

NORTE

Volumen IV N^o 11 Martxo/Marzo 2001

DE SALUD MENTAL

Revista de la Asociación de Salud Mental
Osasun Mentalaren Elkartea



Volumen IV



N°11

Volumen III



N°9



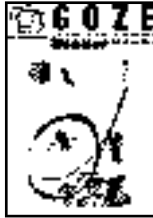
N°10



N°5



N°6



N°7



N°8

Volumen II



N°1



N°2



N°3



N°4

NORTE de Salud Mental:

Revista de la Asociación de Salud Mental

Osasun Mentalaren Elkartea

Consejo Editorial:

Francisco Chicharro
Rodrigo Gonzalez-Pinto
Oscar Martínez-Azumendi
Mónica Póo
J. Jose Uriarte

Director

Revista NORTE:

Iñaki Markez

Consejo Asesor
y de Redacción:

Aparicio, D.	Alvarez,C
Ayerra, JM.	Ballesteros, A.
Candina, A.	De la Rica, JA.
Elizagárate, E.	Erkizia, B.
Gonzalez-Pinto, A.M.	Guimon J.
Gutierrez Fraile, M.	Hernanz, M.A.
Iraurgi, I.	Jimenez Lerma, J.M.
Lasa, A.	Marijuan, M.
Malda, C.	Marín, M.
Marquínez, F	Martinez-Cué, C.
Medrano, J.	Ogando, J.
Ozamiz, A.	Padierna, A.
Retolaza, A.	Santander, F
Sanz, J.	Tolosa, M.
Totorika, K.	Unzueta, P
Vega, A.	Verdejo, M.
Ylla, L.	Zuazo, JI.

Sede Social: Barrencalle, 40, 1º. 48005 Bilbao. Tlf: 94 416 22 02.

www.ome.tsx.org

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

La revista NORTE es accesible en el Servicio Bibliográfico de:
CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco).
InforSEP (Sociedad Española de Psiquiatría).
IME (Índice Médico Español).



NORTE

de Salud Mental

Revista de la Asociación de Salud Mental

Osasun Mentalaren Elkarte

Vol IV nº11, 2001.ko Martxoa/Marzo 2001

www.ome.tsx.org

© Copyright 2000 NORTE de Salud Mental

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:

E KIMEN

Apdo. Correos nº276 48990 Algortza, Bizkaia. TF: 94 467 49 79

E-mail: ekimen@euskalnet.net

Diseño y maquetación:

Zoom Graphics.

Portada:

Serie: Artistas jóvenes. Xilografía: sin título.

Autor: Eneurieta-Araunabeña Greño.

Logo COE:

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:

Esteve, Ferrer Internacional, Janssen-Cilag, Lilly Pfizer, Glaxo SmitKline, Synthelabo Pharma, Wyeth-Orfi.

Colabora:



OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

S U M A R I O

PRESENTACION

Norte en la Salud Mental.....	7
Iñaki Markez.	

ORIGINALES Y REVISIONES

Sintomatología positiva y negativa en trastornos Psicóticos Inducidos por Sustancias.....	11
Ioseba Iraurgi, Miguel Angel Landabaso.	

Expectativas en primeras consultas de un centro de salud mental (I). Importancia y descripción.....	23
Oscar Martinez-Azumendi.	

PARA LA REFLEXION

Sobre la psiquiatría, la salud mental, el CSM y asuntos de este tipo.....	29
Jose Ignacio Zuazo.	

Algunas cuestiones sobre la práctica psicológica con gays y lesbianas.....	39
Inmaculada Mugika.	

Cardiotoxicidad de la tioridazina.....	45
Juan Medrano, Pablo Malo, J. Jose Uriarte.	

HISTORIA

Dr. Nicolas Achucarro.....	51
Oscar Martinez Azumendi.	

ACTUALIZACIONES

Actualización en el tratamiento farmacológico del Tabaquismo.....	57
Je rónimo M. García, Iñaki Mabe.	

Actualización bibliográfica.....	63
Joseba Zalakain, Mónica Póo, Rodrigo Gonzalez-Pinto.	

INFORME

Carta a la Minis tra de Sanidad.....	71
--------------------------------------	----

PÁGINAS DE LA ASOCIACION

Despedida del Presidente de la Academia Vasca de las Ciencias de la Salud Mental.....	75
An doni Cand ina	

Informe de OME-Asociación de Salud Mental.....	77
--	----

AGENDA.....	81
-------------	----

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

NORTE 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 NORTE 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 NORTE, 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 NORTE 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.

NORTE EN LA SALUD MENTAL

Iñaki Markez. Médico psiquiatra.



Nuevo siglo en el año 2001?

Mucho hemos oído y leído sobre el inicio del siglo XXI y el tercer milenio. Todo ello, aceptando que en los años venideros se mantenga este calendario nuestro, asumido escasamente por un tercio de la población mundial, pues cerca de 40 calendarios completan un panorama donde, por ejemplo, el 2001 de occidente se corresponde con el 4637 del calendario chino, con el 7509 del bizantino, el 1922 del hindú (saka), el 1421 del islámico, el 5120 de los mayas o el 5761 del judío. Dudamos del año en que nos encontramos y tras curiosear se agudiza la incertidumbre. Nuestro actual calendario fue establecido en el año 532 d. C. por Dionisio el Exiguo, monje y astrónomo del papa Juan I. El calculó que el nacimiento de Jesús de Nazaret aconteció el año 753 de la fundación de Roma, pero investigadores han clarificado que hubo notables errores que llevaron a la elección de una fecha equivocada tras un arbitrario procedimiento de elección en el paso de los años.

Pues bien, posiblemente para el mundanal sea poco importante determinar con exactitud el año en el que nos encontramos o llegar a un consenso mundial sobre el particular. Más bien parece que las preocupaciones sociales se orientan en estos meses ya transcurridos hacia problemas locales importantes entorno a la emigración, la polarización social y partidista, el maltrato en el ámbito doméstico, el recelo sobre lo que comemos o sobre lo que no nos informan, la violencia, las intoxicaciones medioambientales, las polémicas institu-

cionales, la desconsideración de derechos elementales, las dificultades para el diálogo y la convivencia en suma, que han empobrecido la percepción que la sociedad tiene de la situación actual, añadiendo nuevos elementos de desesperanza y angustia que no es probable cedan en los meses venideros. Si todo es producto de decisiones humanas evitables (1) que podrían hacerse de otro modo, evitando la confrontación y fomentando la reconciliación. Si hasta ahora, lo dominante ha sido hablar del dolor o victimación, desde hoy quisiéramos oír hablar de respeto y cooperación en la búsqueda de soluciones.

¿Salud Mental en el 2.001?

Tras la celebración el año pasado del día mundial de la salud mental dedicado al trabajo, entre los profesionales de la atención a la salud y a las enfermedades mentales aumenta peligrosamente el burnout, casi paralelamente a la descoordinación cotidiana, el corporativismo, laissez faire, la desconsideración del espacio sociosanitario, la no incentivación o el abandono en el sistema público de personas de probada cualificación, empujando hacia la privatización de la sanidad o la vinculación con la industria farmacéutica, resulta satisfactorio que haya núcleos que caminan hacia la sectorialización para una mejor atención psiquiátrica; nuevos desarrollos y experiencias en rehabilitación aunque aun se dependa en gran medida de la iniciativa privada y de los colectivos de familiares, que al fin y al cabo son recursos privados a bajo coste; iniciativas interesantes en la escasa investigación clínica y en la evaluación de programas asistenciales.



Además de lamentaciones y críticas de pasillo, hemos de reconocer que se ha llegado hasta aquí porque entre todos lo hemos hecho, actuando o tolerándolo. Porque es posible hacer diferente, en este débil presente se nos antoja un panorama en el que habrá que invertir muchas energías institucionales y personales para una mejor sanidad pública. También en la salud mental es posible.

¿Norte en el 2.001?


Esta publicación cambia su cabecera con el nuevo año. Desaparecida la Academia Vasca de Ciencias de la Salud Mental impulsora cuatro años atrás de la revista GOZE, iniciales de su nombre euskérico, que ha supuesto un interesante lugar de encuentro de profesionales de la salud mental, es la Asociación de Salud Mental -OME- quien ha recogido el testigo. Y lo hace con esta iniciativa de cambio de cabecera: NORTE de salud mental y de otros profesionales dispuestos a dinamizar los próximos ejemplares.

Norte como "fin a que se tiende o que se pretende conseguir", diccionario dixit o "punto cardinal del horizonte situado frente al observador...". Norte como punto guía, sin ampulidad ni pretenciosidades, hacia donde quisiéramos avanzar en este campo tan controvertido, el de la salud mental. Incluso entre quienes siendo agentes o huéspedes de la gestión,

la investigación o la intervención clínica directa sobre las personas afectadas por enfermedades mentales.

Norte que en la esfera geopolítica nos sitúa entre los ricos y desarrollados, en contraposición con el Sur, el de los países pobres y/o en vías de un desarrollo que difícilmente alcanzan, los de impagables deudas externas, los no casualmente afectados por múltiples desgracias "naturales", los expoliados en sus recursos. Sería adecuado que nos acordemos de que fuimos sur cuando hoy acuden a nuestro norte gentes que huyen de la miseria.

Norte, porque pretendemos ser recurso de comunicación entre profesionales de esta amplia franja geográfica denominada "zona norte", en la acepción referente a los territorios vascos con la ampliación de "mercado" entre quienes desean conocer esta publicación de otras provincias, y también en alusión a toda la franja cantábrica.

Norte de salud mental retoma las aspiraciones fundacionales de GOZE y pretende consolidarse con aspiraciones crecientes, crecer en sus páginas y en quienes accedan a su lectura, facilitar diversidad y calidad de sus contenidos, mejorar en la financiación y en la distribución, ser un buen recurso. Ser una buena referencia. Ser norte. 

⁽¹⁾ M.Ferrer. *Contracorriente. El Mundo*, 11-3-01.

SINTOMATOLOGÍA POSITIVA Y NEGATIVA EN TRASTORNOS PSICÓTICOS INDUCIDOS POR SUSTANCIAS

Ioseba Iraurgi¹. Psicólogo
Miguel Landabaso². Médico

Resumen.

En este artículo se revisa la conceptualización de la sintomatología positiva y negativa propia de los trastornos psicóticos y su expresión en los cuadros alucinatorio delirantes inducidos por consumo de MDMA. En una primera parte, se realiza una revisión de la evolución del concepto desde sus orígenes hasta nuestros días, haciendo incidencia en la tipología de Crow, y se examina la definición y clasificación de los síntomas positivos y negativos. Finalmente se presenta un estudio de investigación en el cual se comparan la sintomatología de tres grupos de personas con manifestaciones psicóticas: consumidores de MDMA con un cuadro alucinatorio delirante (n=50), personas con un primer brote psicótico no inducido por sustancias (n=28), y personas con diagnóstico de esquizofrenia (n=37). Los resultados muestran con significatividad estadística, una mayor y más intensa expresión de síntomas, tanto positivos como negativos, en el grupo de consumidores de MDMA respecto a los grupos de comparación. Posteriormente, un análisis factorial de componentes principales ofrece seis dimensiones sintomáticas en el grupo de consumidores de MDMA, por lo que se cuestiona la bidimensionalidad entre síntomas positivos y negativos en este tipo de trastorno.

Palabras clave.- Síntomas positivos y negativos, MDMA, Extasis, Psicosis, Trastorno inducido.

Summary.

In this article is revised the conceptualization of the positive and negative symptomatology own denial of the psychotic disorders and their expression in hallucinogen-delirious episodes induced by MDMA consumption. In a first part, is carried out a review of the evolution of the concept from origins until our days, making incidence in the Crow typology, and the positive and negative symptoms definition and classification is examined. Finally, it is presented a study in the one which are compared the symptomatology of three groups of persons with psychotic manifestations: consumers of MDMA with a hallucinogen-delirious episode (n=50), persons with a first psychotic outbreak not induced by substances (n=28), and persons with schizophrenia diagnosis (n=37). The results show with significant statistics, a great and more intensive expression of symptoms, positive as well as negative, in the group of consumers of MDMA regarding comparison groups. Thereinafter, a factorial analysis of principal components offers six symptomatic dimensions in the consumers of MDMA group, therefore the bidimensionally between positive and negative symptoms in this type of disorders is questioned.

Key words.- Positive and Negative Symptoms, MDMA (Ecstasy), Psychotic Disorders, Induced Disorder.

Una de las principales razones por las que se hace uso de las drogas es por la capacidad psicoactiva (depresora, estimulante o modificadora) de estas sustancias sobre el SNC. Propician alteraciones/cambios que se experimentan en nuestra esfera perceptiva, sensorial y/o emocional; efectos que son buscados en sí mismos y son producto del uso (estado de intoxicación) de estas sustancias. Por otro lado, cuando el uso se hace de una forma continuada y aparece el

fenómeno de la dependencia, un estado de privación de la sustancia de consumo conlleva también la aparición de alteraciones en las esferas sensorial, perceptiva y emocional, pero en este caso son vividas de forma negativa y con experiencias opuestas a las inducidas por efecto de la sustancia. Sea por un estado de intoxicación o bien por una privación, cuando existe dependencia de la sustancia, el sujeto que hace uso de ellas experimenta sensaciones (síntomas) de muy diversa índole.

Una de estas manifestaciones, las experiencias alucinatorias, han sido objeto de interés tanto para los usuarios (búsqueda de experiencias nuevas, uso dentro de rituales culturales, etc.) como para clínicos e investigadores (investigación experimental con alucinógenos para analizar los estados alucinatorios – Isbell et al, 1967; Janowsky et al, 1973; Negrete, 1986). No obstante, este tipo de experiencias pueden aparecer solas o acompañadas de otra sintomatología (ideas delirantes, agitación psicomotriz, estados de confusión, etc.), y en ocasiones a través de sustancias que no tienen esa capacidad psicotomimética /alucinógena (Tabla 1). Son reacciones o efectos no esperados por el sujeto, que las vive de una forma extraña y pueden causarle gran perturbación. Estas manifestaciones sintomáticas se presentan como estados psicóticos, con características sintomáticas muy similares a las de otros cuadros clínicos (Trastorno psicótico breve, esquizofreniforme, esquizofrenia, etc.; APA, 1994). Como afirman San y Arranz (1999), "cualquier síntoma psiquiátrico puede ser causado por el consumo de una sustancia, por lo que el olvido de este tipo de etiología es probablemente el error diagnóstico aislado más frecuente en la práctica clínica y conlleva implicaciones terapéuticas inmediatas". Por ello, se hace necesario comprender y conocer las características de estos episodios psicóticos, denominados por los manuales diagnósticos "Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias". Tabla 1

Características del Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias

Según el DSM-IV (APA, 1994, p. 317) "la característica esencial del trastorno psicótico inducido por sustancias es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes (criterio a) que se consideran efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, medicamento o exposición a un tóxico) (criterio b). no se incluyen las alucinaciones cuando el sujeto es consciente de que son provocadas

Tabla 1.- Sustancias que pueden inducir un Estado Psicótico

• Alcohol	I / A
• Hipnosedantes	I / A
• Opiáceos	I
• Cocaína	I
• Anfetaminas	I
• Cannabis	I
• Alucinógenos	I
• Inhalantes	I
• PCP	I
• Nicotina	--
• Cafeína	--

‘I’ indica que se produce durante la intoxicación; ‘A’ indica que se produce durante la abstinencia; ‘I/A’ indica que se puede producir durante la intoxicación o la abstinencia.

por una sustancia, ya que éstas deben diagnosticarse como intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias, con la especificación de si hay o no alteraciones perceptivas. la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (criterio c). no se establece el diagnóstico si los síntomas psicóticos sólo aparecen en el transcurso de un delirium (criterio d). este diagnóstico debe realizarse en lugar del de intoxicación por sustancias o abstinencia sólo si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados con el síndrome de intoxicación o de abstinencia, y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente".

Por otra parte, "la CIE-10 divide este trastorno en dos categorías: el trastorno psicótico debido al consumo de sustancias psicoactivas, si los síntomas psicóticos aparecen durante las primeras 2 semanas de consumo, y trastorno psicótico residual de inicio tardío debido al consumo de sustancias psicoactivas, si éstos aparecen entre las 2 y las 6 semanas de haberse iniciado el consumo. Además, los criterios

diagnósticos de investigación de la CIE-10 para el diagnóstico de trastorno psicótico exigen una duración máxima de 6 meses" (Ibídem;, p. 320).

En general, para considerar que una psicosis ha estado realmente inducida por sustancias deben cumplirse dos criterios (San y Arranz, 1999): que a pesar de que los primeros síntomas aparecen durante la intoxicación, éstos deben mantenerse más allá de la eliminación de la sustancia, y la sintomatología debería manifestarse y evolucionar de forma sustancialmente distinta de las psicosis funcionales. Es decir, si el trastorno psicótico inducido es un cuadro clínico con entidad propia, debe tener un inicio, una evolución y un final distinto de las psicosis funcionales.

Diversos estudios han descrito la existencia de este síndrome para las anfetaminas (Gold y Bowers, 1978), la cocaína, el éxtasis (McGuire y Fahy, 1991; Bango et al., 1998) u otras sustancias estimulantes (Hassiotis y Taylor, 1992); sin embargo, existen serios problemas metodológicos en la mayoría de estos estudios. Como afirman San y Arranz (1999), "el error clínico y metodológico más frecuente es asumir que el consumo de la sustancia, como un factor orgánico, es más causal que sintomático. Esta percepción tiene su origen en el abordaje jerárquico del diagnóstico psiquiátrico, de forma que incluso algunos autores afirman que el diagnóstico de psicosis no debería realizarse si existe consumo de alguna sustancia. En el DSM-IV el planteamiento es a la inversa y se considera que la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias." Para un comentario más extenso sobre los trastornos relacionados con sustancias, véase el trabajo de San y Arranz (1999). Si bien existen criterios que permiten el diagnóstico diferencial del Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias respecto a otros trastornos psicóticos, las manifestaciones del cuadro son muy similares, diferenciándose entre sintomatología positiva y negativa.

Síntomas Positivos y Negativos. Origen del Concepto

La distinción entre los síntomas positivos y negativos en los trastornos psicóticos no es nada nueva (Zubin, 1985). El origen de esta terminología se debe a Hughlings Jackson (citado en Berrios, 1985), quien comenzó a utilizar la distinción «positivo-negativo» en 1875, en el contexto de un modelo jerárquico de la función cerebral basado en cuatro condiciones: (1) los síntomas negativos proceden de la lesión que afecta a un hipotético nivel del sistema nervioso; (2) la parálisis de un centro más alto (superior) causa la liberación funcional de un centro más bajo, (3) el funcionamiento de ese centro más bajo, origina nuevas formas de comportamiento que son percibidas como síntomas (positivos), y (4) estos síntomas positivos no pueden ocurrir en ausencia de síntomas negativos. La acepción 'negativa' define un síntoma consecuencia de un déficit, mientras que la acepción 'positivo' serviría para referirse a aquellos síntomas liberados, es decir, que no son causa de un déficit o lesión. Jackson creyó que las alucinaciones y los delirios eran fenómenos liberados y constituían los síntomas positivos, mientras que los síntomas negativos, por ejemplo la abulia o el afecto embotado, reflejaban una difusa pérdida de función.

Sin embargo, el auge por el interés en la distinción de sintomatología positiva y negativa se debe a los trabajos de Carpenter y colaboradores (Carpenter, Strauss y Bartko, 1973; Andreasen, 1985; Crow, 1985; Zubin, 1985), quienes incluyeron como síntomas positivos: trastornos del contenido del pensamiento y de la percepción, ciertos aspectos formales del pensamiento (p.ej.: distraibilidad) y ciertos comportamientos (p.ej.: trastornos catatónicos motores); y como síntomas negativos: el aplanamiento del afecto, la apatía y ciertos aspectos formales del pensamiento como el bloqueo. En conexión con este planteamiento están los trabajos de Wing (1978), quien contrasta la existencia de unos síntomas «flori-

dos», «positivos» o «productivos» que aparecen particularmente en los episodios agudos, con los componentes negativos que Wing identifica como ‘apatía emocional’, ‘enlentecimiento del pensamiento y de los movimientos’, ‘falta de impulso’, ‘baja actividad’, ‘pobreza del lenguaje’ y ‘retraining social’. Este autor plantea tres grupos básicos de síntomas: el síndrome positivo de la esquizofrenia aguda, el síndrome negativo de la esquizofrenia crónica y un tercer síndrome formado por síntomas de los dos anteriores (Wing, 1978).

Pero fue Crow (1980) quien dio luz verde a la terminología y a la distinción de los síntomas «positivos» y «negativos», y lo que fue más definitivo: formuló la primera tipología en la esquizofrenia, basada no sólo en la fenomenología, sino en la relación de los síntomas predominantes con otras variables clínicas e incluso con hipotéticos mecanismos patofisiológicos.

