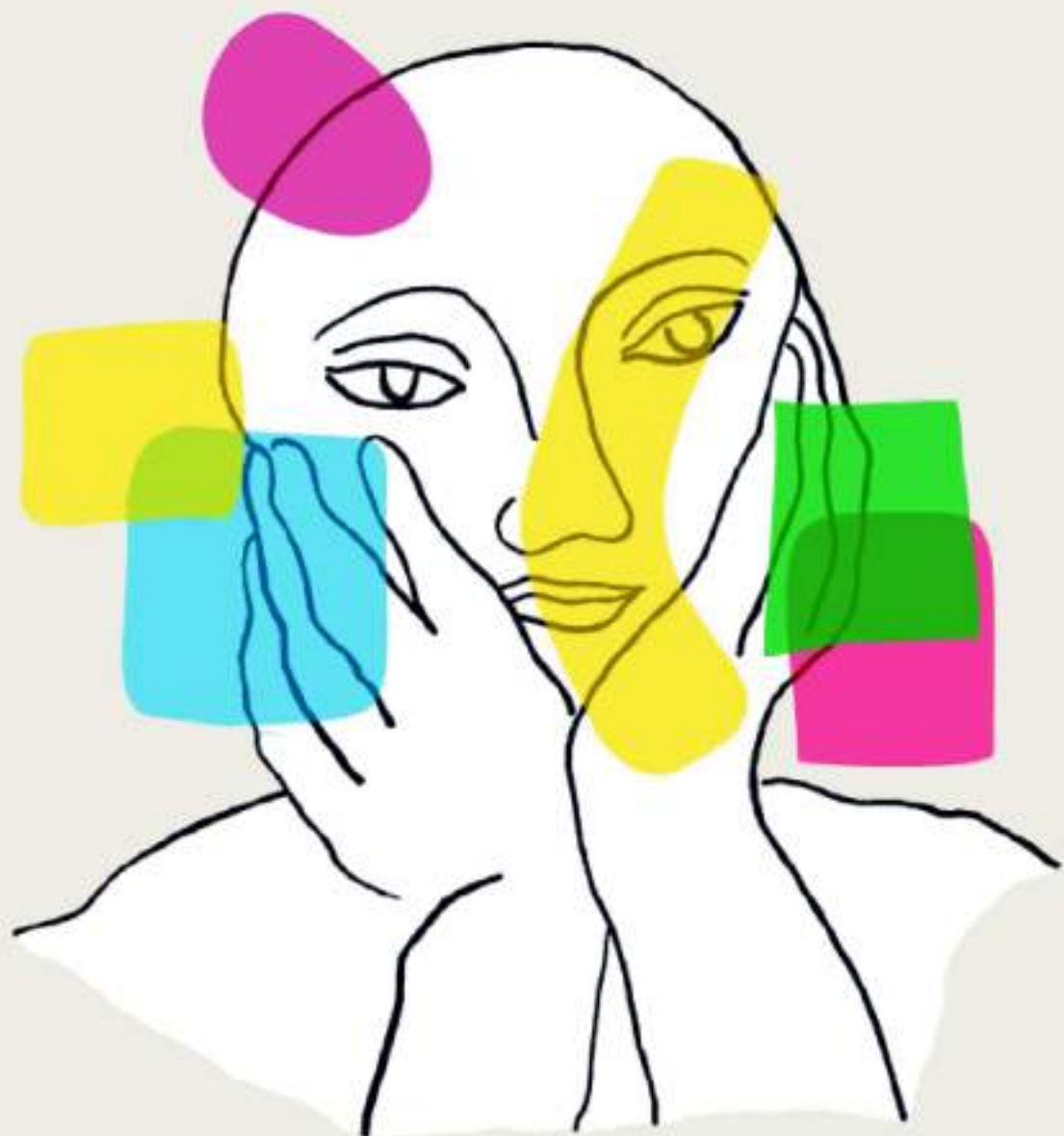


NORTE

DE SALUD MENTAL

Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen V N°21 Octubre 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: Alba Cociña Lozano

El dibujo representa a una persona en actitud reflexiva, enfrentada a sus dudas, dolores, soledades, angustias e interferencias (representadas por las manchas de color).

Con el uso de perspectiva exagerada, se muestra que la cabeza es demasiado pequeña para “absorber” tantas interferencias... Estas avanzan y se adentran en su interior socavando la tranquilidad de la persona.

Las manos relajadas representan la base de equilibrio que todos necesitamos, y que nos sirve de apoyo a lo largo de nuestras vidas.

Fotografías: I. Markez / Familia Garma

Volumen V



N°16



N°17



N°18



N°19



N°20



N°21

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 Castellano Leonesa de Salud Mental, (ACLSM)**

Consejo Editorial:

**Ander Retolaza
Fernando Santander
José J. Uriarte
Mónica Póo
Pilar de la Viña**

**Francisco Chicharro
Germán Molina
Juan Medrano
Oscar Martínez-Azumendi**

Director Revista NORTE:

Iñaki Markez

Consejo Asesor y de Redación:

**Alvarez, JM.
Aparicio, V.
Ayerra, JM.
Ballesteros, J.
Candina, A.
De la Rica, JA.
Esteban, R.
Gonzalez-Pinto, R.
Gutierrez Fraile, M.
Larrazabal, A.
Levav, I.
Marijuan, M.
Marina, P.
Morchan, J.
Pardo, N.
Rendueles, G.
Susparregui, JM.
Vega, A.
Ylla, L.**

**Aparicio, D.
Arias, P.
Ayuso, JL.
Berrios, G.
Colina, F.
Erkizia, B.
Filgueira, J.
Guimón, J.
Hernanz, M.A.
Lasa, A.
Malda, C.
Marín, M.
Marquínez, F.
Palomo, Ch.
Redero, JM.
Sanchez, A.E.
Totorika, K.
Verdejo, M.
Zuazo, JI.**

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 nº21, Octubre 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, 48931 Algorta, Bizkaia. Tlf: 94 467 40 79

E-mail: ekimen@euskalnet.eus

Astor de la portada:

Alba Cecilia Lozano

Lago 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 asociados.

Ejemplar sustraído: 6 euros

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

- Departamento de Sanidad, Euzko Jaurlaritza

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

- Laboratorios farmacéuticos:

Esteve, Ferrer Internacional, Janssen-Cilag,
Lilly, Pfizer, Wyeth.

ISSN: 1578-4946

D. Legel: 1995/02



Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia



Instituto de Salud Mental
e Psiquiatría Comunitaria
www.ome.aen.org



Asociación Española de
Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia
www.telocable.es/
personal@psiquiatria.es



www.pulse.com/psim/index.htm

S U M A R I O

EDITORIAL

| | |
|--|---|
| Sobre el Plan Estratégico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental | 6 |
| Ander Retolaza | |

JORNADAS

| | |
|---|----|
| XI Jornadas OME 2004 | 9 |
| Atención a la Salud Mental de afectados por el II M. | 10 |
| Josefina Mass | |
| Incidentes con múltiples víctimas. Recomendaciones y dispositivos de actuación en salud mental a víctimas y familiares | 19 |
| VV. AA. | |

ORIGINALES Y REVISIONES

| | |
|--|----|
| Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) | 39 |
| Joseba Achotegui | |
| Crítica de la sinrazón pura | 53 |
| Fabrizio de Potestad y Ana Isabel Zuazu | |

PARA LA REFLEXIÓN

| | |
|--|----|
| El trabajo del psicólogo en la Unidad de Agudos | 63 |
| Miguel A. Valverde | |
| La toxicodependencia, las prisiones y los medios de comunicación social | 69 |
| Petra Paula Merino | |
| Educar, gobernar y psicoanalizar: ¿un trío de profesiones “imposibles”? | 75 |
| Mónica Marín | |

INFORME

| | |
|--|----|
| La relación entre la salud física y la salud mental: trastornos recurrentes | 79 |
| Rosalynn Carter | |

HISTORIA

| | |
|---|----|
| Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (II) | 87 |
| “Terapéutica neuropsiquiátrica”. (L. Insabato) | |
| Oscar Martínez-Azumendi | |

ACTUALIZACIONES

| | |
|---|-----|
| Psiquiatría en la Comunidad y Neurolépticos de Acción Prolongada | 99 |
| El uso de ketamina: de fármaco anestésico a droga de fiesta | 100 |
| Revista Rehabilitación Psicosocial | 102 |
| OME editorial | 103 |
| La cara oculta de Salvador Dalí | 105 |

PÁGINAS DE LAS ASOCIACIONES

| | |
|--|-----|
| Cambios en OME-AEN | 107 |
| Sobre el proyecto del Ministerio de Sanidad sobre la instauración de visado para la prescripción de antipsicóticos atípicos | 109 |

AGENDA

| | |
|-----------------------------|-----|
| Próximas citas | 111 |
|-----------------------------|-----|



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>.



Sobre el Plan Estratégico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental

Ander Retolaza

El pasado 29 de Septiembre el Consejero de Sanidad, Gabriel Inclan, presentó ante el Parlamento Vasco el Plan Estratégico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental para el período 2004–2008. Con este acto se da, por fin, el pistoletazo de salida a un muy necesario programa de trabajo para los próximos 4 años (el primer año de los cinco ha pasado casi en blanco). Este Plan ya fue dado a conocer a los profesionales de Osakidetza el pasado mes de Mayo.

En principio, la metodología seguida para su confección y desarrollo, parece haber sido suficientemente adecuada. El equipo de trabajo llamado a consultas y responsable de la redacción puede considerarse representativo de los distintos sectores, áreas de trabajo y de interés de los profesionales de la red de asistencia de Osakidetza. Aunque siempre se pueden echar en falta algunos nombres y se perciben ciertos, quizá inevitables, desequilibrios. Por ejemplo, es notoria la escasa participación de profesionales de la red de Guipúzcoa y de Alava, así como la presencia exclusiva de profesionales de la psiquiatría (ninguno de psicología u otras profesiones de la salud mental existentes en la red de Osakidetza). Por cierto, que la única mujer presente en el grupo de expertos participó en funciones de “metodología y apoyo”.

Seguramente es muy difícil conseguir un equilibrio justo entre tantos factores e intere-

ses presentes en nuestra red, pero no podemos olvidar que también somos víctimas de nuestras propias decisiones y que —si bien es necesario para este tipo de actividades el conseguir un grupo de trabajo operativo— la implementación y desarrollo de un plan de estas características implica un gran compromiso de todos o, al menos, de la gran mayoría de los profesionales y éstos siguen estando ausentes, incluso también por propia voluntad de estarlo, de casi todas las decisiones de importancia.

La metodología de trabajo parece haber sido adecuada y adaptada a los modernos métodos de gestión que se están, poco a poco, implantando en nuestro entorno sanitario. Me refiero al Modelo Europeo de Gestión y Calidad (más conocido como EFQM), bajo cuyos auspicios parece haberse desarrollado este Plan.

Por lo menos todos, o la mayoría, de los asuntos de importancia parecen haber salido a relucir en los análisis de Fortalezas y Debilidades. Entre las primeras: la amplia diversidad de dispositivos y la buena accesibilidad de los mismos. Entre las segundas: la deficiente coordinación entre los servicios y la falta de liderazgo técnico. Lo anterior da lugar a las consiguientes Oportunidades, como la creciente importancia de lo *psi* dentro de la Sanidad o la aparición de nuevas demandas, y sus respectivas Amenazas, tales como la saturación de la red de Salud



Mental o la escasez de plazas MIR. Estos son sólo algunos ejemplos, entre los principales, que se encuentran detallados en el análisis de la actual coyuntura.

De este análisis se derivan cinco objetivos estratégicos y trece objetivos específicos que constituyen la esencia del Plan. Los objetivos estratégicos (también denominados genéricos) son: la reorganización de la red, la satisfacción de pacientes y usuarios, la satisfacción de los profesionales, el desarrollo y potenciación del modelo comunitario y la mejora de la calidad.

Algunos de los objetivos específicos más importantes atañen a la reestructuración de los dispositivos intra y extrahospitalarios de una forma más integral y por áreas definidas, de modo que se garantice la accesibilidad y la continuidad de cuidados. Esto vuelve a poner sobre el tapete la jefatura unificada por comarcas o sectores sanitarios o, como mínimo, las Unidades de Gestión Clínica, que no están dando un buen resultado en la mayoría de los dispositivos de Osakidetza y son inéditas en la Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental del País Vasco, en cuanto que lo que se intenta aquí es unificar objetivos y métodos de trabajo, intra y extrahospitalarios, bajo un mismo equipo profesional.

Otro objetivo específico, éste en el ámbito de la satisfacción de pacientes y usuarios, es el de favorecer la corresponsabilidad del paciente en su proceso asistencial y articular la participación de los usuarios en la planificación y desarrollo de los servicios. Por cierto que la distinción entre paciente y usuario obliga, entre otras cosas, a asumir la realidad de que tenemos “no enfermos” en la red, ya sean estos familiares u otras clases de usuarios a los que habrá que dar uno o varios tipos de *status* y definir qué tipo de actuación es la más correcta con cada grupo una vez identificado (información, asesoramiento, prevención, orientación, etc.) y quién o quiénes deben de llevarla a cabo.

No menos importante es el objetivo específico referido a la necesidad de contar con un personal cuyo número y perfil se adapte a las demandas y necesidades del servicio a prestar. Esto hace referencia al eterno asunto de si los recursos humanos son muchos o pocos, si están bien distribuidos o no, y —sobre todo— si se adecuan a las necesidades de los pacientes o deben ser éstos los que se adapten a los profesionales y sus modos de hacer (peor o mejor basados en las pertinentes evidencias científicas). Por cierto, que uno de los planes de acción, derivado de los objetivos del Plan, consiste en realizar un efectivo recuento de recursos humanos y detallarlos por zonas y en función de las necesidades de cada sector. Este plan de acción concreto debería estar cubierto, en teoría, antes de finales del presente año.

El desarrollo del modelo comunitario (que no es, en sentido estricto, lo mismo que aumentar los actuales servicios extrahospitalarios) y la mejora de la calidad técnica, adecuándola al desarrollo de la especialidad, son otros dos objetivos específicos de los que se viene hablando desde hace tiempo y están asimismo incluidos en este Plan. Se habla también, por primera vez con un compromiso claro, de fomentar la investigación y docencia, mediante el establecimiento de la figura de un responsable de carácter permanente encargado de estas funciones.

En total los cinco objetivos genéricos se despliegan en 104 acciones (de las que, obviamente, he detallado sólo unas pocas) a desarrollar durante éste y los próximos cuatro años. Treinta y una de estas acciones debieran estar completadas o iniciadas antes de finalizar 2004.

Este Plan es heredero de los anteriores. El primero data de 1983 y contó con el patrocinio del Profesor Julián Ajuriaguerra. Fue uno de los primeros que vieron la luz en todo el estado. El segundo, mucho menos conocido, es de 1990 y se editó por parte del Departamento



de Sanidad, junto a un complemento de bases técnicas para la reforma de la Atención Psiquiátrica y la promoción de la Salud Mental. El actual se asimila a los tiempos y adopta el discurso de la moderna gestión de empresa (pública o privada), acercándonos a las exigencias del entorno europeo. Esto no debe ser una mala señal. Al contrario, marca objetivos e indicadores por los que el propio Plan o su posible incumplimiento podría ser juzgado. En el peor de los casos, esto es siempre una ventaja, puesto que clarifica el terreno de debate y las reglas del juego.

Lo importante es que, aunque sea con retraso y de una manera no exhaustiva, la sus-

tancia del Plan pueda ser puesta en marcha y discutida en los servicios y por alguna asociación de usuarios y/o familiares (no digo por la sociedad). La situación no invita mucho al optimismo y, aunque el Plan tiene buen aspecto, sabemos que el papel todo lo aguanta. Los periódicos comentaban, refiriéndose a la presentación del Plan, que algunos parlamentarios interrogaron al Consejero sobre el presupuesto económico que avale y garantice la puesta en marcha del mismo. Nosotros quisiéramos hacer la misma pregunta y, a ser posible, obtener una respuesta creíble.



Ander Retolaza

aretolaz@smeb.osakidetza.net

BIBLIOGRAFÍA

- Osakidetza, Servicio Vasco de Salud (2004). *Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Plan Estratégico 2004/2008*.



XI Jornadas OME 2004

Las Jornadas anuales de OME–AEN tuvieron lugar en Bilbao bajo el lema “*Intervención en salud mental en catástrofes. Planificación y práctica*”. La Jornada fue presentada por el Dr. Francisco Chicharro, *presidente de la AEN y Director Médico del Hospital de Zamudio*. Fueron ponentes, así mismo, José Andrés Martín Zurimendi, *Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Bizkaia (Osakidetza–Servicio Vasco de Salud)* y Josefina Mass Hesse, *Psiquiatra y Responsable del Hospital de Día Área 3, en Alcalá de Henares, Madrid*. Los contenidos allí expuestos se reflejan en los siguientes artículos.



Atención a la Salud Mental de afectados por el 11 M.

Josefina Mass
Psiquiatra.
Área 3. Madrid

La noticia de que habían estallado varias bombas en distintos tramos del tren de cercanías de Madrid nos sorprendió la mañana del 11 M, cambiando brutalmente las rutinas cotidianas. Después de conocer lo que estaba ocurriendo no se podía continuar el día como si fuera otro cualquiera. La mayoría tuvimos la reacción de ofrecer ayuda, la necesidad de hacer algo que disminuyera la sensación de horror e impotencia con que nos enfrentábamos.

La movilización solidaria fue impresionante, desde la respuesta a la petición de donantes de sangre, tan masiva que colapsó el sistema en poco tiempo hasta la respuesta de los profesionales. Los servicios de urgencia, tanto el SAMUR como el SUMA y el personal de los hospitales, así como los forenses actuaron de manera inmediata y eficaz, para lo que no se dudó en prolongar jornadas más allá de los horarios laborales.

No sólo respondieron de inmediato los dispositivos de urgencia. Las autoridades sanitarias pidieron colaboración voluntaria a los profesionales del sector público para la atención en el momento y en los primeros días y la respuesta fue rápida y, como en otros ámbitos, multitudinaria.

En concreto, desde la mañana del 11M la Oficina de Salud Mental constituyó un equipo de crisis que solicitó que aquellos profesionales de la red que estuvieran dispuestos a actuar fuera de su marco de trabajo habitual enviaran sus datos para llamarles cuando fuera necesario. Se ofrecieron un número importante de personas, con las que se organizaron equipos

para dar apoyo psicológico por turnos, por un lado a quienes esperaban en el IFEMA noticias de sus familiares o amigos desaparecidos y por otro a las que se concentraban en los tanatorios. Estos equipos empezaron a funcionar ya en la mañana del atentado. Por su parte, los profesionales de salud mental de los hospitales se movilizaron para atender psicológicamente a los heridos o familiares que lo necesitaran.

