocer límites – de uno mismo, de su propia disciplina, de su propia organización- e implica ir a la búsqueda del otro para hallar complementariedad en el encuentro. Las disciplinas o profesiones mas nuevas suelen tener mas conciencia de límites que las ya aposentadas y detentadoras de un poder y un saber histórico. (55) Las profesiones con menos estatus suelen pedir mas ayuda. De hecho los servicios y equipos de mas reciente formación en el ámbito del bienestar demandan mas colaboración a los de salud mental que a la inversa y, tal vez por ello, se sienten mas decepcionados en las relaciones. Es mas, suele ocurrir que en los programas de los servicios de salud mental se incluya como uno de sus objetivos y tareas el llamado “soporte” a primaria, bien sea de salud y/o servicios sociales, cuando estos servicios o dispositivos están cada vez mas en propuestas no de soporte sino de colaboración horizontal lo que implica una igualdad de lugar aunque una diferencia de tarea y, además, reciprocidad. La reciprocidad es el fundamento del respeto mutuo. Es posible cuando en la relación se produce intercambio que no necesariamente ha de ser simétrico y éste es reconocido.

La necesidad de coordinación surge de la interdependencia, es decir, del hecho de que dos unidades de la misma o diferente organización compartan un entorno de trabajo. Esto ocurre por el hecho de actuar sobre una misma realidad externa (sector de población), porque intercambien recursos (coordinación con proveedores o clientes) o porque compartan objetivos generales (de la organización o del sistema de organizaciones al que pertenecen).

El cumplimiento de los objetivos que comparten varias unidades u organizaciones solo es posible mediante la puesta en común debidamente articuladas de las capacidades de todos y cada uno de sus miembros y de sus inquietudes profesionales. A eso le llamamos cooperación. La relación de cooperación se produce cuando dos o mas personas comprometen sus esfuerzos en el logro de objetivos que consideran comunes. La cooperación tiene lugar cuando confluyen procesos de poder de dos sujetos y se entrecruzan realmente en torno a un mismo objeto en un lugar de poder común compartido y reconocido. Hay que distinguirlo de las relaciones de cortesía en las que no puede hablarse de cooperación sino de simple aceptación o tolerancia del otro pero que no implica cambios.

Muy frecuentemente las interacciones entre profesionales y disciplinas tienden espontáneamente hacia actitudes más próximas a la dominación que a la cooperación. Esta es una situación altamente preocupante porque cuando se produce tiene efectos muy nocivos tanto sobre la calidad de la asistencia o cuidados al paciente como a las relaciones entre los profesionales y servicios que se cargan de unas tensiones que incrementan ya la alta tensión procedente del tipo de trabajo que realizan. Dicha tendencia disminuye cuando los sujetos pretenden lograr algo y tienen conciencia de que ninguno de ellos aisladamente lo podrá alcanzar.

La interdependencia como factor desencadenante de la coordinación está condicionada por la percepción que de ella se tenga. Por ello hasta que dos unidades (del mismo o de distinto sistema de atención) no se reconozcan como mutuamente dependientes será difícil que acepten espontáneamente la necesidad de coordinación. Este déficit de percepción es muy frecuente en organizaciones con tendencia al aislamiento, y muy evidente en los servicios de salud mental. En este punto conviene señalar que al igual que servicios o recursos de otro sistema (sociales, educativos, laborales, etc.) son necesarios para garantizar los cuidados de las personas con problemas de salud mental, éstos mismos recursos forman parte de la continuidad de cuidados que los otros servicios citados necesitan poder ofrecer a muchos de sus usuarios, en especial los servicios sociales y educativos, para asegurar un trabajo de atención continuada. Ello obliga, insisto, a establecer relaciones de reciprocidad y horizontalidad.

Entre unidades organizativas existen diversos grados de interdependencia, así como diferentes son las posibilidades y eventualidades que rodean su trabajo. Por ello hemos de pensar en términos de alternativas y posibilidades de coordinación y no de soluciones ideales y universales.

No hay ninguna garantía de eficacia y eficiencia de un sistema universal de coordinación porque su desarrollo está siempre sujeto a la apuesta vinculatoria de los sujetos y ésta pasa a ser el factor decisivo en el éxito de dicha tarea; ésta es más difícil mientras más diferencias haya entre los miembros y organizaciones que intervienen. La elección del sistema de coordinación ha de estar sujeta a la evaluación de los costes y beneficios derivados del mismo; por tanto, es un asunto de política de atención.