Tipología de Crow

El constructo del «doble síndrome» en la esquizofrenia propuesto por Crow (1985) procede de los resultados de una serie de investigaciones llevadas a cabo en la División de Psiquiatría en Northwick Park (Inglaterra) entre 1974 y 1978. Algunos de estos trabajos (Johnstone, Crow, Frith, Husband y Kreel, 1976), utilizando las técnicas de Tomografía Computerizada, demostraron que el área cerebral ventricular era significativamente más grande en un grupo de pacientes esquizofrénicos que el mismo área en un grupo de controles. Esta dilatación ventricular no podía ser explicada por tratamientos farmacológicos previos y además en los sujetos esquizofrénicos la dilatación ventricular correlacionaba significativamente con la presencia de déficits cognitivos y de síntomas negativos. Otro estudio de este grupo (Johnstone et al, 1978), en el que se ponía a prueba el efecto antipsicótico de dos isómeros del tioxanteno flupentixol, probó no sólo que el alfa-isómero era signifi-

cativamente más activo que el beta-isómero en episodios agudos de esquizofrenia, donde los síntomas negativos eran relativamente infrecuentes y rara vez severos; sino también que cuando estaban presentes estos síntomas no se observaba respuesta diferencial al bloqueo del receptor dopaminérgico, ya se utilizase un isómero u otro. Asimismo, en un estudio post mortem realizado por el equipo de Owen (citado por Crow, 1985) se observó que el volumen dopaminérgico (evaluado por la concentración del ácido homovalínico o del ácido dihidroxyfenilacético) no estaba aumentado, sino que lo que realmente estaba aumentado era el número de receptores dopaminérgicos.

Estas observaciones juntas presentaron una crisis de interpretación. Si la esquizofrenia era un proceso unitario, se presentaban dos posibles explicaciones: 1) podía ser visto como un trastorno neuroquímico, como sugería la hipótesis de la dopamina y la respuesta de al menos algunos esquizofrénicos a los tratamientos neurolépticos, o 2) como un proceso destructivo que originase cambios estructurales cerebrales y deterioro intelectual, como indicaban los resultados de los trabajos del equipo de Johnstone (1976, 1978). Según Crow (1985), la «hipótesis de la dopamina», a pesar de sus atractivos y viabilidad, no podía explicar el daño intelectual presente en algunos casos, ni por qué algunos pacientes no mejoran a pesar de la medicación neuroléptica. Ni tampoco, si la esquizofrenia se concibe como una forma temprana de demencia, podría explicarse la existencia de episodios únicos o la efectividad de los fármacos neurolépticos. Por estas razones, Crow (1980) sugirió que el componente del trastorno esquizofrénico relacionado con la remisión de algunos síntomas al tratamiento neuroléptico podría estar relacionado también con los síntomas «positivos»; mientras que los síntomas «negativos» estarían más relacionados con la existencia de daño intelectual y presencia de cambios estructurales en el cerebro.

En el modelo de Crow (1980), así como sus

aportaciones posteriores (Crow, 1985, 1987), su planteamiento ha sido el siguiente: los esquizofrénicos tipo I tienen una sintomatología «positiva» que correlaciona con un ajuste premórbido mejor, mejor respuesta al tratamiento con neurolépticos, funcionamiento intelectual sin daño y un proceso patológico subyacente que es fundamentalmente neuroquímico; y los esquizofrénicos tipo II se caracterizan por manifestar una sintomatología predominantemente negativa, tienen también peor ajuste premórbido y peor pronóstico, alteraciones cognitivas y pueden tener alteraciones cerebrales como proceso patológico subyacente. El aporte de nuevos datos, producto de la investigación, proporcionó algunas modificaciones al modelo original. Estas incluyen la localización en el lóbulo temporal de los cambios estructurales que se cree subyacen en el síndrome tipo II, la consideración de que los movimientos involuntarios anormales, más que ser un efecto colateral de los fármacos neurolépticos son un componente del síndrome tipo II (Crow, 1985) y la incorporación de correlatos neuroendocrinos de los dos síndromes (Crow, 1987).

Definición de los Síntomas Positivos y Negativos

En la Tabla 2 se recogen distintas aportaciones a la clasificación y definición de los síntomas positivos y negativos. El interés en su distinción hizo necesaria la creación de sistemas e instrumentos de evaluación y cuantificación de los síntomas por sí mismos. Las escalas que han sido utilizadas con mayor frecuencia son: la escala de Manchester (Krawiecka, Goldberg y Vaughan, 1977; Hyde, 1989) y una modificación de esta escala realizada por Crow (1985); la escala breve de evaluación psiquiátrica (BPRS) de Overall y Gorham (1962); las escalas de Andreasen (Scale for the Assessment of Negative Symptoms -SANS-, (Andreasen, 1982); y Scale for Assessment of Positive Symptoms -SAPS- (Andreasen y Olsen, 1982); la escala

de Carpenter, Heinrichs y Wagman (1988) para la categorización de los síndromes de «déficit» vs «no-déficit» y las escalas para la evaluación de síntomas «positivos» y «negativos» de Lewine, et al (1983); Pogue-Geile y Harrow (1984) y Kay, Fiszbein y Opler (1987).

Todos estos instrumentos no están exentos de dificultades intrínsecas: 1) qué síntomas son considerados «positivos» y cuáles son negativos, y 2) si en muchos pacientes esquizofrénicos están presentes los dos tipos de síntomas, la separación de los pacientes en base a la dicotomía positivos/ negativos es cuestionable. Respecto a la primera dificultad, todos los sistemas incluyen el afecto plano y la pobreza del lenguaje entre los síntomas negativos, y las alucinaciones y los delirios entre los síntomas positivos. Algunos sistemas consideran también como síntomas negativos la anhedonia, la apatía y la abulia, la asociabilidad y el trastorno de la atención (Somers, 1985, Andreasen, 1985), pero otros autores más restrictivos en la definición de los síntomas negativos, como Crow (1985), piensan que de estos síntomas, algunos, como la apatía y asociabilidad, pudiera pensarse que aparecen como una consecuencia secundaria de los síntomas positivos; que la anhedonia (en caso de que pueda ser diferenciado como síntoma del afecto embotado) pudiera estar relacionada con la depresión y que el trastorno atencional pudiera estar más relacionado con los síntomas positivos que con los negativos (Cornblatt et al, 1985) Tabla 2.

En segundo lugar, respecto a la posibilidad de utilizar la evaluación de los síntomas positivos y negativos para generar tipologías conlleva algunos problemas. Algunas escalas (SANS y SAPS) permiten medidas continuas de una variedad de síntomas, mientras que los criterios para la clasificación requieren dicotomizar estos síntomas especificando un umbral por el que un síntoma se considera que está presente o ausente (Andreasen et al, 1990), o el problema aún no resuelto de los pacientes que presentan una sintomatología mixta.



	SÍNTOMAS POSITIVOS	SÍNTOMAS NEGATIVOS
Carpenter, Strauss, Bartko (1973)	<ul style="list-style-type: none"> > Trastornos del contenido del pensamiento y de la percepción > Aspectos formales del pensamiento (distracción, etc.) > Ciertos comportamientos (Trastorno Catatónico motor, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> > Aplanamiento del afecto > Apatía > Aspectos formales del pensamiento (Bloqueo, etc.)
Wing (1978)	<ul style="list-style-type: none"> > Floridos y/o Productivos 	<ul style="list-style-type: none"> > Apatía emocional > Enlentecimiento del pensamiento y motor > Falta de impulso > Baja actividad > Pobreza del lenguaje > Retraimiento social
Wetzler (1989)	<ul style="list-style-type: none"> > Rasgos psicóticos agudos 	<ul style="list-style-type: none"> > Déficits del funcionamiento cognitivo, emocional y psicossocial
SAPS (Andreasen y Olsen, 1982)	<ul style="list-style-type: none"> > Alucinaciones > Ideas delirantes (persecución, culpa, somático, de referencia, etc.) > Trastornos del pensamiento (lectura, difusión, inserción, robo, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> > Alogia (pobreza de lenguaje y de su contenido, bloqueo, latencia de respuestas, etc.) > Pobreza afectiva (inmutabilidad, escaso contacto visual, ausencia respuesta afectiva, etc.)
SANS (Andreasen, 1982)	<ul style="list-style-type: none"> > Trastornos formales del pensamiento (descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia, distracción, etc.) > Comportamientos extravagantes (vestido, agresividad, estereotipias, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> > Abulia – Apatía (aseo e higiene, falta de persistencia en actividades, anergia, etc.) > Anhedonia – Insociabilidad (bajo interés social, sexual, etc., bajo nivel de relaciones sociales, etc.) > Atención (distracción social, falta de atención, etc.)
BPRS (Overall y Gorham, 1962)	<ul style="list-style-type: none"> > Alucinaciones > Trastornos del pensamiento > Agitación psicomotora > Grandiosidad > Manierismos y posturas > Desorientación > Susplicacia > Hostilidad > Desorganización conceptual (¿?) > Ansiedad psíquica (¿?) > Ansiedad somática (¿?) 	<ul style="list-style-type: none"> > Embotamiento afectivo > Humor depresivo > Retraimiento emocional > Autodesprecio, Culpa > Enlentecimiento motor > Falta de colaboración (¿?) > Preocupaciones somáticas (¿?)

Si la distinción positivo/negativo puede representar diferentes manifestaciones de un único proceso común subyacente o la existencia de diferentes procesos patofisiológicos queda aún por determinar. Indicaciones sobre la relación o no de estos procesos han sido extraídas de las intercorrelaciones entre los síntomas como su expresión común final. Utilizando esta estrategia varios estudios han mostrado que los síntomas de los grupos positivos y negativos correlacionan dentro de cada grupo y tienen correlaciones negativas entre los grupos, lo que sugirió un constructo bipolar con los síntomas positivos y negativos en los

extremos opuestos de un continuo (Andreasen y Olsen, 1982; Kulhara, Kota y Joseph, 1986). Sin embargo, las dificultades intrínsecas de las escalas, su grado de consistencia interna y análisis factoriales sobre el total de los síntomas considerados en las escalas al uso (principalmente la SANS y la SAPS) cuestionan la dicotomía estricta positivo/negativo, y algunos trabajos sugieren que los síntomas de la esquizofrenia pueden hacer referencia al menos a tres síndromes: positivo, negativo y desorganizado (Liddle, et al, 1989; Peralta, León y Cuesta, 1992).
 Sintomatología positiva y negativa en trastor-

no psicótico inducido por MDMA vs otros trastornos psicóticos

En este apartado expondremos un estudio de investigación llevado a cabo por nuestro equipo (Landabaso et al, 1999a y b; 2000; Iraurgi et al, 1999). Partimos de dos preguntas de investigación: 1) ¿son comparables las manifestaciones sintomáticas en estados psicóticos inducidos por MDMA respecto a otros trastornos psicóticos?, y 2) ¿es factible la diferenciación de sintomatología positiva/negativa en la presentación basal de los estados psicóticos inducidos por MDMA?.

A la primera pregunta se plantea la siguiente hipótesis nula: 'la sintomatología psicótica presentada por consumidores de MDMA es equivalente tanto a la presentada por personas sin antecedentes psicóticos (primer brote psicótico) como a la observada en pacientes diagnosticados con evolución media del trastorno (esquizofrenia)'. De igual forma, a la segunda cuestión le corresponde la siguiente hipótesis nula: 'las manifestaciones sintomáticas presentadas por consumidores de MDMA será factible de clasificación en sintomatología positiva vs negativa.'

Para contestar estas cuestiones y poner a prueba las hipótesis de nulidad se han requerido tres muestras. La primera está compuesta por 50 usuarios de MDMA que acudieron al Servicio de Drogodependencias de Barakaldo presentando un cuadro delirante. Tras la evaluación inicial se instauró un tratamiento con neurolepticos atípicos (Olanzapina) siendo evaluada su evolución al mes, a los tres meses y a los seis meses. Una segunda muestra fue obtenida a partir de los casos que ingresaron en el Hospital de Santiago de Vitoria-Gasteiz por un brote psicótico, a quienes se practicó una evaluación basal al ingreso. Del total de casos asistidos, se excluyeron aquellos que presentaban consumo de sustancias (salvo tabaco y café), y/o tenían una edad superior a los 40 años, quedando la muestra de estudio constituida por 28 sujetos. La tercera muestra estaba formada por 37 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia que participaron en un programa de rehabilitación laboral y entrenamiento en habilidades sociales en el Módulo Psicosocial de Rekalde, con una evolución media del cuadro psiquiátrico de 4,8 años.

La severidad del cuadro psiquiátrico fue evaluada en los tres grupos mediante el BPRS (Overall y Gorham, 1962), con independencia de la aplicación de otros criterios diagnósticos o evaluativos en función de los intereses de cada servicio. El BPRS es un cuestionario heteroaplicado donde se evalúa la severidad de 18 síntomas psiquiátricos, pudiéndose obtener un índice global mediante la suma de los valores de severidad otorgados a cada síntoma. Los puntos de corte se fijan en >10 para determinar un caso probable o trastorno leve, y >21 para detectar un caso cierto o trastorno grave. Dado el interés de nuestra exposición se ofrecerán tanto las diferencias por síntomas independientes como respecto al índice global.

Los grupos presentaban discrepancias respecto a las variables sexo y edad. El grupo de consumidores de MDMA era el más joven (edad media 22.4 años), no existiendo diferencias en los otros dos grupos (Brote psicótico: 25.5 años; Esquizofrenia: 25.9 años). Respecto al sexo, los grupos estaban constituidos en número por hombres, si bien variaba la proporción de estos en cada grupo (Esquizofrenia: 97.2%; Consumidores de MDMA: 88%; Brote psicótico: 60.7%). Tanto en el grupo de MDMA como en el de Brote psicótico se trataba del primer episodio, mientras que todos los componentes del grupo de esquizofrenia habían cursado con varios episodios agudos y se presentaban estables en el momento de la evaluación.

Para contrastar la primera hipótesis planteada, la equivalencia sintomática en los tres grupos, se efectuaron análisis de varianza mediante el cálculo de la prueba F de Snedecor; en caso de diferencias estadísticamente significativas, se realizaron pruebas post-hoc de contraste intergrupos a través de la prueba de Scheffe. Los resultados encontrados aparecen reflejados en la TABLA 3.

Se encontraron diferencias intergrupos en todos y cada uno de los síntomas explorados por el BPRS, así como respecto al índice global; razón que nos lleva a rechazar la hipótesis nula planteada. Pero veamos por partes estas diferencias. Respecto al índice global, los tres grupos diferían mutuamente entre sí. La máxima puntuación (37.7) la ofrecía el

grupo de consumidores de MDMA, lo que a nivel cualitativo expresaba la presencia de un trastorno grave, seguida del grupo de brote psicótico (15.6) cuya puntuación también difería significativamente del grupo de esquizofrénicos (11.2); ambos grupos podían ser clasificados como presencia de trastorno leve. Respecto a los síntomas, el grupo de MDMA presentaba mayor severidad respecto a los dos

siguientes: Alucinaciones (1°), Incoherencia y Humor depresivo (2°), Trastornos del pensamiento (3°), Desorientación-Confusión (4°), Falta de cooperación (5°), Agitación psicomotriz (6°) y Embotamiento afectivo (7°). Podemos observar que entre las manifestaciones que se presentan de una forma más severa o con mayor intensidad aparecen síntomas que pueden ser clasificados tanto de ‘positi-

Tabla 3.- Diferencias sintomáticas entre grupos (contraste de medias). Síntomas independientes y puntuación total del BPRS.

	MDMA n=50	Brote Psicótico n=28	Esquizofrenia n=37	F Snedecor	p
Preocupación somática	1.48 (0.5) ^{ab}	0.80 (1.0) ^a	0.48 (0.5) ^b	19.90	0.000
Ansiedad psíquica	1.96 (0.6) ^{ab}	0.70 (1.2) ^{ac}	1.37 (0.5) ^{bc}	19.87	0.000
Retraimiento emocional	1.98 (0.5) ^a	2.02 (1.5) ^b	1.27 (0.7) ^{ab}	6.74	0.002
Incoherencia	2.48 (0.6) ^{ab}	1.24 (1.4) ^a	1.05 (0.8) ^b	27.99	0.000
Autodesprecio, culpa	1.84 (0.5) ^a	1.82 (1.5) ^b	0.16 (0.4) ^{ab}	37.56	0.000
Ansiedad somática	1.60 (0.5) ^a	1.46 (1.5) ^b	0.32 (0.5) ^{ab}	19.50	0.000
Alteraciones motoras	1.10 (0.6) ^{ab}	0.40 (0.8) ^a	0.54 (0.6) ^b	15.08	0.000
Grandiosidad	.14 (0.6) ^{ab}	0.40 (0.7) ^a	0.43 (0.7) ^b	17.80	0.000
Humor depresivo	2.48 (0.7) ^{ab}	0.32 (0.6) ^{ac}	0.70 (0.7) ^{bc}	129.59	0.000
Hostilidad	1.64 (0.6) ^a	1.56 (1.3) ^b	0.19 (0.5) ^{ab}	32.98	0.000
Suspiciacia	1.94 (0.6) ^{ab}	0.26 (0.6) ^a	0.57 (0.6) ^b	105.82	0.000
Alucinaciones	2.52 (0.6) ^{ab}	0.68 (1.0) ^a	0.27 (0.6) ^b	102.36	0.000
Enlentecimiento motor	1.76 (0.6) ^{ab}	0.38 (0.7) ^a	0.59 (0.7) ^b	60.16	0.000
Falta cooperación	2.12 (0.6) ^{ab}	0.58 (1.1) ^a	0.48 (0.5) ^b	59.99	0.000
Trast. Pensamiento	2.30 (0.5) ^{ab}	0.16 (0.5) ^{ac}	0.89 (0.7) ^{bc}	161.47	0.000
Embotamiento afectivo	2.04 (0.6) ^{ab}	1.22 (1.5) ^a	1.32 (0.6) ^b	91.08	0.002
Agitación psicomotriz	2.06 (0.4) ^{ab}	1.48 (1.5) ^{ac}	0.13 (0.4) ^{bc}	39.81	0.000
Desorientación, confusión	2.26 (0.6) ^{ab}	0.12 (0.4) ^{ac}	0.43 (0.6) ^{bc}	207.46	0.000
Total BPRS	37.7 (6.0)^{ab}	15.6 (8.9)^{ac}	11.2 (5.3)^{bc}	143.06	0.000

Nota.- Las letras iguales expresan diferencias significativas entre los grupos que las comparten (Prueba de Scheffe)

grupos de comparación en 14 de los 18 síntomas (preocupación somática, ansiedad psíquica, incoherencia, alteraciones motoras, grandiosidad, humor depresivo, suspiciacia, alucinaciones, enlentecimiento motor, falta de cooperación, trastornos del pensamiento, embotamiento afectivo, agitación psicomotriz y desorientación); y si bien en los cuatro síntomas restantes (retraimiento emocional, culpa, ansiedad somática y hostilidad) había equivalencia con el grupo de brote psicótico, se mantenían las diferencias respecto a los esquizofrénicos. Los síntomas más sobresalientes en el grupo de consumidores de MDMA (considerando el recorrido medio de evaluación, es decir, una puntuación por encima de 2) son los

vos’ como de ‘negativos’.

Como se ha visto previamente, la literatura sobre el tema refiere que los síntomas positivos son más característicos de episodios agudos, mientras los negativos serían propios de estados defectuales y por tanto de cuadros de más larga duración. La presencia en el grupo de consumidores de MDMA de alta intensidad en síntomas tanto positivos como negativos, nos llevó a plantearnos la segunda hipótesis: verificar si los síntomas manifestados por este grupo son reducibles a estas dos grandes clasificaciones. Para ello se analizaron las intercorrelaciones entre los síntomas para explorar cuáles se asociaban entre sí y podían formar grupos sintomáticos. A tal efecto, se

aplicó la técnica de análisis factorial de componentes principales, utilizando la rotación varimax, al conjunto de 18 síntomas del BPRS obtenidos en la evaluación basal del grupo de consumidores de MDMA. (Ver la TABLA 4).

Los datos ofrecían condiciones muy adecuadas para ser factorizados: la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin presentaba un coeficiente alto ($KMO = 0.74$), la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 466.4$; $p < 0.000$) nos permitía rechazar la hipótesis nula de falta de intercorrelación entre los elementos analizados, y la fiabilidad alcanzada por el BPRS fue también alta (α de Cronbach = 0.88). El análisis de componentes principales extrajo 6 factores que en conjunto explicaban el 76.2% de la varianza. El primer factor, que explicaba el 36.1% de la varianza, quedaba saturado por ocho síntomas: desorganización conceptual, alucinaciones, trastornos del pensamiento, preocupaciones somáticas, ansiedad psíquica, desorientación, suspicacia y retraimiento emocional; salvo este último síntoma, el resto podrían ser clasificados como de 'tipo positivo'. En el segundo factor saturaban cuatro síntomas (embotamiento afectivo, humor depresivo, retraimiento emocional y autodesprecio), todos ellos de componente 'negativo', y en conjunto explicaban el 11.4% de la varianza.

La aparición de estos dos factores, claramente definidos, podría permitirnos considerar que la diferenciación de sintomatología positiva vs negativa se reproduce en este grupo. No obstante, el análisis nos ofrece otros cuatro factores, que aunque con porcentajes de varianza menores, en conjunto explicarían el 28.7% de la varianza restante, y por tanto no son nada desdeñables. Entre estos cuatro factores restantes, el factor 4 podría identificarse también con una significación negativa (enlentecimiento motor, manierismos y falta de cooperación), aunque con un componente más motor que afectivo, como era el caso del factor 2. Los otros tres factores pueden presentar dificultades de clasificación, y a nuestro modo de ver, podrían identificarse con otros componentes propios de la intoxicación por MDMA.

CONCLUSIONES

En ningún caso los datos que hemos ofrecido consideramos sean concluyentes, tan solo esperamos que permitan la aparición de nuevas cuestiones de estudio. Indudablemente existen limitaciones metodológicas que pueden cuestionar los hallazgos obtenidos; desde la falta de equivalencia de los grupos, hasta el posible sesgo de los evaluadores. Ello, sin embargo, nos ha de involucrar en la necesidad de llevar a cabo estudios más controlados, buscando el acuerdo interjueces respecto a la evaluación de los casos, buscando grupos de comparación no sesgados, un mayor control de variables extrañas, etc. No obstante, nuestra intención, más que tratar de explicar un fenómeno nos ha servido para encontrar más preguntas que respuestas:

Con independencia de los criterios diagnósticos recogidos en los sistemas de clasificación al uso, ¿podrían plantearse patrones de expresión sintomática en los estados psicóticos inducidos por sustancias diferentes a los manifestados en otros cuadros psicóticos y que, por otra parte, nos permitieran afrontar con mayor efectividad el tratamiento y pronóstico del cuadro?.