Mientras tanto los medios de comunicación repetían la demanda a voluntarios “mayores de 25 años capaces de ayudar” de que acudieran al IFEMA para apoyar psicológicamente a las personas allí concentradas, lo que provocó una afluencia generosa de personas poco capacitadas para manejarse en las difíciles situaciones que se presentaron, que se sumó a la ya excesiva oferta de profesionales tanto de la red pública como de otras entidades.

IFEMA

En el IFEMA el SAMUR pidió que hubiera una pareja de voluntarios disponibles para atender las necesidades de apoyo psicológico de cada grupo de familiares y un pequeño grupo para reforzar el apoyo en el momento de reconocimiento de cadáveres. La organización fue relativamente complicada, con una oferta enorme de voluntarios de distinta procedencia y cualificación y una concentración de familiares, al menos al principio, muy numerosa. Se intentó organizar un sistema jerarquizado, en el que quedara constancia de qué voluntarios estaban con qué familia, de manera que pudieran irse después de un tiempo y fueran sustituidos



por otros tras contarles lo ocurrido hasta el momento. No todos los voluntarios se incluyeron, probablemente por falta de información, en este sistema y algunos pululaban por entre los familiares sin un cometido claro. En cualquier caso este cometido no estaba en ningún caso bien explicitado, dependiendo en gran parte lo que se hizo de la formación, actitud y saber estar de los voluntarios. Se trataba de una concentración de un gran número de personas, en principio, aunque no siempre, sanas, afrontando una situación anormal, que conllevaba mucha tensión y dolor. Aunque generalmente llegaban allí tras haber descartado las posibilidades de encontrar con vida al ser perdido, y la mayoría esperaba que se les confirmara su temor de que estuviera muerto, en algunos casos esto no fue así y finalmente le encontraron en algún hospital. El clima era de espera, sin gran expresión de emociones, probablemente sabiendo ellos igual que nosotros que determinadas manifestaciones emocionales en un lugar tan cargado de emoción contenida podía dar lugar a un doloroso desbordamiento, difícil de soportar o incluso dañino para muchos de los que estaban allí. La función de los voluntarios fue de acompañamiento, por una parte ayudando a resolver las múltiples cuestiones burocráticas, a moverse por un espacio desconocido, que a los familiares, en su estado, les resultaba difícil o doloroso. Por otra parte fue un estar con ellos, hablar si lo deseaban, permanecer en silencio si era lo que preferían. En algunos casos también atender crisis de ansiedad o desbordamiento emocional individual o de pequeños grupos, buscando sitios más tranquilos, facilitando que pudieran calmarse, expresarse y sentirse escuchados y acogidos, o, en ocasiones dando ansiolíticos. El objetivo era que se creara un clima en el que se pudieran poner en marcha los mecanismos sanos de afrontamiento de la adversidad, evitando reacciones que los dificultaran durante la espera que, a pesar del excelente trabajo de los forenses, se hizo eterna y después, al bajar a reconocer el cadáver (lo que debió hacerse en la mayoría de los casos). Probablemente éste era

el momento más difícil, cuando muchos por fin dieron rienda suelta al dolor, ya en una situación de cierta intimidad. Se pasaba seguidamente a hablar con el personal de los servicios funerarios, cuya amabilidad, calma y capacidad de apoyo, conscientes de lo importante que es decidir qué se va a hacer con el difunto, los rituales tras la muerte, fue fundamental en esos momentos.

Aunque algunas familias rehusaron la compañía de los voluntarios, me resultó sorprendente que la mayoría les aceptara, acogiéndoles y compartiendo lo que estaban viviendo. En general se mostraron agradecidas por el esfuerzo que habían realizado para estar allí con ellos.

Esto contrastaba con nuestra sensación, a veces amarga, de haber tenido tan poco que ofrecer, de nuestro malestar por conductas de compañeros que nos parecían intrusivas o poco respetuosas con el ritmo de las familias y fundamentalmente, de habernos encontrado tan desorganizados, a pesar de los intentos de organización que se hicieron y sin los cuales aquello habría sido un caos.

ATENCIÓN A LA DEMANDA en Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz

Tras la primera intervención inmediatamente después del atentado la demanda se empezó a canalizar hacia los dispositivos habituales de atención a los problemas sanitarios: Centros de Salud, Centros de Salud Mental, Urgencias Hospitalarias.

El corredor del Henares fue la zona más afectada por el atentado terrorista. La demanda en esta zona no fue tanto de heridos graves, que fueron atendidos en los hospitales más próximos a los puntos en que explotaron las bombas, como de lesionados y de afectados psicológicamente. Es a esta zona, concretamente al área 3, Alcalá y Torrejón, a la que voy a referirme a partir de ahora.



HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS

La urgencia de psiquiatría funcionó sin parar durante los primeros días. Aunque las historias que relataban y los síntomas por los que venían los supervivientes del atentado eran muy similares a las que después se repitieron tantas veces, había alguna diferencia. La fundamental era la carga de angustia por la inmediatez de lo ocurrido. También fue superior la presencia de síntomas disociativos, de personas que llegaban tras vagar sin rumbo. Por nuestra parte, estábamos impresionados por la magnitud de lo ocurrido (la compañera que hizo guardia al día siguiente del atentado había pasado la noche anterior en el IFEMA) y aún no habíamos pensado qué tipo de respuesta íbamos a dar, no estaba claro adonde derivarles ni qué ofrecerles cuando presentaban un malestar elevado.

Centros de Salud Mental (CSM)

Como imaginábamos que ocurriría, el lunes 15 la demanda en los CSM del área, fundamentalmente en Alcalá de Henares, fue muy importante. Desde primera hora empezaron a llegar afectados, en un número que desbordaba los recursos de los servicios.

En aquel momento un grupo de profesionales estábamos preparando la apertura de un nuevo Hospital de Día (HD) para el área, somos un equipo bastante numeroso, no teníamos funciones asistenciales y podíamos posponer el trabajo organizativo dedicándonos a atender a los supervivientes del atentado. Ofrecimos al jefe de área hacerlo, decidiendo con él que nos desplazaríamos a los dos CSM del área, el de Alcalá y el de Torrejón para ayudar a los compañeros de los CSM en las primeras entrevistas de evaluación y apoyo, organizando simultáneamente grupos para afectados. Esto duró, y así se había decidido desde el principio, hasta que llegaron dos semanas después los refuerzos contratados por la Oficina de Salud Mental. Dado el volumen de la demanda, el administrativo del HD se trasladó también al CSM de Alcalá, con la función de centralizar las derivaciones a grupo que se

hicieran desde cualquiera de los CSM o desde la urgencia hospitalaria.

La decisión de reforzar los recursos normalizados contratando psicólogos y psiquiatras en las áreas más afectadas, en lugar de crear otros paralelos, ha sido muy bien acogida. Integrados en los servicios de las áreas más golpeadas por el atentado, se han repartido con los profesionales que trabajaban en éstos tanto a la consulta habitual como la atención a los afectados, permitiendo dar una respuesta rápida y adecuada a sus demandas dentro de la estructura de atención sanitaria que utilizan generalmente. Pero ha habido dos cuestiones que han alterado este buen funcionamiento:

La primera es que hubiera sido deseable que los médicos de atención primaria tuvieran un papel preponderante, la población afectada era una población a su cargo y ellos juegan un papel fundamental en la detección de problemas y en los cuidados a medio y largo plazo. Así se entendió en la gerencia de Atención Primaria del área, desde donde se distribuyeron guías de actuación, con la idea de dar una atención dentro de los cauces sanitarios habituales. Pero cuando se puso en marcha atención telefónica (durante un tiempo recortado, para responder al primer impacto) una orden de la Oficina de Salud Mental eliminó el paso por Atención Primaria para algunas demandas psicológicas de los afectados, con lo que no sólo se quitaba un filtro importante y se hacía llegar a Salud Mental a personas que hubieran podido disminuir su malestar con la intervención de su médico de atención primaria, sino que se pasaba a éstos a segundo plano en un proceso que puede interferir de distintas maneras con la salud.

Por otra parte, como muchos de los viajeros de los trenes de las 7 de la mañana iban a trabajar, el resultado del atentado se ha considerado accidente laboral, y han sido atendidos en las mutuas y, en ocasiones, también en la red de Salud Mental, con intervenciones no coordinadas y a veces incongruentes.



Volviendo a la atención especializada en el área 3, se han atendido hasta ahora 380 supervivientes, (listado de datos de distribución de pacientes del 4 de junio). Durante los primeros 15 días se atendieron 152 personas relacionadas con el atentado. Se derivaron a grupo 76, de los que han acudido y han participado en los grupos 45 (aproximadamente el 60% de los derivados).

PRIMEROS GRUPOS DE APOYO

Los grupos no empezaron hasta el 18/3/04, una semana después del atentado. Había pasado ya mucho tiempo para hacer grupos de debriefing (indicados durante las primeras 24-48 horas) por lo que decidimos grupos de apoyo (no de terapia, se trataba de personas sanas) de 3 sesiones como media, aunque con flexibilidad para cada grupo, citando de 8 a 10 personas a cada uno, con una duración de 1.5 hs cada sesión con intervalo entre sesiones de 3-4 días. Los grupos terminarían con un viaje en tren para quienes no pudieran exponerse a él solos, y con una evaluación de las necesidades de tratamiento a más largo plazo, que en caso de ser preciso realizarían los profesionales del CSM. Un mes después de terminar el grupo se ofrecería una sesión de seguimiento de la evolución. Por cuestiones de infraestructura se decidió hacer estos grupos en el local del Hospital de Día.

Fue difícil organizar estos primeros grupos, con una cierta prisa por empezar, con derivantes múltiples y no totalmente coordinados y con una infraestructura escasa, por lo que, con la idea de dar respuesta lo antes posible, decidimos unos criterios mínimos de inclusión en cada grupo:

1. En primer lugar que existiera motivación para acudir a un grupo de estas características.
2. En segundo, que tuvieran un grado de afectación que lo hiciera recomendable, que

estuvieran teniendo síntomas que interfirieran de manera importante con su vida cotidiana.

3. En tercero, que hubieran tenido una experiencia similar; haber sufrido de una u otra manera el atentado directamente, siendo testigos de lo ocurrido. Diferenciamos los que estuvieron pero no vieron lo que había pasado, como ocurrió con los que estaban en la escalera y no miraron atrás, no teniendo por tanto imágenes de lo ocurrido, para evitar retraumatizar.

En los casos en que, por las características de su experiencia, no podían entrar en ninguno de los grupos y en aquellos, poco frecuentes, que no querían participar en ellos, pero estaba indicada la intervención, se les ofrecieron algunas sesiones individuales de EMDR o de técnicas de relajación.

4. Excluimos a quienes tuvieran otras alteraciones psicopatológicas que fuera necesario atender. En determinados casos el atentado era lo que llevaba a decidirse para pedir ayuda por problemas que llevaban años acumulándose, como fue el caso de una mujer deprimida, que refería pérdidas desde una edad muy temprana, sufría malos tratos por parte de su marido y tenía un hermano que estaba muriendo sin que pudiera ir a verle.
5. Por otra parte estaban los familiares de fallecidos, que en su mayoría rehusó la intervención grupal, al menos en estos primeros momentos

La experiencia de coordinar estos grupos ha sido, a pesar de su dureza, muy satisfactoria, al haber podido acompañar y acelerar el proceso de puesta en marcha de recursos para afrontar la experiencia traumática a unas personas que, sometidas a una situación extrema, estaban dispuestas a compartir con sus compañeros cuestiones que normalmente pertenecen al mundo más íntimo, que buscaban recursos en ellos y



en su entorno para retomar su vida cotidiana, que se replanteaban sus prioridades.

Aunque no hay una historia única de los grupos diferentes tanto por su composición como por sus dinámicas (en estos primeros 15 días iniciamos 9), sí hay elementos comunes entre ellos.

La primera sesión se inició con las presentaciones de los coordinadores y de los miembros del grupo, y se informó sobre cuales eran los objetivos, normas, duración del grupo, en qué iba a consistir.

La presentación de los miembros del grupo incluía donde estaban en el momento del atentado, que hacían allí, adonde iban, si era su viaje habitual al trabajo, a estudiar... o si por el contrario era algo excepcional.

La mayoría hacían el viaje de manera cotidiana, con frecuencia en el mismo vagón, o incluso en el mismo asiento, por lo que muchos conocían a sus compañeros de trayecto desde hacía tiempo. En algunos casos ese día cambiaron de lugar; lo que les acercó o alejó del punto donde estalló la bomba, eran habituales frases como “cambié de sitio siguiendo a unas chicas”, “noté inquietud y busqué otro sitio”... además de los que se durmieron, olvidaron algo y se retrasaron. Unos le daban a esto un valor mágico, la mayoría lo relacionaba con su sensación de fragilidad, de estar vivos sólo por una sucesión de casualidades.

En general contaban que iban tranquilos, adormilados o leyendo, realizando un viaje que era para ellos una rutina cotidiana.

A partir de entonces se fueron tocando varios temas, en un orden más o menos similar, temas que queríamos que se abordaran, que en ocasiones tuvimos que proponer pero que con frecuencia ellos mismos fueron iniciando. Nuestras intervenciones se limitaban a asegurar que estas cuestiones fueran saliendo, que se sintieran tranquilos y a gusto para compartir sus experiencias, que en lo posible el ambiente

fuera seguro y de apoyo mutuo, tranquilizando y entendiendo lo que les estaba pasando como algo normal tras una experiencia tan dura.

El primer tema, tras las presentaciones era el relato de lo ocurrido, no tanto de los hechos como de los recuerdos más significativos de lo que había sucedido, para pasar después a su experiencia, a cómo reaccionaron: pensamientos, sensaciones, emociones, qué hicieron...

Aquí la historia se convierte en una sola con diferentes voces, diferentes detalles.

En general se eludían las cuestiones escabrosas: Han hablado de cómo escucharon la explosión y sintieron un golpe o un calambre, del silencio, la gente quieta, callada, las luces apagadas, el humo que empezaba a extenderse, algunos pensaron en un problema técnico o en que se había caído la catenaria, o una explosión, pocos en una bomba, sin embargo intuyeron: se oyó a alguien gritar h. de p., otro cuenta cómo se sorprendió sintiendo odio hacia un árabe sentado enfrente...

Los estados de disociación fueron muy frecuentes. Muchos coincidieron relatando momentos de disociación entre el cuerpo y la mente “la cabeza por un lado y el cuerpo por otro”.

Una reacción muy repetida fue quedarse quieto, mirando sin actuar, unos con la mente en blanco, otros pensando claramente lo que debían hacer pero paralizados, sin poder ayudar ni ponerse a salvo... donde hubo una segunda explosión fue frecuente (al menos entre los miembros del grupo, supervivientes) que este impacto les hiciera reaccionar, en otros casos la señal para salir de la parálisis vino de familiares a los que telefonaron de manera casi automática, o la llegada de servicios de emergencia o la policía gritando que todos los que pudieran moverse se fueran, se pusieran a salvo del riesgo de nuevas explosiones.

También fue frecuente la reacción de huir, de salir sin rumbo, deambulando, o continuar su



viaje como si nada hubiera pasado, yendo al trabajo, a veces buscando el apoyo de los compañeros. Algunos volvieron a buscar objetos olvidados, es entonces cuando vieron las escenas de muertos y heridos, estos, en general intentaron ayudar, lo que después les ha ayudado a ellos a construir una buena imagen de sí mismos y a superar el trauma a pesar de la brutalidad de lo que encontraron. Refieren historias como estas: “volví a por mi mochila, al lado había una mujer gorda, al menos 100 Kg., dudé un poco, enseguida decidí cogerla a ella, salí corriendo, no sé como pude llevarla, debí recoger también la mochila porque la tengo en casa”, “quise recuperar mis gafas y volví, me encontré con un montón de gente por el suelo, desvanecidos o muertos, yo podía ser uno de ellos”.

Para escapar del peligro realizaron hazañas de las que con frecuencia nunca se creyeron capaces: “salté por la ventana del tren sin pensar en las consecuencias”, “trepé un muro enorme”. En general hablaban más de la ayuda que recibieron de otros en la huida que de las escenas de pánico, en las que se pisaron unos a otros sin saber si estaban vivos o muertos, quizás aplastándose, esto lo cuentan raramente.

Algunos expresaban que había cosas que no podían contar, aún no se sentían capaces, que quizás algún día pudieran, pero aún no. Probablemente no sea necesario contar todo, aunque se comparta socialmente el mito de que esto es positivo.

Recordaban el olor a quemado, a carne quemada, el humo que se extendía, la sangre esparciéndose, los heridos, las súplicas, las despedidas, sobre todo los ojos con la mirada perdida... algunas imágenes se repetían, fundamentalmente una mujer muerta en la vía, un chico muerto con cazadora vaquera. Y el ruido “el estruendo y los sollozos”... y los móviles sonando sin que nadie respondiera

Salieron a la calle, solos, muchos en zonas que no conocían en absoluto, después fueron andando, o en autobuses, algunos cogieron el

metro en Atocha, otros esperaron que les recogieran... es común la distorsión del tiempo, que se hizo larguísimo. Y la sensación de vulnerabilidad, de soledad. Los móviles ya no funcionaban.

Los extranjeros sin papeles unían a la sensación de peligro por lo ocurrido el temor a que la policía les detuviera.

Por último en esta primera sesión, o en la siguiente si en esta no daba tiempo, se abordaba la cuestión de cómo estaban, que había pasado después, problemas y síntomas que pudieran tener.

Coincidían en muchos síntomas, aunque la situación general era diferente de unos a otros, con diferencias en el tipo de problemas, también en su intensidad y en como se toleraban. Al contarlos iba aumentando el fenómeno de universalidad, que les tranquilizaba. Dormían mal, con pesadillas, tenían dificultad para seguir una conversación, estaban despistados, se olvidaban de las cosas, buscaban estar solos, con frecuencia ensimismados reviviendo lo ocurrido, tenían recuerdos intrusivos o imágenes que volvían con fuerza, unidas a emoción intensa, reviviendo sensaciones fundamentalmente auditivas, visuales y cenestésicas. Se sobresaltaban con facilidad, estaban sensibles, con tendencia al llanto, se sentían distanciados del entorno, tenían molestias somáticas, la vida había cambiado, la sensación del tiempo también, como si antes hubiera sido otra vida, ya distante, hablaban de un “segundo nacimiento”. Notaban mucha tensión muscular, que llegaba a ser dolorosa. Tenían miedo, pánico, a coger el tren, aunque algunos no hubieran dejado de hacerlo. Predominaban los sentimientos de vulnerabilidad, de impotencia, también de rabia, de odio. Se sentían irritables. Algunos expresaban resentimiento, esto era más habitual en extranjeros sin papeles cuya situación en España ya es muy difícil y les dificulta utilizar los recursos de ayuda, ya que para hacerlo deben dejar de trabajar y ganar el sueldo que les permite sobrevivir. Fue especialmente llamativo y difícil de manejar para el coordinador en un



grupo de rumanos que no hablaba castellano, para el que se contó con un traductor.

