

NORTE

DE SALUD MENTAL

Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen V N°19 Febrero 2004



Proyecto “Una portada para Norte”

NORTE de salud mental, además de su labor de divulgación de conocimiento e intercambio asociativo, quiere cumplir otro papel añadido y que no por secundario deja de tener su importancia. Además del privilegio de contar en su cabecera con un diseño de Eduardo Chillida, desde sus portadas y páginas interiores ha venido apostando por la divulgación de la obra gráfica de jóvenes artistas de la Facultad de Bellas Artes de Leioa.

El interés de esta colaboración informal motivó un intento de ampliación de la experiencia, enfocándola mas concretamente a la expresión artística específica de temas en relación con la salud-enfermedad mental. Nos dirigimos con este fin al colectivo de estudiantes de la asignatura “Diseño Gráfico Publicitario” del 4º Curso de Publicidad y Relaciones Públicas, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV-EHU, en el campus de Leioa). A través de su profesor, Iñaki Zaldumbide, se les propuso un proyecto de diseño e ideas para posibles futuras portadas de Norte.

La respuesta fue entusiasta y pudimos comprobar la originalidad y creatividad de sus desinteresadas aportaciones, acompañadas de un pequeño texto explicativo de su significado subjetivo. Ante la imposibilidad de que todas ellas pudieran llegar a ser utilizadas como portadas de futuros números de la revista, hemos querido recoger todos estos trabajos en una pequeña exposición virtual donde pueda valorarse el trabajo realizado. Los diseños y sus explicaciones pueden visitarse en www.ome-aen.org/norte/expo.htm . Es su modesto tributo a la mejora de nuestra calidad de vida (y por tanto salud mental) a través del arte, la otra mejor forma de expresión además de la palabra.

Autor de portada: Isusko Artabe

Volumen V



N°16



N°17



N°18



N°19

Volumen IV



N°11



N°12



N°13



N°14



N°15

Volumen III



N°5



N°6



N°7



N°8



N°9



N°10

Volumen II



N°1



N°2



N°3



N°4

NORTE de Salud Mental

Revista de:

- Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Osasun Mentalaren Elkartea, (OME)
- Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, (AANSM)
- Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental, (ACLSM)

Consejo Editorial:

Ander Retolaza
German Molina
Jose J. Uriarte
Oscar Martínez-Azumendi
Pilar de la Viña

Francisco Chicharro
José Filgueira
Mónica Póo
Paz Arias
Victor Aparicio

Director Revista NORTE:

Iñaki Markez

Consejo Asesor y de Redación:

Alvarez, JM.
Ayerra, JM.
Ballesteros, J.
Candina, A.
De la Rica, JA.
Esteban, R.
Guimón, J.
Hernanz, M.A.
Lasa, A.
Malda, C.
Marín, M.
Marquinez, F.
Morchan, J.
Pardo, N.
Rendueles, G.
Santander, F.
Totorika, K.
Verdejo, M.
Zuazo, JI.

Aparicio, D.
Ayuso, JL.
Berríos, G.
Colina, F.
Erkizia, B.
Gonzalez-Pinto, R.
Gutierrez Fraile, M.
Larrazabal, A.
Levav, I.
Marijuan, M.
Marina, P.
Medrano, J.
Palomo, Ch.
Redero, JM.
Sanchez, A.E.
Susparregui, JM.
Vega, A.
Ylla, L.

Sede Social: Apdo. Correos 276, 48990 - Algorta. Bizkaia. Tlf: 94 4674979

www.ome-aen.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).
– IME (Índice Médico Español).

NORTE de Salud Mental

Vol V nº19, Febrero 2004

www.ome-aen.org

© Copyright 2002 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 almacenaje de información, sin la autorización del titular del Copyright.

Realización y administración:

EKIMEN

Apdo. Correos nº276, 48991 Algorta. Bizkaia. Tlf: 94 467 49 79

E-mail: ekimen@euskalnet.net

Autor de la portada:

Isusko Artabe

Logo Norte de Salud Mental:

E.Chillida.

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: 6 euros.

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, Wyeth.

ISSN: 1578-4940

D. Legal:1565/02



Asociación Castellana Leonesa de Salud Mental



Asociación de Salud Mental y Psicología Comunitaria

www.ome.aen.org



www.telecable.es/personales/aenasturias



www.pulso.com/aen/index.htm

S U M A R I O

PRESENTACIÓN

Tratamiento ambulatorio involuntario	6
F. Chicharro Lezcano	

ORIGINALES Y REVISIONES

Salud mental, prioridad en la salud pública	9
Itzhak Levav	
Género y prescripción de psicofármacos	23
Iñaki Markez, Nuria Romo, Mónica Póo, Amando Vega, Carmen Meneses, Eugenia Gil	
Orientarse con el psicoanálisis en la práctica institucional	34
Guy Briole	

PARA LA REFLEXIÓN

Emigrantes voluntarios: sujetos del desencanto	41
M. C. Rodríguez-Rendo	
Universidades vascas y globalización	46
José Guimón	
¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio	49
Ander Retolaza	

INFORME

Programa de Formación de la especialidad de Psicología Clínica	58
---	----

HISTORIA

La asistencia psiquiátrica en Vizcaya	71
Antonio Villanueva Edo	

ACTUALIZACIONES

Gobalización y Drogas:	
Políticas sobre drogas, derechos humanos, reducción de riesgos	84
Atopos	86
psiquiatria.com	87
Novedades en: www.ome-aen.org	88

PÁGINAS DE LAS ASOCIACIONES

Junta Directiva AEN	90
----------------------------------	----

AGENDA

Próximas citas	94
-----------------------------	----



Normas de publicación

La Revista **NORTE de salud Mental** considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella. Así tendrán cabida dos tipos principales de colaboraciones: 1) *Temas Científicos*. En forma de artículos originales, revisiones, comunicaciones breves o crítica de libros. 2) *Temas Asociativos*. Recogiendo tanto información de las propias Asociaciones y sus actividades científicas, como cartas, comentarios, sugerencias o informes de los socios.

En general no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para su publicación en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas" (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores previa a su publicación. El primer autor podrá recibir tres ejemplares de la revista, cuando desee recibir un mayor número lo comunicará con suficiente antelación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de **Norte de salud mental** y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

Requisitos de los manuscritos

Se enviarán al Editor de **Norte de salud mental** (Apdo. 276, 48990 Algorta. ekimen@eus-kalnet.net) copias mecanografiada a doble espacio, numeradas correlativamente. Se adjuntará un disquette con el fichero de texto del documento caso de envío por correo postal.

Primera página: incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos (s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo en castellano e inglés. El resumen, no superior a 150 palabras, incluirá objetivos, metodología, resultados y conclusiones más destacadas. Se incluirán de 3 a 6 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los originales deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas y 6 figuras o tablas. Las notas clínicas no superarán los 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las revisiones podrán contener un máximo de 25 páginas.

Referencias bibliográficas: se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una "comunicación personal".

Las *tablas y gráficos* se enviarán en documento aparte, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de "Normas de Vancouver"):



Normas de publicación

Artículos de revistas

Artículo normal

Se mencionan los seis primeros autores y se agrega la expresión "et al." si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1;124(11):980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencia, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

Autor institucional

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

Sin nombre de autor

Cancer in South Africa [editorial], *S Afr Med J* 1994;84:15.

Libros y otras monografías

Indicación de autores personales

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Indicación de directores de edición o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Indicación de una organización como autor y editor

Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington (DC): The Institute; 1992.

Capítulo de un libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Actas de congresos

Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology*. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Original presentado en un congreso

Bengtsson S, Solheim BG. *Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics*. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.

MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Tesis doctoral

Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilizacion*. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Otros trabajos publicados

Artículo de periódico

Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21;Sect. A:3 (col. 5).

Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

Diccionario y obra de consulta semejantes

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. *Apraxia*; p. 119-20.

Trabajos inéditos

En prensa

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997.

Material electrónico

Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[24 pantallas]. Accesible en: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.



Tratamiento ambulatorio involuntario

F. Chicharro Lezcano

Psiquiatra

Hospital de Zamudio

Introducción

Desde hace unos meses se viene produciendo un debate en torno a la demanda, fundamentalmente generada por asociaciones de familiares, de regulación e implantación del tratamiento ambulatorio involuntario con autorización judicial. Como puede suponerse, la opinión —razonada y razonable— que se expone desde diferentes ámbitos no suele ser coincidente, siendo numerosos los puntos de fricción: *“necesario desarrollo de recursos comunitarios y programas de seguimiento, dificultad para mantener el vínculo terapéutico, discutible beneficio para el paciente, conflictos éticos, reformas legales”*, etc.

No obstante, para cualquier profesional que ejerza la práctica clínica con personas aquejadas de enfermedad mental severa, resulta evidente que la interrupción del tratamiento es una de las principales causas de recaída, y que suele implicar la necesidad de ingreso en una unidad de psiquiatría. En las unidades de psiquiatría, y por la misma causa, los reingresos en periodos inferiores a los tres meses después del alta son cada vez más frecuentes y el resultado es la saturación de los servicios de salud mental y de urgencias psiquiátricas, la elevada ocupación de las camas de hospitalización —con la consiguiente reducción de la estancia media para mantener camas disponibles— y un elevado costo, no sólo económico, sino de deterioro del paciente y de sufrimiento de él y su familia.

Algunos de estos aspectos fueron abordados en una jornada celebrada en Bilbao, en junio de 2003, organizada por el Departamento de Justicia del Gobierno Vasco, el Consejo General del Poder Judicial, Osakidetza, y Ararteko. Los objetivos planteados fueron:

- *Reflexionar sobre la importancia de la continuidad del tratamiento ambulatorio en los enfermos mentales graves, y abordar las fórmulas más idóneas para asegurar que el paciente cumple dicho tratamiento.*
- *Analizar las alternativas legales existentes para dar cobertura a dichas actuaciones, y los proyectos de modificación legal pertinentes.*
- *Debatir un borrador de Protocolo de Coordinación entre todas las instancias para posibilitar el comienzo de dicho tratamiento, su mantenimiento y seguimiento.*

A la finalización de la jornada, se establecieron las siguientes conclusiones:

- *Las Psicosis, y dentro de ellas el grupo de las Esquizofrenias como prototipo de enfermedad grave, son trastornos psiquiátricos graves, de curso crónico e invalidantes en los que la instauración de un tratamiento adecuado multidisciplinar y continuado disminuye sensiblemente la posibilidad de recaídas, mejorando sustancialmente el pronóstico a largo plazo.*
- *En el momento actual existen tratamientos eficaces para estas enfermedades, si bien, la ausencia de conciencia de enfermedad*



complica o impide en algunos casos el tratamiento.

- *En estos casos, es el ingreso involuntario con autorización judicial la fórmula empleada mayoritariamente para instaurar el tratamiento (25% del total de ingresos en unidades de agudos lo fueron con autorización judicial en el año 2002). Esto, sin embargo, no deja de ser una solución parcial limitada al tiempo del ingreso hospitalario.*
- *Estimamos que el marco jurídico actual, si bien no contempla específicamente este tipo de medidas, contiene disposiciones que facilitan su aplicación. En todo caso, una reforma legislativa que incluyera estos supuestos se estima necesaria.*

En base a ello, los participantes en el taller adoptaron las siguientes propuestas:

- Impulsar, desde el ámbito judicial y fiscal y desde los movimientos asociativos de toda índole que trabajan en el ámbito de la enfermedad mental, una reforma legislativa en la LEC que, explícitamente, reconozca la posibilidad de instaurar un tratamiento psiquiátrico ambulatorio judicializado.
- Impulsar, desde el ámbito sanitario psiquiátrico, el consenso en el establecimiento de criterios para la inclusión de casos en este supuesto.
- Impulsar el debate sobre esta medida en los diferentes foros implicados (jueces, fiscales, hospitales, centros de salud mental, etc.).
- Participar en cuantas iniciativas se generen, destinadas a la consecución de esta medida.

El tratamiento involuntario como principio ético

Con su habitual perspicacia y anticipación, los editores del "Txori-Herri Medical Journal" (THMNews Nº 19. 15 de septiembre de 1998) comentaban una publicación (E. Fuller Torrey y el ingreso involuntario) que trataba sobre estos aspectos. Así, después de aclarar la polémica que suelen suscitar sus opiniones, decía: "Torrey

argumenta que los enfermos esquizofrénicos que carecen de insight son como los enfermos de Alzheimer cuando salen descalzos a la calle en una noche nevada. A nadie se le ocurre decirles que salgan, que son libres de hacer lo que quieran, sino que se les retiene y se les dan los cuidados que necesiten. Para él fue un error que los grupos que defienden las libertades civiles tomaran en los 60 a los enfermos mentales como bandera y hayan conseguido que el tratar o ingresar a alguien en contra de su voluntad sea tan difícil en USA.

La situación en España no es comparable a la de USA, pero es muy frecuente en la práctica que los psiquiatras nos veamos presionados por las familias para indicar el ingreso y tengamos que elegir entre los derechos del paciente y los derechos de sus familias. Por otra parte, dejando al margen el tema de la peligrosidad, y centrándonos exclusivamente en la dignidad humana de toda persona, no parece muy ético dejar a una persona sin ayuda cuando sus capacidades mentales están afectadas por una enfermedad como la Esquizofrenia. Mirando las cosas desde este punto de vista, parece que Torrey tiene muchos argumentos a su favor. Por otro lado la postura de la sociedad ante estos temas es en gran medida ambivalente, generalmente más permisiva cuanto más lejos se esté del problema".

La cronicidad "comunitaria"

Al día de hoy, creo que debe admitirse que, aún desde una situación ideal y raramente alcanzada (atención comunitaria, adecuado desarrollo de los servicios, interés real de los profesionales, etc.) hay pacientes que se siguen descompensando y evolucionan hacia la cronicidad. Es cierto que se han producido avances sustanciales en la eficacia de las terapias disponibles, pero no es menos cierto que, por mucho que nos empeñemos, van a seguir existiendo pacientes incompetentes en su autocuidado y/o remisos a ser tratados. Sería este tipo de pacientes quienes podrían beneficiarse de



esta medida (pacientes aquejados de enfermedad mental severa de curso crónico, con frecuentes recaídas que requieren ingreso, con conductas de riesgo para él y/o para otros, incapacidad para el autocuidado, y que generan una sobrecarga en su entorno).

Los detractores de este tipo de medidas avisan del riesgo que podría suponer su extensión indiscriminada, así como del error de “judicializar” la asistencia psiquiátrica, pero silencian que están diseñadas para casos concretos, muy particulares, y en los que la decisión a adoptar procede del equipo tratante.

Desarrollo de recursos

En algunos medios se recoge la opinión de que un adecuado desarrollo de servicios y programas haría innecesaria la medida del tratamiento obligatorio, y que lo que se pretende es cubrir el déficit de recursos. No es este el objetivo, aún más, es imposible llevar a cabo tratamientos de este tipo sin la existencia de una red suficiente y unos programas de tratamiento responsables y comprometidos. ¿Acudir a ponerse un depot una vez al mes y en caso de inasistencia avisar al juez para que le ingresen?. Para este viaje no hacen falta esas alforjas. En algunos estados de EE.UU. apenas se aplica esta medida por la escasez de servicios comunitarios para poder seguir a los pacientes. Es decir, que la implantación de la medida requiere que previamente haya medios y modos de trabajo adecuados. Lamentablemente, a veces, se crean dispositivos solo cuando la ley obliga (por ejemplo las unidades de hospitalización psiquiátrica infanto–juvenil) por lo que podría ser el inicio de la implantación de programas de seguimiento en la comunidad, infrecuentes en nuestro medio.

Aspectos éticos

Se hace un alegato en contra de esta medida desde “el derecho del paciente a decidir”, pero se olvida que con pacientes muy graves,

en ocasiones, es necesario tomar medidas coercitivas precisamente para salvaguardar su derecho a la salud y a una vida digna. Por otra parte, de esta forma, quizás podrían evitarse medidas aún más coercitivas como son los ingresos involuntarios.

Probablemente, en pocos años, hemos pasado de la “beneficencia dura” (olvidando que hay pacientes capaces, cuya opinión debe considerarse) al “hiperautonomismo” (olvidando que hay pacientes en situación de incapacidad para decidir, y cuyos derechos deben ser salvaguardados). Afortunadamente es infrecuente, pero se dan casos en los que, sobre la base del “respeto por la autonomía del paciente”, se adopta una actitud de pasividad con la consiguiente dejación de funciones. Tengo dudas sobre si no atentará más esto contra el derecho de los pacientes que una actitud intervencionista.

Conclusiones

Al final, lo fundamental es el compromiso por parte del servicio tratante. La medida no arregla nada en sí misma; debe ser solo una herramienta para permitir que algunos pacientes puedan ser seguidos de una forma más eficaz, evitar reingresos y prevenir conductas de riesgo, pero lo fundamental es que ese seguimiento sea efectivo y cercano. Solicitar esta medida para citarles luego cada dos o tres meses tendría escaso sentido. Puede ser un instrumento válido (no un fin en sí mismo) siempre y cuando no sustituya la “judicialización” del caso a la intervención de los programas de seguimiento comunitarios... en caso de que los hubiera (que esa es otra).

Y agradecimientos:

Parte de estas reflexiones están extraídas de la opinión de compañeros/as de la red de salud mental, involucrados en la práctica clínica diaria, y comprometidos en el cuidado de los pacientes más graves. En nombre de estos, gracias.





Salud mental, prioridad en la Salud pública

Itzhak Levav

Salud Mental, Ministerio de la Salud, Jerusalem, Israel

1. Consideraciones generales

Hasta no hace mucho, tanto los responsables de las políticas sociales y los trabajadores de la salud pública como la sociedad en general consideraban que la salud mental era una cuestión relevante solo para los países industrializados; en los menos desarrollados era vista como un *tema para el futuro*. Sin embargo, del corpus de estudios disponibles en la actualidad es dable efectuar las siguientes afirmaciones:

- La problemática de la salud mental es común a todas las sociedades, las de la abundancia y las de la carencia.
- En todos los casos, la importancia de los trastornos mentales requiere un abordaje que vincule a la salud mental con los derechos humanos.

Este cambio de actitud de los diversos actores sociales y de la salud se produjo en el orden mundial como resultado de la combinación de tres factores, entre otros:

- La evidencia creciente de que los trastornos mentales constituyen una parte significativa de la carga de enfermedad en todo el mundo (Murray Lopez 1996).
- La disponibilidad de tecnologías y programas de intervención basados en la evidencia (OMS 2001).
- Los avances nacionales e internacionales en el campo de los derechos humanos (OMS 2001).

A lo largo de 2001, tres importantes acontecimientos de diversa índole —todos ellos en el ámbito de la Organización Mundial de la Salud

y de los Estados Miembros— contribuyeron a este cambio de perspectiva de manera significativa: la consagración (por primera vez desde 1959) del *Día Mundial de la Salud Mental*; la incorporación en las discusiones de la Asamblea Mundial de la OMS de cuestiones relevantes para el campo de la salud mental (Cabral de Mello, Borneman y Levav 2001); la publicación del *Informe Mundial sobre la Salud*, con la inclusión de la salud mental como ítems principal (OMS 2001).

1.1. El *Día Mundial de la Salud Mental*

Celebrado en 115 países, se convirtió en un acontecimiento fuertemente concientizador que convocó a distintos ciudadanos y a las partes interesadas (*stakeholders*, en inglés) claves de la salud —prestadores de servicios, usuarios, decisores de políticas públicas, medios de comunicación, etc.—, proporcionando con esto el escenario adecuado para colocar en la agenda social y de la salud, dos grandes temáticas: “Atreverse a cuidar” (*Dare to Care*, en inglés) y “No a la exclusión” (*Stop Exclusion*).

En ese marco, la OMS planteó —y sostiene desde entonces— que la exclusión social es la responsable primaria del desfase y la discontinuidad en los tratamientos; y que cabe a los países trabajar intensamente a fin de incrementar y extender los servicios de salud, y reducir la brecha que impide la reintegración exitosa en la sociedad de las personas que padecen trastornos mentales.



1.2. La Asamblea Mundial de la Salud

En su condición de foro anual de la OMS en el que participan las máximas autoridades sectoriales de los Estados Miembros, la Asamblea Mundial de la Salud encaró en 2001 la discusión de cuatro problemáticas centrales en el campo de la salud mental: el estigma, la atención comunitaria, la pobreza y el género (Cabral de Mello, Borneman y Levav 2001).

Los Ministros de Salud de países con desarrollos diferentes en sus sociedades hablaron con pasión de estos temas y de sus problemas asociados. La mayoría acordó en que **no hay desarrollo sin salud y en que no hay salud sin salud mental**. Sobre esta también hubo acuerdo que existía una deuda con la sociedad que era necesario saldar en el corto plazo.

1.3. El Informe Mundial de la Salud

Esta publicación de la OMS —de gran importancia y significación para el conocimiento del estado de la salud en el mundo y la definición consecuente de las líneas de acción prioritarias— incluyó el diagnóstico de la situación de la salud mental, una visión panorámica de los progresos realizados en el campo de la misma, y una serie de recomendaciones viables para los países (OMS 2001).

2. La cuestión de los derechos humanos

La relación indisoluble entre la provisión de atención en salud mental y la salvaguarda de los derechos humanos fue planteada por primera vez en 1990 en la *Declaración de Caracas*, suscripta inicialmente por once países de América Latina y aceptada luego por el resto de los países del continente (Gonzalez Uzcatogui y Levav 1991).

Este nuevo compromiso de la salud mental con los derechos humanos se refleja en la

Declaración de Principios de las Naciones Unidas (Naciones Unidas 1991) referente a la protección de los enfermos mentales y al fortalecimiento en el mundo de la atención en salud mental. En esta *Declaración*, las Naciones Unidas establecen una serie de derechos que van desde asegurar el tratamiento a los pacientes en lugares y condiciones menos restrictivos, hasta definir que aquellos países que no provean atención en salud mental a sus habitantes están violando un principio adoptado por la comunidad de las naciones. En esa línea, numerosos países están realizando reformas legislativas que incorporan la cuestión de los derechos humanos como componente central, brindando con ello herramientas significativas para el proceso de cambio por el que atraviesa actualmente la salud mental.

Como es sabido, desde hace siglos las personas con trastornos mentales que accedían a algún tratamiento han sido confinadas en instituciones *ad hoc* conocidas como *hospitales psiquiátricos, manicomios o asilos de alienados*. Con frecuencia, la función de estas instituciones —rodeadas de altos muros y situadas en zonas periféricas lejos de la residencia habitual de los usuarios y de sus familiares— ha sido la de retirar del circuito social a las personas con trastornos mentales; por lo tanto, tradicionalmente, estas instituciones se han dedicado más a proveer *servicios de custodia que atención intensiva*.

La visión negativa que conlleva el hospital psiquiátrico proyecta densas sombras sobre los usuarios, sus familias, los prestadores y los servicios, extendiéndose el estigma al vecindario donde se localiza (tal el caso emblemático, por ejemplo, del Hospital Pedro Billini de Santo Domingo, República Dominicana, conocido popularmente como “Kilómetro 27” por la distancia a que se halla de la capital y la dificultad de acceso en transportes públicos abarrotados).

Por comisión u omisión, los derechos humanos más elementales han sido frecuentemente vulnerados en los hospitales mentales (Levav y



Gonzalez Uzcategui 2000); y lo siguen siendo (entre otros muchos ejemplos, todavía es posible encontrar baños sin puertas ni espejos tanto en uno de los hospitales modelo de Moscú como en el de la zona destruida de Managua).

No es sorprendente, por lo tanto, que con el tiempo los pacientes comiencen a perder sus destrezas y habilidades sociales y adquieran paralelamente comportamientos bizarros a los que en numerosas ocasiones se los equipara erróneamente con el trastorno mental. No hay que equivocarse: no son los trastornos mentales los que producen pacientes desnudos deambulando sin rumbo fijo por los corredores o los patios, sino que es el ambiente insalubre de las instituciones mentales el que genera estos comportamientos regresivos.

El ahora desaparecido Ernest Gruenberg, psiquiatra y epidemiólogo de la Universidad de Columbia de Nueva York y de un importante hospital mental de Estados Unidos, describió a ese tipo de comportamiento regresivo como “síndrome de deterioro social” (*social breakdown syndrome*, en inglés). Lo más importante del estudio de Gruenberg es que permitió medir los cambios producidos en el comportamiento de los internados una vez concluido su programa de rehabilitación. Como resultado, muchos pacientes dejaron el hospital mientras que otros fueron transferidos a otras salas de internamiento donde lograron integrarse socialmente en la medida de sus posibilidades.

Numerosos países —Brasil, España, Grecia, Suecia, Tanzania— han instalado con éxito programas de este tipo, en los que el conocimiento basado en los derechos humanos ocupa un lugar central. La promoción de este conocimiento ha permitido a los reformadores de la salud mental elevar el compromiso de la agenda social en relación con esta problemática.

Durante los períodos de dictadura militar, este compromiso social tiende a disolverse, per-

maneciendo en estado latente hasta el advenimiento de la democracia (así sucedió, por ejemplo, en Argentina y Uruguay). De hecho, democracia y respeto por los derechos humanos son dos condiciones inseparables que, en el campo de la salud mental, aportan componentes axiológicos a su marco de referencia.

3. La carga global de los trastornos mentales

Veamos ahora hechos epidemiológicos. En ese aspecto, el concepto de Años de Vida Ajustados por Discapacidad o DALYs, en inglés (Murray y Lopez, 1996) —ampliamente adoptado, aunque también objetado por algunos trabajadores de la salud— constituye una medida interesante de la carga de enfermedad. El concepto de DALYs —desarrollado por la OMS, la Universidad de Harvard y el Banco Mundial en un trabajo de gran envergadura (Murray y Lopez 1996)— tiene la ventaja de que permite medir la carga de la enfermedad tanto con nuevos indicadores (los años vividos con discapacidad que pueden generar los trastornos o enfermedades) como con los clásicos vinculados a muerte prematura.

Los autores calcularon el DALYs en un gran número de trastornos. Lo sorprendente del estudio fue comprobar que de los 10 principales trastornos, 5 eran de naturaleza psiquiátrica: los índices del DALYs en trastornos cerebrales, psiquiátricos, neurológicos y de desarrollo alcanzaron el 34%; una proporción mucho mayor que la generada por los trastornos cardiovasculares (17%) y el cáncer (13%).

En los países en desarrollo, los trastornos cerebrales son responsables al menos del 27% del total de años vividos con discapacidad. Las proyecciones indican que los trastornos afectivos unipolares (la cuarta causa principal del DALYs en 1990, para todos los grupos etarios y la primera causa en la franja 15–44 años) se convertirán, en 2020, en la causa principal del DALYs de todas las edades.



Según la OMS:

- En el ámbito mundial, la población con trastornos mentales alcanza actualmente a 400 millones, correspondiendo un 24% a trastornos psiquiátricos mayores que afectan a adultos, niños y adolescentes por igual.
- En América Latina y el Caribe, cerca de 17 millones de niños padecen trastornos psiquiátricos que requieren intervención sin que estos servicios se les presten (OPS, 1997).
- En 2010, en la región de América Latina y el Caribe, cerca de 36 millones y medio de personas se verán afectadas por trastornos de depresión (un número mayor que la población sumada de varios países centroamericanos) (OPS 1997).

En realidad, existe la noción errónea de que los trastornos de la infancia desaparecen con la edad, es decir en el proceso de desarrollo. Es verdad: algunos trastornos pueden desaparecer, pero la mayoría no, e interfieren en el proceso de aprendizaje condenando a muchos jóvenes a la pobreza. Por otra parte, cuando el niño es tratado, no lo es en un servicio especializado: el *Atlas* de la OMS sobre el estado de los programas de salud mental en el mundo muestra que el 40% de los países carece de servicios especializados en niños; en África el porcentaje se eleva a 62%.

Se trata sin duda de conclusiones inesperadas que, en función de la carga mundial de enfermedad y dado el impacto de estos hallazgos en el desarrollo humano —especialmente en los países con economías precarias—, convierten a la *cenicienta de la salud* en la *princesa* (de ahí que el Banco Mundial, para asesorar a los países que presenten propuestas de desarrollo en salud, haya incluido un psiquiatra en su equipo técnico).

4. Pobreza y trastornos mentales

La relación entre pobreza y trastornos mentales ha sido bien establecida: lo mismo que en

otros trastornos de la salud, existe una asociación inversa entre estatus socioeconómico y trastornos mentales, cuanto más bajo el estatus tanto mayor los trastornos (Kohn, Dohrenwend y Miroznic 1998). En un estudio desarrollado conjuntamente por investigadores de la Universidad de Columbia de Nueva York y la Escuela de Salud de Pública de la Universidad Hebrea de Jerusalén (Dohrenwend y cols. 1992), se comprobó que:

- La adversidad social ligada al estatus socioeconómico tiene en ambos géneros una relación causal con el malestar emocional (emotional distress, en inglés): la depresión en las mujeres y el abuso de sustancias (alcohol y drogas) en los hombres.
- La esquizofrenia se encuentra con mayor frecuencia en los estratos socioeconómicos más bajos, debido al descenso en la escala social que sufren las personas con ese trastorno.

Como es sabido, la pobreza se vincula a condiciones de vida no higiénicas e inseguras, el hambre y la malnutrición, el acceso inadecuado a la atención de la salud, la falta de oportunidades educativas y laborales.

Lo que es menos conocido por los funcionarios de la salud pública y los decisores de las políticas públicas es que **si los trastornos mentales no son tratados, contribuyen a acentuar el ciclo de la pobreza** (Saraceno y Barbui 1997) de modos diversos; por ejemplo:

- La falta de servicios en los países en desarrollo, unida al rol cultural protector de la familia, hace que la atención del miembro enfermo queden a cargo de los familiares, reduciéndose con esto aún más los escasos recursos de aquellos núcleos familiares que enfrentan las dificultades de la vida generadas por la pobreza.
- La pérdida de productividad acarrea un alto costo económico, especialmente a los trabajadores cuyas discapacidades afectan la potencialidad y el desarrollo de sus plenas habilidades.



- La persona con trastornos psiquiátricos puede tener dificultades para completar el ciclo educativo si no recibe tratamiento o rehabilitación, con la obtención consecuente de ingresos más bajos.

Respecto a la importancia determinante de la educación tanto para la salud mental como para la salud en general, es interesante señalar que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos destacó en un informe reciente que la disminución del potencial cognitivo, la mala nutrición y la falta de apoyo familiar para alcanzar logros educacionales asociadas a la pobreza, habitualmente traen aparejadas un desempeño escolar inadecuado y limitaciones en las oportunidades de empleo a lo largo de toda la vida. En esa misma línea, también en trabajos recientes, economistas del Banco Mundial señalaron, por ejemplo, que un año más de educación primaria conllevaría un incremento futuro de la productividad del 10% en Argentina, el 30% en Nigeria y el 35% en Etiopía.

Se trata, por lo tanto, de una relación circular: para tener buena salud mental se necesita tener una buena educación; y para tener una buena educación se necesita buena salud mental. A pesar de lo obvio de esta relación, la dificultad —y el desafío por delante— reside en que, en la mayor parte de los países, ambos sistemas están disociados.

Otro aspecto de la vinculación entre pobreza y trastornos mentales aparece en las zonas de desastres naturales: mayormente localizadas en los países en desarrollo, golpean con más fuerza a los sectores más pobres de la población. En Honduras, por ejemplo, funcionarios de la OPS/ OMS detectaron que los trastornos vinculados al desastre (depresión, desorden postraumático, abuso de alcohol, agotamiento emocional y conducta violenta) aparecían con mayor frecuencia en los barrios pobres de Tegucigalpa. Obviamente, este tipo de trastornos dificultaban la capacidad de los individuos y

de la comunidad para iniciar los trabajos de reconstrucción.

En síntesis: tal como acordaron los Ministros de Salud en las reuniones internacionales de años recientes, si los países en desarrollo quieren encarar seriamente planes que permitan a sus sociedades salir de la pobreza, lo primero que no pueden seguir haciendo es afrontar pérdidas en su potencial humano. En ese aspecto, los trabajadores de la salud —concientizados de las relaciones y consecuencias sociales de la pobreza— juegan también un papel preponderante en la tarea de reducir la carga de una enfermedad controlable, especialmente en poblaciones de alto riesgo.

5. Trastornos mentales, trastornos físicos y factores socioambientales

5.1. Género y trastornos mentales

Actualmente, hay evidencia suficiente para afirmar que el impacto de los trastornos mentales no es igual en ambos géneros. Las mujeres africanas con epilepsia, por ejemplo, padecen por su enfermedad consecuencias más severas que los hombres: reciben menos tratamiento, son consideradas menos aptas para el matrimonio y con frecuencia son rechazadas por sus familias.

Aunque las tasas totales de trastornos mentales son prácticamente iguales en ambos géneros, las mujeres presentan tasas más altas de depresión. En los países en desarrollo, se toma como causa de estas altas tasas a las desigualdades sociales entre ambos géneros, en detrimento de la mujer: diferente estatus, dependencia del marido/ compañero, aislamiento social, privación económica, múltiples responsabilidades familiares, trabajo físico pesado, empleos mal remunerados, etc.

Es interesante señalar que la depresión en la mujer está siendo incorporado en la agenda de las organizaciones de defensa



de sus derechos, junto a otros problemas de salud ya reconocidos como el cáncer de útero y de mama o la violencia doméstica.

5.2. Efectos adicionales de los trastornos mentales

Además del sufrimiento y la discapacidad que producen, los trastornos mentales tienen efectos adicionales: complican el proceso y los resultados de los trastornos físicos.

En un artículo reciente publicado en los Estados Unidos de Norte America sobre los patrones de mortalidad en el estado de Hawai de los ancianos de origen japonés, los autores informaron lo siguiente: los sujetos que en una encuesta comunitaria habían sido identificados con síntomas relativamente altos de depresión, murieron antes que los que no presentaban ningún síntoma. Más precisamente, la prevalencia total de los síntomas frecuentes de depresión era de 9.9%. Las tasas de mortalidad ajustadas a 3 años fueron de 48.0 por 1000 personas-años para las deprimidas y de 30.3 para los no deprimidas. A 6 años, las tasas fueron de 54.1 para las deprimidos y 41.5 para los no deprimidas.

Si bien las anteriores son conclusiones de un solo estudio, existen otros con análogos resultados: está comprobado, por ejemplo, que el riesgo de mortalidad en individuos que sufrieron infarto de miocardio es más alto en los pacientes con depresión.

¿Cómo actuar ante la depresión? Se trata sin duda de una interesante época en la historia de las neurociencias, pero no lo es menos en áreas como la biología, la psicología y los estudios socioambientales. Se está acumulando investigación basada en la evidencia sobre diversas tecnologías y programas de intervención: la investigación del cerebro ha avanzado considerablemente

gracias a nuevas formas de acceso al cerebro; la genética molecular está mapeando los genes defectuosos responsables de numerosos trastornos, etc.