Si como muestra la evidencia de ciertos estudios (Johnstone et al, 1976, 1978; Crow, 1980, 1985, 1987) los síntomas positivos se asocian a ciertas disfunciones neuroquímicas y los síntomas negativos a déficits estructurales en áreas ventriculares del cerebro para cuyo desarrollo se ha precisado de cierto tiempo, ¿cuáles o de qué tipo serían los efectos del consumo continuado de MDMA en el cerebro?, ¿Dónde o en qué estructuras se encontrarían sus efectos?.

¿Se puede hablar de sintomatología positiva y negativa como grandes categorías de expresión sintomática en los trastornos inducidos por sustancias, o podrían encontrarse configuraciones idiosincrásicas de tales estados?.

Indudablemente, necesitamos de más investigación para responder a estas u otras cuestiones al respecto.





BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed.) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Andreasen NC. (1982). Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 39,784-788.
- Andreasen NC. (1985). Positive vs. negative schizophrenia: A critical evaluation. *Schizophrenia Bulletin*, 11,380-389.
- Andreasen NC, Carpenter WT. (1993). Diagnosis and classification of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19,199-214.
- Andreasen NC, Olsen S. (1982). Negative vs. positive schizophrenia: Definition and validation. *Archives of General Psychiatry*, 39, 789-794.
- Andreasen NC, Flaum M, Swayze VW, Tyrrelli O, Arndt S. (1990). Positive and negative symptoms in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 47, 615- 621.
- Bango J, Fadón P, Mata F, Rubio G, Santo-Domingo J. (1998). Trastornos psiquiátricos y consumo de MDMA (éxtasis): revisión de casos. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 4(26), 260-263.
- Berrios OE. (1985). Positive and negative symptoms and Jackson. *Archives of General Psychiatry*, 42, 95-97.
- Carpenter WT, Heinrichs DW, Wagman AMI. (1988). Deficit and non deficit forms of schizophrenia: The concept. *American Journal of Psychiatry*, 145, 5 78- 583.
- Cornblatt BA, Lezenweger F, Dworkin RH, Erlenmeyer-Kimling L. (1985). Positive and negative schizophrenic symptoms, attention, and information processing. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 397-407.
- Crow TJ. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: More than one dimension of pathology? *British Medical Journal*, 280, 66-68.
- Crow TJ. (1985). The two-syndrome concept: Origins and current status. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 471-485.
- Crow TJ. (1987). Two syndromes of schizophrenia as one epole of the continuum of psychosis: A concept of the nature of the pathogen and its genomic locus. En FA. Helm y LE. Delisi (Eds.), *Handbook of Schizophrenia* (vol. II). Amsterdam: Elsevier.
- Gold MS, Bowers MB. (1978). Neurobiological vulnerability to low amphetamine psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 135, 1546-1548.
- Hassiotis A, Taylor J. (1992). Psychotic illness following "Mabi Bark Tea" consumption. *British Journal of Psychiatry*, 161, 404-407.
- Hyde CE. (1989). The Manchester Scale: A standardised psychiatric assessment for rating chronic psychotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 155 (supl 7), 45- 48.
- Isbell C, Gorodetsky C, Jasinski D, et al. (1967). Effects of Delta-9-transte-trahydrocannabinol in man. *Psychopharmacologia*, 11, 691-696.
- Iraurgi I, Landabaso M, Lalaguna B, Jiménez-Lerma JM, Fernández de Corres B, González-Pinto A. (1999). Primer brote psicótico vs cuadros alucinatorio-delirantes inducidos por MDMA: Perfiles sintomáticos. Comunicación IV Congreso nacional de Psiquiatría. *Psiquiatría Biológica*, 6 (Supl 2), 4.
- Janowsky DS, El-Yousef MK, Davis JM, et al. (1973). Provocation os schizophrenic symptoms by intravenous administration of methylphenidate. *Archives of General Psychiatry*, 28, 185-191.
- Johnstone EC, Crow TJ, Frith CD, Husband J, Kreci L. (1976). Cerebral ventricular size in chronic schizophrenia. *The Lancet*, octubre, 924-926.
- Johnstone EC, Crow TJ, Frith CD, Stevens M, KreeL L, Husband J. (1978). The dementia of dementia praecox. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 57, 805- 824.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Krawiecka M, Goldberg D, Vaughen MA. (1977). Standardized psychiatric assessment for rating chronic patients. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 55, 299-308.
- Kulhara P, Kota SK, Joseph S. (1986). Positive and negative subtypes of schizophrenia. A study from India. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 74, 353-359.
- Landabaso M, Jiménez-Lerma JM, Sanz J. (1999a). Tratamiento de los problemas psíquicos relacionados con el consumo de drogas de diseño (MDMA, éxtasis). *Trastornos Adictivos*, 1 (2), 110-116.
- Landabaso M, Iraurgi I, Lalaguna B, Calle R, Urdangain A, González-Pinto A. (1999b). Primer brote psicótico vs cuadros alucinatorio-delirantes inducidos por MDMA: Valoración general. Comunicación IV Congreso nacional de Psiquiatría. *Psiquiatría Biológica*, 6 (Supl 2), 4.
- Landabaso M, Iraurgi I, Calle R, Jiménez-Lerma JM, Sanz J, Gutierrez-Fraile M. (2000). First induced psychotic disorder by MDMA (ecstasy). *European Addiction Research*, en revisión.
- Lewine R, Fogg L, Meltzer H. (1983). The development of scale for the assessment of positive and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 9, 368-376.
- Liddle PF, Barnes TRE, Morris D, Haque S. (1989). Three syndromes in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 155 (supl 7), 119-122.
- Mcguire P, Fahy T. (1991). Chronic paranoid psychosis after misuse of MDMA (ecstasy). *British Medical Journal*, 302, 697.
- Negrete JC. (1986). Cannabis and schizophrenia. *British Journal of Addiction*, 84, 349-351.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). Clasificación internacional de las enfermedades (10ª ed.) (CIE-10). Madrid: OMS.
- Overall J, Gorham D. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep*, 10: 799-812.
- Peralta V, León J, Cuesta MJ. (1992). Are there more than syndromes in schizophrenia?. *British Journal of Psychiatry*, 161, 335-343.
- Pogue-Geile MF, Harrow M. (1985). Negative symptoms in schizophrenia: Their longitudinal course and prognostic importance. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 427-439.
- Pogue-Geile MF, Zubin J. (1988). Negative symptomatology and schizophrenia: A conceptual and empirical review. *International Journal of Mental Health*, 16, 3-45.
- San L, Arranz B. (1999). Toxicomanía y primer episodio psicótico. En P Pichot, J. Ezcurra, A. González-Pinto y M- Gutiérrez-Fraile (Eds). *Psicofarmacología: de los mecanismos básicos a la respuesta clínica*, 405-416. Madrid: Aula Médica.
- Sommers AA. (1985). Negative symptoms. Conceptual and methodological problems. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 364-378.
- Wing JK. (1978). Clinical concepts of schizophrenia. En JK. Wing (Ed.), *Schizophrenia: Towards a new synthesis* (pp. 1-30). Londres: Academic Press.
- World Health Organization (1978). *Manual of the International classification of diseases, injuries and causes of death* (9ª ed.). Ginebra: WHO.
- World Health Organization (1990). *Global estimates for health situation assessment and projects*. Ginebra: WHO.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders*. Ginebra: WHO.
- Zubin J. (1985). Negative symptoms: Are they indigenous to schizophrenia?. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 461-485.

EXPECTATIVAS EN PRIMERAS CONSULTAS DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL (I). IMPORTANCIA Y DESCRIPCIÓN

Oscar Martínez Azumendi. Médico psiquiatra

Resumen

El estudio de las expectativas que los pacientes traen a las consultas de Salud Mental nos ayudan al mejor conocimiento de las aspiraciones y puntos de vista del usuario. Esto favorecerá el proceso de "negociación" con el técnico, ayuda al reconocimiento de necesidades autopercebidas y permite entender mejor el paso desde la necesidad a la utilización de servicios. Además, las expectativas pueden jugar un importante papel pronóstico de los resultados obtenidos, por su relación con la adhesión al tratamiento y los efectos de determinadas psicoterapias, así como con la satisfacción expresada o aspectos tales como el efecto placebo y credibilidad de los tratamientos. Mediante un cuestionario de expectativas propio, estudiamos estas junto a otras variables clínicas, sociales y asistenciales, en 749 primeras visitas consecutivas a un C.S.M. con seguimiento a los 6 y 12 meses de la primera consulta. En esta primera parte del trabajo, se da una visión general del tipo de expectativas referidas por los pacientes, predominando los aspectos interrelacionales de calidez con el profesional y de abordajes individuales de orientación psicologizante. En la segunda parte, se ampliarán sus características en relación con diversas variables sociodemográficas y clínicas, así como se apuntarán posibles disonancias con la realidad asistencial, para terminar con algunas conclusiones derivadas de todo ello.

Ante cualquier demanda asistencial hemos de considerar que las ideas y sentimientos del demandante van a influenciar su participación en la transacción y afectarán el resultado final. En ese momento, debemos tener en cuenta al menos tres niveles de lectura, probablemente muy solapados entre sí: a) El deseo, posiblemente con una gran carga de mediatización inconsciente. b) La esperanza, matizada por el momento afectivo en que se encuentre el individuo. c) La expectativa, que sin verse totalmente libre de los anteriores condicionantes, podríamos suponerla más cercana a la realidad y estando muy influida tanto por la cultura compartida y el nivel de divulgación de recursos existentes (expectativas sociales), como por factores individuales tales como la motivación o actitudes personales (11). La posible utilidad del estudio de las expectativas se resume en la Tabla 1.

Por otra parte, en el transcurso de una consulta se podrían considerar tres aspectos diferenciados: a) La queja, que siempre se elicitada. b) El objetivo a conseguir o sentir, que no siempre se explicita. c) La demanda concreta de lo que se espera para conseguir estos objetivos y que a menudo no llega a ser verbalizada. La

no verbalización de esta demanda dejaría en el paciente cierto sentimiento de frustración, presuponiendo que la mayor satisfacción derivada de una primera entrevista tendría más que ver con la propia verbalización de la demanda que con el hecho de sentirse entendido (10).

Descripción del estudio.

En el contexto de un proyecto de investigación-evaluación más amplio en un Centro de Salud Mental, pareció oportuno incluir el estudio de las expectativas que traían los pacientes a la hora de solicitar una consulta. Para ello se construyó y validó un extenso cuestionario autoaplicado. Esta herramienta pretende ayudar a conocer las expectativas concretas de los pacientes ante un amplio abanico de aspectos relativos a la demanda. Consta de 100 preguntas, agrupadas en 16 apartados, más una pregunta final abierta. De estos apartados, 9 son de pregunta única y 7 compuestos de varias preguntas (subescalas) con diferentes factores (12).

El trabajo se realizó en el C.S.M. Uribe Costa - Adultos (Vizcaya), dependiente de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, que atendía aproximadamente a unos 127.000

Tabla 1. UTILIDAD DE LOS ESTUDIOS DE EXPECTATIVAS

1) Conocimiento de aspiraciones y puntos de vista del usuario en el momento de la demanda.
1.1) Favorecerá el proceso de negociación entre técnico y usuario y la mejor adecuación de la respuesta a la demanda.
1.2) Ayudará al reconocimiento, por parte del servicio, de necesidades autopercibidas por el paciente.
1.3) Permitirá entender mejor el paso desde la necesidad percibida a la utilización de los servicios, así como posibles diferencias entre diversas áreas de captación.
2) Estudio de las expectativas como factor que puede influir en los resultados obtenidos.
2.1) En relación con la adhesión al tratamiento y cumplimiento de indicaciones clínicas.
2.2) Como predictoras de los efectos de determinada psicoterapia.
2.3) En relación con los niveles de satisfacción expresada por los usuarios.
2.4) En relación con el alivio de síntomas (efecto placebo) y credibilidad de los tratamientos.

habitantes distribuidos en 9 municipios con características diferenciadas, abarcando desde núcleos residenciales y de servicios con una población de nivel económico y cultural relativamente elevado, hasta focos de asentamiento reciente de parejas jóvenes en busca de su primera vivienda alejada de la densa periferia de Bilbao, junto a una cierta proporción rural. En general puede considerarse como un entorno menos degradado, mejor calidad de vida y menor tasa de paro (17 %) en el momento del estudio que la media de Bizkaia (20.6 %) o la Comunidad Autónoma (19.2 %).

Durante 18 meses, se incluyeron todas aquellas personas que consultaron por primera vez en el C.S.M. con un problema primario de salud mental general, excluyendo de esta forma aquellos pacientes que pasaron a ser atendidos por el Servicio de Toxicomanías (150 en el período a estudio) y aquellos otros que por motivos "administrativos" tales como demandas de un familiar, desplazamientos, interconsultas, etc. no irían a ser seguidos por el C.S.M. (34 en ese período). Se mantuvieron 4 casos que a pesar de tener el domicilio fuera del área de Uribe Costa se consideró que por diversas razones iban a ser atendidos en el C.S.M. Igualmente se excluyeron todas las demandas que ya hubieran consultado con anterioridad (redemandas), aunque fuera por procesos diferentes, como forma de evitar que sus expectativas vinieran mediatizadas por su experiencia previa con el Servicio. La población global objeto de estudio la constituyen 749 casos, cuyas características fueron descritas en otro lugar (13-14).

Se diseñó un estudio de tipo prospectivo para su evaluación y seguimiento, estudiando a

cada primera consulta en el momento de realizarla y al cabo de 6 y 12 meses de ella, siguiera o no en contacto con el C.S.M.. En cada uno de estos momentos se pidió a cada paciente que rellenara una batería de cuestionarios autoaplicados, con la ayuda ocasional de una psicóloga para solventar cualquier tipo de dudas que pudieran generarse. Esta persona se ocupó además de recoger la información sociodemográfica básica, así como algunos datos en relación la composición del domicilio y papel que ocupaba el paciente en él.

En el caso de los abandonos o negativa a responder al seguimiento, se diseñó una estrategia de envío por correo de los cuestionarios. Si tampoco se respondía a este envío, se intentaba contactar telefónicamente con la persona pidiéndole que contestara a unas preguntas básicas en torno a su estado actual, satisfacción con el servicio y posibles motivos de abandono.

Los cuestionarios utilizados en cada una de las tres evaluaciones efectuadas a cada paciente fueron el SCL-90-R para la medición de dimensiones psicopatológicas y la valoración de sus cambios tras el tratamiento (3-4). El S.A.S.-S.R. (19-20) para la valoración del ajuste social. Las subescalas de Autoestima y Apoyo Social Percibido del Cuestionario de Calidad de Vida (16). El Listado de Experiencias Amenazantes (L.E.A.) (1-2). Por último, se interrogó por las expectativas que traían en el momento de pedir consulta con el cuestionario antes descrito y a los 6 y 12 meses por el grado de satisfacción con el servicio mediante el CSQ-8 (9, 15), así como la valoración subjetiva del grado de ayuda de las varias intervenciones posibles recibidas y el

grado de cumplimiento de las expectativas previas mediante un cuestionario diseñado específicamente con este fin.

Coincidiendo con cada una de las evaluaciones, se pidió a cada médico responsable del caso que rellenara una breve hoja con algunos datos clínicos tales como diagnóstico CIE-9, evaluación global con la escala GAS (5) y la impresión clínica global con la escala ICG (6). Previamente al inicio del estudio, se realizaron varias sesiones de estandarización diagnóstica y valoración entre los médicos sobre 25 casos clínicos diferentes (18), contando asimismo con un manual orientativo diseñado al efecto para facilitar sus valoraciones. Todo ello buscando la mayor uniformidad de criterios y poder de comparación entre las valoraciones individuales.

En el análisis de la información recogida, para presentar las posibles diferencias existentes entre los casos según diversas agrupaciones, utilizaremos estadísticos descriptivos básicos, mostrando igualmente el grado de significación estadística de las posibles diferencias. Para ello hemos utilizado la prueba del Chi² con corrección de Yates donde resultara pertinente y el t-test para muestras independientes. No será necesario recordar el riesgo de extrapolar directamente los resultados encontrados con la realidad de la totalidad de los pacientes que consultan con el C.S.M. y aún más con otros servicios de salud mental diferentes al estudiado. Si bien una tasa de respuestas de entre el 80 al 85 % según los cuestionarios es relativamente alta, encontramos diferencias significativas entre los que responden y los que no lo hacen. Estos últimos parecen corresponderse con personas de más edad, menor red social inmediata, menor nivel educativo y tasa de actividad. Muchos de ellos son personas que no pasan al tratamiento por diferentes motivos. Además podrían ser pacientes valorados como pacientes más graves y mayor proporción de diagnósticos orgánicos y psicóticos. Por este motivo, tal y como sucede en muchos estudios de corte comunitario, algunos de los resultados descritos a continuación pudieran no ser representativas de algún grupo particular.

Expectativas en el momento de la primera consulta.

Para evitar abrumar con datos numéricos, los resultados generales encontrados en relación con las expectativas, tal y como respondieron 640 pacientes al cuestionario en el momento

de la demanda, se presentan de forma resumida y como retrato robot caricaturizado en la Tabla 2.

En general, parece existir una postura bastante optimista y confiada en cuanto a la resolución de los problemas y el tiempo necesario para ello, así como hacia el grado de ayuda a recibir del servicio. Todo ello situando de entrada al paciente en una buena disposición hacia la mejoría, al menos desde algunos de los aspectos que entendemos forman parte del efecto placebo. Sin embargo, esta aparente predisposición positiva bien pronto puede verse frustrada al comprobar en muchas ocasiones que la frecuencia de contacto dista mucho de la presupuestada al inicio. Aún así, y sobre todo en los hombres, hay un mayor número de personas que no consideran necesaria un gran número de consultas. Las altas expectativas de abordajes psicologizantes y muy bajas en relación con servicios de tipo social, laboral o económico, pudieran ser reflejo de la relativamente instruida y acomodada población atendida. Sin embargo, este tipo de expectativas de "escucha" ya fueron encontradas hace años en poblaciones menos favorecidas, llegando incluso a asombrar a algunos de sus autores que muestran su sorpresa al constatar mediante un cuestionario que la gente quiera resolver sus problemas hablando, aceptando de forma limitada la medicación. Para ellos, la explicación sería la creciente difusión de las técnicas psicoterapéuticas a través de los florecientes medios de comunicación (a principios de los años 60), sin dar la posibilidad de que el paciente sufriente pueda intuir qué es lo que más le va a ayudar (10, 17, 19).

Casi la mitad de los casos consideran al psiquiatra como el profesional más indicado para que les atienda, mientras que para una tercera parte lo es el psicólogo. En cualquier caso cabe preguntarse el grado de discriminación (7) que hace la población entre estos profesionales. Por este motivo, al preguntar por la responsabilidad del tratamiento preferimos hacerlo en referencia genérica al médico, encontrando que casi dos tercios dividen a partes iguales esta responsabilidad entre médico y paciente, seguidos de aquellos que la sitúan en mayor medida en el paciente. Todo ello sugerente de una postura no pasiva de búsqueda de soluciones totales o mágicas, sino de cierta disposición a la colaboración activa con el tratamiento.

Si tenemos en cuenta lo que hemos llamado "expectativas determinantes", es decir aque-

TABLA 2. RETRATO ROBOT DE LA DEMANDA**ENCUADRE DE PRESENTACION**

¿Quién soy?. Acertarán si piensan en una persona de edad media, casada, con estudios primarios o medios, sin trabajo retribuido y probablemente mujer.

Vengo a consultar muy influido por otros, sobre todo por el médico de cabecera. Mi problema, que será etiquetado como neurótico o trastorno adaptativo, con gran número de sucesos vitales graves, considero que tendrá solución, total o casi, en 1 a 6 meses.

Para ello, me ayudará mucho el tratamiento que es responsabilidad mutua del médico y del paciente o del propio paciente.

Espero preferentemente un psiquiatra, un psicólogo o el trabajo en equipo. Me recibirán semanal o quincenalmente, con cita previa, aunque no creo que lo hagan en mi domicilio.

EXPECTATIVAS DETERMINANTES

Espero un buen profesional, cálido, confiable y que me explique las cosas de manera que pueda entenderlas.

Conocerá la mejor forma de enfrentar el problema y para ello me hará preguntas en torno a diferentes áreas de mi vida, pudiendo utilizar diversos test. También espero que me devuelva información oral y escrita.

Conseguiré autocontrol y solución a mis síntomas a través de consejos y tratamientos individuales, que podrán ayudarme sin tomar medicación, en la que confío algo menos que en los tratamientos alternativos como las plantas y el yoga, pero algo más que en los tratamientos individuales.

Viniendo presionado desde fuera, espero que se respete la intimidad en la búsqueda de mi crecimiento personal, aceptando la interconsulta con el médico de cabecera y otros profesionales de salud mental.

EXPECTATIVAS LIMITADAS

No piensen que espero que me den todo lo que quiero.

Tampoco supongan que espero análisis de sangre u orina, ni exploraciones como radiografías o electroencefalogramas.