Después se pasaba a comentar cómo les había influido la experiencia del atentado en su idea de ellos mismos. En general eran muy críticos. Aunque algunos consideraban previsible su reacción y la admitían sin cuestionarse “lo que me admira es que pudiera irme y no me desmayara” la mayoría estaba asombrada por su reacción, no entendiendo porqué se habían quedado paralizados, cuestionándose porque se creían más solidarios y criticando haberse ido sin ayudar a nadie. Predominaba la culpabilidad por no haber ayudado “teniendo mis manos y mis piernas y mis cinco sentidos”. Aunque es una reacción habitual tras catástrofes, creo que en muchos casos estaba exacerbada por los medios de comunicación, que exaltaron a los “héroes” que se quedaron a ayudar a los más afectados, sin cuestionar en ningún momento la pertinencia de esta conducta, contra la que tuvieron que movilizarse los servicios de emergencia cuando llegaron, conscientes del riesgo de permanecer allí.

La siguiente cuestión a tratar era cómo había influido lo ocurrido en su idea del mundo, de los demás... Hablaban de cómo el mundo, que en general consideraban seguro y fiable se había convertido en peligroso, incontrolable, no previsible. La desconfianza de los demás era algo compartido: “lo peor es pensar que alguien entró, me vio, dejó la bomba...”, “ir (ahora) mirando por todas partes, controlando”.

Estaban (y estábamos) impactados por una experiencia de maldad/destrucción/falta de respeto a la vida humana tan cercana. En general era algo nuevo, que no se podía pensar, que no reconocían. A pesar de que, como algunos decían, “hay terror y guerra en tantos lugares, lo veíamos en la tele, pero al vivirlo tan cerca cambia”.

Poco a poco, cuando se empezó a conocer más sobre los autores del atentado, apa-

recieron entre miembros de los grupos, como en la población general, ciertas actitudes de rechazo, temor o disgusto ante los árabes. Algunos españoles expresaban, a veces, estar incómodos por tener estos sentimientos de miedo y rechazo a los árabes, desconfianza hacia ellos. Por su parte los marroquíes empezaron a referir que estaban sufriendo rechazo por cuestiones racistas, a una mujer la echaron inmediatamente de su trabajo, todos notaban comentarios desagradables o miradas hostiles a su alrededor. Muchos de sus hijos sufrieron insultos por parte de compañeros de clase.

En general soportaban la compañía de poca gente, la más cercana. Ambivalentes ante las llamadas de los amigos y conocidos, resultaba agotador, pero si no llamaran lo sentirían. Conciencia de tener más gente de la que pensaban. Pero también hartos de preguntas torpes, de lo que consideraban cotilla, morboso, intrusivo.

En muchos casos cuidaban a familiares y amigos, para que no lo pasaran mal no les contaban mucho, agradecían su solicitud aunque a veces les molestaba su exagerada preocupación, su ansiedad, su exceso de consejos. Muchos emigrantes estaban solos, sin su familia, con la que eran especialmente protectores, cuando hablaban por teléfono, disimulaban, intentando minimizar lo ocurrido y su impacto para no preocuparles, hasta el punto de decirles que no iban en el tren.

Por último se trataba la cuestión de cómo el haber sido supervivientes del atentado había influido en su actividad diaria, si tenían problemas laborales. En esto había una diferencia enorme entre los trabajadores en situación regular y los emigrantes sin papeles, que no podían faltar a sus trabajos porque viven en una situación de precariedad y dependen de lo que ganan cada día y aunque algunos estaban contentos porque les habían asegurado que no las echarían por faltar algún día.



Los primeros trabajaban o no según como se encontraran, en función de su decisión, la recomendación de su médico y sus problemas a otros niveles, sobre todo auditivo. La actitud general era de querer normalizar sus vidas, volver al trabajo, los que no se veían capaces lo consideraban un problema y los que habían podido volver agradecían tener la mente ocupada en otras cosas, así como el apoyo de los compañeros.

La tendencia era a expresar enseguida mejoría, con una evolución muy rápida. Seguían teniendo síntomas pero estaban más tranquilos, más animados, más capaces de afrontar las cosas, con un cambio de actitud y de aspecto físico, más arreglados, con más energía.

Con mucha frecuencia en las siguientes sesiones hablaban de cómo estaban reconociendo las cosas que les importaban, lo que valoraban, expresando más lo que querían y cómo amaban a los suyos.

Surgían cuestiones de su biografía personal más o menos traumáticas que se habían revivido con el atentado. Ocurría con los españoles pero era más marcado con extranjeros, que, en ocasiones, vinieron a España escapando de situaciones traumáticas

En la tercera y en general última sesión se hizo una evaluación de la necesidad de intervenciones posteriores, ofreciéndose acompañarles a hacer un viaje en tren con coordinadores del grupo, especialmente a los que no se hubieran atrevido a hacerlo solos, aunque también a los que habiéndolo hecho ya, quisieran ir con sus compañeros apoyándoles. Algunos que al terminar el grupo aún se sentían muy tensos pero sin indicación de tratamiento posterior con otro profesional en el CSM tuvieron después del grupo alguna sesión de entrenamiento en relajación o, aprovechando que un miembro del equipo es experta en shiatsu, tratamiento con este tipo de masajes. Hubo pocos casos en que se valoró la necesidad de terapia a medio plazo, en todos esta se había iniciado ya en la mutua por lo que no se derivaron al CSM.

En la mayoría de los grupos se estableció desde la primera sesión una gran cohesión, y expresaron al finalizar su alivio por haber podido compartir sus experiencias con compañeros que les entendían por haber vivido situaciones similares y al escuchar que otros estaban pasando por las mismas dificultades.

Además de la universalidad, expresaron que les había ayudado el haber podido ayudar en el grupo a otros, reparando, al menos en parte, el no haber podido hacerlo en el tren.

El viaje en tren con el grupo fue una parte importante de la intervención. Aunque las reacciones no fueron catastróficas, a diferencia de lo que al principio nos temíamos, sí que hubo, en general, experiencias intensas al volver a pasar por los lugares en los que habían explotado las bombas, con tendencia a compartirlo con los demás. Sólo una chica, que apenas expresó emociones en el trayecto, comentó después que tras él se había sentido peor.

Se dio una cita para evaluación en un mes, a la que han acudido en una proporción muy alta o han llamado para disculparse, si no han venido hemos contactado con ellos. En general se mantenía la mejoría alcanzada.

ATENCIÓN A LA DEMANDA TRAS LA INCORPORACIÓN DE PROFESIONALES DE REFUERZO.

En este segundo momento ya no hemos participado activamente, por lo que sólo daré algunas pinceladas de lo que ha ido ocurriendo.

Desde la llegada de los profesionales de refuerzo hasta el 4 de junio, fecha del último listado de distribución de pacientes, se han atendido en Alcalá y Torrejón 228 demandas relacionadas con el atentado. La situación de estas personas es muy parecida a la de los que vinieron al principio, pero ha pasado más tiempo. Los compañeros que ahora les atienden



comentan que es como si hubiera quedado todo detenido, esperando a que se resolviera por sí mismo y en los casos en que esto no ha ocurrido han ido acudiendo a salud mental. No ha sido así para los que participaron en grupos. Sólo dos de los afectados atendidos en los que se organizaron en el hospital de día ha vuelto a pedir cita en el CSM.

Apenas han llegado niños, a diferencia de lo que está ocurriendo en otras áreas sanitarias como Vallecas, sin que se puedan tener más que hipótesis sobre si esto se debe a que realmente haya menos problemas (lo que no parece probable dado que el número de adultos heridos o muertos fue superior), o a trabas en el acceso a la atención, ya sea por la organización del sistema educativo, que aquí juega un rol importante, como por fallos en el sistema sanitario.

Se han seguido haciendo grupos de apoyo, con un encuadre y funcionamiento similares a los primeros y con unos resultados, al menos a corto plazo, también satisfactorios.

Sigue sin haber suficientes familiares de fallecidos interesados en participar en una actividad grupal por lo que aún no se ha iniciado ninguna en el . Es probable que hayan llegado a atención especializada pocos familiares de fallecidos, podemos suponer que porque en muchos casos no hayan considerado pertinen-

te pedir ayuda a profesionales para resolver su duelo. Algunos están acudiendo a grupos organizados por vecinos en una asociación de Santa Eugenia, otro de los barrios afectados.

Están empezando a llegar a los CSM, aunque aún en un número muy escaso, heridos críticos. En un primer momento recibieron apoyo psicológico y después han estado ocupados fundamentalmente en su recuperación somática, a veces atendidos en hospitales de otras áreas, donde ya se les ha recomendado contactar con Salud Mental cuando mejoraran lo suficiente físicamente como para poder hacerlo.

No se ha hecho ningún seguimiento de los heridos, por lo que no sabemos como han ido evolucionando desde el punto de vista psíquico en estos meses. Conocíamos la importancia del seguimiento y oferta de ayuda a heridos, pero no se ha hecho, al menos de manera sistematizada. Los médicos de atención primaria tienen la llave de acceso a estos pacientes, que poco a poco irán volviendo a sus consultas al acabar los tratamientos en especialidades o en las mutuas, ellos son quienes primero podrán ayudarles en la detección y manejo (ya sea directamente en atención primaria ya derivando cuando lo consideren preciso) de problemas psicológicos que relacionados con la experiencia traumática y del duelo por las pérdidas físicas cuando queden secuelas definitivas.



Incidentes con múltiples víctimas

Recomendaciones y dispositivos de actuación en salud mental a víctimas y familiares

José A. Martín Zurimendi, Sonia Bustamante, José M^a. Erroteta, Arantza Fernández Rivas, Oscar Martínez Azumendi, Begoña Salcedo
Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica
Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Bizkaia

Introducción

La presente guía de actuación en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica propuesta por Osakidetza en Bizkaia, hace referencia a recomendaciones de actuación, teniendo en cuenta varios ejes de actuación, en el caso de Incidentes con Múltiples Víctimas.

Con respecto al TIEMPO:

- Actuaciones a realizar en un primer momento.
- Actuaciones en las primeras horas después del incidente.
- Actuaciones en fechas posteriores.

Con respecto al TIPO DE INCIDENTE:

- Incidentes con un número de víctimas más o menos elevado.
- Incidentes que afecten a una comunidad establecida (p. e. catástrofes naturales) o a un colectivo reunido de manera casual (p. e. accidentes de tráfico).

Con respecto al LUGAR DE REALIZACIÓN de las actuaciones, éstas se pueden llevar a cabo:

- In situ, en el mismo lugar del incidente.
- En lugares establecidos para la atención a las víctimas del incidente (lugares de abrigo y albergue, depósitos de cadáveres, etc.)
- En Unidades de Coordinación de las actividades (servicios de coordinación e información)

- En Centros Asistenciales
 - De Urgencias (Hospitales) en un primer momento
 - De seguimiento posterior (Hospitales, Centros de Salud Mental).

Con respecto al TIPO DE ACTUACIÓN:

- Recomendaciones de salud mental, que pueden ser de aplicación útil para cualquier tipo de profesional que intervenga.
- Actuaciones específicas de los profesionales de la Salud Mental
 - Directamente sobre las víctimas y sus familiares
 - De apoyo a otros profesionales o cooperantes.

Se entiende que las recomendaciones generales deberán ser incluidas en el protocolo general de actuación en el caso de I.M.V, dejando en un apartado específico las recomendaciones de actuación especializada en Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.

Se hará una referencia por fin a SITUACIONES O PROGRAMAS ESPECIALES:

- Atención infantil y a la adolescencia
- Atención y prevención del Estrés Posttraumático y del Duelo Patológico.
- Cuidado de los cuidadores.
- Grupos de riesgo.



RECOMENDACIONES

A. PRIMEROS MOMENTOS

Cualquier individuo afectado directamente o testigo de una catástrofe, está en riesgo de resultar afectado psíquicamente.

A.1. IN SITU

A.1.a. Evacuación de víctimas:

- Alejar del lugar lo antes posible a las víctimas, según su grado de afectación orgánica.
- En caso de que queden personas atrapadas, bloquear la visión de la catástrofe y de otros afectados.
- Tranquilizar y facilitar la expresión y la comunicación con vistas a calmar a los heridos en espera de traslado, así como a las víctimas no afectadas orgánicamente y a los familiares.

A.1.b. Clasificación de víctimas:

Está dirigido a algunas personas que no estando heridas físicamente pueden necesitar ayuda o contención.

- **Agitados**, fácilmente reconocibles, deben ser acompañados y alejados del lugar.
- **Confusos**, pueden pasar desapercibidos. Pueden vagar como perdidos y poner en riesgo su seguridad y la de los demás. Deben ser alejados del lugar y acompañados a un lugar seguro.
- **Hiperactivos**, pueden entorpecer los trabajos de rescate, o ponerse en riesgo volviendo al escenario del accidente. Deben ser alejados del lugar o incluso si no estuvieran muy afectados encargarles alguna tarea sencilla.

A.1.c. Personal implicado:

Es competencia de este nivel de actuación:

- El personal de Emergencias que se decida que intervenga.
- Si el incidente es de gran amplitud, podrá ser desplazado al lugar del incidente, personal asistencial especializado en Asistencia Psiquiátrica.

A.1.d. Cuidado de los cuidadores:

- Recomendaciones para las diferentes personas que intervienen en la catástrofe (profesionales, voluntarios, etc.)
- La prevención y la formación son fundamentales para evitar consecuencias psicológicas.
- Ver las recomendaciones recogidas en el Anexo n°V.

A.2. ACTUACIONES GENERALES

A.2.a. Atención general:

- Designar Responsable de Información a los medios de comunicación prensa, radio...), que puede estar asesorado por profesionales de la salud mental y que ofrezca.
 - Actitud serena frente al alarmismo, para evitar el “contagio” del temor.
 - Centralización de la información.
 - El trabajo se puede complementar con la elaboración de informaciones, folletos, etc.
- Designar Responsable de Información a los familiares en tres niveles:
 - Alcance de la catástrofe.
 - Recursos desplegados.
 - Información a los agentes de salud de los posibles impactos psicológicos.

A.2.b. Salud Mental:

- Información inmediata a los Hospitales con Servicios de Urgencia Psiquiátrica y a Centros de Salud Mental de la Zona.
- Información a las Direcciones de Salud Mental de Osakidetza (de los Servicios Centrales y de los Territorios Históricos).
- Designación por parte de Osakidetza de un Responsable de la Atención Psiquiátrica y Salud Mental del Incidente.
- Actuaciones terapéuticas:
 - Cuidar la transmisión de informaciones (“dar malas noticias”), evitar en lo posible la desinformación y aceptar la expresión emocional de los afectados.
 - Atención a la urgencia psiquiátrica derivada del impacto emocional, con atención psicológica y psicofarmacológica básica.



- Atención e información sobre el estrés postraumático.
- Atención ante situaciones especiales:
Enfermedades: alcoholismo, enfermedades mentales crónicas.
Grupos de edad de especial atención: niños y ancianos.

A.3. ACTUACIONES DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN LOS HOSPITALES.

- Una vez producido el incidente la Información básica, ha de ser transmitida en los Hospitales al Responsable de Urgencias, Jefe de Servicio de Psiquiatría y a los Psiquiatras de guardia.
- La Atención Psiquiátrica tendrá una función:

a) Preventiva:

- Para limitar el desarrollo de futuros trastornos psiquiátricos. Incluyen la información y el apoyo psicológico a las personas afectadas. Conviene evitar que las personas afectadas permanezcan aisladas, debiendo estar acompañas por otras personas que han padecido el suceso o familiares.

b) Informativa:

- La información a los allegados y familiares debe ser frecuente y actualizada.
- Designar un Responsable de información sobre víctimas atendidas, que informe sobre:
 - El alcance del desastre.
 - Los recursos desplegados y servicios a los que acudir en el futuro si aparecieran secuelas del incidente.
 - El posible impacto psicológico.
 - Esta información ha de ser frecuente y actualizada.
 - Es recomendable facilitar que los afectados estén acompañados y la permanencia en grupo.

c) Coordinación: En los primeros momentos de la catástrofe

- Informando sobre la situación en el Centro, las necesidades, el personal disponible.

- Si fuera necesario se propondrá el Refuerzo del equipo de Urgencia

d) Terapéutica:

- La Atención Psiquiátrica se orientará:
 - A personas heridas una vez controlada la patología orgánica.
 - A familiares de víctimas y heridos.
 - A personas psicológicamente afectadas que acuden espontáneamente, ya que los hospitales son lugares de referencia habitual.
 - A la interconsulta y apoyo a otros estamentos.
- La atención especializada tendrá también como labor tranquilizar y facilitar la expresión y la comunicación tanto a heridos como a familiares.
- En un primer momento la atención puede ser individualizada aunque conviene recordar la eficacia de los grupos a posteriori.
- Los posibles cuadros que se pueden presentar son:
 - Ansiedad, agitación e irritabilidad.
 - Insomnio.
 - Descompensaciones de cuadros psiquiátricos preexistentes. (psicosis, depresión)
 - Cuadros de abstinencia (alcoholismo, otras drogodependencias, metadona,...)

e) Abordajes psicofarmacológicos:

- Benzodiazepinas: posiblemente útiles en un primer momento en forma oral por la facilidad de absorción y dispensación.
- Hipnóticos: por la noche, utilidad añadida en tratamientos ya instaurados.
- Neurolépticos: útiles en un primer momento en casos de grave agitación. Será necesario garantizar su suministro en los días subsiguientes para evitar abandonos de tratamiento ya instaurados. Considerar que los pacientes psicóticos están en grave riesgo de descompensarse ante una situación de catástrofe.



- Antidepresivos: sin utilidad en los primeros momentos, es necesario garantizar su suministro para evitar recaídas depresivas en pacientes en tratamiento.
- Dependencia alcohólica: en situaciones de desastre colectivo se ha descrito una mayor incidencia de síndrome de abstinencia alcohólica. Será de utilidad estar sobre aviso y contar con la suficiente provisión de fármacos utilizados en estos casos.
- Dependencia a opiáceos: lo mismo puede ser dicho en estos casos. Especial cuidado deberá tenerse en garantizar una suficiente provisión de metadona.

B. PRIMERAS HORAS SIGUIENTES AL INCIDENTE

A mayor organización, menores secuelas psicológicas posteriores.

B.I. INCIDENTE LIMITADO EN VÍCTIMAS.

B.I.I. IN SITU.

- Establecer lugares seguros y protegidos para los evacuados que no estén físicamente heridos.
- Brindar alojamientos de emergencia preferiblemente en domicilios de familiares, vecinos.
- En estos lugares (refugios provisionales) ha de proveerse bebida y comida caliente.
- Mantener en contacto a los familiares o conocidos, en especial a los niños. No separar a las familias y favorecer una distribución por redes naturales (vecinos, etc.) que garanticen el mutuo apoyo.
- Ofrecer la posibilidad de recibir ayuda especializada más adelante, e informar a los familiares de los previsibles síntomas que puedan aparecer.
- Garantizar la existencia de un Botiquín con psicofármacos (ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos sedantes, clometiazol, etc.) para el personal sanitario desplazado.

