

Volumen III



N°9

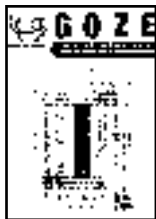


N°10

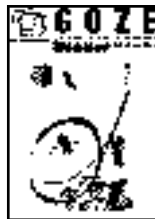
Volumen III



N°5



N°6



N°7



N°8

Volumen II



N°1



N°2



N°3



N°4

GOZE:

Gogo Osasunaren Zientzietarako Erakundea/OsasunMentalaren Elkartea.
Academia Vasca de Ciencias de la Salud Mental
Asociación Vasca de Salud Mental.

Consejo Editorial:

Andoni Candina
Rodrigo Gonzalez-Pinto
Javier Ogando, Ana Ibarrondo
Pablo Unzueta, Iñaki Markez,
Carmelo Malda, Begoñe A riño.

Director

Revista GOZE:

Iñaki Markez

Consejo Asesor
y de Redación:

Alvarez,C	Alvarez, S.
Ayerra, JM.	Cristobal, R.
Chicharro, F.	De la Rica, JA.
Díaz de Garramiola, A.	Egiluz, I.
Elizagárate, E.	Erkizia, B.
Gonzalez-Pinto, A.M.	González Torres, M.A.
Guimon J.	Gutierrez Fraile, M.
Hernanz, M.A.	Iraurgi, I.
Iruin, A.	Jimenez Lerma, J.M.
Landabaso, M.A.	Lasa, A.
Martinez Azumendi, O.	Marijuan, M.
Martinez-Cué, C.	Medrano, J.
Ozamiz, A.	Padierna, A.
Pereira, R.	Pons, E.
Póo, M.	Retolaza, A.
Santander, F.	Sanz, J.
Tolosa, M.	Totrika, K.
Uriarte, JJ	Vega, A.
Ylla, L.	Zuazo, JI.

Sede Social: Ercilla, 4. 48009 Bilbao. Tlf: 94 423 00 49.

Sede social de O.M.E.: Barrencalle 404º(Cantón).48005-Bilbao-Tel f: 94 416 22 02

Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de GOZE- Academia Vasca de Ciencias de la Salud Mental, salvo que esté así especificado.

La revista GOZE es accesible en el Servicio Bibliográfico de:
CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco).
InforSEP (Sociedad española de Psiquiatría).
IME (Índice médico español).

GOZE

Gogo Osasunaren Zientzetarako Erakundea/OsasunMentalaren Elkartea.
Revista de la Academia Vasca de Ciencias de la Salud Mental
y de la Asociación Vasca de Salud Mental.
Vol III nº10, Urria/Octubre 2000

© Copyright 2000 GOZE

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin la autorización del titular del Copyright.

Realización y administración:

EKIMEN

Apdo. Correos nº 276 48990 Algorta. Bizkaia. Tf: 94 467 49 79

E-mail: ekimen@euskalnet.net

Diseño y maquetación:

Zoom Graphics

Impresión:

JESMAP Andrés Kasi 15 2º Izq. BILBAO

Portada:

Serie: Artistas jóvenes. Fotografía/Cobre: sin título.

Autor: Irune Arieta-Araunabeña Goñi.

Logo GOZE

E. Chillida.

Deposito Legal:

BI 2557-97

Publicación cuatrimestral (3 números por año) no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares.

Publicación gratuita para asociad@s.

Ejemplar atrasado: 900 ptas

Esta publicación ha contado para su edición con la subvención y colaboración de:

- Departamento de Sanidad. Eusko Jaularitza

- Laboratorios farmacéuticos:

Du Pont, Esteve, Ferrer Intermicinal, Janssen-Cilag,
Lilly, Novartis, Pfizer, SmitKline- Beecham, Synthelabo Pharma, Vita Ben

Colabora:



OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

S U M A R I O

PRESENTACION

- Rehabilitación y salud mental comunitaria: aún es posible.....7
Iñaki Markez.

PARA LA REFLEXION

- Los costes invisibles de las enfermedades mentales.....11
Mari Angeles Duran.

- Jóvenes desempleados/as y salud mental.....23
Imanol Pradales.

- Mujeres desempleadas y salud mental.....29
Socorro Alvarez.

ORIGINALES Y REVISIONES

- Los comités de ética asistencial en el campo de la salud mental...35
Fernando Santander y Margarita Hernanz.

- ¿Es rezar un tratamiento médico eficaz?.....43
José J. Uriarte, Juan Medrano y Pablo Malo.

HISTORIA

- Alcmeón de Crotona.....51
Faus tino Valiño.

INFORMES

- Resolución del Consejo de Europa sobre la Promoción de la Salud Mental.....57

CARTAS/OPINION/NOTICIAS

- Sobre la Psicología en el País Vasco.....61
Joaquín Ponte.

- Sección de psiquiatría de la academia de ciencias médicas de Bilbao.....65
Oscar Martinez Azumendi.

CONGRESOS

- Francisco Chicharro.....67

ACTUALIZACION BIBLIOGRAFICA

- Ander Retolaza, Rodrigo Gonzalez-Pinto y Mónica Póo.....69

AGENDA

- Mónica Póo, Iñaki Markez.....73

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN Y ADMISIÓN DE ORIGINALES EN LA REVISTA GOZE.

GOZE acepta para su publicación aquellos trabajos o temas de Psiquiatría y Psicología que se ajusten a las normas que a continuación se exponen y que sean aceptados por el Consejo de Redacción. Fundamentalmente, los trabajos serán clasificados en Originales, Notas para la reflexión y Revisiones. No obstante, otros trabajos serán publicados en otras secciones de la Revista, tales como Cartas, Docencia, Historia, Casos Clínicos, Debates, Informes, Congresos, Crítica de Libros, etc.

- 1 Los trabajos deberán ser inéditos y no se presentarán simultáneamente en otra publicación.
- 2 Deberán ser remitidos a la Redacción de GOZE mecanografiados, a doble espacio en hojas de tamaño A-4, escritos por una sola cara, numerados en el ángulo superior derecho y en soporte informático.*
- 3 En la primera página figurarán exclusivamente y por este orden los siguientes datos: título, del trabajo, nombre y dos apellidos de los autores, centro desde donde se realizó aquél y dirección completa del primer autor para la correspondencia.
- 4 En la segunda página figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo en castellano e inglés. El resumen que no será superior a 150 palabras, incluirá la intencionalidad del trabajo, resultados obtenidos más destacados, y principales conclusiones. Al pie del resumen se especificarán de tres a seis palabras claves para la elaboración del índice de la revista.
- 5 La extensión máxima de los trabajos será de 20 folios y 6 figuras o tablas para los originales: Las Notas Clínicas deberán contener un máximo de 6 folios y 4 figuras o tablas. Las Revisiones podrán contener un máximo de 25 folios o tablas.
- 6 Estructura del texto: variará según la sección a que se destine, si bien los originales deberán constar de una Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión.
- 7 Es imprescindible también, que los artículos originales vengán acompañados de Bibliografía. Las citas irán ordenadas alfabéticamente y seguirán la siguiente normativa. Para las revistas: a) Apellidos e iniciales de los nombres del autor o autores. b) Título del trabajo en la lengua original. c) Abreviatura de la revista, según el método internacional. d) Número del volumen, primera y última página de la referida y año de publicación. Para los libros: a) Apellidos e iniciales del autor o autores. b) Título del trabajo en su lengua original. c) Página de la cita, editorial, ciudad y año.
- 8 La iconografía de los trabajos será de dos tipos: tablas y figuras. Las tablas se enviarán en hoja aparte, numeradas, con el título en la parte superior. Las notas aclaratorias irán al pie. Las gráficas irán dibujadas a tinta china, cuidando que su observación permita comprender su significado sin necesidad de recurrir al texto. Sus dimensiones nunca serán inferiores a 9 x 12 cm.
- 9 El primer autor podrá recibir tres ejemplares de la revista una vez publicada. Cuando desee recibir mayor número de ellas lo comunicará con suficiente antelación.
- 10 La Redacción de GOZE, oídas las sugerencias del Comité de Selección, podrá rechazar los trabajos que no estime oportunos, o bien indicar al autor aquellas modificaciones de los mismos que se juzgen necesarias para su aceptación.
- 11 La Dirección y Redacción de GOZE no se responsabilizará de los conceptos, opiniones o afirmaciones sostenidas por los autores en sus trabajos. Caso de ser aceptados, quedarán en propiedad de la Revista y su reimpresión posterior precisará la autorización de la misma.

*El soporte informático será de discos de 3.5" de PC. Los archivos serán de tipo texto (TXT.) o Word.

REHABILITACIÓN Y SALUD MENTAL COMUNITARIA: AÚN ES POSIBLE

Iñaki Markez. Médico psiquiatra.

La salud de las personas es desigual. Es diferente la salud de hombres y mujeres, atribuida a las diferencias biológicas, pero también por el injusto y desigual influjo de sus diferentes roles sociales sobre su salud. No digamos nada si te ha tocado vivir en una región en vías de desarrollo. Hoy, las declaraciones de la OMS sobre la salud como un estado de bienestar completo, físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez, o las declaraciones de Alma Ata sobre priorizar la asistencia hacia la atención primaria desahogada, junto a la aplicación de programas de salud pública en la comunidad se instalan en la utopía (Desviat y Fdez. Liria, 2000).

Las ideas de hace pocos lustros sobre la psiquiatría comunitaria suenan a prehistoria, incluso para algunos de sus promotores. Surgieron alternativas a las instituciones cerradas orientando la actividad hacia los hospitales generales y las intervenciones comunitaria con atención cercana a los domicilios. La desinstitucionalización que se pretendía se quedó en tímida deshospitalización, lo cual dista de la integración de los pacientes en la sociedad. Los modelos comunitarios han sido (o deberían ser) la base de los procesos de desinstitucionalización favoreciendo la continuidad de cuidados, la coordinación entre los diferentes dispositivos de atención, el trabajo en equipo, la integración de las diferentes intervenciones, la participación de la red social y en último término facilitar la autodeterminación de las personas en lo referente a su salud. La sectorización puede favorecer

algunas de estas cuestiones pero aún habrá que salvar el hecho de que aún el hospital psiquiátrico sea el elemento esencial del modelo asistencial, habrá que optimizar los recursos existentes, generar estructuras intermedias, modificar funcionamientos administrativos, acercarse a la comunidad, etc.

Como señala Victor Aparicio (1999), para un cambio real es necesario un marco legislativo que permita el desarrollo de planes estratégicos; un modelo comunitario aun no asumido por todos los sectores intervinientes en la psiquiatría; el compromiso de quienes desde el poder político han de aportar bases presupuestarias sólidas para financiar el proceso; la existencia de un grupo de trabajadores de la salud mental motivado para ir desarrollando y creando una nueva cultura multidisciplinar y comunitaria.

Saraceno (1996) critica el todo vale en psiquiatría, en concreto, en rehabilitación psiquiátrica. Critica el pragmatismo de la neutralidad de las técnicas y se afianza en una opción de la psiquiatría que integre lo técnico con lo cultural y antropológico, a sabiendas de que esto hoy se vea con recelo.

La desinstitucionalización, la rehabilitación psicosocial o la salud mental comunitaria, no son sinónimos de sistema con dispositivos extrahospitalarios o de intervención fuera de los hospitales psiquiátricos, pues no olvidemos que hoy sigue dominando el hospitalocentrismo hegemónico como contingente de pacientes y de ideología psiquiátrica.



Los espacios, la práctica biopsicosocial, la escucha, la organización, el trabajo integrador, la red social, el desarrollo de lo existente, las nuevas teorías si fuéramos capaces de producirlas,... son mucho más que la actuación biologicistas, cuando no simplemente prescriptora en un marco de contención.


La psiquiatría comunitaria, más allá de ser ocasionalmente leída como un exótico capítulo en algunos manuales y tratados de psiquiatría, requiere mayor comprensión y mayor aplicación. Las limitaciones manifiestas de los abordajes exclusivamente farmacológicos y el demostrado influjo de los factores psicosociales y el demostrado influjo de los factores psicosociales junto a la evidencia epidemiológica obligan al cambio. Las personas enfermas aun no exigen. Mientras tanto ¿cual será la opción desde los profesionales y desde las instituciones?

Estos meses venideros serán prolijos en encuentros de salud mental. La rehabilitación, la bioética, la atención comunitaria, las drogodependencias, el estrés, la salud pública, etc, serán abordadas con amplitud por un buen número de profesionales. Y es que la investigación, la reflexión y el debate sobre lo que se esta haciendo o se desea realizar siempre vienen bien, son bien recibidas.

Desde este equipo quedamos preocupados por las novedades legislativas respecto a los afectados por el Sida. Las cifras de personas heroínómanas, según estimaciones y estudios

recientes, no crecen, va disminuyendo la utilización de la vía inyectada, tampoco es grande el número de quienes acceden por primera vez a las drogas ilegales por esta vía pero aun es elevada la cantidad de afectados de Sida entre estos pacientes, muchos de ellos usuarios de los centros de atención a las toxicomanías.

Ocurre que en enero del presente año entró en vigor el decreto que regula los criterios de valoración de las minusvalías en personas seropositivas, con el consiguiente endurecimiento de los mismos, privando de ayudas económicas y otros derechos a muchas gentes afectadas. Diversos grupos profesionales y de afectados han criticado los criterios restrictivos y discriminatorios, que regulan solo algunos aspectos clínicos de las afecciones físicas sin considerar las repercusiones psicológicas y sociales. Para la consideración de los factores sociales el decreto gubernamental se requiere un 25% de incapacidad, siendo precisos varios ingresos hospitalarios al año, lo cual no se exige en otras enfermedades.

Por ello, para el próximo 1 de diciembre, Día Mundial del Sida, hay planteada una recogida de firmas hasta 500.000- para solicitar la modificación legislativa, por dignidad, por sus derechos, por solidaridad. 

Referencias Bibliográficas

- Desviat, M y Fernandez Liria, A (2000). Salud mental comunitaria como estrategia o utopía. *Psiquiatría Pública* Vol. 12, 1: 7-8
Aparicio, V (1999). El declinar de una reforma devaluada. *GOZE* Vol. III, 6:29-34
Saraceno, B (1996). *Libertando identidades: Rehabilitación y ciudadanía. Edición italiana* "La fine dell'intrattenimento. Etas Kumps.

LOS COSTES INVISIBLES DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.*

María Angeles Durán. Socióloga*

I.- La elección del marco de análisis.

El objetivo de esta ponencia es presentar algunos resultados de un proyecto de investigación patrocinado por la Fundación BBVA titulado "*Los costes invisibles de la enfermedad*", que se ha desarrollado entre 1996-1999**. Aunque el informe final se refiere a todo tipo de enfermedades y discapacidades, los resultados generales son aplicables a las enfermedades mentales y contiene además numerosas informaciones relevantes sobre este tipo específico de enfermedad.

La interacción entre empleo y salud mental es compleja, por lo que las perspectivas de análisis son múltiples, no excluyentes, y complementarias. Algunos criterios de clasificación de las posibles perspectivas de análisis son los siguientes:

1.-Las perspectivas que enfatizan la *ausencia* de un elemento positivo, versus las que enfatizan la *presencia*. Este criterio permite clasificar las aproximaciones según que se interesen principalmente por el empleo o por el desempleo y por la salud mental o por la enfermedad mental.

2.-Las perspectivas que sitúan *la causalidad* en el empleo-desempleo, versus las que lo sitúan en la salud-enfermedad. A estas perspectivas causales hay que añadir las diacrónicas que analizan el desarrollo temporal de la interacción entre ambas causalidades.

3.-Las perspectivas que colocan el énfasis en el *sujeto individual enfermo*, frente a las que asu-

men como elemento principal de análisis las *instituciones*, o los *sujetos individuales del entorno* del desempleado o del enfermo.

4.-Las perspectivas que se concentran en el *reducido número de sujetos* que habiendo reunido, al menos inicialmente, las condiciones de empleado y sano, han perdido después ambas condiciones, frente a los análisis referidos a la *totalidad de la población*, y el efecto que tiene sobre ellos el empleo-desempleo y la salud-enfermedad. En esta segunda perspectiva se analiza el impacto sobre toda la población, tanto si los efectos se producen en la edad temprana pre-laboral, como en la edad tardía post-laboral, o se trata de amas de casa cuyo trabajo principal no puede definirse como empleo.

La mayor parte de las ponencias y comunicaciones presentadas en este congreso van a adoptar la perspectiva de la "*ausencia*", van a asumir la dirección causal "*desempleo-enfermedad*", van a centrarse en los *sujetos individuales enfermos* y sólo se referirán a los sujetos que han partido inicialmente de una *situación de empleo y salud*. En mi caso y con la venia expresa de los organizadores, voy a adoptar una perspectiva muy diferente, y por tanto complementaria de las anteriores. No sólo me referiré, paradójicamente, a los "empleos" creados por la enfermedad mental sino que pondré el acento principal de la causalidad en la enfermedad y no me ocuparé tanto de los desempleados enfermos cuanto de las demandas que estos generan en su entorno, especialmente en el ámbito familiar. Finalmente, mi perspectiva no será tanto clínica o terapéutica cuanto

** Puede obtenerse solicitándolo a la fundación BBVA, calle Gran Vía 12, 48001-Bilbao. La referencia bibliográfica es: Durán, María Angeles. "Los costes invisibles de la enfermedad", Fundación BBVA, Bilbao, 2000.

(*) Basada en la ponencia presentada en la Conferencia sobre el Impacto del Desempleo en la Salud Mental Bilbao, 19 y 20 de Mayo de 2000.

económica y política, puesto que plantearé los temas de la redistribución de las cargas sociales, la transferencia de coste entre el sistema sanitario y los hogares y la priorización del cuidado de los enfermos en las negociaciones presupuestarias.

II.- El contrato social, el contrato político y el contrato mercantil.

Una de las consecuencias de la enfermedad es la pérdida de autonomía del sujeto que la padece. El enfermo necesita la ayuda de otros, tanto técnica como económica, de cuidados y de apoyo afectivo. En los casos graves e incapacitantes, esta necesidad de ayuda es muy intensa y se extiende a toda la vida.

El enfermo mental recibe el cuidado que necesita en virtud de varios tipos de contrato social:

a. El *contrato mercantil*, en el que el enfermo compra servicios de atención como otro cualquiera de los que presta al mercado, tanto en forma directa e inmediata como en forma indirecta o diferida (seguros privados, y en cierto modo, la Seguridad Social).

b. El *contrato político*, que garantiza a todos los ciudadanos ciertas prestaciones por el Estado del que forman parte, con relativa independencia de su contribución personal a la financiación del servicio o a la seguridad social (sistemas de seguridad social o asistencia social financiados con impuestos generales).

c. El *contrato familiar*, que implícitamente establece las reglas de adscripción de recursos y cargas dentro de la familia nuclear y extensa.

d. La relación de *solidaridad no contractual*, por la que el enfermo obtiene cuidados de personas o asociaciones de voluntarios con las que no le une ningún tipo de vinculación contractual implícita o explícita.

La atención que reciben los enfermos proviene de una combinación de estos varios tipos de relaciones sociales, y es variable en función de su capacidad económica, edad, situación laboral, género, etc.. También depende del tipo de enfermedad que genere la necesidad de atención. Las enfermedades mentales tienen un patrón de respuesta muy diferente de otras enfermedades, como revelan los contratos-tipos de numerosas

aseguradoras privadas que las excluyen de su cobertura.