No tengo ninguna confianza en cosas como la hipnosis, los medicamentos en experimentación, la cirugía, ni, sobre todo, el ingreso psiquiátrico.

Y aunque no lo crean, tampoco pido ayuda social, laboral o económica.

No espero que me traten de Vd. y es muy posible que no fumen.

llas en que más del 50% de los pacientes parecen mostrarse de acuerdo, no deja de resultar interesante que la gran mayoría coincide en esperar un buen profesional, cálido, confiable y que sepa explicar sus puntos de vista de forma inteligible, incluso en cierto ambiente informal de tuteo. Es decir, una expectativa de tipo relacional y no específicamente técnica o intervencionista. Le siguen en porcentaje de "acuerdos" las expectativas de exploración del problema bien sea a través de preguntas o de test, así como la devolución de información oral y escrita. La resolución de los sínto-

mas y el autocontrol son las que siguen después en orden de "acuerdo", para lo que se confía recibir consejos y tratamientos de tipo individual que podrían ayudar sin necesidad de medicación. En relación con esta última, existe un 47% que no parece confiar en ella. Este dato resulta del máximo interés al considerar que una gran parte de la práctica asistencial se fundamenta en la psicofarmacología, pudiendo justificar altas tasas de abandonos o mala adhesión al tratamiento si los pacientes no son informados suficientemente y convencidos de su utilidad en los casos que

así esté indicado. A pesar de valorarse la intimidad personal, cierta mayoría tiene la expectativa de posibles interconsultas con Atención Primaria y otros profesionales de salud mental. En relación con el tabaco, la mayoría tiene la expectativa de que no se fume en su presencia.

Por otra parte, existen otra serie de "expectativas limitadas" que no alcanzan un grado de acuerdo para al menos la mitad de los pacientes. Por ejemplo, los pacientes no tienen la expectativa de recibir todo lo que ellos quisieran ni muestran su confianza en tratamientos alternativos como las plantas o el yoga. Existen otros tratamientos tales como hipnosis, los medicamentos en experimentación o la cirugía que como era de esperar no despiertan grandes expectativas en los pacientes. En este sentido parece oportuno señalar que incluso tratamientos tan específicos en salud mental como son los grupales, familiares o de pareja despiertan menos expectativas incluso que la medicación. No tener esto en cuenta, bien puede ser motivo de malas indicaciones o abandonos y cuando menos dificultades que podrían haberse disminuido con cierta preparación previa al paciente (8).

Diferencias en las expectativas de los pacientes, según confíen o no en un tipo de tratamiento determinado.

Interesados en el mejor conocimiento de posibles aspectos asociados con la preferencia sobre un determinado tipo de tratamiento, dividimos y comparamos la población estudiada según confiara o no en la medicación, haciendo el mismo ejercicio posteriormente con los que confiaban con los tratamientos grupales y los abordajes familiares y los que no lo hacían. Se eligieron estos tres tipos de tratamiento, tanto por sus particulares características presumiblemente diferenciadoras, como por el poco poder discriminante que tendrían otros tipos de tratamiento estudiados (por ejemplo, el tratamiento individual genera altas expectativas en más del 90 %, la hipnosis en un 15 % y el ingreso psiquiátrico en menos del 4 %).

Parecería que la preferencia sobre alguno de los tres tipos de tratamiento seleccionados está en relación con la edad, y en concreto una mayor edad con la medicación. Los que más esperan de la medicación refieren un menor grado de sintomatología y mejor ajuste social que los que esperan menos, a pesar de ser valorados como más graves, con una mayor

proporción de diagnósticos de psicosis y menor de trastornos de personalidad. Además representan una menor proporción de casos que quedan como orientación o información, abandonos y altas voluntarias. Los que esperan más de los tratamientos grupales y familiares no parecen presentar grandes diferencias clínicas con los que esperan menos, existiendo una mayor proporción de casos que no pasan a tratamiento entre los que confían en los grupos.

Los que confían en el grupo acuden más al servicio por iniciativa propia y con mayor expectativa de ayuda, que suponen será mejor recibida desde enfermero y psicólogo y menos del psiquiatra. Los que confían en la medicación vienen más por iniciativa de otra persona (hospital o médico), con mayor expectativa de ayuda de la que no se sienten parte muy responsable y que fundamentalmente vendría desde el psiquiatra y menos del psicólogo y enfermero. Los que confían en abordajes familiares son influidos por su familia a la hora de consultar.

Tanto los que confían en grupos como en abordajes familiares tienen mayores expectativas sobre posibles recursos, servicios a recibir o utilidad atribuida a la mayoría de las técnicas de ayuda propuestas en el cuestionario, no siendo así para los que confían en la medicación. En general, este tipo de expectativas son más altas (¿incluso irreales o extravagantes?) entre aquellos que confían en grupos o abordajes familiares. Por otra parte, parece que las personas que confían en la medicación tienden a esperar más del profesional que los que no lo hacen. Los primeros tenderían además a una relación más formal, relación que en el caso de los que confían en los tratamientos grupales y familiares esperarían fuera más informal.

La relación de estas expectativas con algunos aspectos asistenciales y evolutivos de la demanda, así como las conclusiones generales, serán presentadas en una segunda parte del artículo.



Trabajo realizado en el Centro de Salud Mental de Uribe Costa, Getxo, con la colaboración de toda su plantilla, gracias a las ayudas de DGICT y Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

CSM Uribe Costa. C/ San Nicolás 2. 48990 Getxo. oscarmar@intersalud.es



Bibliografía

- 1) Brugha, T. Bebbington, P. Tennant, C. Hurry, J. (1985) The list of threatening experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychol. Medicine*. 15: 189-194.
- 2) Brugha, T. Cragg, D. (1990) The list of threatening experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiat. Scand.* 82: 77-81.
- 3) De las Cuevas, C. González de Rivera J.L. Henry-Benitez, M. Monterrey, A.L. Rodríguez-Pulido, F. Gracia, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*. 7: 93-96.
- 4) Derogatis, L.R. Lipman R.S. Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*. 9: 13-28.
- 5) Endicott, J. Spitzer, R.L. Fleiss, J.L. Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*. 33: 766-771.
- 6) Guy, W. (Ed.). (1976). ECDEU assessment manual for psychopharmacology, Rev. Ed. U.S. Department of Health, Education and Welfare. Rockville, Maryland.
- 7) Hidalgo M.S. Yllá L. (1992). Psicólogos y psiquiatras: discriminación que la población de Vizcaya hace de ambos. En XVI Reunión Sdad. Esp. Psiq. Biológica. Ed. Arán. Madrid, 1992. 607-615.
- 8) Jones E, Matsumoto DR. (1982). Psychotherapy with the underserved. En Snowden LR (Ed.), *Reaching the underserved: Mental health needs of neglected populations*. Beverly Hills. Sage. 207-228.
- 9) Larsen, D.L. Attkisson, C.C. Hargreaves W.A. Nguyen, T.D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*. 2: 197-207.
- 10) Lazare A, Eisenthal S, Wasserman L et al. (1975). Patient requests in a walk-in clinic. *Comp. Psychiatry* 16: 467-477.
- 11) Martínez Azumendi, O. (1995). Expectativas en el momento de la demanda. Utilidad de su estudio y papel en la mejora de la calidad asistencial. *Psiquis*. 16: 266-287.
- 12) Martínez Azumendi, O. Araluce, K. Grijalvo, J. Beitia, M. Mendezona, J.I. (1995). Expectativas de la demanda sobre un Centro de Salud Mental comunitario: evaluación de un nuevo cuestionario. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* (1995), 52, 25-43. Fe de erratas en *Rev. Esp. Neuropsiquiatría*. 53, 198.
- 13) Martínez Azumendi, O. Beitia, M. Araluce, K. Elejabarrieta, J. Quesada, I. (1977a). Estudio de las primeras consultas en un Centro de Salud Mental. (I) Características sociodemográficas, vías de derivación y tratamiento anterior. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. 61 : 37-60.
- 14) Martínez Azumendi, O. Beitia, M. Araluce, K. Ayerra, JM. Cela, C. Grijalvo, J. Mendezona, JI. Azkunaga, D. Insa, P. (1977b). Estudio de las primeras consultas en un Centro de Salud Mental. (II) Características clínicas, sucesos vitales, ajuste y apoyo social, motivación y expectativas". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. 62 : 203-222.
- 15) Roberts, R.E. Attkison, C.C. (1983). Assessing client satisfaction among hispanics. *Evaluation and Program Planning*. 6, 401-413.
- 16) Ruiz, M.A. Baca, E. (1995). Cuestionario de calidad de vida. En: Bobes, J. González, M.P. Bousño, M. (Eds.). *Calidad de vida en las esquizofrenias*. J.R. Prous Editores.
- 17) Spinhoven P, Methorst GJ, Van Grieken N et al. (1991). An abbreviated questionnaire for quantifying treatment requests from Dutch outpatients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 179 (8): 502.
- 18) Spitzer, R.L. Gibbon, M. Skodol, A.E. Williams, J.B.W. First M.B. (1990). DSM-III-R. Libro de casos. Ed. Masson. Barcelona.
- 19) Uhlenhuth EH, Duncan DB (1968). Subjective change with medical student therapists. II. Some determinants of change in psychoneurotic outpatients. *Arch. Gen. Psychiat.* 18: 532-540.
- 20) Weissman, M.M. Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*. 33: 1111-1115.
- 21) Weissman, M.M. Prusoff, B.A. Thompson, W.D. Harding P.S. Myers, J.K. (1978). Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 166: 317-326.a

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

Jose Ignacio Zuazo(*). Médico psiquiatra

Resumen

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

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

Confusiones

- 1.- ¿Podríamos hablar de cardiología comunitaria o gastroenterología comunitaria?, ¿y de cirugía cardiovascular comunitaria?. Seguramente no (salvo que hagamos –por ejemplo– de la cardiología comunitaria un sinónimo de prevención primaria de las enfermedades cardíacas o algo parecido). Y, ¿por qué no, cuando así lo hacemos con la psiquiatría comunitaria?.
- 2.- ¿Habría varias atenciones primarias en sanidad?, ¿no?, ¿y por qué de tiempo en tiempo –según necesidades presupuestarias u otras– se habla de atención primaria en salud mental?.
- 3.- La psiquiatría, como nivel especializado,

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

- Se trata de una especialidad cuyo nivel máximo de complejidad –mientras no se demuestre lo contrario (y no estamos próximos de ello)– no se encuentra en el hospital: ni por aparataje, ni por requerimientos de preparación profesional. De hecho la indicación claramente más frecuente de hospitalización a tiempo completo –también mientras no se demuestre lo contrario– sigue siendo, grosso modo, la retención y contención. ¿O no?.
- Se trata de una especialidad que exige (incluso para la calidad de la atención hospitalaria) medios no hospitalarios (a tiempo completo) altamente desarrollados: el sistema de atención a la salud mental no es –o no habría de ser– un renacuajo (cabeza-hospital, cola-extrahospitalario) sino una merluza (¿qué se muerde la cola?).
- Se trata de una especialidad en la que el personal no-médico cobra una importante significación, de un modo tal que en muchas ocasiones se transforma en hegemónico para el seguimiento de los pacientes. Incluimos en ello al médico que de hecho –en esas ocasiones– realiza tareas otras que las directamente asignadas a su rol/ estatus.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Muñecas rusas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prestidigitación

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



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

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

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

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

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

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

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

Simplicidades

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

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

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

Complicaciones

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

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

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

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

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

Más complicaciones

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

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

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

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

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

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

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

Quejas y problemas en el c.s.m.

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

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

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

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

- "Este no va a tomar la medicación".

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

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

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



mos haciendo o pretendiendo lo mismo?"

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- "Este es ante todo un deficiente mental".

- "Este es ante todo un enfermo orgánico".

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

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

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

- Falta de objetivos explícitos con los pacien-
tes.

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

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

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

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

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

- Esclavitud y sobrecarga de la "agenda".

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

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

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

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

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

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

Problemas y prioridades

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

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

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

problemas, y los de ellos...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ALGUNAS CUESTIONES SOBRE LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA CON GAYS Y LESBIANAS (UNA MIRADA EN DIFERIDO)

Inmaculada Mugika. Socióloga y sexóloga

Estas reflexiones que se vierten a continuación son fruto de las horas de consulta de apoyo y orientación que en Aldarte, "Centro de apoyo, orientación e información a gays y lesbianas y el entorno", he tenido oportunidad de realizar con los numerosos gays y lesbianas que durante siete años han pasado por el servicio.

A través de las conversaciones tenidas en estas consultas he podido conocer las experiencias que muchas de estas personas han tenido como clientes o pacientes de l@s profesionales psicólog@s.

Estas reflexiones no pretenden ser más que eso, reflexiones compartidas, para nada persigo la crítica, así como tampoco establecer afirmaciones rotundas o modos de operar magníficos.

Uno de cada dos soci@s de Aldarte han pasado por el apoyo psicológico y/o psiquiátrico. No deja de ser un dato revelador de la importancia y necesidad de esta figura en la vida de estas personas. Ir al psicólog@ constituye un acto "normal". Lo ha sido así fundamentalmente en el pasado y lo sigue siendo en la actualidad, aunque con menor incidencia.

En esta mirada en diferido sobre la práctica psicológica con gays y lesbianas me centraré en dos aspectos que particularmente me han llamado la atención: el asunto de los iguales y el de las homofobias interiorizadas.

Mis iguales

Viene siendo normal el que a la finalización de la terapia se mande al cliente bien directamente al "ambiente" (lugares de alterne y encuentro específicos para gays y lesbianas) o a alguna asociación o centro como Aldarte en busca de sus iguales.

Por una parte entiendo la intención que puede tener la frase o aquello que puede estar implícito en la misma. Me refiero al tema de la necesaria socialización con otras personas de la propia sexualidad. Es evidente que a no ser que haya un auténtico deseo de experimentar el sexo sól@, no suele resultar muy divertido vivir por tu cuenta la sexualidad, así que normalmente esta implica la búsqueda de compañer@s y el empleo de símbolos sociales con est@s. Una tarea que no resulta fácil para aquell@s que viven un deseo poco visible y de difícil acceso en una sociedad estructurada, no sólo en sus creencias sino también espacialmente, en clave heterosexual. ¿Cómo una mujer puede encontrar a otra mujer? ó ¿un hombre a otro hombre? Y que además...

¿comparta su deseo sexual?. La superación de parte de los obstáculos se resuelven yendo a los sitios neurálgicos de reunión homosexual y lésbica.

Pero por otra parte, la frase no deja de tener sus inconvenientes. Muchos gays y lesbianas fracasan en su búsqueda de iguales en los sitios aconsejados por sus psicólog@s. ¿Qué o quienes son los iguales? la respuesta no es fácil ya que nos enfrentamos a un colectivo tremendamente heterogéneo en cuanto a sus vivencias y actuaciones respecto a su experiencia sexual. Por ejemplo: "el ambiente" permite a gays y lesbianas encontrarse con otros gays y lesbianas sin la tensión de tener que preguntarse "¿este entiende?", pero aquí acaba en numerosas ocasiones la igualdad. Una vez abiertas las puertas del bar empiezan a funcionar no sólo las subjetividades propias, sino también las diferencias, a menudo insalvables, que yo establezco con esta o con aquella persona a pesar de compartir conmigo la homosexualidad. La conexión automática entre gays o entre lesbianas por el mero hecho de serlo no deja de ser un mito.



En un centro como Aldarte, donde en principio se ofrecen posibilidades más amplias que las que se dan en el ambiente, para realizar esta tarea de compartir tu experiencia sexual, las diferencias acerca de cómo una persona se entiende a sí misma como gay o como lesbiana o entiende su propia práctica sexual no dejan de ser pocas. Muchas veces he podido comprobar que las explicaciones que a sí mismos se dan tanto hombres como mujeres son a menudo ajenas a las explicaciones más oficialistas venidas tanto del mundo psicológico y/o sexológico como del político-militante. De manera general cuando una persona se enfrenta a su sexualidad se produce en cierta forma una organización de su identidad respecto de esta, esto ocurre sea cual sea tu práctica u orientación. Pero lo importante es comprender que una experiencia no implica necesariamente una identidad o una codificación clara en cualquiera de las categorías vigentes en lo sexual. En el campo de la homosexualidad (como en cualquier otro), las respuestas que se dan son variadas, resultando que cada persona elabora su experiencia con diferentes sentidos: para un@s darse el apelativo de gay o lesbiana les proporciona seguridad y confianza y se conectan, aunque sea en el ámbito simbólico, con otros gays y lesbianas a quienes considerarán sin trabas sus iguales. Otras personas aceptarán la denominación de gay o lesbiana pero con recortes, "soy homosexual pero también soy otras cosas" y en la medida en que converjas con estos otros aspectos de mi vida serás mi igual. Y finalmente existen quienes no aceptan las etiquetas de gay o lesbiana porque estas no acaban de definir lo que se experimenta ante la propia sexualidad, en este caso l@s iguales se encuentran o no dentro de los circuitos homosexuales, dependiendo, sobre todo, "de que mis sentimientos conecten con los tuyos".

"Las homofobias internas"

La palabra homofobia está de moda. Se cita para denominar cualquier tipo de actitud, pos-

tura, idea, sensaciones o sentimientos adversos a lo homosexual. No se distingue entre estereotipos prejuiciados y homofobias, o entre tener un prejuicio o tener una homofobia. La tendencia actual es a pensar que ser prejuicios@ es igual a ser homofóbic@. En no pocos escritos podemos encontrar esta equivalencia.

Tanto el prejuicio como la homofobia son productos culturales, ambos además condicionan nuestros actos y pensamientos pero la intensidad y el grado en que ambos se expresan no es igual. Si en el caso de los prejuicios se puede hablar de ideas erróneas, inconscientes o no, que tienden a distorsionarnos la realidad de lo que son gays y lesbianas presentándolos como seres deshumanizados e inferiores, en lo que respecta a la homofobia hablamos de odios, miedos y rechazos irracionales; de auténticos trastornos psicológicos que dominan totalmente la relación con el hecho homosexual.

No todas las personas desarrollan una homofobia a partir de los prejuicios hacia la homosexualidad que pueda tener. La sociedad está constantemente demostrando que no es así al detectarse una mayor aceptación del hecho homosexual a través, sobre todo, de un mayor conocimiento de esta realidad y una paulatina superación de ideas prejuiciadas. Sólo sectores y/o personas muy determinadas podrían denominarse homofóbicas, sus actuaciones además suelen ser tanto físicamente como dialécticamente violentas contra todo lo que pueda significar entender la homosexualidad como una sexualidad más. Es por estas razones que me parece un problema no distinguir entre prejuicio hacia el homosexual con homofobia ya que tanto una y otra cosa exigen actuaciones diferentes.

Quiero trasladar esta reflexión a la consulta psicológica, donde detecto que cada vez es más frecuente ver por parte de l@s psicológ@s una homofobia interna en cualquier conflicto asociado a su homosexualidad o lesbianismo que a una persona le puede surgir. Sentimientos de vergüenza, inferioridad e inseguridad; preocupaciones, dudas o miedos

son entendidos como resultado de una homofobia interiorizada, la cual se entiende es producto a su vez de un rechazo o negatividad de la persona en cuestión hacia si misma. Me ha sorprendido a menudo la preocupación con que algunas personas expresan el concepto "homofobia interna" que han oído en las sesiones con su psicólogo@. Una preocupación que yo expresaría como "si yo sólo le he expresado que tengo una duda o miedo ante una situación que estoy viviendo ¿cómo es posible que me hable de homofobia interna?" Identificar cualquier conflicto que se vive por el hecho de ser gay o lesbiana con una u otras formas de homofobias internas me parece que aparte de significar una clara falta de recursos a la hora de esclarecer el origen de un problema, conlleva ciertos peligros, algunos de los cuales quiero precisar a continuación:

En la medida en la que no hay gay o lesbiana que no deje de expresar a lo largo de su vida conflicto/s derivados de su experiencia sexual y su confrontación con la vivencia social que de la sexualidad se hace, es muy fácil convertir a este colectivo y a cada uno/a de sus integrantes en eternos enfermos incapaces de superar su homofobia internalizada presente en toda su existencia. Volveríamos a una valorización enfermiza de la homosexualidad no centrada precisamente en la búsqueda de las causas que la explican para conseguir el esperado cambio de orientación, sino en una patologización de muchas de las expresiones cotidianas de la vida de gays y lesbianas.

Los conflictos se entienden como un fruto de las disposiciones mentales y actitudes del cliente gay o lesbiana que llega a la consulta por lo que se obvian las circunstancias ambientales haciendo depender todo de la situación interna de estos. Es fácil olvidar que estas circunstancias ambientales todavía provocan muchas respuestas de carácter personal, y que la superación de ciertos obstáculos que se pueden presentar no dependen al cien por cien de un@ mism@. Por ejemplo: acabar con la tediosa e incómoda tarea de tener que recordar continuamente que no eres heterosexual

es algo que no depende de un@ mism@, es comprensible que a la larga esta labor acabe por irritar.

Todo es expresión de un mismo problema con una única raíz de fondo: la negatividad, el rechazo y el juzgarse severamente por ser gay o lesbiana. Todo conflicto se mide con esta vara cuando no todos son el resultado de odiarse o no gustarse por ser lo que se es. No se entiende que hay todo un cúmulo de sentimientos no deseados y emociones problemáticas que se activan como respuesta a un entorno que puede presentarse y vivirse con ciertas dosis de agresividad y no como respuesta a un estado interno conflictivo con un@ mism@. El hecho de plantearse, por ejemplo, tener un hijo en común y a continuación preocuparse y agobiarse por las reacciones sociales que ello va a provocar no significa que exista un problema de no aceptación de la homosexualidad propia.