B.I.2. ACTUACIONES GENERALES

- Establecer una cadena de organización de recursos e información a profesionales y a

los medios y una estructura de mando sanitaria con responsabilidades claramente delimitadas,

- Identificar y mantener localizados a los profesionales disponibles para refuerzo.
- Garantizar que se produzcan relevos de los profesionales directamente implicados, que permitan descansos y “ventilación” de vivencias.
- Si resultaran afectadas personas de zonas definidas de población, prever programas de intervención de los equipos de la zona.

B.I.3. DEPOSITO DE VICTIMAS MORTALES (HOSPITAL U OTROS)

• Identificación de víctimas mortales:

- Si es posible pedir datos para orientar la identificación (características físicas, signos de identificación personal,...)
- Establecer los reconocimientos de manera individualizada, en un entorno digno, que permita intimidad.
- Antes del reconocimiento de los familiares, limpiar, y recomponer, en la medida de lo posible, a las víctimas. Incluso se puede proporcionar una foto “polaroid” previamente si se tiene una relativa certeza sobre la identidad de la víctima.
- No deben coincidir los familiares que entran y salen de la identificación para evitar el contagio emocional.
- Favorecer la expresión emocional y contacto próximo tras la identificación. Facilitar un tiempo para despedirse del fallecido (10’-15’)
- Garantizar atención psiquiátrica si esta fuera precisa.
- **Mantener un sistema de información** actualizada a familiares sobre las víctimas y sobre los recursos y lugares de depósito de víctimas.
- **Garantizar la Asistencia Psiquiátrica Hospitalaria de Urgencia** que precisen los afectados.

B.II. AFECTACIÓN AMPLIA EN NUMERO DE VÍCTIMAS Y SERVICIOS IMPLICADOS.

B.II.1. ACTUACIONES IN SITU.

- Los lugares de abrigo además de seguros y protegidos deberán ser amplios: colegios, pabellones deportivos cubiertos,...



- Se procurará mantener, como en el caso anterior, unidos a familiares, vecinos y conocidos.
- Establecer un sistema para mantener a los niños seguros, identificados, y con posibilidades de moverse, jugar (recanalización de la catástrofe a través del juego), sin molestar a las otras víctimas, y con posibilidad de comunicar y expresar sus emociones y recuerdos del momento.
- Identificación de los niños (pegatinas,...) garantizando que sólo familiares directos puedan recoger a los niños.
- Atender a los ancianos procurando evitar la desorientación (información de horarios, lugares, etc.). Ubicarlos en lugares cercanos a los lavabos.
- Existencia de Registros de Entradas y Salidas.

B.II.2. ACTUACIONES GENERALES.

- Difundir a los medios de comunicación, de manera coordinada por el Responsable de Información, y de manera permanente, información concreta sobre:
 - Las dimensiones de la catástrofe.
 - Los lugares donde se atiende a las víctimas y los teléfonos o puntos de información a los familiares.

B.II.3. ACTUACIÓN EN HOSPITALES.

- Si existieran víctimas mortales para reconocimiento: tener en cuenta lo expuesto en el apartado de Identificación (B.I.3).
- Garantizar la información en todos los puntos de urgencia del lugar a donde han sido conducidas las víctimas, heridos, de las que se desconoce identificación.
- Organizar la atención a los familiares que acuden solicitando información o atención.
- Valorar la posibilidad de aumento de la demanda en urgencias por repercusión del conocimiento del desastre en personas con o sin patología psiquiátrica previa. En tal caso garantizar los refuerzos sanitarios necesarios.

C. FECHAS POSTERIORES

Todas las personas afectadas, testigos y profesionales que participen en una catástrofe percibirán efectos psicológicos.

La mayoría los superarán en unas semanas. Un grupo reducido precisará intervención profesional especializada.

C. I. ACTUACIONES EN UNIDADES DE ATENCIÓN.

Valoración psíquica y tratamiento de los heridos.

- Programa de Psiquiatría de enlace en diferentes Servicios (Hospitales: Traumatología, U.V.I.s, etc.)
- Tratamiento de los síntomas y orientación terapéutica.
- Detección de afectados de mayor riesgo.
- Información a los afectados y familiares de los síntomas psicológicos previsibles.
- Información a los afectados y familiares de las pérdidas humanas, en el momento y forma adecuada.

Equipo responsable: Servicios de Psiquiatría Hospitalaria, con refuerzos temporales, si fueran precisos.

Derivación para diagnóstico y tratamiento, si fuera preciso.

C.2. ACTUACIONES GENERALES

Elaboración de guías y folletos de actuación en:

- Atención Primaria de salud.
- Medio escolar.
- En la Comunidad si el incidente afecta fundamentalmente a una comunidad concreta.

C.3. EQUIPOS Y PROGRAMAS ESPECIALES.

- Programas de Detección de síntomas en Urgencias, Centros de Salud y Centros de Salud Mental.
- Desarrollo de Programas de Atención al Estrés Postraumático.
- Desarrollo de programas específicos de Psiquiatría Infantil.
- Desarrollo de programas específicos de Cuidado de los Cuidadores.
- Incorporar tan pronto sea posible una dinámica de Evaluación de las actuaciones.



D. ACTIVACIÓN DEL PLAN EN SALUD MENTAL

D.1. EN LOS PRIMEROS MOMENTOS D.1.1 PRIMERA INFORMACIÓN AL SUBSISTEMA DE SALUD MENTAL

Tras una primera evaluación desde los Servicios de Emergencias se informará, para garantizar la Asistencia Psiquiátrica:

- A los Hospitales con Servicios de Urgencia Psiquiátrica: Psiquiatra de guardia y Jefe del Servicio de Psiquiatría, según el lugar en el que se ha producido la catástrofe.

D.1.2. DATOS IMPRESCINDIBLES

Esta primera información a los Equipos de Salud Mental ha de incluir los siguientes apartados:

- Naturaleza y extensión del incidente.
- Aproximación al número y situación de los heridos, en especial en el área de la salud mental (agitaciones, etc.).
- Necesidad de recursos de Asistencia Psiquiátrica
- Información sobre la derivación de pacientes a diferentes hospitales.
- Localización del Puesto de Mando del Incidente o Mando Médico si ya está establecido.

| ZONA | HOSPITAL |
|----------------------------|-------------------|
| ARABA | SANTIAGO |
| BIZKAIA-BILBAO | BASURTO |
| BIZKAIA-ESKERALDEA Y URIBE | CRUCES |
| BIZKAIA INTERIOR | GALDAKAO |
| GIPUZKOA | COMPLEJO DONOSTIA |

- En el caso de que el incidente tenga un número elevado de víctimas, afecte a varias zonas o los pacientes sean derivados a varios hospitales, la comunicación ha de hacerse a todos los Hospitales implicados.
- Los hospitales u otros dispositivos asistenciales que no cuenten con Servicio de Urgencias Psiquiátricas se pondrán en contacto, en un primer momento, con el mando médico del Incidente, para notificar las necesidades detectadas en su hospital, en el área de la Asistencia Psiquiátrica
- A las Direcciones de Salud Mental de Osakidetza (de los Servicios Centrales y de los Territorios Históricos).
- A Centros de Salud Mental de la Zona, si el incidente se produce en jornada laboral (de 8 a 15 h) o a primera hora del primer día laboral.

D.1.3. RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

Se designará lo antes posible, por parte de Osakidetza, un Responsable de la Atención Psiquiátrica y Salud Mental del Incidente.

- Interlocutor para el mando sanitario.
- Designará los recursos de salud mental precisos.
- Recibirá información actualizada permanentemente.
- Coordinará las actuaciones de Salud Mental.
- Designará responsables de información de Salud Mental, o de apoyo a los Sistemas de Información del I.M.V.

D.1.4. PRIMERAS ACTUACIONES EN LOS HOSPITALES.

- Una vez producido el incidente la Información básica, ha de ser transmitida en los



Hospitales: al Responsable de Urgencias, Jefe de Servicio de Psiquiatría y/o a los Psiquiatras de guardia.

- Dado que las Urgencias Psiquiátricas funcionan ininterrumpidamente pueden servir como Centros coordinadores hasta la puesta en funcionamiento del Plan Global de Intervención.
- El Psiquiatra de guardia asumirá el liderazgo de las actuaciones en Salud Mental en las fases iniciales, organizando y distribuyendo tareas a realizar, hasta la presencia de una figura responsable de coordinación superior, asumiendo funciones de Coordinación en los primeros momentos de la catástrofe:
 - Informando sobre la situación en el Centro, las necesidades, el personal disponible.
 - Si fuera necesario propondrá el Refuerzo del equipo de Urgencia (según la dimensión del Incidente).
 - Con tal fin se recomendará que se avise a los facultativos (Psiquiatras y Psicólogos) que normalmente desarrollan su trabajo y/o las guardias de presencia física en dichos hospitales tanto de los propios Hospitales como de los C.S.M. de la zona. Con tal fin se contará en cada Hospital con el listado y direcciones de dicho grupo de facultativos.
 - Previamente se habrá comunicado a los profesionales de la salud mental que en caso de I.M.V. se pongan en contacto con los Hospitales que estén atendiendo a las víctimas.
 - Se comunicará a los Centros de Salud Mental de la zona (en el primer momento en que sea posible) la existencia de la catástrofe. Los Servicios de Psiquiatría contarán con el listado, direcciones y Responsables de los C.S.M del Territorio Histórico.

D.1.5. IN SITU (LUGAR DEL INCIDENTE)

- Si el incidente es de gran amplitud, podrá ser desplazado al lugar del incidente, personal asistencial especializado en Asistencia

Psiquiátrica. Esta decisión ha de ser tomada por el mando sanitario del I.M.V en un primer momento y por el responsable de Asistencia Psiquiátrica si está designado desde esos primeros momentos. Para que sea posible este desplazamiento se han de haber dado los pasos recogidos en el apartado anterior.

D.2. PRIMERAS HORAS SIGUIENTES AL INCIDENTE.

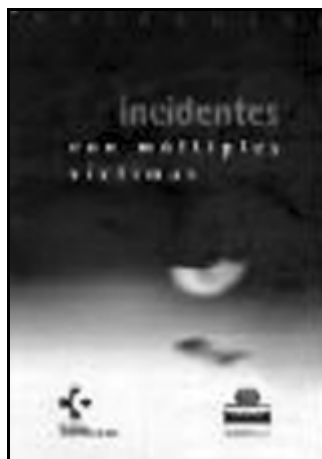
D.2.1. INCIDENTE LIMITADO EN VÍCTIMAS.

- Una vez establecida una cadena de organización de recursos e información a profesionales y a los medios y una estructura de mando sanitaria con responsabilidades claramente delimitadas, el Responsable de la Asistencia Psiquiátrica de la Catástrofe se deberá integrar dentro de esta estructura.
- Además de continuar con las actuaciones descritas en apartados anteriores se deberá.
 - Informar y mantener localizados los profesionales disponibles para posibles refuerzos y relevos.
 - Garantizar que se produzcan relevos de los profesionales directamente implicados, que permitan descansos.
 - Si resultaran afectadas personas de zonas definidas de población, prever de manera rápida programas de intervención de los equipos de la zona (Centros de Salud Mental, A. Primaria. Etc.)
 - Con respecto a los Depósitos de Víctimas Mortales (en el Hospital u otros emplazamientos), además de las recomendaciones expuestas en las líneas generales de actuación, desde la Asistencia Psiquiátrica se deberá:
 - Colaborar con sus recomendaciones para mantener un sistema de información actualizada a familiares sobre las víctimas y sobre los recursos y lugares de depósito de víctimas.
 - Garantizar la Asistencia Psiquiátrica Hospitalaria de Urgencia que precisen los afectados.



D.2.2 AFECTACIÓN AMPLIA EN NUMERO DE VÍCTIMAS Y SERVICIOS IMPLICADOS: ACTUACIÓN EN HOSPITALES.

- Si existieran víctimas mortales para reconocimiento: tener en cuenta lo expuesto en las recomendaciones generales.
- Garantizar la información en todos los puntos de urgencia del lugar a donde han sido conducidas las víctimas, heridos, de las que se desconoce identificación.
- Organizar la atención a los familiares que acuden solicitando información o atención.
- Valorar la posibilidad de aumento de la demanda en urgencias por repercusión del conocimiento del desastre en personas con o sin patología psiquiátrica previa. En tal caso garantizar los refuerzos sanitarios necesarios.



D.3. FECHAS POSTERIORES.

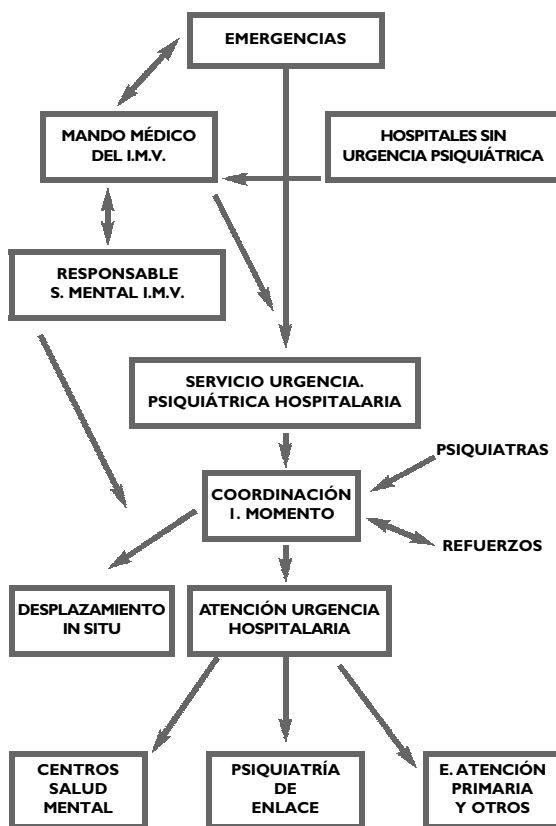
D.3.1. ACTUACIONES EN UNIDADES DE ATENCIÓN: SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA HOSPITALARIA.

Estos equipos continuarán con la atención a los heridos hospitalizados, en concreto:

- Valoración psíquica y tratamiento de los heridos en el programa de Psiquiatría de enlace en diferentes Servicios (Hospitales: Traumatología, U.V.I.s, etc.)
- Tratamiento de los síntomas y orientación terapéutica, detección de afectados de mayor riesgo.
- Información a los afectados y familiares sobre las pérdidas humanas, en el momento y forma adecuada y de los síntomas psicológicos previsibles.

D.3.2. ACTUACIONES EN UNIDADES DE ATENCIÓN: SERVICIOS DE ATENCIÓN COMUNITARIA (C.S.M. etc.),

Los familiares, afectados no ingresados y los pacientes ingresados una vez dados de alta para diagnóstico y tratamiento, serán derivados, si fuera preciso, a los Equipos de Atención Primaria y Centros de Salud Mental de la zona, con refuerzos temporales, si son precisos.





ANEXO I

INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS I.M.V. EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Estos efectos psicológicos dependen de:

- Nivel de desarrollo del niño en el momento.
- Percepción de la reacción familiar.
- Grado de exposición directa al suceso traumático.
- Afectación de su situación vital tras el incidente.
(cambios en la “infraestructura”).

A. REACCIONES PSICOLÓGICAS ESPERABLES. DESARROLLO DE LA CLÍNICA EN EL TIEMPO

A.I. Respuesta traumática precoz. (minutos–días).

- La reacción del niño durante el I.M.V. suele ser silenciosa.
- Reevalúan lo ocurrido buscando razones y el por qué. (“atribución causal”).
- Pueden aparecer :
- Trastornos del sueño: en conciliación, mantenimiento, pesadillas (reproducen a veces el IMV), sonambulismo, somnolencia, terror nocturno.
- Miedos
 - a la repetición del hecho
 - angustia de separación (incrementada por ambas partes: padres e hijos).
 - miedos habituales a la edad: oscuridad, soledad,...
- Disminución de la capacidad de centrar la atención y como consecuencia disminución del aprendizaje.
- Juego traumático o verbalización del hecho.
- Síntomas psicósomáticos: dolor abdominal, cefaleas.
- Trastornos del control de esfínteres: enuresis secundaria a la situación traumática.

- Inhibición, aislamiento, conductas de evitación.
- Trastornos de conducta, irritabilidad.
- Culpa por sobrevivir.

A.II. Respuesta traumática en los siguientes meses

- Miedos, que suelen ser muy persistentes.
- Sueños repetitivos. Trastornos del sueño.
- Irritabilidad, trastornos de conducta y del aprendizaje que suelen ir cediendo.
- Aparecen “reactuaciones” (comportamientos repetitivos del trauma).

A.III. Respuestas al trauma psíquico en los siguientes años.

- Reacciones postraumáticas de aniversario.
- Persisten miedos relacionados con el I.M.V.
- Expectativa sobre su futuro limitada.

B. CARACTERÍSTICAS DE LA REACCIÓN EN FUNCIÓN DE EDAD.

B.I. Posibles respuestas según edad

- Los niños pequeños < 28–36 meses: no son capaces de hacer un relato completo de lo ocurrido.
- No obstante, pueden exteriorizar síntomas como miedos, juego postraumático, dificultad en percibir el futuro, reactuaciones, sueños, pesadillas.
- Los niños, en general, son una población de especial riesgo en estas situaciones (en contra de la creencia popular) debido a:
 - Sus limitadas experiencias vividas hacen que disminuya su capacidad de afrontamiento del hecho traumático.
 - Generalmente son incapaces de procesar cognitivamente los complejos sucesos. Además aún no han desarrollado del todo un sentido temporal que les pudiera indicar que la experiencia traumática no continuará indefinidamente.



B.II. Posibles síntomas según la edad:

- Preescolares: conductas regresivas (enuresis, chuparse el dedo, miedos, dormir con los padres, etc.).
- Escolares: conductas regresivas y comportamientos de tipo “acting-out” (enuresis, pesadillas, irritabilidad, desobediencia, quejas somáticas, rechazo escolar, trastorno de conducta, falta de concentración, aislamiento etc.).

Es importante considerar la existencia en los niños del denominado “pensamiento mágico” (la creencia de que ellos pueden interferir en hechos que en realidad se hallan totalmente fuera de su control) puesto que pueden hacer interpretaciones irreales del hecho traumático vivido que les pueden conllevar consecuencias negativas. Este hecho resalta aún más la necesidad de que se ayude a estos niños a expresar todas sus creencias y pensamientos en relación al hecho traumático en un ambiente seguro y contenedor.

- Preadolescentes y adolescentes: Aislamiento, quejas somáticas, tristeza, depresión, trastorno de conducta, trastorno del sueño, descenso en el rendimiento escolar, conductas de riesgo, abuso de sustancias. En adolescentes (al igual que en población adulta) pueden aparecer experiencias post-traumáticas en forma de flashbacks).