Con respecto a los factores socioambientales, actualmente se dispone de una visión más clara sobre el impacto del ambiente en el ser afectivo y cognitivo, y cómo a su vez, esto impacta en los sistemas inmunológico, humoral y nervioso periférico. A título de ejemplo: en un artículo reciente, Leon Eisenberg (1998), Profesor Emérito de la Universidad de Harvard, proporciona evidencia sobre cómo el ambiente social construye el cerebro.

5.3. El tratamiento de la depresión

Como se ha dicho, la depresión es un trastorno extendido en la comunidad y como tal, especialmente frecuente en el primer nivel de atención. El porcentaje de remisión de la depresión por placebo después de 3 a 8 meses de tratamiento es del 27% (*placebo*, en este caso, no es sinónimo de *no intervención*, ya que capitaliza las expectativas psicológicas del paciente y su contacto positivo con un agente de salud). En lo que respecta a la medicación antidepressiva, la remisión trepa al 50% en pacientes tratados con antidepressivos de primera generación, y al 54% en aquellos tratados con intervenciones psicológicas. (OMS 2001)

Para el tratamiento de la esquizofrenia existe también medicación útil. Sin embargo, en el rango de intervenciones de ese trastorno se destaca un tipo de intervención que apunta a la familia, en tanto factor clave por su actitud positiva o negativa frente al problema, y cuya relación con el integrante enfermo puede ser mejorada, a través de información adecuada.

Se han realizado importantes avances para comprender tanto los mecanismos con los que el entorno social desalienta y pro-



mueve las conductas adaptativas, como qué es lo que produce que una persona con psicosis se transforme en “el loco de la calle”. Sin entrar a describir las numerosas posibilidades para tratar los trastornos psiquiátricos, se puede decir que actualmente —incluso en los países en desarrollo— se dispone de técnicas e instrumentos para abordar adecuadamente la mayoría de ellos.

Al hablar de las posibilidades de abordaje de los trastornos mentales he dicho deliberadamente que son *tratables*, aunque sobre algunos hubiera podido decir *curables* y sobre otros *prevenibles*. No solo en el campo de la salud mental todos los trastornos *no son curables*: baste recordar un desorden físico como la diabetes, ejemplo paradigmático de un trastorno crónico que, al igual que la esquizofrenia o la epilepsia en el campo de la salud mental, requiere tratamiento de por vida.

6. La desatención de los trastornos

Si disponemos de las técnicas adecuadas de intervención, y estas pueden ser instrumentadas con éxito en los países en desarrollo, ¿por qué no se aplican? ¿dónde radica el problema?

El problema central está en el *estigma*, en el prejuicio y en la falta de información, con su consecuencia más flagrante en el campo de la salud mental: el *nihilismo terapéutico*.

Los programas y servicios destinados a tratar los trastornos mentales ocupan un lugar secundario, yendo a la zaga de otro tipo de servicios y programas. En ese aspecto, sobre un total de 91 países, el *Atlas/OMS* (2002) identificó deficiencias de diverso tipo:

- El 36% invierte en salud mental menos del 1% de su presupuesto general de Salud (en esos países viven más de 2 billones de personas).

- 40% de los países carecen de una política de salud mental.
- Estigma y la discriminación actúan también en el nivel de los proveedores de diversas maneras.

En este último aspecto, en los Estados Unidos, diversas organizaciones de profesionales y usuarios de la salud mental han emprendido una lucha para obtener paridad en sus seguros de salud. Mientras las compañías habilitan al asegurado a estar cubierto frente a numerosos trastornos, la limitación de la cobertura en caso de trastornos mentales llega a veces a su completa eliminación. Se da entonces el siguiente absurdo: si el paciente llega con un dolor de espaldas de origen desconocido, tiene derecho a tratamiento; si llega con un cuadro depresivo, no (aunque es sabido que la depresión puede expresarse a través del dolor lumbar de origen desconocido).

Además de las razones imputables a la organización del sistema de atención, hay otro conjunto de factores que explican por qué los países se muestran incapaces para reducir la carga de la salud mental.

Los usuarios son también responsables de que esa carga se mantenga: muchas personas que necesitan tratamiento no se acercan a los equipos de salud para recibirlo, o lo hacen después de muchos años de sufrimiento y discapacidad. A continuación se consignan dos datos de interés por tratarse de países comparativamente desarrollados en el campo de la salud mental:

- En los Estados Unidos varios estudios comunitarios permitieron establecer que sólo alrededor del 20% de las personas con trastornos mentales se hallaba bajo tratamiento (Kohn y cols. Enviado para su publicación).
- En Australia (Kohn y cols. Enviado para su publicación), un importante estudio comunitario concluyó que solo el 34% de las personas afectadas con un desorden mental había



consultado algún tipo de profesional de la salud mental.

Este es el verdadero problema con que nos enfrentamos los agentes de la salud pública: hay una carga y existen intervenciones eficientes que no se instrumentan. Esta brecha se ensancha especialmente en los trastornos por abuso de sustancias: es necesario recordar que el abuso de alcohol es un factor importante de la violencia doméstica, de los accidentes automovilísticos, del ausentismo laboral, etc. Otro ejemplo es del control de la epilepsia (*grand mal*) en África y América Latina: a pesar de la disponibilidad de drogas de bajo costo, *vg.*, el fenobarbital, la mayoría de las personas afectadas por ese trastorno no reciben (ni buscan) tratamiento (ILAE/IBE/WHO 2000).

¿A qué se debe esto? ¿Por qué esas personas no solicitan ayuda? A continuación se mencionan solo dos factores remediables: el estigma y la capacitación deficiente del equipo de salud de la APS.

6.1. El estigma y la desatención como construcción social

La gente no consulta porque teme la percepción del otro sobre *el acto mismo* de consultar por un trastorno mental: el estigma es un factor que atraviesa e impregna todos los estratos sociales y todas las comunidades, con énfasis en las más tradicionales. Un ejemplo interesante es el de un estudio realizado en jóvenes pacientes psiquiátricos de un hospital universitario norteamericano que abandonaron prematuramente sus tratamientos por el temor a que ese estatus fuese conocido. Como señalan los autores, los pacientes prefirieron afrontar el costo del sufrimiento que el costo social del estigma.

El estigma, obviamente, es una construcción social y, como tal, puede ser desmontada. A pesar de esta evidencia, no es una tarea fácil ni realizable en lo inmediato.

Sin embargo, dado el rol fundamental que juega el estigma en el mantenimiento de la tasa de prevalencia de los desórdenes mentales intratados, se debe continuar perseverando en los esfuerzos por reducirlo primero y erradicarlo después. Tanto en los países desarrollados como en los en desarrollo, estos esfuerzos constituyen una línea de acción específica en el campo de la salud mental.

6.2. La formación del equipo de salud del Primer Nivel de Atención

El segundo factor que colabora para mantener la carga de la enfermedad mental se relaciona con la capacitación de los equipos de salud del Primer Nivel de Atención —escaso conocimiento, actitud negativa o ambivalente frente al problema—, lo que resulta sin duda un tema conflictivo pero crucial si se quiere cambiar la situación actual.

Si bien los pacientes afectados de depresión y ansiedad son los que más consultan a los médicos, estos raramente están en condiciones de reconocer aquellos pacientes con los trastornos mentales más comunes; si los reconocen, tienden a no tratarlos; y si los tratan, por lo general sus prácticas prescriptivas son objetables. Un estudio llevado a cabo en seis países de América Latina (Levav y cols, enviado para su publicación) halló que la medicación antidepresiva tenía un dosaje inadecuado, o había sido empleada durante demasiado tiempo o durante un tiempo insuficiente. En un estudio desarrollado en el Uruguay (Bustelo y cols 1996), en la ciudad de Montevideo —en ese momento una de las ciudades menos violentas de todo el continente americano—, los investigadores encontraron que 1 de 4 mujeres utilizaban tranquilizantes, mayormente prescritos por médicos de la APS. En una carta al editor que los autores del estudio enviaron a *Lancet* es de por sí elocuente: “A tranquil city overwhelmed by tranquilizers” (“Una ciudad tranquila abrumada por los tranquilizantes”).



¿A qué se debe esto? ¿Por qué los médicos fallan con tanta frecuencia en el reconocimiento y manejo de los trastornos emocionales? La respuesta es sin duda compleja y, entre otras razones, incluye estas dos:

- La confusión que les genera el modo de expresión de los pacientes que, por lo general, desconocen o no utilizan la terminología psicológica, planteándoles en cambio múltiples dificultades somáticas.
- El hecho de que la capacitación del actual médico de APS en trastornos psiquiátricos y factores psicológicos en el cuidado de la salud no la ha recibido en los lugares de su práctica futura.

Un ejemplo personal sobre este último aspecto. En mi primera visita a Guatemala como funcionario de la Oficina Panamericana de la Salud, el país contaba con 10 millones de habitantes y un solo hospital mental con 250 camas: la Universidad capacitaba a sus futuros médicos en salud mental precisamente en ese único hospital y no en las clínicas comunitarias donde la gran mayoría de ellos irían a trabajar (Guatemala dista de contituir un ejemplo aislado).

Es importante entonces destacar que para que el sistema de atención primaria funcione adecuadamente, a los cambios en la formación de sus recursos humanos hay que agregar cambios organizacionales en los servicios especializados, a los efectos de reconvertirlos en servicios con base en la comunidad, capaces como tales de brindar el apoyo y la consulta requeridos. En esa línea de trabajo, no sólo los médicos deben recibir la capacitación correspondiente sino también los enfermeros y otros agentes comunitarios como la policía y los líderes religiosos estableciendo toda vez que sea posible algún grado de conexión con líderes autoctonos.

7. Promoción de la salud mental: ¿qué hacer?

7.1. Las diez recomendaciones de la OMS (2001)

¿Qué hacer concretamente en cada país, desde cada lugar de trabajo, para lidiar con la epidemia de trastornos mentales y los problemas psicosociales asociados?

La Organización Mundial de la Salud ha formulado diez recomendaciones de probada eficacia, a saber:

1. Proporcionar tratamiento en el Primer Nivel de Atención.

Dada la escasez de servicios especializados, es imposible pensar que la atención psiquiátrica pueda ser provista por psiquiatras u otro tipo de personal especializado en la materia. En el *Atlas* se informa que el 53% de los países que cubren el 69% de la población mundial disponen de menos de un psiquiatra cada 100.000 habitantes. Obviamente, es imperioso diseñar otro tipo de estrategia para la atención de la salud mental, mucho más cuando gran cantidad de personas con trastornos que buscan ayuda en el sistema de salud lo hacen a través de un agente de la APS. Según muestran numerosos estudios, este agente, adecuadamente formado, es capaz de diagnosticar y manejar la mayoría de los desórdenes mentales.

Es interesante traer aquí una experiencia realizada en Belize, donde hay un solo psiquiatra para sus 200.000 habitantes, en un territorio bastante extendido. En ese contexto, las autoridades de ese estado centroamericano decidieron buscar otras alternativas y, con la colaboración de una universidad canadiense, capacitaron en salud mental a siete enfermeras, una por cada distrito sanitario. Estas enfermeras tenían experiencia en atención familiar, un excelente antecedente para la salud mental. Un estudio



evaluativo realizado tres años después para la OPS mostró que este personal había sido capaz de llegar a las personas necesitadas, diagnosticarlas, tratarlas con drogas psicotrópicas básicas, y hasta de admitir y tratar pacientes en el hospital comunitario. Por otra parte, habían sido también capaces de informar a la comunidad sobre cuestiones de salud mental. La OPS/OMS ha desarrollado un programa casi idéntico en Guyana, Surinam y Dominica; aunque aún no han sido totalmente evaluados, tanto las autoridades locales como los líderes comunitarios se han mostrado satisfechos con sus resultados.

No se trata de proyectos aislados sino que este tipo de programas ha sido implementado en otras regiones del mundo, y todos han probado la factibilidad de incorporar la salud mental en el Primer Nivel de Atención.

2. Disponer de drogas psicotrópicas.

Las drogas de la primera generación de antidepresivos y antipsicóticos no son de costos altos y, correctamente prescritas, pueden mejorar los síntomas, reducir la discapacidad, acortar el curso de muchos trastornos y prevenir recaídas. En síntesis, proporcionan el tratamiento de “primera línea” y su administración no es compleja. La OMS ha confeccionado una lista de medicamentos esenciales, y las drogas psicotrópicas y los antiepilépticos deben ser incluidos en esa lista: no hay atención posible sin ellas.

3. Brindar atención en la comunidad.

En términos de resultados y de calidad de vida de los pacientes con trastornos crónicos, la atención basada en la comunidad ha mostrado tener mayor efecto que el tratamiento institucional. Más aún, mientras que los hospitales mentales no están en condiciones de producir intervenciones tempranas, los servicios comunitarios las hacen posibles al estar al alcance de los que los

necesitan. Desde la perspectiva de la salud pública, unos pocos hospitales mentales — que, además, consumen la mayor parte de los fondos del presupuesto de salud destinado a salud mental— no pueden ofrecer una solución efectiva para el número relativamente grande de personas con trastornos mentales.

Solo en la comunidad es posible desarrollar un modelo que incluya (Levav 1993):

- Autocuidado
- Atención familiar y grupos de apoyo
- Agentes comunitarios (líderes comunitarios, docentes, miembros del clero, policías, peluqueros, curanderos, etc.)
- Promotores de la salud
- Agentes de APS (enfermeros, médicos de familia, etc.)
- El hospital general para pacientes que necesitan internación

Este modelo de atención es factible aún en lugares con escasez de recursos humanos especializados en salud mental.

4. Educar a la población

Esta recomendación se relaciona con la necesidad de incrementar el conocimiento de la población sobre la carga de los trastornos mentales, sus variadas formas de tratamiento y los lugares para consultar. La educación es un instrumento estratégico para generar una cultura amigable hacia la problemática de la salud mental. En esa línea, es importante no reducir el concepto de educación solo a la transmisión de información, ya que de lo que se trata es de promover aquellas actitudes que conduzcan a la erradicación del estigma y la discriminación. Un excelente ejemplo del papel de la educación es lo que sucede en situaciones de catástrofe: en estos casos, en que a la población adulta le es difícil superar sus fuertes emociones y su propia confusión, y controlar además las reacciones de los niños, el manejo adecuado de la información contribuye a encausar adecuadamente la



ansiedad. En esa línea, la OMS ha desarrollado programas educacionales que apuntan a cubrir las necesidades de diferentes sectores en comunidades en emergencia.

5. Involucrar a la comunidad, a la familia y a los usuarios.

Numerosas instituciones de formación y atención en salud pública han incorporado hace años la participación comunitaria y de las familias en sus lineamientos de trabajo, con participación de los usuarios en el desarrollo de políticas, programas y servicios. En algunos países —Israel y México, por ejemplo— los usuarios y sus familias se constituyen en excelentes defensores de la atención en salud mental; como fruto de esta defensa, los decisores de políticas se sienten por lo general más obligados a apoyar las acciones de la salud mental. Recuerdo, por ejemplo, la sesión plenaria de la Asamblea Mundial de la OMS del 2001 en la que cambió la disposición de los participantes hacia el tema, cuando la madre de un joven con esquizofrenia habló de la desintegración psíquica de su hijo y de la esperanza que habían devuelto a su familia los primeros resultados positivos del tratamiento.

Esta transformación del concepto de *cuidado/atención* en el que familias y usuarios dejan de verse a sí mismos como *pacientes* para convertirse en *socios* de los trabajadores de la salud, ha producido mayor democratización de los servicios y el incremento de la satisfacción con el tratamiento.

6. Establecer políticas, programas y legislación nacionales.

Durante mucho tiempo, los países no tuvieron políticas y programas explícitos de salud mental, aunque actualmente, cerca del 60% los tienen. Desde ese punto de vista, la *salud mental pública* ha estado considerablemente retrasada con respecto a la *salud pública*. No me detendré aquí en el proceso de construcción de ambas. En lo que sí haré

hincapié es en el campo de la salud mental: cada país deberá fijarse sus propios objetivos de desarrollo, establecer su propia estrategia para lograrlos y diseñar el plan de acción correspondiente. Para ello, es necesario plantear una relación dialéctica entre los funcionarios y la sociedad que, sobre la base de un diagnóstico compartido de la situación —incluidos necesidades y recursos—, permita explicitar qué se pretende hacer en términos de promoción, prevención, cuidado/ atención y rehabilitación.

7. Desarrollar los recursos humanos.

En salud mental, el concepto de *recursos humanos* incluye no sólo al equipo de salud del Primer Nivel de Atención sino también a los agentes comunitarios que, como ya se ha visto, juegan un papel fundamental en la educación, el apoyo, la referencia y la defensa de sus derechos. Como ya se señaló, los especialistas en psiquiatría y otras disciplinas afines, seguramente no en psicología en la Argentina pero sí en enfermería psiquiátrica, resultan escasos para atender satisfactoriamente las demandas de atención en salud mental de la población, por lo que la necesidad de ampliar la base de formación de recursos humanos no necesita mayor argumentación.

El número de psiquiatras aumentará solo cuando los decanos de las facultades de medicina logren superar el estigma que opaca su pensamiento y nutre sus prejuicios; ese cambio se producirá cuando asuman que la salud mental es un área del conocimiento en el campo de la salud construida sobre basamentos científicos tan sólidos como los de cualquier otra área de ese campo ya legitimada. Obviamente, sobre todo en los países en desarrollo, no es solo el número de especialistas el que marcará la diferencia: se trata de diseñar un currículum apropiado que habilite al médico para operar en contextos de subdesarrollo.



8. Vinculación con otros sectores.

La salud mental es un campo intersectorial, y la educación y la justicia, entre otros, son sus socios naturales. El sector laboral es sin duda otro de sus aliados estratégicos: la rehabilitación de la persona con trastornos mentales requiere su colaboración, tanto como el tema de la desocupación emergente de la globalización, cuyas consecuencias sobre la salud mental son devastadoras. Sus efectos se mitigan con políticas sociales y para promoverlas, el campo de la salud mental y el sector del trabajo deben trabajar conjuntamente.

Actualmente contamos además con otro grupo de socios. A medida que —también como producto de la globalización— el Estado se achicó, las ONGs han ocupado un lugar relevante en la promoción y en la prevención de la salud mental, al dar respuesta a las demandas nacionales y de las grandes agencias de cooperación internacional. Se trata, sin duda, de una sociedad beneficiosa que debería ser continuamente incrementada y fortalecida.

En esa línea, quiero traer aquí algunos ejemplos de interés: en España, las agencias sociales y el Ministerio de Salud de Andalucía establecieron un programa de rehabilitación de personas con trastornos mentales a través de cooperativas —conducidas conjuntamente por personas con y sin esos trastornos—, que se han constituido en empresas sociales exitosas, generadoras de trabajo y beneficios económicos. Un programa con características similares se desarrolló en Brasil, en el Municipio de Santos, liderado por un partido progresista.

9. Monitoreo de las acciones de salud mental comunitaria.

Es evidente que no se lograra avanzar ni ser creíbles en salud mental sin un monitoreo adecuado de los programas y la evaluación de sus resultados. Sea cual fuere su situa-

ción y sus dificultades, no hay país que no pueda establecer una serie de indicadores mínimos, interactuantes con su propia realidad, que sirvan para convencer tanto a los decisores de las políticas locales como a los funcionarios de los organismos internacionales, que redunde en beneficios apoyar un programa de salud mental.

10. Incrementar el apoyo a la investigación.

¿Cuál debería ser la agenda de investigación de los países en desarrollo y cómo llevarla a cabo? ¿Cuál debería ser el papel de las instituciones de educación superior en los países industrializados? Estas son algunas de las cuestiones que necesitan indagación. La OMS convocó en diciembre del 2002 una reunión para discutir esas cuestiones, a partir de la toma de conciencia de que no se dispone aún de conocimiento suficiente para salvar la brecha entre el estatus actual de la salud mental y los objetivos que esa Organización promueve en el nivel mundial. Cabe a la investigación aportar a la producción del nuevo conocimiento que la situación requiere.

7.2. Las tres estrategias del grupo de Harvard

Por su parte, el grupo de investigadores del Departamento de Medicina Social de la Universidad de Harvard (Desjarlais y cols 1995) planteó tres estrategias básicas para que los países en desarrollo produzcan las transformaciones necesarias en la situación de salud mental:

- Promover políticas de salud pública.
- Reorganizar los servicios transfiriendo a la comunidad el grueso de las acciones de salud mental.
- Utilizar las tecnologías de costo-eficiencia disponibles en la actualidad.

A modo de breve conclusión

Someramente, se ha abordado aquí una serie de cuestiones complejas relacionadas con



la salud mental: los derechos humanos, la pobreza, el estigma, el *nihilismo terapéutico* y la desatención; la carga de la enfermedad, las técnicas de intervención, la formación de recursos humanos, el estatus científico de la salud mental como integrante del campo mayor de la Salud.

Al mismo tiempo que se señalaran las condiciones críticas del área en la mayoría de los países, se han consignado también los esfuerzos nacionales e internacionales que se vienen realizando para superar dificultades históricas que aun persisten. Se trata, en síntesis, de una breve revisión de la problemática de la salud mental con énfasis en los países menos desarrollados, cuyo objetivo es proporcionar a los

interesados un panorama y una serie de ideas que inviten a la reflexión y a la acción.

En función de las circunstancias socioculturales, económicas, políticas, históricas, ambientales de cada país, cabe a los responsables de las decisiones y a los diversos trabajadores y agentes de la salud mental decidir qué reflexiones, consideraciones, propuestas y recomendaciones planteadas a lo largo de este trabajo convienen más a la situación de salud mental de la población a su cargo, teniendo como marco la promoción de la salud pública, los derechos humanos, la equidad en el acceso a los beneficios sociales y el desarrollo sustentable de la nación.



BIBLIOGRAFÍA

- Bustelo P y cols: Epidemiología del consumo de tranquilizantes menores en la ciudad de Montevideo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 42:105–112, 1996.
- Cabral de Mello M, Borneman T, Levav I: The ministers of health call for mental health action. World Health Organization, Geneva 2001.
- Desjarlais y cols: La salud mental en el mundo. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC 1997.
- Dohrenwend BP y cols: Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation–selection issue. *Science*, 255:946–952, 1992.
- Eisenberg L: Nature, niche and nurture: The role of social experience in transforming genotype into phenotype. *Academic Psychiatry*, 22:213–222, 1998.
- ILAE/IBE/WHO: Global campaign against epilepsy. World Health Organization, Geneva, 2000.



- Kohn R, Dohrenwend BP, Mirotznik J: Epidemiologic findings on selected psychiatric disorders in the general population. En Dohrenwend BP (ed) Stress, adversity and psychopathology, Oxford University Press, New York, 1998.
- Kohn R y cols. The treatment gap in mental health care. Enviado para su publicacion.
- Levav I (ed) Temas de salud mental en la comunidad. Paltex, Organizacion Panamericana de la Salud, Washington DC, 1993.
- Levav I, Gonzalez Uzcategui R: Rights of persons with mental illness in Central America. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101:83–86, 2000.
- Levav I y cols: Capacitacion del medico general en el manejo de la depresion. Enviado para su publicacion.
- Murray CJL, Lopez AD: The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard School of Public Health, Cambridge MA, 1996.
- Naciones Unidas: La proteccion de las personas con trastornos mentales y el mejoramiento de la atencion (www.un.org/ga/documents/gadocs/htm), 1991.
- Organizacion Mundial de la Salud: El informe mundial de la salud 2001. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organizacion Mundial de la Salud, Ginebra, 2001.
- Organizacion Mundial de la Salud: Atlas Project. Mental health resources in the world 2001. World Health Organization, Geneva 2002.
- Organizacion Panamericana de la Salud: Presentacion al Consejo Directivo (CD40.R19), setiembre 1997, Washington DC.
- Saraceno B, Barbui C: Poverty, and mental illness. Canadian Journal of Psychiatry, 42:285–29, 1997.

Género y prescripción de psicofármacos(*)

Iñaki Markez, Nuria Romo, Mónica Póo,
Amando Vega, Carmen Meneses, Eugenia Gil

Resumen

Se presenta una revisión de la investigación realizada sobre el uso de psicofármacos, especialmente de aquellos estudios sobre la prescripción y uso por las mujeres, pues los psicofármacos son un grupo de fármacos de elevado consumo en el Sistema Público de Salud, siendo las mujeres las principales usuarias por ello se observa el análisis de los factores que influyen en el sobrediagnóstico médico o psiquiátrico en las mujeres y abuso en los tratamientos farmacológicos.

Se comprueba que una parte importante de la producción científica se centra en el estudio de la detección de los trastornos en Atención Primaria o Especializada y en la morbilidad psiquiátrica de manera comparada entre los sexos. La mayor parte de las investigaciones realizadas en este ámbito tiene un carácter clínico y epidemiológico.

Palabras clave

Género, trastorno mental, psicofármacos, prescripción, atención primaria.

— ¿Por qué vendes estas píldoras? —dijo el Principito.

— Tomando una a la semana ya no sentirás necesidad de beber. Se ahorran cincuenta y tres minutos a la semana, —respondió el vendedor.

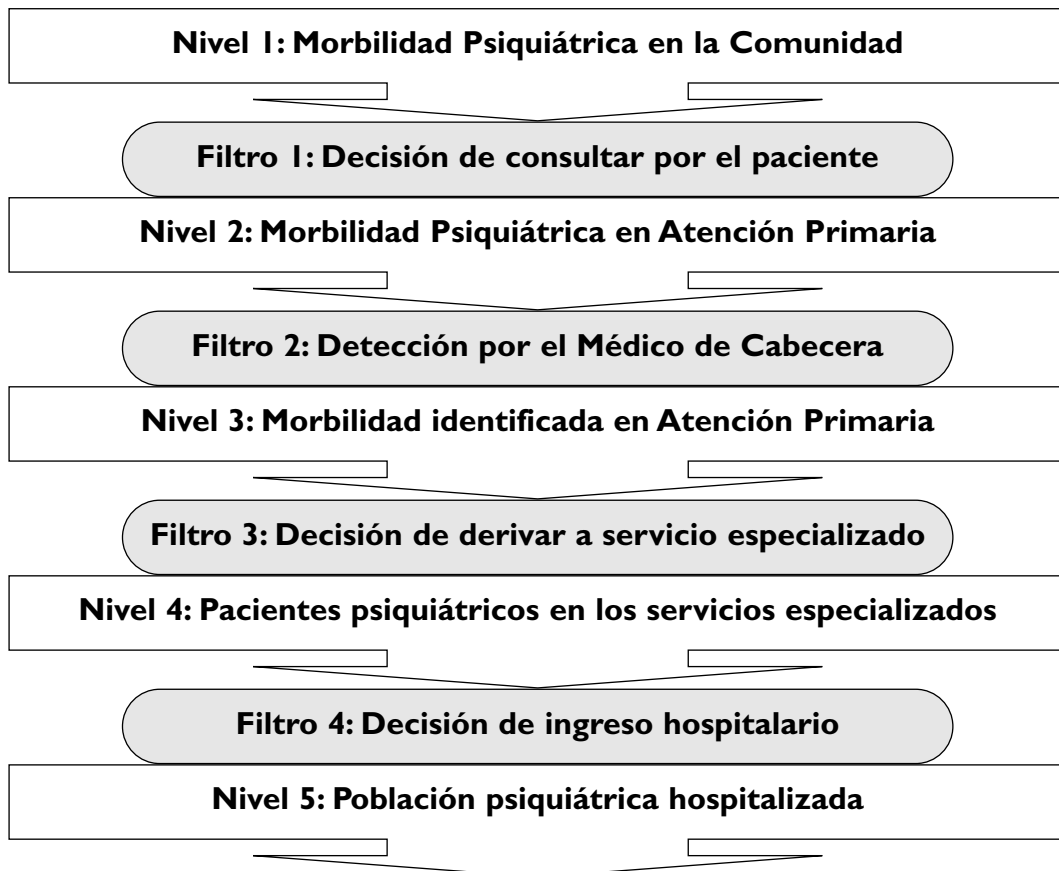
—Yo —se dijo el Principito— si tuviera cincuenta y tres minutos para gastar, andaría despacio hacia una fuente.

Saint-Exupéry, *El Principito*

A medida que se ha desarrollado la investigación epidemiológica en el campo de la salud mental se han sucedido aportaciones provenientes del estudio de la población y su relación con los dispositivos asistenciales llegando a lo que se denominó “el camino de la asistencia Psiquiátrica” (1,2). El *Modelo de Goldberg* utiliza cinco niveles con sus cuatro filtros para describir la morbilidad psiquiátrica en la población general y su recorrido hasta la atención especializada (fig 1).

(*) Este trabajo es parte de un estudio financiado por la Secretaria General de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. N/REF RS/MS. Convocatoria I+D+I. Expte.64/01, cuyo título es *Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas.*

Figura 1.- Niveles y filtros en los trastornos psiquiátricos



Fuente: Modificado de Goldberg y Huxley, 1980

En estos niveles de atención destacan los dos momentos clave en este recorrido: la decisión del paciente de consultar y la capacidad de detección de psicopatología por el médico o médica de cabecera. A pesar de la elevada variabilidad en los estudios según el método de detección, la capacidad de detección de trastornos psiquiátricos por el médico—a de atención primaria se sitúa en torno al 35% como podemos ver en la tabla 1 que se presenta a continuación y que resume algunos trabajos llevados a cabo en esta área.

Con el desarrollo del modelo de atención primaria así como de la investigación epidemiológica, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, se ha ido comprobando la coincidencia de numerosos

problemas en el tipo de afectaciones en la salud mental y en los modos de atención siendo los trastornos de ansiedad, depresión o mixtos los más frecuentes (3).

En los años 80 y 90 se realizaron muchos estudios epidemiológicos desarrollados en el campo de la salud mental que aportan información general al mismo tiempo que recogen las diferencias de prevalencia por sexo tanto para trastornos específicos como para el conjunto de los trastornos. Las tasas de prevalencia de trastorno psiquiátrico en los estudios comunitarios oscilan entre un 10 y un 40% según diferentes estudios nacionales o internacionales (4,5,6,7) variando según los instrumentos de medida utilizados y según utilizaran instrumentos de *screening* o entrevistas psiquiátricas estandarizadas, siendo



menor la prevalencia en estas ocasiones. Cuando se utiliza el GHQ-28 en población general, la prevalencia se sitúa entre 30 y 40% (8,9,10,11). En estudios en dos fases con el PSE (4,12,13,14,15,16), las cifras medias de prevalencia oscilan de 10–26%, mientras que con el

DIS se sitúan en torno al 32% (17,18,19). Diferentes estudios en el estado español dan Prevalencia de morbilidad psiquiátrica siempre superiores en las mujeres con valores que oscilan entre el 20 y 34%, mientras que en los varones oscilan entre el 8 y 21% (ver Tabla 1).

Tabla 1: Prevalencia de morbilidad psiquiátrica por sexo en diferentes estudios

Autores-as	Año	Instrumento	N	Lugar	Prevalencia de psicopatología (%)	
					Mujeres	Varones
Vazquez-Barquero y otros	1981	GHQ-60/ CIS	1156	Navarra	28,3	19,1
Seva y Civera	1982	GHQ-30	404	Soria	34,2	¿?
Díez y otros	1984	GHQ/ PSE	452	Cantabria	20,6	8,0
Vazquez-Barquero y otros	1987	GHQ-60/ PSE	1232	Cantabria	20,6	8,1
Herrera y otros	1990	GHQ/ PSE	811	Barcelona	20,1	8,2
Villaverde y otros	1993	GHQ-28/ CIS	660	Tenerife	22,0	12,2
Retolaza, Markez, Ballesteros	1995	GHQ-28/ PSE	500	Bizkaia	23,7	12,8
Gili y otros	1998	GHQ-28/ SCAN	697	Formentera	21,2	22,4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de diferentes estudios.

Estas diferencias de distribución de la patología mental según el sexo, aunque han sido objeto de diversas interpretaciones, ha permitido conocer que a las mujeres se les diagnostica con mayor frecuencia trastornos relacionados con la ansiedad, el sueño y la depresión, mientras que los varones se les diagnostica más abuso de sustancias y de trastornos de personalidad (4,15,17,20).

Detección de trastorno mental

En el ámbito de la Atención Primaria, el 50% de los pacientes que acuden a un servicio de

salud tiene un factor psicosocial como precipitante de su demanda y los problemas de salud mental suponen más del 20% de motivos de consulta en medicina general (21). En la investigación llevada a cabo por profesionales de este ámbito de atención existe un reconocimiento de la importancia del consumo de psicofármacos y del aumento en su uso en los últimos años, reconociéndose que los principales prescriptores y prescriptoras han sido y siguen siendo los médicos/as de Atención Primaria. Como ya hemos dicho al explicar el modelo de Goldberg, se sitúa en torno al 35% la capacidad de estos profesionales de detectar trastornos psiquiátricos.



Trabajos realizados en consultas de atención primaria en Bizkaia (9,15) ofrecían una prevalencia de 28% sobre el total de consultantes durante un mes. Las mujeres presentaban una prevalencia (23,7%) que casi doblaba la de los varones (12,8%) siendo la depresión el trastorno más frecuente en ambos casos pero sobre todo en las mujeres. Otro estudio realizado con mujeres en un área urbana de Pamplona (16) ofrecía tasas de morbilidad del 25% excluyendo la dependencia tabáquica. En otro trabajo de Vázquez-Barquero y cols. (22) y que fue realizado en distintos centros del norte, en concreto en Asturias y Cantabria, con el SCAN como entrevista de estudio, los trastornos más frecuentes entre las mujeres fueron la ansiedad generalizada (18,5%), la depresión (7,1%) y la distimia (3,6%), aunque esta última sea otra categoría referida a la depresión.

En este ámbito de la Atención Primaria se ha tratado de estimar la prevalencia de trastorno mental en las mujeres o de manera comparada entre varones y mujeres de grupos específicos de la población. Por ejemplo, Arillo y otros (16) trataron de estimar la prevalencia de patología mental en mujeres de 18–70 años en una zona básica de salud de Pamplona, describiendo la comorbilidad existente y analizando el registro de patología mental en la historia clínica a través de un estudio transversal observacional. Los resultados indican que la prevalencia de enfermedades mentales en el “último año de vida” era del 33.3% y disminuye al 24.9% si se excluye el abuso de tabaco, siendo las patologías más frecuentes en esta muestra la depresión, tabaquismo, fobia simple, agorafobia, fobia social y estrés postraumático. Sus autores encontraban un bajo registro de morbilidad psiquiátrica en las historias clínicas de las mujeres lo que relacionan con el infraregistro puesto en evidencia en otros estudios.

El tipo de patología específica que se detecta en Atención Primaria, son depresión, ansiedad e insomnio, enfermedades de alta prevalencia tanto en las consultas de medicina familiar como en la población general. La depresión

(10,4%), el trastorno de ansiedad generalizada (7,9%) y la dependencia alcohólica (2,7%) fueron los tres trastornos de mayor prevalencia en un estudio de la OMS en centros de salud de 15 países del mundo, con un 24% de prevalencia media del conjunto de los centros para cualquier tipo de trastornos psíquico (25), siendo mujeres el 62% de total de consultantes.