Si los miedos, dudas o preocupaciones sexuales por los que una persona pasa a lo largo de su vida se entienden como procesos normales en la construcción de su sexualidad, no se acaban de ver como tales las contradicciones por las que gays y lesbianas pasan. Se valora que gays y lesbianas no tienen que tener ni dudas, ni miedos ni preocupaciones respecto de su sexualidad, por lo que cada vez que estos se presentan son el reflejo de un problema de fondo, no de un conflicto normal.

Reflexiones finales

Según la experiencia tenida en Aldarte, el psicólogo@ sigue constituyendo una respuesta de gays y lesbianas para afrontar la ansiedad básica que les provoca el hecho de pensarse y sentirse como tales. Los tintes negativos con los que todavía se ve socialmente la homosexualidad se traduce en unos conflictos personales difíciles de superar sino no es con un profesional que te vaya indicando los pasos a seguir. El trabajo que se hace por parte de est@s es necesario e importante, ya que en muchos casos esta tarea se convierte en el pri-



mer paso del proceso de aceptación de la propia experiencia sexual.

Además hay que añadir que este apoyo psicológico se desarrolla con unos criterios que se alejan de las consideraciones de enfermedad mental. En lo que respecta a la homosexualidad y el lesbianismo la clase psicológica (exceptuando casos) ha dejado de tener ese papel moralista, dogmático y convencional de antaño.

Es difícil determinar porqué ciertas personas se atormentan por su sexualidad en tanto que otras en sus mismas condiciones son capaces de hacer su vida y vivir felices. Este tema sigue constituyendo todo un misterio ya que el problema reside no sólo en la opresión externa sino en las diversas maneras en como un@ se valora a sí mism@ por ser homosexual o las formas en como se afrontan los diversos obstáculos que se presentan.

La formación académica, no sólo relativa a la cuestión homosexual, sino también en torno a la sexualidad humana, no abunda en esas áreas de preparación en las que se supone se va a tener un contacto directo con los problemas de la gente. Normalmente los recursos con los que se cuenta en la labor terapéutica son escasos y las dificultades numerosas a la hora de apreciar con mayor o menor acierto los problemas que el cliente gay y lesbiana presenta y aplicar en consonancia los criterios diagnósticos.

En los últimos años ha llegado procedente de los EEUU abundante documentación sobre la práctica psicológica dirigida a gays y lesbianas y numerosos libros de autoayuda que ofrecen valiosa información y consejos a l@s profesionales que dan asesoramiento psicológico. Reconociendo que estos documentos cubren en parte la preocupante ausencia de

información, teniendo en este sentido un gran valor, si veo oportuno realizar el siguiente comentario sobre los mismos.

Son documentos que en su mayoría adoptan un modelo étnico de la homosexualidad y el lesbianismo, es decir, aceptan como principio que gays y lesbianas constituyen una comunidad que mantiene una identidad cultural propia y comparte un estilo de vida específico y diferenciador del resto de colectivos sociales. Así la homosexualidad no es sólo una orientación sexual ni una característica de la vida íntima, representará también una posición frente a la vida y a la sociedad. El individuo homosexual no es como el heterosexual y presenta dinámicas, fases, problemas y recursos específicos y diferenciadores. Es un enfoque que funciona bien en una sociedad como la de EEUU donde su población gay y lesbiana se conforma en su mayoría como una gran comunidad frente a la heterosexual.

El problema está en las lecturas que en este país podemos realizar de estos textos, ya que si bien los mismos nos ayudan a tener un mejor y mayor conocimiento de la homosexualidad también pueden tener un efecto contrario si los aplicamos al pie de la letra a nuestra realidad social. Todavía gays y lesbianas en nuestro país no se sienten partícipes de una comunidad que los abarque y defina al completo por lo que se hace necesario profundizar en lo que significa este contexto propio en el que nos desenvolvemos, en sus personas, en sus expresiones, necesidades y exigencias, diferentes al contexto anglosajón.

Se trata, en definitiva, de no hacer de la experiencia gay y lesbiana algo único e igual para todas las personas que puedan acudir a la consulta psicológica.



Coordinadora de Aldarte "Centro de Atención a Gays y lesbianas"

Bibliografía:

- CASTAÑEDA, Marina: La experiencia homosexual. Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera. Ed. Paidós 2000
- POWERS, Bob / ALAN Ellis: Acéptate, acéptalo. Como explicar las distintas orientaciones sexuales. Ed. Paidós 1999
- WEEKS, J.: El malestar de la sexualidad. Ed. Talasa 1994
- NIETO J.A. / DELGADO M. Y otros: La sexualidad en las sociedades contemporáneas. Lecturas antropológicas. UNED 1989
- BERSINI, Leo: Homos. Ed. Manantial 1998
- SULLIVAN, Andrew: Prácticamente normal. Alba Editorial 1999
- FALCO, Kristine L.: Psychotherapy with lesbian clients. Theory into practice. Ed. Brunner/Mazel 1991
- SILVERSTEIN, Charles: Gays, Lesbians, and their therapists. Ed. Norton 1991
- ALIAGA, J.V. / CORTES J.M. : Identidad y diferencia. Sobre la cultura gay en España. Ed. Egales 1997
- GUASCH, Oscar: La crisis de la heterosexualidad. Ed. Laertes. 2000
- VIÑUALES, Olga: Identidades lésbicas. Ed. Bellaterra 1999
- SORIANO RUBIO, Sonia: Como se vive la homosexualidad y el lesbianismo Ed. Amarú. 1999

CARDIOTOXICIDAD POR TIORIDAZINA

Juan Medrano. Médico psiquiatra
Pablo Malo. Médico psiquiatra
José J Uriarte. Médico psiquiatra

A mediados del pasado año, tras una serie de reuniones con la FDA, Novartis introdujo cambios importantes en la ficha técnica del Mellaril (Meleril), relacionados con la creciente evidencia de que el producto podía aumentar la duración del intervalo QTc (Apéndice 1) (1). A las pocas semanas se introdujeron cambios similares en el prospecto de la mesoridiazina (metabolito de la tioridazina no comercializado en España) y hace escasas semanas se ha retirado del mercado británico el droperidol, butiroferona que igualmente prolonga el intervalo QTc.

En el EKG el intervalo QT abarca desde el comienzo de la despolarización hasta el final de la repolarización ventricular. Este proceso de repolarización / despolarización debe realizarse con mayor rapidez cuando aumenta la frecuencia cardiaca, introduciéndose para su valoración un factor de corrección que es el QTc o QT ajustado a frecuencia cardiaca. En condiciones normales, el QT no supera los 420 milisegundos, pero si por el motivo que sea aumenta su duración hay un elevado riesgo de arritmias ventriculares (taquicardia ventricular, fibrilación ventricular) lo que se traduce clínicamente en síncope o muerte súbita. La prolongación del QTc puede ser de origen genético, pero con mucha frecuencia se asocia a medicamentos. El valor del parámetro en sí es relativamente dudoso, por cuanto se desconoce a partir de qué duración del QTc existe riesgo de arritmia ventricular, pero en la práctica se considera alarmante si rebasa los 450

milisegundos, y se sabe que por encima de los 500 milisegundos existe un alto riesgo de arritmia ventricular y muerte súbita. El mecanismo por el que la tioridazina ejerce esta acción se ha relacionado con su interacción con el bloqueo de canales del potasio como el HERG (2).

La tioridazina no es, desde luego, el único fármaco que prolonga el intervalo QTc. De hecho, en los últimos años son varios los compuestos retirados del mercado, bien en los USA o en Europa, por este motivo (astemizol, terfenadina, sertindol, cisapride, grepafloxacina). Todos ellos son fármacos de introducción relativamente reciente (el astemizol se remonta a mediados de los 80 en Europa), por lo que llama especialmente la atención que a estas alturas de su vida farmacológica y comercial se haya detectado el riesgo de la tioridazina.

Como es sabido, la tioridazina es una fenotiazina piperidínica, con dos metabolitos activos (mesoridiazina y sulforidiazina) e isómeros dextro y levo que son antagonistas parciales D2 y D1, respectivamente. También es antagonista de los receptores 5HT2, lo que por cierto reproduce el esquema farmacodinámico supuestamente responsable del efecto terapéutico de alguno de los nuevos antipsicóticos atípicos. Introducida en el mercado hace más de 40 años, ha sido ampliamente utilizada en todo el mundo (de hecho, en el periodo 1976-1985 fue el neuroléptico más prescrito en determinados ámbitos clínicos de los EEUU) También se ha empleado con profusión, bien

como tal o en asociación (Visergil[®]) en el manejo de las complicaciones psiquiátricas y conductuales de las demencias, a pesar de que como remarca una reciente revisión de la Cochrane, si hay que atenerse a los resultados de los escasos ensayos publicados al respecto habría que desaconsejar su uso porque su efectividad es escasa, y a costa de importantes efectos secundarios (3).

En realidad, el potencial efecto cardiotoxico del fármaco es conocido desde hace cerca de 40 años, con referencias bibliográficas a su capacidad arritmogénica que datan nada menos que de 1963 y comunicaciones de casos de muerte súbita desde 1965 (4). Un estudio publicado en 1995 demostraba que era el neuroléptico con más efectos cardiotoxicos (arritmias, taquicardias, prolongación del QTc) en sobredosis (5), mientras que otro trabajo, publicado en 1991 mostraba una asociación desproporcionada del fármaco con una serie de casos de muerte súbita (6). Su acción específica sobre el intervalo QTc, incluso a dosis bajas, es conocida desde hace años (7), y no se relaciona aparentemente con la concentración sérica del producto.

Sin embargo, un trabajo publicado el pasado año en Lancet vino a ser la confirmación in vivo, en clínica y a gran escala de la acción del fármaco sobre el intervalo QTc. Según este trabajo, que se centraba en personas que recibían tratamientos psicofarmacológicos diversos, el QTc era más largo en los mayores de 65 años, independientemente del producto que tomaran, en los que recibían tricíclicos, en los que tomaban antipsicóticos a altas dosis y en quienes recibían tioridazina o droperidol. El efecto, dosis-dependiente, era especialmente acusado con los dos últimos fármacos (8). Sin embargo, la experiencia clínica previa muestra que más allá de las meras anomalías electrocardiográficas, los casos de arritmias o muerte súbita no se han podido correlacionar con dosis elevadas del producto, lo que parece traducir algún tipo de susceptibilidad indi-

vidual. En este sentido se ha propuesto que la clave podría radicar en que la tioridazina se metaboliza a través del P450 2D6 (debrisoquina hidroxilasa). En hasta un 10% de la población europea hay una deficiente actuación de esta enzima, lo que implica que en las personas con este fenotipo se produciría una acumulación de cualquiera de los fármacos que metaboliza (como por ejemplo la tioridazina). De esta manera, la cardiotoxicidad por tioridazina sería una mera cuestión de farmacogenética (9).

Sea como fuere, resulta inquietante el retraso en descubrir la severa capacidad arritmogénica del producto. Muchos casos de muerte súbita en pacientes que tomaban neurolépticos se han ventilado con explicaciones patogénicas alternativas o incluso con diagnóstico de presunción de muerte cardiogénica con corazón indemne (lo cual, obviamente, orientaría hacia una arritmia como causa del fallecimiento) (4, 10) En otras palabras, podríamos pensar en que ha debido haber muchos casos de muerte súbita en enfermos tratados con tioridazina, que han pasado totalmente inadvertidos, exponiendo a muchos otros pacientes a un riesgo excesivo, y conduciendo a algunos, en el peor de los casos, a la muerte.

Pero también puede contemplarse el hecho como que de pronto hay un exceso de celo para con productos con una sólida implantación en el mercado y vistos tradicionalmente (en este caso parece que de forma equivocada) como seguros. Sobre este cambio de actitud sólo se puede especular, pero no deja de ser sugestivo que varios de los nuevos antipsicóticos prolongan igualmente el intervalo QT (11), lo que como sabemos ha dado lugar en algún caso a que se retire cautelarmente el producto. En una época de feroz competitividad y de publicidad negativa incipiente y en algunos casos claramente manifiesta, no sería de extrañar que a corto plazo aparecieran en las literaturas de los laboratorios cuadros comparativos de las variaciones electrocar-

diográficas inducidas por los diferentes antipsicóticos atípicos.

Por cierto, que aparentemente los nuevos antipsicóticos no son más cardiotoxicos que otros que se han venido usando desde hace años, como la propia tioridazina, el haloperidol o el pimozide, sin ningún cuidado especial (12). Asimismo, los antipsicóticos viejos o convencionales parecen asociarse a otras complicaciones severas como el tromboembolismo venoso (nuevamente, la tioridazina parece especialmente peligrosa a este nivel) (13). No deja de llamar la atención que a estas alturas se estén descubriendo o denunciando efectos de tamaño severidad que a la luz de las actuales exigencias de garantías preclínicas de seguridad hacen pensar que si se hubieran descubierto en nuestros días, la tioridazina, y muchos otros productos, serían mucho más difíciles de comercializar que cuando se introdujeron, hace ya varias décadas.

Para concluir, cabe extraer dos tipos de conclusiones de toda esta cuestión. Una es meramente clínica. La gravedad de la cardiotoxicidad de la tioridazina y el hecho de que en los EEUU ya se hayan emprendido acciones orientadas en último término a que su prescripción sea cada vez más restringida y reflexiva hacen recomendable tener en cuenta las precauciones reflejadas en el Apéndice 1, así como una serie de factores de especial riesgo con tioridazina (4) que reproducimos en el Apéndice 2. La otra conclusión o consideración tiene que ver con la esencia científica y moral de la Psiquiatría y de la Psicofarmacología, y es que lamentablemente, no deja de ser preocupante que la moraleja de la cuestión de la cardiotoxicidad de la tioridazina es que o bien hemos utilizado durante muchos años fármacos peligrosos con cierta ligereza y sin prestar ninguna atención a sus efectos sobre los pacientes, o bien se avienta ahora su peligrosidad para allanar las dificultades planteadas a nuevos productos.

Apéndice 1: Cambios en el prospecto estadounidense de la tioridazina

1. Se advierte que se ha demostrado que el Meleril® prolonga el intervalo QTc. Se ha demostrado que esta alteración del EKG, así como otras arritmias, como la fibrilación ventricular, se producen de forma dosis – dependiente, y se ha asociado a los fármacos con este potencial, incluido el Meleril® , con el desencadenamiento de muerte súbita.

2. Hoy en día el Meleril® está indicado sólo en pacientes con esquizofrenia que no responden a tratamientos adecuados (en dosis y duración) con otros antipsicóticos. No hay ensayos clínicos que evalúen la efectividad del Meleril® en la esquizofrenia resistente.

3. Se contraindica el uso simultáneo de Meleril® con ciertos ISRS o con otros fármacos que inhiben al isoenzima 2D6 del citocromo P450, como la fluoxetina y la paroxetina, el propranolol, el pindolol y la fluvoxamina. También se contraindica su uso en pacientes que tomen fármacos que prolonguen el intervalo QTc. No se debe dar tampoco a pacientes con niveles reducidos del isoenzima 2D6, o con un síndrome de intervalo QT largo congénito, o con antecedentes de arritmias cardíacas.

Las recomendaciones que se siguen de estos cambios son:

1. El Meleril® no se recomienda como tratamiento de primera elección en la esquizofrenia

2. Si se va a prescribir Meleril® habría que pedir niveles de potasio y realizar un EKG previo. No se deberá administrar Meleril® si la duración del QTc es superior a 450 msg.

3. Una vez establecido el tratamiento con Meleril® , habría que hacer EKGs periódicos y solicitar niveles de potasio también periódicamente. Si el QTc sobrepasa los 500 msg habrá que suspender el fármaco. No se debe dar tampoco si el potasio no se encuentra en rango normal.

4. En caso de sobredosis, se deberá realizar monitorización continua del EKG para detec-



tar la aparición de arritmias. Igualmente, no deberán administrarse fármacos que puedan aumentar el riesgo de prolongación del QT (disopiramida, procainamida, quinidina).

Apéndice 2: Factores que incrementan el riesgo de toxicidad de la tioridazina

- Sexo femenino
- Enfermedad cardíaca preexistente
- Edad avanzada (acúmulo del producto y de sus metabolitos)
- Hipokaliemia (sinergia con el efecto arritmogénico del producto)
- Sobrecarga de glucosa
- Ingesta de alcohol

- Ejercicio físico

- Metabolización deficiente (2D6)
- Uso concomitante de tricíclicos (sinergia, interacción enzimática)
- Uso concomitante de aeritromicina, cotrimoxazol (interacción enzimática)
- Uso concomitante de cisapride (interacción, sinergia)
- Uso concomitante de risperidona (interacción, sinergia)
- Inhibidores del 2C6: fluoxetina, paroxetina, flufenazina, perfenazina, levomepromazina

Tomado de Timell (4).



Txori-Heri Medical Association. Correspondencia: THMA, Apartado 3188. 01080 Vitoria – Gasteiz. DONLOGAN@terra.es

Bibliografía

- Medscape: <http://psychiatry.medscape.com/Medscape/features/newsbeat/2000/0700/PSY-mellaril.html>
- Buckley NA, Sanders P. Cardiovascular adverse effects of antipsychotic drugs. *Drug Saf* 2000; 23:215-28.
- Kirchner V, Kelly CA, Harvey RJ. Thioridazine for dementia (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000464.htm>
- Timell AM. Thioridazine: Re-evaluating the risk/benefit equation. *Ann Clin Psychiatry* 2000; 12: 147-151
- Buckley NA, Whyte IM, Dawson AH. Cardiotoxicity more common in thioridazine overdose than with other neuroleptics. *J Toxicol Clin Toxicol* 1995; 33:199-204
- Mehtonen OP, Aranko K, Malkonen L, Vapaatalo H. A survey of sudden death associated with the use of antipsychotic or antidepressant drugs: 49 cases in Finland. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84:58-64
- Hartigan-Go K, Bateman DN, Nyberg G, Martensson E, Thomas SH. Concentration-related pharmacodynamic effects of thioridazine and its metabolites in humans. *Clin Pharmacol Ther* 1996; 60:543-53
- Reilly JG, Ayis SA, Ferrier IN, Jones SJ, Thomas SHL. QTc-interval abnormalities and psychotropic drug therapy in psychiatric patients. *Lancet* 2000; 355: 1048-1052
- Idle JR. The heart of psychotropic drug therapy. *Lancet* 2000; 355: 1824-1825
- Aroyo Fernández A. Muerte súbita en psiquiatría: interés forense. *An Psiquiatría* 1995; 11: 337-340
- Shen WW. The metabolism of atypical antipsychotic drugs: an update. *Ann Clin Psychiatry* 1999; 11: 145-158
- Welch R, Chue P. Antipsychotic agents and QT changes. *J Psychiatry Neurosci* 2000; 25:154-60.
- Zornberg GL, Jick H. Antipsychotic drug use and risk of first-time idiopathic venous thromboembolism: a case-control study. *Lancet* 2000; 356:1219-23

DR. NICOLAS ACHUCARRO (1880-1918)

Oscar Martínez-Azumendi. Médico psiquiatra

Nicolás Achúcarro, en cuya memoria se inauguró en 1969 el "Instituto Neuropsiquiátrico" que posteriormente pasó a denominarse Hospital Psiquiátrico de Zamudio, de igual forma que da nombre a una de las salas del Museo Vasco de Historia de la Medicina y la Ciencia, nació en la calle Bidebarrieta del Casco Viejo bilbaíno el 14 de Junio de 1880, en el seno de una familia burguesa e instruida de la época. Sus padres fueron Aniceto Achúcarro Mocoroa, médico oftalmólogo del Hospital de Achuri, y Juana Lund Ugarte. El abuelo paterno llegó a Bilbao como constructor-albañil, mientras que el materno, de origen noruego, se dedicaba al flete marítimo sobre todo de bacalao. Fue el mayor de 4 hermanos: Juan Luis (1883), fallecido en su juventud de tuberculosis, lo que parece ser marcó a Nicolás; María Federica (1886) y Severino (1893).

A los 10 años ingresó en el Instituto de Bilbao, donde enseñaba latín Miguel de Unamuno y con quien habría de reencontrarse en años posteriores de su vida. A punto de cumplir 15 años, terminó con sobresalientes el bachiller, habiendo complementado su formación con intereses tales como música, literatura, arte e idiomas. Formación humanista en la que sin dudad participó de manera importante su tío Severino, arquitecto con obras como el Casino de Bermeo, edificio de la Sociedad el Sitio y como mayor curiosidad en la materia que nos atañe, el Hospital Psiquiátrico de Bermeo.

Decidido a estudiar medicina, completó su formación preuniversitaria en un Gimnasium alemán en Wiesbaden. Con este objetivo, dejó

Bilbao en Octubre de 1885 en compañía de su padre, en pleno apogeo de la última epidemia de cólera del siglo en Vizcaya. Tras una breve estancia en París, queda alojado en la casa del director de la Orquesta de Wiesbaden, donde pasa los siguientes 16 meses, llegando a nuestro conocimiento todos los aspectos de su estancia por las frecuentes y regulares cartas a su madre.

Son meses de cierta soledad y dureza derivada de los estudios, solo interrumpidos por algunas distracciones como las visitas a la piscina de la casa de baños, patinaje sobre hielo en invierno y asistencia a conciertos y ópera. Según pasan los meses y mejora su dominio del alemán (llegó a hablar además inglés y francés), se va encontrando más cómodo y valora como más adecuada el tipo de formación que percibe está recibiendo frente a lo que le ofrecería su eventual vuelta a España para estudiar medicina.