La ruptura de lo que podemos llamar la lógica de la interdependencia, (dentro de un equipo o entre equipos e instituciones) bien sea mediante la exageración, hipertrofia o aislamiento de cualquiera de las partes implicadas en la institución (políticos, gestores y

los demás profesionales, disciplinas, etc.) o dentro del equipo de atención lleva a la generación de conflictos y a una merma en el cumplimiento de los objetivos. Como en cualquier unidad operativa cuando hay un exceso de tensión gran parte de las energías que deberían ser abocadas a la realización de la tarea son derivadas a preservarse de los efectos del conflicto. En situaciones graves pueden emplearse mas energías en defenderse de los efectos de éste que en el desarrollo de las tareas para la obtención de los objetivos.

La adecuada continuidad de cuidados en salud mental es una tarea de alta complejidad, la propia de todas las situaciones o tareas en las hay que articular actuaciones y servicios complementarios que requieren mecanismos de coordinación en varios niveles.

El primero de ellos es el que se refiere a la formulación de políticas de atención que legitiman y dan sustento a la puesta en marcha de recursos y al desarrollo de los mismos organizados en programas. Al ser estos llevados a cabo por diversas organizaciones es necesario el acuerdo entre éstas, siendo éste el segundo nivel. El tercero es el nivel operativo de articulación entre los profesionales y equipos que intervienen directamente con las personas o grupos concretos, dentro de un mismo sistema o intersistemas. Podemos añadir un cuarto nivel que es el que se establece entre los diversos servicios profesionales y el sistema de apoyo informal. Este es de una extremada complejidad y, a la vez, riqueza.

Estos distintos niveles tienen sus específicas tareas primarias y niveles competenciales, modos organizativos y lógicas de funcionamiento pero dicha especificidad no puede ser un obstáculo para establecer fluidos y permanentes intercambios.

Todos ellos deben estar guiados por nuevos estilos de trabajo que hagan hincapié en los equipos que se unen para realizar tareas y luego se separan con el fin de formar nuevos grupos. Ello requiere una gran plasticidad en los vínculos y nuevas predisposiciones de los profesionales, como he venido planteando a lo largo de este trabajo, pero también nuevas actitudes y formas de funcionamiento -mas democrático y participativo- de las organizaciones que participan en la red de cuidados.

A éstas no les es fácil superar viejas concepciones de tipo vertical y burocrático escasamente rentable para la atención a las nuevas y complejas necesidades. Habrá que pensar mas en relaciones, entre profesionales e instituciones, en términos de horizontalidad, de una jerarquización que no se sostenga en roles y

estatus clásicos sino en base a los objetivos y teniendo en cuenta la aparición de nuevos roles profesionales. Ésta es, en mi criterio, la gran innovación en la atención continuada a la salud mental y una profundización en los postulados progresistas que guiaron la Reforma Psiquiátrica y los movimientos tendentes a huir del riesgo de medicalización de la salud. (56)

La necesaria modernización de la gestión queda, con frecuencia, reducida a una gestión económica y de control estadístico y descuida el mayor capital de la organización, que son los profesionales.(57) El cada vez mas intenso control burocrático vuelve a las organizaciones mas rígidas.

Los cambios institucionales son lentos y cada cultura organizacional se resiste al intercambio y al necesario ajuste que implican sus contactos con los otras.

Hay un tipo de instituciones a las que por sus características podemos llamar cerradas o centradas en ellas mismas, que sienten el exterior amenazante y que se adaptan difícilmente a las características de sus clientes o de aquellos que con ellas interaccionan. Tienden mas bien a exigir una adaptación de los mismos a sus características. Hay otras instituciones que podemos llamar abiertas, con conciencia de que su función es prestar servicios a los otros, que está orientada al entorno y a la que le interesa mas lo que se hace que el control, la uniformidad y la predecibilidad y el sostenimiento de estatus poco operativos. Su forma de gestión se orienta a hacer posible la tarea de los que realizan el trabajo nuclear. Son instituciones mas modernas, de servicios, con conciencia de que operan en entornos cada vez más abiertos y con cambios vertiginosos. Entornos donde el número de grupos de interés, de demandantes de recursos y grupos con los que ha de colaborar aumenta extraordinariamente. Eso las hace complejas y menos predecibles tanto por el incremento como por la calidad de la interacción entre los elementos significativos; las hace también , aparentemente, mas vulnerables o mas expuestas a ansiedades, en especial, de contenidos paranoides. Pensemos en la cantidad de intercambios planteados hacia (a veces también desde) los servicios de salud mental (atención primaria de salud, de servicios sociales, sistema educativo, ámbito judicial, servicios especializados de atención a la infancia y adolescencia en riesgo, servicios de atención a víctimas de violencia familiar o de género, etc.) La exposición a dichas ansiedades así como un cierta tonalidad de turbulencia (58) es un riesgo -necesario- que corre cualquier institución abierta y dispuesta a intercambios con el exterior. Dichos intercambios conllevan y exigen una modificación en las actitudes de las