III.- La estimación del número de enfermos mentales en España.

En el momento actual carecemos de estimaciones fiables sobre el volumen y distribución de la demanda de cuidados generada por los enfermos mentales. Tan sólo hay estudios muy generales o sobre algunos tipos específicos de enfermedad mental. Algunos de estos estudios manejan estimaciones del número de enfermos en un momento dado, en tanto que otros se refieren a la afectación por la enfermedad en cualquier momento de la vida del individuo.

En una primera estimación de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1982, a nivel universal, se propuso la cifra del 10% de la población como proporción que sufre alguna clase de deficiencia física, mental o sensorial. El "*Libro Blanco*" sobre *Política Social Europea* (1994) mantiene esta misma estimación para la Unión Europea, y a facilitar su integración se destinan diversos programas (Fondo Social Europeo, programa Helix, iniciativa Horizon).

En España, la *Encuesta sobre Discapacidades, deficiencias y minusvalías*, del INE, de 1986, cifró este número en 5.743.291 personas, equivalente al 14,87% de la población. La distribución por género y grandes grupos de edad en aquella fecha era la siguiente: varones, 2.497.922 y mujeres 3.245.370.

Tabla 1 Distribución de la población afectada por clases de discapacidad

Tipo de discapacidad	Población afectada (N)	Población afectada Población total* (%)
Ver	817.432	2,15
Oír	911.714	2,38
Hablar	194.323	0,51
Otras comunicaciones	220.057	0,57
Cuidado personal	437.403	1,15
Andar	857.837	2,25
Subir escaleras	2.529.049	6,65
Correr	4.031.799	10,60
Salir de casa	812.095	2,13
Ambientales	1.275.725	3,35
Conducta con uno mismo	387.116	1,01
Conducta con los demás	296.816	0,78
Residencia y dependencia	1.333.925	3,15
Discapacidad futura	20.949	0,0

Fuente: Citado por Muñoz Machado, García Delgado y González Seara, con datos del INE "Encuesta sobre Discapacidades, deficiencias y minusvalías", 1986 y del INSERSO, 1987.

* Columna elaborada por la autora teniendo en cuenta una población de 38 millones.

Según el *Plan de Acción para las Personas con Discapacidad* (Insero, 1996), el número de personas con algún tipo de discapacidad en 1996 es 2.864.790. La reducción no se debe a una mejora real en la situación de los afectados, sino a una reclasificación de los datos. Esta estimación excluye a las personas mayores de sesenta y cinco años, que según la encuesta de 1986 presentaban un índice de discapacidad del 56,25%. Por tanto, las cifras reales, para el conjunto de la población, son mucho mayores que estas últimas. La re-definición operativa de la discapacidad refleja bien los problemas planteados por el envejecimiento en la población española. Una discapacidad auditiva, visual o de movilidad, que en una persona joven sería considerada grave, se considera "normal" en una persona mayor de setenta y cinco años, y, en gran parte, inevitable y por tanto relativamente carente de interés médico. La introducción del concepto de "normalidad según edad" es sin duda útil para algunos propósitos, pero no modifica el hecho fundamental de que en la sociedad española, las familias y los propios afectados han de enfrentarse a la reducción de capacidades de la población de edad avanzada, y a los costes de todo tipo que ello entraña. En cierto modo, las encuestas generales contribuyen a la opacidad e invisibilización de los problemas de dependencia o discapacidad generados por la edad, porque se producen constantemente sesgos en las muestras, en las que "desaparecen" quienes por su mala salud (enfermos en cama, en instituciones) no están en condiciones de responder o ser entrevistados y se renuncia a hacerlo (por ejemplo, las Encuestas Nacionales de Salud, que no incluyen la población que vive en residencias) o acaban sustituyéndose por entrevistados más accesibles y, por tanto, generalmente más sanos o con menores índices de discapacidad.

Reproducimos la tipología utilizada en el Informe del Insero, que no coincide exactamente con la utilizada por los analistas de la Encuesta del I.N.E. de 1986.

Clases	Población afectada
<i>De carácter psíquico</i>	296.401
Retraso Mental	152.548
Enfermedades mentales	100.648
Otras	43.205
<i>De carácter sensorial</i>	288.320
De audición	105.832
De visión	128.707
De lenguaje	34.997
Otras	18.784
<i>De carácter físico</i>	832.867
De aparato locomotor	481.314
De aparato circulatorio	189.647
De aparato respiratorio	96.557
Endocrino-metabólicas	65.349
<i>De carácter mixto</i>	17.749
<i>Otras discapacidades</i>	11.865

Fuente: INSERSO, Plan de acción para las personas con discapacidad 1996.

Como puede verse según la fuente utilizada en la tabla 1, la discapacidad asociada con la "conducta respecto a uno mismo" afecta en España a 387.116 personas, y la "conducta con los demás", a 296.816 personas; ambas cifras no son excluyentes, y muchos enfermos padecen ambos tipos de problemas, junto con otros de los señalados.

Según el posterior informe del Insero, que excluye a los mayores de 65 años y se refiere por tanto en mayor medida a los potencialmente activos (aunque también incluye niños), se estima el número de discapacitados psíquicos en 296.401, de los cuales 152.548 por retraso mental, 100.648 por enfermedad mental y 43.205 por otras causas.

Otra encuesta reciente que ha aportado datos útiles es la realizada por la ONCE (1996-97) sobre "Bienestar Social". Es del tipo de las llamadas encuestas indirectas, o por referente, en las que sobre una muestra representativa standard se pide información a los entrevistados sobre otras personas en las que se produzcan las circunstancias objeto de investigación.

Un problema metodológico relevante en las encuestas por referentes es el de la desigual visibilidad (saliencia) de distintos grupos sociales. Por ejemplo, en esta encuesta el 60% de los referentes son varones, frente a un 40% de mujeres. Sin embargo, según la Encuesta de Discapacidades del INE (1986), el porcentaje de varones sobre el total de discapacitados era 61% en el grupo de cero a cinco años, 49% en el de

seis a sesenta y cuatro años y 38% en el de mayores de sesenta y cinco años. Para el conjunto de discapacitados, la distribución por género era 43% de varones y 57% de mujeres. Además, la creciente mayor expectativa de vida de las mujeres les acarrea mayor probabilidad de discapacidad sobrevenida. ¿Por qué los entrevistados, pues, "eligen" varones mayoritariamente como objeto de representación de la minusvalía, e informan más sobre ellos que sobre mujeres?.

Tabla 3. Distribución de los discapacitados según género y grandes grupos de edad

Fuente: Elaboración de M.A. Durán, datos del INE, "Encuesta sobre Discapacitados, deficiencias y minusvalías", 1986.

Grupos de edad	Total	%	Varones	Mujeres	% Varones
0-5	43.047	1	26.184	16.864	61
6-64	2.804.837	49	1.378.531	1.426.306	49
65 y +	2.895.407	50	1.093.207	1.802.200	38
Total	5.746.291	100	2.497.922	3.245.370	43

Sólo en un caso claro de discapacidad, en el que existe un fuerte componente degenerativo y asociado a la edad, la proporción de mujeres entre los referentes es, efectivamente, más elevada del 40%: es el caso de los sordos, donde hay un 58% de mujeres entre los referentes. También es previsible que en la realidad haya más discapacidades sobrevenidas como accidentes de tráfico o de trabajo entre los varones (falta brazo/mano, 73% de varones entre los referentes: falta pierna/pie, 81%: parapléjicos, 66%), y en este sentido la imagen de los referentes se ajusta a la realidad. Sin embargo, no parecen corresponder a diferencias en frecuencia, sino a visibilidad social, o al azar del reducido número de casos, en las diferencias en el caso de mudos, sordo-mudos, con problemas para desplazarse, parálisis cerebral, síndrome de Down, autismo y otras discapacidades físicas y mentales.

En cuanto a los tipos de discapacidad referidos, se plantea el mismo problema metodológico de saliencia. Las discapacidades de los ancianos se aceptan como "naturales" y resultan poco visibles, aunque en el conjunto de la población sean las más abundantes y las que mayor demanda colectiva de recursos institucionales y no institucionales generan. A la inversa, los "casos raros" y los "casos dramáticos" llaman más la atención y

se visibilizan o recuerdan más fácilmente. También contribuye a su visibilización la existencia de organizaciones activas, e incluso la aparición reciente de casos notables en los medios de comunicación.

La investigación sobre la discapacidad se beneficiaría de estudios fenomenológicos, que recojan la experiencia directa de los enfermos y no la de las instituciones o allegados, especialmente en el modo de vivir la relación con su propio cuerpo y con los iguales. (Mulderij, 1996).

Según la Encuesta de Bienestar Social, ONCE, 1996-97 los temas más comunes de preocupación en los hogares españoles son el desempleo (58% lo citan), la salud (44%) y las pensiones (32%), que en cierto modo se asocian con la enfermedad y la discapacidad. El temor a la enfermedad y la discapacidad forman parte del sustrato de preocupaciones en torno a la salud, aunque no se concreten de una forma tan específica. Sobre una batería de once temas en la encuesta mencionada, en respuesta múltiple no ordinal, con una media de respuestas señaladas de 2,55 por entrevistado, el 6% de los entrevistados mencionó la preocupación por las discapacidades como una de las que preocupan en su hogar.

El tipo de discapacidad que padecen las personas referidas por los entrevistados en la Encuesta de Bienestar Social, ONCE, 1996-97, se refleja en la tabla adjunta.

Tabla 4. Tipo de discapacidad que padece la persona referida

Tipo de discapacidad	%	N
1 Ciego	11	(274)
2 Sordo	4	(100)
3 Mudo	3	(41)
4 Sordomudo	3	(74)
5 Falta brazo/mano	2	(60)
6 Falta pierna/pie	3	(63)
7 Problemas para desplazarse	6	(144)
8 Parapléjico (parcial)	7	(174)
9 Parapléjico (total)	3	(84)
10 Parálisis cerebral	3	(70)
11 Síndrome de Down	10	(237)
12 Autismo	*	(11)
13 Otras discapacidades mentales	11	(254)
14 Otras discapacidades físicas	8	(205)

Fuente: Encuesta de Bienestar Social, ONCE, 1996-97.

Según esta encuesta, *el 11% de las discapacidades referidas por los informantes son de origen mental*, (aparte de autismo, síndrome Down, parálisis cerebral) aunque no conocemos en qué época de la vida del enfermo aparecieron.

Estas cifras, aún siendo altas, son inferiores a las que resultan de aplicar a la población española los índices de enfermedad mental generalmente utilizados por los organismos internacionales. Solamente para la esquizofrenia, este índice se estima en el 1% de la población, y se considera muy estable internacionalmente. Si se aplicase a España equivaldría aproximadamente a 400.000 personas afectadas (aunque se refiere a lo largo de toda su vida).

IV.- El cuidado remunerado de los enfermos mentales.

Paradójicamente, las enfermedades generan empleo cuando su cuidado o prevención se transfiere al mercado de trabajo. Se trata de los profesionales sanitarios y sociales que se ocupan de los enfermos a cambio de salarios o de la prestación profesional de servicios. Según el INE ("Contabilidad Nacional de España", 1997), el conjunto del sector sanitario genera en España 95.000 empleos en el sector privado y 404.000 empleos en el sector público, además de los empleos indirectamente relacionados con la sanidad que se contabilizan en otros sectores. Los trabajadores que ocupan estos puestos de trabajo atienden a enfermos hospitalizados y no hospitalizados, además de realizar labores preventivas. Según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1995 (INE, 1998), el número de altas hospitalarias por "trastornos mentales" fue de 97 mil personas, de ellas 56 mil varones y 41 mil mujeres. Estas cifras representan el 2,3% de las altas hospitalarias totales, el 2,8% de los varones y el 1,9% de las mujeres. A ellas había que sumar parte de las altas correspondientes al diagnóstico de "enfermedades del sistema nervioso" (52 mil en total).

Los hospitales son instituciones cerradas a cuyo través se canalizan gran parte de los recursos

monetarios y humanos asignados a la atención sanitaria. En los hospitales se aplica la tecnología más avanzada en el campo médico y, también, en el campo económico u organizativo. Es en los grandes hospitales, con presupuestos anuales de miles de millones de pesetas, donde más ha arraigado la idea de que en su gestión han de aplicarse principios de racionalidad administrativa y económica, y donde es más evidente el peso de las innovaciones ideológicas y contables fuera de las empresas o prácticas profesionales privadas. Los gerentes de los grandes hospitales se enfrentan a problemas organizativos similares a los de los empresarios del sector servicios, y por ello hemos analizado este sub-sector sanitario con mayor detalle, elaborando numerosos índices de producción de servicios y ponderándolos con los recursos de trabajo utilizados.

Frente al cuidado familiar, no profesionalizado, disperso, no remunerado y sometido a la dificultad de planificar la evolución de los recursos asignados o requeridos por la enfermedad de un miembro del hogar, el hospital representa el extremo opuesto del arco de atenciones a la salud. Ambos sistemas, el institucional sanitario y el familiar, se necesitan y complementan mutuamente, y hemos tratado de analizar el coste del trabajo en el contexto hospitalario precisamente como telón de fondo de los costes invisibles del cuidado a los enfermos en el contexto doméstico.

La hospitalización representa la máxima atención que las instituciones sanitarias proporcionan a los enfermos. Bajo su responsabilidad recae no sólo el tratamiento estrictamente médico, sino también la prestación de varios servicios que habitualmente prestan los hogares: alojamiento, alimentación, limpieza, ropa, protección y vigilancia. La prestación de servicios por los hospitales, no obstante, no se limita a los enfermos internados; también prestan atención, mediante las consultas externas, a pacientes no internados.

Los grandes hospitales generan problemas específicos a sus enfermos y a los familiares que les atienden. Los pacientes actuales aceptan con creciente dificultad los inconvenientes de la vida hospitalaria, el contacto con otros enfermos y el

alejamiento del medio familiar. La vuelta a la normalidad se produce más rápidamente cuanto menos aislado ha estado el enfermo durante su tratamiento.

Actualmente y según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, hay en España 77 hospitales psiquiátricos de larga estancia y 11 de corta estancia, pero numerosos enfermos mentales reciben tratamiento e incluso internamiento en residencias privadas no definidas como psiquiátricas. También es numerosa la proporción de pacientes con trastornos mentales en los hospitales geriátricos (101 establecimientos) y en las residencias privadas para personas mayores.

La proporción de personal por enfermo de continuidad anual varía según el tipo de hospital. Según el sencillo indicador de camas por personal, que para el conjunto de los hospitales es 0,42 (número de camas dividido por el número de trabajadores del hospital), el índice más bajo se produce en los hospitales infantiles (0,27), le siguen las maternidades (0,34) y hospitales generales (0,35) y, a mucha distancia, los hospitales geriátricos (1,01), los psiquiátricos de corta duración (1,10) y los psiquiátricos de larga duración (1,53 camas por trabajador). *La proporción, en los psiquiátricos de larga duración, es 5,6 veces más alta que en los hospitales infantiles y 4,37 veces más alta que en los hospitales generales.* En los geriátricos y de crónicos, esta proporción es, relativamente, 3,74 y 2,88 veces más alta que en los infantiles u hospitales generales.

En los psiquiátricos de larga estancia, por cada trabajador hay 494 días/año de internados, o lo que es lo mismo, 135 enfermos de continuidad anual. En los geriátricos y crónicos son 327 estancias por año, ó 0190 enfermos de continuidad anual por trabajador.

De signo inverso a la proporción de camas o estancias atendidas por trabajador es el índice de consultas externas anuales por trabajador: la mínima se da en los psiquiátricos de larga estancia (10,27 consultas anuales por trabajador) y la máxima en los hospitales infantiles (193) y hospitales generales (113), seguido de cerca por los hospitales quirúrgicos (92) y maternidades (91). Los costes de personal en el cuidado remunerado

de la salud son sólo una parte del coste monetarizado. En los hospitales, la composición del personal depende de varios factores, especialmente del tipo de servicios ofrecidos. El personal sanitario constituye el 69,4% del personal que trabaja en los hospitales (y es reflejado en sus plantillas a efectos estadísticos), pero esta cifra engloba desde un mínimo de 58,5% en los hospitales psiquiátricos hasta un máximo del 73,5% en los quirúrgicos. El personal no sanitario (excluidos los directivos), que como promedio es el 29,1% del personal hospitalario, tiene su máximo en los hospitales psiquiátricos de larga estancia (39,7%) y el mínimo en los hospitales quirúrgicos (24,4%). Dentro del personal sanitario, las diferencias en la proporción entre personal de enfermería y el resto del personal según tipo de hospital son notables, igual que lo son entre personal de enfermería titulado y auxiliares de enfermería. En psiquiátricos de larga estancia y en geriátricos, la proporción de médicos respecto al personal es, respectivamente, 7,3% y 9,5%, mientras la de auxiliares de enfermería es 39,7% y 34,6%. En los hospitales quirúrgicos o infantiles hay, respectivamente, 33,6% y 22,4 de médicos, así como 20,9 y 26,5% de auxiliares de enfermería.

V.- El impacto de la enfermedad mental en el empleo de los familiares de enfermos.

Como ya hemos señalado, los costes de personal de la atención a un enfermo/año en hospitales psiquiátricos de larga estancia es la más baja de todas las instituciones hospitalarias, y en 1993 se podría estimar en 3.292.979 pesetas, y esto es debido a su carácter menos intensivo en consumo de personal. Para el año 2000, una vez acumulada la inflación, probablemente se acercará a los 4 millones de pesetas, equivalente a 333.333 pesetas mensuales por enfermo/internado. Este es el valor del empleo destinado a cuidar del enfermo. Sin embargo, los enfermos-año hospitalizados sólo equivalen a 18.586 pacientes, lo que significa que la inmensa mayoría de los enfermos no están internados y sólo reciben cuidados puntuales de las instituciones sanitarias, centrados en el diagnóstico y prescripción de tratamiento. ¿Quién se hace cargo, y en virtud de qué tipo de

relación, de los cuidados requeridos por los 387.116 personas con discapacidad derivada de la "conducta respecto a uno mismo", o las 296.816 (coincidente en parte con las anteriores) cuya discapacidad deriva de la "conducta con los demás", a quienes nos referíamos al comienzo de trabajo? ¿Y quién se hace cargo de los 296.401 discapacitados psíquicos menores de sesenta y cinco años que el Insero reconoce para 1996, de los cuales 100.648 lo son por enfermedades mentales?. Detrás de cada uno de ellos puede suponerse, sin riesgo de error que hay una persona que no sólo no puede acceder al empleo sino que también carece de los beneficios que ayudan a los desempleados.

El cuidado de estos enfermos recae básicamente sobre sus familias. Pero hablar de las familias es generalmente un eufemismo, porque la atención a los enfermos ha sido un cometido adscrito tradicionalmente a las mujeres, dentro del ámbito familiar, y así sigue siendo en España todavía hoy.

La adecuada valoración del impacto de la enfermedad mental sobre los familiares de los enfermos no es contraria a la lucha contra su estigmatización, pero no puede permitir el olvido o minusvaloración de los costes sociales de la enfermedad. Habitualmente en el seno de las familias se produce una división de papeles que no se debe tanto a la voluntariedad de sus miembros como a las presiones sociales y poder relativo de cada uno de ellos. Obviamente, la inmensa mayoría de las familias españolas no pueden dedicar 333 mil pesetas mensuales al pago de cuidados remunerados a sus enfermos mentales, y han de asumir el cuidado por sí mismas, tanto si lo desean como no.