Dejó Alemania en Marzo de 1897 y tras examinarse por libre del curso "selectivo" de ese año en la Universidad de Zaragoza, inicia el curso 97-98 en Madrid donde tiene además vínculos familiares. Ese primer curso le fue concedido el premio Martínez Molina por sus conocimientos anatómicos, igualmente y también por votación entre los alumnos, el siguiente año fue merecedor del premio Fourquet. Ese segundo curso asiste a las clases prácticas de Fisiología de José Gómez Ocaña, así como inicia el contacto con la histología de Santiago Ramón y Cajal. Inicia frecuentes visitas a casa de sus parientes Artajo, con cuya hija Lolita acabará casándose.

Su madre, le pone en contacto con Francisco



Giner de los Rios, fundador de la Institución Libre de Enseñanza, alternativa progresista, republicana y liberal frente al mediocre conservadurismo monárquico imperante. Fue Giner quien le presentó al socialista Simarro al conocer su interés por la histología. Descubridor de las placas seniles, simultáneamente al alemán Fischer, fue quien introdujo en España la nueva psicología experimental, así como la abrió a las corrientes psiquiátricas alemanas, principalmente la nosología de Kraepelin. En el laboratorio de Simarro empezó su carrera de investigador, completando de esta forma la pobre formación práctica oficial. La relación profesor alumno fue estrechándose de tal forma, que tras el fallecimiento de la esposa de Simarro, este invitó a Achúcarro, junto a otro insigne joven vinculado a la Institución Libre, Juan Ramón Jiménez, a vivir con él. Es en esta época cuando cristaliza su vocación histopatológica, montando un pequeño laboratorio en la buhardilla de su casa de Neguri, donde seguía investigando en sus períodos vacacionales.

Insatisfecho con el nivel de enseñanza recibido en España, el verano de 1899, decide proseguir sus estudios de medicina en Alemania, desplazándose a Marburgo junto a su hermano Juan Luis que acababa en esas fechas el bachiller, no sin antes disfrutar de una estancia en París con su tío Severino. Tras una temporada monótona y apacible, dedicado al estudio y disfrute musical junto a su hermano, este enferma para fallecer un año más tarde ya de vuelta en Bilbao, dejando en Nicolás el peso de la pérdida junto al temor al contagio tuberculoso. Ya de vuelta de Alemania, se examinó por libre en Madrid del tercer curso de Medicina, de igual forma que superó los restantes 3 cursos siguientes hasta su licenciatura en 1904. Su formación médica práctica y el contacto con el enfermo es buscado en el servicio de Medicina General del eminente profesor Madinaveitia, no dejando nunca de lado su interés por la histología del S.N.C. Lafora nos dice de aquella época: "En el laboratorio que entre Madinaveitia y Simarro fundaron...

Empezó a investigar la estructura fina del sistema nervioso de animales inferiores para pasar luego a estudiar las más complicadas del hombre... comprendimos enseguida los que allí asistimos que Achúcarro era un hombre de grandes esperanzas".

Terminada la carrera, marchó a París a completar su formación junto al brillante Pierre Marie, en la Salpêtrière. Es aquí donde conoció al alemán Lewandowsky y al italiano Catola, quienes influirán decisivamente en su trayectoria posterior. Durante este tiempo comienza a preparar una colección anatomopatológica de las enfermedades mentales, así como puede asistir a magistrales enseñanzas como las de Babinsky. Tras una breve vuelta a Bilbao, el verano de 1905, se desplaza esta vez a la Clínica de San Salvi, para trabajar con los famosos neuropsiquiatras florentinos Lúgaro y Tanzi. Desde aquí realiza diversas publicaciones en revistas alemanas, además de disfrutar del culto ambiente de la ciudad. Posteriormente se desplaza a Munich donde trabaja junto a Kraepelin y aprende de sus nuevas concepciones, además de seguir investigando en el laboratorio de Alzheimer sobre las lesiones nerviosas de la rabia, que igualmente son publicadas por revistas científicas germanas. En diciembre de 1906 presenta en Madrid la tesis doctoral "Contribución al estudio de la anatomía patológica de la rabia", mereciendo la calificación de sobresaliente.

Recomendado por Alzheimer con la siguiente presentación: "yo no puedo ir, pero les envío a un joven que, a pesar de su juventud, vale tanto como yo", fue aceptado para las tareas de dirección del laboratorio de Anatomía Patológica del macrohospital psiquiátrico de Washington. Embarcó en El Havre el 9 de Septiembre de 1908, asombrándose a su llegada del lujo imperante en el hospital y de la atención con que es recibido, siendo incluso invitado al año siguiente por el Presidente Roosevelt a una recepción en la Casa Blanca. Durante este tiempo se suceden algunas de sus publicaciones científicas sobre la histopatología del S.N.C., así como imparte diversas

conferencias. Tampoco aquí descuida sus aficiones artísticas, conociendo al pintor Sorolla con ocasión de una de sus exposiciones.

Relativamente pronto, parece anhelar la vuelta a casa, máxime al haber quedado Lola en Madrid, de quien se siente enamorado a pesar de ser primos carnales, aventajarle esta en edad y estar enferma con un reumatismo deformante que progresivamente le invalida, no contando tampoco con la aprobación de su familia. Dejó Estados Unidos en Agosto de 1909, pasando unos días en Bilbao antes de dirigirse a Madrid donde opositó a una plaza de Medicina del Hospital General que no consigue. Durante ese tiempo realizó frecuentes visitas a Lola, entrevistándose igualmente con Santiago Ramón y Cajal. Así como sigue de cerca la obra de Giner de los Ríos en la Institución Libre de Enseñanza. Durante el otoño, se desplaza junto a Teófilo Hernando a París, donde visitan diversos hospitales psiquiátricos, prosiguiendo viaje a Londres junto a otros dos médicos bilbaínos. En ese tiempo, tampoco puede presentar uno de sus trabajos en París, partiendo de nuevo hacia Estados Unidos a principios de Noviembre. Embarcó en Liverpool, donde había aprovechado para presentarse y conocer al padre de la moderna Fisiología, Sir Charles Scott Sherrington. Aquí le conceden una pensión para trabajar en su laboratorio, a la que renuncia desde América tras decidir concluir sus trabajos de investigación iniciados, preparar un nuevo director para el Instituto y regresar definitivamente a España.

Para su sucesión propuso a su amigo Gonzalo Lafora, asistente a la sala de Madinaveitia y al que conocía desde el laboratorio de la calle Oráa. Este se desplazó allí en Mayo de 1910, permitiendo que vuelva Achúcarro para instalarse en Madrid. Los meses posteriores dedica sus esfuerzos a consolidar su situación económica, lo que parece amenazar su carrera investigadora y docente: "el poco éxito en las cosas oficiales del laboratorio y del hospital, me tiene algo disgustado, y casi estoy pensando en dejar lo del laboratorio de Cajal (lo que

hizo finalmente), que me quita tiempo y de lo que no voy a sacar nada. Me parece que me voy a dedicar por entero a las cosas de la clínica y si alguna vez gano lo suficiente, entonces volveré a las cosas de experimentación; una ilusión que naturalmente me cuesta abandonar para siempre... Ahora, aunque pocos, tengo algunos enfermos y no se pueden perder, pues seguramente es lo único que yo puedo esperar. De las cosas oficiales no podré sacar nada...".

Progresivamente, en 1911, sus problemas económicos se van solucionando, habiendo decidido contraer matrimonio con Lola Artajo el 25 de Enero, sin la asistencia de sus padres. Le disgustan los trámites previos, especialmente los religiosos, contra los que, al parecer, abiertamente se pronuncia. Educado en un ambiente liberal, nunca desarrolló un espíritu religioso marcado, llegando a criticar en su adolescencia algunas de las imposiciones que percibe como derivadas de esta forma de entender el mundo, apareciendo luego en su edad adulta, al menos como agnóstico tolerante.

En el Hospital Provincial de Madrid se hace cargo de una sala, de donde Sacristán recuerda: "Sus enseñanzas fueron modelo de sencillez y de perspicacia clínica. No sólo nos enseñó neurología y psiquiatría, sino cómo hay que ser cordial y comprensivo con el enfermo". "Las autorizadísimas personas que han escrito sobre Achúcarro no se han detenido lo bastante, a juicio nuestro, sobre una de sus más sobresalientes actividades: el ejercicio de la psiquiatría". Desde esta sala, Achúcarro inició el camino de la psiquiatría moderna, habiendo deseado sin resultados crear una escuela que sirviera de base a los psiquiatras españoles. Incluso Kraepelin se sorprende al conocer que Achúcarro no era profesor de esta especialidad. En este sentido, podemos señalar que en 1912 fue invitado con Jung y otros psiquiatras americanos a dar una serie de cursos sobre enfermedades mentales en la Universidad de Forham (Nueva York), siendo nombrado Doctor Honoris Causa por



la Universidad de Yale. A su vuelta, con el apoyo de Cajal y el patrocinio de la Junta de Ampliación de Estudios, queda al cargo de un laboratorio donde se forman figuras como Rodríguez Lafora, Del Río Ortega, Sacristán, Gayarre, Fortún y otros. También la práctica de la Paidopsiquiatría fue parte de su actividad, siendo nombrado en 1914 Director Técnico del Patronato de Anormales. Anteriormente había propuesto, sin éxito, la enseñanza de esta disciplina en la Escuela de Magisterio.

En 1910, promovida por Francisco Giner, inició su andadura la llamada Residencia de Estudiantes, que tan meritorios frutos dio en el panorama científico-cultural de la época. Achúcarro colaboró en la creación de sus laboratorios, participando activamente en la vida académica y literaria de la institución, junto a figuras como Unamuno, Pío Baroja o Juan Ramón Jiménez. Con todos estableció un fuerte vínculo de amistad, a la vez que trató ocasionalmente al último de ellos de sus recidivantes temores hipocondríacos.

Los primeros síntomas de su fatal enfermedad aparecen en 1915, debiendo al año siguiente

abandonar algunas de sus actividades para retirarse durante un año al Asilo del Pardo junto a su mujer. En Julio de 1917, ya gravemente afectado, marcha a Neguri, junto a la buhardilla donde instaló el rudimentario laboratorio donde descubrió el procedimiento del tanino y del óxido de plata amoniacal en 1911. Si bien en un principio se pensó en la tuberculosis como posible origen de sus males, con el tiempo los síntomas se van diferenciando. Progresivamente queda parapléjico, sufre irresistibles picores y aparecen úlceras por decúbito. Será él mismo, quien leyendo un texto de patología médica, se autodiagnosticó la enfermedad de Hodgkin, al reconocer la descripción de sus propios síntomas.

Falleció el 23 de Abril de 1918, a los 37 años. El Dr. Areilza, con quien solía encontrarse en sus desplazamientos a Bilbao, dijo en su memoria: "Tuvo la muerte clemencia con nuestro querido amigo Achúcarro, al concluir con las miserias y penas de su cruel enfermedad".



Extractado fundamentalmente de "Vida y obra del doctor Achúcarro" de Manuel Vitoria. Ed. La Gran Enciclopedia Vasca. Bilbao, 1977.

ACTUALIZACION EN EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DEL TABAQUISMO

Jerónimo Melchor Garcia San Cornelio(*). Médico-psiquiatra
 Iñaki Mabe Angulo(**). Médico de Familia y Medicina Comunitaria

Se presentan los tratamientos farmacológicos más frecuentes, que han demostrado su utilidad en el abandono del tabaquismo, acompañando recomendaciones terapéuticas, efectos adversos, riesgos, etc.

En los últimos cuarenta años se ha demostrado de forma concluyente que el tabaquismo es la causa prevenible y evitable de una elevadísima morbi-mortalidad: el 87% de muertes por cáncer de pulmón y el 21% de muertes por cardiopatías son causadas por el hecho de fumar tabaco.¹ En 1992 en España se atribuyeron más de 46.000 muertes al tabaquismo, que equivalía Al 14'7% de la mortalidad total.²

Se explican estas cifras por la gran extensión de esta drogodependencia, el 32% de la población mayor de 16 años se define como fumadora;³ dependencia intensa que se demuestra por la rapidez de su instauración y por la aparición de un Síndrome de Abstinencia, cuando se intenta dejar de fumar.

La droga causante de esta dependencia es la nicotina que actúa estimulando el sistema de neurotransmisión dopaminérgico, preferentemente en el núcleo accumbens⁴ provocando un refuerzo gratificante positivo durante su consumo y un refuerzo negativo cuando se intenta dejar de fumar, por la aparición del Síndrome de Abstinencia Tabáquico (SAT): Querencia o deseo intenso de fumar, ansiedad, irritabilidad, dificultad en la atención y concentración, trastornos del sueño como insomnio y somnolencia, trastornos gastrointestinales, dispepsia, estreñimiento, irritación de garganta, aumento del apetito, disforia, tristeza,...⁵

Tratamiento farmacológico del tabaquismo:

Aproximadamente el 80% de los fumadores son capaces de dejar de fumar por sí solos, basta con proponerselo y decidirlo activamente; pero un 20% restante va a necesitar una ayuda especializada para abandonar la dependencia nicotínica.

Se han propuesto y utilizado múltiples tratamientos farmacológicos para ayudar a dejar de fumar⁶, buscando siempre mitigar la sintomatología de privación, con fármacos agonistas de los receptores nicotínicos ganglionares como la **lobelina**, bloqueadores de los mismos como la **mecamilamina**, reductores de la actividad noradrenérgica que aparece durante el SAT como la **clonidina**; psicofármacos reductores de la ansiedad como **benzodiazepinas** y **buspirona** y antidepresivos paliativos de la disforia durante la cesación, como la **doxepina**, **nortriptilina** y **moclobemida**. También se han utilizado aversivos del sabor y gusto por el tabaco como **compuestos argénticos** y **Anestésicos bucodentales**. La idea de que los opiáceos endógenos pudieran estar presentes en mecanismos de recompensa y refuerzo positivo de la nicotina, han llevado a la utilización en el tratamiento del tabaquismo de antagonistas opiáceos como **naloxonay naltrexona**. Como tratamientos paliativos de los efectos negativos del fumar tabaco,

se ha propugnado la utilización de antioxidantes como **vitamina C**, **vitamina A y E** y mitigadores de los efectos de los radicales libres como la N-acetilcisteína.⁷⁻¹⁴

La mayoría de estos tratamientos farmacológicos no son superiores al efecto placebo y no tienen una gran aplicación clínica en el tratamiento de la deshabituación tabáquica, formando parte de aquellos recursos terapéuticos que se deben conocer, para aplicarlos en función de características muy concretas de determinados fumadores.

Los tratamientos farmacológicos que sí han demostrado su utilidad en la cesación tabáquica son los **sustitutivos de nicotina** y el **bupropión-anfebutamona**.¹⁵

a).- Terapia sustitutiva con nicotina (TSN):

Los diversos TSN tienen como finalidad el disminuir la sintomatología del SAT: deseo de fumar o querencia (Craving), ansiedad, irritabilidad, disforia,...y no producir un refuerzo positivo o gratificación en su aplicación, al no alcanzar una inmediatez o rápida concentración plásmatica de nicotina liberada y evitar así la instauración de una nueva dependencia, bajo esta modalidad de dosificación de nicotina.¹⁶

La idea de su utilización en terapéutica se basa en el modelo de la metadona, en la desintoxicación de dependientes a opiáceos, "un clavo saca a otro clavo", con una reducción progresiva de dosis a lo largo de un periodo de tiempo variable, ajustado a cada fumador.

Siempre es aconsejable hacer el tratamiento farmacológico conjuntamente con un tratamiento psicológico: modificación de conducta, psicoterapia de apoyo, grupal....

Entre las modalidades de TSN se encuentran disponibles para la terapéutica:

- Chicles de nicotina
- Parches transdérmicos de nicotina
- Spray nasal de nicotina
- Inhalador nasal de nicotina
- Pastillas sublinguales de nicotina

Chicle de nicotina:

Es un compuesto de goma base o resina guar, en el que va vehiculizado la nicotina en dosis de 2 mgr. y 4 mgr. por chicle.

Se ioniza en pH básico, para facilitar su absorción por mucosa oral, que también lo presenta, a diferencia del pH ácido de los alveolos pulmonares. Es por esto que hay que evitar el consumo de bebidas carbonatadas (refrescos), té y café, al menos 10 minutos antes y durante el mascado de las piezas de chicle, porque estas bebidas acidifican la mucosa oral y dificultan e impiden la absorción correcta de la nicotina.

Cada chicle tiene una duración útil de 30-40 minutos si se mastica correctamente: 3 mordidas en cada hemimandíbula y dejar descansar, hasta un nuevo masticado al cabo de 2-3 minutos.

Se aconseja utilizar las piezas de 2 mgrs. en fumadores de menos de 20 cigarrillos/día, No sobrepasando los 25-30 chicles/día; y por un período mínimo de un mes y máximo de tres meses.¹⁷

Para aquellos fumadores de más de 20 cigarrillos/día se prescriben los chicles de 4 mgrs., no debiendo sobrepasar las 20 unidades diarias.

Nuestra experiencia nos indica que no suele ser necesario más de 12 piezas diarias de las dos presentaciones.

Con la utilización del chicle de nicotina se pueden producir efectos adversos: irritación orofaríngea, aftas, dolor mandibular, dispepsia, flatulencia, náusea, activación de ulcus, cefalea, insomnio, palpitaciones. Síntomas que se superponen a algunos que aparecen durante el SAT. Son síntomas transitorios y soportables.¹⁸

Se ha descrito que casi un 10% de los usuarios de chicle de nicotina pueden desarrollar una dependencia al mismo, es por ello que no se aconseja la prescripción de chicles con sabores.

Parches de Nicotina

Es la presentación de elección en la TSN, por-

que facilita una concentración plasmática de nicotina adecuada, siendo muy sostenida y constante a lo largo de 24 horas, con lo que se reduce el SAT. Y se mitiga la querencia de fumar en las primeras horas de la mañana.¹⁹ Se comercializan en presentaciones de utilización durante 24 horas o 16 horas. Nuestra experiencia nos indica que el parche de 24 horas es más útil entre aquellos fumadores de predominio matinal y que utilizan el tabaco como estimulante o "arrancador" matutino. El parche de 16 horas es útil en aquellos fumadores que trabajan a turnos o relevos, porque facilitan su cumplimiento al ajustarse a su horario de actividad o vigilia y descanso.

La duración del tratamiento con parches oscila entre un mínimo de 6 semanas y un máximo de 12.²⁰

Ambas modalidades requieren un recambio diario y su colocación rotatoria en áreas cutáneas sin vello; procurando que sean las extremidades y evitando en general la localización en el tronco, para evitar secundarismos como edemas.

Los parches de nicotina de liberación sostenida durante 24 horas, se presentan en dosis de 21 mgrs., 14 mgrs. y 7 mgrs. que equivalen a 30, 20 y 10 cm² de superficie. Los parches de 16 horas se comercializan en dosis de 15 mgrs., 10 y 5 mgrs., con idénticas superficies. Los parches transdérmicos de nicotina pueden producir efectos secundarios adversos: irritación local, eritema, prurito, flictenas, edema locoregional. Estas complicaciones pueden obligar a un 5% de los usuarios a suspender el tratamiento. También se suele presentar: insomnio, cefaleas...²¹

Está desaconsejado el fumar mientras se utilizan parches de nicotina, porque se multiplica el riesgo de presentar efectos secundarios indeseables.

Spray nasal de nicotina:

Es una presentación de TSN, que busca paliar el ansia o querencia (Craving), por la necesidad de nicotina; buscando con esta vía de absorción el alcanzar una rápida elevación de

la concentración plasmática de nicotina: 15 microgramos/l. a los cinco minutos, niveles parecidos al fumar.²²

Se aplica en instilación- pulverización nasal, en dosis de 0,5 mgrs. de nicotina por fosa nasal, en total 1 mgr. por toma. Se autoadministra a demanda, no debiendo sobrepasar los 5 mgrs. en una hora y nunca más de 40 mgrs. /día, que equivale a decir 5 tomas y 40 tomas respectivamente.

Esta modalidad puede producir desagradables efectos indeseados: congestión, obstrucción nasal, rinitis, picor, irritación de mucosas nasal y orofaríngea, estornudos, tos, conjuntivitis, lagrimeo,...²³

Cerca de un 30% de los pacientes pueden generar una dependencia al spray, dadas su características farmacocinéticas tras su dosificación.

b).- Bupropión/Anfebutamona:

Es un fármaco desarrollado inicialmente como antidepresivo, pero orientado básicamente en la actualidad como tratamiento no nicotínico para dejar de fumar, debido a su capacidad de disminuir la querencia (Craving) por fumar, al estimular el núcleo accumbens y facilitar la liberación de dopamina, que actúa como gratificante y reducir a su vez el SAT por la inhibición de la actividad noradrenérgica.²⁴

Su acción antidepresiva resulta útil en pacientes con trastorno del ánimo de tipo depresivo y su acción mitigadora del apetito y de las ganas de comer, con una menor elevación del peso, lo hacen muy atractivo como fármaco útil para dejar de fumar.

Se utiliza en una dosis inicial de 150 mgrs., en una única toma matutina, para pasar a los 4 días a tomar 300 mgrs. repartidos en 2 dosis: desayuno y comida. Es aconsejable no retrasar la toma de la comida para evitar la aparición de insomnio.²⁵

Se debe dejar de fumar totalmente, a los siete días de iniciado el tratamiento, y se mantiene el tratamiento otras siete semanas más; es

decir la duración total del mismo es de dos meses. Este periodo de tiempo puede prolongarse si se cree necesario.