personas pero también en los sistemas de trabajo y una flexibilidad en las formas de relación. La rigidez de las mismas pretendía preservar a los sujetos de la ambigüedad y ansiedades resultantes. Embarcarse en dichas prácticas, las llamaré interinstitucionales o transversales, es un riesgo y un reto. Pero necesarios para una práctica innovadora, no repetitiva, instituyente. A mayor apertura de la institución mayor riesgo de ansiedades. Si éstas no son suficientemente contenidas su efecto se hace sentir sobre la calidad de la tarea y los niveles de satisfacción de las personas, dignos también de ser tenidos en cuenta.

Para ello es especialmente importante una política de atención a los profesionales que sea abierta, que incentive la innovación y el esfuerzo y que emplee recursos de apoyo, los necesarios para que puedan realizar sus tareas en condiciones adecuadas y sintiéndose contenidos por la propia organización para poder, así, contener las ansiedades de sus pacientes. Al igual que hay instituciones cerradas y abiertas, en tanto actitud mental, también pueden ser cuidadoras o descuidadoras. Los profesionales y más cuando se embarcan en prácticas nuevas y, como hemos dicho, de importantes intercambios con su entorno, necesitan mayor apoyo para realizar su tarea de modo adecuado. Hay maneras más que conocidas de organizar esos apoyos, como son la formación continuada y la supervisión. (59) (60) (61)

Hay que poner muchos esfuerzos en garantizar los cuidados continuados a aquellas personas que los necesitan. Es un objetivo sustentado en una exigencia ética desde el reconocimiento de los derechos de los sujetos y la obligación de las instituciones y sus profesionales de hacerlos posible. Serán necesarios cambios en la disposición personal, en las dinámicas de los equipos y las organizaciones y disposición de todos para un debate abierto. Ojalá que una mayor inversión en apoyo al desarrollo de las personas y a los políticas de igualdad –a través de la salud, la educación, el trabajo, los servicios sociales- logren mayores niveles de salud. Pero cabe también pensar que junto a ese esfuerzo continuado habrá que hacer frente a los efectos sobre la salud y la salud mental de los procesos sociales tan cambiantes y nuevos, del paso de una sociedad de valores sólidos a otra de valores menos firmes o líquidos y de vínculos más frágiles (62) a las secuelas derivadas de la insuficiencia de muchas familias para una adecuada crianza; de los procesos migratorios llevados a cabo con tanto dolor y en tan precarias condiciones; de la violencia familiar y de género; de los comportamientos de alto riesgo en adolescentes; del abuso en el consumo de tóxicos; de la pobreza tan cercana y de la lejana y de las diversas formas

de exclusión social; de los conflictos armados en tantos lugares del planeta; de la indefensión que en tantos sujetos y comunidades provoca la precariedad con que han de hacer frente a los desastres provocados por la naturaleza. Para hacer frente a la deseable desaparición de esas situaciones y sus secuelas son necesarias propuestas políticas pero también acciones profesionales comprometidas, continuadas, y de calidad (63) articuladas de modo que haya el menor riesgo de desaprovechamiento de recursos y el mayor nivel de satisfacción de usuarios y profesionales. Planteado todo ello desde inequívocas posiciones de respeto al paciente, a sus características, a su singularidad, a su historia; garantizando en todo momento y en todos los lugares o servicios por los que transite su dignidad y sus derechos como viene expresándose en distintas normativas como la Ley de Autonomía del Paciente y en los códigos éticos. Habrá que hacer esfuerzos para incorporar a éstos las nuevas situaciones que se producen en relación con la confidencialidad, la obtención, uso y soporte de la información, las posibilidades y límites de los intercambios entre profesionales e ir trabajando hacia la construcción de una ética de la continuidad de cuidados.