La división interna del trabajo y el poder dentro de la familia rara vez permite un reparto de la carga del cuidado entre todos los miembros del hogar, y casi inevitablemente se genera un cuidador principal, que acaba convirtiéndose en cuidador casi exclusivo. Los estudios sobre ancianos demenciados muestran que en toda Europa se repite, aunque con diferente intensidad, el patrón de adscripción social del cuidado de los enfermos a las mujeres de la familia (esposa, hija, hermana).

Hay que resaltar el hecho del crecimiento constante de los años de vida en invalidez así como del número de personas ancianas enfermas y dependientes, tanto física como económicamente. Una sola patología, la demencia, de enormes consecuencias socioeconómicas además de sanitarias, ha dado lugar a estimaciones de prevalencia para Europa, para población mayor de 60 o 65 años (según los estudios), de entre un 1,3% y un 7,8%. *Las cifras más frecuentemente utilizadas para la población de edad superior a 60 años, afectada de demencias "moderadas" o "severas" es entre el 5 y el 10%. A ello se añade otro 20% que presenta síntomas de "un deterioro psíquico" significativo.* (Mateos Alvarez y Rodríguez López, 1989).

La convivencia con los enfermos demenciados es sumamente difícil, y, en ocasiones, peligrosa. Mace y Robins (1990) recoge n numerosos testimonios de familiares y cuidadores de enfermos de Alzheimer en grado avanzado, que relatan incidencias con calentadores, hornillos, escaleras, azoteas, puertas de vidrio, escalones, piscinas, sustancias químicas, y todo tipo de herramientas o vehículos. Por ejemplo, señalan que "si el enfermo fuma, antes o después dejará cigarrillos encendidos y se olvidará de apagarlos". Respecto a las comidas, "las personas con problemas de memoria olvidan comer, a pesar de que se les deje el alimento a la vista: llegan a esconder la comida, a tirarla o a comerla cuando ya se ha echado a perder". "La mala coordinación les hace derramar la comida. Con frecuencia babea y tienen trastornos respiratorios y dificultades para tragar, que pueden provocar fácilmente un atragantamiento que les impida hablar, toser o respirar. Una persona con Alzheimer, gradualmente irá olvidando la manera de atender a su higiene personal: a menudo se enfadan cuando les piden que se bañen o cambien de ropas, piden auxilio, grita o insultan..." (op. cit p. 93). En las etapas avanzadas de la enfermedad, orinan y defecan sin darse cuenta. Pierden el equilibrio y sufren caídas fácilmente, o hacen movimientos bruscos que ocasionan caídas de objetos o de personas. En las etapas finales, la lesión del sistema nervioso afecta profundamente al resto del orga-

nismo. "La causa inmediata de la muerte es por lo general una complicación del tipo de una neumonía, una desnutrición, deshidratación o infección" (p.120), pero los certificados de defunción suelen mencionar solamente la última complicación como causa inmediata de la muerte, lo que dificulta la evaluación epidemiológica de la enfermedad mediata.

Aunque no es esencial que el cuidado se preste a personas que vivan en la misma familia, en los países de la Europa del Sur esta es la solución más frecuente. En España *sólo el 26% de las personas que cuidan a ancianos viven en hogares distintos de aquellos en los que el cuidado es proporcionado. Respecto al 74% de los que viven juntos, el 58% viven juntos de modo permanente, y el 16% sólo de modo temporal. La mayoría de los que proporcionan cuidados a personas mayores (93%) no cuentan con ninguna ayuda profesional o institucional en el desempeño de esta tarea. En la mayor parte de los casos, la persona que proporciona el cuidado no recibe ningún tipo de recompensa económica por parte de la persona cuidada: el 63% nunca reciben ningún tipo de remuneración, el 13% sólo de vez en cuando y finalmente, el 23% reciben a menudo algún tipo de compensación económica. Según la encuesta del CIS (1994), la razón más común para proporcionar apoyo a las personas de edad avanzada de la propia familia es de tipo ético. Los prestadores de cuidados consideran esto como un deber moral (90%). En cualquier caso, esta base moral o ética no es causa suficiente para que dejen de tener en cuenta otros factores diferentes, tales como la incapacidad económica para conseguir soluciones de otro tipo, o la inexistencia de canales institucionales para llevarla a cabo. De ahí que en las respuestas múltiples, casi la mitad de las personas que prestan cuidados (42%) señalen también que "no tengo otra alternativa que cuidar a esta persona" y un 11% resaltan que "hay muchas personas en mi entorno que consideran que yo no estoy obligado a hacer este sacrificio". Actualmente sólo el 16% de las personas que proporcionan cuidados son la pareja de la persona que lo recibe. En más de la mitad de los casos, la persona que proporciona el*

apoyo es una hija del anciano/a (52%).

La relación entre el cuidador familiar y el paciente a su cargo es muy diversa y compleja. En los casos más favorables, se produce una evolución positiva, con el descubrimiento de antiguos lazos recíprocos de afecto y la maduración o crecimiento interior del cuidador. Pero muy frecuentemente la relación no evoluciona en este sentido positivo, y se producen enormes conflictos en la relación entre el enfermo y sus cuidadores y entre los cuidadores y otros familiares, y no sólo en los casos de demencia senil.

En España, según la Encuesta de Cuidados a Personas Mayores realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (1994) la mayor parte de los prestadores de cuidados desarrollan su actividad de modo permanente (75%) y su ayuda es la única (55%), o al menos la principal que recibe el anciano (26%). Los horarios de cuidado y asistencia en la mayor parte de los casos se distribuyen entre todo el tiempo disponible: 62% de los proveedores de cuidados aplican su ayuda en la mañana, la tarde y la noche. El tiempo diario dedicado al cuidado supera las cinco horas diarias en el 53% de los casos, y entre tres y cinco horas en el 20% de los casos. Esta dedicación a menudo se repite diariamente o casi diariamente (55%). La interpretación del cuidado como un acto moral o de solidaridad intergeneracional no significa que los proveedores de cuidados consideren que esta responsabilidad u obligación moral es exclusivamente suya. Muy al contrario, el 42% de los cuidadores consideran que "el gobierno debería tomar parte de la responsabilidad del cuidado que ellos prestan" en contra de un 41% que afirma lo contrario. Mayor es el grado de acuerdo alcanzado en la valoración del papel de asistencia a los cuidadores que podría asumir el Gobierno. Tanto el apoyo económico en forma de salario mensual para los cuidadores, como la asistencia a domicilio, son propuestas recibidas con entusiasmo por los cuidadores (80% apoya la primera medida y 64% la segunda). En la mitad de los casos (50%) los cuidadores son esposas, y sólo en un 5% de los casos son jubilados o retirados. La condición de "no activos" es al mismo tiempo causa y conse-

cuencia de la condición de cuidador. El trabajo de cuidador es asignado a quienes no tienen ningún trabajo pagado, y los que lo tienen encuentran muy difícil continuar la provisión de cuidado sin sufrir una pérdida en su independencia económica, o tienen dificultades para hacerse cargo de los gastos generados por el anciano y por la dependencia de sus ingresos.

VI.- El síndrome del siamés.

En contraste con los trabajadores asalariados, respecto a los cuales hay una abundante información sobre los costes derivados del trabajo (enfermedades profesionales, accidentes, etc.), la información sobre los costes derivados de las actividades de cuidado son muy escasos. El 64% de ellos han tenido que reducir o eliminar su tiempo de ocio, 51% se sienten cansados y el 48% no pueden tomarse vacaciones. El conflicto que surge respecto al trabajo pagado, que constituye la base de la independencia y del bienestar económico, se hace muy visible: para muchas personas, no es posible lograr un empleo bajo esas condiciones o están forzados a reducir el tiempo que dedicaban a sus anteriores empleos.

Los costes de tratamiento y cuidado de los enfermos mentales en instituciones públicas se socializan, en el sentido de que se reparten entre toda la población que sufragará el cuidado mediante impuestos. En cambio, en el caso de los enfermos cuidados en casa hay una fuerte concentración de los costes del cuidado. Obviamente, tanto el reparto social como la adscripción de los costes tiene un fuerte componente político y de género. En los casos de no validez de los padres, su permanencia en el propio hogar resulta muy difícil a menos que reciban ayuda externa, ya sea comprada en el mercado sanitario/asistencial, familiar, de los servicios sociales o de algún tipo de voluntariado. Ante una hipotética situación de este tipo, el 71% de la población mayor de dieciocho años dice (CIRES, 92-93) que les llevaría a vivir con ellos a su domicilio, y un 27% opta por otras vías de solución. El lapso de tiempo entre la independización de los hijos y la apari-

ción de invalidez en los padres es cada vez más largo, tanto por la reducción de nacimientos en edades tardías de las madres como por el alargamiento de la esperanza de vida válida. Cuando la generación que tiene entre 75 y 90 años necesita cuidados muy especiales, la generación siguiente tiene entre 50 y 65 años, y frecuentemente todavía están en su hogar sus propios hijos.

La aceptación de traer al propio hogar a los padres en caso de invalidez es más elevada entre las mujeres (75%), que asumen en general en mayor medida las obligaciones familiares, que entre los varones (68%). Entre las personas mayores de cincuenta años (75%) es una actitud más común que en las menores de esa edad (69%), por lo que hay que suponer que en el próximo futuro se debilitarán este tipo de respuestas. El componente educativo e ideológico también se asocia con el tipo de solución preferida para este problema. En cuanto a la posición social, asociada a su vez a la capacidad adquisitiva y a la participación en el mercado de trabajo, es muy clara la mayor favorabilidad de las personas del nivel alto hacia las soluciones que requieren mayor disponibilidad de recursos económicos, como mantener al anciano en su propio domicilio, ayudándole personalmente y por otras personas, o ingresarles en una residencia. Este tipo de soluciones no están actualmente al alcance de las familias de rentas bajas y tampoco lo han sido históricamente, por lo que no las consideran como alternativa real al cuidado de sus mayores. En el último cuarto de siglo se ha producido un gran cambio en la estructura social española, que es la incorporación de la mujer a la vida social, especialmente a la educación, el empleo y la participación política. Estos cambios los recogió la Constitución de 1978, garantizando la igualdad sin discriminación de sexo. Un buen indicador de cambio es que en sólo diez años el número de amas de casa a tiempo completo se ha reducido en un millón de personas. Además, en el grupo de edad de 20 a 30 años el número de amas de casa se ha reducido a la mitad.

Las amas de casa han sido la reserva estructural de mano de obra disponible para la prestación de cuidados de salud no remunerados. Todo el siste-

ma español de cuidado de la salud depende del trabajo no remunerado: en general, por cada 12 horas de atención para mantener el estado actual de cuidados de la salud, los no-sanitarios han de contribuir con otras nueve horas de cuidados (a otros y autocuidados) a cada hora de trabajo realizada por los sanitarios. Aún cuando carecemos de datos específicos para los enfermos mentales, esta proporción a de ser mayor aún, debido al alto porcentaje de crónicos y personas de edad avanzada entre los enfermos mentales.

En los casos graves e invalidantes, al “cuidador principal” del enfermo mental le es difícil escapar al *síndrome del siamés*. No puede tener autonomía respecto al enfermo, y éste pesa sobre él todas las horas del día, del año y de la vida. Afecta a sus posibilidades de estudiar, de contraer matrimonio, de lograr un empleo, de mantenerse en el empleo o promocionarse, de integrarse socialmente. Casi siempre entraña un empobrecimiento económico y la dependencia respecto a otros familiares, además de compartir el estigma del enfermo y, en los casos mas graves, los riesgos de su convivencia.

Por ello, la atención a los enfermos mentales, como otros tipos de enfermos que generan demandas intensivas de cuidados, tiene un fuerte componente político. Obliga a repensar las reglas de intercambio en el contrato social que vincula a los ciudadanos entre sí y respecto al Estado. Obliga a pensar en la re-distribución de cargas y beneficios, y a *distinguir entre eficiencia de gestión y mera derivación de costes hacia quienes no están en condiciones sociales de rechazarlos*. Para los próximos años, la tensión social creada por el rechazo a los modelos tradicionales de cuidado de los enfermos aumentará, debido a la superposición de dos factores: el incremento de la población con enfermedades mentales debidas al envejecimiento y el descenso del número de personas disponibles para hacerse cargo de ellos gratuitamente.

Hace falta una urgente dotación de servicios públicos, combinada con nuevas fórmulas organizativas y financieras, y una nueva conciencia moral para el reparto entre todos de las responsabilidades familiares.



* Catedrática de Sociología Profesora de Investigación en el departamento de economía del Consejo Superior de investigaciones Científicas. C/Serrano, 117. 28006 Madrid. Email: dur@ieg.csic.es

**Profesora de Investigación del CSIC.

Referencias bibliográficas.

- Centro de Investigaciones Sociológicas (1994): *Encuesta de Cuidados a Personas Matoes*, Madrid.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales (1998): *Las personas con minusvalía es España*. Necesidades y Demandas, Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales (1996): *Plan de acción para las personas con discapacidad*, Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística (1987): *Encuesta sobre discapacidades. Deficiencias y minusvalías*. Tomo I, año 1986, Madrid
- Instituto Nacional de Estadística (1987): *Encuesta sobre discapacidades. Deficiencias y minusvalías*. Tomo II, año 1986, Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística (1998): *Contabilidad Nacional de España*, año, 1997.
- Instituto Nacional de Estadística (1998): *Encuesta Nacional de Morbilidad Hospitalaria*, 1995, año 1998, Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística (1998): *Anuario Estadístico*, España, año 1997. Madrid.
- Mace, Nancy L., Robins, Peter V. (1990): *Cuando el día tiene 36 horas*, Editorial Pax México Librería Carlos Cesarman, S.A., México.
- Muñoz Machado, García Delgado y González Seara (1997): *Las estructuras del bienestar*, Civitas, Madrid.
- ONCE (1997): *Encuesta de Bienestar Social*, 1996-97, Madrid.

JÓVENES DESEMPLEADOS/AS Y SALUD MENTAL. (*)

Imanol Pradales *. Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología.

En la sesión de trabajo organizada en la Universidad de Deusto tuvimos la oportunidad de acercarnos, siquiera de manera sucinta, y de la mano de los profesores Thomas Kieselbach y Bjorgulf Claussen, al conocimiento de un tema tan importante como es el del impacto del desempleo en la salud mental en los jóvenes desempleados/as. Decir a este respecto, que resultó un seminario ciertamente interesante aunque breve, no obstante, para poder tratar el tema que ahora nos ocupa en toda su extensión.

En efecto, tal y como se apuntó en repetidas ocasiones a lo largo de la sesión, el desempleo juvenil es, per se, un tema de vital importancia en el conjunto de la Unión Europea. Y lo es, por cuanto que las tasas de desempleo juvenil en el ámbito de la Unión rondaban el pasado año, según los datos ofrecidos por la OCDE, el 19.1% del total de la población económicamente activa, frente a una tasa global de paro 9 puntos porcentuales inferior.

De hecho, y más explícitamente, se puede decir que a excepción de los países de la órbita sajona (Alemania, Austria y Suiza), la tasa de desempleo juvenil es superior a la global en todo el resto de la UE, a pesar de las diferencias intracomunitarias.

En cualquier caso, el objeto de esta presentación es exponer las conclusiones más significativas a las que se llegaron. Pues bien, los principales puntos o factores a considerar serían:

a. Primeramente, tal y como se ha señalado hasta este momento, subrayar el fenómeno del desempleo juvenil como objeto de atención primaria en la agenda comunitaria. Así, no podemos olvidar, en consonancia con lo que numerosos científicos sociales han puesto de relieve, que el estadio de la adolescencia -de la juventud- es el periodo en el cual aparece un conflicto que resultará crucial en lo que a

la formación de la identidad personal y su posterior desarrollo se refiere. En este sentido, la experiencia del desempleo en estas edades, la falta de trabajo, y lo que es más importante quizás, el concepto de "decomposition", de falta de socialización en la ética del trabajo (por cuanto que numerosos adolescentes que finalizan o abandonan sus estudios caen, de manera irreversible, en situaciones de desempleo) puede provocar, con el tiempo, un deterioro imprevisible de la salud mental de los afectados.

b. Efectivamente, de los numerosos estudios realizados hasta la fecha con diferentes colectivos juveniles, podemos afirmar que existe, ciertamente, correlación empírica entre la permanencia en una situación de desempleo y el deterioro de los estándares de salud mental. Son, sin embargo, escasas las enfermedades mentales que pueden ser explicadas por una relación simple de causa efecto. Paralelamente, y siguiendo las conclusiones extraídas de un reciente estudio dirigido por el profesor Kieselbach, y que nos fueron mostradas ayer, parece meridianamente claro que a pesar del estatus o perfil normalizado de salud mental que presentan muchos de los desempleados juveniles en la actualidad, es de esperar un retraso en la aparición de la sintomatología de las enfermedades mentales asociadas con el desempleo. Entre otras podríamos citar

las siguientes:

- Un menor nivel de autoestima y de satisfacción personal ante la vida.
- Mayores índices depresivos, sentimientos de soledad, niveles más altos de ansiedad.
- Experiencias más comunes de alienación, exclusión y marginalización social.
- Menores niveles de actividad física.

En cualquier caso, entre los investigadores de esta materia existe la idea generalmente compartida de que los desempleados/as jóvenes presentan niveles de propensión hacia conductas desviadas o de riesgo, significativamente más altas que entre aquellos que poseen un empleo.

c. Un tercer factor de importancia a tener en cuenta es, quizás, ese de la victimización del afectado por el desempleo, y que está asociado, consecuentemente, con la carencia de empleo. Sin entrar en excesivos detalles, a grandes rasgos podríamos caracterizar la victimización como un proceso "identitario", si es que vale la expresión, formado a partir de múltiples elementos, entre los que sobresalen:

- la pérdida de características asociadas al trabajo, lo que limita, por su parte, los espacios de interacción social de los afectados (cooperación en el lugar de trabajo, traba de amistades,...).
- la falta de recursos personales, no solamente económicos o financieros, sino también sociales.
- en consecuencia, un sentimiento de estigmatización creciente entre la población afectada.

d. Finalmente, no podemos olvidar, bajo ningún concepto, las diferencias interregionales a la hora de cuantificar o medir el riesgo de

padecer un mayor o menor deterioro de la salud mental por parte de los desempleados/as jóvenes. Qué duda cabe que los diferentes regímenes de protección social existentes, o el papel jugado por el núcleo familiar varían sustancialmente de unos países a otros. Tal y como apuntó el profesor D. Gallie, parece que el sistema de familia tradicional imperante aún de forma mayoritaria en los países del sur de Europa, juega un rol fundamental a la hora de sostener situaciones psico-sociales y económicas ciertamente precarias entre alguno de los miembros del núcleo familiar.