C. PERCEPCIÓN DE LA REACCIÓN FAMILIAR. INDICACIONES A PADRES.

- Hay que partir de la premisa de que las familias pueden ayudar.
- Muchos estudios han mostrado que el funcionamiento parental es un predictor más fuerte del ajuste del niño tras la catástrofe, que la propia exposición directa del niño al mismo.
- Los padres son suficientemente capaces para valorar síntomas en sus hijos. Basta en muchas ocasiones con darles orientaciones y escucharlos.

- Es conveniente también informar a los padres que la clínica puede ser diferida, o más aparente en el tiempo.
- Insistir a los padres que el niño sufre y es el más vulnerable.

D. INDICACIONES DE INTERVENCIÓN.

D.I. Si el incidente es en una determinada área geográfica es conveniente la intervención familiar, (indicaciones a padres) y en escuelas, organizado por los C.S.M. de la zona. Incluso la intervención familiar puede vehiculizarse a través de la escuela.

La intervención escolar debe estar basada en:

- La exploración del estado psicológico.
- El apoyo.
- Las medidas educativas sobre las reacciones psicológicas esperables.

Estos aspectos se logran por medio de la educación sobre los posibles síntomas y la clarificación y “ventilación” sobre la experiencia vivida.

D.II. Intervención escolar debe seguir esta dirección: Director ® Tutor ® aula ® grupos ® personas.

D.III. La intervención escolar debe incidir también en los compañeros de las víctimas que pueden desarrollar clínica postraumática.

D.IV. Si el incidente no aglutina a personas de una determinada área, es preciso que los pediatras y Centros de Salud de la Zona informen a los padres de las directrices a seguir.

D.V. Los focos de actuación en la intervención terapéutica deberán centrarse en:

- Las experiencias traumáticas.
- Los recuerdos.
- Duelo y la interconexión trauma-duelo.
- Estresores y adversidades posteriores al desastre.
- Impacto en el desarrollo del sujeto.



D.VI. Intervención a niños con necesidades especiales:

- Niños heridos: La respuesta psicológica al trauma se ve complicada por el periodo de tratamiento (más o menos extenso, alejado o no de su entorno–familia) que por ello precisa.
- Niños que han perdido un miembro de su familia (especialmente padres y hermanos): No solamente deben afrontar el IMV sino también esta pérdida personal para él debastadora y además adaptarse a la nueva estructuración de su familia y entorno.
- Niños en situación de realojamiento: Cuando tras un IMV es preciso proceder a realojar a las víctimas en hogares diferentes a los suyos, estos niños además de sufrir el trauma directo del IMV deben enfrentar la pérdida de su entorno familiar y el apoyo que éste le ofrecía. En estas situaciones las familias sufren momentos de un estrés extremo que puede conllevar un impacto negativo para los niños: carencia de un apoyo especial para ellos, tendencia a ignorar sus necesidades específicas.
- Niños con enfermedades mentales o minusvalías físicas: Este tipo de niños tienen frecuentemente dificultades en la comprensión de la naturaleza e impacto del IMV y de sus consecuencias. Los déficits cognitivos pueden dificultar esta comprensión. Los problemas emocionales pueden facilitar el desarrollo de una reacción al evento traumático más severa. Es importante reseñar que estos niños, por sus características emocionales y físicas, son más dependientes de sus familiares y soportes sociales que los niños sanos, y mucho más en estas situaciones traumáticas tan estresantes en las cuales sus propios apoyos se hallan también en crisis y pueden adolecer de propiciarles la atención y el cuidado que precisan.

ANEXO II

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

A. DEFINICIÓN, CAUSA, CURSO

El **Trastorno por Estrés Postraumático** consiste en el desarrollo de síntomas característicos después de un suceso traumático. Entre los sucesos que provocan **Trastorno por Estrés Postraumático** se encuentran el ser testigo, experimentar o enfrentar una grave amenaza contra la vida o integridad física propia o de otra persona, y son experimentados con intenso temor, horror e impotencia.

Como no todas las personas que experimentan sucesos traumáticos desarrollan **Trastorno por Estrés Postraumático**, debe haber una vulnerabilidad, cuya naturaleza es desconocida, que permite que se desarrolle el trastorno.

Los síntomas generalmente empiezan de inmediato o poco después del trauma. Pueden persistir indefinidamente sin tratamiento, o pueden resurgir periódicamente.

B. ASPECTOS PSICOLÓGICOS COMUNES DURANTE LA CATÁSTROFE

Pueden aparecer:

- Sentimientos de intenso malestar, inquietud, desamparo, indefensión.
- Miedo a perder la propia vida y la de los seres queridos.
- Sentimientos de solidaridad y empatía.

C. ASPECTOS PSICOLÓGICOS COMUNES DESPUÉS DE UNA CATÁSTROFE

Después de una catástrofe puede aparecer:

- Ansiedad anticipatoria.
- Las primeras conductas inmediatas a la emergencia siempre van dirigidas a la búsqueda de seres queridos y a recuperar la unidad familiar.
- Algunas alteraciones en el sueño y conducta alimentaria en los días y semanas posteriores.



- Urgente necesidad de contar una y otra vez la experiencia vivida.
- Atribución de control externo: el resultado de lo que ha ocurrido en el suceso se atribuye fuera de uno mismo.
- Sentimientos de solidaridad y empatía.

D. SÍNDROME DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. (CIE.10)

Según la clasificación de los “Trastornos mentales y del comportamiento” C.I.E. 10. Se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre combates, accidentes graves el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés posttraumático son:

- Episodios reiterados de volver a vivir el trauma en forma de reminiscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.
- En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un

repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

- Por lo general hay un estallido de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

E. TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD TRAS EXPERIENCIA CATASTRÓFICA. (CIE 10)

“La transformación persistente de la personalidad puede aparecer tras la experiencia de una situación estresante catastrófica. El estrés debe ser tan extremo como para que no se requiera tener en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad. Son ejemplos típicos: experiencias en campos de concentración, torturas, desastres y exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida (por ejemplo, secuestro, cautiverio prolongado con la posibilidad inminente de ser asesinado). Puede preceder a este tipo de transformación de la personalidad un trastorno de estrés posttraumático. Estos casos pueden ser considerados como estados crónicos o como secuelas irreversibles de aquel trastorno. No obstante, en otros casos, una alteración persistente de la personalidad que reúne las características que a continuación se mencionan, puede aparecer sin que



haya una fase intermedia de un trastorno de estrés postraumático manifiesto. Sin embargo, las transformaciones duraderas de la personalidad después de una breve exposición a una experiencia amenazante para la vida como puede ser un accidente de tráfico, no deben ser incluidas en esta categoría puesto que las investigaciones recientes indican que este tipo de evolución depende de una vulnerabilidad psicológica preexistente. La irritabilidad, la ira y la agresión pueden aumentar en los años siguientes al desastre; también los desórdenes físicos (hipertensión, cefaleas tensionales, trastornos gastrointestinales) y los porcentajes de mortalidad aumentan entre los supervivientes, siendo particularmente notable en el año siguiente a la catástrofe entre los familiares de víctimas que no sobrevivieron.”

ANEXO III

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSIQUIÁTRICA ANTE EL DUELO PATOLÓGICO EN CATÁSTROFES

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN (PAUTAS DE PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO) ANTE EL DUELO PATOLÓGICO EN CATÁSTROFES.

Considerando que por la propia esencia de las situaciones de catástrofe, la incidencia del duelo patológico será tanto más alta cuanto más directa y brutal haya sido la pérdida (fundamentalmente humana) y menores los recursos psicológicos para afrontar dicha pérdida.

A. INTERVENCIÓN PRECOZ:

A.I. Evitar la psiquiatrización generalizada de la catástrofe. El derrumbe en la pasividad depositando capacidades y recursos en los que “supuestamente saben” (profesionales), infantiliza innecesariamente a los afectados inhibiendo su propia potencialidad de respuesta sana. Resultan muy adecuado un acompañamiento basado en el sentido común y la

solidaridad de la población general.

A.II. Evitar, en lo posible, la prescripción indiscriminada de psicofármacos. Teniendo en cuenta que los mecanismos de defensa operantes pueden ser muy primitivos (negación, disociación extrema, aislamiento) y las ansiedades presentes de contenido claramente psicótico (muerte, desintegración...), se evitarán, sobre todo en un primer tiempo, los fármacos que bloqueen la capacidad asociativa y la instauración del proceso de duelo (antidepresivos). Si es imprescindible, resultará menos yatrógeno recurrir a la medicación ansiolíticas, dejando el uso de antidepresivos para los genuinos síndromes depresivos.

B. INTERVENCIÓN EN EL PERIODO DE REPARACIÓN:

B.I. CON EL COLECTIVO DIRECTAMENTE AFECTADO.

Intervención directa/ indirecta en la constitución del Grupo, Asociación, etc. que sin duda se formará.

- Se trata de evitar por todos los medios posibles que se constituya en grupo hermético, con un líder, quizás desequilibrado, que estimule el funcionamiento patológico según el modelo de la “masa”. Que el colectivo sea regulado por una persona “no afectada” y orientado como grupo operativo de trabajo, será garantía de su real utilidad a largo plazo.

Contención en Grupo Terapéutico.

- Netamente diferenciado del anterior, tendrá por objeto la evacuación y elaboración de la ansiedad en las distintas fases del duelo, en un encuadre terapéutico. Altamente ventajoso respecto al seguimiento individualizado (que también será necesario en algunos casos), permitirá ciertas dosis de información profiláctica que pueda ser bien acogida por los integrantes más sanos y “peleada” con los más perturbados.



- Es conveniente una vigilancia exhaustiva de la salud física en los tres años siguientes a la pérdida de familiares directos (Hijos, padres, hermanos). Puesto que la elaboración del duelo puede resultar imposible, siempre hay que tener en cuenta la posibilidad de somatizaciones, incluso las graves. En el colectivo masculino, más proclive a la acción, no estará de más advertir sobre los accidentes (laborales, deportivos y de tráfico).
- En el caso de pérdida de hijos niños, alentar el tiempo de demora de nuevos embarazos para evitar la “sustitución”, repetición nombres, etc.
- Hablar abiertamente de las vivencias ambivalentes amor-odio respecto de los hijos supervivientes. Con gran frecuencia la pareja parental (y la madre particularmente) no podrá mantener proximidad emocional con ellos, lo que puede aumentar los sentimientos de culpa tanto en los padres como en los hijos además de hacer sentir a éstos últimos un gran abandono. Explicitarlo puede ayudar a buscar otros recursos entre los familiares no directamente afectados.

B.II. CON LA POBLACIÓN PRÓXIMA NO AFECTADA:

- Integrarla en lo posible en los recursos sociales, disminuirá los sentimientos de culpa colectiva.
- Protegerla del odio y la (posible) agresión por parte de los damnificados. A través de la información directa (charlas), indirecta (medios de comunicación) y de la contención del grupo afectado.

C. INTERVENCIÓN A LARGO PLAZO:

- Rastrear permanentemente las posibles manifestaciones del duelo patológico, durante un período de largo tiempo desde la catástrofe. Sobre todo es fundamental en los hermanos supervivientes de niños muertos y en los nacidos con proximidad a la catástrofe

ANEXO IV

GRUPOS DE RIESGO

COLECTIVOS DE RIESGO EN CATÁSTROFES

Una visión primera de una catástrofe nos conduce a pensar inmediatamente en los heridos, y en los damnificados directamente en sus bienes. Sin embargo, cuando penetramos en la tragedia es fácil comprobar como los grupos de personas que se encuentran dentro de lo que podríamos llamar *grupos de riesgo* son muchos más:

- 1 Entre los afectados directamente algunos de ellos son personas de alto riesgo: son aquellos que relatan elementos puntuales como el quedarse sin hogar o temer no tenerlo en el futuro, la edad muy avanzada, el bajo soporte social de un damnificado y fundamentalmente el padecimiento de una situación premórbida anterior a los hechos.
- 2 Aquellas personas afectadas de un estado anterior patológico, físico o psíquico.
- 3 Los intervinientes, como profesionales o voluntarios.
- 4 Las personas afligidas por la desgracia o fallecimiento de un ser querido en la catástrofe; tanto aquellas que asisten al lugar de la catástrofe como las que por cualquier causa personal o de impedimento, debieron permanecer en sus lugares de origen.
- 5 Otros grupos de riesgo son las poblaciones que presentan alguna dificultad de relación social.

Una vez detectados los colectivos de riesgo es necesario seguir el control de estos grupos o personas en su reincorporación a la vida cotidiana.

La acumulación de agentes estresantes que aumentan la gravedad de los mismos plantea la necesidad de registrar aquellos que se consideren relevantes.



ANEXO V

CUIDADO DE LOS CUIDADORES

A. SEGUIMIENTO

Es necesario sensibilizar a Instituciones, a los profesionales y a las Asociaciones de Voluntariado, en torno a los componentes emocionales de emergencias y catástrofes, así como sus posibles consecuencias en víctimas y personal de salvamento.

Tanto la prevención como la formación son fundamentales para evitar posibles consecuencias psicológicas, en aquellas personas, profesionales (sanitarios, bomberos, policías,...) y voluntariado, que participan en la atención a las víctimas de las catástrofes, ya que pueden desencadenarse síntomas que desemboquen en un estrés postraumático.

Es fundamental que todas las Instituciones con voluntariado y profesionales que actúan en catástrofes, emergencias y en general en situaciones críticas, cuenten con equipos profesionales de apoyo que realicen un seguimiento a las personas y los profesionales en diferentes niveles:

- **Fase de intervención:** Seguimiento en el momento en que se realiza la actividad. Tendremos que tener en cuenta aspectos organizativos (turnos específicos de trabajo que permitan el descanso, “ventilación” de las emociones, cuadrícula del terreno en vez de peñados indefinidos, abandono del lugar cuando termina el turno, detección de posibles alteraciones psicológicas,...)
- **Seguimiento posterior:** Técnicas grupales de intervención con el voluntariado que ha participado en una situación de desastre o emergencia, para evitar la cristalización de los síntomas que podrían derivar en un cuadro de estrés postraumático.
- **Derivación:** Cuando sea necesaria una intervención individualizada se derivará a los centros especializados.

No sólo no está indicado en la mayoría de los casos un tratamiento especializado, sino

que personal no profesional debidamente entrenado, y la ventilación de vivencias entre pares, pueden ser los mejores recursos disponibles.

El tratamiento especializado está indicado sólo para aquellas personas en las que persistan síntomas emocionales, y para aquellas que paulatinamente irán apareciendo por las secuelas diferidas. La formación del personal que atiende a catástrofes puede ser también competencia de los equipos especializados de salud mental.

B. ENTRENAMIENTO DE LOS EQUIPOS DE AYUDA

B.I Mejorar la formación.

- Estudiar y divulgar todas aquellas experiencias y técnicas que pudieran favorecer la mejor superación emocional tras los desastres.
- Divulgar las conductas y trastornos más frecuentes tras un suceso traumático.
 - Pena o duelo por las pérdidas sufridas.
 - Culpa.
 - Rabia.
 - Ansiedad.
 - Depresión.
 - Reparación de problemas o síntomas psíquicos ya resueltos con anterioridad.
 - Reacciones adaptativas como la necesidad de sentirse parte de la comunidad y participe en los esfuerzos de rehabilitación. Deseo de ayudar a otros.
- Conocer posibles respuestas psicológicas como puede ser “la culpa por no hacer más”.

B.II. Desarrollo de cierta capacidad de escucha-empatía.

- En muchas ocasiones lo más indicado y único que se puede hacer es escuchar.
- Los profesionales y el voluntariado deben conocer y poder tolerar ser



objeto de actitudes agresivas por parte de los afectados

- Además, resultan de gran utilidad las técnicas de reconocimiento, de escucha interior, y ventilación de las posibles ansiedades generadas por la tarea.

B.III. Autoprotección ante el desbordamiento emocional.

Este extremo, aunque de máxima importancia, no siempre es tenido en cuenta.

Cierta frialdad emocional es condición indispensable para una intervención de urgencia efectiva, sin embargo, lo que aquí consideramos es el bienestar y el rendimiento a largo plazo de los individuos.

Muchas veces, a pesar incluso de los máximos esfuerzos por evitar la sobrecarga de los equipos, habrá personas que den muestras de desbordamiento.

El estrés puede ser consecuencia tanto de una sobrecarga puntual, por ejemplo tras agotadoras jornadas de rescate en una catástrofe, donde al cansancio físico se añaden imágenes de dolor y destrucción, como del estrés mantenido por condiciones laborales inadecuadas o de cierta dureza.

Un cuadro asociado es lo que ha venido en llamarse “síndrome del quemado” de aparición progresiva con fatiga, irritabilidad, deshumanización, desinterés, ineficacia y quejas hacia superiores o compañeros.

B.IV Creación de bases documentales

Este archivo documental debería estar orientado y a disposición, con fácil accesibilidad, de los profesionales y asociaciones de voluntariado pudiendo contener:

- Información relativa a las experiencias generadas en desastres de nuestro entorno, con el fin de crear una base de datos que permita adecuar intervenciones posteriores a características más acordes con nuestro medio.
- Aspectos psicológicos y tipos de intervención en las emergencias, crisis y catástrofes, tanto en relación con las víctimas como con los equipos de rescate.
- Material informativo para las víctimas de cualquier tipo de desastre, con especial cuidado en reflejar aquellas reacciones que probablemente aparecerán en los momentos subsiguientes y podrán ser vistas como reacciones adaptativas “normales”.
- Listado de medicaciones imprescindibles así como de sus indicaciones, ante una catástrofe, elaborado y mantenido al día.
- Documentación sobre estrategias informativas de carácter preventivo dirigidas a los medios de comunicación.
- Investigaciones en este campo.



Coordinación:

• **José A. MARTÍN ZURIMENDI**

Médico Psiquiatra. Director de A. Psiquiátrica y Salud Mental Bizkaia. Osakidetza.

Miembros Equipo de Redacción:

• **Sonia BUSTAMANTE**

Médico Psiquiatra. Jefe Clínico Servicio de Psiquiatría Hospital de Basurto. Osakidetza.

• **José M^a. ERROTETA**

Médico Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría Hospital de Cruces. Osakidetza.

• **Arantza FERNÁNDEZ RIVAS**

Médico Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Portugalete. Osakidetza.

• **Oscar MARTÍNEZ AZUMENDI**

Médico Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Uribe. Osakidetza.

• **Begoña SALCEDO**

Médico Psiquiatra. Jefe de Servicio de Asistencia Psiquiátrica Bizkaia. Osakidetza.