- 1.- Martínez Ros, J “La enfermedad”. Adonais. Madrid 2004
- 2.- M. Martí i Pol. “Temps d’interluni”. Ed. 62 Barcelona 1994
- 3.- Leal, J.: *Cuidarse, cuidar, ser cuidado*. En *La soledad del cuidador*. CRIPS. Societat Catalana de Rorschach i Tétodes Projectius, 2001
- 4- FREUD, S. El malestar en la cultura. Madrid. Biblioteca Nueva. Obras Completas, Tomo VIII.
- 5.- FREUD, S. El porvenir de una ilusión. Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.
- 6.- Spitz, R. "No y el Sí. Sobre la génesis de la comunicación humana." Ed. Hormé. Buenos Aires, 1972
- 7- Winnicot, D. "Realidad y Juego" Granica Ed. Buenos Aires, 1982
- 8- Leal, J. “Salud mental y diversidad(es): trabajar en red.” En *Vertex. Rev. Argentina de Psiquiatría*. 2005 Vol. XVI Buenos Aires
- 9.- Flores P. “El eclipse del ciudadano”, en *Crisis económica y Estado de Bienestar*. Barcelona, IEF, 1989
- 10.- Sennett, R. *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en el mundo de la desigualdad*. Anagrama, Buenos Aires, 2003
- 11.- Pichjón-Riviere, E. Teoría del vínculo. Visión. Buenos Aires, Nueva Visión, 1982

- 12.- W.R. Bion, *Experiencias en grupo*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1979
- 13.- Todorov, T. *La vida en común. Ensayo de antropología general*. Taurus. Madrid 1995
- 14.- Golse, B. *Primeras interacciones y orígenes del psiquismo*. En *Quaderns de salut mental 3*. FCCSM. Barcelona 2002
- 15.- Cruz, M. "Las malas pasadas del pasado" Anagrama. Barcelona. 2005
- 16.- Izquierdo, M.J. "El cuidado de los individuos y de los grupos: quién se cuida. Organización social y género". . En *Quaderns de salut mental 3*. FCCSM. Barcelona 2002
- 17.- Baudrillard, J. "La génesis ideológica de las necesidades." Cuadernos Anagrama nº 140. Barcelona, 1976
- 18.- Leal J. "Aproximación a una lectura institucional de los Servicios de salud Mental" en Leal, J. (coord.). *Equipos e instituciones de Salud (mental); Salud (mental) de equipos e Instituciones*. Madrid. AEN, 1997.
- 19.- Izquierdo, M.J. Op. Cit.
- 20.- Camps, V. "La voluntad de vivir" Ariel. Barcelona, 2005
- 21.- Leal J. Lugar del sujeto en el discurso comunitario. *Quaderns de Serveis Socials*, nº 1, Diputació de Barcelona, 1991
- 22.- Bleger, J. *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1974
- 23.- Sennet, R Op. Cit.
- 24.- Gómez, R. "El médico como persona en la relación médico-paciente". Editorial Fundamentos, Madrid, 2003
- 25.- Leal J: "Equipos comunitarios ¿Una ilusión sin porvenir, un provenir sin ilusión?" en *Salut Mental i Serveis Socials: l'Espai Comunitari*. CIFA-AEN, Barcelona, 1993
- 26.- Salzberger, I *La relación asistencial, aportes del psicoanálisis kleiniano*. Buenos Aires, Amorrortu, 1974
- 27.- López Krahe, A.: "Atención comunitaria a la salud mental" En "Salud mental y atención primaria de salud". XVII Congreso AEN. San Sebastián, 1986
- 28.- Galende, E. Nuevos perfiles y enfoques en los cuidados comunitarios a personas con enfermedad psicótica. Maristán, vol. VII, número 13 Diciembre 1999 Sevilla.
- 29.- Goffman, E. *Internados*. Amorrortu, 1970