Algunas de las medidas necesarias, en opinión del profesor Claussen, para combatir el impacto del desempleo juvenil en la salud mental pueden ser divididos en dos grandes grupos:

1. De carácter societal: se hace referencia a la implantación de políticas de aplicación más general, del tipo de:

- la profundización en una educación generalizada que no deje fuera a ningún grupo específico.
- un seguimiento continuado, por parte de las Instituciones Competentes, de aquellos que han sido expulsados o han abandonado el sistema educativo.
- Políticas que incentiven el trabajo protegido de los colectivos afectados por el desempleo juvenil
- Programas de formación tipo el sistema de aprendizaje dual alemán, ya que, de alguna manera, parece ser uno de los mitigadores de la tasa de desempleo juvenil.
- Medidas de activación (práctica de deportes, actividades culturales, etc).

2. De carácter individual: nos referimos a programas de carácter más específico del tipo:

- Programas educacionales para los jóvenes desempleados.
- Programas vocacionales para los jóvenes desempleados.
- Programas específicos para personas con handicaps (retrasados mentales; aquellos que presentan handicaps sensoriales y locomotores y; esos otros con pequeñas discapacidades y minusvalías).

La puesta en práctica de estas medidas exige, sin lugar a dudas, el apoyo por parte de las diferentes administraciones públicas en los diversos niveles (local, regional, nacional y supranacional), de tal forma que su aplicación sea una realidad y no una mera declaración de intenciones.

Por último, quisiera finalizar con una *reflexión*.

El fenómeno del desempleo en general y del desempleo juvenil en particular, no es únicamente el problema de la falta de empleo para una parte mayor o menor de la población. Las altas tasas de desempleo (y desempleo juvenil) que soporta aún la UE han provocado la aparición, desde hace ya más de una década, de un concepto más amplio y dinámico, en el debate científico primeramente, y en la agenda política de los diferentes gobiernos después. La **EXCLUSIÓN SOCIAL**, o mejor dicho, el riesgo de quedar excluidos de los circuitos sociales, de la estructura social, para

amplias capas de la población, es uno de los grandes retos que están sobre la mesa para un futuro inmediato. Así, y centrándonos en el desempleo juvenil, creo necesario citar el concepto de "injusticia intergeneracional" que dicho fenómeno conlleva.

En efecto, la existencia de una capa importante del colectivo juvenil que no es "socializado" bajo los roles, normas, pautas y valores asociados al trabajo, y que hasta hace escasas fechas eran la regla general de nuestras modernas sociedades, presupone un gran riesgo para el futuro. Me refiero, efectivamente, a la cohesión social de nuestras sociedades, a la legitimación mayoritariamente compartida de un sistema redistributivo, igualitario y justo que nos convertía en ciudadanos con derechos no solamente políticos, sino derechos de carácter social, tal y como el célebre sociólogo inglés T. H. Marshall anticipara allá por el año 1949. Tenemos, por lo tanto, la responsabilidad de implementar las políticas necesarias, no sólo para combatir el desempleo juvenil, sino también -y esto es especialmente importante en Euskadi- para combatir los crecientes niveles de precariedad en el empleo, por cuanto que ambos fenómenos son parte del sustrato de ese concepto más amplio que es el de la exclusión social.



(*) Grupo de trabajo en la Conferencia Internacional sobre Desempleo y salud Mental. Bilbao, 19-20 de mayo de 2000.

* Unemployment and Mental Health Project. Facultad de C.C.P.P. y Sociología, Universidad de Deusto. Apdo. 1. 48080. Bilbao. Bizkaia. E mail: eganda@soc.deusto.es



OSASUN MENTALA ETA LAN SALUD MENTAL Y TRABAJO

**10 de octubre • Día Mundial de la Salud Mental
Urriak 10a • Munduko Osasun Mentalaren Eguna**



**EGIN DEZAGUN LAN ELKARREKIN
TRABAJEMOS JUNTOS**

MUJERES DESEMPLEADAS Y SALUD MENTAL. (*)

M^a Socorro Alvarez. Psicóloga*

Los estudios e investigaciones, así como la reflexión general entre la ciudadanía, se ha ocupado sobre todo de la relación existente entre "desempleo" y salud mental en el caso de los hombres, mientras que en el caso de las mujeres se tiende a reflejar el influjo sobre su salud que tiene la incorporación al mercado laboral, enfatizando especialmente los problemas de estrés y la psicopatología relacionada con las demandas excesivas que les plantea la conciliación de vida profesional y vida familiar.

No obstante, en este contexto general, lo cierto es que existen estudios que muestran diferencias significativas de salud mental y física que favorecen a las mujeres con un empleo en contraposición a las que no lo tienen.

Si esto es así, si afirmamos que existen pruebas de que el trabajo remunerado fuera del hogar protege la salud mental de las mujeres y, seguidamente comprobamos el enorme incremento de la tasa de ocupación de las mujeres en las últimas décadas, la perspectiva que se nos ofrece es altamente positiva y optimista.

Sin embargo, si bien es cierto que nunca ha habido tantas mujeres empleadas, también es cierto que nunca ha habido tantas mujeres con empleos precarios. Y en este punto es donde las enormes desigualdades que aún existen en el mercado laboral entre mujeres y hombres se traducen en un aumento de la vulnerabilidad social y en un mayor riesgo de salud mental de las mujeres asociado al empleo/desempleo. La segregación de las mujeres, en determinadas ramas de actividad y profesiones, así como su segregación vertical en los niveles jerárquicos inferiores de las empresas, las diferencias salariales, su importante presencia en la economía sumergida, son condicionantes socioeconómicos que influyen negativamente en la salud de las mujeres e introducen

elementos diferenciales en el por qué (causas), qué (patologías más frecuentes) y cómo se manifiestan en enfermedades (sintomatología) con relación a los hombres.

Todos estos condicionantes, junto con las mayores dificultades que siguen presentándose a las mujeres para compaginar sus responsabilidades profesionales y familiares (debido a la persistencia de los estereotipos de género que continúan asignando roles diferentes a mujeres y a hombres), hacen necesaria la potenciación de las políticas de igualdad de oportunidades en los diversos ámbitos y en especial, en el ámbito laboral con resultados palpables en:

1. El cambio de mentalidades y actitudes de la ciudadanía en general, mujeres y hombres, para repartir equitativamente la totalidad del trabajo, el remunerado y el no remunerado.
2. La reestructuración social de manera que se creen los servicios sociales y comunitarios que descarguen a las familias, y sobre todo a las mujeres, de gran parte del trabajo no remunerado que realizan actualmente.
3. La reorganización de las empresas y de los modos de trabajo, de tal forma que todas las personas puedan conciliar sus responsabilidades profesionales, familiares y personales, y

en especial las mujeres.

Decía que nunca había habido tantas mujeres ocupadas laboralmente, y tampoco tantas con empleos precarios y problemas derivados de su inserción laboral, pero la tercera realidad que nos encontramos es que el enorme incremento de la tasa de actividad de las mujeres se ha traducido también en el aumento de su tasa de desempleo. Nunca ha habido tantas mujeres desempleadas. Por lo tanto, jamás ha habido tanto mujeres con conciencia de no estar beneficiándose de las ventajas, tanto instrumentales como no instrumentales, de tener un empleo, ingresos económicos y calidad de vida. Y aquí se plantean diferencias intergeneracionales, de tal forma que las mujeres más jóvenes son las que se ven más afectadas por la vivencia del desempleo.

Evidentemente todas las mujeres pierden estructuración temporal, relaciones sociales, estatus individual, actividad, sensación de seguridad y autoestima. Pero las más jóvenes son las que ven más afectadas su identidad personal por el desempleo, ya que el empleo es un elemento central en sus vidas. De hecho no hay diferencias entre la centralidad del empleo para chicas y chicos de 18 a 30 años. En el caso de las mujeres jóvenes, la pérdida de identidad se ve agravada por las expectativas sociales de que, al no tener empleo, han de ocuparse de las tareas tradicionalmente realizadas por las mujeres, con lo que esto supone de conflicto de identidad, de replanteamiento constante de la identidad personal, pero también de pérdida de tiempo y energía para la búsqueda de empleo.

En cuanto a modelos de buena práctica, hemos conocido el proyecto de salud ocupacional de Sheffield, presentado por la Dra. Fiona Ford de la Universidad de Liverpool. Este proyecto tiene gran interés porque está basado en la recogida de multitud de historias ocupacionales, en datos sobre diversos indicadores de salud, tanto físicos como mentales, correspondientes a mujeres en diversas situaciones laborales, en estudios de morbilidad

ocupaciones y en las observaciones recogidas durante 20 años por los servicios de salud ocupacional incluidos en atención primaria en Reino Unido.

Una de las observaciones más llamativas de estos servicios, en concreto, de las y los consejeros ocupacionales era que desde atención primaria se les derivaba sobre todo a hombres mayores para consejo ocupacional, mientras que las salas de espera de salud mental y salud general estaban ocupadas mayoritariamente por mujeres.

Por lo tanto, una primera recomendación es la formación y sensibilización de las y los profesionales de atención primaria para dotarles de conocimientos y herramientas que les permita detectar los problemas de salud mental que puedan tener un origen en las dificultades laborales de las mujeres, al objeto de derivarlas correctamente a los servicios de consejo ocupacional.

El proyecto de la salud ocupacional prenatal diseñado en Sheffield incluye también la formación y sensibilización de profesionales que están en contacto con las mujeres, en momentos de "transición y cambio" como pueden ser los de embarazo y maternidad. La razón de dicha recomendación es que, de las cuatro variables independientes asociadas a la depresión postparto, la de mayor peso es el desempleo de la madre y en segundo lugar está el desempleo de su pareja o de quien figura como cabeza de familia.

Por lo tanto, las matronas en la preparación maternal, el personal de apoyo a domicilio y educadoras que intervienen tras el parto, habrán de tener y facilitar a las mujeres información y consejo sobre:

- Derechos y deberes legales
- Riesgos de salud de las diversas situaciones que atraviesan en su vida familiar, personal y profesional.
- Planes de reingreso al empleo (cómo gestionar sus asuntos)


- Cómo prepararse para la adaptación, sobre todo mental, a las nuevas situaciones sociales y económicas que su reciente maternidad les plantea.

Como apuntes de interés, comentar dos aspectos:

- Puesto que el desempleo conduce a la pobreza y existen evidentes relaciones entre pobreza y salud mental, el hecho de que la pobreza se esté feminizando está claro que provoca y provocará problemas de salud en las mujeres actuales y futuras.

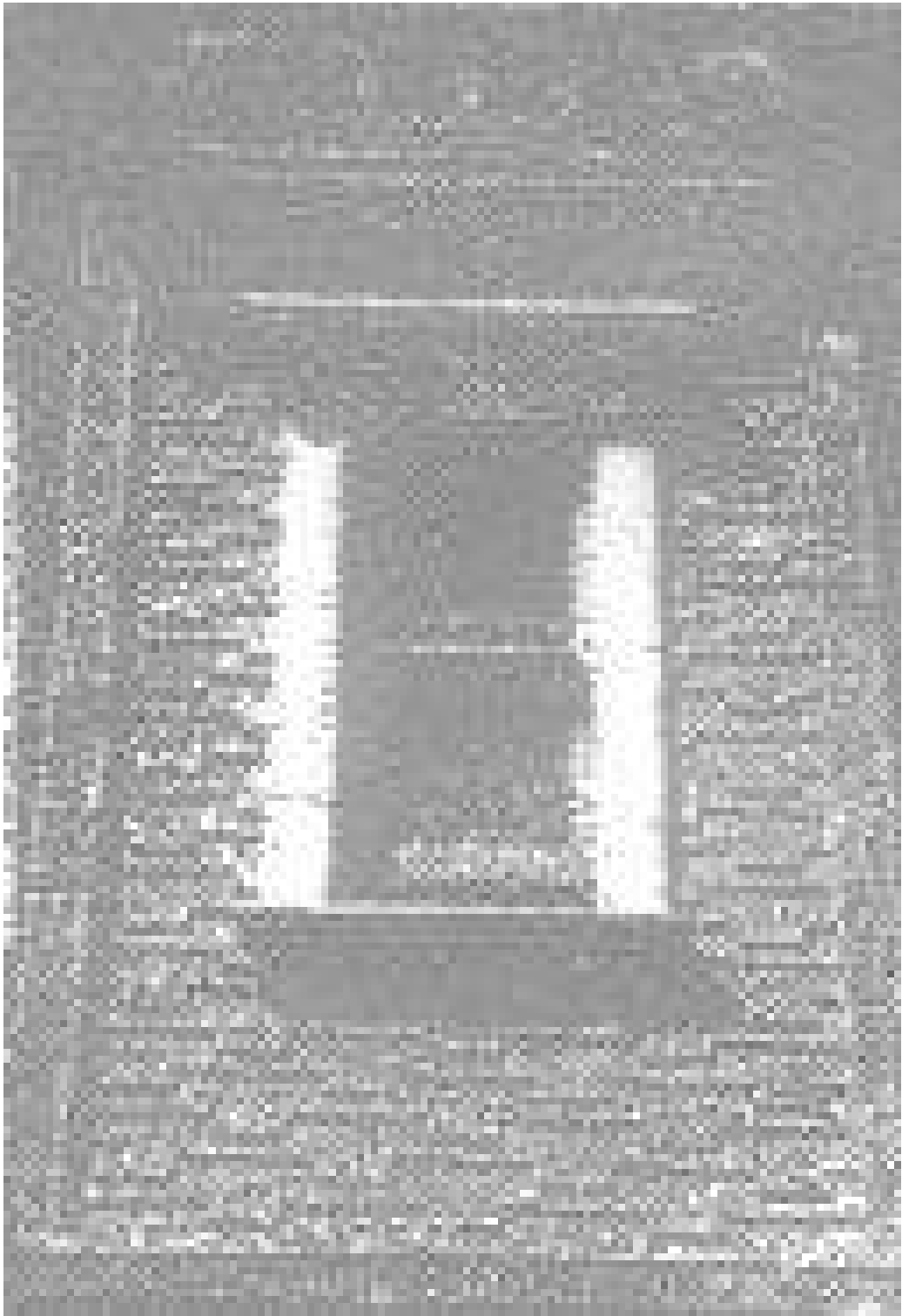
- Situaciones como la emigración afectan a las mujeres doblemente en determinadas circuns-

tancias. Por ejemplo, en las mujeres que renuncian a su proyecto profesional para seguir a sus parejas a otros países, se unen la dificultad de integrarse en otra cultura y la de adaptarse a su situación de inactividad laboral.

Para finalizar quiero recordar que en el abordaje de la relación del desempleo y la salud mental de las mujeres hay que tener en cuenta la acción conjunta de otras variables como la edad, clase social, tiempo en desempleo, etc.. Por ello la última recomendación sería la introducción de la perspectiva de género de forma transversal en los planteamientos sobre el resto de los colectivos abordados en los otros talleres. 

* Area de Empleo y Salud de Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer

(*)Taller en Conferencia Europea sobre Impacto del Desempleo en la Salud mental. Bilbao, 19-20 de mayo de 2000.



LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Fernando Santander Cartagena. Médico psiquiatra*
Margarita Hernanz Manrique. Médica psiquiatra*

En los últimos años la preocupación por las cuestiones éticas está tomando un relieve inusitado en todos los ámbitos de la vida social. Se podría decir que hay un resurgir por la moralidad de los actos humanos pero esta vez sin el tinte religioso que casi siempre tuvo, sino con un carácter laico y democrático.

En el campo de la biología y las ciencias de la salud esta inquietud ha ido conformando el nacimiento y desarrollo de una nueva vertiente de la ética aplicada: la bioética.

Es habitual señalar los siguientes factores desencadenantes del desarrollo de la bioética: el complejo desarrollo tecnológico y sus múltiples e insospechados retos, la generalización y socialización de la asistencia sanitaria y los cambios de la relación clínica entre profesionales y pacientes, derivados en buena medida del cambio de la conciencia moral social hacia un mayor respeto a la autonomía de decisión de la persona sobre sí mismo y su cuerpo.

La medicina y las otras ciencias de la salud se han visto obligadas a introducir junto a las habilidades en el manejo de los hechos la consideración de los valores -individuales y sociales- que entran en juego en toda relación clínica. Esto es lo que hace que la reflexión bioética (la ponderación de valores y hechos) haya supuesto una pequeña revolución en las prácticas asistenciales, imponiendo así la necesidad de debates racionales y deliberativos cuando ya no hay posibilidad -ni necesidad, obviamente- de mantener dogmas absolutos, tal como lo fue el del criterio paternalista del médico por encima- y a veces en contra- de los deseos del paciente.

Como ya se ha difundido en diferentes publi-

caciones, la bioética (o ética aplicada a las ciencias de la vida) y la ética asistencial (su correlato en el ámbito clínico) superando el normativismo deontologista tradicional, hacen uso de diversos sistemas o metodologías de estudio y análisis. Entre ellos ha ido ganando mayor relevancia la metodología basada en la referencia a unos principios básicos (No Maleficencia, Justicia, Beneficencia, Autonomía), junto a la consideración de las consecuencias previsibles de los actos clínicos; todo ello tras una consideración previa "sine qua non": la de que todo ser humano es persona y en tanto tal digna e igual a otras y merecedora por ello de un trato respetuoso y considerado.

La psiquiatría, como el resto de las ramas científico-sanitarias teórico-prácticas, está abocada a irse adaptando a estos cambios. Pero repasando su historia podríamos decir que en cierto modo ha sido una avanzada en la consideración de muchos de los aspectos que ahora se descubren como novedosos. Así, por ejemplo, en un apresurado repaso, podemos nombrar algunos: la constante preocupación por la búsqueda de un trato digno para los enfermos mentales, tradicionalmente marginados en lo social y lo asistencial; la crítica de las concepciones organomorfas-biologicistas y la introducción de una perspectiva holística del ser humano; la importancia que siempre

ha dado a la compleja relación profesional-paciente y sus particulares características (transferencia, contratransferencia, Ö); el descubrimiento del valor terapéutico de la palabra; la valoración de la capacidad de la persona para regir autónomamente sus propios actos y decisiones; la preocupación por sistemas asistenciales integrados y comunitarios, etc.

Pero aún así, la praxis en el campo de la salud mental no está libre de conflictos y retos de los que se puede hacer una lectura ética:

El primer problema es la definición poco clara de su campo de trabajo, empezando por la propia indefinición de lo que es trastorno o enfermedad mental. Aunque se ha intentado expresar por medio de clasificaciones como la CIE-10 o la DSM-IV, estas definiciones tipológicas no dejan de tener un carácter descriptivo, pragmático y provisional, en tanto están basadas en criterios de consenso. Además, en cuanto nos alejamos de las patologías más graves (psicosis,...) sobre las que parece haber mayor acuerdo, los límites son más imprecisos y sujetos a modos diferentes de entender la patología mental (paradigmas, teorías, escuelas).

Esta misma dispersión conceptual se ve reflejada en la multiplicidad de enfoques terapéuticos, tanto en el ámbito de las psicoterapias como en el de las terapias de base biológica o en las de rehabilitación, que provoca en definitiva una dificultad en el establecimiento de lo que serían "buenas prácticas clínicas", base imprescindible de todo planteamiento ético de práctica no-maleficente.

Muchos de los tratamientos en psiquiatría y psicología, aunque hayan mostrado de modo empírico su mayor o menor eficacia, tienen aún sin resolver la demostración científica de sus indicaciones, contraindicaciones y eficacia.