Algunos autores concluyen que la utilización de fármacos en el ámbito de la Atención Primaria se centra fundamentalmente en el tratamiento de la ansiedad, insomnio y trastornos depresivos (23). El malestar psíquico ha sido otro aspecto estudiado entre las personas que acuden a este ámbito de la atención sanitaria. Sebastián Gallego, R. y otros (1998) determinan su prevalencia en la población consultante de un centro de salud urbano de Barcelona, concluyendo que la prevalencia de malestar psíquico es alta, “dándose principalmente entre mujeres, sin una pareja estable, que acudían más de seis veces al año a consulta, con consumo habitual de psicotropos y analgésicos” (24)

Otros estudios han tratado de conocer la prevalencia del consumo entre las personas que acuden a consulta en el nivel primario de la atención a la salud. Mateo y otros (26) realizaron una investigación en el Centro de Salud de Potes en Madrid para determinar la prevalencia de consumo en estas consultas y correlacionarla con las características sociodemográficas y la presencia de síntomas psíquicos, concluyendo que el consumo global de psicofármacos se sitúa en el 21% de la muestra, porcentaje superior al obtenido en otros estudios, aunque similar al hallado en nuestro país en pacientes ingresados o ancianos, con mayor consumo de psicofármacos en mujeres, en individuos de edad elevada, viudos o que viven solos, con patología orgánica crónica.

¿Qué influye en la prescripción?

El hecho que las mujeres sean más medicalizadas que los varones y que esta situación se



aplique a la prescripción de psicofármacos nos lleva a pensar que el género es un elemento clave que influye en la relación médico–a/paciente desde el ámbito de los dos actores. Dos elementos pueden ser importantes para comprender esta situación. La actitud de médicos y médicas hacia sus pacientes y también la hiperfrecuentación de las mujeres en las consultas.

Actitudes de médicos–as ante la prescripción en varones o mujeres

Un campo de especial interés está en el estudio de las diferentes actitudes de los profesionales, sean varones o mujeres, en el acto médico, en particular en lo referente a la prescripción farmacológica según el sexo del paciente. Sabemos que la investigación realizada con profesionales americanos ha mostrado que éstos prescriben más medicamentos de todo tipo a las mujeres cuando las comparamos con los varones, siendo confirmado este dato en este país para la prescripción de psicofármacos (27).

Algunos estudios apuntan a que ante similar diagnóstico y número de consultas, la mujer recibe mayor cantidad de psicofármacos que los varones (26,28), lo cual hace pensar en errores diagnósticos o sesgos de género en el diagnóstico (38). En esos estudios se señala que los 2/3 de prescripciones de psicofármacos (tranquilizantes menores y antidepresivos fundamentalmente) están dirigidas a mujeres (29,30). En la investigación internacional está consensuado de manera clara que el personal médico prescribe más psicofármacos a las mujeres que a los varones.

El género, como elemento importante de la probabilidad de recibir una prescripción de psicofármacos, puede no ser el único factor determinante. Otras variables que predicen la prescripción del fármaco incluyen la mayor edad, el estatus socioeconómico, la situación psicológica y social, la salud física y mental, el estrés psíquico y el policonsumo de drogas. Por ejem-

plo, interaccionando con la edad el uso inapropiado de drogas en la mujer mayor ha sido bien documentado.

La literatura publicada en MEDLINE desde 1985 a 1998 sobre la influencia que tiene el género del profesional de la medicina en la relación con los pacientes fue revisada por Ana Delgado (31) y destacó algunos aspectos que tienen interés para comprender los resultados de esta investigación que presentamos, a pesar de que no estén referidos a la prescripción de psicofármacos. Concluyó que respecto al estilo de comunicación, tanto la duración de la visita como los contenidos y estructura de la misma varían entre médicos y médicas, siendo usualmente la duración media de la consulta superior en las médicas. Del mismo modo, se observa otra interacción, esta vez entre el género del médico y demanda: ante un problema psicosocial, las médicas hablan más que ante un paciente somático. Se ha comprobado que las médicas dedican una proporción mayor del tiempo a recabar información y discutir con sus pacientes aspectos del funcionamiento social y/o familiar. Las médicas son también menos directivas que sus colegas varones en la toma de decisiones y abogan por facilitar al paciente una participación mayor en la decisión, aunque sólo aparece este resultado con los pacientes jóvenes.

El perfil de los problemas atendidos por médicos y médicas en consulta parece ser bastante distinto, observándose entre las médicas una mayor cantidad de problemas de salud de las mujeres así como de tipo psicosocial. Varones y mujeres prefieren, generalmente, un médico–a de su mismo sexo para consultar por problemas del área genital, pero sólo las mujeres manifiestan preferencia por una médica para problemas psicosociales.

El efecto del sexo del paciente sobre la calidad de las historias clínicas o la actitud diagnóstica terapéutica tiene así mismo interés de cada a la comprensión de los factores que



incluyen en la interacción médico–paciente. Moreno Luna y otros (2000) han estudiado si la actitud diagnóstico–terapéutica de los médicos ante personas con síntomas de ansiedad–depresión es diferente según el paciente sea varón o mujer. Los autores concluyen que la actitud de los médicos–as de Atención Primaria ante pacientes con síntomas ansioso–depresivos difiere según sea el sexo del paciente. Los médicos–as de Atención Primaria prescriben más ansiolíticos, prestan más apoyo psicológico y piensan más en la causa funcional cuando el paciente es mujer. Los autores creen que esto puede ser debido a la influencia de los datos de prevalencia “clásicos” que indican que la ansiedad–depresión es 2–3 veces más frecuente en las mujeres que en los varones por lo que se preguntan si los resultados de su estudio no responden a un posible círculo vicioso: “Hay mayor prevalencia en las mujeres porque los médicos diagnostican más, y los médicos diagnostican más por suponer que hay mayor prevalencia” (38). Pepió i Vilaubí, J.M. y otros (1997) se plantearon como un objetivo de su investigación analizar y cuantificar el posible efecto del sexo del paciente sobre la calidad de las historias clínicas de atención primaria correspondientes a la población adulta. Sus resultados evidencian que la calidad de los registros de la historia clínica de atención primaria es mayor entre las mujeres que entre los varones(32). Esto contrasta con la dificultad que tienen las mujeres en comparación con los varones para beneficiarse de los avances tecnológicos y terapéuticos concentrados en su mayoría en los hospitales, que plantean la existencia de discriminación de la mujer en cuanto a beneficios de la asistencia sanitaria.

La actitud del personal médico también ha sido estudiada ante trastornos concretos como la ansiedad. Este es el caso de Vega Alonso y colaboradores (1999) que evalúan los principales factores que influyen en la actitud terapéutica del personal médico frente a los trastornos de ansiedad y su variabilidad en tres comunidades autónomas, en concreto, analizan la influencia

de factores independientes, relacionados con las características de los médicos de atención primaria, los pacientes y la enfermedad, sobre las actitudes terapéuticas y su variabilidad frente a los trastornos de ansiedad. Realizan un estudio observacional de 3247 personas que acuden a las consultas de medicina de familia en atención primaria y son identificadas como pacientes con trastornos de ansiedad en las Comunidades Autónomas de Castilla y León, País Vasco y Comunidad Valenciana.

Este trabajo aporta información sobre diferentes tratamientos. Los pacientes de Castilla y León o de la Comunidad Valenciana tuvieron una probabilidad superior de ser derivados que los del País Vasco. La preferencia por el tratamiento farmacológico fue también una característica de los datos de Castilla y León. La edad de los pacientes no parece tener una gran influencia, mientras que en función del sexo del enfermo se observó que en los pacientes de sexo femenino es más frecuente el consejo, en tanto que en los de masculino lo es la derivación (33). Los médicos de atención primaria que trabajan en centros de atención primaria de ámbito urbano y los varones proporcionan consejo médico con más frecuencia y derivan a los pacientes hacia la atención especializada menos que los médicos del sexo femenino. El consejo es más frecuente en los pacientes del sexo femenino mientras que la derivación lo es en los del sexo masculino. Los hallazgos sugieren muchas diferencias en la actitud de los médicos–as de atención primaria hacia los pacientes con trastornos de ansiedad. Las características personales de los médicos–as y su ubicación geográfica ejercen gran influencia sobre las actitudes terapéuticas.

Hiperfrecuentación en Atención Primaria y “malestar de las mujeres”

No es casual que se “psicologice” la hiperfrecuentación, apareciendo con frecuencia términos como cronificación, enfermedad psicosomática, somatización, hipocondría, etc., en alusión a



quienes participan de estos comportamientos repetidos. En un estudio en tres centros de salud de Bizkaia (34) que consideraba persona hiperutilizadora a quienes realizaban más de 7 contactos por iniciativa propia durante un año, se observó que un 10% de los pacientes —los hiperfrecuentadores— habían realizado el 31% de las consultas a demanda. Se pudo comprobar que la enfermedad física crónica, la presencia de trastorno mental y los acontecimientos vitales estresantes se asociaban con la alta frecuentación de las consultas médicas. La elevada frecuentación dificulta en ocasiones un adecuado diagnóstico y por ello es frecuente encontrar alusiones a “enfermos psiquiátricos” que evaden diagnósticos mejor definidos. El temor a la psicopatología es un hecho. Por la débil confianza del médico en sus posibilidades terapéuticas al considerar que carece de tiempo para *hablar* con la persona enferma, y también por el recelo, cuando no, ignorancia del correcto uso del tratamiento farmacológico. Se ha demostrado que las mujeres están, por razones de índole cultural, más predispuestas que los varones a reconocer la presencia de enfermedades y a establecer contacto, para buscar atención a sus trastornos.

Los diagnósticos de somatización son más frecuentes en las mujeres, la salud se ha psicologizado, pero casi nunca se piensa que las enfermedades de los varones tengan un componente psíquico. Estudios recientes indican prevalencias en trastorno mental parecidas en varones y mujeres, aunque las mujeres consultan más. Las mujeres consultan más por trastornos depresivos, ansiedad y los varones por mayor abuso de sustancias y trastornos antisociales de personalidad. En este sentido, creemos que ambas pueden ser formas de responder al estrés que reflejan las diferentes expectativas sociales frente a cada sexo. Las mujeres tienen más responsabilidad de su salud en virtud de el posible embarazo y el cuidado de sus hijos a la vez que la de ancianos de sus familias que los varones, lo que explica que frecuenten más las consultas y

tengan una mayor responsabilidad ante la enfermedad acudiendo a las consultas. Resulta más aceptable socialmente que una mujer acuda al médico que un varón. No se trataría, pues, de mayor presencia de morbilidad sino de una mayor predisposición a consultar, conducta que se ajusta al rol femenino.

Establecer contacto con los servicios médicos, forma parte de lo que desde la psicología social de la salud se ha llamado conducta de enfermar, término acuñado por Mechanic en 1978 (35), conducta que implica una percepción e interpretación de los síntomas, asunción del papel de enfermo, búsqueda de asistencia, asunción del papel de paciente y recuperación. Una vez en la consulta las formas de expresión y transmisión de los síntomas son distintas entre varones y mujeres, lo que se ha llamado la semiología de las mujeres. Las mujeres tienden más a comunicar verbalmente y expresar su malestar a través de conductas como el llanto, quejas de tristeza y depresión. Sin embargo, los varones demuestran el malestar en irritabilidad e indecisión, síntomas estos que los médicos no identifican como signos de una malestar, por lo que tienden infradiagnosticar y infaprescribir a los varones y sobrediagnosticar y sobreprescribir a las mujeres (27). La capacidad del médico para determinar el diagnóstico psicopatológico concreto (ansiedad o depresión) es baja. Los síntomas ansiosos con mayor expresión clínica, resultan más diagnosticados. Ello pone de manifiesto las carencias y sesgos de formación que gran parte de los profesionales de atención primaria en el ámbito de la salud mental. Estos profesionales, como muchos miembros de esta sociedad, comparten los estereotipos que en ella se manejan. Comparten las mismas actitudes negativas ante problemas como la vejez, la falta de atractivo físico, que el resto de la sociedad. Es lo que se ha llamado el sesgo sexual de médico. Los médicos a veces responden de forma diferente a los pacientes varones o mujeres que presentan la misma queja, ofreciendo diagnósticos y tratamientos diferenciados.



Existen variables referentes al médico o médica que influyen en su capacidad para diagnosticar y abordar situaciones. Cuando el paciente es una mujer se evidencia menos esfuerzos terapéuticos que cuando el paciente es un varón, claramente objetivables en la calidad de las historias clínicas y en el manejo de pruebas tecnológicamente más sofisticadas. Es necesario considerar el sesgo en los juicios médicos según el sexo del paciente, y la grave falta de conocimientos sobre factores de riesgo y sobre la semiología de las mujeres.

Algunas propuestas de los profesionales de la Medicina

En las investigaciones analizadas se señalan algunas propuestas que las investigadoras e investigadores creen que pueden llevar a una mejor prescripción de este tipo de fármacos. Fernández Alvarez y su equipo consensuaron entre médicos-as de Atención Primaria las cinco acciones más importantes que pueden disminuir la prescripción de estos fármacos: educación sanitaria a la población; disminuir la presión asistencial; concienciar a los médicos de una correcta prescripción: potenciar la red de apoyos sociales y que los médicos potencien el uso de tratamientos alternativos eficaces (36).

Mateo y otros (26) concluyeron su investigación resaltando el elevado número de consumidores entre los usuarios de atención primaria, sobre todo en determinados grupos “de riesgo” como es el colectivo de las mujeres. Probablemente en las personas de estos grupos sea necesario una actuación especial desde los equipos de atención primaria, mediante medidas de apoyo y detección precoz de síntomas psíquicos a fin de prevenir la aparición de trastornos psiquiátricos y el consumo excesivo de psicofármacos.

Vega Alonso y colaboradores (33) proponen, siguiendo otros estudios previos, la necesidad de detectar perfiles clínicos y demográficos de los pacientes con problemas de ansie-

dad con el fin de ayudar a los médicos de atención primaria a reconocer, diagnosticar y seleccionar tratamientos para estos trastornos mentales. Nuevos enfoques terapéuticos de estos problemas en atención primaria deben ser definidos sobre la base de estudios de eficacia de los tratamientos y de la pertinencia de la derivaciones a la atención especializada y a los equipos de salud mental. Siguiendo una línea similar Torre Gil y otros (37) señalan en su investigación que es necesaria una mayor formación médica en atención primaria para poder afrontar los problemas de salud mental de los pacientes.

En el estudio sobre el que se ha basado este artículo, los profesionales de la salud mental aportan una aclaración a diferencia de los de Atención Primaria, intentando distinguir entre patología psiquiátrica y malestares psicológicos o emocionales. La presencia de signos y síntomas de tristeza o ansiedad, no siempre constituye una entidad psiquiátrica, aclaración que lleva a replantearse la existencia de mayor morbilidad psiquiátrica entre las mujeres (39). Señalan que en el discurso de los profesionales está clara una respuesta de medicalización ante los procesos asociados al ciclo vital de las mujeres. En sus discursos se ve como estereotipos de género influyen la forma de identificación y diagnóstico de patologías como la ansiedad o depresión asociadas a los malestares. La investigación aporta datos de interés que pueden ayudar a la comprensión de la asistencia sanitaria a las mujeres y el impacto que esta asistencia tiene en su vida cotidiana. También el género se construye a través de la construcción identitaria de las mujeres que en parte lleva a una distinta vivencia del proceso de salud-enfermedad.

Las mujeres, por su parte, son conscientes de la necesidad de alternativas no farmacológicas para la atención a sus malestares, alternativas que tanto pueden incluir tratamientos especializados como actividades de promoción personal, de animación sociocultural, etc. Esta



educación sobre los fármacos debiera iniciarse ya en las escuelas y continuar después en otros servicios dedicados a la atención de las personas, por supuesto, de acuerdo siempre con sus necesidades.

Desde una perspectiva amplia, el sistema educativo no puede desentenderse de la problemática de los medicamentos, con un consumo creciente, muchas veces injustificado y, en ocasiones, perjudicial. Si sabemos que la niñez y en la adolescencia se crean las pautas de conducta posterior, habrá que comprometerse frente a la "cultura de la pastilla" que en nada favorece el pleno desarrollo de la persona y sí estimula el recurso a todo tipo de sustancias para buscar "soluciones mágicas" a los problemas de la vida.

Como conclusión de este trabajo habrá que resaltar que los psicofármacos no constituyen la solución a los malestares de las mujeres, como se ha podido constatar en nuestra investigación (39), por lo que habrá que buscar otras alternativas, más allá del tratamiento farmacológico y las terapias especializadas. La promoción de la Salud, como se señala en la Carta de Ottawa, entre otros documentos supranacionales (40) constituye un marco idóneo ya que expresa el desarrollo del sentido de responsabilidad individual, familiar y social ante la salud propia y la ajena, implica tanto la elaboración de una política pública sana como crear ambientes favorables, desarrollar aptitudes personales y reforzar la acción comunitaria, sin olvidar la reorientación de los servicios sanitarios.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Goldberg, D. and Huxley, P. (1980) *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. Tavistock, London.
- 2.- Goldberg, D. P., Kay, G. and Thompson, L. (1976) Psychiatric morbidity in general practice and the community. *Psychological Medicine*, 6, 565-569.
- 3.- Hidalgo, F. J., Delgado, E., Areas, V. L., García Marco, D., Juana, P. d. y Bermejo, T. Utilización de psicofármacos a nivel hospitalario: indicaciones y prescriptores. *Farmacia Clínica* [12]9, 654-664, 1997
- 4.- Vázquez Barquero, J. L., Díez Manrique, J. F., Pena Martín, C. and others (1987) Community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med*, 17, 227-241.
- 5.- Seva, A.; Magallon, R.; Sarasola, A.; Merino, JA. Investigación epidemiológica psiquiátrica en dos fases en Zaragoza (proyecto SAMAR-89). *An Psiquiatría* 1992; 8: 45-55
- 6.- Bebbington, P. E., Hurry, J., Tennant, C. and others (1981) The epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine*, 11, 561-580.
- 7.- Lehtinen, V., Hindoholm, T., Veijola, J. and Väisänen, E. (1990) The prevalence of pse-Catego disorders in a Finish adult population cohort. *Social Psychiatry Epidem*, 25, 187-192.
- 8.- Alvarez, E. and Crespo, M. D. (1996) Morbilidad psiquiátrica en atención primaria. Resultados de un estudio epidemiológico con el cuestionario GHQ-28. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 3, 6-14.
- 9.- Markez, I. (1993) *Detección de Morbilidad psiquiátrica en la Atención Primaria de Salud*. Universidad del País Vasco. Serie Tesis.
- 10.- Chocrón, L., Vilalta, J., Legazpi, I., Auquer, K. y Franch, L. Diagnóstico de trastornos psiquiátricos por el médico de atención primaria. *Atención Primaria* 18, 52-58. 1996.
- 11.- Martínez Alvarez, J. M., MariJuan, L., Retolaza, A. y otros (1993) Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el centro de salud de Basauri. *Atención Primaria*, 11, 127-132.
- 12.- Gaminde, I., Uría, M. and Padro, D. (1993) Depression in three population in the Basque country. A comparison with Britain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 243-251.
- 13.- Mas Hesse, J., Tesoro, A. y otros (1993) *Mujer y salud mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.
- 15.- Retolaza, A., Markez, I. y Ballesteros, J. (1995) Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención Primaria. *Rev Asoc Esp Neuropaquiatria*, 55, 593-608.
- 16.- Arillo Crespo, A., Aguinaga Ontoso, I. y Guillén Grima, F. (1998) Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana. *Atención primaria*, 21, 265-269.
- 17.- Villaverde, M. L., Gracia, R., De la Fuente, J., González de Rivera, J. L. y Rodríguez Pulido, F. *Estudio comunitario de salud mental en población urbana de Tenerife*. González de Rivera, J. L., Rodríguez Pulido, F., y Sierra, A. El método epidemiológico en salud mental. 187-99. 1993. Barcelona, Masson/Salvar.
- 18.- Vázquez-Barquero, J. L., Díez-Manrique, J. F., Pena, C. Q. G. y López, L. M. (1986) Two stage desing in a community survey. *British J Psychiatry*, 149, 88-97.



- 19.—Robbins, L. N. and Regier, D. A. (1991) *Psychiatric disorders in America. The epidemiology catchment area study*. The Free Press, New York.
- 20.—Ormel, J., Maarten, W. J., Koeter, M. A., Van den Brik, W. and Van de Willige, G. (1991) Recognition, management and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 700–705.
- 21.—Torres Martínez, C., Orgaz Gallego, P., Lozano Alvarez, F., Sánchez Gómez, M. H., Pinnel Muñoz, M. F., Tojeiro Lorente, S. y Lain Teres, N. Psicofármacos en Atención Primaria: calidad de la prescripción. *Atención Primaria* [11[8], 385–387. 1993.
- 22.—Vázquez Barquero, J. L., García, J., Artal Simon, J. and others (1997) Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J of Psychiatry*, 170, 529–535.
- 23.—Iragüen Eguskiza, P. (2000) Consumo de benzodiacepinas. ¿Dónde estamos? *Formación médica continuada en atención primaria*, 7, 499–501.
- 24.—Sebastián Gallego, R., Solá Gonfaus, M., Barreto Ramón, P., Corral Mata, M. E., Muñoz López, J. y Boncompte Vilanova, M. P. (1998) Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. *Atención primaria*, 22, 491–496.
- 25.—Ústün, T. B. and Sartorius, N. *Mental illness in General Health Care: An international study*. 1995. Chichester/New York, John Wiley & Son.
- 26.—Mateo Fernández, R., Ruperez Cordero, O., Hernando Blázquez, M. A., Delgado Nicolás, M. A. y Sánchez González, R. Consumo de psicofármacos en Atención Primaria. *Atención Primaria* [19[1], 47–50. 1997.
- 27.—Hohmann, A. A. (1989) Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. *Medical Care*, 27, 478–490.
- 28.—Pinkus, H. A., Tanielian, M. and others (1998) Tendencias en la prescripción de psicótropos. *JAMA*, 7, 261–267.
- 29.—Prather, J. E. and Minkow, N. V. (1999) Prescription for despair: women and psychotropic drugs. In Van Den Bergh, N. (ed), *Feminist perspectives on addictions*. Springer Publishing Co Inc, New York, pp. 87–99.
- 30.—Sayer, G. P. and Britt, H. Sex differences in prescribed medications: another case of discrimination in general practice. *Social–Science–and–Medicine* 45 [10], 1581–1587.
- 31.—Delgado Sánchez, A. (1999) El papel del género en la relación médico–paciente. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 6, 509–516.
- 32.—Pepió i Vilaubí, J. M., Queralt i tomas, M. L., Clúa i Espuny, J. L. y Pinol i Moreso, J. L. (1997) Influye el género del paciente en la calidad de las historias clínicas de atención primaria? *Atención primaria*, 20, 75–81.
- 33.—Vega Alonso, A. T., Larranaga Padilla, M., Zurriaga Lloréns, O., Gil Costa, M., Urtiaga, M. y Calabuig Pérez, J. (1999) Trastornos de ansiedad. Variabilidad y condicionantes de la actitud terapéutica de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 24, 569–578.
- 34.—Aiarzagüena, J. M. Factores bio–psicosociales y utilización de servicios de Atención Primaria de Salud. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco. 1995.
- 35.—Rodríguez Marín, J. (2001) *Psicología social de la salud*. Síntesis, Madrid.
- 36.—Fernández Alvarez, T., Gómez Castro, M. J., Baidés Morente, C. y Martínez Fernández, J. Factores que influyen en la prescripción de benzodiacepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria. *Atención Primaria* 30[5], 297–303. 2002.
- 37.—Torre Gil, P. d. I., Fernández Rodríguez, O. y Orueta Sánchez, R. Prevalencia del consumo de psicofármacos. *Centro de salud* [6[6], 373–375. 1998.
- 38.—Moreno Luna, M. E., Clemente Lirola, E., Pinero Acín, M. J., Martínez Matías, M. R., Alonso Gómez, F. y Rodríguez Alcalá, F. J. (2000) Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Atención Primaria*, 26, 554–558.
- 39.—Romo, N; Meneses, C; Póo, M; Gil, E; Markez, I; Vega, A (2003). *Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas*. Instituto de la Mujer (en prensa). Madrid.
- 40.—Carta de Ottawa (1988), Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Salud entre Todos*, Suplemento. Febrero 1988.

Iñaki Markez: Psiquiatra, Servicio Vasco de Salud/ Osakidetza. Bizkaia

Nuria Romo: Profesora de Sociología, Instituto de Estudios de la Mujer, Univ. de Granada.

Mónica Póo: Psicóloga, Ekimen–Investigación sobre sustancias y salud mental. Bizkaia.

Carmen Meneses: Profesora de antropología. Universidad Pontificia Comillas, Madrid.

Eugenia Gil: Profesora Salud Pública, Universidad de Jaen.

Amando Vega: Profesor de Educación Especial, Universidad del País Vasco, Donostia.

Correspondencia a: Iñaki Markez

Centro de Salud Mental de Galdakao • Bizkaia s/n (ambulatorio) • 48960 Galdakao. BIZKAIA

Tlfno.: 94 600 74 08 • e-mail: imarkez@euskalnet.net



Foto de JAMES CASEBERE, titulada "Asylum (1994)", expuesta en la exposición temporal del Museo Guggenheim de Bilbao que esta ahora en activo IMÁGENES EN MOVIMIENTO, oct. 2003–abril 2004.

http://www.guggenheim-bilbao.es/caste/exposiciones/permanente/imagenes_movim



Orientarse con el psicoanálisis en la práctica institucional

Guy Briole

Psiquiatra. Jefe de Servicio en el Hospital Val-de-Gâce, París.

Profesor de Psiquiatría. Psicoanalista.

A.M.E. Miembro de la Escuela de la Causa Freudiana ECF y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

La clínica evoluciona, los pacientes cambian, del mismo modo en que el mundo se transforma. Los síntomas contemporáneos son frecuentemente monosíntomas de los que debemos considerar que son, muy a menudo, una manera de enmascarar el retorno de lo real en el sujeto psicótico. Pero, ¿estos nuevos síntomas no son los mismos que vuelven, puestos al día en una sociedad con déficit de ideal? Este déficit de ideal conlleva otros modos de goce; modos de nuestra época, de hoy en día. Y los nuevos síntomas pueden ser los de la adicción —de alcohol, de tóxicos, de psicotropos, de comida— de la psicosis, pero también la violencia, con la irrupción masiva en el campo social de sus efectos traumáticos.

Esto produce, indiscutiblemente, una dificultad para los diagnósticos, un incremento de nuevas demandas y la proliferación de técnicas de psicoterapias. Es lo que Jacques-Alain Miller ha denominado el “fenómeno psy”. ¿Cómo el psicoanalista puede orientarse sin ahogarse en lo “psy” y mantener una función específica del psicoanálisis?

Estas son las preguntas que debemos hacernos hoy. Veremos uno de los aspectos considerando su rol en las instituciones y en su práctica con los sujetos psicóticos.

I. EL LUGAR DEL PSICOANÁLISIS EN LAS INSTITUCIONES

1. La clínica hoy y la resistencia al psicoanálisis

El psiquiatra se orienta con categorizaciones hechas a partir de una clínica de la observación y de la objetivación. Eso desemboca en el establecimiento de una nosología extensa de tipos repertoriados en clasificaciones internacionales: ICD, DSM.

El psicoanalista busca la singularidad de cada sujeto. No se orienta con diferentes grupos de enfermos, sino por los sujetos considerados uno por uno, en una trayectoria que les es específica a cada uno; sea neurótico o psicótico.

Hoy, el psiquiatra, el del siglo XXI, retoma el modelo médico que aplica, con todos los medios científicos de los que dispone, a la patología mental. Para él, el tratamiento sintomático es accesorio, pero es lo que se prosigue. El tratamiento causal es la primera intención orientando todas las investigaciones: genéticas, biológicas, víricas, etc.

De hecho, el sujeto, neurótico o psicótico, sigue siendo el mismo, con las disposiciones de la modernidad. Por el contrario, el psiquiatra



ha cambiado radicalmente. La biología es su creencia y la molécula a la que aspira, es el “psicotropo de la causa”. El psiquiatra está tecnológicamente equipado por la medicina.

En el horizonte actual del psiquiatra se encuentra la universalización del acto médico. Un acto que no se dirige sino al edificio biológico y para nada al sujeto. Dicho de otra manera, se trata de reducir toda subjetividad y de desembarazarse de “la molesta transferencia”. El psiquiatra moderno es voluntariamente benévolo y pedagogo con sus enfermos. O sea, es él quien les habla. Lo que provoca la producción de nuevos síntomas.

El síntoma contemporáneo del psiquiatra es su resistencia al psicoanálisis.

El psicoanálisis puede, para organizar su réplica, contar con el sujeto que, él sí, resiste a dejarse reducir a las categorías modernas de clasificación y de tratamiento. Puede incluso elegir no ser un paciente complaciente sino, por el contrario, un sujeto que se dirige, el mismo, al psicoanalista, o a un dispensario o a un servicio hospitalario en el cual sabe que podrá encontrar médicos o psicólogos orientados por el psicoanálisis.

2. Un signo de los tiempos: el retorno a prácticas anticuadas

Los psiquiatras, particularmente los universitarios, estiman que se han separado demasiado de los poderes de la palabra. O sea, que han dejado una parte importante del poder que tenían en las instituciones y en el campo social. Además, se asiste a un retorno masivo de prácticas que marcaron los años posteriores al 68 y que no recibieron el aval de Lacan quien subrayaba las graves distorsiones de las “psicoterapias institucionales”.

Para una institución, un servicio, referirse al psicoanálisis no dice nada de cómo se hace esa referencia. Es más, se debe separar,

siguiendo en esto dos tiempos distintos de la enseñanza de Lacan, poder de la palabra y orientación a lo real.

Cuando prevalecen los poderes de la palabra se encuentran realizadas las condiciones de la psicoterapia institucional: la conminación es, para todos —personal y pacientes— ¡hablar!, ¡de todo y sobre todo!.

Se trata de asociar libremente, salvo que no se cumple con las condiciones de la cura y que, por el contrario, son las de la deriva imaginaria las que se imponen. Esta situación es propicia para rivalidades, con vivencias persecutorias de la institución, así como de los pacientes por los miembros del equipo clínico y viceversa.

El responsable se encuentra desplazado de su función, que le viene del Otro social y se extravía en interpretaciones —del personal, de las situaciones— que son, más bien, acting-out que refuerzan tanto su goce como el de aquellos a los que apunta. No es por vestirse con el signifiante “psicoanalista” que se logrará enmascarar los estragos de las rivalidades imaginarias.

Algunos han podido pensar que habían encontrado la réplica introduciendo psicoanalistas cuya función sería analizar el funcionamiento institucional y los impasses de las relaciones intra-institucionales. Se les ha escapado que el imperativo de interpretación que preside la elección y el contrato del analista lo coloca, de entrada y estructuralmente, en posición de rivalidad imaginaria —particularmente con el responsable.

Entonces, las reuniones se multiplican, lo que está en juego se desplaza de los pacientes hacia el equipo, entonces el sufrimiento se manifiesta por una repetición de pasajes al acto, por una acentuación del formalismo, de los reglamentos, que toman el lugar de relación con los pacientes.



3. Centrarse en el paciente.

Dar lugar a un cuestionamiento sobre lo real en juego en una institución es centrarse en el paciente, en su lugar en la institución.

Es ahí que puede situarse el acto, la intervención, el trabajo de cada uno en una determinada situación. Para eso, no es necesario pasar por una distinción jerárquica del saber: el acto concierne a cada uno, no sólo al médico. En la institución también, todo lo que está del lado del acto va en contrapunto del pasaje al acto y participa de la regulación de los modos de goce en la institución. El acto objeta a la repetición y al aburrimiento mortífero que destilan habitualmente las instituciones.

Sin embargo, la práctica que toma en cuenta lo real y la circulación del goce no está exenta de manifestaciones imaginarias pero, las limita.

La cuestión no es, en la práctica, oponer el psicoanálisis a la psiquiatría, ni proponerlo como alternativa, sino ver como el enfoque analítico puede ser pertinente en la institución. Dicho de otro modo, que es lo que él cambia, no en la relación de los miembros del equipo entre ellos o con los enfermos, sino en la práctica con los pacientes en una institución.

Tomar en cuenta lo real institucional es apuntar, mediante diferentes intervenciones, a mantener la posibilidad de un lazo comunitario, a regular la violencia, a que la relación entre cada uno sea posible. Este objetivo difiere de la interpretación de las interacciones y también del incremento de la disciplina. La cuestión, lo vemos, no es la de la práctica del psicoanálisis aplicado al sujeto o al grupo, sino que en nuestros actos saquemos las consecuencias de lo que aprendemos del psicoanálisis.

Este abordaje es también necesario por el hecho de que es a partir de lo social que existe la institución y no a partir del psicoanálisis. Eso es cierto para toda institución: su realidad con-

creta le es dada por la presencia de enfermos con su estatuto social y, para el sujeto psicótico entre otros, por el hecho de que su discurso, su presencia entre los otros ya no hace lazo social.

Así, una institución psiquiátrica toma cuerpo desde lo social, tanto en su dimensión de protección como en lo de exclusión: es lo que hace que el paciente pueda sentirse mal tanto de entrar como de salir de ella.

Quisiera decir que la justificación de una institución no debería basarse tanto en que sea terapéutica en el sentido médico, o rentable al nivel del gasto, sino en que sea un espacio, tal vez el único —ya no es el caso de los medios artísticos, religiosos o militares— donde pueden ser acogidos aquellos cuyo discurso, en efecto, ya no hace lazo social, y aquellos que pasan al acto (tentativas de suicidio, fugas, violencia, accidentes, etc). En último término, es el significativo *asilo* el que se impone: la institución como lugar de *asilo*.

Aquí, se encuentran sujetos hospitalizados y personas que los cuidan a partir de los cuales va a desarrollarse una práctica diferente de la respuesta analítica individual. La institución no es el lugar de la práctica analítica, y se puede pensar que un paciente, incluso psicótico, que se sostiene de la transferencia no tiene necesidad de la institución: él está fuera—institución. En fin, no del todo, si consideramos los dispensarios, los centros médico-psicológicos u otros, donde es posible encontrar analistas.

La práctica en institución es una “práctica entre varios” que debe diferenciarse de la psicoterapia institucional que se desarrolla a partir de un tejido de palabras y de sus “poderes”. Por tanto, la práctica entre varios no es la práctica del psicoanálisis en la consulta. Ésta no es la adecuada para eso a lo que uno se confronta en un servicio: eclosiones delirantes con desbordamientos de goce, retornos de goce en el cuerpo, en los perseguidores, pasajes al acto, etc.



Por tanto, es esencial que los psicoanalistas se impliquen en esa práctica, en esa clínica específica que no puede funcionar sin una restauración del sujeto. El psicoanalista, o aquel que se siente concernido por las cuestiones que plantea el psicoanálisis, no está allí a título del que sabría “escuchar”, al lado de los que prescriben, o de los que velan por los detalles de lo cotidiano y la vigilancia de los enfermos.