S. Mental y A. Psiquiátrica.
Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Bizkaia.



BIBLIOGRAFÍA

ADULTOS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Committee on Psychiatric Dimensions of Disaster. Conference on the Roles of Psychiatrists in Disasters. Washington. DC. October 1996.
- BARTON, G.M. “Disaster preparedness from an emergency psychiatry perspective”. En: Barton, G.M. Friedman, R. (Eds.). *Handbook of emergency psychiatry for clinical administrators*. Nueva York: The Haworth Press, 1986, pags. 313–23.
- BROMET, E. SCHULBERG, H.C. DUNN, L. “Reactions of psychiatric patients to the Three Mile Island nuclear accident”, en *Archives of general psychiatry*, 1982, 39, 725–30.
- BROWN, T.M. SCOTT, A.I.F. PULLEN, I.M. *Handbook of emergency psychiatry*. Edinburgo: Churchill Livingstone, 1990.
- BURKE, J.D. BORUS, J.F. BURNS, B.J. MILLSTEIN, K.H. BEASLEY, M.C. “Changes in children's behavior after a natural disaster”, en *American journal of psychiatry*, 1982, 138/8: 1010–4.
- CAPLAN, G. *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós, 1980. (Original publicado en 1964).
- DE NICOLAS LUIS. “Después de los desastres...¿Qué?” en *Papeles del Psicólogo* 1997. N°68 58 –51.
- DUCH Mª LUISA, FORTUÑO CRISTINA Y LACAMBRA VICTOR MANUEL. “Apoyo psicológico; Formación e intervención con el voluntariado en desastres” en *Papeles del Psicólogo* 1997. N°68 33–30.
- GOENJIAN, A. “A mental health relief programme in Armenia after the 1988 earthquake. Implementation and clinical observations”, en *British journal of psychiatry*, 1993, 163, 230–9.
- GREEN, B.L. LINDY, J.D. GRACE, M.C. LEONARD, A.C. “Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample”, en *The journal of nervous and mental disease*, 1992, 180/12, 760–6.
- GUARNACCIA, P.J. CANINO, G. RUBIO–STIPEC, M. BRAVO, M. “The prevalence of ataques de nervios in the Puerto Rico disaster study. The role of culture in psychiatric epidemiology”. *The journal of nervous and mental disease*, 1993, 181/3, 157–65.
- GUFTANSON, J.P. “An integration of brief dynamic psychotherapy”, en *American journal of psychiatry*, 1984, 141/8, 935–44.
- HAFEN, B.Q. & FRANDSEN, K.J. *Psychological emergencies & Crisis intervention, A comprehensive guide for emergency personnel*. Colorado: Morton Publishing Company, 1985.



- HANDFORD, H.A. MARTIN, E.D. KALES, J.D. "Clinical intercessions in emergencies: technological accidents", en Lystad, M. (Ed) *Mental Health response to mass emergencies. Theory and practice*. Nueva York: Brunner/Mazel, 1988, pags. 181–210.
- HAVENAAR, J.M. POELIJOE, N.W. KASYANENKO, A.P. VAN DEN BOUT, J. KOETER, M.W.J. FILIPENKO, V.V. "Screening for psychiatric disorders in an area affected by the Chernobyl disaster: the reliability and validity of three psychiatric screening questionnaires in Belarus", en *Psychological medicine*, 1996, 26, 837–44.
- HAVENAAR, J.M. VAN DER BRINK, W. VAN DEN BOUT, J. KASYANENKO, A.P. POELIJOE, N.W. WOHLFARTH, T. MEIJLER-ILJINA, L.I. "Mental health problems in the Gomel region (Belarus): an analysis of risk factors in an area affected by the Chernobyl disaster", en *Psychological medicine*, 1996, 26, 845–55.
- HOIBERG, A. MCCAUGHEY, B.G. "The traumatic aftereffects of collision at sea". *American journal of psychiatry*, 1984, 141/1, 70–3.
- HOROWITZ, M.J. MARMAR, C. WEIS, D.S. DEWITT, K.N. ROSENBAUM, R. "Brief psychotherapy of bereavement reactions". *Archives of general psychiatry*, 1984, 41; 438–448.
- HYMAN, S.H. *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona, Salvat, 1987.
- LIMA, B.R. PAI, S. SANTACRUZ, H. LOZANO, J. LUNA, J. "Screening for the psychological consequences of a major disaster in a developing country: Armero, Colombia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1987; 76:561–7.
- LOPEZ IBOR, J.J. SORIA, J. CAÑAS, F. RODRIGUEZ GAMAZO, M. "Psychopathological aspects of the toxic oil syndrome catastrophe". *British journal of psychiatry*, 1985, 147, 352–65.
- MAJ, M. STARAFE, F. CREPET, P. LOBRACE, S. VELTRO, F. DE MARCO, F. "Prevalence of psychiatric disorders among subjects exposed to a natural disaster". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989, 79/6, 544–9.
- MARTINEZ AZUMENDI, O. "Intervención en crisis. Conceptos generales y descripción de dos modelos particulares". *Psiquis*, 1995, 16/2: 73–80.
- MARTINEZ AZUMENDI, P. "Aspectos psicológicos en el abordaje de emergencias y desastres", en Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, Departamento de Interior. *Jornada de Emergencias en el Municipio de Getxo*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 1996, pags: 201–230.
- MCFARLANE, A.C. "Posttraumatic morbidity of a disaster: A study of cases presenting for psychiatric treatment", en *The Journal of nervous and mental disease*, 1986, 174/1, 4–14.
- MELLMAN, T.A. DAVID, D. KULICK-BELL, R. HEBDING, J. NOLAN, B. "Sleep disturbance and its relationship to psychiatric morbidity after Hurricane Andrew", en *American journal of Psychiatry*, 1995, 152/11, 1659–63.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "C.I.E.-10. Trastornos mentales y del comportamiento." Ginebra 1993.

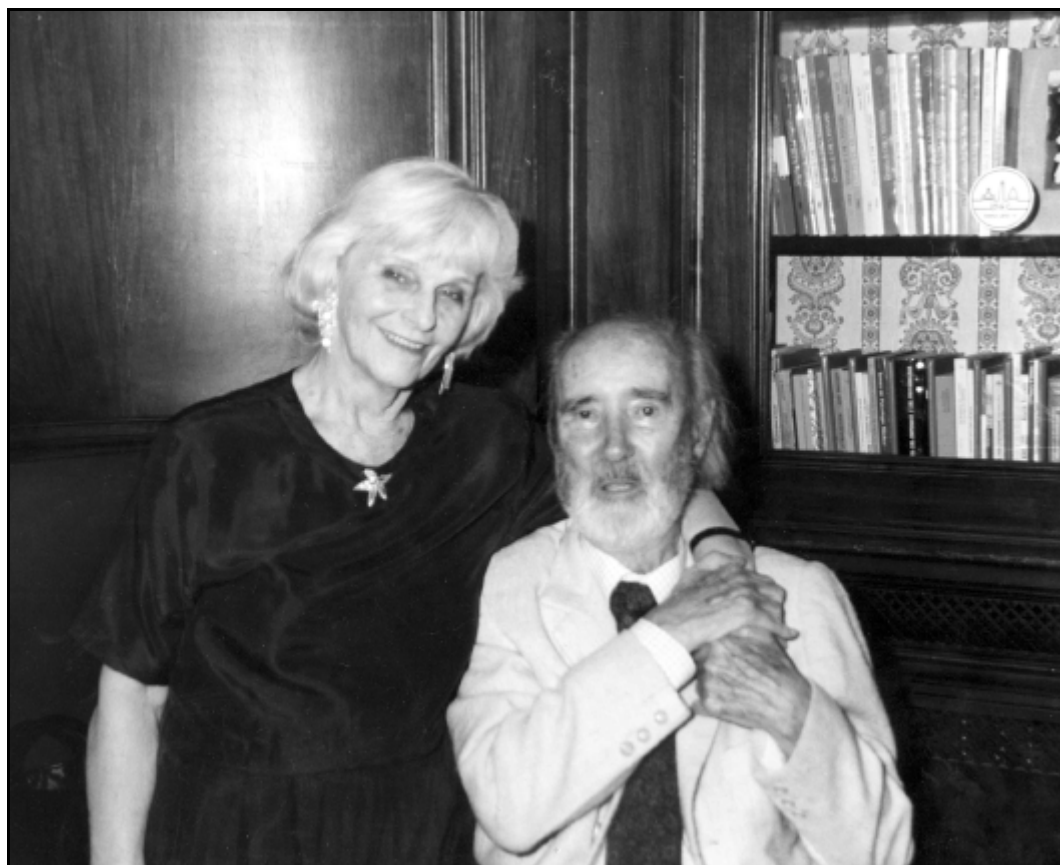


- PATRICK, V. & PATRICK, W.K. “Cyclone '78 in Sri Lanka – The mental health trail”. *British journal of psychiatry*, 1981, 138, 210–6.
- PEÑA ALBARRACIN S. “Trastornos por estrés” en Manual del Residente de Psiquiatría. Tomo I. Comité Editorial Salvador Cercvera y otros. Editado por SmithKline Beechan Madrid 1997. 813–839
- SHARAN, P. CHAUDHARY, G. KAVATHEKAR, S.A. SAXENA, S. “Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake”, en *American journal of psychiatry*, 1996, 153/4, 556–8.
- SHORE, J.H. TATUM, E.L. VOLLMER, W.M. “Psychiatric reactions to disaster: The mount St. Helens experience”, en *American journal of psychiatry*, 1986, 143, 590–5.
- TERR, L.C. “Psychic trauma in children: observations following the Chowchilla school–bus kidnapping”, en *American journal of psychiatry*, 1981; 138/1: 14–9.
- VAN DER KOLK, B.A. “Terapia de grupo en los trastornos de estrés postraumático”, en: Kaplan, H.I. Sadock, B.J. (Ed.). *Terapia de grupo (3ª Edición)*. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 1996. Pags. 602–603.
- WEBSTER, R.A. MCDONALD, R. LEWIN, T.J. CARR, V.J. “Effects of a natural disaster on inmigrants and host population”. *The journal of nervous and mental disease*, 1995, 183/6, 390–7.
- WILKINSON, C.B. “Aftermath of a disaster: The collapse of the Hyatt Regency Hotel skywalks”, en *American journal of psychiatry*, 1983, 140/9, 1134–9.

INFANTIL

- TERR LC. Acute responses to external events and posttraumatic stress disorder. En: Lewis M. ed. “Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. 2ª edición. Williams & Wilkins, Baltimore 1.996. Pag. 753–763.
- PYNOOS RS, GOENJIAN AK, STEINBERG AM. A public Mental Health approach to the postdisaster treatment of children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1.998; 7 (1): 195–210.
- FLYNN BW, NELSON ME. Understanding the needs of children following large–scale disasters and the role of Government. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1.998; 7 (1): 211–227.

N.R.: El Consejo Editorial de Norte de salud mental expresa su reconocimiento a los autores y agradece a la Dirección de S. Mental y A. Psiquiátrica de Bizkaia (Osakidetza/ Servicio Vasco de Salud) las facilidades para reproducir este texto.



Eran dos seres muy especiales: **Betty y Ángel Garma.**

Ángel Garma nació en Bilbao el 24 de junio de 1904. Médico psiquiatra, Psicoanalista y terapeuta. Fundador de la Asociación Psicoanalítica de Argentina. Figura de renombre mundial y representativa del movimiento psicoanalítico latinoamericano.

Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)

Joseba Achotegui
Psiquiatra.

Profesor Titular de la Universidad de Barcelona

Director del SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) del Hospital de Sant Pere Claver de Barcelona

Si bien emigrar nunca ha sido fácil, en los últimos años muchos inmigrantes están viviendo unas circunstancias particularmente difíciles. Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Estas personas son las candidatas a padecer el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises (haciendo mención al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos). Un cuadro clínico que constituye hoy un problema de salud emergente en los países de acogida de los inmigrantes y que surge en el contexto de una globalización injustamente planteada, en la que las condiciones de vida de gran parte de los que llegan han empeorado notablemente.

En este trabajo se postula que existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven estos inmigrantes y la aparición de sus síntomas psicopatológicos. Consideramos que ante esta nueva problemática, los profesionales de la salud mental no podemos mirar hacia otro lado y pensamos que es nuestro deber darla a conocer a la opinión pública para su debate y resolución.

Malos tiempos aquellos en los que la gente corriente ha de comportarse como héroes

para sobrevivir. Ulises era un semidios, que sin embargo, a duras penas sobrevivió a las terribles adversidades y peligros a los que se vio sometido, pero las gentes que llegan hoy a nuestras fronteras tan sólo son personas de carne y hueso que sin embargo viven episodios tan o más dramáticos que los descritos en la Odisea.

Soledad, miedo, desesperanza, "...las migraciones del nuevo milenio que comienza nos recuerdan cada vez más los viejos textos de Homero" "...y Ulises pasábale los días sentado en las rocas, a la orilla del mar, consumiéndose a fuerza de llanto, suspiros y penas, fijando sus ojos en el mar estéril, llorando incansablemente..." (Odisea, Canto V), ó el pasaje en el que Ulises para protegerse del perseguidor Polifemo le dice "preguntas cíclope cómo me llamo... voy a decírtelo. Mi nombre es nadie y nadie me llaman todos..." (Odisea Canto IX). Si para sobrevivir se ha de ser nadie, se ha de ser permanentemente invisible, no habrá identidad ni integración social y tampoco puede haber salud mental.

El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple se caracteriza, por un lado, porque la persona padece unos determinados estresores o duelos y, por otro lado, porque aparecen una serie de síntomas psiquiátricos que abarcarían varias áreas de la psicopatología.



Entendemos por estrés “un desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales y las capacidades de respuesta del sujeto” y por duelo “el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para el sujeto”. Podríamos establecer una correlación entre los dos conceptos señalando que “el duelo es un estrés prolongado e intenso”.

Habría que diferenciar tres aspectos en el debate sobre la problemática en salud mental de estos inmigrantes, en situación extrema, y así hemos estructurado este trabajo: por un lado el estudio de los estresores, por otro lado el estudio de los síntomas y en tercer lugar el diagnóstico diferencial de la sintomatología que presentan.

I. Delimitación de los estresores y duelos de los inmigrantes en situación extrema

A. Haremos referencia en este apartado a los estresores que delimitan y definen el Síndrome que estamos abordando.

a. **La soledad.** La separación de familia y los seres queridos.

En primer lugar el duelo por la familia que tiene que ver con la soledad y la separación de los seres queridos, especialmente cuando se dejan atrás hijos pequeños (o padres ancianos y enfermos) a los que no puede traer consigo, ni ir a visitar porque habría la imposibilidad del retorno a España al no tener papeles. Por otra parte, el inmigrante, tampoco puede volver con el fracaso a costas de no haber podido salir adelante en la migración. Sin embargo, esta situación no tan sólo afecta a los sin papeles, ya que también hay inmigrantes que no pueden traer a su pareja y a sus hijos por otras causas, como por ejemplo porque aunque tengan papeles no tienen los requisitos económicos básicos que se requieren para autorizar la reagrupación familiar: si se trabaja en condiciones de explotación es muy difícil tener el nivel de

vida y de vivienda que se requiere para que el notario autorice la llegada de los familiares. Y por otra parte aún tenemos constancia de casos en los que poseyendo papeles, teniendo el nivel de vida requerido se ponen a los inmigrantes de todo tipo de pegas para evitar la reagrupación familiar.

La soledad forzada es un gran sufrimiento. Se vive sobre todo de noche, cuando afloran los recuerdos, las necesidades afectivas, los miedos... Además los inmigrantes provienen de culturas en las que las relaciones familiares son mucho más estrechas y en las que las personas, desde que nacen hasta que mueren, viven en el marco de familias extensas que poseen fuertes vínculos de solidaridad, por lo que les resulta aún más penoso soportar en la migración este vacío afectivo.

Este duelo tiene que ver con los vínculos y el apego, con el dolor que producen las separaciones.

b. Duelo por el fracaso del proyecto migratorio.

En segundo lugar el sentimiento de desesperanza y fracaso que surge cuando el inmigrante no logra ni siquiera las mínimas oportunidades para salir adelante al tener dificultades de acceso a “los papeles”, al mercado de trabajo, o hacerlo en condiciones de explotación. Para estas personas que han realizado un ingente esfuerzo migratorio (a nivel económico, de riesgos físicos, esfuerzo...) ver que no se consigue salir adelante es extremadamente penoso. Por otra parte ligando lo que señalamos con el apartado anterior, hemos de decir que el fracaso en soledad aún es mayor. Y además si el inmigrante decidiera regresar, la vuelta siendo un fracasado resultaría muy penosa: hay incluso zonas de África en las que se considera que quien ha fracasado en la migración lo ha hecho porque es poseedor de algún maleficio por lo que sería visto con temor, como alguien peligroso si regresara.



c. La lucha por la supervivencia.

El inmigrante en situación extrema ha de luchar asimismo por su propia supervivencia. Habría dos grandes áreas:

- c. 1. La alimentación. Muchas veces estas personas tienen verdaderos problemas para encontrar comida y se hallan subalimentados. Además, se ha de tener en cuenta que, en general los inmigrantes son un colectivo que se alimenta mal, ya que envían casi todo el poco dinero que tienen a sus familiares en el país de origen (lo cual no deja de ser una muestra de su generosidad y de la intensidad de sus vínculos). El resultado es que tienden a comer alimentos de baja calidad con muchas grasas saturadas, bajo índice de proteínas... A esto se le ha de añadir que, con frecuencia, no les es fácil reproducir en la sociedad de acogida los hábitos alimentarios saludables que tenían en la sociedad de origen. También se ha de tener en cuenta que puede existir una interrelación entre subalimentación y fatiga, cefaleas... síntomas a los que más adelante haremos referencia
- c. 2. La vivienda. Este es otro gran problema de este colectivo de personas. Como es sabido, si ya los inmigrantes con una situación regularizada tienen dificultades para encontrar vivienda (por los prejuicios de los autóctonos, y tras el atentado de marzo de 2004 Madrid esto es especialmente notorio con los magrebíes), los que no están regularizados tan sólo pueden acceder a la vivienda dependiendo totalmente de otras personas, con alto riesgo de padecer abusos. No es extraño encontrar casos de gran explotación en viviendas en las que se hacían muchos inmigrantes a precios abusivos. El hacinamiento se sabe que es un factor de tensión y de estrés. (Se calcula que el espacio vital que necesita una persona no

debe ser inferior a 15 metros cuadrados, espacio que va mucho más allá de lo que viven estas personas) A estas situaciones habría que añadir el relevante colectivo que habita en infravivienda (vivienda a la que le faltan elementos básicos como techo, alguna pared, etc) o sencillamente vive en la calle (al menos durante cierto tiempo)

d. El miedo.

Y en cuarto lugar, el duelo por los peligros físicos relacionados con el viaje migratorio (las pateras, los yolos, los camiones, etc), las coacciones de las mafias, las redes de prostitución, etc. Además, en todos los casos el miedo a la detención y expulsión (en España se expulsa a un inmigrante cada 5 minutos, según datos oficiales), a los abusos...