Otro reto para la psiquiatría es el referido a la evaluación de la capacidad o competencia para decidir. Este aspecto siempre ha sido conflictivo por la alta responsabilidad que se adquiere con las apreciaciones clínicas pues si

se considera incapaz por motivos de enfermedad a una persona, de ello pueden derivarse actuaciones que van a limitar en mayor o menor modo el libre ejercicio de su libertad. Pero si -en el polo opuesto- a un sujeto severamente enfermo e incapaz no se le ayuda en ocasiones en contra de su aparente libre decisión, se le puede estar privando de una mejoría que permita recobrar su verdadera capacidad libre de decisión.

Por otro lado, en el contexto de una mayor sensibilidad hacia el respeto a la autonomía de las personas, desde otras instancias sanitarias se va solicitando a los profesionales de lo "psi" la colaboración en la evaluación de la posible incapacidad de algunos pacientes quirúrgicos o médicos. Es cierto que la formación teórica de psicólogos y psiquiatras hasta ahora no ha contemplado apenas estos aspectos y que no es una función que sólo ellos deban ejercer, pero parece ineludible que los profesionales de salud mental vayan formándose en este campo, vayan desarrollando instrumentos útiles de valoración y vayan compartiéndolos con el resto de profesionales sanitarios.

Finalmente habría que hablar de los conflictos éticos que surgen en torno a la política asistencial psiquiátrica. Sin duda se trata de seguir en la brecha de la lucha iniciada ya hace décadas por la extensión de los cuidados de salud mental a la comunidad y pro la dignificación en el trato del enfermo mental: Pero la paradoja actual es que a medida que han ido creciendo los recursos asistenciales, éstos se ven casi colapsados por la irrupción de casos de patología menor cuando no de mero malestar a la par que los recursos de rehabilitación para la atención a enfermos más graves sigue siendo escasa o deficiente. Un mínimo criterio de justicia distributiva nos debería obligar a repensar las prioridades a la hora de la creación y dotación de recursos. Otro tema, no menos importante, es el de valorar hasta qué punto los profesionales debemos colaborar en esa "psiquiatrización del malestar de la vida cotidiana" que tal vez sea una mera expresión

del creciente hábito consumista de nuestra sociedad.

Quedan por nombrar otros asuntos importantes, no específicos de la asistencia psiquiátrica, pues se dan también en otros ámbitos de la asistencia sanitaria, pero que adquieren una particular relevancia en nuestro campo profesional por la especial vulnerabilidad de los pacientes que atendemos y la especial "sensibilidad" de la información que manejamos. Nos referimos a aspectos como la confidencialidad, el proceso de información y consentimiento, el respeto a la intimidad o las decisiones de sustitución cuando un paciente es incompetente para decidir por sí. Sobre estos temas se ha estudiado y escrito ya mucho desde puntos de vista genéricos, pero en nuestro ámbito concreto aún queda bastante por avanzar.

LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL (CEA)

Tal como acabamos de esbozar, los problemas éticos que se plantean en la práctica asistencial son muchos y variados. Afrontarlos desde una visión bioética supone, por una parte dejar de lado su mera lectura legalista -que trasluce casi siempre una actitud defensiva- y por otra el hacerlo con un método y desde unas estructuras que permitan la reflexión sopesada y prudente, el debate y la deliberación racional, huyendo así de soluciones improvisadas, emotivistas o normativistas.

Uno de los modos -que no el único- de llevar esto a cabo son los Comités de Ética Asistencial. Éstos son instancias de diálogo y decisión bioética que se conforman como un grupo de personas que asumen la responsabilidad de intentar aclarar y resolver racional y razonablemente los conflictos de valores que se presentan en la práctica clínica. Todo ello con un objetivo genérico de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y promover el desarrollo de los derechos humanos en el ámbito de la atención a la salud. Los CEA surgen de la necesidad experimentada por los profesio-

nales de compartir decisiones que afecten a los pacientes y que comportan la contingencia de la incertidumbre tanto en los resultados de determinadas intervenciones diagnósticas o de tratamiento como en la valoración de los riesgos y beneficios.

Las funciones de los CEA han quedado definidas en la mayor parte de los lugares del mundo donde funcionan en tres áreas principales:

- Asesoramiento sobre conflictos concretos que se produzcan en las relaciones clínicas (por ejemplo en la ponderación de las decisiones a tomar en un caso clínico) y siempre a solicitud de las personas implicadas en dicha toma de decisiones. Esta función asesora nunca será resolutoria, quedando a criterio de la persona o grupo asesorado la puesta en práctica o no de las recomendaciones del CEA.

- Formación en bioética: Promoviendo la divulgación, la formación y la reflexión del personal sanitario en cuestiones relacionadas con la ética asistencial.

- Elaboración de documentos de análisis y/o consejo en casos generales. Es decir, sobre aquellas cuestiones de conflictos de valores que se generan recurrentemente en el medio asistencial (por ejemplo el uso de medidas de contención mecánica).

Quedan excluidas de sus funciones:

- La intervención jurídica explícita, tanto en el amparo de profesionales como en la participación en denuncias sobre negligencia profesional.

- Los juicios de valor sobre la competencia profesional del personal sanitario.

- La toma de decisiones sobre los problemas sobre los que son consultados, pues su fun-

ción es solamente asesora.

- El análisis de problemas socioeconómicos, de personal, recursos o justicia social que surjan en su medio.

El contexto en el que trabajan los estos comités es el medio asistencial. En nuestro país desde principios de los noventa se ha producido un movimiento de formación y desarrollo de la ética asistencial en el medio sanitario, de este modo muchos profesionales se han ido formando y después han ido promoviendo grupos de trabajo sobre aspectos éticos de la atención sanitaria en hospitales, centros de salud y centros de salud mental. De estos grupos nacieron las "comisiones promotoras" como paso previo para la formación de los CEA.

Su método de trabajo es el que el propio comité asuma y conozca y los requisitos que se exige a todo comité que se mueva en un ámbito civil o no confesional son: (1) que su método responda a criterios de razonabilidad, crítica, autonomía, pluralidad y diálogo, y (2) que los temas sean tratados desde la multidisciplinariedad y la representatividad de todas las personas afectadas por la toma de decisiones (de ahí la importancia de establecer correcta y equilibradamente su composición). La única autoridad de un comité será la "autoridad moral" que le otorgue el reconocimiento de un trabajo bien hecho. En definitiva, no se trata de suplantar las decisiones de los profesionales en su labor cotidiana, (pues como dijo Mark Siegler: "los buenos médicos siempre han sabido integrar los juicios técnicos, las reflexiones éticas y los deseos de los pacientes, para llegar a tomar decisiones en situaciones difíciles"), sino de intentar ayudar en ese, en ocasiones, demasiado complejo proceso de toma decisiones.

La composición de los CEA, de hecho, ha de ser interdisciplinar, buscando la participación equilibrada de las diversas profesiones sanitarias y una cualificada representación de la sociedad.

Por otra parte, no se debe confundir los CEA con los Comités Éticos de Investigación Clínica. Estos últimos son acreditados por el Ministerio de Sanidad para la revisión de protocolos de investigación y ensayos farmacológicos y su objetivo es controlar la calidad científica de las investigaciones, así como proteger a las personas que participan en las mismas, asegurando sus derechos.

También los CEA se diferencian de las comisiones deontológicas de los colegios profesionales. Esta diferencia estriba en que estas últimas son uniprofesionales, el análisis de los problemas se centra en el contraste entre los hechos estudiados y la normativa colegial y su código deontológico y además tienen carácter ejecutivo a través de las juntas directivas de cada colegio, imponiendo sus resoluciones y pudiendo sancionar en caso de transgresión de las normas. Por el contrario, los CEA son multiprofesionales y tienen exclusivamente carácter asesor, como ya hemos señalado.

Podemos concluir comentando que el fin de la acción de un CEA es el de mejorar el proceso asistencial mediante recomendaciones a las que sólo se puede llegar tras un riguroso análisis ético de las situaciones. Los elementos clave de este análisis son: el partir de una posición de buena voluntad, el poseer una formación bioética suficiente, el aplicar una metodología de análisis adecuada y el ceñirse a reglas de discusión y deliberación razonadas, para finalmente descubrir la esencia común contenida en el consenso, que suele definir el marco ético aceptable para todos los implicados.

El ejemplo más cercano que podemos aportar en el campo de la asistencia psiquiátrica es el de los dos CEA de Salud Mental que hasta ahora se han desarrollado en la Comunidad Autónoma del País Vasco: el CEA de los Servicios de Salud Mental de Álava y el CEA del Hospital Psiquiátrico Aita Menni de Mondragón, ambos acreditados, según la legislación vigente (1995), por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Para un conocimiento más detallado de

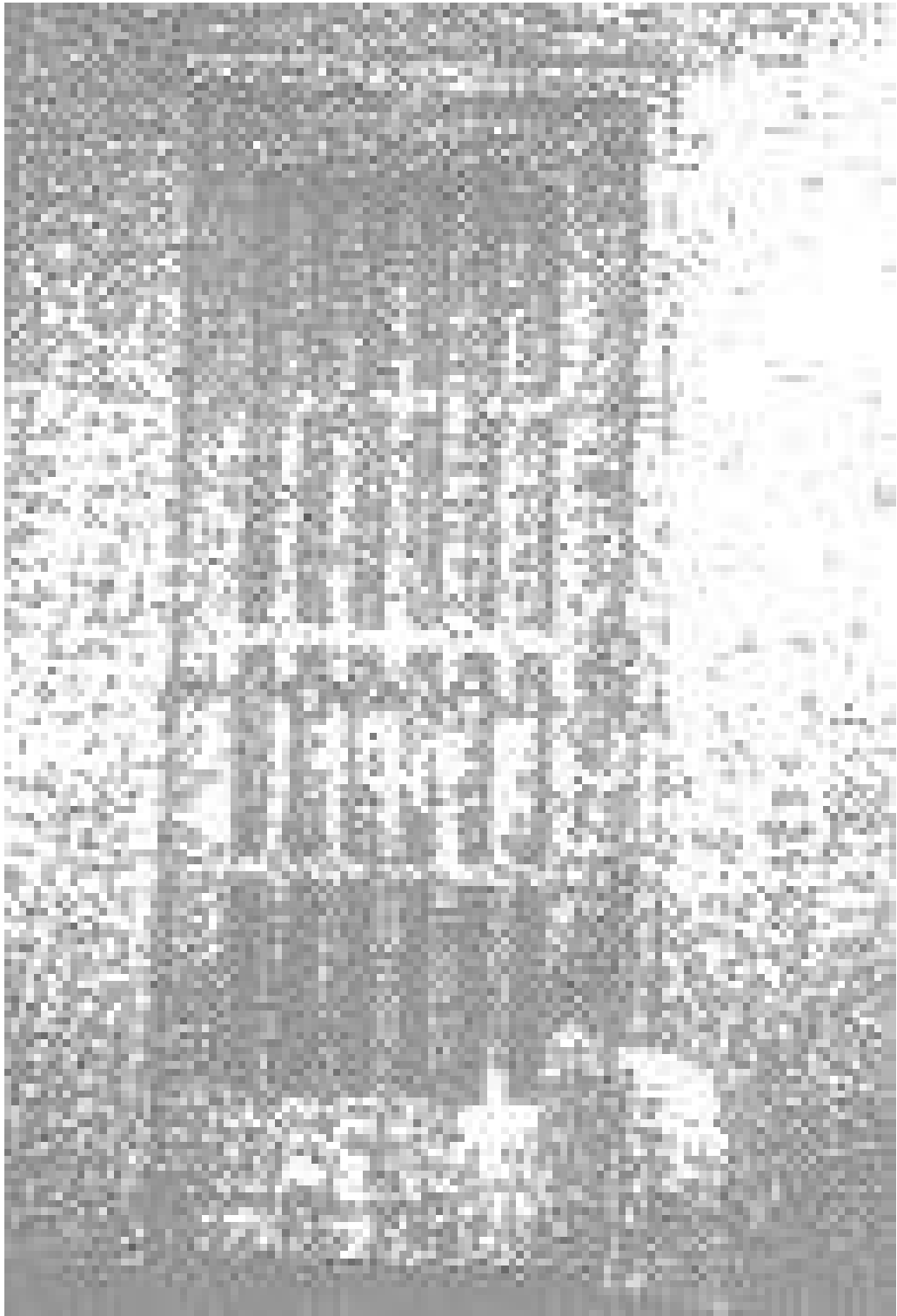
su estructura y funcionamiento pueden consultarse sus reglamentos de régimen interno en el anexo de la página 248 del libro 'Ética y praxis psiquiátrica' (F.Santander, coordinador) o solicitarlo a los autores.



* Psiquiatras. Miembros del Comité de Ética Asistencial de los Servicios de Salud Mental de Álava. Osakidetza / Servicio Vasco de Salud. Correspondencia: Fernando Santander, Margarita Hernanz. Hospital Psiquiátrico de Álava. C/ Álava 43. Vitoria-Gasteiz 01006.

Bibliografía.

- Abel F. Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento. *Labor Hospitalaria* (LH) 1993, n.º 229: 136-149. (Este número 229 es un Monográfico sobre Comités de Ética.
- Beauchamp TL, Childress JF Principios de Ética Biomédica. Barcelona: Masson, 1999
- Bloch S, Chodoff P. *Psychiatric Ethics*. 3th ed. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Couceiro A. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999.
- Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Decreto 143/1995 de 7 de febrero, sobre creación y acreditación de Comités de Ética Asistencial (BOPV 2 de marzo de 1995).
- Dyer AR. *Ethics and Psychiatry: Toward professional definition*. Washington: *American Psychiatric Press*. Inc., 1988.
- Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema, 1989.
- Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema, 1991.
- Osakidetza/Servicio Vasco de Salud y Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Memoria-manual 1992-96 de los Comités de Ética Asistencial de la Comunidad Autónoma del País Vasco. 1997.
- Rosebaum M. *Ética y valores en psicoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica, 1984.
- Santander F. (coord) *Ética y praxis psiquiátrica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000.



¿ES REZAR UN TRATAMIENTO MÉDICO EFICAZ?. (*)

José J Uriarte, Juan Medrano, Pablo Malo. Medicos Psiquiatras*

No es sorprendente que los creyentes confíen en sus oraciones como método fiable para sanar sus enfermedades o las de otras personas, para que llueva o para que les toque la lotería. Pero desde luego resulta más sorprendente que la medicina académica, la que presume de utilizar el método científico, se tome en serio tales métodos hasta el punto de realizar y publicar estudios científicos para evaluar su eficacia. Y ahí van varias muestras:

Un muy reciente artículo de revisión, publicado este mes de junio en la revista *Annals of Internal Medicine* revisa la eficacia de los métodos de "sanar a distancia", entre los que incluye prácticas como la oración, la curación psíquica o mental, el toque terapéutico o la curación espiritual. La revisión incluye sólo estudios de cierta calidad metodológica, en los que se hayan empleado asignación aleatoria, control con placebo u otros métodos adecuados de control, hayan sido publicados en revistas con sistemas de revisión por pares, etc. (ver anexo 1)

Aunque pueda parecer mentira, consiguen encontrar 23 ensayos clínicos que cumplen dichas condiciones, de los que 5 se refieren concretamente al uso de la oración como método curativo. El caso es que se concluye que en un 57% de los estudios se observó un efecto beneficioso de alguna de estas prácticas, aunque al mismo tiempo se plantea prudentemente que hacen falta más estudios.

Los cinco estudios revisados sobre el efecto

de la oración como método de curación a distancia utilizaban variaciones de lo que los autores llaman *intercesión mediante la oración*, técnica en la que un grupo de personas reza por los pacientes (no es posible controlar si los pacientes, además rezan para sí mismos). También se resaltan las cualificaciones necesarias para ser un "rezador" eficaz, incluyendo "una vida cristiana activa, práctica de oración devota diaria y participación activa en la iglesia local". En un estudio, la acreditación como "orante" se obtenía mediante el acuerdo con la siguiente declaración: "creo en Dios. Creo que es personal, y que se preocupa por la vida de las personas individuales. También creo en que responde a las plegarias de los que rezan por las personas enfermas". En todos los estudios las personas que rezaban no tenían ningún contacto físico ni cara a cara con las personas por las que rezaban. El contenido de los rezos era bastante explícito en algunos estudios, en los que los intercesores tenían que rezar por "la rápida recuperación sin complicaciones, y cualquier otra cosa que les pareciera apropiada".

De los cinco estudios, en tres no se encontró efecto alguno, y en dos aparecía un efecto significativo.

Hemos escogido uno de los estudios referidos, aparecido en la prestigiosa revista *Archives of Internal Medicine*, editada por la Asociación Médica Americana que, francamente no tiene desperdicio²:

El artículo estudia los efectos de "rezar por los demás" como intervención terapéutica sobre

un grupo de enfermos en una unidad coronaria. Concluye que el grupo de pacientes por el que se rezó tuvo un 10% menos de sucesos adversos o complicaciones aunque la duración de la estancia hospitalaria fue la misma en ambos casos. La metodología del trabajo es, sin embargo, la que merece ser comentada.

En primer lugar, **las condiciones de doble ciego** fueron muy estrictas.

Por un lado los pacientes desconocían que se estaba rezando por ellos; de hecho ni siquiera se les informó de que se estaba realizando un estudio con ellos sobre los efectos sanadores de los rezos. Los "orantes", a su vez, desconocían cualquier aspecto que no fuera el nombre del paciente (para poder personalizar el rezo) ignorando las características de su enfermedad y de su curso clínico. La distribución aleatoria se obtuvo asignando al grupo de tratamiento activo a los pacientes con un número de historia par, y a los impares al grupo sin actuación (en este caso parece que no hacía falta una oración-placebo, por otro lado difícil de obtener.)

El Comité del Hospital autorizó que no se pidiera consentimiento informado (absolutamente necesaria para incluir a cualquier paciente en un ensayo clínico)

Los argumentos utilizados para esta exención tienen su gracia:

1. No se conoce que exista riesgo alguno por el hecho de que recen por uno ni tampoco porque no lo hagan (no hace falta pedir consentimiento porque ni el tratamiento ni el no tratamiento tienen riesgos conocidos.)
2. No se recogen en el trabajo datos extras con respecto a los ordinarios (es decir, el estudio no modifica la práctica clínica habitual en dicha unidad coronaria en cuanto al resto del tratamiento o información recogida.)

3. Si se les hubiera informado del estudio, algunos pacientes, al pensar que podría haberles tocado en el grupo "placebo" podrían angustiarse mucho.

Los "orantes", para ser reclutados, debían estar de acuerdo con el siguiente enunciado: *"Yo creo en Dios. Creo que ÉL es personal y que le preocupan las vidas individuales. También creo que responde a las plegarias de curación hechas en nombre del enfermo"*. Eso se consideró suficiente para que, en caso de existir, Dios tuviera que hacer caso e intervenir de alguna manera.

Una vez reclutados las personas que debían ejecutar las oraciones, se les distribuyó en 15 equipos de 5 miembros cada uno, desconociéndose entre sí incluso los del mismo equipo. Todos eran de tradición cristiana: un 35% no pertenecían a ninguna iglesia específica, un 27% eran episcopalianos y el resto, protestantes y católicos. El 87% eran mujeres y de una edad media de 56 años. Todos iban semanalmente a misa y rezaban con regularidad ya antes del estudio (es decir, con experiencia.) Debían rezar durante 28 días "por la rápida recuperación sin complicaciones de fulano..." mas cualquier otra cosa que quisieran añadir. El principal punto débil del estudio, según los autores, es el instrumento de medida que utilizaron para evaluar los resultados, una escala de su invención (la MAHI-CCU) que otorga puntos según los sucesos que sufre el paciente en su evolución clínica (si sufre una angina le dan 1 punto, si le someten a un cateterismo 1 punto, una parada cardíaca 5 puntos, etc.) No está validada y no saben el significado de datos como el que los pacientes por los que se rezó tuvieron un 10% menos de problemas durante la estancia.