No se le pide al psicoanalista que sea un teórico, se le pide su presencia en acto.

El psicoanalista lleva con él la cuestión del deseo, el deseo de saber y de aprender del paciente. Su deseo de cuidar también. Su deseo, es eso lo que hace obstáculo a la aplicación de los saberes preestablecidos.

Esta posición del analista, que pone la clínica en su centro, no tiene como referencia un saber, o todos los saberes que sería suficiente aplicar a los pacientes. Por el contrario, acentúa lo que hace brecha en el saber, en los saberes constituidos, y que nos pone al trabajo en el uno por uno de los pacientes.

Este abordaje pone el deseo de saber en primer plano, y hace de nosotros “sujetos supuestos interesarse” en el sujeto psicótico, en lo que esta en juego para él. Por ese motivo, nos coloca en situación de inventar a la medida de cada sujeto, en función del momento o del lugar en que lo encontramos.

Esta práctica entre varios no transcurre tampoco sin escollos. Cuando un grupo trabaja conjuntamente durante mucho tiempo, cuando ha vivido momentos intensos, periodos conflictivos, puede suceder, sin que se perciba, que se encierre a tal punto en sí mismo que se constituya un interior/exterior.

El exterior es objeto de críticas, de hostilidad, en la medida de las necesidades internas del grupo y de sus conflictos. Es una manera de restaurar artificialmente los valores del grupo con respecto a un exterior vivido como hostil.

Entonces, en el grupo, es difícil identificar lo que corresponde a la posición o al lugar de cada uno. La impresión es, más bien, que cuando uno habla, es como si hablara en el lugar de otro, el discurso de uno siendo el del otro y, la singularidad de la palabra de cada uno se pierde en el discurso colectivo, aún llamado, en este caso, “discurso referente”. Por otra parte, cuando las cosas están así, que el referente sea analítico no arregla nada. La cuestión sería entonces: ¿Cómo apuntar a la singularidad del sujeto, del paciente uno por uno, cuando el discurso de cada uno de los médicos, psicólogos, enfermeros, educadores, etc., viene de lo colectivo y no de lo particular?

Esto resulta particularmente interesante de considerar para un paciente en dos ordenes de la temporalidad: el del período de su hospitalización y el del tiempo de las reuniones institucionales, en las que se habla de él. Ya que, en una institución, todo paciente, sea neurótico o psicótico, es hablado y, ciertamente, una de las primeras cosas que se deben hacer en nuestra práctica es, precisamente, realizar la operación del pasaje del decir sobre el enfermo a la escucha de su propio decir.

II. EN PRÁCTICA: UNA IMPLICACIÓN DE CADA UNO

1. Dirigir un servicio

Es importante señalar que un servicio o una institución, sean cuales sean sus estructuras y sus referencias teóricas para la práctica, no pueden funcionar sin estar orientados. Para eso se necesita la implicación del jefe del servicio o del responsable o, dicho de otra manera, de quien ha aceptado la responsabilidad de la tarea que le ha sido confiada. Para eso, su presencia debe ser efectiva. Debe saber diferenciar sus acciones de mando, de dirección y de orientación.

Esta última función de orientación es esencial en ella misma y también porque ella influye en las otras dos. Realizar correctamente esta



acción supone saber escuchar a todas las personas del equipo clínico, interesarse realmente por su trabajo, saber lo que hace cada uno con los pacientes y también entre ellos. Es sabiendo como se orientan que uno puede orientarlos mejor. Es importante ir contra los efectos de grupo y para ello debe reducirse toda ocasión de deriva imaginaria y, por el contrario, hacer circular el deseo dentro el grupo.

2. Le “bon escient”, prescripción y transferencia. “El momento oportuno y la manera apropiada”.

¿Qué actitud con respecto a los medicamentos? Nosotros sostenemos que a veces es importante prescribir medicamentos y que esa prescripción debe inscribirse en el conjunto de las prácticas.

Se trata de hacer un buen uso de los medicamentos, es lo que siempre decimos. Eso, ¿querría decir que hay un mal uso es posible? Por supuesto, muchos incluso. Estos pueden depender de la indicación, de la elección del psicotropo, de sensibilidades individuales, etc. Un punto debe subrayarse: los medicamentos no son analizadores semiológicos; no permiten ni hacer ni confirmar los diagnósticos.

Sea cual sea la eficacia de los psicotropos de los que disponemos hoy en día, debe señalarse que no tienen efectos curativos: no son los psicotropos de la causa. El efecto de estos medicamentos apunta a una acción sobre los síntomas: angustia, agitación, etc..

Así, incluso cuando una prescripción se revela necesaria, debe ser objeto de una reflexión bien conducida. Toda prescripción tiene consecuencias y es preferible haber reflexionado antes sobre ella. Por tanto, una prescripción no debe hacerse sino “en el momento oportuno”.

El momento oportuno, es la cuestión que hay que plantearse con un enfermo. El momen-

to oportuno de la prescripción es cuando, a veces, la palabra no alcanza.

- El psicoanalista no es neutral, también puede tomar partido y sostener la necesidad de un tratamiento: “¡Sí, usted debe tomar su medicación!”.
- Para el psiquiatra, prescribir es también implicarse, es inducir la transferencia por el hecho mismo de que el terapeuta también se prescribe. Es decir que prescribir un tratamiento, fuera de los efectos específicos del medicamento, es prescribir su saber sobre la enfermedad y sobre las condiciones para salir de ella.

De esta manera, el acto no es una automatización sino una reflexión sobre lo que el sujeto ofrece a la percepción y a la escucha. La prescripción es, ante todo, un acto que se produce en el marco de una relación. No está separada de quien la propone ni de quien la recibe. La prescripción produce efectos transferenciales.

Tampoco es un acto aislado. Más bien, es necesario tomar en cuenta que al efecto propio del psicotropo se añaden otros factores que conciernen tanto al que lo prescribe —el médico— como al que lo da —el enfermero. En nuestra práctica hospitalaria debemos también tomar en cuenta esta dimensión institucional.

La persona de tratamiento: El desplazamiento “del momento oportuno” de la prescripción de medicamentos, tomada en un lazo de palabra, a la reducción de toda palabra por los psicotropos, produce consecuencias en el sujeto. A la larga percibimos, en ciertos pacientes, verdaderas reorganizaciones: un vacío de la afectividad y del ímpetu delirante. No queda más que, subraya Jacques-Alain Miller, “la envoltura vacía del delirio”ⁱⁱⁱ. Es lo que él llama la “*persona de tratamiento*” que viene a sustituir, a la larga, a la “*persona salvaje*” que ya no es accesible. Es decir como era el sujeto al inicio; antes de ser curado con los psicotropos. “En esos casos, no podemos hacer sino una clínica de la enfermedad mental bajo tratamiento”ⁱⁱⁱⁱ.



Las psicosis ordinarias: Subrayemos que encontramos pacientes que presentan problemas de contacto y, a veces, discretos signos de discordancia en los cuales, sin embargo, no existe ningún elemento que firme formalmente la psicosis —no hay manifestación alucinatoria, no hay actividad delirante— e, incluso pueden tener una inserción familiar y profesional sin historia, o como mínimo, pacientes con una historia aparentemente común. Les llamamos “psicosis ordinarias”. Pero, un día, un encuentro es suficiente y todo bascula. No siempre. Por lo tanto, el diagnóstico de psicosis es, en ocasiones, difícil de hacer y, al mismo tiempo, hay una cierta reticencia a retener el de neurosis. Nos encontramos en presencia de lo que clasificamos en Arcachón como los “inclasificables”. Inclasificable es una temporalidad. Con la reflexión, el trabajo, la clínica bajo transferencia, los puntos de vista evolucionan. Acabamos por clasificarlos bien.

III. EN COMPLEMENTO SOBRE LA PSICOSIS

Es respecto a los pacientes psicóticos que podría, especialmente, revelarse la antinomia psiquiatría–psicoanálisis. Nuestro desarrollo se aplica, particularmente, a estos pacientes ¿Las psicosis, son terreno reservado a los psiquiatras y la patología por excelencia de los tratamientos psicotrópicos? Ciertamente, los psicóticos que no reciben tratamiento neuroléptico son pocos. Eso no excluye, como ya hemos visto, la importancia de un trabajo basado en una relación que pase por la palabra.

El lugar privilegiado del tratamiento de los psicóticos es el hospital psiquiátrico. Si el psicótico está ingresado al hospital es porque, como ya hemos dicho, su discurso no hace lazo social. En la institución psiquiátrica, se habla de él, se le habla en una producción que mezcla el discurso médico con el discurso social. Que la palabra del sujeto psicótico emerja y que la institución la retome, le da forma para que sea conforme con la norma: que por lo menos haga lazo social antes de que la institución se plantee

separarse de él. Aquí, el concepto de curación se extiende más allá de la reducción sintomática a la curación social.

La característica del psicótico en el hospital es la de ser hablado. Es lo que lo hace dócil a la ciencia. El lugar que le da la institución psiquiátrica hace que él sea el objeto de todos los estudios: objeto del Otro científico. Es en ese punto que el objetivo se revela más claramente médico.

Los neurolépticos tienen una acción sobre la angustia, sobre la agitación, sobre la inhibición, sobre los fenómenos psicóticos agudos. Tienen también una acción sobre la palabra. De nada sirve hacer callar al psicótico ya que a eso, a pesar de su agitación, de su logorrea, está particularmente dispuesto, como lo ilustran el melancólico o el autista. No se trata, pues, de hacerle callar, sino de no dejarlo en su autismo, es decir que se trata de animarlo. Es ir contra la corriente que lo empuja a radicalizar su separación del Otro y de los otros.

En este punto, el discurso del psicoanálisis se separa del discurso de la ciencia. La psicosis no debe considerarse bajo el ángulo del déficit sino como un defecto fundamental de la estructura y de la inscripción de lo simbólico. El psicoanálisis, liberando al psicótico de lo orgánico, hace de él un sujeto responsable. Además, el psicótico puede orientarse en esa vía ética, y es cada vez más común que solicite un psicoanalista. Ese sujeto psicótico puede también, a su manera, estar motivado: a veces demasiado —el paranoico *ardientemente motivado*. El esquizofrénico, separado del Otro, no pide nada. Es ahí que se le debe movilizar, a fin que otro pueda consistir para él en la relación.

A partir del momento en que un psicótico decide y se pone a hablar a un psicoanalista, algo cambia para él. Entre otras cosas, y es el objeto de nuestra reflexión, su actitud respecto al servicio, a la institución, al psiquiatra, al tratamiento psicotrópico, todo eso puede modificarse y evolucionar hacia una participación más activa.



IV. NOTAS SOBRE LA CURACIÓN: ¡EL COMÚN ACUERDO!

La curación en psiquiatría no tiene siempre el mismo sentido para el médico que para el enfermo y para su entorno familiar o profesional. Añadamos también para la sociedad.

La irrupción de la enfermedad mental introduce una ruptura en la trayectoria de la vida de un paciente. Eso induce muy frecuentemente una fractura en la familia, en los lazos de amistad y profesionales.

La remisión de los síntomas más ruidosos no siempre es sinónimo de curación. La curación es a menudo un compromiso que permite al paciente reencontrar una cierta libertad, un margen de autonomía que conlleva una cierta calidad del lazo social.

Por eso decimos que no es suficiente referirse al retorno a una supuesta norma —o varias— para definir la curación. Así, un psicótico estabilizado ¿sería capaz de pilotar un avión, conducir un tren o estar autorizado para portar armas cuando es policía o gendarme o, más banalmente, se le pueden confiar tareas complejas? La respuesta no es unívoca en referencia a una patología. Debe elaborarse en el caso por caso de los sujetos y de los puestos de trabajo implicados.

Más simplemente aún, un paciente puede estar en desacuerdo con su psiquiatra: tener miedo de salir, o querer, por el contrario, reducir su estancia en el hospital, etc. A veces, es la familia quien está desfasada respecto a una curación anunciada. Por otra parte, es el grupo social quien se subleva frente a la ligereza de los psiquiatras y su complicidad con los enfer-

mos contra las familias, y por esa razón, contra el orden social.

Aquí vemos que el concepto de curación no es unívoco. La curación concierne al síntoma, al enfermo, al grupo social y también, aunque la noción pueda parecer sorprendente, incluso marginal, al sujeto. Para el psicoanálisis el sujeto no es marginal, es central en el sentido de que es indisociable de la cuestión del deseo.

A veces en el mejor de los casos, de *común acuerdo*, el psiquiatra y el paciente convienen que el tratamiento ha tenido un efecto, que el estado del paciente ha vuelto a una norma —la norma de las escalas de evaluación de la depresión, la norma de la dosificación de los neuromediadores o más banalmente, la del sueño, de la astenia, de la abulia—. Sin embargo, el sujeto puede aún declarar, en ese contexto de ausencia de signos de enfermedad que “está mejor, y que pese a que lo tiene todo para ser feliz, no lo es” Por tanto, puede sentirse averiado del lado del deseo. Y entonces, no hay medicamento del deseo. Dicho de otra forma, no hay medicamento del sujeto.

El psicoanálisis interroga este punto. Sin embargo, el psicoanálisis no es lo que se coloca después de la acción del psiquiatra, no es el absoluto un recurso, retrasado en el tiempo, retrasado en relación con el acto.

El psicoanálisis no es lo que vendría, como a menudo se piensa, a mejorar, reforzar en el mejor de los casos, lo que ya se había logrado por otros métodos.

Está allí de entrada a través de la existencia misma del sujeto del inconsciente en su relación a la palabra.



ⁱ DI CIACCIA A., “De la fondation par Un à la pratique à plusieurs”, in : *La pratique à plusieurs en institutions*. Bruxelles, *Préliminaires*, n° 9 & 10, 1998, p. 17-22.

ⁱⁱ MILLER J.-A., Présentations; La conversation de juin 2000, Documents préparatoires, Paris, juin 2000; p. 50.

ⁱⁱⁱ *idem*



Emigrantes voluntarios: sujetos del desencanto

M. C. Rodríguez-Rendo
Psicoanalista. Madrid

Introducción

Asumiendo que toda emigración responde a la estrecha solidaridad existente entre el forzamiento del entorno y el deseo inconsciente y que la voluntad sería una función que da soporte a los dos elementos citados y como no es posible hablar sin recortar, se impone una distinción en dos grandes grupos, desde el punto de vista de la relación psíquica del emigrante con su tiempo:

- 1) el emigrante que elige irse sin estar forzado a hacerlo porque su vida no está en peligro y aún habiendo podido optar por quedarse, toma una decisión en el presente en la que compromete su futuro.
- 2) el emigrante que se tiene que ir porque solo cuenta con su presente. Éste se va a pesar de sí mismo, de ahí que se les agrupe bajo el nombre de emigrantes involuntarios. El exterior ejerce una violencia sobre el sujeto y esto obliga a un movimiento físico y psíquico de corte con el presente.

Emigrantes

Me referiré al primer grupo, a los que tienen el privilegio de elegir, a los emigrantes voluntarios y a la expresión imaginaria del impacto psíquico ante una violencia que aunque propiciada por el exterior se ejerce desde el interior del sujeto: un corte con ese presente que discurre en el deseo de construir un futuro, donde el pasado falta y lo único seguro es lo que se ignora. Donde el deseo de continuidad es en otro lugar, que no es el lugar del origen.

Ponencia presentada en las Jornadas sobre Migración e Inserción Social: su influencia en la estructura psíquica. (Madrid, 22 de febrero del 2003), organizadas por APICE.

La hipótesis a tener en cuenta sería la de un posible desgarramiento en la trama del tiempo psíquico que impactaría en una antigua huella, enlazada al episodio actual: emigrar. Éste episodio desencadenaría un efecto inevitablemente ligado a aquella huella errante del desencantamiento inaugural.

Los destinos de éste impacto llevarían hacia la herida narcisista, cuya resolución no está garantizada, y a la coexistencia por parte del emigrante con la historia herida de la que será exclusivo portador durante el resto de su vida.

Y así llegamos a la segunda parte del título. Lo que encanta está en el origen y por ello el emigrante voluntario está sujeto al desencanto y del corte que sea capaz de realizar con esa sujeción dependerá su por-venir.

Desde su nacimiento el niño tiene la posibilidad de ligarse a su madre, al entorno, y en última instancia a otro a través de una experiencia especular, un verdadero acontecimiento psíquico que produce un efecto de encantamiento. Gracias a él se produce la identificación con la especie y será esta identificación la que la perpetúa.

Eliot decía que la especie humana no soprotaba demasiada realidad.



Cyrulnik, uno de los fundadores de la etología humana, afirma que: "El anzuelo nos atrapa porque tiene aspecto de verdadero, mientras que la ilusión nos seduce por su falsa apariencia... El anzuelo nos atrapa porque constituye una superaparición... mientras que la ilusión nos retiene porque nos hacemos cómplices de lo que percibimos".

La imagen como señuelo estaba ya en la hipótesis que se recrea en un conocido y sugerente texto de Lacan: "El Estadio del Espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica". Este ensayo sobre el acto inaugural de constitución del yo, construye un artificio de indudable trascendencia teórica y utilidad práctica. Muestra como el "Yo" se precipita en su matriz primordial soldando un cuerpo fragmentado con la sustancia imaginaria y ofreciendo el sentimiento de unificación que neutraliza el despertar de la angustia.

Disipar la falta hasta borrarla, es justamente, la función imaginaria del yo; actuar como un placebo que apacigua la angustia contando con un único artificio, el encanto de la silueta narcisista.

Sintetizar de ésta forma la hipótesis del hallazgo de la imagen, el júbilo con que es recibida, en tanto el Yo es fundamentalmente una imagen, y donde el sujeto encuentra una identificación que le fascina, nos permite recordar que la entrada en el mundo imaginario también significa para el sujeto "una acto que lo desarraiga y lo expulsa de su propia naturaleza" (Berenstein, 2002) ya que es un acto psíquico que por un lado marca el triunfo de la cultura y por el otro un duelo por la pérdida del paraíso natural.

Luego, en el acto de emigrar, retorna aquel duelo por la pérdida de aquella armonía y el sentimiento de haber sido desterrado de sus referentes.

El desencanto

Estar encantado, equivale así a estar cautivado, cautivo del otro y de un entorno que se ofrece como un tiempo identificante. Estar cautivado conlleva también la idea de capturar mediante los sentidos quedando vinculado a otro.

Desde el principio de la vida la relación con la imagen y con el otro cumple esta doble función: de constituyente y constituida.

Es el doble juego de mutua influencia de un organismo vivo sobre otro, de un cuerpo frente a otro, de una palabra frente a otra, que transforma la pertenencia a la especie en el obligado placer de co-existir.

Identificarse es tomar posesión de la imagen, poner en marcha una relación de continuidad con el otro y con lo otro, y mientras tanto el hombre se humaniza, intenta bloquear la angustia de la fragmentación buscando un sentido, siendo esta búsqueda de sentido el motor que fabrica la cultura.

Así como lo que a un paciente lo lleva al análisis es el displacer, así como la confrontación con el malestar expulsa al niño fuera de la fascinación que lo constituye, el no poder postergar el encuentro con el desencanto empuja al emigrante fuera del origen.

La caída de los ideales, sostenedores del narcisismo arrastra con él, un tiempo identificante, una historia y con ella el deseo de permanecer unido a los sueños que ligan a la tierra. Son estos sueños los que nutren las raíces que sujetan al encanto de un país.

Entiendo la palabra desencanto en el juego ilusorio del amor, como la que nombra el principio de un desgarramiento, cuyo futuro dependerá de la capacidad del sujeto para soportar el dolor psíquico.



Momento de desencanto que equivale al momento de re-significar la identidad, en una re-edición de la búsqueda unificada de la imagen, para ahuyentar una vez más la amenaza de la muerte.

Tanto el hombre como el animal cuando conocen el miedo, si no se someten a él, se ven impulsados a la acción. Pero para salir del miedo y del desencanto no es suficiente con irse, será menester atravesar la experiencia del desarraigo, de un tipo de dolor que queda ligado a lo traumático.

En "El malestar en la cultura", Freud, habla del dolor en el sentido del origen latino de la palabra que significa sufrimiento y pena y deja claro el irremediable antagonismo entre los imperativos pulsionales y las restricciones que vienen impuestas por la cultura. En éste texto insiste en el sufrimiento que amenaza al hombre desde tres fuentes: el propio cuerpo, las relaciones con los otros, y el mundo exterior.

En el caso del emigrante estarían comprometidas las tres fuentes y por ello cabría preguntarse si como hecho psíquico, el emigrar, no dejaría una huella traumática y un narcisismo herido como herencia.

Hablemos ahora de los posibles destinos de este dolor: duelo ó melancolía.

Freud dice en 1917: "El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía (y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza)."

Ahora bien, cuando el sujeto deje de estar habitado por el dolor, una vez que haya concluido el trabajo del duelo, sabemos que lo que antes fue desarraigo podrá devenir un atributo

para el sujeto ya que la fidelidad incondicional a las raíces ofrece resistencia al desarrollo.

El objetivo será retirarse de la posición de sujeción al desencanto porque como todo encantamiento encierra el riesgo de que cuando se rompan los espejos surja la melancolía.

Cuando el destino del dolor es la melancolía, puede llegar a aparecer en el sujeto una xenofobia invertida, un fuerte sentimiento de rencor hacia el país que le acoge, acompañado de desprecio y descalificación hacia los otros y su forma de vida. La consecuencia es la queja. Un despliegue de insatisfacción que se recrea en la nostalgia y crece en la ingratitud. Estos grupos de inmigrantes se ajustan a la definición que hace Elías Canetti de masa cerrada: "Ésta renuncia al crecimiento pone su mira principal en la perduración...La masa cerrada se establece, se crea su lugar limitándose...gana en estabilidad lo que sacrifica de posibilidad de crecimiento. Se halla protegida de influencias externas ...Pero cuenta además y especialmente con la repetición." (Canetti, 2000).

Cuando el destino del dolor es el proceso de duelo, como escribe Freud en "Lo perezado" (1916): "el duelo, por doloroso que pueda ser, expira de manera espontánea. Cuando acaba de renunciar a todo lo perdido, se ha devorado también a sí mismo, y entonces nuestra libido queda de nuevo libre para...sustituírnos los objetos perdidos por otros nuevos que sean...tanto o mas apreciables..."

A modo de conclusión señalaré que: a la hora de decidir irse, el que decide es Yo.

Dice el diccionario que la palabra DECIDIR, significa: cortar la dificultad. Y dice el Yo que su dificultad ante la caída del Ideal, no es solo soportar la herida narcisista, sino también convivir con su historia herida.

Por esto podríamos decir que el buen pronóstico del sujeto que emigra pasará por estar



dispuesto a historizar una herida, sabiendo que será portador de una "historia interminable".

La herida cicatrizará lentamente y se volverá a abrir de tanto en tanto.

La historia herida implica construir un destino en su doble sentido: destino como determinación y destino como meta. La historia herida marca y divide la trayectoria del sujeto.

Habría que puntualizar entonces, las siguientes diferencias que simultáneamente inciden al partir:

1. el pasado falta pero tiene presencia,
2. la presencia no es lo mismo que el presente,
3. la historia no es lo mismo que el pasado,
4. la herida narcisista no es lo mismo que la historia herida.

Y en el trabajo del duelo:

1. la historia es el pasado historizado en presente, cuando el sujeto se pregunta ¿cuál es su lugar en la historia y dónde le reconocen en ella?
2. para que la historia pueda ser revelada será menester la presencia del deseo,
3. la significación de la historia permite subjetivar la herida narcisista y posibilita su resolución.

Luego, aquello que desencantó al emigrante ha sido también motor de su crecimiento. Se siente en deuda con el país de origen porque desencadenó su partida. En el encuentro con lo nuevo tendrá que domar el miedo, la omnipotencia, y la desconfianza para evitar el desen-

cuentro. Serán sus recursos psíquicos los que le permitan que siendo extraño, incluso extranjero respecto para sí, pueda recuperar la intimidad en lo otro, en lo ajeno y conquistarse a sí mismo.

Por todo esto, el emigrante durante el tiempo del duelo, se echa de menos, se oculta a sí mismo buscando desesperadamente parecerse a su ser, y recordarse habiendo sido cuando alguien en el nuevo país le llame por su nombre...

Y si es necesario, como dijo Freud: "Lo construiremos todo de nuevo, todo lo que la guerra ha destruído, y quizá sobre un fundamento más sólido y mas duraderamente que antes".

Para terminar he elegido fragmentos del discurso de un emigrante y poeta, León Felipe:

Voy con las riendas tensas
Y refrenando el vuelo,
porque no es lo que importa llegar solo ni pronto
sino llegar con todos y a tiempo.¹

Pero para que no se pierdan estas palabras ni se pudra en la tierra la semilla de la justicia humana, hemos aprendido a llorar con lágrimas que no habían conocido los hombres...

El llanto es nuestro
Y la tragedia también,...
Porque aún existe el llanto,

El hombre está aquí de pie...²



¹ Versos y oraciones de "Caminante". 1930

² Español de Éxodo y del LLanto.



BIBLIOGRAFÍA

- Canetti, E: *Masa y Poder*. Muchnik Editores, 2000.
- Cyrulnik, B: *El encantamiento del mundo*. Gedisa Editorial, 2002.
- Berenstein, A: *Vida sexual y repetición*. Editorial Síntesis, 2002.
- Rascovsky, A (coord.) y otros: *El dolor*. Mesa redonda. Revista de Psicoanálisis. APA. TomoLIV, nº 1 – 1997.
- Freud, S: *Recordar, repetir y elaborar*. (1914)
- Freud, S. *Duelo y Melancolía*. (1917)
- Freud, S. *La transitoriedad*. (1916)
- Freud, S. *La negación*. (1925)
- Freud, S. *El Malestar en la Cultura*. (1930)
- Freud, S. *Análisis Terminable e Interminable*. (1937) Amorrortu Editores.
- Lacan, J. “*El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*”. Escritos I . Editorial Siglo XXI, 1971.
- Lacan, J. “*La cosa freudiana o sentido del retorno a Freud en psicoanálisis*”. Escritos I. Editorial Siglo XXI, 1971.
- Lacan, J. Seminario I: “*Los escritos técnicos de Freud*”, La tópic de lo imaginario. Editorial Paidós, 1991.
- Le Poulichet, S: *La obra del tiempo en psicoanálisis*. Amorrortu Editores, 1996.
- León Felipe: *Obra poética escogida*. Selecciones Austral. Espasa–Calpe.1980.



Universidades vascas y globalización

José Guimón

Catedrático de Psiquiatría UPV-EHU

Discurso leído con ocasión del Acto de Homenaje ofrecido por la Real Academia de Medicina del País Vasco y entrega de la Gaviota de Oro por la Dirección de la Gran Enciclopedia Vasca al Prof. José Guimón, compañero y miembro de OME-AEN.

En su discurso de agradecimiento, del que contamos para su publicación en Norte, José Guimón habló de las Universidades Vascas y la globalización, defendiendo con entusiasmo la necesidad de mayor dotación y reilusionar esta institución. (N.de la R..)

Excelentísimo Sr. Presidente, señoras, señores.

Quiero, en primer lugar, agradecer a José María de Retana, una de las figuras más importantes de la cultura vasca en estos últimos decenios, el honor que me hace con la concesión de este premio. Agradezco profundamente también a nuestro Presidente, Juan Manuel Gandarias, que tanto ha alentado siempre mi carrera académica, su excesivamente elogiosa presentación. Yo no puedo considerarme universal, como reza este diploma, pero sí un vasco universitario. Por ello me permito compartir con Uds. estas reflexiones en un momento en que nuestras tres Universidades se han comprometido en proyectos de calidad total y justo cuando el parlamento vasco va a comenzar a discutir el proyecto de Ley sobre universidades.

El término globalización conjura muchos fantasmas en nuestras mentes y provoca esperanzas, miedos y ambivalencia. Nuestras Universidades se encuentran, como la sociedad vasca, inmersas en una globalización que incluye un conjunto de procesos sociales, políticos, económicos y culturales que han aumentado la interconexión e interdependencia de nuestro País Vasco con el resto del mundo. La circulación cada vez mayor de conocimientos, dinero y seres humanos por el globo han pro-

movido una forma de sociedad en la que la generación, el proceso, la transmisión y el uso de la información son las fuentes fundamentales de productividad y poder.

Con la creciente capacidad tecnológica, el aumento de la interacción y el desdibujarse de las fronteras son inevitables. Sin embargo, la mayoría del mundo ha quedado fuera de las ventajas de la globalización económica. Parece ser, según los expertos, que el mercado del dinero es el único que se ha hecho verdaderamente global.

Ignoro cuál es el balance económico de este proceso en el País Vasco. Pero creo, en cualquier caso, que las Universidades del País no se han beneficiado suficientemente de las oportunidades que brinda la globalización.

El papel de la Universidad es la generación, la preservación y la diseminación del conocimiento. Ese objetivo compite con las necesidades económicas del sector productivo que le empujan hacia una orientación utilitaria de sus actividades, en vez de a la búsqueda del conocimiento puro. Todo ello genera el riesgo de descuidar la formación humanista del estudiante que exige equiparle con las herramientas necesarias para comprender y hacer frente a un mundo cambiante.



En nuestras Universidades se ha producido un imparable trasvase del alumnado hacia las enseñanzas técnicas. Como consecuencia, muchas carreras de letras o de ciencias humanas han visto disminuir drásticamente el alumnado. Lo mismo ocurre con las carreras de ciencias básicas, pese a que en el mundo actual el conocimiento en esas áreas se duplica cada 12 ó 15 años. Es comprensible la demanda de la sociedad, de estudios que lleven a la obtención rápida de un empleo, pero debemos recordar que la trayectoria vital de un joven de nuestros días le llevará a cambiar varias veces de actividad a lo largo de su vida y que, en muchos casos, sus trabajos futuros tendrán poco que ver con lo que ha aprendido en su "carrera" inicial.

Por otra parte, nuestras Universidades vascas siguen estando aisladas de la Comunidad y su prestigio es más bajo en nuestra Sociedad que el que gozan otras Universidades españolas de más tradición. Pese a un esfuerzo innegable del Gobierno Vasco por dotarlas de medios económicos, no se ha logrado atraer e ilusionar a las suficientes cabezas locales o foráneas, con lo que nos deslizarnos hacia lugares bajos en los ranking de excelencia. Los profesores damos, en general, clases a numerosos alumnos pasivos, con lo que la tendencia sigue siendo la de dar los peces en vez de enseñar a pescar. El paradigma emergente en el mundo globalizado es, por el contrario, el de enseñar a aprender. Ello se logra en instituciones integradas en la comunidad, con profesores que son guías para el autoaprendizaje de unos alumnos que funcionan involucrándose activamente en grupos.

Pese a esfuerzos elogiados realizados en algunos centros, nuestras Universidades siguen siendo poco flexibles y fomentan poco la colaboración en equipos virtuales y el abordaje interdisciplinario. La Universidad debe transformarse en una comunidad académica y de investigación, basada en el desarrollo de mecanismos de colaboración entre diversas disciplinas, campus, naciones y continentes porque, especialmente en

la investigación de áreas sociales, es necesario que los investigadores trabajen juntos con especialistas de fuera de su institución.

No se trata de dar (o más bien de recibir como ocurre actualmente) enseñanzas de otros países mediante campus deslocalizados o franquicias a distancia que tanto gustan a algunos centros privados y a usuarios de elite. Ya sufrimos suficiente colonialismo en otras áreas. La internacionalización de la Universidad se debe favorecer mediante la movilidad académica, las relaciones internacionales en redes de investigación, la inclusión de dimensiones interculturales, o globales en los currícula, el establecimiento de más consorcios de universidades y cuerpos globales (no locales) de acreditación que permitirán reclutar profesores de todo el mundo. Lamentablemente, en nuestras tres universidades vascas apenas si tenemos ese tipo de contactos ni siquiera entre nosotros.

La globalización ha producido, según los expertos, más desigualdades entre los diversos países, pero también es cierto que ha contribuido a aumentar las oportunidades de muchos otros. Es el llamado en Ciencia "efecto San Mateo": los más ricos tendrán más, dice el evangelio en un momento dado. Las Universidades vascas tienen que situarse entre las que se benefician de la globalización. Nuestro mundo se ha hecho cada vez más interdependiente universal a todos los niveles y debemos abandonar nuestra tendencia a mirarnos al ombligo y comenzar a pensar globalmente. Si Euskadi necesita más autonomía, nuestras Universidades necesitan también más libertad para desarrollarse sin agresiones terroristas ni ataques públicos descalificadores. A la Universidad no le convienen adjetivos calificativos restrictivos ("vasca", "politécnica", "pontificia"). A sus autoridades no se les debe pedir continuamente adscripciones políticas excepto a favor de la libertad. La Ciencia es por fuerza antidogmática. El científico no se avergüenza de ser dubitativo, ambivalente, tibio. Lo global y universal resulta a menudo "equidistante".



Naturalmente si Internet, el e-mail, el fax o la CNN tienen elevados costes humanos, la Universidad debe pagar un alto precio por su globalización liberadora. En el sexto programa comunitario sobre la investigación en el año 2006 se presentará un proyecto de convención internacional que proteja a los científicos que se atreven a denunciar prácticas contrarias al interés público realizadas por las grandes multinacionales. Se ha hecho necesaria esta iniciativa porque hoy los universitarios librepensadores tienen todas las posibilidades de hacerse linchar profesionalmente o de incurrir en sanciones penales o civiles.

Finalmente, globalización universitaria no es equivalente a enseñanza en Internet. Debe, desde luego, favorecerse la enseñanza "online" interactiva, pero se pueden producir efectos indeseables en los excesos. Cuando, por ejemplo, la Universidad de Standford ofreció en algu-

nas materias cursos "online" alternativos a los de presencia física, las aulas se vaciaron. Actualmente los alumnos, en muchos centros, visitan más las Webs que las bibliotecas. Pero no estamos de acuerdo con quienes vaticinan que esos efectos perversos son inevitables y que, en 30 años, nuestros campus serán una reliquia. El prestigio y la confianza en las instituciones locales persistirán. Las Universidades que hagan investigación no desaparecerán. Por otra parte, sólo el campus ofrece la experiencia única del contacto con los compañeros de distintas disciplinas, de la presencia de las indispensables figuras identificatorias de los profesores, de la participación activa en actividades culturales, deportivas y comunitarias. Quien sea lúcido no recomendará sustituir con la inmersión en Internet la lenta pero formativa y placentera experiencia de la vida en un campus.

Bilbao, 13 de noviembre de 2003.





¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio

Ander Retolaza

Psiquiatra. CSM de Basauri, Bizkaia

Bastantes psiquiatras consideran que una buena parte de los casos que tratan, en su mayor parte procedentes de derivaciones de Atención Primaria, son inadecuados o demasiado inespecíficos para ser atendidas en Servicios de Salud Mental. En relación con este hecho opinan que el trabajo sobre los denominados “trastornos menores” es en la actualidad excesivo y, a causa de ello, los profesionales que trabajan en los Centros de Salud Mental están abandonando su auténtica función que sería la de atender a los “verdaderos” pacientes de la psiquiatría. Por tales se entiende, *grosso modo* a las personas diagnosticadas de Trastornos esquizofrénicos, Trastornos afectivos graves, Psicosis en general, Trastornos severos de personalidad y Dependencia de drogas, incluyendo alcohol. Además debería dedicarse más esfuerzo del que actualmente se dedica a los pacientes graves con características de cronicidad, mediante programas de rehabilitación, visitas a domicilio y otros enfoques comunitarios, muy poco desarrollados en la actualidad en nuestro entorno. Según esa opinión el hecho de “*estar de los nervios*”, entendido esto como padecer alguna forma leve de problema psicológico, no debiera ser objeto de tanta atención especializada como lo es en la actualidad y está contribuyendo a la saturación de los servicios de una forma preocupante.

Desde la perspectiva de la Atención Primaria la sensación más frecuente, en la actualidad, es la de estar ocupándose de un gran número de casos de “salud mental”, desbordados por problemas y trastornos de difícil eti-

quetaje y que, en gran medida, superan las capacidades y disponibilidad de tiempo de los profesionales del primer nivel asistencial. También hay quien insiste en la escasa efectividad de los tratamientos y el largo tiempo de seguimiento que requieren los trastornos *comunes* (con este nombre los han denominado D. Goldberg y P. Huxley), por lo que parece más adecuado el “hacer la vista gorda” y ni siquiera detectar aquello que no se va a poder tratar. Desde esta óptica los Centros de Salud Mental, en su mayoría, cooperan de manera insuficiente y presentan demoras en la atención que desaniman a la hora de remitir a muchos pacientes que lo necesitarían.

Por su parte los profesionales de los Centros de Salud Mental se encuentran en una situación de perplejidad, en la que es muy fácil verse frustrado, debido a tantas expectativas difíciles de cumplir en la coyuntura actual; expectativas que no sólo proceden de dos instancias asistenciales (Atención Primaria y Asistencia Psiquiátrica Hospitalaria), sino —sobre todo— de los usuarios y sus familiares que no acaban de entender cómo “lo suyo” no tiene más pronta solución o por qué no se les dedica más tiempo. Mientras tanto, apenas pueden moverse de sus consultas atestadas de pacientes y van observando cómo se deteriora la calidad de su trabajo y se saturan sus servicios.

Entender cómo hemos llegado a esta situación, cuáles son sus determinantes fundamentales y qué se puede hacer (si es que se puede hacer algo) para salir de ella está siendo moti-



vo de análisis y reflexión en muchos lugares (tanto en nuestro país como fuera de él) y, probablemente, va a dar lugar en los próximos años a un buen número de planes, cambios y reformas.

En este artículo intentaremos adentrarnos lo que podamos en la cuestión. Para ello habrá que aportar algunos datos y precisar diversas cuestiones. La primera de todas ellas, no por conocida debe ser obviada. La atención a los problemas de “salud mental”, en la actualidad, es sensiblemente mejor y más eficaz de lo que lo era hace unos años y ello a todos los niveles de la asistencia: ambulatorios y hospitalarios, especializados o no. La llamada *reforma psiquiátrica* (aunque incompleta aún en nuestro país y muy desigual entre diferentes zonas) ha alcanzado muchos logros. También ha descubierto territorios nuevos y, con ellos, ha destacado nuevos problemas, sin que algunos de los viejos hayan sido definitivamente superados.

LA PERSPECTIVA “LIGHT”

Parte del estigma atribuido por la sociedad a los trastornos mentales se ha superado. El término “salud mental”, algo confuso en sí mismo, ha contribuido —quizá precisamente por ello— a este avance. Los problemas y dificultades psicológicas son aceptados como “normales” entre gran parte de la población y la demanda de consultas relacionada con ellos es alta en la actualidad en los países desarrollados (entre un 3% y un 6% de cuyos ciudadanos están en contacto con servicios de salud mental). En nuestra Comunidad Autónoma, en el momento presente, esta cifra está entorno al 4% y está subiendo. Las previsiones de la OMS son que, sobre todo en el grupo de trastornos de menor severidad y en el de consumo de sustancias, el número de casos aumente en todo el mundo durante las próximas décadas.

Los problemas de ansiedad y depresión leves y moderados, los trastornos adaptativos, los síntomas somáticos sin explicación médica,

el abuso de alcohol y las dificultades psicosociales son los síndromes psiquiátricos de mayor presencia entre la población y, también, entre aquellas personas que acuden a consultas de medicina general. Muchos de estos síntomas vienen asociados a enfermedades médicas comunes (graves o no) y, en ocasiones no son sino la expresión de las preocupaciones, limitaciones e incertidumbres que la enfermedad (su pronóstico, su tratamiento, sus consecuencias etc...) presenta para el sujeto en cuestión o su entorno familiar. Por otro lado las dificultades de orden familiar o social están presentes en muchas personas de nuestro entorno y golpean a amplios sectores de población, pero con especial intensidad a aquél que presenta menos recursos culturales y económicos, es decir, a las clases sociales más desfavorecidas.

La mayoría de los estudios disponibles informan de que, como mínimo, un 20% de los pacientes que acuden a un médico general presentan algún tipo de trastorno psíquico, reconocible mediante entrevista psiquiátrica estructurada e identificable con las nosografías psiquiátricas actualmente aceptadas (ICD-10 o DSM-IV). A este grupo se podría añadir un 10% más que presenta síntomas inespecíficos, ligeramente por debajo del umbral que precisa un diagnóstico psiquiátrico definido, pero generando una demanda de atención importante. En la actualidad sabemos que no pocos de estos problemas “menores” tienden a la recidiva y manifiestan características de cronicidad. Aunque no suelen precisar de ingresos en unidades de psiquiatría, pueden tender a frecuentar las urgencias hospitalarias, sobre todo en el caso de que no sean debidamente atendidos por la red ambulatoria.

Rememorando el título de una importante publicación anglosajona (el conocido *Psychological Medicine*) en la que, en las últimas décadas, se han publicado gran cantidad de artículos centrados en los trastornos mentales *comunes* y en la Atención Primaria, podríamos decir que —en gran medida— lo anterior hace refe-



rencia a algo que, tal vez, podríamos ponernos de acuerdo en llamar “medicina psicológica” o atención bio–psico–social a la enfermedad médica general. También pertenecerían a esta área algunos programas desarrollados a partir de la interconsulta de psiquiatría en Hospital General y de gran demanda en la actualidad (como, por ejemplo, la psicología oncológica, el apoyo psicológico a programas de fecundación asistida, o la psicología aplicada en clínicas del dolor, entre otros posibles casos).

Cabe discutir si, en este campo, nos enfrentamos o no con un trabajo específico o hasta dónde deben implicarse en él los servicios especializados de salud mental y los del resto de la medicina (general o de otras especialidades). También es posible discutir e intentar precisar cuál debe de ser la tarea (asistencial, docente, de asesoría u otras) que cada nivel de atención (o cada grupo profesional) debe desarrollar al respecto en la coyuntura actual o en la que es previsible para un futuro inmediato. Este análisis, sus conclusiones y la organización asistencial de ellos derivada, están aún por hacer. De su adecuada resolución dependen muchas e importantes cuestiones referentes al futuro de los servicios sanitarios, de nuestros pacientes y de nosotros mismos como profesionales.

LA PERSPECTIVA “HARD”

Pero —mientras aparecen nuevas tareas— parece obvio que algunas de las viejas todavía quedan pendientes. Está claro que otra parte del estigma atribuido a los trastornos mentales no ha sido superado, o por lo menos no lo ha sido suficientemente. Hablo de los pacientes clásicos de la psiquiatría (los graves, los casos más severos), aquéllos para los que en la época ilustrada fue creado el asilo (luego llamado *manicomio*). Se trata de aquellos pacientes que precisan de hospitalizaciones psiquiátricas frecuentes o de larga duración, de aquellos cuyo trastorno cursa con importantes niveles de deterioro personal y relacional, de aquellos que se muestran incapaces de trabajar, de vivir con

su familia o en sociedad de una manera aceptable. El reparo o temor que en muchos sectores de población (incluyo aquí a una buena parte de los actuales usuarios de Servicios de Salud Mental) todavía generan términos como “psiquiatra” o “trastorno psiquiátrico” trasluce algo de esta persistencia del estigma y del permanente riesgo de discriminación que supone. Muchos de estos pacientes —frente a los del grupo anterior— no tienen conciencia de enfermedad, ni exigen asistencia (más bien la suelen rechazar), ni tienen conciencia de sus derechos. Para evitar el riesgo de discriminación y para conseguir que este grupo de pacientes pudiera aprovechar los desarrollos de la farmacología y de la psicoterapia habidos en la primera mitad del siglo XX, fue implementada, en principio, la llamada *psiquiatría comunitaria*, que consiguió (allá donde lo hizo) sacar los pacientes a vivir en su comunidad y desarrollar, al menos parcialmente, los servicios ambulatorios de psiquiatría (luego llamados de Salud Mental). Si la *reforma psiquiátrica* de los años 80 está en algunos aspectos pendientes, es porque esta tarea sólo se ha cumplido parcialmente y el desarrollo de recursos y servicios para este grupo de enfermos y sus familias ha sido fragmentario e insuficiente. El factor clave de esta reforma inconclusa es el cierre (o transformación radical) de los hospitales psiquiátricos tradicionales y la reorganización de los servicios en la comunidad. Esta tarea sigue pendiente en muchos lugares. El País Vasco es uno de ellos.

La prevalencia de este tipo de trastornos graves es sensiblemente inferior a la del grupo anterior (los que hemos llamado *comunes*) y afecta, como mucho a un escaso 2% ó 3% de aquellos que son vistos en Servicios de Medicina General, pero son la inmensa mayoría de los tratados en Unidades de Psiquiatría de corta o larga estancia. Estos pacientes son, quizá por ello, más típicos y mejor aceptados por la psiquiatría especializada o, por lo menos, por aquella parte de los profesionales que presta sus servicios en Hospitales Psiquiátricos y Uni-



dades de Psiquiatría en Hospital General. Para completar los datos diremos que en los Centros de Salud Mental de nuestro entorno este grupo de pacientes representa, aproximadamente, un 30%, frente al 70% de los del grupo anterior.

Una tentativa, algo esquemática, que podría resumir diversos atributos diferenciales referidos a lo que hemos denominado “salud mental” por oposición a “psiquiatría” podría ser el referido en la Tabla I.

“SALUD MENTAL”	“PSIQUIATRÍA”
Imagen Positiva. Se define por salud	Imagen Negativa. Se define por enfermedad
Más aceptable por la opinión pública. Menor segregación social del paciente.	Menos aceptable por la opinión pública. Puede haber segregación social del paciente.
Más acorde con demandas sociales generales.	Más acorde con demandas de los casos más severos y necesitados.
Definición de caso imprecisa (mayor sensibilidad, menor especificidad).	Definición de caso más precisa (mayor especificidad, menor sensibilidad).
Contorno asistencial amplio (incluye Atención Primaria y otros)	Contorno asistencial más restringido y especializado
Dirigida a grandes masas poblacionales.	Población a atender mejor definida.
Afecta a trabajo en prevención.	Afecta a trabajo en rehabilitación.
Más centrada en Comunidad. Menos Hospitalaria.	Más centrada en Hospital. Menos Comunitaria.
Rol del psiquiatra más diluido.	Rol del psiquiatra más claro y definido.
Nuevos conflictos de interés: (ej. Psiquiatra vs psicológico).	Conflictos “clásicos” centrados en la institución Psiquiátrica
Nuevos roles. Nuevos profesionales	Roles profesionales más estables.
Organización de equipos más horizontal: genera problemas de jerarquía y funcionalidad.	Organización de equipos más vertical: genera problemas de participación y democratización en las decisiones.
Menos “bilógica”. Más Psico-social	Más “bilógica”. Menos Psico-social
Riesgo de abandonar pacientes graves, crónicos y marginales.	Riesgo de abandonar pacientes neuróticos, niños y jóvenes.

TABLA I: Algunas características diferenciales entre Psiquiatría y Salud Mental

PARA ENTENDER MEJOR: ALGUNOS DATOS

Según lo expuesto parece claro que el Sistema Sanitario debe hacerse cargo de todo el perfil de trastornos psiquiátricos que realmente existe, desde los casos más leves y sencillos hasta los más graves y complicados, dedican-

do a cada paciente una atención proporcionada a sus necesidades y al desarrollo tecnológico y asistencial disponible. Los psiquiatras, psicólogos y médicos de familia (entre otros profesionales) debiéramos ser capaces de reorganizar y reorientar nuestra actividad haciéndonos cargo, de una manera equitativa y costo-efectiva de los diversos aspectos de esta tarea, En lo



que a la misma respecta casi todo el mundo reconoce que la función a desarrollar por la Atención Primaria es fundamental y que los Centros de Salud Mental debieran ser el eje vertebrador de la asistencia. Ninguna de estas dos cosas ocurre en la actualidad.

Es necesario señalar que, si la llamada *reforma psiquiátrica* ha sido incompleta, el desarrollo de servicios de Atención Primaria también ha estado por debajo de las necesidades y demandas (siempre crecientes) de la población. Por referirnos sólo al País Vasco, según datos procedentes del EUSTAT, en el año 2001, había en la CAPV 1.353 médicos generales, con un cupo promedio de 1.539 pacientes por médico, que generaban algo más de 6.000 consultas anuales por médico. Estas cifras expresan que habría un promedio de 4 consultas por paciente (en realidad habitante) al año y que, para una jornada laboral activa (una vez eliminados días festivos y vacaciones) de 215 días anuales, el promedio diario de pacientes a recibir por cada médico general está alrededor de 30 pacientes. En estas condiciones resulta difícil el dedicar más de unos 5–7 minutos a cada consulta, frente a los 10, que según opiniones expertas sería el mínimo necesario. La primera pregunta es : ¿Qué se puede hacer en ese tiempo con el trabajo en Salud Mental?

También hay déficits estructurales. En España existe una importante desproporción entre el

número de médicos (abundante) y el de personal de enfermería. Este último es uno de los más bajos de Europa. Ello, probablemente, impide el desarrollo racional de muchos programas e incide (además de en una mayor tasa de paro) en una sobrecarga de trabajo inadecuado y frustración para muchos médicos. También, muy pronto, desaparecieron los trabajadores sociales de los Centros de Atención Primaria, después de haber estado incluidos en ellos en los tiempos iniciales de la reforma. Alguien ahorró dinero con ello y los profesionales no supimos defender su necesaria presencia. Hay que decir que nos encontramos en uno de los países de Europa con más bajo gasto social. Un reciente estudio de la Universidad Pompeu i Fabra de Barcelona refiere que el gasto social en España ha bajado, en una década, del 24% al 19% del PIB. La media europea está en el 27,6% en la actualidad. Esto quiere decir que, excluyendo el gasto sanitario (que también está por debajo del promedio de la Unión Europea), los capítulos dedicados a ayudas a la vejez, paro, invalidez, supervivencia, familia y otros se han visto reducidos en los últimos años, mientras que las necesidades han ido en aumento. Es más que probable que este conjunto de factores explique al menos una parte de la actual presión asistencial en la Atención Primaria y en los Centros de Salud Mental. La gente acaba acudiendo a plantear sus problemas y la angustia que le producen en los servicios que tiene más accesibles y cercanos.

INDICADOR	ESPAÑA	MEDIA UE
Gasto Sanitario (% PIB)	7,5	8,2
Gasto Sanitario (\$/Habitante)	1.556	2.027
Gasto Sanitario Público (% PIB)	5,4	5,9
%Gasto Sanitario Público /Total	71,4	74,4
% Provisión Sanitaria Pública	69,9	74,7
% Gasto Hospitalario/Gasto Sanit. Total	42,3	40,1
% Población mayor de 65 años	17,0	15,7

TABLA II: Informe OCDE. Panorama de la Salud 2003



En la actualidad, y a pesar de que ha habido un importante cambio de actitud desde que existe la especialidad de Medicina de Familia, el nivel medio en cuanto conocimientos y aptitudes para el trabajo en Salud Mental que presentan los médicos y DUE del primer nivel no resulta satisfactorio. Posiblemente influyan en ello tanto la formación de pre-grado y postgrado recibidas, como la dificultad de hacer una formación continuada teniendo en cuenta estos aspectos. El médico generalista medio está preparado para diagnosticar y tratar la mayor parte de las enfermedades, casi siempre según un mayor o menor reduccionismo biologicista. No es raro que se encuentre en dificultades ante los problemas psicosociales que, cada vez con mayor frecuencia, aparecen en su consulta, muchas veces como consecuencia de los propios procesos de enfermedad común, dadas las dificultades adaptativas que estos pueden generar a sujetos y familias vulnerables desde un punto de vista psiquiátrico. Además hay que trabajar con la perspectiva de la cronicidad de bastantes procesos (psiquiátricos o no) y esto puede generar una buena dosis de frustración en los equipos. Siempre los mismos pacientes con los mismos problemas. El “Bourn out” acecha.

LA OMS, EL DSM-IV y OSAKIDETZA

Hasta ahora no ha habido muchas oportunidades de cambiar las cosas, más allá de un cierto voluntarismo de algunos grupos profesionales. Según datos extraídos del Atlas de Recursos consagrados a la Salud Mental en el Mundo (OMS, 2001) hay tres características de nuestro contexto asistencial, que pueden ayudar a explicar mejor algo de lo que ocurre. A diferencia de muchos países de nuestro entor-

no, en España 1) No existe disponibilidad de medios materiales para tratar problemas mentales graves en el contexto de la Asistencia Primaria; 2) tampoco existen medios adecuados o programas bien implantados para formar al personal de Atención Primaria en cuestiones relacionadas con la Salud Mental y 3) los programas dirigidos a atender la Salud Mental de los ancianos (un sector social en aumento numérico) están muy poco o nada desarrollados. Por otro lado, y aquí la diferencia con los países de nuestra área es aún mayor, apenas hay investigación en estos temas. Por no hablar de la casi inexistente evaluación de los servicios, absolutamente necesaria para innovar y adaptarse a los rapidísimos cambios sociales a los que estamos asistiendo.

Otro problema importante, que aquí no discutiremos en detalle, es el de la continua ampliación de límites en el concepto de trastorno mental (así el DSM-IV contiene 297 categorías para los diferentes trastornos mentales, frente a las 265 del DSM-III y las exiguas 180 del humilde y olvidado DSM-II). Muchos autores solventes están hablando de que —tal y como predijera Freud en su obra *El Malestar en la Cultura*— asistimos a una especie de queja difusa presente en amplios sectores sociales, que condiciona una psiquiatrización de los problemas de la vida cotidiana. En esta situación se hace complicado (aunque no imposible) el decidir correctamente hacia dónde dirigir los recursos o el determinar qué grupos de usuarios (y cuáles son sus características) hacen un uso inadecuado de los servicios. Todo ello, claro está, debe entenderse de una forma relativa, referida a los usos y costumbres comunmente aceptados para un sistema sanitario público, europeo, de principios del Siglo XXI.

	Organizaciones Extrahospitalarias	Hospitales Monográficos	Unidades Psiq. H. General	TOTAL
Número	2	4	5	11
Presupuesto	18.900.000 €	36.770.000 €	15.860.000 €	71.530.000 €
Porcentaje	26%	51%	22%	100%
Facultativos en plantilla	191	42	54	287
DUE en plantilla	87	130	70	287

TABLA III: Organizaciones de Asistencia Psiquiátrica y Gasto (Osakidetza año 2001)



	OSAKIDETZA				HOSPITALES CONCERTADOS	TOTAL C.A.V.
	SSME	HG	HMP	TOTAL		
Psiquiatras	125	44	38	207	13	220
Psicólogos	66	10	4	80	13	93
Diplomados Enfermería	87	70	130	287	53	340
Técnicos/ Monitores	35	0	20	55	36	91
Trabajadores Sociales	47	4	13	64	12	76
Terapeutas Ocupacionales	6	3	12	21	3	24
Otros	120	90	472	682	419	1101
TOTAL	486	221	689	1396	549	1945

TABLA IV : Profesionales en la Red de Salud Mental. CAPV. 2003

(SSME: Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria; HG: Servicios de Psiquiatría en Hospitales Generales; HMP: Hospitales Monográficos de Psiquiatría)

Si observamos con cuidado las Tablas III y IV, veremos que, en nuestro medio los recursos de Salud Mental están aún muy centrados en los hospitales psiquiátricos tradicionales. Esto hace referencia sobre todo al presupuesto, que se lleva más de la mitad del total del gasto. También los diplomados en enfermería siguen una distribución más hospitalocéntrica. El 69,7% de los mismos trabajan en ámbito hospitalario, de los cuales la mayor parte, -el 45,5% del total- lo hacen en hospitales monográficos. Un porcentaje similar de personal auxiliar (el 69,2% del total) trabaja en los hospitales psiquiátricos. Por el contrario, el personal facultativo (psiquiatras y psicólogos) es el más escaso (sólo un 14,6% del total en los hospitales psiquiátricos y un 33,4% del total en el conjunto de los hospitales). Esta estructura de gasto y de plantilla es indicativa de que -a pesar de las apariencias- persiste la función asilar y custodial de la psiquiatría como forma dominante. También indica

que sólo en el caso de los facultativos y trabajadores sociales se ha producido una clara transición hacia los recursos ambulatorios. Esto es insuficiente (además de incongruente) para las necesidades de la asistencia psiquiátrica en la actualidad, que están cada vez más centradas en la comunidad. Es decir, fuera de los muros de cualquier hospital.

¿SE PUEDE HACER ALGO?

Dadas las políticas de contención y control del gasto sanitario que estamos presenciando desde hace algunos años y las que son previsibles para un futuro más bien largo, sabemos que el crecimiento de recursos en la coyuntura actual va a ser escaso. Por otra parte, el gasto en Salud Mental supone casi un 8% del total del gasto sanitario en la CAPV, y -puesto que comparativamente aparece como superior al de la mayor parte de Comunidades Autónomas- tam-



poco parece probable que ese porcentaje suba mucho en próximas fechas. Con estas premisas se impone una conclusión. La única posibilidad de desarrollar los servicios, y con ellos la asistencia psiquiátrica en la dirección adecuada, consiste en poner en marcha estrategias que tiendan a desplazar tanto personal, como presupuestos y programas de trabajo fuera de los hospitales (especialmente de los monográficos), manteniendo todo aquello que sea estrictamente necesario para garantizar una adecuada atención a los casos que precisen hospitalización. Esto supondría, ni más ni menos, que completar de una manera decidida aquello que se inició, sin concluir, con la reforma psiquiátrica de los años 80. Esta propuesta -aunque supone un gran desafío- no es utópica y en algunos países se ha visto realizada en fechas muy recientes.

El caso australiano constituye un buen ejemplo de reforma asistencial en Salud Mental ocurrido en los últimos años. En Australia la depresión constituía, ya hace tiempo, la cuarta causa, en el cómputo total de enfermedades, en cuanto a la carga social y sanitaria producida y es en la actualidad la causa más frecuente de discapacidad. En 1992 el Gobierno Federal y los responsables sanitarios de todos los estados del país adoptaron una nueva estrategia en el marco de una colaboración que perseguía acuerdos básicos en áreas prioritarias, dentro de un plan a cinco años, para el período 1993-1998.

Este programa demostró que importantes cambios pueden ser alcanzados dentro de una estrategia decidida y bien desarrollada. El gasto nacional en Salud Mental aumentó en un 30% en términos absolutos, mientras que el gasto en servicios comunitarios lo hizo en un 87%. Para 1998 el gasto en Salud Mental dedicado a cuidados comunitarios había pasado del 29% inicial al 46%. Los recursos liberados desde las instituciones psiquiátricas más tradicionales respondieron de un 48% del crecimiento habido en cuidados ambulatorios y servicios ubicados

en hospitales generales. Los recursos humanos dedicados a cuidados en la comunidad crecieron un 68%, en consonancia con el aumento habido en el gasto.

Las instituciones psiquiátricas de tipo "monográfico" que, hasta entonces respondían de un 49% del total de recursos, descendieron hasta un 29% de ese total y el número de camas en instituciones psiquiátricas cayó hasta el 42% del total. En el mismo período el número de camas psiquiátricas en hospitales generales subió un 34%. También se establecieron mecanismos formales de participación de los usuarios en el 61% de las instituciones de carácter público. El sector no gubernamental (ONGs) relacionado con la Salud Mental incrementó su actividad de un 2% a un 5% y las ayudas al mismo, específicamente dedicadas a mejorar el soporte de los cuidados en salud mental, crecieron un 200%.

En la misma dirección van las recomendaciones de la OMS para el desarrollo de los servicios psiquiátricos en todo el mundo.

1. Dispensar tratamiento en la Atención Primaria
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos
3. Prestar asistencia en la comunidad
4. Educar al público
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores
6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional
7. Desarrollar los recursos humanos
8. Establecer vínculos con otros sectores
9. Vigilar la salud mental de las comunidades
10. Apoyar nuevas investigaciones

TABLA V: Recomendaciones de la OMS. 2001



CONCLUSIONES PROVISIONALES

En relación con lo expuesto señalaremos, dentro una miscelánea general y algo provisional por el momento, algunas alternativas cuya factibilidad debería ser puesta a prueba (o, en caso contrario, rechazada por quien corresponda con argumentos muy contundentes y claros) si es que queremos ver mejorada la situación de la asistencia psiquiátrica en nuestro medio. Las alternativas (se les puede llamar propuestas) son las siguientes: aumentar el gasto social y los servicios sociales; coordinar mejor los dispositivos entre sí; enfocar desde el pregrado la formación bio-psico-social y en problemas de Salud Mental de médicos y personal de enfermería de Atención Primaria; aumentar los recursos humanos en Atención Primaria y en Salud Mental (hasta alcanzar la media europea actual); desarrollar programas de Salud Mental dirigidos a médicos generales y personal de enfermería; desarrollar programas en Hospital General, dirigidos a otras especialidades médicas; potenciar los servicios de interconsulta psiquiátrica a nivel ambulatorio (frente a los de tratamiento directo por especialistas); movilizar recursos humanos (con su correspondiente presupuesto económico) desde los Hospitales Psi-

quiátricos hacia los servicios ambulatorios; crear nuevos Hospitales y Centros de Día; poner en marcha programas de atención domiciliaria para pacientes psiquiátricos graves; desarrollar programas de información y apoyo a las familias; implantar programas de rehabilitación psiquiátrica en la comunidad, especialmente aquellos que han probado su efectividad (como es el caso del Tratamiento Asertivo Comunitario); aumentar el gasto en investigación y favorecer la actividad de los grupos investigadores existentes; evaluar los servicios en base a resultados; implantar métodos de gestión más efectivos.

Con todo, lo anterior no sería suficiente si no somos capaces de orientar nuestro trabajo mediante algunos principios guía, entre los que bien podrían estar los siguientes: favorecer el desarrollo de toda terapéutica que haya demostrado eficacia mediante métodos rigurosos y medibles; conseguir que los tratamientos efectivos estén disponibles para todos aquellos que los necesiten; disminuir, dentro de lo posible, la duración de intervenciones y procedimientos; tratar a los pacientes en el lugar más efectivo (costo-efectivo); prevenir lo que sea posible prevenir.



BIBLIOGRAFÍA

- Üstün TB., Sartorius N. (Eds.): *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester / New York/ Brisbane / Toronto/ Singapore. Jhon Wiley & Sons Ltd. 1995.
- Whiteford H, Thompson I, Casey D : The Australian mental health system. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2000. 23 (34): 403-417.
- OMS : Atlas. Recursos de Salud Mental en el Mundo. Ginebra.2001.
- OMS: El camino hacia delante: Recomendaciones de la OMS. En The World Health Report, 2001. Mental Health : New Understanding, New Hope. Ginebra, 2001.
- Montilla F, González C; Retolaza A, Dueñas C; Alameda J: Uso de servicios ambulatorios de Salud Mental en España: Consumo de recursos en el primer año de asistencia a pacientes nuevos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*; 2002, 84, (21): 25-47.
- Guimón J, de la Sota E, Sartorius N (Eds.) *La Gestión de las Intervenciones Psiquiátricas*, 211-221. Universidad de Deusto. Bilbao, 2003.
- Editorial: España en el informe de la OCDE. *Salud 2000*; 2003, 94: 3-4.



Programa de Formación de la especialidad de Psicología Clínica(*)

Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica(**)

1. DENOMINACIÓN OFICIAL DE LA ESPECIALIDAD, DURACIÓN DE LA FORMACIÓN Y REQUISITOS

Psicología Clínica

Duración: 4 años.

Requisitos: Licenciatura en Psicología, o estar en posesión de alguno de los títulos universitarios oficiales españoles legalmente homologados o declarados equivalentes, o haber obtenido del Ministerio de Educación y Cultura, conforme a la legislación aplicable, el reconocimiento u homologación de título extranjero equivalente al mismo.

2. DEFINICIÓN Y FUNCIONES

2.1. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COMO ESPECIALIDAD DE LA PSICOLOGÍA

La Psicología Clínica es una especialidad de la Psicología cuya constitución como actividad profesional propia del psicólogo sobrepasa el siglo de antigüedad. Su aparición deriva del acervo de conocimientos científicos acumulados, de su carácter teórico-técnico y de la necesidad de dar respuesta a un conjunto amplio de demandas sociales en el campo de la salud. Sus aplicaciones son múltiples y en diferentes ámbitos. Entre ellas cabe destacar

sus aportaciones e instrumentos para la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales, así como para mejorar la comprensión y el abordaje de las repercusiones psicológicas que las enfermedades físicas y sus tratamientos tienen en los enfermos.

La Psicología dispone de un marco conceptual de referencia propio, empíricamente contrastable, desde el cual el ser humano es considerado como un sistema vivo, altamente complejo, sometido a cambios constantes dada su necesaria interdeterminación con el medio social en el que vive, y producto no sólo de su historia biológica sino también de su historia personal de experiencias, aprendizajes e interacciones, todo lo cual introduce a su vez cambios estructurales.

Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad del ser humano no se conceptúan como situaciones inevitables y prefijadas, sino como procesos complejos en los que intervienen, a distintos niveles causales, factores psicológicos, sociales y biológicos. La persona es así considerada como un agente activo tanto en los procesos de salud como en los de enfermedad.

(*) Pendiente de publicar por el Ministerio, si bien está aprobado por unanimidad por la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica

(**) Presidenta: Dra. D^a M^a Begoña Olavarria; Secretaria: Dra. D^a M^a Eugenia Díez; Vocales: Dra. D^a Consuelo Escudero, Dr. D. José Leal Rubio, Dra. D^a Margarita Laviana Cuetos, Dra. D^a Amparo Belloch Fuster, Dr. D. Alejandro Avila Espada, Dr. D^a Concepción López-Soler, Dr. D. Manuel Berdullas Temes, D^a Paloma Álvarez Más, D^a Paz M^a Suárez González



La Psicología ha puesto de manifiesto la conexión entre los factores biológicos, psicológicos y sociales. Ha investigado la influencia del comportamiento, los procesos de conocimiento, las emociones y los afectos en el funcionamiento del organismo, en el nivel de adaptación de los individuos a su medio, en los estilos de vida, y en el estado de salud. Esta influencia había sido más comúnmente aceptada en el sentido de considerar que tanto el comportamiento como los modos de ser y relacionarse de las personas, emanaban exclusivamente de su organización biológica. La Psicología ha demostrado que es útil y científicamente factible establecer un nuevo modo de interpretar la vida humana, basado en el reconocimiento de la existencia de una interacción dialéctica entre los factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde esta perspectiva, la salud se concibe como el mejor nivel posible de equilibrio y ajuste biopsicosocial de cada individuo en su contexto.

2.2. DEFINICIÓN DE LA ESPECIALIDAD

La Psicología Clínica es una especialidad de la Psicología que se ocupa del comportamiento y los fenómenos psicológicos y relacionales implicados en los procesos de salud enfermedad de los seres humanos. Su objetivo es el desarrollo y la aplicación de principios teóricos, métodos, procedimientos e instrumentos para observar, comprender, predecir, explicar, prevenir y tratar trastornos mentales, alteraciones y trastornos cognitivos, emocionales y comportamentales, malestar y enfermedades en todos los aspectos de la vida humana, así como la promoción de la salud y el bienestar personales y de la sociedad.

2.3. CAMPO DE ACCIÓN

El ámbito propio de actuación de la Psicología Clínica radica en la investigación, explicación, comprensión, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento psicológico y rehabilitación de los trastornos mentales, así como de los fenómenos y procesos psicológicos, comportamentales y relacionales, que inciden en la salud

y la enfermedad de los seres humanos en su concepción integral. Para ello se vale de la observación clínica y la investigación científica propias de la Psicología. Desarrolla sus actividades en todas las etapas o fases del ciclo vital, con:

- Individuos, parejas, familias, grupos.
- Instituciones, organizaciones y comunidad.
- En el entorno público y en el privado.

Y contribuye a: Mejorar la calidad de las prestaciones y servicios; Planificar nuevas prestaciones y servicios; Informar a los poderes públicos sobre los cometidos propios de la especialidad tanto en lo que se refiere a contenidos organizativos como clínico-asistenciales, de formación y otros; Desarrollar el trabajo desde una perspectiva interdisciplinar.

2.4. LAS FUNCIONES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

Teniendo en consideración que la atención psicológica es una prestación especializada más del Sistema Nacional de Salud, el psicólogo clínico ha de asumir y desempeñar, las siguientes funciones:

Promoción, prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento:

- a) Identificar los factores psicosociales de riesgo para la salud mental y la salud en general.
- b) Identificar los trastornos mentales y otros problemas que inciden en la salud mental.
- c) Realizar el diagnóstico de los trastornos mentales, según las clasificaciones internacionales, y establecer diagnósticos diferenciales, recurriendo para todo ello a los procedimientos de evaluación y diagnóstico psicológicos pertinentes.
- d) Establecer previsiones sobre la evolución de los problemas identificados y de los factores relacionados, así como de sus posibilidades de modificación.
- e) Elaborar una programación y evaluación adecuadas de las intervenciones asistenciales, de prevención y promoción necesarias.



- f) Desarrollar diferentes formas de intervención y tratamiento, mediante las técnicas y procedimientos psicoterapéuticos disponibles y suficientemente contrastados.
- g) Realizar actividades de asesoramiento, interconsulta y enlace con otros profesionales y servicios.
- h) Manejar situaciones de urgencias.
- i) Diseñar y aplicar las intervenciones psicológicas necesarias en los procesos asistenciales de las enfermedades médicas.
- j) Identificar e intervenir en situaciones de crisis individuales, familiares y comunitarias.

II. Dirección, administración y gestión:

- a) Desarrollar tareas de dirección, planificación, gestión y/o coordinación de servicios, equipos y programas.
- b) Organizar el trabajo teniendo en cuenta su inclusión en una planificación global. Elaborar o contribuir a dicha planificación, con el concurso en su caso de otros profesionales.
- c) Elaborar procedimientos y sistemas de evaluación de intervenciones, programas y servicios, contribuyendo con ello a la implementación, desarrollo y mejora de la calidad asistencial.
- d) Recoger, analizar y transmitir información colaborando en la cumplimentación de los protocolos y sistemas de información establecidos.
- e) Participar en todas las actividades de coordinación necesarias para el desarrollo de las actividades y los programas del equipo.