Se sabe que el miedo físico, el miedo a la pérdida de la integridad física tiene unos efectos mucho más desestabilizadores que el miedo de tipo psicológico, ya que en las situaciones de miedo psíquico hay muchas más posibilidades de respuesta que en las de miedo físico. A nivel biológico sabemos que el miedo crónico e intenso fija las situaciones traumáticas a través de la amígdala y da lugar a una atrofia del hipocampo (en veteranos de la guerra de Vietnam o en personas que han sufrido en la infancia abusos sexuales se ha detectado hasta un 25% de pérdida). También habría pérdidas neuronales en la corteza orbitofrontal. Sabemos que a través de un circuito están interconectada la amígdala, los núcleos noradrenérgicos y la corteza prefrontal, áreas muy importantes en la vivencia de las situaciones de terror. (Sendi 2001)

Además se sabe que el estrés crónico da lugar a una potenciación del condicionamiento del miedo, tanto sensorial como contextual, respondiéndose con miedo ante las situaciones de estrés futuras. Este dato es importante en los pacientes con Síndrome de Ulises ya que se hallan sometidos a múltiples estresores que les



reactivan las situaciones de terror que han sufrido anteriormente.

Una de las situaciones de miedo más visibles y conocidas actualmente en España por la opinión pública es el viaje en pateras en la zona del estrecho y en Canarias. La asociación de amigos y familiares de las víctimas de la inmigración clandestina (AFVIC) habla de unos 4000 muertos en el Estrecho de Gibraltar desde 1994 en que llegó la primera patera. Como se ha dicho a veces el estrecho se ha convertido en una gran fosa común. Recientemente los colectivos que llegan en patera se han ampliado incluso a inmigrantes de Latinoamérica y Asia. Los viajes cada vez son más largos, más caros, en peores condiciones (para burlar la vigilancia del SIVE, el Servicio Integral de Vigilancia Exterior) y lógicamente mucho más peligrosos. El año 2003 la Unión europea ha puesto en marcha la denominada Operación Ulises (en este punto han venido a darnos la razón al denominar a estos inmigrantes Ulises tal como nosotros lo hacemos). Sin embargo, situaciones de peligro se dan también en otras zonas del mundo y así, por ejemplo, en América, en la frontera México-USA, la situación es aún mucho peor y se calcula que mueren al menos 1000 personas al año, unas 3 al día

De todos modos sabemos que la mayoría de los inmigrantes llegan por otras vías. Podríamos decir que no vienen muchos en patera, pero que sí que muchos mueren así. Otros inmigrantes llegan en grupos organizados, “demasiado” organizados, podríamos decir: son recluidos en pisos, lonjas.... Viven amenazados, con documentación falsa, chantajeados por las mafias, las “*contection man*”.

El miedo es perceptible también en los niños inmigrantes cuyos padres no tienen papeles. Vemos incluso niños asustados porque sus padres se retrasan apenas un rato en llegar a casa ya piensan que quizás los han deportado y que se quedarán solos aquí. Y en este caso obviamente no estamos hablando de fantasías

infantiles de abandono y persecución en el sentido kleiniano, sino de realidades bien objetivables, es decir, de auténticas situaciones traumáticas.

El miedo se halla relacionado con la vivencia de situaciones traumáticas, con los peligros para la integridad física. De todos modos, la desesperación puede más que el miedo y estas personas, siguen llegando.

Esta combinación de soledad, fracaso en el logro de los objetivos, vivencia de carencias extremas, y terror serían la base psicológica y psicosocial del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises).

B. Factores que potencian el efecto de los estresores del Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises).

Pero además estos estresores se hallan potenciados por toda una serie de factores:

- a. La multiplicidad: no es lo mismo padecer uno que muchos estresores. Los estresores se potencian. Ya hemos señalado en el apartado anterior: soledad, fracaso, miedo...
- b. La cronicidad: no es lo mismo padecer una situación de estrés unos días ó unas semanas que padecerla durante meses o incluso años. El estrés es acumulativo. Muchos de estos inmigrantes desarrollan auténticas odiseas que duran años. Podemos decir que más que tener un mal día, tienen una mala vida.
- c. La intensidad y la relevancia de los estresores: lógicamente hacemos referencia a estresores límite, a un estrés crónico múltiple y extremo. No es lo mismo el estrés de un atasco de tráfico, o de unos exámenes (que son algunos de los estresores que suelen utilizarse como referencia en los medios académicos) que la soledad afectiva, las vivencias de terror..., que son estresores de una gran intensidad y relevancia emocional.



- d. La ausencia de sensación de control: si una persona padece estrés pero conoce la manera de salirse de él reacciona de modo más sereno que cuando no ve la salida al túnel en el que se halla inmerso. Hay un experimento clásico en el que se somete a una situación de ruido intenso a dos grupos de personas: un grupo con la posibilidad de controlarlo cuando lo desea y el otro sin poder controlarlo. Obviamente, el grupo que podía controlar el estrés tenía menos alteraciones a nivel de la ansiedad, tensión arterial, etc. (Vander Zanden 1994).
- e. La ausencia de una red de apoyo social. Porque, ¿qué organismos se hacen cargo de estos inmigrantes?. Dado que estas personas no existen a nivel legal, hay muchas más dificultades para que puedan ser sujetos de ayudas. Por otra parte, como es sabido, a mayor cronicidad de una problemática también hay un menor mantenimiento de las redes de apoyo. De todos modos, tal como han señalado J. Aguilar (2003) o E. Gómez Mango (2003), estos pacientes en realidad son más viajeros que inmigrantes, porque en la situación en la que se encuentran aún no han acabado de llegar al sociedad de acogida. Aún no se han instalado, siguen de viaje.
- f. Hay que tener en cuenta que a estos estresores señalados se le han de añadir los estresores clásicos de la migración: el cambio de lengua, de cultura, de paisaje...magníficamente estudiados por Francisco Calvo (1970), Jorge Tizón y cols. (1993), León y Rebeca Grinberg (1994)... entre otros. En definitiva, los duelos clásicos de la migración, que por supuesto siguen estando ahí, y que son también fundamentales para el bienestar psicológico de la persona que emigra, pero que en la migración actual a la que estamos haciendo referencia, han quedado relegados en segundo lugar a pesar de su importancia por los nuevos estresores límite a los que hemos hecho referencia. En otros trabajos (Achotegui, 2000, 2002) he agrupado estos duelos básicos en 7 áreas: familia y amigos, lengua, cultura, tierra, estatus social, contacto con el grupo nacional y los riesgos físicos.
- Como ejemplo de esta nueva situación, un inmigrante al que preguntábamos acerca del aprendizaje de la nueva lengua nos decía: cuando se vive escondido, en el trabajo clandestino se habla muy poco, ¿sabe Vd?. No es fácil responder cuando te dicen algo así. Habría que señalar también que hay dos palabras que estas personas utilizan con mucha frecuencia: sufrimiento y vida;
- g. El círculo se cierra si además la persona comienza ya a tener una serie de síntomas como ocurre al padecer este Síndrome y las fuerzas para seguir luchando comienzan a fallarle. El inmigrante padece en este caso toda una sintomatología que tiene un efecto incapacitante. Se halla inmerso en un terrible círculo vicioso. Como señala Z. Domic (2004) estas personas tienen la salud como uno de sus capitales básicos y lo comienzan a perder.
- h. Y a toda esta larga cadena de dificultades se ha de añadir por desgracia aún una más: el sistema sanitario, que debería ayudar a estas personas no siempre los atiende adecuadamente:
- Hay profesionales que por prejuicios, por desconocimiento de la realidad de los inmigrantes, incluso por racismo, desvalorizan la sintomatología de estas personas.
 - Otras veces esta sintomatología es erróneamente diagnosticada como trastornos depresivos, psicóticos, enfermos orgánicos...recibiendo tratamientos inadecuados que se convierten en un nuevo estresor (aparte del gasto sanitario innecesario que conlleva).



2. Clínica del Síndrome de Ulises

Al hacer referencia al Síndrome de Ulises hay que tener en cuenta que actualmente es utilizado en dos acepciones:

- lo que se denominaría Síndrome Específico, Síndrome de Estrés Crónico y Múltiple, diferenciado de otras alteraciones que pueden ser consecuencia de vivir los estresores señalados. Es este el sentido en el que lo utilizo en este trabajo.
- lo que se denominaría Síndrome General, como el conjunto de todos los síntomas que aparecen en los inmigrantes que viven situaciones extremas (sean depresiones, psicosis...) y que incluiría también dentro de él el Síndrome Específico. Este planteamiento relaciona el nivel de estrés límite que viven estas personas con todas las alteraciones psicopatológicas que presentan, sean del tipo que sean.

El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, Síndrome Específico, se caracteriza por ser una combinación de toda una serie de estresores que ya hemos señalado y de toda una serie de síntomas que describiremos a continuación. Esta sintomatología es muy variada y corresponde a varias áreas de la psicopatología.

a. Sintomatología del área depresiva.

Los síntomas que veríamos con más frecuencia serían:

- tristeza: expresa el sentimiento de fracaso, de indefensión aprendida, de desistimiento ante los duelos complicados a los que debe hacer frente el inmigrante en situación extrema. Dado que sabemos desde los trabajos de Ekman en los 70 que la expresión facial de las emociones básicas es universal,

la tristeza es fácilmente perceptible en la anamnesis de personas de cualquier cultura, aunque este mismo autor señala que hay casos como, por ejemplo el de la cultura japonesa, en la que es más difícil de valorar ya que en esta sociedad se considera que no sonreír es una descortesía social por lo que se oculta mucho la expresión facial de la tristeza.

- llanto: en estas situaciones límite lloran tanto los hombres como las mujeres, a pesar de que los hombres ha sido educados en casi todas las culturas en el control del llanto. Una expresión de esta dificultad de los hombres de estas culturas sería que a veces se refieren a llorar eufemísticamente diciendo que les sale agua por los ojos o que lloran por dentro. Por otra parte en la tradición islámica el llanto no está bien visto y el dolor se expresa más en forma de gemidos. La interpretación de que el llanto se da tanto en hombres como en mujeres radicaría en que ante una situación tan límite, incluso las barreras de tipo cultural quedarían en segundo lugar.
- culpa: se expresa con menor frecuencia e intensidad en culturas no occidentales, en las que no se considera que el ser humano es el centro del mundo, sino que forma parte todo el conjunto de la naturaleza. Desde la perspectiva kleiniana (1957,) podríamos decir que en las culturas tradicionales se daría más una culpa del tipo paranoide, ligada al temor al castigo. En la culpa paranoide la persona no está preocupada por el daño que ha infligido al otro, por el mal que ha causado, sino que está afectada por el temor al castigo que teme recibir por su acción inadecuada. (En la culpa depresiva el sentimiento básico es el sufrimiento por haber hecho daño al otro, el remordimiento, el sentimiento de pena por el mal que se ha causado). Tal como señalaremos posteriormente esta culpa paranoi-



de se relaciona con el pensamiento mágico y la hechicería.

Se sabe que se da el doble de sentimiento de culpa en los pacientes depresivos occidentales que en los pacientes de otras culturas. Los pacientes pakistaníes te miran asombrados (a veces hasta sonríen) cuando se les preguntan si tienen sentimientos de culpa. Sin embargo, no es extraño que un latinoamericano se considere muy culpable de casi todo lo que le está pasando, en el otro extremo del péndulo del sentimiento de culpa.

- Ideas de muerte: a pesar de la gravedad de los factores estresantes, estas ideas no son frecuentes en estos inmigrantes. En general, el inmigrante posee una gran capacidad de lucha que le hace querer ir hacia delante incluso en contextos muy adversos. Puede tener sentimientos de tristeza pero aún conserva una esperanza que le impulsa a desear seguir viviendo. Una ecuatoriana nos decía: ¡pero cómo voy a tener ideas de muerte si tengo dos hijos pequeños esperándome en América!. Esta persona estaba llena de sentimientos de vida. Sin embargo, en los menores adolescentes, dada su mayor impulsividad, sí que se darían con más frecuencia ideas de muerte e intentos de autólisis, en determinados momentos de gran desesperación que viven.

b. Sintomatología del área de la ansiedad.

La sintomatología del área de la ansiedad es una de las más importantes de este cuadro clínico. Entre sus síntomas destacaríamos:

- tensión, nerviosismo: es un síntoma muy frecuente que expresaría el enorme esfuerzo, la lucha que supone afrontar las adversidades que conlleva emigrar en estas condiciones, con todos estos estresores
- preocupaciones excesivas y recurrentes: se hallan en relación a la extrema complejidad

y dificultad de la situación en la que se encuentran estos inmigrantes extracomunitarios. Hay un enorme acúmulo de sentimientos contrapuestos, que cuesta integrar. Se requiere una gran capacidad de insight para entender tantas emociones. El inmigrante ha de tomar muchas y graves decisiones, a veces en muy poco tiempo y con escasos medios de análisis, lo cual conlleva una enorme tensión.

Como decía muy gráficamente un paciente: “es como si tuviera la centrifugadora dentro de la cabeza, trabajando todo el día”. Obviamente estas preocupaciones recurrentes y obsesivas favorecen la aparición del insomnio, ya que para conciliar el sueño es básico lograr un estado de relajación.

- Irritabilidad: La irritabilidad no es un síntoma tan frecuente como los anteriores. De todos modos se ha de tener en cuenta que tiende a expresarse menos en inmigrantes procedentes de culturas orientales que controlan más la expresión de las emociones (consideran que expresar una emoción es una forma de coaccionar a los otros), de suyo, la cultura occidental es una de las más asertivas. Este síntoma se ve más en menores. La irritabilidad se frecuente en las bandas juveniles. Se ponen “bravos” que dicen los ecuatorianos.
- Insomnio: Las preocupaciones recurrentes e intrusivas dificultan el dormir. La noche es el momento más duro: afloran los recuerdos, se percibe con toda su crueldad la soledad, el alejamiento de los seres queridos, la magnitud de los problemas a los que debe hacerse frente. No hay estímulos externos que puedan distraer a la persona de sus preocupaciones, recuerdos, etc. Además, se pone en marcha la ansiedad de anticipación que favorece que el inmigrante que comienza a tener problemas para dormir asocie el acostarse con una situación de tensión y por lo tanto no se relaje lo sufi-



ciente como para poder conciliar el sueño, y de ese modo se va instaurando el insomnio, con lo que se crea un círculo vicioso, un condicionamiento. A nivel biológico se podría explicar el insomnio desde la perspectiva de que el incremento de catecolaminas y glucocorticoides a que da lugar el estrés favorece el arousal, la excitación que impide la relajación para poder dormirse.

El insomnio de los inmigrantes se agrava además por las pésimas condiciones de las viviendas que habitan: ambientes húmedos, excesivamente calurosos en verano y fríos en invierno, la existencia de ruidos, mala ventilación, etc. Todo esto cuando no están simplemente en la calle, claro. Entonces se ha de añadir el miedo a los robos, las agresiones, la policía que los puede expulsar etc. La noche en la calle es insegura. Así, el año 2002, en Almería un grupo de inmigrantes que se guarecía en la estación de autobuses fue atacado por grupos xenófobos con el resultado de un muerto y varios heridos

c. **Sintomatología del área de la somatización.**

En la mayoría de las culturas de origen de los inmigrantes se considera que la mente y el cuerpo no están separados. En las culturas de los inmigrantes lo mental y lo físico se expresan de modo combinado, es decir el que aparezcan síntomas somáticos no impide la expresión psicopatológica, no son por lo tanto pacientes alexitímicos, que rehuyan lo emocional, a pesar de que tienen una fuerte expresión somatizada.

Destacan entre los síntomas somatomorfos sobre todo las cefaleas y la fatiga, que son síntomas frecuentes también en la clínica de los autóctonos, pero no tanto en personas jóvenes ya que estos síntomas (al igual que el insomnio) suelen presentarse a más edad. También son frecuentes otras somatizaciones, especialmente de tipo osteomuscular. En menor porcentaje se

hallarían las molestias abdominales y aún menos las torácicas. Las molestias osteomusculares se explicarían en relación a las contracturas musculares que aparecen como respuesta al estrés. Especialmente son más intensas en la zona de la espalda y las articulaciones, o como dicen muy gráficamente algunos hispanoamericanos en "las coyunturas".

- **cefalea:** es uno de los síntomas más característicos del Síndrome de Ulises, ya que se da en una proporción superior a la de los autóctonos que viven situaciones de estrés. Las cefaleas que se ven en los inmigrantes son casi siempre de tipo tensional y van asociadas a las preocupaciones recurrentes e intrusivas intensas en que el inmigrante se halla sumido. Las molestias con frecuencia se concentran en la zona frontal y en las sienes. Desde una perspectiva psicoanalítica podrían estar ligadas a la utilización de la defensa de la negación (muy frecuente en el duelo migratorio extremo), al resultarles, a pesar de todo, más soportable el dolor de cabeza que el seguir pensando en tantos problemas y adversidades.
- **Fatiga.** La energía se halla ligada a la motivación y cuando la persona durante largo tiempo no ve la salida a su situación hay una tendencia a que disminuyan las fuerzas. Este síntoma se da en todos los pacientes que sufren el Síndrome aunque en menor grado en aquellos que llevan poco tiempo en el país de acogida.

Es evidente que con este gran cansancio estos pacientes difícilmente puedan ser diagnosticados de maníacos. Más bien se quejan de hallarse sin energía. Este cansancio se hallaría relacionado con otros síntomas ya descritos como el insomnio, la cefalea, ...

Estos síntomas somáticos pueden cambiar, no son radicalmente fijos. Sobre todo el insomnio que suele ser el primero que remite cuando el inmigrante mejora con el tratamiento. El



síntoma más rebelde suele ser la cefalea. De todos modos pueden aparecer posteriormente síntomas que antes no habían aparecido.

A nivel psicosomático es importante también observar que estas personas están casi siempre envejecidas por todo el sufrimiento que padecen.

d. **Sintomatología del área confusional.**

Hay sensación de fallos de la memoria, de la atención, sentirse perdido, incluso perderse físicamente, hallarse desorientados a nivel temporal etc.

Habría numerosos aspectos que favorecerían la aparición de sintomatología de tipo confusional. La confusión podría estar ligada a con el tener que esconderse, hacerse invisibles, para no ser retenidos, repatriados (en definitiva el famoso episodio de la Odisea en que Ulises le dice a Polifemo que su nombre es Nadie). Así no es infrecuente encontrar casos de menores que han pasado por numerosos centros tutelados en los que dan un nombre diferente en cada lugar. Cual es el verdadero?. Al final quizás ya ni ellos lo saben. Estos pacientes hacen comentarios muy expresivos. Un paciente decía “no sé si voy o vengo” y otro “no sé lo que quiero, pero lo quiero ¡ya!”.

También en la migración en situación extrema favorece la confusión la existencia de muchas mentiras o medias mentiras, fabulación...en las relaciones familiares. El inmigrante apenas explica la verdad a los suyos para que no sufran por él. Y sus familias también se guardan de explicarle los problemas que van surgiendo en el país de origen. Al final todo ello potencia la confusión y la desconfianza.

También desde una perspectiva cultural se ha de tener en cuenta que en las culturas en las que ha habido más control sobre los ciudadanos se ve menos sintomatología confusional y más de tipo paranoide. Así, por ejemplo, hemos

observado que los inmigrantes que proceden de los países de la antigua Unión Soviética suelen tener menos tendencias confusionales y más de tipo paranoide.