Hay que decir que este estudio intentaba replicar uno anterior de un tal Byrd, que obtuvo también un efecto positivo de los rezos. Sin embargo en esta ocasión la escala diseñada por el propio Byrd (no sorprendentemente denominada escala de Byrd), también utilizada, no encontró diferencias entre ambos gru-

pos.

En la discusión, los autores dividen los posibles **mecanismos por los que los rezos** podrían actuar en dos tipos: naturales y sobrenaturales.

Las explicaciones naturales apelan a la existencia de posibles "fuerzas" generadas por el "orante" y recibidas de alguna manera por el paciente. En cuanto a los mecanismos sobrenaturales dicen que, por definición, no pueden ser discutidos científicamente. En cualquier caso, insisten en que el estudio está diseñado para explorar un fenómeno y no sus mecanismos y que el hecho de que no pueda aventurarse una explicación no invalida la existencia de un fenómeno. Pone como ejemplo el descubrimiento en 1753 de James Lind del efecto curativo de las limas y limones en el escorbuto sin que tuviera la menor idea de la existencia del Acido Ascórbico. También aclaran que de los resultados de su estudio no se puede concluir que Dios responda a las plegarias ni siquiera que Dios exista. Lo que se investiga, dicen, son los efectos de los rezos y no la existencia de Dios.

Por nuestra parte, decir que nos apuntamos más a la hipótesis natural de las "fuerzas", por peregrina que sea, porque denotaría una falta de sensibilidad terrible por parte de Dios responder solamente a los que le rezan e ignorar a los demás. Aplicar el vulgar principio de "el que no llora no mama" nos parece algo indigno de Él. Por otro lado, hay que añadir que los próximos investigadores que quieran replicar el estudio van a encontrarse con nuevos dilemas éticos ya que al existir dos estudios previos con un efecto positivo de los rezos cabe plantearse, por ejemplo, si es ético utilizar un grupo control.

Otro estudio de importancia sobre el tema es la reciente revisión que la Colaboración Cochrane, (**ver anexo 2**) ha llevado al cabo sobre el tema. Esto es una paradoja en sí misma, si tenemos en cuenta que la Colaboración Cochrane es el máximo exponente de la Medicina Basada en la Evidencia, movimiento que defiende la necesidad de

basar la práctica médica en evidencia científica sólida, haciendo hincapié en la metodología de los estudios, y en la realización de revisiones sistemáticas de la literatura científica en busca de ensayos clínicos controlados. Bueno, pues parece que no se les ha ocurrido mejor forma de perder el tiempo que dedicar toda una revisión al tema de la intercesión mediante la oración (o sea, la influencia sobre la evolución de personas enfermas de que otras personas recen por ellas.)

La revisión define la intercesión mediante la oración (*intercessory prayer*) como un ejercicio de oración organizada, regular y comprometida, y en la que quienes la practican se caracterizan por la firme creencia de estar rezándole a Dios. En la introducción, los autores se apresuran a aclarar que los resultados de los estudios de los efectos de la oración no pueden ser interpretados como prueba de la existencia o no de Dios, y que puede existir un efecto de la oración que no dependa de la intervención divina.

Por cierto, una cosa fantástica. En la revisión se enumeran todos los estudios encontrados sobre el tema, y se explican las razones para incluir o excluir un estudio en la revisión, sobre la base de su rigurosidad metodológica. Pues bien, el primer estudio a que se hace referencia es de 1883 (Galton), y la razón para su exclusión es que la distribución de las muestras no fue aleatoria, ya que se trataba de un estudio retrospectivo de caso-control en el que se comparaba la expectativa de vida de monarcas frente a la de otros profesionales sin tener en cuenta que la gente tiende a rezar mucho más por los Reyes que por otras personas.

En los resultados no se encontró evidencia de que la oración afectara a las personas que morían de enfermedades tales como Leucemia o Enfermedad Cardíaca.

Las conclusiones de los revisores son prudentes, y se resumen en que los datos disponibles no son concluyentes para refutar o sostener el efecto de la intercesión mediante la oración en la evolución de las enfermedades, aunque

creen que hay datos suficientes para justificar que se realicen más estudios sobre el tema.

¿Puede concluirse, como dicen las revisiones que existen elementos para pensar que merece la pena realizar más ensayos clínicos sobre el tema?.

Los ensayos clínicos controlados son el sostén científico de mayor valor de las intervenciones médicas, pero un abuso de los mismos puede conllevar una actitud que soslaye el sentido común y pretenda que cualquier idea o intervención, por disparatada que sea, sea probada mediante ensayos clínicos. Hay abundantes pruebas de que los factores de sesgo y metodológicos son suficientemente complicados como para permitir "probar" el valor de casi cualquier cosa. (ver anexo 3)

A este respecto es interesante traer a colación un artículo publicado en la revista *British Medical Journal*, por Leonard Leibovici con respecto a las llamadas medicinas alternativas, a las que acusaba de comportarse como los pájaros cuco, disfrazándose y colándose en el nido del empirismo para ganar credibilidad científica y médica. En la medida en que una aproximación a un fenómeno se realiza desde una posición exclusivamente empírica, es incapaz de percibir la diferencia, y sólo atiende a las señales que le dotan de aparente respetabilidad científica, en este caso, por ejemplo, un ensayo clínico controlado de impecable metodología. El autor aboga por un modelo profundo que resultaría esencial a la hora de elegir qué hipótesis merecen ser comprobadas y que desestimaría de entrada aquellas que ni con la mejor voluntad casan con la sensez y el sentido común. Lo que podemos llamar Medicina Científica, además de utilizar un método científico en la evaluación de sus procedimientos, no puede incluir prácticas cuya base es el pensamiento mágico y supersticioso. El núcleo de tal medicina no es pues únicamente la prueba empírica, ya que ésta, incluso con la metodología más estricta, no está libre de error, sesgo e interpretación (o incluso fraude); exige también un modelo

profundo que limita la aceptación de la prueba empírica a aquellos procedimientos, situaciones o resultados que son compatibles, aunque sea de forma muy marginal, con el modelo del mundo físico que utilizamos aunque este modelo cambie con el tiempo y los avances científicos.

Si prescindimos entonces de la limitación del sentido común, y consideramos cualquier hipótesis, por descabellada que sea, como merecedora de evaluación empírica, terminaremos malgastando recursos y haciendo el ridículo.

Finalmente, incluso en los mejores estudios, la evidencia de una asociación entre religión, espiritualidad y salud es débil e inconsistente. Una revista médica de gran difusión como *Lancet* publicaba en febrero de 1999 un artículo en que se analizaba esta relación, concluyendo de forma harto prudente que con los datos de que se dispone es prematuro promover la fe y la religión como tratamientos médicos. Esto no niega por supuesto el hecho de que la religión y la fe aporta consuelo y alivio a las personas religiosas enfermas y a sus familiares. En ese sentido nadie puede poner objeciones a la búsqueda de alivio en la fe religiosa por parte de una persona enferma. Sin embargo pueden considerarse injustificadas las afirmaciones que relacionan la actividad religiosa con una mejor salud, o viceversa, que la fe insuficiente trae la enfermedad.

Anexo 1

Niveles de Evidencia Científica

La eficacia de un procedimiento terapéutico se evalúa habitualmente mediante los llamados **Ensayos Clínicos**, en los que se compara el tratamiento en cuestión (por ejemplo, un fármaco), bien con una sustancia inerte (placebo), bien con otro medicamento que ya se sabe que es efectivo en la enfermedad de que se trate. En función del rigor científico del diseño del estudio se establece una jerarquía

de niveles de evidencia que pretenden definir en qué medida los resultados del estudio pueden considerarse válidos. A su vez, la calidad de la evidencia determinará la firmeza con la que se puede recomendar la utilización del fármaco.

Los aspectos del diseño que están asociados a un mayor rigor científico son:

- La asignación aleatoria a los grupos experimental y control (es decir, son elegidos al azar)
- La existencia de un grupo control, esto es, un grupo de comparación que reciba otro fármaco o bien un placebo
- Los estudios prospectivos, en los que se pueden observar los cambios a medida que se producen, frente a los retrospectivos, en los que el investigador puede interpretar erróneamente como cambios favorables fenómenos que no lo son.
- El enmascaramiento de pacientes e investigadores (es el llamado doble ciego; ni los pacientes ni los investigadores conocen durante el estudio quienes reciben el tratamiento activo o el tratamiento control o el placebo).
- La inclusión de un número de pacientes estadísticamente suficiente

Estas características son las que cumplen los, metodología de investigación que implica la elección al azar de los pacientes, que son asignados aleatoriamente a una o dos o más formas alternativas de intervención; esta es la característica fundamental. Existe un consenso acerca de que los resultados de los llamados Ensayos Clínicos Controlados son la base más sólida para obtener información sobre los efectos de los tratamientos.

El primer Ensayo Clínico Controlado fue publicado en el *British Medical Journal* del 30 de Octubre de 1948 y demostraba la eficacia de la estreptomycin en el tratamiento de la Tuberculosis.

Anexo 2

La Colaboración Cochrane

En 1972, el Archie Cochrane epidemiólogo británico publicó el libro *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, en el que remarca que los recursos sanitarios son limitados y que sólo se han de recomendar aquellos tratamientos cuya eficacia hubiese sido demostrada de forma clara. Para Cochrane, la toma de decisiones en la asistencia sanitaria debe basarse en evidencia científica sólida (especialmente en ensayos clínicos controlados), en la revisión sistemática de la literatura en busca de esta evidencia firme y en la difusión adecuada de los resultados. Propuso la creación de una red internacional de revisores que colaborasen en la elaboración, actualización y difusión de Revisiones Sistemáticas de ensayos clínicos controlados sobre los efectos de la atención sanitaria.

En la actualidad está constituida por una red internacional de instituciones e individuos comprometidos en la revisión sistemática y periódica de ECA, que se conoce como Colaboración Cochrane (CC), con centros repartidos en todo el mundo (incluyendo España) y cientos de investigadores abordando áreas clínicas diversas. Los resultados y las revisiones en proceso pueden obtenerse en Internet y a través de los CD Rom que se editan semestralmente publicando las áreas de revisión en proceso y las ya completadas: la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, de la que nadie dispone de derechos de autor y es de acceso libre.

El centro Cochrane UK nació en 1992; un año después se hizo internacional, con centros en Canadá, USA, Milán Dinamarca, Australia, y actualmente España.

"Los gestores de la sanidad que deseen alentar a los médicos a aplicar las prácticas clínicas con mejor equilibrio entre coste y beneficio deben afrontar un gran problema: los mis -

mos médicos frecuentemente no saben cuáles son, entre tantas, las prácticas más eficaces".
Archie Cochrane

Anexo 3

Sesgos en la Interpretación de la Evidencia

La información médica es muchas veces contradictoria; los estudios que se publican en medios de prestigio no son forzosamente mejores o más relevantes que aquellos que pasan desapercibidos por haber visto la luz en revistas de menor importancia. Los grandes estudios, que suelen estar financiados o apoyados por universidades o grandes organizaciones sanitarias, no siempre tienen un mayor rigor que estudios puestos en marcha con objetivos menos ambiciosos por personas que no cuentan con una gran infraestructura.

Con independencia de la revista en que se publiquen, existe un considerable riesgo de que los estudios se vean alterados por interpretaciones o actitudes sesgadas.

Los sesgos parten ya desde la misma publicación: es conocida la tendencia a publicar con más frecuencia los estudios que refieren resultados positivos que aquellos con resultados negativos. La recogida de la información, el acceso a todos los artículos relevantes, la bibliografía opaca, etc., añaden sesgos que la colaboración Cochrane trata de ser eliminar

mediante la sistematización en la metodología de la recogida de la información.

Los resultados pueden interpretarse de forma sesgada por la influencia de intereses académicos o económicos, y a los propios prejuicios de los investigadores.

Los Ensayos clínicos controlados publicados, sobre los que descansa gran parte de nuestra práctica clínica, carecen de la calidad necesaria: a menudo no se controlan sesgos o se ignoran ciertos resultados o se han realizado con un número insuficiente de participantes.

Los proyectos de investigación pueden verse también contaminados por incentivos perversos que dan lugar a que se diseñen estudios de escaso interés y repercusión real sobre aspectos de la salud de los pacientes.

Los artículos que se refieren a ensayos clínicos de fármacos son especialmente proclives a sesgos interesados. La utilización de la evidencia por el marketing es algo especialmente peligroso, especialmente si la información que se recibe no es contrastada o es la única en que el clínico basa su práctica.

(*) Reproducido por cortesía de la Revista EL ESCÉPTICO-ARP, Sociedad para el avance del pensamiento crítico.

* Txori-Herri Medical Association

Correspondencia: José J Uriarte: jotajota@ctv.es, jotaju@terra.es

Bibliografía

- John A. Astin, PhD; Elaine Harkness, BSc; and Edzard Ernst, MD, PhD. The Efficacy of "Distant Healing": A Systematic Review of Randomized Trials. *Ann Int Med* 2000; 132:903-910
<http://www.acponline.org/journals/annals/06jun00/astin.htm>
- Harris WS, Gowda M, Kolb JW, Strychacz CP, Vacek JL, Jones PG, Forker A, O'Keefe JH, McCallister BD. A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. *Arch Int Med* 1999; 159: 2273-2278
<http://archinte.ama-assn.org/issues/current/full/oi90043.html>.
- Byrd RC. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *South Med J*. 1988;81:826-9.
- Roberts, L; Ahmed, I; Hall, S. Cochrane Schizophrenia Group. Intercessory prayer for the alleviation of ill health [Review] *The Cochrane Database of Systematic Reviews Volume (Issue 1) 2000*. The Cochrane Library, Copyright 2000, The Cochrane Collaboration
<http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/cochrane/revabstr/ab000368.htm>
- Leibovici L. Alternative (complementary) medicine: a cuckoo in the nest of empiricist reed warblers. *BMJ* 1999;319:1629-1632
<http://bmj.com/cgi/content/full/319/7225/1629>
- Sloan, R P; Bagiella, E; Powell, T. Religion, spirituality, and medicine. *The Lancet, Lancet* 1999; 353: 664-67
<http://www.thelancet.com/newlancet/reg/issues/vol353no9153/body.viewpoint664.html>

ALCMEÓN DE CROTONA

Faustino Valiño. Visitador médico

Lo fragmentario que es nuestro conocimiento de los antiguos pitagóricos, lo que percibe precisamente aquel que sabe apreciar plenamente la importancia que tuvieron sus especulaciones e investigaciones para el desarrollo de la ciencia griega.

Un mayor interés deben despertar por consiguiente, las importantes noticias sobre el médico Alcmeón de Crotona, que según Aristóteles dice: "Era joven cuando ya Pitágoras estaba envejeciendo" por tanto, debió de haber nacido en el último tercio del siglo VI a. C.

Su estrecha relación con el pitagorismo nos la revela, no solo el contenido de sus enseñanzas, transmitidas por conductos fidedignos, ésta relación está documentalmente garantizada por el hecho de que su obra, cuya introducción se nos ha conservado gracias a una feliz coincidencia, está dirigida a tres pitagóricos, cuyo nombre se expresa.

Su próximo parentesco con las enseñanzas pitagóricas nos lo muestran ante todo sus teorías sobre el alma humana.

Alcmeón sostiene, como Pitágoras y la mística contemporánea, que el alma es inmortal porque se parece en su continuo movimiento, a las cosas inmortales. Por cosas inmortales entiende Alcmeón, las estrellas, el sol, los astros y la luna y en general toda la bóveda celeste, de la que es característico el movimiento eterno.

Aquí se apoya Alcmeón en la antigua creencia, aceptado por los pitagóricos e introducido por ellos en la filosofía natural griega, que afirmaba la naturaleza divina de las estrellas; también comparte su opinión acerca del mundo imperecedero, que comienza al otro lado de la luna, mientras de lo que por debajo de ésta se extiende el mundo del nacer y del perecer.

Aquí tenemos, pues, una curiosa mezcla de la doctrina pitagórica del alma y de la astrono-

mía pitagórica influida por una antiquísima mística.

Alcmeón tiene todavía otra teoría característica, común con los "Filósofos Itálicos"; la clasificación de los contrarios, cuya relación mutua rige el mundo.

Pero mientras otros pitagóricos ya habían establecido desde muy pronto diez determinadas parejas de oposición, Alcmeón se aparta de ellos y sólo de cuando en cuando y según se le presentan, agrupa estos contrarios. Esta opinión ha determinado incluso su teoría médica sobre la salud, como un equilibrio de cualidades opuestas, de lo caliente y lo frío, lo húmedo y lo seco, etc.

Si una de estas cualidades impera (MONARQUÍA) sobre las otras en el organismo, esto viene a ser la verdadera causa de la enfermedad.

Alcmeón no es el único que tiene un lugar de honor en la historia de la ciencia griega, sino más bien "el psicólogo médico" como nos permite deducir las preciosas noticias de Heródoto sobre Demócetes, compatriota de Alcmeón y médico de cabecera del rey Darío I. La ciencia médica, especialmente la cirugía, tuvo un gran desarrollo en Crotona, la patria del atleta Milón, hacía la segunda mitad del siglo VI a. C. o sea antes del propio Alcmeón; no cabe influir género de duda de que estos médicos griegos ya en tiempos de Darío lle-

varon a cabo disecciones de animales con fines científicos para poder sacar conclusiones con relación al cuerpo humano.

Fundándose en tales disecciones, Alcmeón hizo un descubrimiento científico de primer rango, que no quedó empujado por el hecho de que sólo fue aceptado en parte por la ciencia prealejandrina.

Alcmeón había observado en sus disecciones, que de todos los órganos sensoriales salen cordones nerviosos que desembocan en determinados lugares del cerebro. De esta manera pudo descubrir que el cerebro era el órgano central de las sensaciones.

Basándose en este fundamental descubrimiento quiso proyectar una filosofía general de los sentidos, que es el más antiguo intento científico de esta especie que nosotros conocemos. Todas las percepciones surgen, según la opinión de Alcmeón, por influjo de los contrarios, nosotros diríamos por estímulos; así pues, también aquí observamos la valoración de los contrarios como lo habíamos visto en los otros aspectos de la realidad, si bien, a causa del insuficiente testimonio de Calcidio, no está claro en todos sus detalles, sin embargo es de especial interés el modo como intenta explicar el proceso de la visión.

De un mismo lugar del cerebro parten dos finos conductos (los nervios ópticos) que marchan paralelos durante un tiempo y que se bifurcan después, yendo cada uno de ellos a parar a su correspondiente órbita, que contiene un "pneuma" natural.

En la región de las cejas se arquean estos nervios y al tomar su envoltura, compuesta de cuatro capas distintas, la humedad natural (segregada del cerebro) llenan el globo ocular que está protegido por los párpados.

Que estos "*caminos luminosos*" tienen el mismo lugar de origen, en el cerebro, lo prueba el resultado de las disecciones. Pero esto también se deduce que nosotros no podemos mover los ojos independientemente, sino siempre juntos.