III. Docencia e investigación:

- a) Participar en, y en su caso organizar, acciones formativas para los equipos y programas: sesiones clínicas, bibliográficas, de supervisión y actividades de formación continuada.
- b) Supervisar y tutorizar las actividades de los psicólogos en formación, y colaborar en la formación de otros profesionales.
- c) Programar y desarrollar, en el nivel que corresponda en cada caso, estudios de investigación dentro del equipo y colaborar

en los que realicen otros equipos, dispositivos e instituciones.

Para el adecuado desarrollo de estas funciones, el psicólogo clínico debe:

- a) Conocer, relacionar y optimizar los recursos sanitarios y no sanitarios existentes en el medio en el que actúe, fomentando todas aquellas iniciativas que tiendan, con criterios de eficacia y eficiencia, a la mejora del nivel de salud.
- b) Favorecer las actuaciones tendentes a promover actitudes individuales, sociales e institucionales de respeto, integración, apoyo y cuidado de las personas con trastornos mentales o de cualquier otra índole.
- c) Estar dispuesto a aportar sus conocimientos teórico-técnicos en los diferentes niveles de colaboración establecidos con otros profesionales, así como a recibir sus aportaciones.

3. OBJETIVOS DE LA FORMACIÓN

3.1. OBJETIVOS GENERALES

- a) Capacitar a los psicólogos clínicos en formación para el desempeño de la especialidad, desde una perspectiva de atención integral, cubriendo los niveles de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, favoreciendo las actitudes adecuadas para todo ello.
- b) Capacitar a los psicólogos clínicos en formación para el desempeño de las tareas de evaluación, diagnóstico, intervención y tratamientos psicológicos.
- c) Capacitar a los psicólogos clínicos en formación para el ejercicio interdisciplinario que una concepción multidimensional del ser humano, así como de los procesos de salud y enfermedad, requieren.
- d) Capacitar a los psicólogos clínicos para conocer y manejar las variables institucionales que están presentes e intervienen en el desempeño de la actividad clínica.



3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Durante su período de formación, el psicólogo clínico debe adquirir los conocimientos, actitudes, habilidades y competencias necesarias para:

- a) La recepción y análisis de la demanda, y establecimiento de los planes de intervención clínica, y/o de tratamiento.
- b) El uso adecuado de técnicas de entrevista psicológica y psicopatológica, a fin de establecer el adecuado análisis funcional de la problemática que presenta un paciente o grupo y proporcionar elementos para el establecimiento del plan terapéutico más adecuado.
- c) La utilización de instrumentos y técnicas de evaluación y diagnóstico psicológicas para la identificación de los trastornos mentales y de los factores de riesgo asociados a ellos.
- d) La evaluación y el diagnóstico psicológico de los trastornos mentales mediante técnicas de evaluación adecuadas y ateniéndose a sistemas de clasificación y diagnóstico homologados
- e) La elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención y tratamiento psicológico a nivel individual, familiar, de grupo, y comunitario.
- f) La elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención y tratamiento psicológico en pacientes agudos y participación en la resolución de situaciones de crisis y de urgencias.
- g) La elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención y tratamiento psicológico para la población infantil y adolescente.
- h) La elaboración y aplicación de programas de rehabilitación y atención prolongados.
- i) La aplicación de técnicas de relación interpersonal y de trabajo en equipo.
- j) La programación de la coordinación con los dispositivos de la red asistencial y el conocimiento y utilización de los recursos sociales, educativos y comunitarios.
- k) La participación en las actividades preventivas y de promoción de la salud, asesora-

miento, interconsulta y trabajo en coordinación con los Equipos Básicos de Atención Primaria.

- l) El desarrollo de programas de asesoramiento a otros agentes sociales no sanitarios.
- m) La realización de informes clínicos, certificados y peritajes psicológicos.
- n) El manejo de la metodología y diseños de investigación clínica, social, educativa y epidemiológica en Salud Mental.

4. CONTENIDOS DE LA FORMACIÓN

La formación especializada en Psicología Clínica se sustenta principalmente sobre la acción práctica, complementada con una formación teórica que en sus contenidos y perspectivas la enmarca y complementa.

A lo largo de la formación, el residente contará con la figura definida de un tutor psicólogo que asesorará y supervisará todo el programa de formación, así como las actividades que el PIR realice con niveles crecientes de responsabilidad. La actividad del tutor general podrá quedar apoyada, pero no sustituida, por la de un tutor de rotación y supervisores en los servicios o unidades donde se efectúe la rotación. Y todo ello, asimismo, en relación con los contenidos teóricos.

4.1. CONTENIDOS TEÓRICOS

Los contenidos teóricos del programa deberán estar articulados con las actividades asistenciales relacionadas con las sucesivas rotaciones. La finalidad del programa teórico es profundizar en el conocimiento adquirido durante la formación como psicólogo general, de los modelos, las técnicas y los recursos para el diagnóstico, evaluación y el tratamiento psicológico de patologías mentales y su investigación.

En consecuencia, el programa está enfocado a incrementar el conocimiento sobre los aspectos conceptuales, metodológicos, y de investigación básica relacionados con los trastornos mentales, su estructura y presentación



clínica, y los diversos factores etiológicos involucrados en su desarrollo y mantenimiento, así como sobre estrategias y técnicas para su correcto diagnóstico, tratamiento y prevención. El programa incluye asimismo, contenidos relacionados con aspectos éticos y legales y con el marco general en el que se desarrolla la actividad sanitaria en España y en las diversas Comunidades Autónomas. Se incluyen también contenidos sobre gestión, planificación y administración de servicios sanitarios, así como de establecimiento de criterios y procedimientos de calidad.

El conjunto de las actividades teóricas supondrá al menos un 15% del tiempo total del programa formativo. La impartición de los contenidos podrá realizarse mediante: sesiones clínicas, bibliográficas, talleres, seminarios, clases regladas, cursos de doctorado, cursos de post-grado y otros. En todo caso, al tutor le corresponderá velar porque los contenidos docentes se ajusten al programa y sean impartidos por personal cualificado para la docencia de post-grado. Los responsables de la docencia pertenecerán a la plantilla de la Unidad Docente correspondiente. Para el desarrollo del programa, podrán contar con profesionales de plantilla de las diversas instituciones sanitarias y socio-sanitarias integradas en la Unidad Docente, el profesorado de los departamentos universitarios de psicología, y con profesionales de reconocido prestigio científico y profesional, expertos en los temas que vayan a impartir.

4.1.1. BLOQUES TEMÁTICOS

I. Marcos conceptuales, legales e institucionales

- Marcos legales e institucionales del sistema sanitario público español.
- Marco legal e institucional de la red de salud mental de la Comunidad Autónoma y su articulación con otras redes de servicios.
- Marco jurídico-normativo en salud mental y aspectos legales relacionados con la asistencia a personas con trastorno mental.
- Salud Pública. Epidemiología. Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad.

- Diseño, realización y evaluación de programas y servicios de salud. Planificación y gestión en salud mental.
- Ética y deontología profesional. El código deontológico del psicólogo.
- La investigación en Psicología Clínica.

II. Evaluación y Diagnóstico Clínicos

- La entrevista clínica.
- La exploración psicológica y psicopatológica.
- La historia clínica.
- Técnicas, estrategias y procedimientos de evaluación y diagnóstico clínico en diferentes fases del ciclo vital y en diferentes trastornos.
- El proceso diagnóstico en Psicología Clínica.
- El informe clínico.
- Diagnóstico clínico y evaluación psicológica en patologías médicas.
- La exploración, evaluación y diagnóstico neuropsicológicos.
- El informe pericial en Psicología Clínica.

III. Clínica de los Trastornos Mentales y del Comportamiento

- Semiología clínica
- Psicopatología de los procesos y actividades mentales y del comportamiento
- Criterios de diagnóstico psicopatológico
- Sistemas de clasificación y diagnóstico psicopatológico
- Modelos teóricos explicativos de los trastornos mentales y del comportamiento
- Psicopatología de los trastornos mentales y del comportamiento
- Presentación clínica de los trastornos mentales en las distintas fases del ciclo vital y del comportamiento

IV. Psicoterapia

- Modelos teóricos y técnicas en Psicoterapia: Psicodinámico; Conductual; Sistémico; Cognitivo; Constructivista; Integrador
- Proceso terapéutico y habilidades psicoterapéuticas.
- Niveles de intervención de la psicoterapia y otras intervenciones clínicas: Individual; grupal; pareja y familia; institucional y comunitario.



V. Otras Intervenciones Clínicas

- Especificidad de los tratamientos en las diferentes etapas del ciclo vital
- La atención al paciente con trastorno mental grave: Rehabilitación y reinserción social.
- Interconsulta, intervención en crisis y atención en urgencias.
- Psicofarmacología
- Otras modalidades de intervención psicológica: Consejo, asesoramiento psicológico, etc.

VI. Psicología de la Salud

- Modelo biopsicosocial de salud
- Conducta de enfermedad
- Estrés, afrontamiento de la enfermedad, y salud
- Percepción y manejo de síntomas físicos
- Adherencia al tratamiento
- Enfermedades crónicas, procesos de larga duración y enfermedades terminales
- Estilos de vida y calidad de vida relacionada con la salud
- Cuidados paliativos
- Educación para la salud

4.2. CONTENIDOS DE INVESTIGACION

Los especialistas en Psicología Clínica deben adquirir y manejar conocimientos teórico/prácticos sobre investigación en el campo de la salud. Para ello, a lo largo del periodo formativo, el residente desarrollará una investigación relacionada con los contenidos de la especialidad, cuyo proyecto se presentará en la primera mitad del mismo. El Residente podrá desarrollar esta investigación individualmente, en grupo, o incorporándose a un equipo o línea de investigación ya establecidos, dentro o fuera de la Unidad Docente.

El tutor garantizará que la investigación sea adecuadamente dirigida o supervisada por expertos en el tema. Al término del periodo formativo, el residente habrá de presentar los resultados de la investigación. Cuando ésta se haya realizado en el marco de un grupo, presentará un informe escrito de su participación y,

en su caso, de los resultados obtenidos hasta el momento, visado por el director o supervisor de la misma. Asimismo, adjuntará copia o relación de las publicaciones o informes científicos derivados de dicha investigación en los que haya participado y figure como autor. La realización de la Tesis Doctoral, siempre que verse sobre contenidos relacionados con la especialidad, y el tutor lo autorice, podrá también ser considerada en este apartado.

4.3. CONTENIDOS CLÍNICO-ASISTENCIALES

4.3.1. EL CIRCUITO DE ROTACIÓN.

Es el eje principal sobre el que se articulará la formación especializada en tanto que da el soporte y aporta el marco de referencia para un aprendizaje basado en la práctica profesional con crecientes niveles de autonomía y responsabilidad en un proceso tutorizado.

Las rotaciones por los distintos dispositivos asistenciales han de tener un marco definido: una red sanitaria de servicios especializados que constituyen la Unidad Docente Acreditada. Ello contribuirá a garantizar una formación adecuada al perfil del especialista en Psicología Clínica, que los avances científicos, la atención a la salud y la progresiva transformación de la red asistencial hoy requieren.

El circuito estará compuesto por los distintos servicios especializados de Salud Mental, en un territorio determinado, que constituyan una unidad funcional ajustada a los criterios de acreditación establecidos.

Son elementos básicos del Circuito de Rotación:

- A) Unidad de Salud Mental Comunitaria que será el eje central de referencia formativa. Habrá de contar al menos con programas o unidades de atención ambulatoria y comunitaria a la población infanto-juvenil, adulta y de tercera edad, así como programas de apoyo y coordinación con la Atención Primaria, Servicios Sociales, Educación, etc.



- B) Unidades de hospitalización en hospitales generales o en su defecto, unidades de agudos en hospitales psiquiátricos, con espacios y equipos diferenciados.
Habrán de contar con programas de interconsultas y programas de enlace y coordinación con otros servicios del hospital.
- C) Programas y/o Unidades de Rehabilitación específicamente configurados como tales.
Habrán de contar con programas de rehabilitación y reinserción, adecuadamente coordinados con Servicios Sociales.

==> Otras unidades, servicios y programas utilizables para el desarrollo del programa: Hospitales de Día, Comunidades Terapéuticas, Centros de atención a Adicciones, Servicios de atención a la Infancia, programas de atención psicológica en Servicios y Unidades Hospitalarios Especializados (i.e., Oncología, Unidades del Dolor, Cardiología, Neumología, Pediatría, Trastornos Alimentarios...), etc.

4.3.2. ORGANIZACIÓN Y TIEMPOS DE LA ROTACIÓN

- El período de formación incluye los programas siguientes:
- A.1. Atención comunitaria, ambulatoria y soporte de la Atención Primaria 14 meses
 - A.2. Hospitalización y urgencias 4 meses
 - A.3. Programas de interconsulta y enlace.
Programas de Psicología de Salud 6 meses
 - A.4. Rehabilitación 6 meses

- A.5. Clínica Infantil y de la Adolescencia 6 meses

El tutor, en función de las posibilidades, disponibilidad y capacidad de la Unidad Docente Acreditada y considerando los intereses del residente, establecerá la continuidad de la rotación para la incorporación del mismo

- A.6. Programas para el desarrollo de Áreas de Especial Interés(*) 6 meses

El residente, de acuerdo con el tutor y en función de las posibilidades propias de la Unidad Docente Acreditada y/o los convenios de ésta con otros servicios, con la autorización debida, realizará:

- A.7. Rotación de libre disposición 6 meses

Se recomienda seguir la secuencia de las rotaciones en el mismo orden en que aparecen, siempre que ello sea posible.

4.3.3. CONTENIDOS FORMATIVOS DE CADA ROTACIÓN: OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

El Programa de Formación debe contar con el instrumento complementario del Libro del Residente. En él deberán consignarse las actividades desarrolladas a lo largo de la rotación en cada uno de los programas, servicios o dispositivos. Las actividades que no aparecen como tal en el nuevo Libro del Residente deben consignarse y cuantificarse en los objetivos y actividades individualizados y acordados con el tutor para cada residente y en cada uno de los programas del circuito de rotación.

(*) Áreas de especial interés:
Psicoterapias; Clínica Infantil y de la Adolescencia; Adicciones; Psicogeriatría; Rehabilitación; Neuropsicología; Psicología de la Salud; Psicología Forense; Planificación Familiar y Sexualidad.



4.3.3.1. Programa de Atención Comunitaria, Ambulatoria y de Soporte a la Atención Primaria

Objetivos

- Conocer y manejar las implicaciones prácticas de los principios y bases organizativos del Sistema Nacional de Salud Español y de la Comunidad Autónoma que corresponda, así como su modelo de atención a Salud Mental.
- Adquirir conocimientos y experiencia en programación, organización y planificación de los equipos, unidades, servicios u otros dispositivos sanitarios y en las actividades relacionadas con la problemática legal del enfermo mental.
- Conocer y manejar instrumentos de psico-diagnóstico y evaluación psicológica, técnicas de entrevista clínica, análisis y formulación de casos. Realizar diagnósticos, incluyendo diagnóstico diferencial, elaborar historias clínicas, informes clínicos e informes periciales.
- Elaborar, aplicar y valorar la eficacia de programas de tratamiento psicológico, en los niveles individual, familiar, y de grupo.
- Adquirir conocimientos, habilidades y experiencia en el manejo clínico y seguimiento de casos, en el trabajo en equipos multidisciplinares, en la coordinación con otros dispositivos socio-sanitarios, y en las actividades de planificación, prevención y evaluación clínica y epidemiológica, así como en el diseño de actividades y programas de prevención y promoción de la salud.
- Conocer y aplicar criterios de indicación de hospitalización, interconsulta, y derivación a otros recursos y profesionales socio-sanitarios.
- Adquirir conocimientos y experiencia en técnicas de consejo y asesoramiento.

Actividades

- Evaluación de casos en primeras consultas
(* N° de casos mínimo con Nivel de Responsabilidad 1: 10.
(* Casos mínimo con NR 2: 10.
- Diagnóstico psicológico en primeras consultas.
(* N° de casos mínimo con NR 1: 10.
(* N° de casos mínimo con NR 2: 30.
- Elaboración de historias clínicas.
- Elaboración de informes psicológicos.
- Entrenamiento y puesta en práctica de técnicas de consejo y asesoramiento (individuales y grupales).
- Planificación, realización y seguimiento de tratamientos psicológicos y psicoterapéuticos individuales, de pareja, de familia y de grupo.
(* N° de casos mínimo con NR 1: 10.
(* N° de casos mínimo con NR 2: 20.
- Atención y seguimiento ambulatorio y en la comunidad de pacientes con trastornos crónicos.
(* N° de casos mínimo con NR 1: 5.
(* N° de casos mínimo con NR 2: 10.
- Indicación de hospitalizaciones (totales o parciales).
- Derivación a otros profesionales, y recursos socio-sanitarios.
- Participación y, en su caso, diseño de programas y actividades de prevención y promoción de la salud
- Participación en la elaboración de protocolos de evaluación, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, y derivación de casos
- Participación en la formación del equipo
- Evaluación de programas y protocolos de tratamiento.
- Participación y presentación de casos en sesiones clínicas.
(* N° de actividades mínimo con NR 1: 2.
(* N° de actividades mínimo con NR 2: 3.

(* Nivel de Responsabilidad (NR): De acuerdo con el nuevo Libro del Residente aprobado por esta Comisión Nacional, quedan establecidos dos niveles de responsabilidad en la ejecución y desarrollo de actividades, que se corresponden con:

NR 1: Observación participante

NR 2: Realización directa



- Indicaciones de altas y elaboración de las mismas
- Participación en actividades de programación, organización y coordinación asistencial con otros dispositivos sociales y sanitarios, en trabajo en equipo multidisciplinar, en desarrollo y aplicación de planes de Salud Mental y en actividades relacionadas con la problemática legal del paciente con trastornos psíquicos.

(* N° de actividades mínimo con NR 1: 4.

(* N° de actividades mínimo con NR 2: 6.

- Realización de actividades de apoyo a Atención Primaria, incluyendo reuniones de coordinación, valoración conjunta de casos, sesiones clínicas conjuntas, grupos de apoyo psicológico, etc.

(* N° de actividades mínimo con NR 1: 4.

(* N° de actividades mínimo con NR 2: 6.

- Manejo de intervenciones en situaciones de crisis, de los criterios de derivación de pacientes y de la utilización adecuada de los recursos sociales y sanitarios disponibles.

(* N° de intervenciones mínimo con NR 1: 6.

(* Intervenciones mínimo con NR 2: 10.

- Atención domiciliaria. NR1 y NR2
- Manejo de casos de comorbilidad concomitante.

4.3.3.2. Programa de Hospitalización y Urgencias

Objetivos

- Adquirir conocimientos, habilidades y desarrollar actitudes adecuadas sobre los diversos aspectos referidos al diagnóstico y valoración de la gravedad del trastorno y la crisis, incluyendo el diagnóstico diferencial con enfermedades médicas, evaluando los síntomas precoces y los incapacitantes.
- Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes sobre la atención a pacientes ingresados y sus familiares, y la atención a las urgencias derivadas por los equipos comunitarios y los servicios generales de urgencias.

- Conocer y aplicar criterios de indicación de hospitalización, tiempos estimados de ingreso, indicaciones de altas, planificación del seguimiento ambulatorio, etc.

- Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes para la valoración de pautas de tratamiento intensivo, así como para la coordinación en red con otros dispositivos asistenciales y profesionales en función del seguimiento y apoyo tras el alta, con el fin de reducir la tasa de reingresos futuros y mejorar la calidad de vida de los enfermos y familiares.

- Conocer los psicofármacos indicados en cada caso, criterios de aplicación, protocolos de seguimiento, y los efectos colaterales.

- Adquirir conocimientos sobre las principales técnicas de exploración neurológica y los síndromes y enfermedades neurológicas más relevantes, los psicofármacos indicados y los efectos colaterales.

- Adquirir conocimientos de los factores más relevantes en la coordinación con los distintos dispositivos y recursos de la red socio-sanitaria, desde una óptica de continuidad de cuidados.

- Adquirir experiencia en el manejo de técnicas e intervenciones psicológicas para los procesos de agudización de los trastornos mentales y las situaciones de crisis y de urgencias.

Actividades

- Diagnóstico de los pacientes ingresados, con expresión de la gravedad, evaluación de la presencia de síntomas precoces de déficit, síntomas incapacitantes, curso y pronóstico, e indicaciones de tratamiento integral, incluyendo programas psico-educativos

(* N° de casos mínimo con NR 1: 3.

(* N° de casos mínimo con NR 2: 10.

- Aplicación de técnicas y pruebas de psicodiagnóstico y evaluación neuropsicológica, valoración de resultados, y elaboración del informe con el correspondiente juicio clínico

(* N° de casos mínimo con NR 1: 2.

(* N° de casos mínimo con NR 2: 3.



- Atención e intervención sobre pacientes ingresados: prevención de recaídas, manejo de estrés, entrenamiento en habilidades sociales, desarrollo y aplicación de técnicas dirigidas a mejorar la adherencia a los tratamientos, desarrollo de procedimientos para mejorar la relación del paciente con el personal sanitario, etc.

(*) Nº de casos mínimo con NR 1: 6.

(*) Nº de casos mínimo con NR 2: 10.

- Realización de actividades de información a familiares de los pacientes ingresados acerca de la problemática del paciente, aportando pautas para la interacción familiar, así como programas de psicoeducación, apoyo y asesoramiento psicológico a familiares y/o cuidadores.
- Elaboración de planes de tratamiento intensivo y coordinación con los dispositivos comunitarios para garantizar, al alta, la continuidad de cuidados.

(*) Nº de casos mínimo con NR 1: 3.

(*) Nº de casos mínimo con NR 2: 6.

- Realización de intervenciones individuales y de grupo (incluyendo familias) y de programas para la reducción y control de sintomatología activa en procesos de descompensación, en situaciones de crisis y en atención a urgencias, Prevención de iatrogenias.
- Solicitud de intervenciones de otros profesionales y servicios ajenos a la unidad de hospitalización según criterios de pertinencia.
- Realización de historias clínicas e indicaciones e informes de altas
- Participación en las sesiones clínicas. Presentación de casos

4.3.3.3. Programa de Interconsulta y Enlace. Programas de Psicología de la Salud

Objetivos

- Adquisición de las actitudes, habilidades y conocimientos para la práctica de interconsulta con las diversas especialidades médicas, especialmente en situaciones de crisis.

- Adquisición de las habilidades y conocimientos para el desarrollo de programas de enlace
- Adquirir conocimientos y desarrollar actitudes y habilidades para la evaluación de problemas psicológicos y de comportamiento que interfieran o puedan interferir con la evolución y el tratamiento de las diversas enfermedades médicas, ya sea en los procesos agudos como en los de larga duración y en las enfermedades crónicas.
- Diseñar y aplicar intervenciones psicológicas específicas para pacientes atendidos en otros servicios o unidades hospitalarias
- Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes específicas para el diseño y realización de actividades de información y apoyo psicológico a familiares de pacientes hospitalizados por enfermedades médicas
- Adquirir y desarrollar actitudes y habilidades específicas para el manejo de pacientes con trastornos mentales que requieran hospitalización y/o tratamiento ambulatorio por enfermedades médicas
- Adquirir conocimientos y habilidades en el diseño y aplicación de programas de atención a pacientes ingresados en diferentes servicios del hospital en coordinación con el personal facultativo y de enfermería de los mismos.

Actividades

- Identificación y diagnóstico de comorbilidad psicopatológica que interfiera con el curso y/o el tratamiento de la patología médica, y diseño y puesta en práctica de los pertinentes programas de tratamiento psicológico.

(*) Nº de casos mínimo con NR 1: 3.

(*) Nº de casos mínimo con NR 2: 6.

- Elaborar y aplicar programas de tratamiento, apoyo y consejo psicológico, a diferentes niveles (individual, familiar, de grupo) para pacientes ingresados por enfermedades médicas
- Elaborar y aplicar programas de tratamiento, apoyo y consejo psicológico, a diferentes niveles (individual, familiar, de grupo) para



pacientes con trastornos mentales, hospitalizados por otros motivos.

(*) N° de casos mínimo con NR 1: 2.

(*) N° de casos mínimo con NR 2: 4.

- Realizar exploraciones psicológicas, elaborar los informes pertinentes y aplicar programas de psicoprofilaxis en su caso a los pacientes a quienes se realizan pruebas genéticas predictivas, trasplantes de órganos y otros tratamientos e intervenciones médico-quirúrgicos.
- Elaborar y poner en marcha programas de automanejo y psico-educativos para pacientes con enfermedades crónicas, tratamientos de larga duración o discapacidades asociadas a los mismos o sus consecuencias (por ej., en oncología, neumología, cardiología, diálisis, trasplantes, etc)
- Elaborar planes conjuntos para la atención integral de pacientes que requieren el concurso de diversas especialidades sanitarias

(*) N° de casos mínimo con NR 1: 2.

(*) N° de casos mínimo con NR 2: 2.

- Colaborar con y apoyar a otros profesionales para garantizar la adecuada atención a las necesidades de salud mental de pacientes atendidos en instituciones sanitarias.

(*) N° de casos mínimo con NR 1: 2.

(*) N° de casos mínimo con NR 2: 2.

- Diseño y ejecución de programas educativos para mejorar: la calidad de vida relacionada con la salud, la adherencia al tratamiento, y la percepción y valoración adecuada de síntomas relacionados con la enfermedad.
- Entrenamiento en técnicas de control del dolor y manejo del estrés

4.3.3.4. Programa de Rehabilitación

Objetivos

- Capacitar en el manejo clínico y seguimiento de los pacientes con trastornos mentales crónicos.
- Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades específicas para evaluar las habilida-

des, potencial de desarrollo, y déficits de los pacientes con trastornos mentales crónicos.

- Identificar los factores de protección y de riesgo de discapacidad y de marginación. Evaluación de su red de apoyo social.
- Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades sobre los programas, técnicas y estrategias de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales crónicos en y con los diversos servicios y/o dispositivos sanitarios y sociales.
- Capacitar para la elaboración, desarrollo y aplicación de planes individualizados de rehabilitación para pacientes con trastornos mentales crónicos, incluyendo tanto los dispositivos adecuados para el logro de dichos planes, así como las técnicas y estrategias específicas para actuar sobre los déficits psico-sociales, las dificultades de integración laboral, y las deficiencias en la adaptación social y familiar.
- Capacitación en programas psicoeducativos de rehabilitación, dirigidos a potenciar y recuperar las habilidades y capacidades físicas, emocionales, sociales e intelectuales del paciente con trastorno mental crónico, con el fin de que logre alcanzar un nivel de autonomía personal óptimo, que le permita adaptarse a la comunidad y desarrollarse como individuo.
- Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo clínico de la persona con trastorno mental crónico, en lo que se refiere al cumplimiento adecuado de las pautas de tratamiento.
- Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes para la coordinación con los diversos recursos socio-sanitarios involucrados en el soporte, apoyo y rehabilitación integral de los pacientes con trastornos mentales crónicos diseñando y realizando actuaciones en función de casos.
- Conocer los dispositivos sociales y sanitarios existentes en la Unidad Docente Acreditada o vinculados a ésta y los criterios y procedimientos de coordinación y derivación para un mejor cumplimiento del Programa de Rehabilitación.



Actividades

- Evaluación, desarrollo y aplicación de programas para desarrollar y/o recuperar la capacidad de manejo personal, hábitos de autocuidado y prevención de recaídas.

(*) N° de casos mínimo con NR 1: 5.

(*) N° de casos mínimo con NR 2: 10.

- Desarrollo y aplicación de programas y actividades encaminados a mejorar las dificultades de integración social, familiar y laboral (por ej., programas de entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, de afrontamiento del estrés, etc.).

(*) N° de casos mínimo con NR 1: 5.

(*) N° de casos mínimo con NR 2: 5.

- Aplicación de técnicas específicas de intervención psicológica para reducción de déficits cognitivos, emocionales y sociales.
- Desarrollo de intervenciones específicas para la mejora de la adherencia a los planes de tratamiento y la utilización adecuada de los recursos de apoyo disponibles en la comunidad.

(*) N° de casos mínimo con NR 1: 2.

(*) N° de casos mínimo con NR 2: 5.

- Conocer y utilizar los dispositivos sociales y sanitarios adecuados para el cumplimiento de los planes de rehabilitación (centros de día, unidades de rehabilitación, comunidades terapéuticas, hospitales de día, residencias asistidas, hogares protegidos, talleres ocupacionales, etc.).

(*) N° de casos mínimo con NR 1: 2.

(*) N° de casos mínimo con NR 2: 2.

- Desarrollo de procedimientos de reinserción en la comunidad, incluyendo el aprendizaje de oficios, instrucción básica, etc.
- Establecer y fortalecer los vínculos con los recursos sociales y sanitarios de la comunidad, incluyendo asociaciones de familiares, empresas, escuelas de adultos, hogares del jubilado, etc.
- Desarrollo de programas de educación psico-social dirigidos a la población o grupo al que pertenecen los pacientes (familia, ámbitos laborales, etc.).

- Entrenamiento de profesionales (trabajadores sociales, educadores, terapeutas ocupacionales) en habilidades y recursos básicos para el manejo de pacientes crónicos

4.3.3.5. Programa de Clínica Infantil y de la Adolescencia

Objetivos

- Adquirir los conocimientos y desarrollar las habilidades necesarias para la atención psicológica a la salud mental de la infancia y la adolescencia.
- Profundizar y adquirir nuevos conocimientos desarrollando habilidades específicas en psicodiagnóstico y evaluación de los problemas psicológicos y trastornos mentales de niños y adolescentes.
- Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para el diseño y aplicación de intervenciones psicoterapéuticas en población infantil y adolescente
- Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para realizar intervenciones y programas de enlace y apoyo a Atención Primaria para población infantil y juvenil.
- Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para realizar actividades y programas de enlace y apoyo a menores hospitalizados y sus familias.
- Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para el trabajo con familias de menores con alteraciones psicológicas. Identificación de contextos familiares y factores de especial riesgo para el niño y adolescente.
- Adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para la coordinación con instituciones sociales, educativas y judiciales involucradas en la atención a menores.

Actividades

- Evaluación psicológica y diagnóstico psicopatológico de niños y adolescentes, tanto en primeras consultas como en seguimientos.

(*) N° de casos mínimo con NR 1: 6.

(*) N° de casos mínimo con NR 2: 15.



- Elaboración de informes psicológicos, de historias clínicas, y análisis y formulación de casos.
- Planificación, realización y seguimiento de intervenciones psicológicas y psicoterapias individuales y de grupo en casos de niños y adolescentes

(*) N° de casos mínimo con NR 1: 6.

(*) N° de casos mínimo con NR 2: 10.

- Entrenamiento y puesta en práctica de técnicas de consejo y asesoramiento familiar

(*) N° de casos mínimo en NR 1: 5.

(*) N° de casos mínimo en NR 2: 5.

- Indicación de hospitalización total o parcial, altas, derivación a otros dispositivos sanitarios o sociales.
- Realización de intervenciones de apoyo, coordinación e interconsulta con Atención Primaria y servicios hospitalarios implicados en la atención a la infancia y adolescencia.

(*) N° de casos mínimo con NR 1:5.

(*) N° de casos mínimo con NR 2: 5.

- Realización de intervenciones de coordinación, apoyo e interconsulta con servicios educativos, sociales y judiciales impli-

cados en la atención a la infancia y adolescencia.

(*) N° de casos mínimo con NR 1:5.

(*) N° de casos mínimo con NR 2: 5.

- Participación en actividades de prevención y promoción de la salud dirigidas a infancia y adolescencia.

NR1 y NR2

- Participación en el desarrollo y aplicación de protocolos de evaluación, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y derivación, de niños y adolescentes.

- Participación en la formación y supervisión de otros profesionales, para el manejo de problemas psico-socio-educativos relacionados con la infancia y adolescencia.

- Participación en la valoración y evaluación de la eficacia de programas y protocolos de tratamiento.

- Participación y presentación de casos en sesiones clínicas

(*) N° de actividades mínimo con NR 1: 1.

(*) N° de actividades mínimo con NR 2: 2.

- Manejo de intervenciones en situaciones de crisis.
- Atención domiciliaria.



La asistencia psiquiátrica en Vizcaya(*)

Antonio Villanueva Edo**

Los precedentes

Desde antiguo la enfermedad mental ha sido una gran desconocida, equiparada a la posesión demoníaca, objeto de aojamiento o de práctica de brujería. Hay que esperar al siglo XV para encontrar las primeras instituciones para atender a los dementes (Valencia, 1409, Francfort, 1477) y, posteriormente, para que el mismo Paracelso rechazara al demonio como elemento causal de la locura¹. Hasta tiempos actuales, la psiquiatría no pasó de su fase custodial, en la que se trataba de defender a la sociedad de la insania del enfermo demente². La atención psiquiátrica ha sido la cenicienta de la medicina asistencial. Los alienados se apilaban en hospicios, cárceles y algunos departamentos hospitalarios, donde recibían un trato deprimente³.

Al llegar el siglo XIX, la asistencia psiquiátrica, no sólo en Vizcaya, sino en el resto de España estaba sin resolver. Por primera vez, en 1848, el Dr. Pedro María Rubio, llevo a cabo un recuento del número de dementes que había en las provincias españolas. Este trabajo, elemental como publicación científica, tuvo, al menos, el mérito de dar cuenta a la Administración de la existencia del problema. Pero pasarán veinte años más para que se creen

lugares específicos para el aislamiento de estos enfermos. Cuando se publica la Ley de Beneficencia de 20 de Junio de 1849 y su Reglamentación del 12 de Mayo de 1851, la Administración sólo pone en marcha el Hospital de Dementes de Leganés.

La asistencia de estos pacientes quedaba en mano de Ayuntamientos, Diputaciones y personas particulares⁴ y en estas circunstancias su situación era deplorable. A modo de ejemplo, en 1848, el alcalde de Abando indicaba a la Diputación de Vizcaya que desde hacía cuatro meses permanecía en el *cuarto de detenidos* una joven *aquejada de locura*, lo que ocasionaba unos gastos que el erario municipal no podía soportar. La Diputación se dirigió a la Junta Municipal de Beneficencia de Zaragoza solicitando que aceptaran a esta enferma, *ya que no hay (en Vizcaya) ningún establecimiento piadoso destinado al alibio (sic) de los desgraciados que padecen semejante dolencia*. Fue llevada a esta ciudad por un carretero que cobró 760 reales por este servicio. Los gastos ocasionados por la alimentación de esta demente, mientras estuvo en el cuarto de detenidos, unidos a los de transporte y a los honorarios médicos, ascendieron a 1.044 reales⁵.

La carencia de instituciones psiquiátricas en España hizo que se establecieran algu-

(*) Extractado del libro *Siete siglos de medicina en Bilbao*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz 2000, con algunas correcciones de forma. Bilbao, 17 Enero 2004.