Se han descrito la aparición de efectos adversos frecuentes durante su utilización como: insomnio, sequedad de boca, cefalea, temblor, rash cutáneo, sudoración, rinitis, mareo, tensión o ansiedad, náuseas y vómitos, artralgias y mialgias, dolor torácico, convulsiones,...²⁶ Está especialmente contraindicado en fumadores con antecedentes convulsivos, y en trastornos alimentarios como anorexia y bulimia, así como en pacientes con trastorno bipolar (ciclotimia, maníaco-depresivos), en aquellos que están tomando IMAO, en embarazo y lactancia. En pacientes que tomen levodopa se pueden potenciar los efectos adversos de ésta: inquietud, excitación, temblores, náuseas.²⁷

La efectividad del bupropión aumenta cuando el fumador recibe una ayuda psicológica complementaria, al igual que sucede con la TSN. El bupropión se puede asociar a otros tratamientos de TSN, elevándose así su eficacia y efectividad.²⁸

Son muchos los tratamientos farmacológicos posibles, de eficacia probada. Con limitaciones pero también un accesible recurso para quienes opten por el abandono del consumo habitual de tabaco.

(*)Unidad de Drogodependencias Bilbao- Abando. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. C/ Novia Salcedo 9 Ent., 48012- Bilbao. Tfno.:94.427 33 66

(**)Centro de Salud. Algorta. Getxo. Osakidetza- Servicio Vasco de Salud. Tfno.: 94.600 71 01

BIBLIOGRAFIA:

- Solano Reina, Jimenez Ruiz CA. Historia Clínica del Tabaquismo: Prev Tabaquismo. 2000; 2(1):35-44
- González Enriquez J, Villar Alvarez F, Banegas Banegas JR. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en quince años. Med.Clin. (Barc.) 1997; 109:597-611
- Tabaco Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999.
- Pontiere FE, Tanda G, Orzi F, Di Chiara G. Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity to those of addictive drugs. Nature 1996; 382:255-57
- DSM iv. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson 1998.
- Prochazka AV. New developments in smoking cessation. Chest 2000; 117 (4 suppl.1) 169S-175S.
- Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev.2000. (2): CD 000124
- Tennant Jr. FS, Tarver AL. Withdrawal from nicotine dependence using mecamylamine. NIDA research Monogr. 1985; 55:291-7
- Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. Cochrane Database Syst.Rev.2000; (2). CD 000191
- Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Naltrexone's effects on short-term and long-term smoking cessation. Addictive Dis 1999; 18:31-40.
- Schneider NG, Olmstead RE, Steinberg C. Efficacy of bupropion in smoking cessation: a placebo-controlled trial.Clin Pharmacol. Ther. 1996; 60:568-75.
- Edwards NB, Murphy JK, Downs AD et al. Doxepine as an adjunct smoking cessation a double-blind pilot study. Am J. Psychiatry 1989; 146:373-6
- Hall SM; Reus VI, Muñoz F, Sees KL et al. Nortriptyline and cognitive-behavioral therapy for the treatment of cigarette smoking. Arch. Gen. Psychiatry 1998; 55:683-90
- Covey LS, Glassman AH: A meta-analysis of double-blind placebo-controlled trials of clonidine for smoking cessation. British Journal of addiction 1991; 86, 991-98.
- Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, Shiffman S. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. JAMA 1999; 281: 72-76.
- Sneider MG. Nicotine therapy in smoking cessation pharmacokinetic considerations.Clin Pharmacokinet 1992; 23: 169-172.
- Fagerstrom KO. Efficacy of nicotine chewing-gum: a review; in Pomerleau OC and Pomerleau CS. Nicotine replacement in the treatment of smoking: a critical evaluation. 1988. New York. Alan R.
- Hughes JR, Miller SA. Nicotine gum to help stop smoking. JAMA; 1984; 252, 2855-58.
- Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Hurt RD, Offord KP, Croghan IT. The effectiveness of nicotine patch for smoking cessation: A meta-analysis. JAMA 1995; 263: 2760-5.
- Palmer KJ, Buckley M, Faulds D. Transdermal nicotine: a review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic use as an aid to smoking cessation. Drug.1992; 44: 498-529.
- Hughes JR, Glaser M. Transdermal nicotine for smoking cessation. 1993; Health Values; 17: 24-31.
- Hjalmarson A, Franzon M, Westin A, Wicklund O. Effect of nicotine nasal spray on smoking cessation. A randomized, placebo-controlled, double-blind study. Arch Intern Med. 1994; 154: 2567-72.
- Jiménez Ruíz CA, Florez Martín S, Ramos Pineda A, Lorza JJ, et Al. Nasal nicotine spray in smoking cessation, results of a multicenter study. Arch Bronchoneumol 1999; 35 (11): 535-538
- Hurt RD, Sachs DPL, Globler AD, et Al. A comparison of sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med 1997; 337: 1195-1202.
- Shiffman S, Johnston JA, Khayrallah M, Elash CA et Al; The effect of Bupropion on nicotine craving and withdrawal. Psychopharmacology 2000; 148 (1): 33-40.
- Holm KJ, Spencer CM. Bupropión. A review of its use in the management of smoking cessation. Drugs 2000; 59 (4): 1007-24.
- Sampablo Lauro I. Bupropión: Primera terapia sin nicotina para dejar de fumar. Prev.Tabaquismo. 2000; 2 (1):32-34.
- Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR et Al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation.

Joseba Zalakain Coordinador del CDD/ DDZ, Centro Documentación Drogodependencias.
C/Reina Regente. Donostia-San Sebastian. siis@sarenet.es

“Los programas de mantenimiento con metadona en la comunidad autónoma del País Vasco”. Autores: I.Markez; I.Iraurgi; M.Póo y otros (2000). Edita: Consejo de Colegios Farmacéuticos de Euskadi. Bilbao, pp 142.

Los programas de mantenimiento con metadona (PMM) se han desarrollado y difundido rápidamente en el País Vasco desde su implantación en 1992. La epidemia de SIDA y la problemática social asociada a la ilegalidad de la heroína, junto al fracaso de las políticas anteriores, con las consiguientes limitaciones en las posibilidades de tratamiento, han sido causa de la rápida aceptación de estos programas entre los ciudadanos y las autoridades sanitarias dentro de una política general de reducción de riesgos. Entre las ventajas de esta rápida difusión de los PMM cabe destacar su accesibilidad: hasta el momento presente han iniciado tratamiento con metadona más de 4.000 adictos en el País Vasco. Entre las desventajas, destaca que la rápida puesta en marcha de estos programas no se ha visto acompañada de un modelo asistencial integral, que atiende no sólo la drogodependencia, sino también la salud física y mental, así como la situación socioeconómica de las personas que participan en los tratamientos.

Para los promotores de este estudio, Los programas de mantenimiento con metadona en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Consejo de Colegios Farmacéuticos de Euskadi, Bilbao, pp. 141, 2000], evaluar y reflexionar sobre los Programas de Mantenimiento con Metadona en el País Vasco, tras casi una década de funcionamiento, resulta obligado si se pretende ratificar su eficacia y seguridad. Efectivamente, el importante desarrollo del programa tanto en el ámbito ambulatorio como, a partir de 1996, desde las oficinas de farmacia obliga al análisis de los diferentes modos de dispensación y del programa de tratamiento en su conjunto.

La evaluación realizada se basa en un estudio descriptivo, observacional y transversal que, mediante diversos cuestionarios, pretende valorar los programas de metadona en el País Vasco. Más concretamente, el trabajo de Markez, Iraurgi, Póo y colaboradores persigue conocer la evolución de las personas admitidas en el programa de mantenimiento con metadona en farmacias y en el medio ambulatorio, así como determinar qué características de los pacientes y de los programas están asociados a la continuidad en el tratamiento. Por otro lado, y de cara a alcanzar un mayor conocimiento del modelo asistencial aplicado en este campo en el País Vasco, se ha pretendido conocer determinados aspectos sobre la calidad de vida de los pacientes y el grado de satisfacción, tanto de los usuarios como de los farmacéuticos, hacia el dispositivo.

Para ello se seleccionó una muestra de 519 pacientes, el 45% de las cuales recibe sus dosis de metadona en las 172 farmacias que participan en el programa en la CAPV y el 55% restante a través de la red de Osakidetza o en centros concertados. Se interrogó a los pacientes sobre aspectos sociodemográficos y clínicos, historial de consumo de sustancias, aspectos sociales, legales y judiciales, hábitos y estilos de vida, y satisfacción con el PMM, al tiempo que respondían a varios cuestionarios sobre su estado de salud y la severidad de su adicción. Paralelamente, se envió un cuestionario a las farmacias que participan en el programa, cuestionario al que respondieron 136 establecimientos.

Las conclusiones del estudio indican que el perfil de usuario de los PMM es muy similar al referenciado en otros informes similares. Así, el perfil básico del usuario de un PMM de la CAPV



sería, prioritariamente, el de un hombre, soltero, con edad próxima a los 30-35 años, en convivencia con la familia de origen y con escasa actividad laboral. Se trata de una persona que se inició hacia los 18 años en el mundo de las drogas, con una larga trayectoria de consumo durante la cual se ha visto inmerso en tratamientos múltiples, uso de la vía intravenosa y utilización simultánea de diversas sustancias. El tiempo medio de permanencia en el PMM es considerable, en tomo a los dos años y nueve meses, y la dosis media de dispensación de metadona es de 64 mg/día (Rango: de 5 a 170 mg/día). Los datos indican también que su situación orgánica y penal está seriamente comprometida.

Mayor autonomía económica

Este perfil se mantiene básicamente invariable respecto al informes previos realizados por los mismos autores. Existen sin embargo diferencias que indicarían un mayor grado de autonomía familiar y económica entre los usuarios actuales. Se percibe, en ese sentido, una mayor proporción de sujetos con familia propia, es decir, con independencia de su familia de origen, y una mayor proporción de sujetos activos o con recursos económicos. Se ha observado también, en relación al informe previo, elaborado en 1997, una menor prevalencia de casos con infección por VIH. La explicación a esta reducción, con toda probabilidad, se debe a la priorización en la entrada a los PMMs de los sujetos con mayor situación de deterioro en los primeros años de existencia del Programa. La reducción de listas de espera ha permitido, posteriormente, el acceso de un gran contingente de usuarios, reduciéndose así la prevalencia del 'perfil de cronicidad' inicial. Como en informes similares, el análisis del estado de salud a través del Cuestionario de Salud, ha mostrado una situación física y emocional de los usuarios de los PMMs más precaria que la reflejada por la población general. En este ámbito, las dimensiones más alteradas son las referidas a la salud mental, a la vitalidad y a la percepción de salud. Efectivamente, los resultados parecen apuntar una situación somática menos alterada que la emocional: una posible explicación de esta diferencia es quizá, apuntan los redactores del estudio, que los PMMs están eminentemente orientados a obtener la estabilidad física de sus usuarios, distrayendo en mayor medida el componente emocional del trastorno. En ese sentido, es una observación compartida entre los profesionales en toxicomanías que los PMMs se dedican más a dispensar que a tratar. En líneas generales, la opinión de los usuarios respecto a los resultados del programa es positiva. La valoración referida por los sujetos entrevistados respecto a los logros obtenidos tras su ingreso en el PMM refleja importantes cambios en distintas áreas:

- Reducción del consumo de opiáceos: en tomo a seis de cada diez sujetos ha abandonado el consumo de heroína.
- Reducción del consumo de otras sustancias.
- Reducción de la delictividad y del número de detenciones.
- Reducción de las conductas de riesgo: aproximadamente cuatro de cada diez sujetos que mantienen el consumo de heroína han cambiado la vía de administración dejando de inyectarse, sin embargo entre los que mantienen el consumo la prevalencia de conductas de riesgo (compartir jeringuillas o prestarlas) es aun notoria (21%).
- Mejoría de las relaciones sociofamiliares y laborales.
- Incremento de la asistencia a recursos sociosanitarios.
- Mejoría de la calidad de vida percibida.

Asimismo, los usuarios entrevistados se muestran muy satisfechos con los PMMs y con los profesionales que les atienden. No obstante, se evidencia también la aparición de fenómenos que

merman la efectividad de los PMMs, referidos al incremento de otras sustancias de uso/abuso, sobre todo el alcohol, la cocaína y las benzodiazepinas.

El análisis de los factores asociados al uso de sustancias durante el PMM ha permitido además detectar un conjunto de variables que, según sus redactores, habría que tener en especial consideración para adecuar mejor el tratamiento. En ese sentido, cabe señalar que los predictores de consumo de heroína que se expresan de forma más relevante durante el PMM son el consumo de cocaína y el nivel de severidad de la adicción. A este respecto, los investigadores señalan que la utilización de la escala SDS permitiría detectar a sujetos con mayor probabilidad de no adecuarse bien al programa y ofrecerles, mediante medidas más personalizadas o programas más específicos, recursos para evitar el fracaso terapéutico.

Entre los factores asociados a un adecuado cumplimiento con el PMMs se hallan el tiempo de permanencia en el tratamiento, y el grado de satisfacción con el programa y con los profesionales responsables de la atención. No obstante, las características del estudio no permiten diferenciar si el grado de satisfacción con el programa es causa de una mejor adecuación, es decir, mantenimiento de la abstinencia a heroína, o es esta situación de abstinencia la que comporta un mayor grado de satisfacción. El análisis de las variables asociadas a las conductas de riesgo presenta la situación de seropositividad a VIH como el principal factor protector. Este hallazgo, advierten los redactores del estudio, no ha de ser mal interpretado: no quiere decir que ser VIH positivo prevenga las conductas de riesgo, sino que los sujetos infectados por VIH han tomado conciencia de su situación y toman medidas preventivas para no infectar a otros. Esto, indudablemente, es un logro de las políticas de prevención y salud pública que han calado e implicado a los colectivos afectados. Sin embargo, aunque haya disminuido, sigue siendo alta la prevalencia de prácticas de riesgo entre los usuarios del programa, por lo que son necesarias estrategias adicionales, tanto para reducir el hábito de compartir jeringuillas como para la práctica de un sexo más seguro.

Desarrollo de la dispensación de metadona en farmacias

Según los redactores del estudio, al cabo de tres años de ejecución del programa de dispensación de metadona en farmacias, puede afirmarse que se ha producido una integración de las actividades propias del mismo en la práctica diaria de la farmacia. En la mayoría de los casos la dispensación de la sustancia se lleva a cabo en zonas con un nivel de confidencialidad adecuado, como la rebotica, el laboratorio o el despacho. En el resto, aunque la dispensación se realice en el mostrador, por situaciones particulares de las farmacias o de los usuarios, se pueden mantener las condiciones adecuadas de privacidad debido al horario pactado, en momentos de escasa asistencia de público. Por ello, el resto de los clientes que acuden a la farmacia desconoce en su mayoría el desarrollo del programa. Aquellos que lo conocen se manifiestan favorables al mismo, si bien en algunos casos se produjo una reacción inicial desfavorable, debida sin duda al rechazo que producen en muchas personas los temas relacionados con las toxicomanías. En cualquier caso, señala el estudio, una vez que el farmacéutico informa sobre el programa y los objetivos que con él se pretenden alcanzar, la reacción es siempre favorable.

El tiempo medio empleado en la dispensación por usuario ha disminuido prácticamente a la mitad. En ello influye el tiempo que el paciente lleva incluido en el programa en la misma oficina de farmacia. Como era previsible, en los primeros meses se van estableciendo las relaciones profesional sanitario-usuario y se van comentando las expectativas del paciente, sus problemas de salud e incluso sus inquietudes personales, por lo que se dedica bastante tiempo al paciente. Paulatinamente se van agotando los temas no tratados y sólo esporádicamente surgen



otros nuevos, lo que supone una disminución del tiempo dedicado a la dispensación. Por otro lado, y con relación a la evaluación realizada en 1997, ha disminuido el porcentaje de farmacéuticos que refieren haber apreciado mejoría en los usuarios. Puede ello deberse a que en el primer año del programa los cambios en los usuarios son más evidentes y posteriormente, aunque no se produzca un retroceso, es más difícil apreciar su evolución.

El estudio añade que han aumentado de forma considerable los usuarios que reciben dosis "para llevar" y que, por tanto, van a la farmacia con menor frecuencia: una, dos o tres veces por semana. Eso se debe fundamentalmente a dos causas: la estabilización de la mayoría de los pacientes, que puede responsabilizarse de tener en casa varias dosis o que, al haber encontrado un trabajo, tienen más dificultades para acudir diariamente a la farmacia. En otros casos, se encuentran enfermos y debe ser un familiar el que acuda a la farmacia y se responsabilice de la administración del tratamiento.

La mayoría de los farmacéuticos, concluye el informe, tiene una opinión positiva del programa y refiere un alto grado de comunicación y un buen nivel de confidencialidad con sus usuarios. Tiene especial relevancia el hecho de que se produzca esta circunstancia precisamente en uno de los colectivos de pacientes con mayores dificultades de comunicación y al que se veía en general como problemático y difícilmente accesible. Cabe señalar, finalmente, que a lo largo de estos tres años se han producido situaciones negativas en menos de un tercio de las farmacias, dado que no pueden considerarse como tales las faltas de asistencia. En aquellas farmacias donde han ocurrido, no son habituales sino esporádicas; las más graves –conductas agresivas y robos–, sólo han afectado a cinco farmacias.

Mónica Póo

"El País Vasco ante las drogas". Amando Vega. Gakoa Liburuak, 2000. Pág: 300

No poca ha sido la polémica suscitada por la publicación de este libro, en el que Amando Vega, catedrático de educación especial de la UPV, pretende ofrecer una perspectiva general de la educación sobre drogas en el ámbito escolar vasco.

El autor nos ofrece una visión del pasado y la situación actual. La educación para la salud aparece como el marco de actuación más adecuado en todo lo referente a las drogas y, en líneas generales se asume la "transversalidad" como línea de actuación en la escuela a la hora de considerar la educación sobre las drogas en los centros escolares este trabajo pretende analizar la práctica escolar.

Se han utilizado diferentes recursos metodológicos con dos enfoques complementarios: el cualitativo y el cuantitativo. Para el estudio cualitativo se utilizó la entrevista y para el estudio cuantitativo, los cuestionarios. Se utilizó una muestra de profesores como de técnicos relacionados con la educación sobre drogas en los centros escolares pertenece a Guipúzcoa. En esta muestra se procuró representación tanto de población urbana como semiurbana, con un equilibrio entre centros públicos y privados y la pertenecía a diferentes estratos socioeconómicos.

Para las entrevistas se llevó a cabo la siguiente muestra con tres estratos:

- Profesores : Primaria(5), Secundaria obligatoria (5)

- Responsables en apoyos externos (3), Responsables en instituciones y asociaciones no escolares: Unidades municipales (3), Asociaciones (3)

Tras una primera descripción de los resultados y sobre la base del Análisis de Componentes Principales, se procedió a agruparlos con el fin de generar constructos.

Los resultados no parecen muy optimistas por lo que a la práctica educativa se refiere. Hay que reconocer que mucho se ha progresado en la educación sobre las drogas, en presupuestos, en materiales, en equipos de trabajo, etc. Pero también es posible que los planes y proyectos dejen mucho que desear en la práctica escolar, sobre todo, si partimos de la "normalización" asumida por ley, que, en el caso de las escuelas, pide la integración de la cuestión de las drogas en el proyecto educativo de los centros:

1.- Urge una profunda reflexión en los centros educativos, por una parte, para comprender en su justo alcance la problemática de las drogas en su relación con la escuela y, por otra, para delimitar tanto su compromiso como las posibilidades de acción educativa.

2.- Los planteamientos actuales de la escuela, tanto didácticos como organizativos, permiten diferentes posibilidades o líneas de acción educativa ante la cuestión de las drogas, que van desde la educación la educación especial hasta las transversales, con el protagonismo de la educación para la salud. La educación sobre drogas no es otra cosa que la educación para la vida, por lo que la cuestión de las drogas se convierte en un elemento más de innovación educativa.

3.- Para una respuesta coherente en los centros escolares, el proyecto educativo del centro se ha de convertir en eje de la reflexión y de la acción en todo lo relacionado con las drogas, de forma que sirva tanto para unificar criterios de actuación como coordinar recursos humanos y materiales propios de la comunidad educativa y de la comunidad más amplia (barrio, municipio, etc.)

4.- Conviene prestar una especial atención a los materiales didácticos, dado el protagonismo que suelen tener en el tinglado de las drogas. Sin despreciar la búsqueda de materiales bien diseñados, etc., los materiales son recursos que los profesores han de saber utilizar de acuerdo, no sólo con las necesidades de los alumnos, sino también con sus intereses, sin olvidar el estilo didáctico de cada profesor ni la "cultura" existente en la escuela. Nunca se puede considerar un material didáctico como la solución mágica a la problemática de las drogas.

5.- La prevención escolar conviene que se desarrolle de acuerdo con las estructuras del sistema educativo, de forma que se integra tanto al proyecto educativo como al proyecto curricular de etapa y se desarrolle en todas las etapas educativas.

6.- En relación con los valores habrá que llegar a una reflexión más profunda para ver las implicaciones de cada uno de ellos a la hora de plantear cualquier acción didáctica. Valores como libertad, independencia, solidaridad, participación constituyen hoy un reto para la práctica educativa, si de verdad se pretende hacer educación, es decir, apoyar el pleno desarrollo de las personas.

7.- Habrá que superar el modelo de la improvisación. Se trata de una tarea colaborativa en la que se han de tener en cuenta los criterios de todos los miembros de la comunidad educativa y de la comunidad más amplia. La estructura organizativa ha de considerarse no como algo estable, predecible e ideal para convertirse en una situación de proceso que se asiente en la existencia del conflicto.