Las cuatro capas que forman el globo ocular son transparentes. Esta "*transparencia*" el ojo

no contiene sólo humedad, sino también, dentro de esta humedad, "fuego" refleja la luz y todos los objetos iluminados, y a consecuencia de esta capacidad de reflejar de estas capas transparentes se produce nuestra visión.

Alcmeón concibe, pues, el cristalino del ojo como una especie de espejo que refleja las cosas exteriores y cuyas imágenes son transmitidas al cerebro por los "*caminos luminosos*". No se plantea todavía como tiene lugar esta transmisión, porque el despertar de tales preguntas pertenece a un período mucho más tardío de la ciencia.

La teoría de la visión, lo mismo que la fisiología de los sentidos, no había de desaparecer más de la ciencia griega desde este primero y decisivo intento.

Alcmeón siguió investigando sobre su fundamental descubrimiento. Había observado que cuando el cerebro, es sacudido y su situación cambia, no sólo las percepciones, sino también la actividad intelectual, quedan perjudicadas. Pero mientras por el contrario, el cerebro permanezca intacto, mantiene el hombre sus facultades intelectuales, y por ello atribuye Alcmeón al cerebro el último fundamento de la vida espiritual; este logro es desarrollado posteriormente en distintos escritos hipocráticos, sobre todo en el de la epilepsia.

Hay que destacar todavía otro servicio de Alcmeón a la psicología: el establecer la distinción fundamental entre hombre y animal. Sólo el hombre piensa (XINIESI), mientras que los restantes seres vivos poseen únicamente percepción sensorial (AISTESIS) sensación, percepción, y conocimiento pero ninguna facultad intelectual (XINESIS).

Aquí encontramos por primera vez la distinción entre percibir y pensar.

Entre los pocos fragmentos literales que se nos conservan de Alcmeón, no carece de interés el siguiente que trata del conocimiento humano: "Sólo los dioses tienen certeza sobre lo invisible, así como sobre lo mortal; a los hombres sólo les ha sido concedido el conjeturar. Así dice Alcmeón inmediatamente al comienzo de su obra. De este modo revela

este viejo filósofo del occidente griego, lo mismo que algunos de sus contemporáneos, una clara conciencia de la limitación de todos los conocimientos humanos.

Todo esto ha concedido una gloria imperecedera a la capacidad de juicio y al profundo sentido científico de estos primeros pensadores griegos

A la vista de estas importantes referencias sobre Alcmeón, es más de lamentar el que no nos haya sido dado conocer sus opiniones sobre las últimas causas de las cosas.


Precisamente para el conocimiento del pensamiento de Grecia occidental, alrededor del año 500 a. C. que mostraba tan alentadores principios, ha sido una pérdida irreparable.

Si, para terminar, consideramos las opiniones de Alcmeón en su totalidad, llama la atención un hecho importante: su pensamiento tiene dos fuentes.

-Por un lado, las doctrinas místico-religiosas de los pitagóricos.

-Por otro lado, la investigación científico-natural.

Los resultados de estos dos aspectos no se encuentran en Alcmeón, si prescindimos de particularidades, formando un todo orgánico, sino que más bien se excluyen, aunque de esto no tuvo conciencia su autor.

Por cierto que en el curso de la filosofía griega podemos observar que no es solamente Alcmeón el único pensador que tiene por así decirlo "dos almas en su pecho" pues ya en Pitágoras sucedió esto mismo. También la historia de la filosofía más reciente ofrece otros ejemplos al caso. 

RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DE EUROPA SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

El Consejo de la Unión Europea,

1. Recordando la resolución del Consejo de 2 de junio de 1994 relativa al marco de actuación de la Comunidad en el ámbito de la salud pública¹ donde se afirma que las enfermedades mentales, que son causa de un alto nivel de morbilidad y de una gran parte del gasto sanitario total, deberán estudiarse en adelante con el fin de determinar el tipo y la amplitud de las acciones que hay que emprender a escala comunitaria para contribuir a los esfuerzos de los Estados miembros en este ámbito;

2. Recordando la Comunidad de la Comisión de 16 de abril de 1998 sobre el desarrollo de la política de salud pública en la Comunidad Europea en la que se considera la salud mental como uno de los asuntos que hay que tener presentes en las futuras actuaciones de la comunidad en el ámbito de la salud pública;

3. Recordando que las Conclusiones del Consejo de 26 de noviembre de 1998 sobre el futuro marco de actuación de la Comunidad en materia de salud pública² establece que los mayores beneficios para la salud de los ciudadanos de la Unión Europea se obtendrán probablemente centrandó la acción comunitaria, entre otros aspectos, en la disminución de la mortalidad y la morbilidad asociadas a las condiciones generales de vida y a los modos de vida en relación con aspectos tanto físicos como mentales;

4. Tomando nota de la resolución del Parlamento Europeo de 9 de marzo de 1999 sobre el informe de la Comisión acerca de la situación de la salud en las mujeres en la Comunidad Europea en la que pide a la Comisión que aumente los escasos datos de que se dispone actualmente en materia de salud mental y enfermedades psíquicas en la Unión y que sensibilice al público acerca de los tratamientos adecuados para los síntomas depresivos;

5. Tomando nota de la reunión conjunta de la organización Mundial de la salud y la Comisión Europea sobre "Equilibrar la promoción y la atención de la salud mental", celebrado en Bruselas del 22 al 24 de abril de 1999, y sus conclusiones tituladas "Sin salud mental no hay salud";

6. Acoge con satisfacción la Conferencia Europea sobre la promoción de la salud mental y la inserción social que tuvo lugar en Tampere del 11 al 13 de octubre de 1999 y destacó la importancia de la salud mental y la necesidad de actuaciones en este ámbito como parte integrante de la estrategia comunitaria sobre la salud pública;

7. Es consciente de que la salud mental constituye una parte invisible de la salud;

8. Estima que la salud mental contribuye de manera significativa a la calidad de vida, a la inserción social y a una plena participación

social y económica;

9. Insiste en que los problemas y enfermedades mentales comunes, son causa de sufrimiento humano y de incapacidad, aumentan la mortalidad y tienen repercusiones negativas en las economías nacionales;

10. Destaca que los problemas de salud mental están con frecuencia relacionados, entre otros factores, con el desempleo, la marginación social y la exclusión, la carencia de hogar, la drogadicción y el alcoholismo;

11. Reconoce que existen métodos eficaces para promover la salud mental y prevenir los problemas y enfermedades mentales;

12. Estima que es necesario resaltar el valor y la visibilidad de la salud mental y fomentar la buena salud mental, en particular entre los menores, los jóvenes, las personas mayores y en el trabajo;

13. Considera importante la cooperación con la organización Mundial de la Salud, de manera coordinada, en las cuestiones relativas a la salud mental, así como con otras organizaciones internacionales;

14. Reconoce la necesidad de tratar la promoción de la salud mental una creciente cooperación con los solicitantes;

15. Invita a los Estados miembros a

- prestar la debida atención a la salud mental y a reforzar su promoción en sus políticas respectivas

- recabar datos de buena calidad referentes a la salud mental y compartirlos de manera activa con otros Estados miembros y con la Comisión;

- desarrollar y poner en práctica acciones de promoción de la salud mental y de prevención

de las enfermedades mentales, así como promocionar el intercambio de buenas prácticas y la realización de proyectos conjuntos con otros Estados miembros;

- estimular y respaldar la investigación sobre salud mental y su promoción, haciendo asimismo uso de las oportunidades que ofrece el quinto programa marco de la Comunidad Europea para acciones de investigación, demostración y desarrollo tecnológicos (1998-2002) aprobado mediante la Decisión nº 182/1999/CE del Parlamento Europeo y del Congreso¹

16. Invita a la Comisión a

- considerar la incorporación de actividades del ámbito de la salud mental, como el intercambio de información y de buenas prácticas y la constitución de redes, en el futuro programa de actuación para la salud pública,

- desarrollar y poner en práctica, como parte del sistema comunitario de supervisión de la salud, un apartado para la salud mental y elaborar un informe sobre este ámbito;

- analizar el impacto de las actividades comunitarias sobre la salud mental, por ejemplo en los ámbitos de la educación, la política de la juventud, los asuntos sociales y el empleo;

- considerar, previa consulta a los Estados miembros, la necesidad de elaborar una propuesta de Recomendación del Consejo sobre la promoción de la salud mental.

¹ DOC 165 de 17.6.1994, p.1.

² DOC de 15.12.1998, pl.

SITUACIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EUSKADI.

Joaquín Ponte. Psicólogo clínico*

RESUMEN: En el siguiente artículo el autor polemiza sobre la situación de los psicólogos clínicos en Euskadi. Se analizan las causas mencionadas en el artículo del doctor Chicharro que explican el escaso papel de la psicología clínica en la red vasca. La falta de resultados documentados, la menor carga de trabajo y la no adecuación de las terapias a los usuarios. Se estudia el papel de los psiquiatras y gestores. Se proponen factores alternativos que aumentan el ángulo de estudio del tema: no entrada de psicólogos jóvenes con orientaciones más probadas, negligencia de los responsables a la hora de exigir resultados. Se finaliza proponiendo alguna salida y apuntando caminos de encuentro futuros.

Palabras clave. Psicología Clínica, estudios de resultados, red pública de salud.

ABSTRACT: In this article the autor contributes to the discussion about the situation of clinical psychologists in Euskadi. He analyzes the causes mentioned by Dr. Chicharro in his paper about the small role played by psychologists in the Basque health system. These are: no proved results, smaller work charges, and that the psychotherapies don't suit the mental health problems. The role of psychiatrists and political administrators in this problematic is studied. Various factors are proposed to open up the angle of vision: no entry in the Health Net of younger psychologists with more efficacy oriented therapies, negligences of medical chiefs when they have to ask for results. In the end there are proposals of encounter and ways out of the situation.

El doctor Chicharro abre una polémica interesante. La confrontación/colaboración de dos disciplinas como la psicología y la psiquiatría. Describe con acierto el devenir histórico y trata de explicar las causas de la situación actual. Así como la situación en el resto del estado va por otros derroteros y la psicología se va implantando como un enfoque complementario en salud mental en Euskadi anda paralizada desde hace mucho tiempo. Sin embargo se aducen causas que tienen que ver solo con los psicólogos. No adecuación de las terapias a los pacientes, menor carga de trabajo, resultados de la psicoterapia no demostrados. En esto tiene bastante que ver con los psicólogos pero también los médicos y psiquiatras en concreto, porque estamos todos en el mismo sistema y como mínimo el origen y las causas creo que son circulares y múltiples.

1. No adecuación de las terapias a los pacientes. Este defecto puede venir de que los psicó-

gos que se incorporaron a la red eran de los años 70 y 80, cuando eran predominantes las escuelas psicoanalíticas. Estas escuelas no se caracterizan por sus estudios de eficacia, su control científico y su eficiencia en la relación coste por trabajo. Por otra parte como muchos psiquiatras que también son de esa orientación y trabajan en la red. Por lo tanto un problema es que casi todos los psicólogos son de una orientación y no se ha dado paso a la gente con orientación más prácticas y de eficacia más demostrada. La responsabilidad de eso es de gerentes, jefes de servicio y políticos la mayoría de las cuales son médicos, que quizás inconscientemente están encantados con los psicólogos que no dan el callo.

Los psicólogos más jóvenes trabajamos de otra manera pero no se nos deja demostrar esa eficacia. Como ocurre en el Hospital de Zamudio, donde el psicólogo es tan solo un evaluador que trabaja como profesional externo, no integrado en pie de igualdad en la plantilla. Como los psicólogos que siguen entran-

do por la puerta de atrás en el sistema, sin garantías, sin puestos estables, sin integrarse de forma real en los equipos.

2. Menor carga de trabajo.

Es un problema conectado con el anterior. La orientación analítica trabaja con unos márgenes de tiempo que la hacen inaplicable al servicio público. Sin embargo aquí la mayoría de jefes de servicio que hacen dejación de sus funciones permiten que el psicólogo trabaje menos son también psiquiatras. ¿Cuánto insisten los jefes en que el psicólogo vea más pacientes o igual de graves?

Otro problema es el del reciclaje profesional, los psiquiatras cuentan con financiación para ello por parte de los laboratorios, los psicólogos hemos de costearnos nuestro reciclaje. ¿Se programa por parte de los jefes y psiquiatras partidas para que los psicólogos estén al día?

Por otro lado está el enfoque de trabajo un psiquiatra puede ver a un paciente en 10 minutos un psicólogo necesita como poco media hora. Luego las cargas de trabajo no pueden ser semejantes. La orientación grupal se intenta practicar pero muchas veces no se cuenta con pacientes suficientes para hacer grupos específicos. Nuevamente aquí es fundamental la coordinación entre hospitales y centros de salud para conseguir los pacientes necesarios para hacer un grupo, la (des)coordinación está en manos de ¿quién nuevamente?

3. Eficacia no demostrada.

La eficacia del enfoque psiquiátrico hace que en un lapso de dos años yo ya me conozca a todos los pacientes de Zamudio porque son en su inmensa mayoría reingresos. Esto no es eficacia, eficiencia ni resultados demostrados. Yo creo podría demostrar que el 70 % de los pacientes ingresados en este hospital han sido vistos en el mismo en los últimos dos años. Luego el enfoque medico es claramente insuficiente. Por no pensar en evaluar el coste por día de un paciente hospitalizado, se pueden pagar varias decenas de terapias ambulatorias con lo que cuesta un ingreso de un mes.

Luego la relación coste-eficacia del tratamiento medicamentoso hospitalario y ambulatorio, psicoterapéutico como mínimo no están tan clara.

En gran parte el enfoque psiquiátrico actual no funciona porque no se realiza un enfoque psicosocial de adherencia y seguimiento de los tratamientos, con lo cual el nivel de adherencia a estos en los problemas graves decae a niveles alarmantes en pocos meses. Luego el resultado de la psicoterapia será una incógnita pero el de los psicofármacos solos con visitas cada tres meses de 15 minutos tampoco es muy eficaz.

Integración y conclusiones

Creemos que efectivamente como se menciona en el artículo es posible coexistir y compartir objetivos, metodologías y colaborar conjuntamente en el bienestar de los usuarios de la red. Hay que tener voluntad de hacerlo claro. Usuarios de la red de salud mental que por cierto piden a veces desesperadamente abordajes psicoterapéuticos sean llevados por el profesional que sea. Creo que todos psiquiatras y psicólogos tenemos que evaluar y justificar la eficacia de nuestro trabajo

La responsabilidad de los psicólogos es decir lo que podemos hacer y delimitar nuestras funciones. Pero hay un buen número de funciones que son de ambos colectivos y lo que hay que hacer es repartirse el trabajo y coordinarse. Véase si no el revuelo en las diversas organizaciones psiquiátricas españolas con el Decreto de la especialidad de Psicología Clínica, donde se afirma que el psicólogo puede "diagnosticar, tratar y rehabilitar las patologías mentales" (y sin estar sometidos al criterio de calidad del psiquiatra). Creo que todas las sociedades psiquiátricas importantes han presentado recurso ante tamaña osadía. La única que defiende el Proyecto es la A.E.N. Con lo cual lo que podían hacer los psiquiatras es dejar de vernos como competidores y dejar de tratar a la psicología como una ciencia menor, y al psicólogo como un profesional subordinado a sus necesidades.

*Hospital de Zamudio. C/Fica 1, 5ºA. Bilbao 48006.

Email: jponte@euskalnet.net



SECCION DE PSIQUIATRIA DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO


Oscar Martínez. Médico psiquiatra*

La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao es un referente profesional de indiscutible entidad en nuestro ámbito, tanto a través de la *Gaceta Médica de Bilbao* (fundada en 1894 y decana de las revistas médicas en España), como de las diferentes actividades regulares que realiza. Su funcionamiento se vertebra en torno a Secciones que se corresponden con las diferentes especialidades médicas. Sin embargo, la psiquiatría no estaba suficientemente representada de esta forma.

Recientemente, y a iniciativa de su nueva Junta Directiva, se ha tratado de corregir esta situación, lo que es motivo de doble satisfacción para nosotros, no sólo por la potenciación de dicha Sección, sino por recaer su Presidencia en nuestro compañero y primer Presidente de O.M.E. el *Dr. Fernando Marquínez Bascones*.

Integrada con el resto de la Academia de Ciencias Médicas y con su mejor ánimo creativo, en su presentación la Sección dirige sus objetivos a convertirse en los próximos años en agente de opinión cara a la Sociedad, hacer aportaciones en el campo científico-médico, así como ser lugar de encuentro para los profesionales, solicitando igualmente la participación de todos los médicos psiquiatras u otros académicos que pudieran estar interesados.

La primera actividad realizada fue una conferencia impartida por el Dr. José Carlos Mingote, Jefe de Sección del Hospital 12 de Octubre, con el título: "Satisfacción, estrés laboral y calidad de vida del médico". En la presentación, se hizo referencia al riesgo de padecer el *síndrome del quemado* entre las profesiones sanitarias, derivado de las propias características laborales y asistenciales, así como de la falta de motivación profesional, con el consiguiente desarrollo asociado de patologías ansioso-depresivas o aumentar el consumo de tóxicos.

Vaya desde aquí nuestra bienvenida y enhorabuena por esta iniciativa, convencidos del potencial beneficio que puede derivarse para nuestra Medicina. Además, no deja de ser una buena alternativa al desgaste profesional la participación individual y entusiasta en asociaciones profesionales así como el cuidado de la formación continuada, espacios estos que se ven ampliados en nuestro entorno con esta Sección. 

*CSM Uribe-Kosta. Algorta. Bizkaia.



III JORNADAS DE REHABILITACIÓN HOSPITAL DE ZAMUDIO

Francisco Chicharro. Médico psiquiatra.

Los días 5 y 6 de octubre de 2000, en el Palacio Euskalduna, y bajo el título “ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL SEVERA DE CURSO CRONICO”, se celebraron las III Jornadas de Rehabilitación del Hospital de Zamudio. Colaboraron en su organización OME - AEN; la Asociación Vasco Navarra de Neuropsiquiatría; y la Academia Vasca de Ciencias Vasca de la Salud Mental.

INTRODUCCION

Una de las asignaturas pendientes de la asistencia psiquiátrica es proporcionar un tratamiento integral y rehabilitador a las personas aquejadas de enfermedad mental severa. En el año 2000, más de treinta años después del inicio de los programas de desinstitucionalización y del desarrollo de servicios de salud mental comunitarios, el acceso a servicios y programas de rehabilitación de calidad es aún la excepción, no la norma.

En la mayoría de los casos, la asistencia a pacientes con enfermedades mentales como la esquizofrenia, se limita a facilitar tratamiento farmacológico y, en caso de internamiento, a unos cuidados médicos generales y hosteleros de buena calidad. Pero se puede hacer mucho más que eso: es posible utilizar técnicas terapéuticas para las que existe una firme base de evidencia en cuanto a su eficacia, individualizar los tratamientos en función de sistemas de evaluación estandarizados, y establecer sistemas de seguimiento y coordinación que permitan un tratamiento sensato y con sentido a largo plazo de los pacientes.

Buscando la operatividad, en esta ocasión se plantearon unas jornadas con diferente estructura. El 5 de octubre se celebraron talleres simultáneos para el abordaje distintos aspectos. En la mañana del 6 los coordinadores de cada taller expusieron las conclusiones.