** Deseo asociar en la redacción de este trabajo a los Drs. Pilar Aisa de la Rica, Pedro Fernández de Larrinoa, Martín Zurimendi y Antonio Torres sin cuya ayuda no hubiera podido escribirse.



nos centros con carácter regional. Valladolid y Zaragoza tenían este carácter. Este último fue pionero en el concepto de considerar a los dementes como personas que podían recuperarse e integrarse en la sociedad. En el Archivo Foral de Bizkaia existe abundante documentación que acredita la presencia de dementes vizcainos en hospitales y manicomios de estas provincias, concretamente, en los Hospitales Provincial y de San Rafael de Valladolid, y, en menor número, en el Hospital de Nuestra Señora de Gracia, de Zaragoza[†]. En Noviembre de 1885, había en este último Hospital dos dementes, que habían ingresado en 1845 y 1851 respectivamente, es decir cuarenta y treintiséis años antes. En Valladolid había otros treinta y seis enfermos, alguno de los cuales residía allí desde 1854⁶. En otras relaciones, se señalan seis enfermos pobres, carentes de recursos ingresados en Zaragoza y otros 69 en Valladolid. La asistencia de los dementes vizcainos en estos hospitales se prolongó hasta el siglo XX. En Valladolid hay pacientes en 1933 y en Zaragoza en 1913⁷.

El trámite del traslado de estos dementes se iniciaba mediante oficio del alcalde del pueblo de residencia del enfermo a la Diputación. Esta satisfacía los gastos ocasionados por cada asilado que en los hospitales de Valladolid eran de 1,25 pesetas diarias y en Nuestra Señora de Gracia, de Zaragoza se pagaba una pensión algo más cara, 1,75 pesetas. En Julio de 1885, el Hospital de Valladolid subió sus tasas a 1,50 pesetas diarias.

En aquellos centros los enfermos permanecían ingresados hasta ser dados de alta por curación o por muerte, pudiendo llegar, como en el caso más arriba expuesto, a cuarenta años, lo que significaba que el ingreso en estos

hospitales prácticamente era una reclusión para toda la vida.

Se intentó construir un manicomio que atendiera las necesidades de las Provincias Vascongadas y Navarra⁸. El 23 de Enero de 1875, Fermín Daoiz y Argaiz, Marqués de Rozalejos, dejó en su testamento para construir un manicomio que atendiere a los enfermos de las cuatro provincias gran parte de sus bienes a la Beneficencia Pública de Navarra. Bienes valorados en 1.234.623 pesetas entre depósitos bancarios, valores y fincas repartidas en varias haciendas en Navarra y algunos lotes del Ensanche de Bilbao.

Este asunto estuvo dormido hasta Octubre de 1883, momento en que Luis Elío, Deán de la Catedral de Pamplona, Albacea testamentario*, se pone en contacto con las cuatro Diputaciones. La Diputación de Navarra invitó a las otras tres a tratar conjuntamente sobre la erección de este manicomio para lo que se redactó de una Memoria como base de este proyecto.

Tras exponer los sistemas de asistencia de estos enfermos vigentes en Europa, el autor se inclinó por un asilo dotado de colonia agrícola como terapia laboral, situado en las proximidades de una población importante. Sus edificios dispondrían de departamentos para enfermos tranquilos y agresivos, imbeciles, idiotas, epilépticos, etc. Se establecieron dos presupuestos para sendos asilos de 204 y 400 plazas, cuya asistencia médica estaría a cargo de un Médico Director y un o dos Ayudantes si la población asilada superara los 350 pacientes. En este escrito se percibe como inconveniente la reclusión permanente de los enfermos psiquiátricos en el manicomio⁹.

[†] La labor de este hospital fue reconocida por el psiquiatra francés Pinel, a quien se considera como el iniciador de la psiquiatría moderna.

* Fermín Daoiz también había nombrado albacea al general José de la Concha, a la sazón Ministro de la Guerra, quien renunció a este cargo, y a Isidro Val, Conde de Almírez como sustituto. El fallecimiento de éste dejó a Luis Elío como único albacea.



Varios ayuntamientos presentaron su candidatura para ser sede de este centro. La de Alsasua gozaba de las preferencias de las tres Diputaciones vascas dada su posición central para las cuatro provincias. Pero a espaldas de las cuatro Diputaciones, por propia decisión personal el albacea, Sr. Elío, concedió a Pamplona la sede de este Manicomio. Ante esta decisión unilateral, las diputaciones vascas protestaron por no haber sido consultadas, pero los tratos firmes del albacea con el Ayuntamiento de aquella capital y la compra de parte de los terrenos les hicieron transigir con esta decisión.

Su gestación fue muy lenta. El concurso convocado para su construcción no se realizó hasta Enero de 1888. Esta tuvo muchos problemas. La muerte del Sr. Elío, las renunciaciones de los substitutos, así como las disensiones entre éstos y el arquitecto por las prolongadas pausas que sufrió la construcción del edificio¹⁰, entre otras cosas, prolongaron las obras hasta 1902.

A su terminación se consultó a las tres diputaciones vascas por su interés en el Manicomio de Pamplona. El conde de Aresti, Presidente de la de Vizcaya renunció, ya que disponía de un Manicomio en Bermeo. La de Guipúzcoa había establecido un concierto con la obra del Padre Menni en Mondragón y la de Alava, que también se servía de esta institución, expresó su malestar por entender que la tardanza en ejecutarlo había desvirtuado el testamento del Sr. Daoiz al dejar fuera de sus beneficios a las tres Provincias Vascongadas.

El 18 de Mayo de 1885, el Gobierno había reglamentado mediante decreto la asistencia hospitalaria de los dementes, tanto en situación de *observación*, como de *reclusión*¹¹. Dos años más tarde se ordenó la inclusión en los presupuestos de las Diputaciones y de los Ayuntamientos cantidades para la construcción de manicomios para la asistencia de los dementes

pobres¹². En los hospitales generales la expresa prohibición para alojarlos en ellos, alejó a los alienados de la atención en sus salas. Solo bien entrado el siglo XIX, se atendía a un pequeño número de enfermos *en observación*, no mayor de seis, en un pequeño departamento del Hospital de Atxuri.

En Junio de 1898, se inauguraba el Manicomio de Santa Águeda de Mondragón que se había instalado en el antiguo balneario del mismo nombre. El asesinato del Presidente del Gobierno, Sr. Cánovas del Castillo, ocurrido durante su estancia en el mismo un año antes a manos del anarquista Anguioillo, espantó a su clientela, por lo que sus dueños, los Srs. Mendía vendieron sus construcciones el 1 de Marzo de 1898 al P. Benito Menni, de la Orden Hospitalaria quien levantó allí la institución psiquiátrica que aun permanece en el mismo sitio¹³.

El balneario tenía dos construcciones principales. La más antigua fue una fonda ubicada en el mismo lugar, construida en 1825. La más moderna se levantó en 1875. El P. Menni, dedicó la primera a albergar a las enfermas, mientras que los varones, más numerosos, lo hicieron en la segunda¹⁴. En el primer año, hubo enfermos de Guipúzcoa y Alava*, pero en la Memoria del 1899 ya se señala la presencia de asilados vizcainos¹⁵. En la primera época fue director el Dr. Añibarro, a quien después substituyó el Dr. Olanan.

La asistencia psiquiátrica en Vizcaya

El Sanatorio de Bermeo

Durante el siglo XX la asistencia psiquiátrica se desarrolló en tres centros, Bermeo, Zaldibar y Zamudio, que se crearon sucesivamente, a medida que avanzaban las necesidades asistenciales con intervalos comprendidos entre los veinticinco a treinta años.

* Durante las estériles negociaciones del frustrado manicomio vasco-navarro, el Padre Menni, fundador de Santa Águeda, había hecho una oferta para la asistencia a los dementes de las tres provincias vascas en condiciones económicas muy ventajosas.



El 29 de Octubre de 1887, el Ayuntamiento de Bilbao se vio obligado a cerrar el deficiente departamento del Hospital de Atxuri donde se albergaban seis alienados en periodo de observación y comunicó a la Diputación Provincial la conveniencia de trasladarlos al Manicomio de Valladolid¹⁶.

Un año más tarde, la Diputación de Vizcaya, ante las demoras del proyecto del Manicomio Vasco-Navarro, y en cumplimiento de la legislación recientemente aprobada, decidió tener un lugar propio para atender a estos enfermos. A este objeto, el 13 de Diciembre de 1888 aprobó un acuerdo para construir un manicomio en Vizcaya y cinco días más tarde se dirigió a los Ayuntamientos más importantes de Vizcaya ofreciendo la posibilidad de instalarlo en sus municipios. Sólo Durango, Orduña y Bermeo mostraron interés por el proyecto ofreciendo, bien unas estancias en sus respectivos Asilos, bien como en caso de Bermeo, su viejo hospital, construido en 1860 y abandonado recientemente por una nueva construcción.

La Junta de Beneficencia del Ayuntamiento de Bermeo realizó un informe muy detallado, en el que indicaba que debía habilitarse el viejo Asilo para una casa de observación, con departamentos separados para las distintas variedades de locura y sugería la normativa que debía seguirse para su administración. A este informe, el Ayuntamiento de Bermeo acompañó una oferta de donación de los terrenos adjuntos para posibles obras de ampliación. La Diputación se inclinó por aceptar la propuesta de Bermeo, dado que su ubicación era muy buena y su proposición, la más ventajosa.

Así, el 5 de Enero de 1890 se ordenó al arquitecto Severino de Achucarro elaborar un anteproyecto y presupuesto de obras. Achúcarro* y su asociado, Federico Borda, entregaron

una Memoria con el proyecto de un centro para la asistencia de los enfermos *en observación*, es decir, los que se encontraban en las primeras fases de que su enfermedad a los que una pronta atención podía evitar las largas reclusiones que a veces llegaban a ser definitivas¹⁷. La base del proyecto lo constituían los edificios que en aquel momento constituían el Asilo de Pobres de Bermeo, edificación abierta al mar y al monte, lo que podía suponer las mejores condiciones para la curación de los enfermos. En realidad, Achúcarro y Borda elaboraron dos proyectos, uno inmediato capaz de atender a 24 enfermos y otro, ampliación del primero, para cubrir las necesidades de cincuenta. Estos proyectos, junto con la decisión del Ayuntamiento de Bermeo de contribuir con el 18% de los gastos de construcción, pasaron a estudio de la Diputación de Vizcaya, quien a la vista de estos informes, propuso la construcción de un edificio para 60 a 70 pacientes.

En 1892 los contactos entre la Diputación y el Ayuntamiento de Bermeo llegaron a un compromiso en cuanto a las aportaciones de uno y otra así como a la administración, conservación y régimen interior del manicomio¹⁸. Para cubrir las atenciones de éste, se le dotó de un director, médicos internos y un practicante, como personal sanitario y un inspector, jefe del personal subalterno masculino y varios administrativos. Además de éstos existiría un capellán y una comunidad de Hermanas de la Caridad, de la que su Superiora ejercería la dirección del servicio doméstico y la jefatura del personal femenino.

Las obras de desmonte, excavación y cimientos¹⁹ se terminaron el 15 de Julio de 1893 con un costo total de 31.993 pesetas y el resto de las obras se prolongaron durante cerca de cuatro años u costaron un importe de 197.993,89 pesetas†.

* Severiano de Achucarro era el padre del neuropsiquiatra y anatomopatólogo Nicolás de Achúcarro.

† Nota curiosa: El contratista entregaba todos los documentos referentes a la obra firmados "por orden" por terceras personas ya que no sabía escribir.



Pero mientras se levantaban estas obras, las previsiones de ocupación del manicomio aumentaron lo suficiente para que ya en Noviembre de 1895, el Ayuntamiento de Bermeo sugiriera que se construyera lo que se había llamado *pabellón de ampliación* que se pensaba hacer más adelante para lo que hubo una total unanimidad. Achúcarro elaboró el proyecto de esta ampliación con un presupuesto de 61.283.70 pesetas. Se abrió concurso público en Abril de 1897 y se inició rápidamente su construcción que se dio por terminada en Octubre de 1898²⁰. El desembolso total ascendió a 284.678.06 pesetas.

En Noviembre de 1899, una comisión conjunta de la Diputación y del Ayuntamiento de Bermeo visitó el Hospital de Alienados de Pau para tomar ideas sobre su disposición interna. Fruto de esta visita fue el encargo de las camas destinadas a los asilados etiquetados como *agitados* y *sucios* a la misma empresa francesa que había surtido a aquel manicomio²¹. El recién nombrado Director médico del Manicomio, el Dr. Vicente Ots Ezquerdo, por su parte, sugirió varias reformas y adaptaciones que motivaron nuevas obras y proyectos, los suficientes para que en un informe, el diputado Emilio Vallejo recomendara comprar del Asilo de Ancianos adjunto al Manicomio para destinarlo totalmente a las necesidades de este último²².

En los años sucesivos, la presencia de obras en Bermeo es constante. Parecía como si a medida que iban tomando forma las construcciones del Manicomio, se fueran desvelando que las nuevas necesidades de asistencia que debían cubrirse crecían sin dar tiempo a terminar las ampliaciones y adaptaciones del edificio.

Es muy posible que en aquellos momentos nadie supiera al iniciar las obras cuales eran las verdaderas demandas de la asistencia psiquiátrica de Vizcaya, a pesar de que se suponía que a muchos enfermos permanecían recluidos en sus domicilios dadas las malas condiciones de los manicomios de la época. Una prueba de la

insuficiencia de las instalaciones de Bermeo es que seguían *exportándose* pacientes a otros manicomios (Santa Agueda, Valladolid, etc.) durante muchos años después.

El psiquiátrico de Bermeo no terminó nunca de cumplir su verdadera función. El mantenerse unido al Asilo durante muchos años fue una rémora en su funcionamiento, que unido a la deficiencia de sus instalaciones, motivó que en ningún momento pudiera considerársele una institución modelo. Cuando, en el principio de los años ochenta, iniciada la etapa autonómica, la Diputación traspasa al Servicio Vasco de Salud-Osakidetza todas sus instituciones sanitarias, Bermeo se encuentra en una situación deplorable.

El Sanatorio de Zaldívar.

La insuficiencia de las instalaciones del Sanatorio de Bermeo motivaron ya en 1922 que se pensara en nuevas instituciones para cubrir estas faltas de asistencia. En aquel año se piensa en retirar parte de su población acogida y buscarle un nuevo acomodo. Para ello la Diputación se fijó en el balneario de Zaldívar que a la sazón estaba siendo explotado por Manuel María de Cortázar.

La balneoterapia había iniciado al terminar la Gran Guerra Europea un declive que se acentuó en los años siguientes. Muchas de las instalaciones situadas, no solo en el País Vasco sino en toda Europa, se cerraron y las demás mantuvieron una vida precaria, parte por falta de clientela, parte por falta de adaptación y actualización de sus estructuras. Años más tarde, cuando la Junta Antituberculosa de Vizcaya buscaba un lugar para instalar su primer sanatorio antituberculoso, no le faltaron ofertas de distintos balnearios que estaban deseosos de desprenderse de ellos²³.

Por ello no extraña la rapidez de las negociaciones de la Diputación con la familia Cortázar, y que en Octubre del mismo año de 1922, se traspasara el Balneario por 700.000 pesetas



y comenzaran las obras de reforma y acondicionamiento dirigidas por el arquitecto Diego de Basterra²⁴. Las obras fueron breves ya que el 23 de Julio del año siguiente las nuevas instalaciones estaban en condiciones de recibir las tres primeras pacientes procedentes de Bermeo que quedaron a los cuidados de tres Hermanas de la Caridad²⁵. El que estos ingresos correspondieran a mujeres no fue un azar, ya que Zaldívar se proyectó en el principio y funcionó hasta no hace demasiados años como un centro para atender dementes femeninas.

La Diputación como propietaria del nuevo manicomio colocó a una Comisión Permanente de siete miembros al frente del mismo, auxiliada por una Junta de Damas encargada de su organización y administración. De esta forma la Diputación sigue la norma que había adoptado en el Sanatorio Marino de Górliz. La idea de situar juntas de damas al frente de la administración de establecimientos dedicados al cuidado de la mujer o del niño fue tomada de las instituciones británicas donde era una constante a mediados del XIX. Estas Juntas prolongaron sus funciones hasta muy avanzado el siglo XX.

La Junta del Sanatorio de Zaldívar se componía de veinticinco señoras cuyos apellidos eran representativos de la alta burguesía mercantil e industrial bilbaína. A su frente estaba Carolina Mac Mahón*, quien, a lo largo de más de treinta años, también desarrolló una labor muy activa en la Junta Provincial Antituberculosa de Vizcaya.

Como se ha indicado, la asistencia médica del Sanatorio se cubrió con un director y dos médicos más; uno de ellos debía permanecer

constantemente en el sanatorio, mientras que el segundo debía estar localizado en un radio de 10 kilómetros²⁶. Los servicios auxiliares se confiaron a las Hermanas de San Vicente de Paul, quienes extendían su labor, además de la asistencia directa de los pacientes, al quirófano y al laboratorio. Además el Sanatorio contaba con personal administrativo y de servicios.

Su primer Director fue el doctor Wenceslao López Albo†, quien cuenta como ayudante al Dr. Severo Aranzamendi, quien desarrolló una labor intensa y variada, ya que tuvo a su cargo organizar las actividades sociales de las enfermas para los que preparó veladas musicales e incluso coros y danzas formados por los mismos pacientes.

El Sanatorio en sus primeros tiempos constaba de los dos edificios del balneario. Uno, el antiguo hotel residencial, se destinó a pensionado capaz para 30 camas y el segundo, el que contenía las antiguas instalaciones del balneario, se habilitó para 250 enfermas más. Todo ello dentro de una extensión de 92.983 m², de los que 6.576 correspondían a las edificaciones. Desde un principio se disponía de una granja, destinada no sólo a proporcionar algunos alimentos al sanatorio, sino que, además, servía a las pacientes como terapia laboral.

En 1943 se ampliaron las instalaciones de Zaldívar para acoger a otras doscientas pacientes. En 1973 cuenta con 385 camas y entre sus servicios están un quirófano y un laboratorio clínico‡. Sin embargo su antigua construcción presenta continuos problemas de estructura arquitectónica que no habían sido resueltos quince años más tarde²⁷.

* La Marquesa de Mac Mahon, Carito, como la llamaban sus íntimos, estaba emparentada con el filántropo bilbaíno Luis Briñas. Ambos donaron parte de los terrenos donde se asentaron algunas construcciones del complejo sanatorial antituberculoso de Santa Marina.

† El Dr López Albo fue Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Basurto, donde desarrolló una importante tarea dedicada a la neurología. Cuando el Marqués de Valdecilla fundó en Santander el hospital de su nombre, lo llamó para dirigir y diseñar el Servicio de Neuropsiquiatría. Posteriormente, en los años anteriores a la Guerra Civil fue director de esta institución.

‡ El laboratorio fue llevado en un principio por el Dr. Atilano Feijóo y posteriormente por el Dr. Tomás Corral



El Sanatorio Psiquiátrico

“Nicolás de Achúcarro”, de Zamudio.

Es evidente que las necesidades psiquiátricas de Vizcaya no estaban cubiertas con las instalaciones de Bermeo y Zaldívar. La Diputación de Vizcaya piensa por tanto en construir un tercer manicomio en terrenos de Zamudio, donde inicia la construcción de cuatro pabellones que la guerra civil interrumpe cuando estaban en la fase de hormigón armado.

Durante la guerra, en 1938, un año después de caer Bilbao se buscan nuevos acomodos para una población psiquiátrica que va en aumento. Se quiere destinar la Casa Galera de Bilbao, donde a la sazón residían doce dementes, para un centro de urgencia, pero este proyecto no se lleva a efecto. Hay un informe de los directores de los manicomios de Bermeo y Zaldívar, Drs. Antonio Babío Bátiz y Severo Aranzamendi, que aconsejan la creación de un centro de hospitalización rápida, de corto plazo y elaboran un presupuesto para una institución capaz de treinta y sesenta camas²⁸.

En los primeros años cuarenta se vuelve a considerar revitalizar las construcciones de Zamudio. El arquitecto provincial, Eugenio María Aguinaga, eleva un informe en el que considera poder terminar dos o tres de ellos para destinarlas a hospital psiquiátrico y derribar el cuarto, dado que la situación económica de la Diputación no permite terminar la obra primitiva, pero tampoco este proyecto se lleva a cabo*.

En 1943 se pensó construir una clínica neuropsiquiátrica en Bilbao barajándose varios proyectos, unos en fincas de la misma ciudad y otros en terrenos cercanos, junto al Cementerio de Deusto y en el Hospital de Basurto²⁹.

Finalmente en 1959, se pensó construir un nuevo centro psiquiátrico en unos terrenos que la Diputación poseía en Zamudio, según la Memoria y el proyecto que el arquitecto Emiliano Amann Puente había presentado en Abril y Noviembre de aquel mismo año y que fueron aprobados el 25 de Enero de 1960³⁰, aunque hasta dos años más tarde no se aprobaba un presupuesto extraordinario de 38.748.878,71.pesetas, financiado por el Banco de Crédito Local³¹.

El Dr. Mariano Bustamante, Jefe de los Servicios Psiquiátricos de la Diputación redactó su memoria³². Las obras salieron a subasta en 1963, terminándose en Octubre de 1969 y siendo inauguradas con el nombre de Instituto Neuropsiquiátrico *Nicolás de Achúcarro*[†].

Sanatorio Psiquiátrico Nicolás de Achúcarro, de Zamudio. Coste de las obras.

Obra principal	31.074.051,29 Ptas.
Obras complementarias	4.745.839,59 Ptas.
Obras adicionales	788.810,94 Ptas.
Total	36.608.700,82 Ptas.

En el centro de la pradera que hay frente al edificio se instaló un monumento de tres metros

* Dos de estas construcciones se destinaron posteriormente a Seminario Diocesano. Hoy se reparte su uso entre centros de Enseñanza Media, una instalación hostelera y alguna otra más. Las otras dos fueron demolidas en 1998.

† La personalidad de Nicolás de Achúcarro y Lund fue una figura malograda de la medicina española. Este bilbaíno había organizado el Servicio de Anatomía Patológica del Gouvernement Hospital for the Insane, de Washington. En 1907 se creó en Madrid la Junta de Ampliación de Estudios, que dentro del capítulo de las Ciencias, fundó dos laboratorios, uno de Biología y otro de Histología. A propuesta de Cajal, este último, instalado en el Museo de Ciencias Naturales, se confió a Achúcarro. Desgraciadamente, cuando se veía en Achúcarro el continuador de Cajal en la dirección de la Escuela Española de Histología, una enfermedad maligna cortó una vida que hubiera dado grandes logros a la investigación médica española.



de altura, dedicado al Dr. Nicolás de Achúcarro. Su autor, el escultor Agustín de la Herrán, escribió lo siguiente en Enero de 1968, fecha de su gestación³³.

Las proporciones de este monumento están pensadas para verse a distancia y para ser colocado en el centro de la pradera que hay frente al edificio. Altura total 3,00 m. El autor ha tenido presentes las observaciones del arquitecto de la obra, D. Emiliano Amann y del neurocirujano, D. José Luis de la Herrán, ya que la alegoría que va junto al retrato representa el dolor humano, y hay en ella unas formas estilizadas de neuronas; y ha utilizado documentación facilitada por D. Severiano Achúcarro en la realización del retrato.

Su funcionamiento, con una planta dedicada a ingresados por alcoholismo y dos a la psiquiatría general de hombres y de mujeres, lo convertía en la práctica en tres entidades autónomas carentes de un criterio unificador. De esta forma la media de las estancias de los pacientes ingresados se extendió en más de dos meses de duración, lo que entraba en contradicción con su dedicación inicial³⁴.

En la actualidad atiende los servicios de hospitalización de corta y media estancia así como los de rehabilitación de los enfermos procedentes de las comarcas de ambos márgenes de la ría así como de algunas zonas de la capital.

Las nuevas corrientes de la Psiquiatría.

Mientras Vizcaya se dota de estas instalaciones, la psiquiatría había ido avanzando. En el mismo año que se abre Zaldívar, 1923, el neurólogo vienés Sigmund Freud publicó su libro **El Yo y el Ello**, modificación del pensamiento que, en 1900, había expresado en su obra inicial, **Interpretación de los sueños**, origen del análisis en la psiquiatría. Más adelante, en Heidelberg, aparece el concepto de *medicina psicosomática* cuya desarrollo llega hasta nuestros días³⁵.

En los años de anteguerra, la psiquiatría ya contaba con medios eficaces para el tratamiento de algunas enfermedades mentales. Las instituciones vizcainas practicaron la piroterapia, la malaterapia o paludoterapia, la electronarcosis y la acción convulsiva de algunos medicamentos y de algunas técnicas como el electroshock y conocían perfectamente sus efectos. Con estas últimas, inspiradas en el efecto contradictorio, en el aparente antagonismo entre la epilepsia y la esquizofrenia, logran resultados aleccionadores. Al final de la década de los años cuarenta se utilizan las técnicas quirúrgicas, leucotomías, lobotomías, injertos hipofisarios³⁶.

Pero va a ser en los primeros años cincuenta, cuando se inicia la era de los psicofármacos, el momento en que la terapia de los trastornos mentales va a sufrir un cambio espectacular. No se trata de conseguir con calmantes generales atemperar los cuadros psiquiátricos sino de tratar directamente síndromes psicóticos, agresivos y poder controlar los síntomas de la esquizofrenia y de la psicosis maníaco-depresiva.

Las unidades hospitalarias que funcionan en estos tiempos en los sanatorios psiquiátricos de Vizcaya son, predominantemente, cuatro: Enfermos agudos, crónicos, psicogeriatría y alcoholismo. La psicogeriatría trata los problemas del envejecimiento dentro de una población que ve aumentar su edad, al poder combatir otras enfermedades antes mortales. Aumenta la población que ve disminuidas sus aptitudes físicas y mentales, en los que son frecuentes los cuadros depresivos, el sentimiento de inseguridad, no sólo física, sino también psíquica, lo que origina la aparición de una demencia senil favorecida por el componente arterioscleroso frecuente en estos enfermos³⁷.

El aumento del consumo de las bebidas alcohólicas y por otro lado una mayor atención a estos enfermos, hizo que a partir de 1969 se iniciaran unidades especiales para la terapia de deshabitación, a la que se añadía un trata-



miento que englobaba sus posibles procesos satélites y el apoyo individual³⁸. Pocos años más tarde la invasión del consumo de drogas —cannabis, heroína, etc.— provocó una reacción similar que se plasmó en la creación de instituciones de diversas iniciativas —Gobierno Vasco, Ayuntamientos, Iglesia, etc.— que pretendían combatir esta plaga que aun asola a muchas familias.

A pesar de que en 1944 se había implantado en España el Seguro Obligatorio de Enfermedad, la atención a los dementes asilados en Vizcaya, como en el resto de España, no se integra en el régimen de la Seguridad Social. Es más; se mantuvo la Neuro-Psiquiatría como única especialidad asistencial, cuando ya, desde tiempos anteriores a la Ley de Especialidades de 1955, se venían considerándolas distintas.

En 1983, fecha en la que se reforma el Código Civil, simultáneamente la Sanidad es reconocida administrativamente con rango ministerial y la atención de los enfermos mentales deja de depender de la administración de las Diputaciones para pasar poco después a la Seguridad Social. En el País Vasco, la aparición de Osakidetza como Sistema Vasco de Salud, hace que a los dos años de su creación, en 1985, substituya a las Diputaciones en su papel asistencial*.

La reforma de la psiquiatría en Vizcaya. La asistencia psiquiátrica ambulatoria.

A partir de los años siguientes al final de la II Guerra Mundial se inicia en toda Europa una reestructuración de la atención psiquiátrica. El mejor conocimiento de las nuevas terapias, —psicofármacos, psicoterapias de grupo, etc.—

permitía transformar conductas anteriores y examinar la asistencia psiquiátrica desde unos nuevos prismas.

En este sentido hay que colocar la iniciativa que el Consejo General Vasco y las tres Diputaciones Forales toman, en el año 1979, al solicitar a un equipo de expertos dirigido por el Profesor Julián Ajuriaguerra[†] la elaboración de un informe sobre la asistencia psiquiátrica en la Comunidad Autónoma. Tres años más tarde, el mismo Prof. Ajuriaguerra preside una Comisión para establecer un Plan de Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental que fue publicado como una propuesta técnica[‡]. Entre su relación de objetivos, el Plan señalaba una reestructuración asistencial en todas las comarcas: creación de consultorios, hospitales de día, talleres protegidos, así como la instalación de unidades de Psiquiatría en todos los Hospitales generales, integrar a la psiquiatría dentro del sistema sanitario general y la elaboración de planes asistenciales específicos: infantil, adolescencia, geriátrico, rehabilitación de enfermos crónicos; el plan de investigación sobre diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales y, finalmente, el de formación de profesionales de la asistencia psiquiátrica³⁹.

Simultáneamente, en el resto de España se realizan actuaciones similares. En el marco de la Reforma Sanitaria auspiciada por el Gobierno central en 1982, se crea un año más tarde en el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social una Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica que al terminar sus trabajos en 1985 señaló las directrices de los procesos iniciados en todo el Estado. En 1986 se ajustaban mediante ley⁴⁰ todas las actuaciones relativas a la Salud mental⁴¹.

* Esta fue una de las consecuencias de la promulgación en el Parlamento Vasco de la Ley de Territorios Históricos.

† Para hacer este estudio, el Dr. Ajuriaguerra contó con la colaboración de los Drs. Arzamendi, Cristobal y Guimón.

‡ En esta ocasión al anterior equipo de estudio se agregaron los Drs. Azpiri, Candina y Ciganda y los Srs. Ozámiz y Postigo.



La tendencia de los psiquiatras a tratar a sus enfermos de forma ambulatoria no era nueva. Sin salir de Vizcaya, ya el Dr. López Albo, en 1923, había indicado la pertinencia de disponer de un dispensario neuropsiquiátrico⁴², describiendo sus funciones entre las que debían estar el evitar los ingresos inútiles y prematuros donde tratar a los psicópatas no alienados de una forma integral con estudios individualizados y al mismo tiempo donde se les aplicare una terapia social⁴³.

En 1966, por iniciativa del Dr. Bustamante se inicia la labor asistencial externa en el Consultorio de los Servicios Psiquiátricos de la Diputación de Vizcaya que hasta 1970 tiene una función exclusivamente pre y posthospitalaria, es decir, determinar qué pacientes precisan ingreso y, a su alta, mantener el control evolutivo de su enfermedad. A partir de 1970 y durante tres años, se amplía esta misión a la atención del enfermo ambulatorio, lo que significa por un lado situar a la enferma en su centro más adecuado (Ver gráfico n°1), y por otro, un extraordinario aumento del número de prestaciones que en 1972 llegaron a 7.075 y a 8.165, dos años más tarde⁴⁴. El denominado Proceso de Desinstitucionalización de Pacientes Psiquiátricos previó sacar a los pacientes más adecuados de los hospitales psiquiátricos e integrarlos en la comunidad social alojándolos en pisos ad hoc cuando el ambiente familiar no era propicio.

La asunción de las atenciones psiquiátricas por la Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco en 1985⁴⁵, hasta entonces en manos de la Diputación de Vizcaya, planteó al recién creado Servicio Vasco de Salud–Osakidetza el compaginar las nuevas instalaciones de asistencia extrahospitalaria general con la dependiente de los hospitales psiquiátricos al mismo tiempo que se obligaba a cubrir los vacíos existentes en algunas comarcas vizcaínas..

Se trata de trasladar la atención de los enfermos psiquiátricos al exterior de los centros internos. Durante los últimos diez años, junto a

los dos antiguos Dispensarios de Salud Mental que la Diputación de Vizcaya tenía abiertos, aparecen los nuevos centros donde los psiquiatras se ven auxiliados por otros profesionales: psicólogos, asistentes sociales, etc. que propician un tratamiento ambulatorio de los síndromes que pueden beneficiarse de él e igualmente y surgen en todas las comarcas de la provincia los Hospitales de Día destinados a aquellos enfermos que no precisan la hospitalización continua.

Durante los últimos años, la asistencia psiquiátrica en Vizcaya, y naturalmente en el País Vasco quiere recuperar la suficiente velocidad de cruce que le permita ocupar un puesto puntero en la sanidad vasca y un lugar preeminente en la psiquiatría española. Para ello, en 1990, se aglutinan en el Servicio Vasco de Salud–Osakidetza una serie de instituciones y recursos nacidos, a veces por iniciativas diversas, —D.A.K, consorcio Uribe–Costa, etc.— para conseguir una unidad de acción. Se trataba de elaborar y cumplir un plan general dentro de la política de Salud Mental para toda la Comunidad Autónoma Vasca que garantizara una asistencia psiquiátrica integrada y una prevención de los procesos patológicos⁴⁶.

A pesar de los múltiples esfuerzos realizados durante los últimos años que han conseguido superar el ancestral retraso de la asistencia psiquiátrica, ésta aún sigue siendo deficitaria. Hoy existe una mayor y creciente población que demanda su asistencia. A las psicopatías clásicas, se han unido las secuelas de las distintas toxicomanías y drogadicciones, que durante estos años han invadido la sociedad y cuya atención requiere grandes recursos personales y materiales.

El estrés, concepto acuñado por primera vez por Hans Selye en 1936, se ha hecho consecuencia de las múltiples experiencias agobiantes que puede recibir un hombre, quien en circunstancias extremas, se siente impotente para superarlos, lo que acaba por afectar a su salud mental.