8.- La organización escolar tiene en el caso de las drogas un sentido mediador en los centros y servicios comprometidos con la prevención, para lo que se necesita el "diseño de estrategia". En este sentido, los centros educativos pueden proporcionar una mejor coordinación de los programas y servicios destinados a los alumnos y a sus familias para dar una respuesta más completa a sus necesidades.

9.- Se trata no sólo de que cada centro educativo implemente un programa coordinado sobre los servicios escolares y comunitarios disponibles para su alumnado sino que también cada sistema escolar local debe proporcionar un mecanismo por el cual los alumnos puedan obtener información sobre los servicios proporcionados por las distintas instituciones.

10. - Servicios municipales, asociaciones y escuelas no son precisamente mundos parejos a la hora de poner a trabajar conjuntamente. Razón por la que conviene un análisis profundo de la experiencia realizada hasta ahora para orientar las acciones educativas futuras.

Se trata de una primera aproximación a un proceso complejo, rico en compromiso y experiencias, con la pretensión de que sirva de apoyo a la respuesta educativa ante las necesidades planteadas por el fenómeno de las drogas.

Dr. R. González-Pinto Arrillaga

“¿Rivalidad edípica o cooperación intergeneracional?. Del Edipo de Freud al Ulises de Kohut.”.
Luis J. Juri y Luis Ferrari. Revista de Psicoanálisis. Julio 2000. nº5 www.aperturas.es

Luis J. Juri y Luis Ferrari, psicoanalistas, Miembros Titulares de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires publican en Revista de Psicoanálisis una reflexión sobre el complejo de Edipo basándose en el pensamiento de Kohut. Kohut cree que la esencia de la experiencia humana no se encuentra en el conflicto biológicamente inevitable entre generaciones sino en la continuidad intergeneracional a través de un proceso de colaboración recíprocamente construida.

Los autores dividen el artículo en cinco partes:

- 1.- acerca de: “Introspection, empathy and the semicircle of mental health”. De Heinz Kohut.
- 2.- Ubicación del trabajo dentro de la obra de Kohut.
- 3.- El mito de Edipo (Freud) y el mito de Ulises (Kohut).
- 4.- La empatía.
- 5.- Articulación con otras teorizaciones: Heinz Kohut y John Bowlby.

Tras repasar el artículo a Kohut al que se hace alusión: “Introspection, empathy and the semicircle of mental health” y ubicar éste dentro de su obra, los autores revisan el mito de Edipo (Freud) y el mito de Ulises (Kohut) y dicen: “¿Nos ha hechizado Freud con la metáfora de Edipo?. Algo parecido supone Kohut en “Introspection, empathy and the semicircle of mental health”, refiriéndose a la “magia” de Freud, quien habría utilizado genialmente el relato de Sofocles para ilustrar sus ideas sobre la sexualidad humana y los vínculos intergeneracionales: Kohut alude a la gran habilidad de Freud de mitologizar los conceptos claves de su sistema científico e implantarlo firmemente en la mente de sus seguidores.



INFORME SOBRE SALUD MENTAL

Entregado a la Sra. Ministra de Sanidad con ocasión de la entrevista con una representación de la Junta Directiva de la A.E.N..

1) La atención a la salud mental:

La reforma psiquiátrica en España se inició formalmente a raíz de la promulgación en 1986 de la Ley General de Sanidad, que reconoció la asistencia psiquiátrica como una prestación más del Sistema Sanitario y que marcaba las líneas generales para su adecuada inclusión en el mismo. Se proporcionó así un marco legislativo que permitiría el desarrollo de las recomendaciones formuladas poco tiempo antes (en 1985), en el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. A día de hoy, transcurridos 15 años, reconocemos que se han producido avances importantes, pero también importantes insuficiencias en la extensión y calidad de los servicios de salud mental, aún en franca inferioridad con el desarrollo y calidad del resto de servicios de salud, y con el nivel global que nuestra sociedad demanda.

En consonancia con el informe emitido con ocasión de la entrevista que mantuvimos en su día (marzo 1998) con su predecesor en el cargo, Excmo. Sr. D. J M Romay Becarías, le presentamos una síntesis de la perspectiva con la que vemos desde la AEN-Profesionales de Salud Mental la situación actual de la atención a la salud mental en España:

Mantenemos, como entonces, que uno de los logros más importantes es la integración de la atención psiquiátrica y de la salud mental en

el Sistema Nacional de Salud. Su efecto principal es el reconocimiento del derecho de los pacientes, por su condición de ciudadanos, a acceder a los servicios de salud mental de carácter público, universal y gratuito. Y mantenemos también, como entonces, la opinión de que otro de los aspectos más significativos de los cambios producidos es la emergencia de una nueva cultura asistencial, caracterizada por el desplazamiento del centro de la atención desde el hospital psiquiátrico/manicomio a la comunidad.

La experiencia de estos años demuestra que allí donde se han desarrollado redes asistenciales – que incluyen desde los programas ambulatorios en los centros de salud mental, hasta programas de hospitalización, total o parcial, programas de rehabilitación o de apoyo comunitario, por citar algunos de los más significativos – la evolución clínica de los pacientes, y la calidad de vida propia y de los familiares, es muchísimo mejor que cuando eran atendidos en las antiguas instituciones.

Ante esta evidencia, la lentitud de los cambios, o el estancamiento en que se encuentra el desarrollo de servicios de salud mental en muchas áreas sanitarias, resulta absolutamente inadmisibles.

También en el mencionado informe de 1998 señalábamos como los más significativos, entre los problemas, insuficiencias y cuestio-



nes pendientes, los siguientes aspectos, que siguen hoy en día teniendo la misma actualidad:

a) La gran desigualdad en el desarrollo y calidad de servicios de salud mental entre comunidades autónomas, e incluso entre áreas sanitarias de una misma comunidad o de una misma provincia.

b) La gran precariedad en el desarrollo de redes de cuidados intermedios, especialmente en cuanto se refiere a las alternativas residenciales y laborales para pacientes mentales crónicos con cierto grado de discapacidad o de minusvalía.

c) La dotación, también muy precaria, de programas de salud mental para niños y adolescentes – tanto en cuanto a dispositivos ambulatorios como a hospitales de día o a posibilidades de tratamiento hospitalario de los casos que lo requieren. La puesta en marcha de la Ley de Responsabilidad Penal del Menor que cuenta con recursos insuficientes, pensamos que vendrá a mostrar aun más estas insuficiencias.

d) Respuesta asistencial inadecuada, salvo excepciones, a los pacientes que padecen simultáneamente trastornos mentales y dependencia a sustancias. E inadecuada respuesta asistencial también para los problemas psiquiátricos, cada vez más prevalentes.

e) Otro grupo poblacional que padece los efectos de la insuficiencia de la red asistencial es el de los pacientes psiquiátricos en las prisiones, cuya recuperación e inserción social está enormemente dificultada por diversos factores; entre otros, también por factores derivados de mala organización asistencial. La escisión entre la red sanitaria penitenciaria y la de la población general hace muy difícil mantener la continuidad de cuidados.

Hoy persisten, si cabe con más intensidad que

hace dos años, los riesgos de exclusión social para muchos pacientes graves, para quienes no se hace efectivo el derecho a la vivienda ni al trabajo. También persiste la sobrecarga (emocional y material) que significa para muchas familias el cuidado de su familiar enfermo, sin apenas opciones de atención domiciliaria. Y, también hoy con más intensidad que hace dos años, los servicios de salud mental se muestran insuficientes para responder adecuadamente a las necesidades que demanda la población (las necesidades de atención a problemas de salud mental en nuestra sociedad mercantilizada, competitiva y poco solidaria, están creciendo más deprisa que la capacidad de los servicios públicos para responder adecuadamente a las mismas). El resultado es que los pacientes con menos recursos (económicos

y psicosociales) corren el riesgo de no ser atendidos, de cronificación, o de pasar a engrosar las bolsas de marginación o de franca exclusión, de las que les resultará prácticamente imposible salir.

2) La formación especializada

En cuanto a los programas de formación de especialistas, reconocemos el importante paso dado al poner en marcha los programas de formación de "Enfermería de Salud Mental", si bien las plazas actualmente disponibles son muy escasas.

En cuanto a los programas MIR de psiquiatría, y PIR de Psicología Clínica, los problemas principales tienen que ver, por una parte con las dificultades de muchas unidades docentes acreditadas para cumplir adecuadamente las responsabilidades formativas (escasa disponibilidad de tiempo para la supervisión de los residentes, y escasa formación en el área de las intervenciones psicosociales y en el trabajo comunitario, quedando buena parte de la formación teórica a expensas de las iniciativas de la industria farmacéutica). A

esto se suma la precariedad de la estructura docente en cuanto al funcionamiento de las Comisiones de Docencia y Comisiones Asesoras, estas últimas prácticamente inexistentes. Por otra parte, la figura y la función de los tutores apenas está reconocida, de modo que se mantiene a expensas del voluntarismo de éstos. Es éste un problema generalizado, que afecta a todas las especialidades. Es necesario reforzar esa figura e incentivar sus funciones.

3) El reconocimiento de experiencia y especialidad.

Queremos señalar las dificultades que afectan actualmente a los psicólogos en cuanto al reconocimiento de la especialidad de Psicología Clínica: A pesar de la publicación del Decreto de la Especialidad en Psicología Clínica en 1998, la tramitación de la Orden Ministerial que establece los procedimientos de aplicación de las disposiciones transitorias y que comenzó en marzo de 1999 sigue sin estar concluido y su marcha es muy lenta. Esto supone en la práctica la imposibilidad de

regular la situación de todos los psicólogos tanto de los Servicios de Salud de las Comunidades como de los que están en Insalud, con el consiguiente perjuicio tanto económico como profesional (imposibilidad de presentarse a oposiciones y no reconocimiento de su estatus como facultativos especialistas). A esto se suma la no clarificación, al menos de momento, por parte del Ministerio de la incorporación de la Comisión Nacional de la Especialidad en Psicología Clínica al Consejo Nacional de Especialidades como el resto de las Comisiones Nacionales.

Del mismo modo los profesionales de enfermería de salud mental tampoco tienen acceso (excepto la reducida vía EIR) al reconocimiento de su experiencia en la especialidad.

Ante los problemas señalados, y sabiendo que una buena parte de la responsabilidad de los asuntos de la salud está transferida, o en trance de ser transferida a las comunidades autónomas, desde la AEN instamos al Ministerio de Sanidad y Consumo a que asuma de forma decidida la responsabilidad que le corresponde en materia de salud mental, de modo que a través del Consejo Interterritorial o de las instituciones competentes se comprometa a definir objetivos y prioridades, y garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso a las prestaciones reconocidas por la Ley, con el nivel adecuado de calidad. Y ya que para responder a las necesidades de los pacientes es necesario coordinar actividades de varios departamentos ministeriales, le instamos a que establezca los acuerdos oportunos con aquellos departamentos que deban estar implicados (del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y de Justicia, y de cuantos otros pudieran corresponder).

Ya en el documento de 1998 antes aludido hacíamos referencia a la necesidad de este compromiso, y proponíamos "la constitución de una comisión o consejo asesor, contando con la participación de las asociaciones científicas y ciudadanas, que evalúe la situación actual y proponga las líneas directrices de un Plan Nacional de Salud Mental". Propuesta que no fue respondida por el Ministerio.

Hoy reiteramos la necesidad de que se considere de nuevo esa propuesta y que se convoque sin dilación a la Comisión de Seguimiento de la Reforma Psiquiátrica, actualmente inactiva desde hace años, para responder a la necesidad imperiosa de evitar el estancamiento, cuando no el deterioro de los servicios de salud mental, y de la salud mental de los ciudadanos.

Madrid, 29 de enero de 2001





DESPEDIDA DEL PRESIDENTE DE LA ACADEMIA VASCA DE CIENCIAS DE LA SALUD MENTAL

Estimados miembros de la Academia Vasca de Ciencias de la Salud Mental / Gogo Osasunaren Zientzietarako Erakundea:

Como sin duda conoceréis, la actividad de la Academia se ha visto mermada en el último año y medio, tras un período de dos años de intensa actividad. Los miembros de la Junta Directiva que hace 4 años adquirimos el compromiso de estrechar lazos entre profesionales y también con sectores e iniciativas comunitarias, hemos realizado durante un tiempo una intensa dedicación a la organización de actividades orientadas a la formación, el debate, la promoción de iniciativas y el mejor conocimiento de lo que acontecía en torno a la salud mental y la psiquiatría. Conferencias, mesas redondas y el desarrollo y estabilización de una revista especializada –GOZE- han ocupado nuestro tiempo.

Pero en los últimos tiempos nos hemos encontrado con algunas dificultades ya expuestas en la asamblea de marzo del presente año y esbozadas nuevas dificultades en la carta de convocatoria y en la asamblea del día 20 de Octubre en Bilbao. Me explicaré.

A las limitaciones para una adecuada dedicación a las tareas administrativas y organizativas de la actual Junta Directiva, con dificultades para la renovación de miembros que dinamizarán dichas tareas, o el cobro de cuotas por ejemplo, se ha sumado la aparición de la Sección de Psiquiatría de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, ocupando un

espacio profesional común. Espacio también compartido, al menos parcialmente, por la Asociación Vasca de Salud Mental (OME) y la Sociedad VascoNavarra de Psiquiatría.

Ante esta situación y tras varios intentos de renovación por parte de la Junta Directiva y no encontrando un grupo de personas dispuesto a responsabilizarse de la Academia en las actuales circunstancias, los miembros presentes en la asamblea hemos decidido la disolución de la Academia, cumpliendo adecuadamente con las normativas expresada según los estatutos vigentes.


No obstante, no es un final dominado por el desánimo. Más bien al contrario, ya que se han mantenido algunas personas con ánimo de aunar voluntades con otros compañeros y compañeras de la OME – Asociación de Salud Mental (integrada en la Asociación Española de Neuropsiquiatría) con quienes ya habíamos coincidido el último año tanto en la edición de la revista como en la organización de las Jornadas de Rehabilitación. Desde dicha asociación se nos ha ofrecido la posibilidad de ser cauce para algunas iniciativas en curso como es el caso de una mesa redonda a celebrarse en enero con la participación de filósofos y psicoanalistas y con el abordaje de la cuestión sociopolítica en nuestro país como telón de fondo. Así mismo, existe la pretensión de lograr una revista periódica que de continui-



dad a los logros alcanzados por GOZE, que durante casi cuatro años nos ha acercado a los debates, preocupaciones e investigaciones que por estas latitudes se desarrollan, sin olvidar la permanente sensibilidad comunitaria.

Quien desee su pertenencia organizada le invitamos a asociarse en OME (Osasun Mentalaren Elkartea) o en las demás asociaciones que apoyan a profesionales de la salud mental. Porque, insistiendo, esto no es una carta de despedida sino de invitación a conti-

nuar con mayor brío y mejores posibilidades organizativas, en otro marco que por su cercanía en estos últimos meses, no nos resulta extraño.

En este hasta luego, también es el momento de expresar mi agradecimiento en nombre de toda la Junta Directiva para quienes habéis participado de las actividades desarrolladas desde la Academia Vasca de Ciencias de la Salud Mental, durante estos cuatro años. 

Un cordial saludo,
Andoni Candina.

INFORME OME (OSASUN MENTALAREN ELKARTEA/ ASOCIACIÓN DE SALUD MENTAL). 1999-2000

Ander Retolaza

El 5 de Octubre de 2000, y en el marco de las III Jornadas de Rehabilitación en Psiquiatría, organizadas por el Hospital Psiquiátrico de Zamudio, la OME (Osasun Mentalaren Elkartea/Asociación de Salud Mental) que incluye socios de la AEN de las provincias de Alava, Navarra, Gipuzkoa y Bizkaia, celebró su asamblea anual con el siguiente orden del día:

- 1.-Resumen de actividades desde la última Asamblea. Planes de futuro. Proyecto de Sección de Rehabilitación.
- 2.- Propuesta de revisión de estatutos de OME-Euskadi a fin de incluir a los socios de Navarra en una misma asociación. Aprobación si procede de los mismos.
- 3.- Renovación y elección de la Junta. Propuesta de candidatura.
- 4.- Informe de tesorería. Situación económica de la Asociación.
- 5- Ruegos y preguntas.

Como resoluciones más importantes de esta asamblea se pueden citar las siguientes:

-Aprobar el nuevo nombre de la Asociación (OME/Osasun Mentalaren Elkartea / Asociación de Salud Mental), incluyendo en él a los territorios de Araba, Gipuzkoa, Nafarroa y Bizkaia.

-Aprobación de los correspondientes estatutos, que recogen esta variación y otros matices

menores.

-Mantener los estatutos y la denominación OME-Euskadi para su uso en el territorio de la Comunidad Autónoma Vasca.

-Mantener nuestra colaboración con la revista GOZE, que pasaría a ser órgano de la OME en caso de disolución de la Academia de Ciencias de la Salud Mental, su actual promotora.

-Aprobación para constituir en el marco de nuestra asociación un grupo de trabajo sobre Rehabilitación Psicosocial.

Asimismo, con fecha 5 de Octubre de 2000, quedó proclamada y hecha pública la siguiente Candidatura para renovar nuestra Junta:

Presidente:

Francisco Chicharro Lezkano (Bizkaia)

Vicepresidente:

Ander Retolaza Balsategui (Bizkaia)

Secretario:

Oscar Martínez Azumendi (Bizkaia)

Tesorería:

Nekane Pardo Gaskue (Navarra)

Vocales por Navarra:

Jose M^a Salazar Fernández de Erenchun

Idoia Gaminde Inda

Vocales por Alava:

Fernando Santander Cartagena

J. Ignacio Zuazo Arsuaga

Vocal por Bizkaia:

Iñaki Márquez Alonso (Secretario de Publicaciones)



Vocal por Gipuzkoa:

M^a Dolores Aparicio Tellería

Se abre ahora un período electoral, que concluirá con la elección de nueva Junta en los primeros meses del próximo año. La Junta definitiva podrá ser la arriba indicada u otra alternativa, que estatutariamente tiene un plazo de tres meses, para presentarse a los socios.

ACTIVIDAD 1999-2000

En el último año y medio transcurrido aproximadamente desde las Jornadas de Getxo, el nivel de actividad de OME ha mejorado en cuanto a años precedentes, con diversas actividades realizadas.

1. Organización de Reuniones Científicas

Encuentro científico sobre pánico y agorafobia. Bilbao, Junio 1999.

Presentación del Informe del Ararteko al Parlamento Vasco sobre Atención comunitaria de la enfermedad mental. Bilbao, 23 Noviembre 2000.

2. Otras Actividades

Redacción de nuevos estatutos (2000).

Desarrollo de la página web (2000). Siendo la primera página autonómica dentro de la AEN, en su dirección <http://ome.tsx.org> se recogen diferentes informaciones, documentos y enlaces de interés, así como están accesibles variados recursos para facilitar la vida asociativa. Se recomienda la inscripción en la lista de distribución, lo que permitirá estar en contacto directo con el resto de socios, así como el acceso a otros servicios.

3. Apoyo a actividades de socios o grupos de socios en diversos proyectos, así como participaciones individuales en otras actividades

de la AEN

Grupo de trabajo y ponencia sobre Bioética, con edición de un libro. Dirigido por Fernando Santander, para el Congreso de Santiago de Compostela, Junio 2000.

Grupo de trabajo de Rehabilitación psicossocial. De ámbito nacional, con una importante presencia de OME. Dentro de sus proyectos está la constitución de una Asociación Vasca de Rehabilitación (o Sección de Rehabilitación dentro de OME).

Grupo de trabajo sobre Calidad Asistencial (1999-2000).

Grupo de trabajo sobre Evaluación Multicéntrica de Servicios (1999-2000).

Encuentro de Editores de Revistas de Salud Mental y líneas éticas de actuación (1999).

I Encuentro nacional de Tutores de Formación especializada en Psiquiatría y Psicología Clínica (Palma de Mallorca, noviembre de 2000).

4. Publicaciones

Colaboración en la edición de la revista GOZE, que pasa a ser también órgano de expresión de OME (1999).

Patrocinio editorial de:

- Crisis de Pánico y Trastorno de Angustia. Manual para el paciente. (Oscar Martínez Azumendi, 1999).

- Guías de seguimiento biológico en tratamientos con estabilizadores del ánimo. (Oscar Martínez Azumendi, 1999).

5. Patrocinio de diversos Encuentros

Ciclo de conferencias. "Salud Mental en la

Sociedad Urbana". Organizadas por Hika Ateneo, Sociedad de Libre Pensadores del S. XXI. Bilbao, 1998.

Jornadas de Psiquiatría Dinámica. "Su integración en el sistema público de salud". Organizadas por la Cátedra de Psicología Médica y Psiquiatría de la Universidad del País Vasco. Bilbao, 11-12 Junio de 1999.

II Jornadas de Rehabilitación en Psiquiatría. "Rehabilitación psiquiátrica e integración social. Organizadas por Hospital Psiquiátrico de Zamudio. Bilbao, 24-25 Noviembre de 1999.

Presentación del libro "La Invención de las enfermedades mentales" de D.José María Alvarez. Bilbao, Febrero de 2000.

Conferencia Europea sobre el Impacto del Desempleo en la Salud Mental. Organizada por Gobierno Vasco, Osalan, Universidad de Deusto y Comisión Europea. Bilbao, 19-20 Mayo de 2000.

III Jornadas de Rehabilitación en Psiquiatría. "Atención Integral a la Enfermedad Mental Severa de Curso Crónico". Organizadas por Hospital Psiquiátrico de Zamudio. Bilbao, 5 y 6 de octubre de 2000.

Ander Retolaza.
Presidente de OME.