- 30.- Illich, I, y otros: Profesiones inhabilitantes. H. Blume Ediciones. Madrid, 1981
- 31.- Gonzalez de Chaves, M.: "La transformación de la asistencia psiquiátrica". AEN Madrid 1980
- 32.- Pérez, F.: "Los grandes cambios: desde la institución manicomial a la atención comunitaria". En Leal, J. (coord.). *Equipos e instituciones de Salud (mental); Salud (mental) de equipos e Instituciones*. Madrid. AEN, 1997
- 33.- Laviana, M.: "Reflexiones sobre el proceso de desinstitucionalización". En Salut Mental i Serveis Socials: l'Espai comunitari. CIFA-AEN. Barcelona, 1993.
- 34.- García González, J. "Epistemología de la desinstitucionalización" en *Documentos de Psiquiatría*, nº 10, Madrid, 1990
- 35.- Basaglia, F. La institución negada, Barcelona, Seix Barral, 1972
- 36.- Lara,L. López,M.: "La coordinación intersectorial en la atención a la salud mental: nuevas instituciones y formas de gestión". En Leal, J. (coord.). *Equipos e instituciones de Salud (mental); Salud (mental) de equipos e Instituciones*. Madrid. AEN, 1997
- 37.- Saraceno ,B. Montero, F.: "La rehabilitación entre modelos y práctica". Rev. Inf. Psiq. Nº 131
- 38.- Lefebvre,H. "La vida cotidiana en el mundo moderno"Alianza Editorial, Madrid, 1984
- 39.- Leal, J.: "Salud Mental Comunitaria y cotidianidad en la infancia y adolescencia". Rev. Apuntes de Psicología, 1988 nº 26. Sevilla
- 40.- Cortina, A.: "La transición ética" En *El Pais*, 20.12.2003
- 41.- Lara,L, López,M. Op. Cit.
- 42.- Ibañez, M.L. y otros: "El reto del trabajo interdisciplinar" Rev. AEN, Año Xxi, nº 79 2001
- 43.- Garcia, J. Montejo, J.: La cronicidad,: reflexiones acerca de su epistemología". En Espinosa, J. Cronicidad en psiquiatría". *Madrid. AEN 1986*
- 44.- Desviat, M. "La asistencia de la psicosis en España o hacia donde va la asistencia psiquiátrica" en Rivas,F. ."La psicosis en la comunidad". AEN Madrid.
- 45.- Galende E. Barenblit V.; "La función de curar y sus avatares en la época actual". En Salut Mental i Serveis Socials: l'Espai Comunitari. CIFA-AEN, Barcelona, 1993

- 46.- Lara, L. Necesidades de una red de dispositivos sociales y de nudos humanos: la trama para vivir la psicosis en comunidad. En Rivas, F i otros."La psicosis en la comunidad".Asociación Española de Neuropsiquiatria.Madrid 2000
- 47.- Camps, V. Op. Cit.
- 48.- Varios: Salut Mental i Serveis Socials: l'Espai Comunitari. CIFA-AEN, Barcelona, 1993
- 49.- Leal J. i Roig M. "Interdisciplinarietà: paradigma o ficció? Rev. Informatiu nº 5, CIFA
- 50.- Vallejo, F.: "Características, funciones y tareas de los equipos comunitarios de salud mental". En Leal, J (coord.) Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones. Madrid. AEN 1997
- 51.- Inglott, R.: La cuestión de la transdisciplinarietà en los equipos de salud mental". Rev. AEN , 1999, Vol XIX nº 70
- 52.- Jaques E. Y Menzies, I.: Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1980
- 53.- Menzies I. Containing anxiety in Institution: select essays. Columbia University Press, USA, 1990
- 54.- Dabas E.N. *Red de redes*. Paidós. Barcelona, 1993.
- 55.- Cancrini, L (1994) Entrevista. Text i Context. COPC Barcelona
- 56.- Illich, I.: La némesis médica. Barcelona, Laia, 1972
- 57.- Leal J."La importancia de los recursos humanos en los servicios del bienestar" Rev. del CIFA. Nº 20 Sep.94
- 58.- Schlemenson, A."Análisis organizacional y empresa unipersonal" Paidós Buenos Aires, 1988
- 59.- Espino, A., Olabarría, G. La formación de los profesionales de la salud mental en España. Madrid. AEN 2003
- 60.- Leal, J.: "La supervisión: una modalidad de formación continuada del equipo interdisciplinar de salud mental". En Espino, A., Olabarría, G. La formación de los profesionales de la salud mental en España. Madrid. AEN 2003
- 61.- Leal Rubio, J.: "Formarse, formar, ser formado". Revista del CIFA nº 8. Año 1.992
- 62.- Bauman, Z. "Amor Líquido .Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos" Fondo de Cultura Económica .Madrid .2005

63.- Torres, F.: “Instrumentos estandarizados para valorar la calidad de los servicios comunitarios de salud”. En Leal,J (coord.) Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones. Madrid. AEN 1997