Estas carencias de una asistencia psicológica y psiquiátrica total, que sufre la sociedad del siglo XXI, se hacen aún más apremiantes en algunas capas de la infancia que, en los últimos tiempos constituyen un grupo de población con

mayores necesidades de asistencia ante las distintas situaciones —separación familiar, desarraigo, violencia física y moral, etc.— que tiene que soportar.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cristina Galán Marín. **Historia del Hospital Psiquiátrico de Zaldívar**. (Tesis Doctoral). Universidad del País Vasco. Bilbao, 1982 -1983.
- 2.- Antonio Babío Bátiz. **Algunos datos sobre la historia de las actividades del Hospital Psiquiátrico de Zaldívar**. En **Hospital Psiquiátrico de Zaldívar**. 50 aniversario de su fundación. Edit. Excma. Diputación de Vizcaya. Bilbao, 1973.
- 3.- Rodrigo González-Pinto López. **La Historia que siempre quise contar**. Comunicación personal
- 4.- Marcelo Martínez de Alcobilla. **Diccionario de la Administración Española. Manicomios**. Tomo VII. 5ª Edición. Madrid, 1894.
- 5.- Archivo Foral de Vizcaya. **Beneficencia (Gernika) Expedientes de la conducción de dementes a los Hospitales de Valladolid y Zaragoza. 1848-1860. Registro 11**.
- 6.- Archivo Foral de Bizkaia. **Sanidad y Bienestar Social. Fondo Balparda**. Caja 120.
- 7.- Archivo Foral de Bizkaia. Sección Administrativa. **Manicomios**. Carpetas 1892, 1894 y 1895.
- 8.- Archivo Foral de Bizcaya. **Beneficencia.- Manicomios. Carpeta 1900. Legajo 1**.
- 9.- Luis Martínez de Ubago y Michelena. **Memoria relativa al establecimiento de un “Manicomio” para Navarra y Provincias Vascongadas instituido por Don Fermín Daoiz y Argaiz y presentada a la M.I. Junta de Beneficencia**. Pamplona, 15 Noviembre 1885.
- 10.- **El Manicomio sigue en obras**. *El Liberal Navarro*, 1 Mayo 1894.
- 11.- Real Decreto del Ministerio de Gobernación. 18 de Mayo 1885. En Marcelo Martínez de Alcobilla. **Diccionario de la Administración Española. Manicomios**. Tomo VII. 5ª Edición. Madrid, 1894.
- 12.- Real Orden del Ministerio de Gobernación, 19 Abril 1887. En Marcelo Martínez de Alcobilla. **Diccionario de la Administración Española. Manicomios**. Tomo VII. 5ª Edición. Madrid, 1894.
- 13.- **Hospital Aita Menni Ospitalea. Cien años de historia en Santa Agueda**. Edit. Hospital Aita Menni. Mondragón, Guipúzcoa, 1998.
- 14.- Archivo Foral de Bizcaya. **Beneficencia. Manicomios. Carpeta 1900. Legajo 2**.
- 15.- Archivo Foral de Bizkaia. **Memoria demográfico-médica del Manicomio de Santa Águeda. 1898-1899**. Beneficencia. Manicomios. Carpeta 1900, legajo 4.
- 16.- Archivo Foral de Bizkaia. Manicomio. Bermeo. Carpeta 1984. Legajo 1.
- 17.- Severino de Achucarro y Federico Borda. **Memoria Descriptiva para la Construcción del Manicomio de Bermeo**. 5 Diciembre 1890.
- 18.- **Reglamento Interior del Manicomio Provincial de Vizcaya**. (Sin fecha). Archivo Foral de Bizkaia. Carpeta 1986. Manicomio. Bermeo
- 19.- Boletín Oficial de Vizcaya, 11 de Octubre de 1892.
- 20.- Archivo Foral de Bizkaia. Manicomio. Bermeo. Carpeta 1985. Legajos 1 a 4.
- 21.- Srs. León, Elorrieta y Gáldiz. **Memoria sobre la visita realizada al Manicomio de Pau. (Bajos Pirineos)**. Archivo Foral de Bizkaia. Manicomio. Bermeo. Carpeta 1985. Legajo 4.
- 22.- Emilio Vallejo. **Informe del Diputado D. ... a la Comisión de Hacienda de la Diputación de Vizcaya**. Archivo Foral de Bizkaia. Manicomio. Bermeo. Carpeta 1985. Legajo 4.
- 23.- Antonio Villanueva Edo. **Historia social de la tuberculosis en Vizcaya. 1882-1957**. Edit. Diputación Foral de Bizkaia. Bilbao, 1989.
- 24.- Antonio Cruz Montes. **El Hospital Psiquiátrico de Zaldívar hace 50 años. Aspectos asistenciales actuales**. En **Hospital Psiquiátrico de Zaldívar. 50 aniversario de su fundación**. Edit. Excma. Diputación de Vizcaya. Bilbao, 1973.
- 25.- Cristina Galán Marín. **Historia del Hospital Psiquiátrico de Zaldívar**. (Tesis Doctoral). Universidad del País Vasco. Bilbao, 1982 -1983.
- 26.- **Reglamento de Régimen Interior del Manicomio de Zaldívar**. Diputación de Vizcaya. Bilbao, 1923.
- 27.- **Salud mental. Objetivos y planes de actuación para 1988**. *Actuaciones concretas a abordar de forma inmediata en el ámbito de los Territorios Históricos*. Edit. Consejería de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria - Gasteiz, 1988.
- 28.- Archivo Foral de Bizkaia. Bienestar Social. Zamudio. Carpeta 1567. Legajos 1 y 2.



- 29.- Archivo Foral de Bizkaia. Bienestar Social. Zamudio. Carpeta 1568 y 1569.
- 31.- Acta de la Sesión Extraordinaria de la Diputación de Vizcaya del día 13 de Junio de 1962.
- 32.- Archivo Foral de Bizkaia. Bienestar Social. Zamudio. Carpeta 1568 y 1569.
- 33.- Comunicación personal de la Dirección del Hospital Psiquiátrico "Nicolás Achucarro", de Zamudio.
34. **Salud mental. Objetivos y planes de actuación para 1988.** *Actuaciones concretas a abordar de forma inmediata en el ámbito de los Territorios Históricos.* Edit. Consejería de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria - Gasteiz, 1988.
- 35.- **El Yo y el Ello. La Escuela psicósomática de Heildelberg.** Crónica de la Medicina. Tomo II. Edit. Plaza y Janés. Barcelona, 1994.
- 36.- Antonio Babío Bátiz. **Algunos datos sobre la historia de las actividades del Hospital Psiquiátrico de Zaldívar. En Hospital Psiquiátrico de Zaldívar. 50 aniversario de su fundación.** Edit. Excma. Diputación de Vizcaya. Bilbao, 1973
- 37.- Dr. Alvarez Losada. **Unidades de psicogeriatría. En Hospital Psiquiátrico de Zaldívar. 50 aniversario de su fundación.** Edit. Excma. Diputación de Vizcaya. Bilbao, 1973
- 38.- Antonio Cruz Montes, Alfonso González Mateos. **Tratamiento específico del alcohólico a partir de 1969. En Hospital Psiquiátrico de Zaldívar. 50 aniversario de su fundación.** Edit. Excma. Diputación de Vizcaya. Bilbao, 1973.
- 39.- Julián Ajuriaguerra y cols. **Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.** Edit. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Departamento de Presidencia. Vitoria-Gasteiz, 1983.
- 40.- **Ley General de Sanidad 14/1985.** Ministerio de Sanidad y Consumo, 25 de Abril 1986.
- 41.- **Salud mental. Objetivos y planes de actuación para 1988.** *Antecedentes.* Edit. Consejería de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria - Gasteiz, 1988.
- 42.- J. A. Torices Cantoral y A. Cruz Montes. **La enfermedad Mental en Bizkaia a través del Hospital Psiquiátrico de Zaldívar.** Comunicación personal.
- 43.- Antonio Cruz Montes. **El Hospital Psiquiátrico de Zaldívar hace 50 años. Aspectos asistenciales actuales. En Hospital Psiquiátrico de Zaldívar. 50 aniversario de su fundación.** Edit. Excma. Diputación de Vizcaya. Bilbao, 1973.
- 44.- Pilar Aisa de la Rica, S. Fano, A.G. Guija. **Evolución del Servicio de asistencia psiquiátrica extrahospitalaria en Vizcaya.** *Archivos de Neurobiología*, 1977, 40, 5, 323-334.
- 45.- Decreto del Gobierno Vasco de 5 de Marzo de 1985.
- 46.- Departamento de Sanidad y Consumo. Dirección de Asistencia Sanitaria. **Servicios de Salud Mental: Bases técnicas.** Edit. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria Gasteiz, 1990.



Tratamiento práctico del Insomnio

POR EL

Elixir Veronal

DEL

Dr. BUSTAMANTE

Reconocido en todas las Clínicas como el más
SEGURO e INOFENSIVO de todos los
hipnóticos actuales.

De sabor agradable y acción suave, absorbién-
dose en el intestino sin acumularse.

MUESTRAS Y LITERATURA

DOCTOR BUSTAMANTE

Portugalete (Vizcaya)

¿El elixir de la felicidad?. Comercializado en 1904, al primer derivado del ácido babilónico que tenía efectos sedantes e hipnóticos (ácido dietil-barbitúrico: barbital o barbitona) se le puso el nombre de "veronal", al parecer porque tenía un efecto tan grato que el que lo tomaba se encontraba tan bien como si estuviera en Verona. Pasó a ser el fármaco de elección en las clínicas privadas, mientras en los hospitales públicos se seguían utilizando los más baratos bromuros y cloral. (Imagen: anuncio insertado en la Revista Clínica de Bilbao en 1926).



Globalización y Drogas: Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos

Edit. Dykinson, 2003

Cristina Merino

Este libro, es fruto de un encuentro que se realizó en el Instituto Internacional de Sociología Jurídica (IISJ) en la Universidad de Oñati en el verano de 2001, coordinado por Xabier Arana (Estado Español), Douglas Husak (EE.UU.) y Sebastian Scheerer (Alemania) que supieron motivar a un variado plantel de expertos de reconocida solvencia en los foros científicos. Encuentro internacional que dio continuidad a otros celebrados en el mismo marco en 1994, 1996 y 1998, también editados con anterioridad. Los ponentes, provenientes de países muy distintos (Colombia, Venezuela, EE.UU., Canadá, Holanda, Alemania y España), con formación diferente (jurídica, sociológica, criminológica, filosófica, médica, pedagógica, antropológica,...), tienen en común el llevar muchos años de experiencia relacionada con el fenómeno social de las drogas.

La dedicatoria (a Alessandro Baratta) y el *in memoriam* (a Rosa del Olmo, que estuvo presente en el taller y presentó una de sus últimas ponencias, son un emotivo homenaje a dos personas claves dentro de la Criminología Crítica que han abierto brecha en favor de un discurso diferente —y de rabiosa actualidad— en materia de drogas.

El texto aparece dividido en dos partes: una primera, sobre políticas de drogas, en clave normalizadora, donde se pone en evidencia que gran parte de los conocimientos y creen-

cias en los que se ha basado el discurso prohibicionista han quedado obsoletos y no se corresponden al actual conocimiento sobre la cuestión. Desde ahí se hace hincapié en la importancia de analizar el proceso de formación y estructuración del sistema normativo actual y de los efectos que está teniendo para la profundización en la democracia.

Conocidas las tendencias de desplome del Estado de Bienestar allá donde lograron ciertas cotas las políticas sociales, en esta época de mundialización de los flujos de capital con crecientes desigualdades al aumentar la riqueza de unos y también la pobreza de muchos. La globalización ha alcanzado a elevadas franjas de población afectando también a su salud, afectando a la cuestión de las drogas y por ende a los consumos, las dependencias y las políticas de intervención.

El régimen de prohibición de las drogas, con sus guerras a las mismas, así como las comisiones, leyes, convenciones e informes internacionales han configurado a lo largo de un siglo un cuerpo ideológico y jurídico de tal entidad que para cualquier colectivo que se precie de intelectual, independiente y científico, será de obligado cumplimiento la evaluación, reflexión y debate de algunos fenómenos que acontecen en este mundo globalizado y por ello también sobre la cuestión de las drogas.



Conocidos los repetidos fracasos de las vías estrictamente represivas se trataría de debatir sobre las políticas de drogas en un mundo más justo y plural. Así, *Douglas Husak* analiza aspectos relativos a los derechos que protegen el consumo. *Sebastian Scheerer* estudia la estructura del sistema normativo actual. *Harry Levine* se adentra en la prohibición de las drogas, con sus variadas formas de expresión, confrontando el movimiento de reducción de riesgos como recurso de actuaciones más tolerantes y normalizadoras. También *Xabier Arana*, señala que la globalización de la política prohibicionista potencia la cultura autoritaria—represiva de los distintos ámbitos institucionales, y *Martín Barriuso* visualiza el realismo de la guerra contra las drogas situándose enfrente, con las estrategias antiprohibicionistas propias del asociacionismo de usuarios, la desobediencia y la colaboración con colectivos de afectados.

La segunda parte, más extensa, recoge diversas experiencias, sobre derechos humanos y reducción de riesgos, relacionadas con el fenómeno social de las drogas en América del Norte, Latinoamérica, antigua Unión Soviética y en España.

La “reducción de daños” sobre los usuarios de drogas y sobre su entorno así como los “derechos humanos” son principios rectores de toda política sobre drogas reformista que se precie. Vinculados con los problemas de la globalización, según *Iñaki Markez*, que obligan a nuevos enfoques estratégicos en estos tiempos.

Rosa del Olmo, analiza la violación de los derechos humanos, en la región andina y el papel de quienes, en medio, entre protectores de los derechos y controladores de las drogas, buscan reequilibrar el sistema. *Ivan Orozco*, ve en la especificidad de Colombia los azotes del narcoterrorismo, el paramilitarismo y el enfrentamiento civil, las consecuencias de la regionalización de la guerra a las drogas.

Eric Jensen se adentra en las sanciones civiles contra las personas que cometen delitos relacionados con las drogas en EE.UU. *Patricia Erickson* y *Andrew Hathaway* lo hacen desde el análisis de la política antidroga de Canadá.

Juan Carlos Usó, recorre la historia de las legislaciones sobre drogas en España frente a los usos de masas de algunas drogas, y *Amando Vega* reivindica la educación para la toma de decisiones libres frente a la prohibición y lo ejemplifica desde la cárcel. Espacio desde el que *José Luis Domínguez*, *Blai Guarne* y *Lola Vallés* plantean la capacidad de resistencia sistémica ante el problema droga, máxime tras la imposición de legislaciones y convenios internacionales de obligada aplicación.

Finalmente, *Jean-Paul Grund*, estudioso de lo acontecido en la Unión Soviética, ve como en esos países surgen movimientos con enfoques más humanos frente a leyes de drogas represivas que imitan políticas norteamericanas y occidentales de décadas pasadas.

Esta publicación es el cuarto volumen que se publica desde el IISJ de Oñati referente al fenómeno social de las drogas y, como tal, forma parte de un esfuerzo más amplio por ir explorando los diversos aspectos —a escala local y mundial— sobre las drogas. Es un libro atractivo por cómo enfoca la cotidiana actualidad que la globalización y las drogas siguen teniendo hoy en día y por ser de utilidad tanto para el experto en la materia como para quienes no siendo especialistas quieren acercarse a un mayor conocimiento sobre el tema, no desde un punto de vista represivo sino desde el respeto a los derechos de los consumidores y los derechos humanos. El libro en su conjunto, no expresa recetas definitivas para países o regiones concretos ni tampoco con carácter global. Sí orienta al análisis para descubrir nuevos modos de afrontar nuevas políticas de drogas en el futuro inmediato.





Átopos

Salud mental,
comunidad y cultura

Ya está en internet el último número de Átopos

Consulta en: www.atopos.tv

Cuida de Átopos, suscríbete y suscribe a tus amigos



Portada: Goya, La casa de los locos, Academia de San Fernando, Madrid.



Vol 1 Nº 0 • 06 • 2003

Desastres



Vol 1 Nº 1 • 12 • 2003

Historia de las ideas
psiquiátricas



psiquiatria.com

Desde que psiquiatria.com inició su andadura en el otoño del 1996, se ha convertido, gracias a todos vosotros, en el primer portal en el mundo, especializado en Psiquiatría y salud mental, para profesionales en lengua española, ganándose la confianza de más de 118.000 profesionales sanitarios que en la actualidad están suscritos al mismo (nuestro mayor motivo de orgullo) y con difusión en más de 60 países.

Nuestro compromiso inicial fue el de potenciar la presencia de la psiquiatría en Internet y favorecer el intercambio de información entre los profesionales de la medicina, contribuyendo de esta manera a mejorar la formación, investigación, prevención y asistencia en todas las áreas de la psiquiatría y la salud mental principalmente en lengua española.

Progresivamente han ido aumentando, tanto en cantidad como en calidad, los contenidos y servicios prestados a la comunidad profesional. Destacamos las **3 revistas on-line** de que disponemos a texto completo, las cinco ediciones del Congreso Virtual celebradas hasta la fecha, las bases de datos de que disponemos con **más de 5.000 artículos y más de 4.000 enlaces**

seleccionados, la edición de **boletines específicos** de cada área temática, así como un **boletín diario de noticias**, y otras tantas actividades que ya va siendo difícil citar en un espacio reducido.

Todo lo anterior no habría sido posible sin la gran ayuda prestada por todos nuestros colaboradores, que de manera altruista han contribuido a difundir sus conocimientos en todo el mundo. Igualmente queremos agradecer su participación a todos nuestros usuarios, así como sus continuas sugerencias que nos permiten mejorar día a día. No podemos olvidar en este mensaje a nuestros patrocinadores, gracias a los cuales podemos ofrecer la mayor parte de nuestros servicios de forma completamente gratuita.

Ahora que nos damos cuenta de que hemos cumplido nuestros objetivos marcados estos 7 años, nuestro compromiso tiene más ilusión que nunca.

Si desea conocer más acerca de lo realizado estos años, pulse el siguiente enlace:
www.psiquiatria.com/acercade/?sCI=13804





Novedades en: www.ome-aen.org

- **Psiquiatría insólita.** Desde el pasado mes de octubre y bajo la dirección editorial de Juan Medrano, esta nueva sección selecciona y comenta noticias relativas a la salud / enfermedad mental y técnicas de tratamiento relacionadas, que pueden resultar de interés por su carácter:

RARO, EXTRAÑO,
 NUEVO,
 EXTRAVAGANTE,
 ORIGINAL, ABSURDO,
 EXTRAORDINARIO,
 ASOMBROSO,
 SORPRENDENTE,
 MARAVILLOSO,
 SOBREHUMANO,
 ESTUPEFACIENTE,
 INAUDITO, ANORMAL,
 INCONCEBIBLE,
 INCREÍBLE,
 DESACOSTUMBRADO,
 INFRECUENTE,
 EXCEPCIONAL,
 CURIOSO,
 INUSITADO, INUSUAL



Psiquiatría insólita es accesible directamente en <http://www.ome-aen.org/insolito.htm> además de abrirse automáticamente en una ventana aparte cada vez que se accede a la página principal de OME-AEN. Asimismo, sus contenidos son distribuidos automáticamente a través de la lista de distribución electrónica de OME.

- **2ª Exposición virtual. “Una portada para Norte”.** *NORTE de salud mental*, además de su labor de divulgación de conocimiento e intercambio asociativo, quiere cumplir otro papel añadido y que no por secundario deja de tener su importancia. Además del privilegio de contar en su cabecera con un diseño de **Eduardo Chillida**, desde sus portadas y páginas interiores ha venido apostando por la divulgación de la **obra gráfica de jóvenes artistas** de la Facultad de Bellas Artes de Leioa.



El interés de esta colaboración informal motivó un intento de ampliación de la experiencia, por lo que se solicitó la participación de los estudiantes de Diseño Gráfico Publicitario del 4º Curso de Publicidad y Relaciones Públicas (castellano), en un proyecto de diseño e ideas para posibles futuras portadas de Norte.

La respuesta fue entusiasta y pudimos comprobar la originalidad y creatividad de sus desinteresadas aportaciones, acompañadas de un pequeño texto explicativo de su significado subjetivo. Ante la imposibilidad de que todas ellas pudieran llegar a ser utilizadas, hemos querido recoger todos estos trabajos en esta, ya segunda, exposición virtual:

(<http://www.ome-aen.org/norte/2003/expo2.htm>) donde pueda valorarse el trabajo realizado.

Es su modesto tributo, no sólo a la pelea contra el estigma asociado a la enfermedad mental, sino también a la mejora de nuestra calidad de vida (y, por tanto, salud mental) a través del arte, la otra mejor forma de expresión además de la palabra.

- **Psikoanalisiaren izen eta kontzeptu nagusiak.** Aportación de Blas Erkizia al apartado “Euskararen Esparrua”, con una extensa introducción a Freud y el psicoanálisis en Euskera: <http://www.ome-aen.org/euskera/psikoanalisi.htm>
- **Documentos de la Organización Mundial de la Salud.** Proyecto de colaboración con el Dr. Levav originado en la Jornada Anual OME-AEN “Proyecto Atlas” (5-11-2003). <http://www.ome-aen.org/oms.htm>
- **Nuevas incorporaciones a los apartados de Documentos y Panel del póster.** Estos apartados siguen a disposición de las aportaciones de socios interesados.

Cualquier aportación o sugerencia será bien recibida a través de OME@ome-aen.org





Resumen de algunos de los temas tratados por la Junta Directiva de la AEN

Desde la constitución de la nueva junta (Oviedo, junio de 2003) se han realizado tres reuniones, la primera como reunión de trabajo de la comisión permanente de las juntas directivas entrante y saliente (11 de julio de 2003) y dos reuniones de la nueva junta (26-27 de septiembre y 28-29 de noviembre de 2003). Algunos de los temas tratados fueron:

Nuevas incorporaciones: Se han incorporado, en calidad de nuevos presidentes de asociaciones autonómicas, Alicia González, presidenta de la Asociación Balear y Mariano San Juan, presidente de la Asociación Aragonesa.

Secciones y grupos de trabajo: Se convocó a los presidentes de todas las Secciones (Rehabilitación, Psicoanálisis, Infantojuvenil, e Historia de la Psiquiatría). Se pretende revitalizar las secciones y que desde su especificidad constituyan un motor en las actividades de la AEN. Para los interesados en participar, a continuación se incluyen las direcciones de correo de sus responsables, con quienes pueden ponerse en contacto directamente:

- **Rehabilitación:** Ananías Pastor
(ananias.pastor@comadrid.es)
- **Psicoanálisis:** Enrique Rivas
(e.rivas@teleline.es)
- **Infantojuvenil:** Encarnación Mollejo Aparicio
(encarnamollejo@wanadoo.es)
- **Historia de la Psiquiatría:** Antonio Rey
(arey@uv.es)

Grupo de Trabajo de Enfermería: Asimismo, se está constituyendo un Grupo de Trabajo de Enfermería. Quienes pertenezcan a este colectivo y quieran participar, pueden contactar con la responsable de las secciones:

M^{ra}. Eugenia Díez: ediezfer@correo.cop.es

Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría: Solicitud al Ministerio de un estudio sobre necesidades futuras de especialistas.

Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica: El nuevo “Programa de formación de la especialidad de Psicología Clínica” ha sido aprobado por unanimidad por los componentes de la Comisión. Aunque está pendiente de aprobación por el Ministerio —se espera que se haga de forma inmediata— se publica en este número de la revista. Este programa, en el que han participado Begoña Olabarría, M^{ra}. Eugenia Díez y Consuelo Escudero, implica cambios importantes y muy positivos respecto al actual, tanto de los contenidos como sobre la duración (4 años).

Escuela de Salud Mental de la AEN: Parece importante que la AEN disponga de un instrumento que le permita intervenir en el terreno de la formación, en el de la investigación y en el de la producción científica. Se trataría de organizar actividades de formación continuada y de postgrado, tanto para especialistas, como para aquellas otras profesiones (trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, monitores, cuidadores, auxiliares, animadores...) en las que a diferencia de lo que ocurre con psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeros, no existen procedimientos reglados de especialización.

Asimismo, se estudia editar un “Tratado de Salud Mental y Psiquiatría de la AEN”, para el que se buscará la participación de los miembros de la AEN que han desarrollado ideas sobre cada uno de los temas



Observatorio de Salud Mental: Se trata de crear un instrumento, fiable y actualizado, que permita un conocimiento real de las distintas situaciones, recursos, planes de salud mental, ratios de profesionales, etc., de todo el Estado. Se confeccionó un cuestionario de recogida de datos, respondido desde la práctica totalidad de las AA.AA. Se ha completado la designación de “corresponsales” en las diferentes CC.AA. para realizar un seguimiento continuo:

- Andalucía: Fermín Pérez
ferperez@correo.cop.es
- Aragón: Álvaro Monzón Montes
- Asturias: César Sanz de la Garza
cesaraysha@hotmail.com
- Baleares: Isabel Salvador
- Canarias: Cecilio Hernández de Sotomayor
- Cantabria: Oscar Vallina
ovallina@correo.cop.es
- Castilla León: De forma provisional,
Pilar de la Viña
pilarvinya@yahoo.es
- Cataluña: Belén Díaz
- Galicia: Fernando Márquez
fernando.marquez.gallego@sergas.es
- La Rioja: Carmen Merina
- Madrid: Iván de la Mata
ivandmr@jazzfree.com
- Murcia: M^a Luisa Terradillo Basoco
- País Valenciano: Manuel Gómez Beneyto
Manuel.Gomez-beneyto@uv.es
- País Vasco y Navarra: Ander Retolaza
ander.retolaza@telefonica.net
- Representante de la ponencia: Fermín Pérez
ferperez@correo.cop.es

Página web y boletín electrónico: A comienzos de 2004 se dispondrá de una web rediseñada y de un boletín electrónico de información. Dependiendo de las posibilidades de financiación, podrá abarcar más o menos áreas, así como facilitar una dirección de correo “corporativa” a todos los socios.

Información Jornadas Anuales de la AEN (Barcelona, mayo de 2004): Se incluye entre la documentación la estructura y contenido de las

jornadas. Intentarán que las cuotas de inscripción no sean muy altas: 110 € para socios y 140 para no socios para que sea mayor la asistencia.

Directorio de socios: Se está preparando el nuevo directorio de socios de la AEN (el anterior se editó en 1997) que se enviará en formato CD. A este respecto, y ya que se pretende aumentar progresivamente la información por correo electrónico, se ruega a quienes no hayan facilitado su dirección, lo hagan a la mayor brevedad a la Secretaría de la AEN (aen@pulso.com)

Balance del congreso de Oviedo 2003: Se felicitó, verbalmente y por escrito, al comité organizador del congreso de Oviedo por la excelente labor realizada.

Otras:

Relaciones con otras Asociaciones

- The International Academy of Behavioral Medicine, Counseling and Psychotherapy Inc. (IABMCP) envió un mensaje con fecha 20 de octubre, solicitando el listado completo de socios de la AEN, para poder hacerles llegar información directa sobre sus actividades. Se les respondió negativamente, considerando que el listado de socios contiene información privada que no puede ser facilitada a terceros sin permiso expreso de los interesados. Informan también de la celebración del 30th Annual Symposium of the International Academy of Behavioral Medicine, Counseling, and Psychotherapy (IABMCP): “Addictive Disorders and Behavioral Health”, entre el 26 y el 30 de mayo, en Colorado Springs, Colorado, USA

Información procedente de la WPA:

- Creación del World Psychiatric Association Young Psychiatrist Council (WPA–YPC) con el objetivo de promover el desarrollo profesional de los psiquiatras jóvenes (menores de 40 años). Se ha propuesto un candidato que represente a la AEN en esta comisión.



- Información congreso Florencia 2004
- WHO/ WPA–Programme: Practice Guidelines for Mental Health Disorders Questionnaire: Practice Guidelines in Psychiatric Care (7–8–03). Solicitud de información sobre la implantación de guías clínicas en psiquiatría.
- Asamblea del Operational Committee on Sections and the Chairs of the WPA Scientific Sections, en el WPA International Congress, Caracas. Venezuela. 3 de Octubre 2003.
- Afiliación de la African Association of Psychiatrists and Allied Professions (AAPAP) a la WPA.
- Correo de Prof. George Christodoulou, WPA Secretary for Sections, animando a los participantes en secciones de asociaciones nacionales a que participen en las mismas secciones en la WPA (13–10–03)
- XIII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, en El Cairo del 10 al 15 de septiembre de 2005.
- Proyectos antiestigma: Facilitan direcciones Web de páginas relacionadas y preguntan sobre la existencia de proyectos en marcha.
- Annual conference 2004 which will be held in Nova Gorica, Slovenia, from 27–29 May 2004. The conference is organised by SENT, the Slovenian Association for Mental Health in collaboration with Mental Health Europe. EDUCATION FOR CHANGE – Education and Prevention in the field of mental health. En el mismo congreso, asamblea general anual de SME el 28 de mayo.

Información procedente de la OMS

- Proyectos de promoción en Salud Mental Infantil, en colaboración con SME. Enviados los realizados por la anterior junta (C. Escudero)
- WPA–WHO ATLAS on Psychiatric Training: Piden información sobre la formación en España. Se envió a la junta, presidentes de autonómicas y representantes en comisiones.

Formación

- La WPA esta realizando un estudio acerca de la situación a nivel mundial de la forma-

ción en la especialidad de psiquiatría (WPA–WHO Atlas on Psychiatric Training). Para ello ha enviado un cuestionario, para cumplimentar y devolver.

Publicaciones

- World Psychiatry. Disponibles en la página Web de la WPA los números de Julio y Octubre de 2003 (en Inglés) y el primer número en Español (con un editorial que contiene una propuesta de la WPA con respecto a la escalada de la violencia en Oriente Medio, o una revisión sobre la eficacia de las intervenciones familiares firmada por Falloon).

Congresos

- La WPA envía información acerca del XIII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, que se celebrará en El Cairo, en Setiembre de 2005. Cairo, September 10–15, 2005 Egypt Secretariat: TILISA OPC, S.L. Londres, 17 – 28028 Madrid – Spain Tel.: ++34 913612600 – Fax: ++34 913559208 Email: secretariat@wpa-cairo2005.com <http://www.wpa-cairo2005.com>
Es la primera vez que se celebra en África.
- XIX JORNADAS NACIONALES AEN 2004 “SALUD MENTAL, DIVERSIDAD Y CULTURA” Nuevos retos en las fronteras del saber y la atención Barcelona 20, 21 y 22 de mayo de 2004 www.AENBarcelona2004.com

Otros **Congresos** de los que se ha recibido información:

- “Hospitalización sin consentimiento y obligación de cuidados en Psiquiatría”. París, 23–1–04, organizado por Comité Permanent des Hôpitaux de l’UE (HOPE)
- First International Conference on Psychiatry, Law and Ethics. Eilat, Israel from March 21–2–2004
- “Jornadas Internacionales de Evaluación de Experiencias de Implantación de Guías de Práctica Clínica” PEMEM, Barcelona. Marzo 2004.
- “Congreso Internacional sobre el Sueño Erótico”. Lleida, 16/18–12–04.



Otros

- **Tratamiento Involuntario Forzoso.** Tema candente, que no pudo ser abordado en la última reunión de la junta por falta de tiempo. Seguramente precisará una reunión monográfica si se quiere consensuar una postura como asociación. Se han cruzado algunos mensajes al respecto que evidencian que no hay una opinión unánime al respecto.
- **Camas Jaula:** la **MDAC** (Mental Disability Advocacy Center) informa acerca del uso de las llamadas **camas-jaula** como medida de contención en varios países de centro europa y europa del este (como República Checa, Hungría, Eslovaquia y Eslovenia). Solicitan la participación en diversas acciones de condena a dicha práctica, incluyendo el envío de una **carta-modelo** a los representantes políticos de los países afectados. Ana Moreno se ha ocupado de hacerlo. La noticia ha sido también comentada por revistas médicas generales como el **BMJ**.
- **Escrito de la Oficina de Patentes y Marcas,** concediendo a la AEN el registro de la Escuela de Salud Mental. M2522470, O.E.P.M. (8-julio-2003)
- **Publicación “Ganar salud con la Juventud”,** del Ministerio de Sanidad y Consumo (1-8-03)
- **Carta de protesta por la paralización de la apertura del CRPS de Torreldones.** Enviada por A. Escudero al alcalde, a la concejala de Asuntos Sociales y a la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos de Madrid.
- Presentación de la **Iniciativa Sectorial de Investigación en Salud** del Ministerio de Sanidad y Consumo 16-10-03. Asistió Ana Moreno.
- Información sobre el **Grupo de trabajo de cuidados paliativos,** remitida por Beatriz Rodríguez Vega.
- <http://www.mentalhealthlawyers.com/>, informan sobre la existencia de esta página que contiene múltiples aspectos relacionados con la salud mental, legislación y ética.





Próximas citas

- 26–28 de febrero** **Santiago de Compostela**
 I Congreso Iberoamericano de Transtornos Adictos
 y X Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías (SET)
www.iberoamerica-adicciones.org
- 4, 5 de marzo** **Vitoria–Gasteiz**
 XII Simposium de Actualización en Psiquiatría
 “*Diagnóstico, evaluación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos graves*”
 Auspiciado por SEP, SEPB y Sdad. Vasco–Navarra de Psiquiatría
 Tfno.: 945 00 65 55
- 6, 7 de marzo** **Santiago de Compostela**
 IV Jornadas de la Asociación española de Psicoanálisis del Campo Lacaniano
 “*Efectos terapéuticos en la clínica psicoanalítica*”
www.aepcl.org • E-mail: jornadas@hotmail.com • Tfno.: 981 823 173
- 11, 12 de marzo** **León**
 III Jornadas Científicas de la Asociación Castellano y Leonesa de Rehabilitación Psicosocial
 Secretaría: 987 875 443 • E-mail: grupo21@usuarios.retecal.es • www.rpscyl.com
- 11, 12, 13 de marzo** **Bilbao**
 Congreso de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal (APAG)
 “*Efectos de la Sociedad actual en la Clínica Grupal*”
 Información: 94 422 38 24 • 616 847 963
- 25, 26 de marzo** **Barcelona**
 XI Symposium Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatría
 “*Patologías resistentes*”
 Secretaría: Geysesco. Tfno.: +34 93 221 22 42 • E-mail: barcelona@geysesco.com
- 25–27 de marzo** **Córdoba**
 XXXI Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol
 Secretaría: Aforo, 942 23 06 27 • E-mail: info@arorosl.com • <http://www.sociodrogalcohol.org>
- 1–6 de mayo** **Nueva York**
 157 Reunión Anual de la Asociación Psiquiátrica Americana
 E-mail: apa@psych.org
- 15–16 de mayo** **Perpignan**
 Forum sobre Reducción de Daños
www.clat2.com/clatalia
- 20–22 de mayo** **Barcelona**
 Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
 “*Salud mental, diversidad y cultura*”
 E-mail: aencatalunya@comb.es • Tfno.: 93 213 08 90 • www.AENBarcelona2004.com
- 24–26 de junio** **Buenos Aires**
 IV International Congress on Psychic Trauma and Traumatic Stress
 Sdad. Argentina de Psicotrauma
 (5411) 4903–0493 • E-mail: psicotrauma@psicotrauma.org.ar
- 26–30 de octubre** **Bilbao**
 VIII Congreso Nacional de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica
 Organiza SEP y SEPB. Secretaría Científica: 94 600 60 04
 Secretaría Técnica: 91 455 00 28 • E-mail: congresos@viajeshalley.es

SOLICITUD DE INGRESO

Para ser miembro de OME, AANSM ó ACLSM se ha de solicitar previamente la incorporación a AEN. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios que siga a su recepción.

La cuota anual es de 78€ para el año 2.004. Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la Revista NORTE de salud mental, libros y publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios de AEN, OME, AAN y ACLSM.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Villanueva, 11. 28001 Madrid. Tfno/Fax: 91.4314911

O bien a OME, Apto. Correos 276, 48991 Algorta Bizkaia

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA (AEN) y en OME (Osasun Mentalaren Elkarte–Asociación de Salud Mental), Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental ó Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental.

D..... profesional de la Salud Mental,

con título de

que desempeña en (Centro de trabajo)

y domicilio en Población..... C.P. Provincia

Teléfono Correo electrónico.....

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en OME, AANSM ó ACLSM para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.

D.

Fecha...../...../2004. (y firma de los 2 miembros)

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado.

Nombre Dirección

BANCO/CAJA DE AHORROS Sucursal

Cuenta nº Población

Muy Sres. míos: Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

En el..... de..... de 200.....

Firma