OBJETIVO DE LAS JORNADAS

Reunir a diferentes profesionales de todos los estamentos (médicos, psicólogos, enfermería, monitores, trabajo social, etc., que trabajan actualmente en programas asistenciales para pacientes con enfermedades mentales severas de curso crónico (EMS en adelante) y dada la variabilidad asistencial y de recursos existentes, establecer un consenso en las áreas básicas de actuación sobre la base de la evidencia disponible.

METODOLOGÍA

TALLER 1: INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN ESQUIZOFRENIA. GUIAS Y PROTOCOLOS

COORDINADORES: J.J. URIARTE. Servicio de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico de Zamudio. Tutor MIR. J. MORO ABASCAL. Servicio de Media Estancia del Hospital



Psiquiátrico de Zamudio.

TALLER 2: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

COORDINADORA: Eva MTM. Muñiz Giner. Centro de Rehabilitación Laboral Vázquez de Mella. Docente en la Universidad Complutense. Madrid.

TALLER 3: PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO EN LA COMUNIDAD

COORDINADORA: Pilar ORONOZ. Responsable de los Programas de Rehabilitación y Reinserción de Alava.

TALLER 4: PROGRAMAS DE APOYO SOCIAL A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO.

COORDINADOR : Ladislao LARA PALMA. Gerente de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.

PONENTES: Abelardo RODRIGUEZ GONZALEZ. Coordinador del Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica. Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Marcelino LOPEZ ALVAREZ. Director de Programas, Investigación y Evaluación de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.

6 de octubre (mañana)

SE PRESENTARON LOS RESULTADOS por parte de los coordinadores de los talleres. De forma ideal, de la suma de las conclusiones debiera surgir un modelo básico asistencial para pacientes con trastornos mentales severos de curso crónico, modelo basado por una parte en la evidencia disponible, y por otra en el consenso de los profesionales asistentes.

PROPUESTA DE CREACION DE LA ASOCIACION VASCA DE REHABILITACION

En el transcurso de las jornadas, se presentó una propuesta para la creación de la Asociación Vasca de Rehabilitación Psiquiátrica, que pretende aglutinar a los profesionales de esta disciplina y sirva de espacio para el intercambio y debate.

La intención es que sea una asociación pluridisciplinar (médicos, psicólogos, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, etc.) que de la oportunidad de compartir sus experiencias a todos cuantos están involucrados o tengan interés en los programas de rehabilitación psiquiátrica.

Las personas interesadas en participar o hacer alguna sugerencia, pueden dirigirse a las direcciones del pie de página, con el fin de hacer una convocatoria de reunión fundacional.

F. Chicharro	94 400 65 07	pchichar@hzam.osakidetza.net
J.J. Uriarte	94 400 65 00	juriarte@hzam.osakidetza.net
J. Moro	94 400 65 00	juan.moro@apdo.com



Ander Retolaza. Médico psiquiatra

"Atención Comunitaria de la Enfermedad Mental/Buruko Gaitzaren Trataera Ospitaletik Kanpo". Ararteko. 615 pag.(bilingue)

El subtítulo de esta publicación aclara perfectamente el contenido de este reciente libro editado iniciativa del Ararteko: "Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco" en el que se analiza la atención comunitaria que se presta -y sus carencias- a este segmento de la población.

Con anterioridad, en 1992, la institución del Ararteko abordó la problemática de las personas con enfermedad mental ingresadas en hospitales psiquiátricos con el título "Los psiquiátricos". Por ello este informe se presenta como complementario y continuación actualizada de aquel centrado, eso sí, en la atención extrahospitalaria, en el medio comunitario.

Responde a la preocupación del Ararteko por los colectivos más vulnerables que no conocen sus derechos o tienen dificultades para exigirlos. Responde a las demandas y reivindicaciones de las familias y asociaciones de familiares o de afectados hacia las instituciones públicas y hacia la sociedad. Responder a las críticas y demandas de desinstitucionalización de algunos sectores profesionales del sector de la salud mental y salud pública. Y pretende responder a todos aquellos interesados en conocer el panorama actual de la atención a la enfermedad mental, con sus fortalezas y también con sus debilidades.

Este amplio informe tiene una estructura que orienta su lectura. Una primera parte donde se establece un marco teórico - los elementos conceptuales -, y un cuerpo central con elementos básicos de la investigación:

- La descripción de la red actual de atención extrahospitalaria, tanto pública como privada o del movimiento asociativo.
- La visión y valoración ofrecida por los diferentes actores: personas con trastorno mental, familiares que les ayudan, profesionales, instituciones y organizaciones que impulsan o gestionan los servicios de atención comunitaria. Mediante entrevistas a amplias muestras de los colectivos implicados se pretende un acercamiento al nivel de conocimiento de los recursos, de su utilización y satisfacción junto a las necesidades, que se ven complementadas con el conocimiento de las políticas de salud, sus objetivos y los programas de atención.
- Conclusiones y recomendaciones sobre la oferta de servicios sociales y sanitarios, no hospitalarios, vinculados a la Salud Mental.
- Los aspectos jurídicos vinculados a la problemática de estas personas con enfermedad mental y que afectan el ejercicio de sus derechos.

Como señala el mismo Ararteko en la presentación del informe, en los contenidos hay algunos elementos significativos desde una perspectiva garantista de los derechos:

1. La necesidad de adecuar necesidades de estas personas y los derechos que les corresponden con los medios para garantizarlos.
2. La necesidad de clarificar las responsabilidades y desarrollar el llamado "espacio sociosanitario".
3. La necesidad de coordinación entre las diferentes redes y servicios de atención a la salud mental.
4. Las carencias manifiestas en cuanto a recursos intermedios.
5. La existencia de colectivos con dificultades particulares y especiales problemas de atención.
6. Las necesidades de apoyo a la red natural
7. Las limitaciones en el control y la evaluación de la calidad de los servicios que se ofrecen.

8. La necesidad de trabajo la sensibilización social y de mejorar la integración social de estas personas afectadas.

9. La necesidad de una mayor regulación jurídica de determinadas situaciones.

El destino de este informe, además de su presentación ante el Parlamento Vasco, son los diferentes responsables e instituciones vinculadas a la salud mental así como aquellos colectivos y personas interesadas. Es un buen documento para la reflexión y el debate; para el conocimiento de la realidad de lo que su título describe: la atención comunitaria a las personas con enfermedad mental crónica. Por ello es oportuna la invitación a su lectura. Conocer las fortalezas y las carencias puede permitir orientar las energías y recursos comunitarios, y mejorar las condiciones de vida de las personas que sufren. Una sociedad más sensible y solidaria lo requiere.

Rodrigo Gonzalez-Pinto

"Formación continuada en Fundamentos de Psiquiatría. Autoevaluación razonada". Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor. Editorial: Masson. 2000 Págs.: 828. Contiene CD Interactivo.

Se trata de un libro de preguntas con respuestas de elección múltiple. Estas respuestas son razonadas haciéndose referencia a textos acreditados que justifican la elección correcta. En total, 1500 preguntas con cinco posibles respuestas y el razonamiento justificado bibliográficamente de la respuesta adecuada. El libro está dividido en 6 áreas que recorren el conocimiento psiquiátrico actual: 1º. El desarrollo a lo largo de la vida y teorías que lo explican; 2º. La evaluación del paciente; 3º. Psiquiatría biológica; 4º. Enfermedades, trastornos y síndromes; 5º. Psicoterapias: de la teoría a la práctica y 6º. Comunidad, asistencia y gestión en psiquiatría. El libro es iniciativa del primero de los autores, Michel Salazar, Psiquiatra del CSM de Zalla (Bizkaia) que junto con Concha Peralta, también Psiquiatra del mismo centro y Javier Pastor, Psiquiatra del CSM de Uribe de Algorta (Bizkaia) dirigen la obra. Los tres reúnen a otros 27 profesionales de la Salud Mental con los que elaboran las preguntas y respuestas.

Como dicen los autores en el prefacio se trata de un libro dirigido a estudiantes de medicina y psicología clínica, residentes de psiquiatría y psicología, psiquiatras y otros profesionales que tengan el propósito de ampliar o revisar sus conocimientos en este campo. La finalidad de esta obra es la de ayudar al interesado en el conocimiento de un amplio abanico de temas relacionados con el saber psiquiátrico, y pretende reflejar el estado de los conocimientos en el momento de su publicación. El prólogo es de José M^a Ayerra Balduz, responsable del CSM de Uribe y presidente de la Fundación OMIE que alude a la necesidad del mantenimiento del espíritu crítico y de la reflexión ausente en muchas ocasiones en nuestra profesión y que deberían estar presentes en el lector de ésta obra.

"Actualidad de Sigmund Freud. Teoría-Clínica-Técnica". Pedro F. Villamarzo y Equipo Investigador del Instituto Universitario "Oskar Pfister". Editorial: Ediciones Académicas S.A. 1999. Págs.: 329.

El libro reúne los trabajos presentados en las jornadas que tuvieron lugar en Madrid los días 10, 11 y 12 de Octubre de 1998, en el Aula "Jiménez Díaz" del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, con motivo del XXV Aniversario de la fundación de la Institución Psicoanalítica Oskar Pfister (1973-1998). En dichas jornadas fueron presentados los resultados científicos de un trabajo sistemático de investigación histórico-crítica llevado a cabo, bajo la dirección de Pedro F. Villamarzo, por un amplio equipo de especialistas en Psiquiatría y Psicología clínica, todos miembros de la referida Asociación Psicoanalítica.

Pedro F. Villamarzo es catedrático de Psicología Dinámica de la Universidad Pontificia de Salamanca y presidente de la Asociación Española de Psicoanálisis Freudiano "Oskar Pfister", y él junto a Jose Antonio Ríos, profesor de la Universidad Complutense y vicepresidente de la FEAP exponen en el libro las dos conferencias magistrales que abrieron las jornadas, el prime-

ro sobre "Duelo y Melancolía", una revisión histórico-crítica del trabajo freudiano de 1915 y el segundo sobre las "claves psicodinámicas para una terapia familiar desde el análisis de los casos clínicos de Freud".

Posteriormente se presentaron quince comunicaciones organizadas en mesas redondas que en el libro están recogidas en cuatro capítulos:

1. Escritos metapsicológicos freudianos
 1. Las pulsiones y sus destinos.
 1. La represión.
 1. Lo inconsciente.
 1. Adicción metapsicológica a la teoría de los sueños.
 1. Síntesis (sinopsis general sobre las neurosis de transferencia).
2. Los cinco casos clínicos de Freud.
 1. Análisis fragmentario de una histeria (caso Dora).
 1. Análisis de la fobia de un niño de 5 años (caso Juanito)
 1. Análisis de un caso de neurosis obsesiva (caso del Hombre de las ratas).
 1. Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia, autobiográficamente descrito (caso del "Presidente Schreber").
 1. Historia de una neurosis infantil (caso del Hombre de los lobos).
3. Escritos técnicos de Freud:
 1. La dinámica de la transferencia
 1. Consejos al médico en el tratamiento analítico.
 1. La iniciación del tratamiento.
 1. Recuerdo, repetición y elaboración.
 1. Observaciones sobre el amor de transferencia.
4. Estudio bibliométrico de los escritos temáticos de Freud.

En definitiva, un libro que recoge nuevas investigaciones sobre el pensamiento del creador del psicoanálisis, llevado a cabo por el presidente y los miembros de un instituto de orientación inequívocamente freudiana.

Mónica Póo

"Los venenos en la literatura policiaca". Autor: Alfonso Velasco. Edita: Secretaría Publicaciones e Intercambio Científico. Universidad de Valladolid, 1998. 152 págs.

Un interesante libro con buen manejo de la alquimia utilizando sencillas dosis de farmacología, toxicología y amplio conocimiento del género literario en cuestión.

A una primera parte, introductoria a la toxicología clínica, con acercamiento a los venenos o tóxicos y sus tipos. Las causas, el tratamiento, detección o los errores en el control de las intoxicaciones son descritos de modo sencillo.

"...Se ha dicho que la mayor parte de los envenenamientos se producen en el medio rural pero no es cierto. Lo que sí sucede es que los venenos fácilmente adquiribles en zonas rurales generan cuadros lesivos tan intensos que no pasan desapercibidos, mientras que posiblemente el mayor porcentaje de envenenamientos homicidas se realiza mediante sobredosis medicamento -sas o por otras sustancias que no permiten un diagnóstico tan evidente". Son muy frecuentes las intoxicaciones, por ejemplo en niños se ofrecen cifras cercanas al 60% en la mayoría de las estadísticas. Los accidentes con productos domésticos (limpiadores, plagicidas, disolventes) y con medicinas (analgésicos, benzodiacepinas, anticonceptivos,...) constituyen una indeseada cotidianeidad de los servicios de urgencia.

La segunda parte está dedicada a la evolución histórica de la novela policiaca. Género de la literatura de origen anglosajón, donde se plantea un enigma criminal que no se resuelve hasta el final por quienes investigan sobre el acontecimiento principal, el delito. En rápidos retazos cono-

ce mos la evolución de la novela criminal: desde unos inicios donde el crimen es la forma radical de protesta social (Godwin, Balzac, Sue, Dumas,...) donde el criminal es un héroe o una víctima de la injusticia social. Posteriormente, el detective es un protector de la sociedad o un intelectual superhombre (Poe, Collins,...) hasta llegar a funcionar solo y por encima del proceso legal, como ocurre desde Sherlock Holmes, el príncipe de los detectives, el personaje de Conan Doyle. Más tarde, los protagonistas querran preservar a la sociedad con sus reglas, o romper las reglas para no ser aburridos, y así hasta que, en épocas más recientes, se llega a diversificar este género en subgéneros: novelas de aventura criminal, novela detectivesca o novelas de acción policiaca.

Edgar Alan Poe, con sus cuentos, es considerado el verdadero creador de este tipo de novela. Aunque ya en textos antiguos (*La Biblia, Herodoto, Las mil y una noches*,...) son descritos delitos, misterios e investigaciones, en las narraciones de Poe se plantean todos los elementos de este tipo de novela: 1) el problema parece irresoluble; 2) va desde el efecto (el delito) a la causa (el criminal); 3) se sospecha de inocentes; 4) métodos de investigación inadecuados; 5) investigador incapaz de ir hacia cualquier enigma; 6) solución: la única rigurosamente posible. En *Los crímenes de la calle Morgue, La carta robada, y El misterio de Marie Roget* resulta muy esclarecedor.

Cherterton decía que el verdadero objeto de una inteligente historia de detectives es "no confundir sino iluminar al lector de modo que cada fragmento sucesivo de la verdad llega por sorpresa", y así ocurre en esta literatura. Algo así ocurre en el psicoanálisis, comparado en su método con la labor del detective, incluso por el mismo Freud en varios de sus escritos. Resultan curiosas algunas coincidencias entre Freud y el personaje Sherlock Holmes: intuición, métodos, consumo de cocaína,...

La literatura policiaca, muy ligada a las sociedades industriales, alcanza su período dorado en el primer tercio del siglo XX, sobresaliendo por su calidad y cantidad, autores como Sayers, Wallace y, como no, Agatha Christie.

En la península ibérica ha habido una débil tradición de esta literatura. No obstante, han existido escritores importantes a quienes no se ha considerado debidamente sus obras en este género. Emilia Pardo Bazan, quien para algunos fué la autora de la primera novela policiaca española con *La gota de sangre* (1991), se prodigó con numerosos cuentos del mismo estilo (*La cana, La cita, Nube del paso*,...). En marco más cercano en el tiempo hemos podido conocer el ciclo de novelas de Plinio de García Pavon, y la serie de Pepe Carvahó de Manuel Vazquez Montalvan, sin ninguna duda el de mayor difusión. Vazquez Montalvan, Juan Madrid y Martin Andreu son claro exponente de esta novela. Ha resultado curioso comprobar como los escritores de la novela negra han mantenido actitudes y militancias progresistas, mientras que los de novelas detectivescas han expresado mentalidades más conservadoras.

Loa capítulos finales de este librito se centran en los venenos utilizados por los principales escritores de literatura policiaca, describiendo un largo listado, con sus características, intoxicaciones y antídotos incluidos. La aconitina, apomorfina, el etanol, ácido cianhídrico, cocaína, cicuta, muscaria, veronal, nicotina, insulina, estricnina, arsénico, alcaloides naturales o monóxido de carbono son una parte de las sustancias tóxicas descritas magistralmente por notables autores de la literatura universal.

El cannabis tampoco ha sido olvidado en estas novelas. Sus efectos psicodislépsicos han sido descritos con atinada fortuna por algunos "grandes" autores: William Irish en *Marihuana*, Sax Rohmer en *la hija de Fu Manchú* y sobre todo Agatha Christie que describió los efectos cannábicos en *El rebaño de Gerión, La tercera muchacha, Misterio en el Caribe, El espejo se rajó de parte a parte, Las manzanas, Pasajero para Frankfurt*,... A pesar del incipiente conocimiento farmacológico de la sustancia, a través del uso social, estos escritores supieron trasladar a sus obras un importante saber, aun no asumido por sectores de la comunidad científica.

Sencillez, curiosidades detectivescas, historias literarias y venenos cotidianos podemos encontrar con la lectura, casi seguro de un tirón, de este pequeño libro.



Agenda

28 Octubre-3 Nov.

Praga

10th Congress of the Association of European Psychiatricians (AEP)
Inf.: Tel:45.48.39.47.46, Fax: 45.48.39.48.69; 972.3.5175674

2-4 Noviembre

Bilbao

IV Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica
Secretaría: Centro Menni de Bioética. C/ Simón Bolívar, 1. 48010 Bilbao. Tel.: 94.470.19.30. e-mail: bioetica@bioetica.net

7,8,9 Noviembre

Bilbao, Donostia, Gasteiz, Iruña

Jornadas sobre Mujer, Salud Laboral y Estrés. ESK/Stee-Elias.
Secretaría: Tfno 94.4101425

10-11 Noviembre

Bilbao

IV Jornadas del Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao (GPAB): sobre la histeria

20-22 Noviembre

Bilbao

5º Congreso Internacional FAASP, 5ª Jornadas de Salud Pública- Osorik 2000. "Ciudad y desarrollo urbano"
Secretaría Técnica: tlfno: 94.6611164; Fax: 94.425.54.21. e-mail: congreso@lantso.com

20-23 Noviembre

Murcia

XIII Jornadas Internacionales sobre Psicología clínica y salud
Información: jbuendia@fcu.um.es

23 Noviembre

Bilbao

Jornada sobre "Atención comunitaria de la enfermedad mental". Organiza OME-Asociación de Salud Mental. Lugar: Archivo histórico de Diputación en C/ MTMDíaz de Haro.

1,22,23 Noviembre

Bilbao

Curso sobre "Drogas y dependencias. Existen alternativas". OP-Salud Pública.
Secretaría OP: tffno/fax 94.4162202

1-2 Diciembre

Antigua Bolsa de Bilbao

VII Jornadas de Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal. El trabajo grupal en la Comunidad
Información: <http://apag.tsx.org>

14-15 Diciembre

Universidad de Deusto

Jornadas del centenario del Hospital de Bermeo, Reinventando la asistencia psiquiátrica
Secretaría: tel.: 94-6029005, fax: 94-6029020

23-24 Marzo

Barcelona

VIII Symposium Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatría. Patología Obsesiva
Inscripciones: <http://www.geyseco.com/controv2001.htm>