Sin embargo no es fácil evaluar estos síntomas confusionales a nivel transcultural, recordemos que hay culturas que tienen una idea del tiempo circular y no lineal. Un ejemplo de las dificultades culturales que se pueden dar en la exploración de estos síntomas es que la despersonalización es difícil de valorar en culturas que poseen otra imagen del yo, del sujeto, como las orientales, donde las terapias se plantean “contra el yo”.

Desde una perspectiva psicoanalítica la confusión se hallaría relacionada con la frecuente utilización de la defensa de la negación en situaciones extremas, que como señala Melanie Klein (1957) favorece la fragmentación de los objetos. Desde una perspectiva biológica puede explicarse la confusión desde la perspectiva de la respuesta al estrés crónico ya que el cortisol actúa sobre el hipocampo (produciendo alteraciones de la memoria) así como sobre las áreas corticales (Sendi 2001).

e. **Interpretación cultural de la sintomatología.**

En muchos casos el inmigrante interpreta desde la cultura tradicional de su país de origen lo que le va ocurriendo en la migración. Los inmigrantes interpretan sus desgracias como una mala suerte provocada por la brujería, la magia, la hechicería, etc,...Hemos atendido muchos casos de personas que interpretaban sus síntomas como castigos por incumplir normas sociales de sus grupos: haber rechazado casarse con la pariente designada por la familia, no estar presente en la muerte de los padres, etc. En la medicina tradicional se considera que quien ha ofendido a alguien o infringido una norma puede ser víctima de la brujería por parte de las personas que se ha sentido ofendidas.



Sin embargo, no por ello estos inmigrantes dejan de ver la importancia que tienen los factores sociales y políticos en su situación. Como nos dijo una vez un africano: “mire Vd, a mí el mal de ojo también me lo han echado las leyes de este país”.

El psicoanálisis relaciona la magia con la omnipotencia del pensamiento. Freud (1912) planteó que se halla ligada a funcionamientos de tipo obsesivo y maníaco como respuesta primitiva a la ansiedad.

Esta interpretación de la sintomatología desde la perspectiva de las tradiciones mágicas conllevará que la intervención psicológica deba tener en cuenta la cosmovisión del paciente obligando al terapeuta occidental a “descen-trarse” culturalmente a la hora de efectuar la intervención terapéutica. Es muy importante acercarse a estas vivencias del paciente con respeto y atención. Pero no es fácil explorarlas porque estas personas se sienten rechazadas por la cultura autóctona y esconden este tipo de vivencias. Una buena forma de acercarse a estos temas es preguntarles si creen que han tenido mala suerte. A partir de este punto es posible continuar el diálogo y profundizar en el tema.

Finalmente y para terminar este apartado de clínica señalaremos que desde la perspectiva de la evolución del cuadro hemos visto que estos pacientes presentan variabilidad temporal en sus síntomas. Hay temporadas en las que están mejor y luego recaen, seguramente en relación al contexto cambiante en el que se encuentran, a la ayuda que reciben y a las defensas que utilizan (así, por ejemplo, a veces, la defensa de la negación puede disminuirles la ansiedad temporalmente.

En nuestra experiencia, el Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple, el Síndrome Específico tendría algunas variantes: así según el número o la intensidad de los síntomas se podría clasificar como parcial o com-

pleto, y según los estresores se podría clasificar en mayor, si se dan todos los estresores del cuadro, y en menor, si tan sólo se dan algunos. (Achotegui 2003, 2004).

3. Discusión. Ubicación del cuadro en la psicopatología

Un aspecto muy importante de la delimitación clínica de un cuadro es su diferenciación con otros cuadros de la psicopatología con los que posee elementos en común o que son próximos. Obviamente no es fácil ubicar esta sintomatología a nivel nosológico. A nivel del diagnóstico diferencial más elemental es evidente que el cuadro no tendría nada que ver con el Trastorno por Estrés Agudo porque su característica definitoria (va en el nombre) es que es crónico. Tampoco se trataría de un cuadro de duelo según el DSM-IV-TR porque no tiene que ver con elaboración de la muerte de un ser querido.

Desde la perspectiva de la diferenciación con otros cuadros ya he señalado también que no se trata de un trastorno depresivo (por la ausencia de apatía, ideas de muerte, culpa, baja autoestima, etc), ni por supuesto se trata de una psicosis. Es decir, estamos en otra área de la psiquiatría, la de los trastornos adaptativos, por estrés.... De todos modos esta sintomatología se halla también más allá de lo descrito como Trastorno Adaptativo ya que esta situación de estrés crónico y límite supera las capacidades de adaptación al estrés de los seres humanos. Veamos con más detalle estos planteamientos.

a. Diagnóstico diferencial con los trastornos depresivos.

Tal como hemos señalado, en el Síndrome de Ulises específico, aunque hay sintomatología del área depresiva, que es además muy relevante, faltan toda una serie de síntomas básicos de la depresión standard. La sintomatología depresiva presente en el cuadro es ante todo la tris-



teza y el llanto. De todos modos, fenomenológicamente, no es la tristeza de un cuadro depresivo estándar, es más la tristeza de un duelo complicado, difícil, de un pesar intenso, más en la línea de la desolación, magníficamente descrita por Ignacio de Loyola o Hannah Arendt, que no la tristeza del depresivo en el sentido clínico.

En estos inmigrantes faltan síntomas muy importantes en la depresión, como la apatía, ya que es consustancial con el concepto mismo de depresión el hecho de que la persona no tiene ganas de ir adelante. Estos inmigrantes quieren hacer cosas, están deseosos de luchar pero no ven ningún camino (y no por que deformen la realidad). En el episodio depresivo, como describe el DSM-IV-TR “casi siempre hay pérdida de intereses”.

Y también se dan con menos frecuencia los pensamientos de muerte. Estas personas están más bien llenas de pensamientos de vida que de pensamientos de muerte. Piensan en sus hijos, sus familias... Sin embargo, también el DSM-IV-TR señala que en la depresión “son frecuentes los pensamientos de muerte” Asimismo mantienen la autoestima.

Por todo ello consideramos que difícilmente se puede catalogar este cuadro como un cuadro depresivo, a no ser que lo incluyamos en la categoría de atípico, pero la ausencia de algunos síntomas básicos de los trastornos depresivos hace poco rigurosa dicha adscripción. Aparte de que este tipo de categorías son de muy poca utilidad.

Podemos decir que estas personas están caídas, pero no vencidas.

b. Diferenciación con los trastornos adaptativos.

Autores como Beiser (1996) han hecho referencia a que existe un trastorno adaptativo específico de los inmigrantes. Y este plantea-

miento, que ya resultó polémico en su momento, podía quizás ser cierto para las migraciones del siglo XX que llegaban con papeles y a los que se les permitía la reagrupación familiar..., pero consideramos que la situación de la mayoría de los inmigrantes extracomunitarios del siglo XXI es muy diferente y mucho más dramática por lo que no encajaría en este diagnóstico.

En relación a los estresores el DSM-IV-TR señala que los Trastornos adaptativos se caracterizan por un malestar superior al esperable dada la naturaleza del estresor identificable. En el caso de los inmigrantes a los que hacemos referencia en primer lugar no habría un estresor sino muchos y además se caracterizan por poseer una dimensión fenomenológica radicalmente diferente: lucha por la supervivencia, terror... Es decir estamos haciendo referencia a unos estresores de gran intensidad y de otra dimensión cualitativa. Hay, en nuestra opinión, una clara diferenciación entre el Trastorno adaptativo y el Síndrome de Ulises ya que evidentemente el malestar de los inmigrantes que viven estos estresores límite puede decirse sin ningún temor a equivocarse que es todo menos “superior al esperable”. Es obvio que es más normal estar mal en dichas circunstancias, cuando todo falla alrededor, que ser insensibles a lo que se vive. Podríamos decir que en el trastorno adaptativo el sujeto se toma sus problemas a la tremenda y que en el Síndrome de Ulises los problemas son tremendos y el sujeto se los toma... pues como son.

En nuestra opinión la situación de estrés crónico y múltiple que hemos descrito en los inmigrantes no formaría parte de los Trastornos adaptativos porque el estrés que padecen va más allá de lo adaptativo. Cuando alguien no tiene papeles, acceso al trabajo, contacto con los seres queridos... qué más quisieran estas personas que poder adaptarse. Por desgracia no tienen medios para superar los problemas a los que se enfrentan, dado que no los controlan.



De la misma manera que el estrés agudo, por la excepcionalidad y la gravedad de la situación no es lo mismo que el Trastorno adaptativo, el estrés crónico, límite, tampoco lo es. Y, evidentemente estamos ante un cuadro que está más allá del Trastorno adaptativo porque si, haciendo una comparación médica, 38 grados de temperatura (en el similar, el Trastorno adaptativo) es fiebre, 40 grados de temperatura (este Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple) no puede no serlo, si nos guiamos por una mínima lógica racional.

Estas personas no pueden adaptarse porque se hallan fuera del sistema, “out”. Desde esta perspectiva son sugerentes las aportaciones de Alain Touraine que sostiene que mientras antes la sociedad se dividía en los que estaban arriba y los que estaban abajo, cada vez más la sociedad actual se divide entre los que están dentro del sistema y los que están fuera. Y obviamente los candidatos a padecer el Síndrome que describimos se hallan claramente fuera del sistema. Es por ello que pocas posibilidades de adaptarse tienen. Podríamos hablar en este sentido más bien de un Síndrome A-adaptativo. De un trastorno A-adaptativo.

De todos modos sí que nos podemos plantear que existe un continuum entre el Trastorno Adaptativo y el Síndrome de Ulises. Porque hay un punto en el que los problemas de adaptación, a base de añadir más y más dificultades “pasan de rosca” y se convierten en otra cosa. Dónde se halla este punto no es nada fácil de delimitar.

c. Diferenciación con el Trastorno por Estrés Post-traumático.

El cuadro que hemos descrito tiene en algunos aspectos similitudes con el Trastorno por Estrés Post-traumático. Sin embargo, consideramos que, en todo caso, es una parte del Síndrome de Ulises, que va más allá de este trastorno descrito por el DSM-IV.

Siguiendo al DSM-IV-TR vemos que “la característica esencial de trastorno es la aparición e síntomas característicos que sigue a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física”. Cuando hemos hecho referencia al estresor miedo, terror, es evidente que en los pacientes con síndrome de Ulises este se da. Pero el DSM-IV-TR no añade todos los otros estresores, y además de gran intensidad que padecen los inmigrantes. Así la soledad, el sentimiento de fracaso, la lucha por la supervivencia no tienen nada que ver con el concepto de trastorno de estrés post-traumático en sí mismo y sin embargo, son factores esenciales en el Síndrome de Ulises. Otra diferencia radicaría en que en el Trastorno por estrés post-traumático, a diferencia del Síndrome que describimos, hay apatía y baja autoestima.

La parte común al Trastorno por estrés post traumático proviene de la respuesta al miedo, un estresor muy importante, tal como ya hemos señalado.

d. Discusión sobre el diagnóstico diferencial.

El Síndrome que describimos es un trastorno caracterizado por tener unos estresores muy específicos y de gran intensidad, así como por poseer una constelación de síntomas. Si una persona tiene todos los síntomas del Síndrome pero no es ni inmigrante, obviamente no se le puede diagnosticar este trastorno. Como no se puede diagnosticar mobbing a alguien que no trabaja o de Trastorno por estrés postraumático a alguien que nunca ha vivido ningún sobresalto.

Así como en relación a los estresores existe mucha unanimidad en su valoración, en relación a la sintomatología derivada existirían, tal como ya hemos señalado, dos corrientes: una,



que ceñiría el Síndrome al cuadro que hemos descrito hasta aquí, el Síndrome Específico, y otra que lo ampliaría a todo el conjunto de sintomatología (sea del tipo que sea, depresiva, psicótica, etc.) que expresarían los inmigrantes que viven estos estresores límites, lo que se denomina el Síndrome General.

De todos modos sabemos que no todas las personas que viven las situaciones de estrés límite que describimos padecen el trastorno, es decir que hay inmigrantes que aguantan, lo que no sabemos si será indefinidamente. Tampoco conocemos aún con precisión qué factores de protección o de vulnerabilidad existen respecto de este trastorno.

Por otra parte diagnosticar teniendo en cuenta los factores ambientales, las situaciones de estrés crónico, tal como se está haciendo actualmente con otros cuadros como el burn out, el mobbing, el síndrome de abstinencia, etc pensamos que es positivo porque el estrés es sin duda una de las problemáticas básicas en salud mental aunque aún es poco tenida en cuenta. Tal como hemos señalado en la introducción postulamos que existe una relación directa e inequívoca entre los estresores límite que viven estos inmigrantes y la sintomatología clínica de este cuadro.

En relación a la denominación de Síndrome se ha de señalar que es meramente descriptiva y que proviene de su acepción más simple: Conjunto de síntomas. Y es obvio que estos inmigrantes presentan un buen número de ellos (más de 10 en algunos casos), tal como ya he señalado. De todos modos hay quien prefie-

re denominar a este cuadro “Mal de Ulises”, “Acongojamiento de Ulises” ...pero considero que sin tener que recurrir a señalar que estas personas se hallan bien lejos de la definición clásica de la OMS que entiende la salud como “estado de bienestar físico, mental y social”, estos inmigrantes en situación extrema tienen un amplio conjunto de síntomas que se encuadran claramente en la denominación de Síndrome. Sin embargo, ante el reconocimiento de los problemas psicológicos de los inmigrantes ocurre algo muy parecido a lo que ocurre con los padecimientos de la mujer, o de las minorías: se tiende a tener una visión prejuiciada y desvalorizadora de esta sintomatología desde ciertos planteamientos de la psiquiatría que carecen de sensibilidad ante estas realidades sociales. Así, a nivel de género existe una clara discriminación hacia la mujer desvalorizándose trastornos como la fibromialgia o la fatiga crónica.

Somos conscientes de que existen sesgos en el diagnóstico en relación al género, la etnia, la clase social y pensamos que la problemática en salud mental de estos inmigrantes se halla también discriminada. Los problemas de los sectores marginados y las minorías son sistemáticamente desvalorizados. Si toda esta larga serie de síntomas psiquiátricos que hemos descrito en vez de afectar a mujeres negras pobres e inmigrantes, afectarían a hombres blancos altos ejecutivos serían sin duda tenidos en cuenta de otra manera. Como señaló Frantz Fannon (1970) existe una clara discriminación hacia los inmigrantes y las minorías. Tal como contundentemente escribió este psiquiatra antillano “un negro no es un hombre, un negro es un hombre negro”.





BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, J. 2000. *Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial*. En Medicina y cultura. E. Perdiguero y J.M. Comelles (comp). Pag 88-100. Editorial Bellaterra. Barcelona.
- Achotegui, J. 2002. *La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural*. Editorial Mayo. Barcelona.
- Achotegui, J. 2002. Trastornos afectivos en los inmigrantes: la influencia de los factores culturales. Suplemento Temas candentes. *Jano*. Barcelona
- Achotegui, J. 2003 (Comp.). *Ansiedad y depresión en los inmigrantes*. Editorial Mayo. Barcelona.
- Achotegui, J. 2003 (compilador). Dossier de la reunión internacional sobre el Síndrome de Ulises celebrada en Bruselas en la sede del Parlamento Europeo el 5 de Noviembre del 2003.
- Achotegui, J. 2004 (compilador). Dossier del Diálogo sobre el Síndrome de Ulises del Congreso "Movimientos humanos y migración" del Foro Mundial de las culturas. Barcelona 2-5 de Septiembre del 2004.
- Aguilar, J. 2003. Comunicación personal Sesión clínica Hospital de Sant Pere Claver. Barcelona.
- Beiser, M. 1996. Adjustment Disorder in DSM-IV: Cultural Considerations. In "Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM_IV perspective. Edited by J. Mezzich, A. Kleimman. *American Psychiatric Press. Inc. Washington. USA*.
- Calvo, Francisco. 1970 *Qué es ser inmigrante*. Barcelona.
- Domic, Z. 2004 *Emigrar y enfermar: el Síndrome de Ulises*. Congreso Movimientos humanos y migración. Foro Mundial de las Culturas.
- Fannon, F. 1970. *Escucha blanco*. Nova Terra .
- Freud, S. 1912. *Tótem y Tabú*. Reedición de Alianza Editorial. Madrid.
- Gómez Mango 2003. Comunicación personal. Colloque Internacional. París.
- Grinberg, L y R. 1994. *Psicoanálisis de la migración y el exilio*. Alianza editorial. Madrid.
- Klein. M. 1957. *Envidia y gratitud*. Paidós. Barcelona.
- Sendi, C. 2001. *Estrés, memoria y trastornos asociados*. Ariel. Madrid.
- Tizón J, Salamero M, Sanjosé J, Pellejero N, Achotegui J, Sainz F, 1993 *Migraciones y salud mental*. PPU. Barcelona.
- Vander Zanden, J.W.1994. *Manual de psicología social*. Paidós Básica. Barcelona.

Crítica de la sinrazón pura

Fabricio de Potestad Menéndez

Jefe de Servicio de Psiquiatría y director del Sector I-A de Salud Mental.
Servicio Navarro de Salud

Ana Isabel Zuazu Castellano

Psicóloga Clínica del Sector de Salud Mental de Estella.
Servicio Navarro de Salud

Resumen.

Este trabajo es una revisión con clara vocación psicodinámica que tiene como objetivo una descripción empírica y neutra de los elementos estructurales prejudicativos de la vida psíquica, aquellos que dan, en definitiva, forma y contenido a cada una de las vivencias intencionales.

Se han revisado algunos de los conceptos más relevantes de la teoría psicoanalítica tales como la censura, los deseos inadmisibles, la estructura de la personalidad, la teoría de los sueños y el sistema consciente e inconsciente, llegando a la conclusión que dejarse capturar por la ilusión de una interioridad más allá de la facticidad corporal, es correr el peligro de alienar al ser humano en una falsa objetivación.

Palabras clave.

Freud. Conciencia. Inconsciencia.

Abstract.

This work is a revision of the most prominent concepts of psicoanalítica as the awareness and the inconsciencia, arriving at the conclusion that to be left to capture for the illusion of a private matter beyond the facticidad corporal, is to run the danger of alienating al human being in a false one objetivación.

Key words.

Freud. Awareness. Inconsciencia.

Introducción.

Cuando conocimos a Freud, a nosotros ya nos rondaba por la mente la idea de la nada sartriana. Sabíamos que éramos muertos aplazados. El descubridor del inconsciente se encontraba en una antigua librería de la calle Berggasse, cercana a su casa, buscando un ejemplar de una obra suya, *La teoría de los sueños*, que aún no había tenido la oportunidad de leer, pese a que su buen amigo Breuer se la había recomendado con insistencia. Le aconsejamos que no lo hiciera. Al fin y al cabo, el texto no era otra cosa que un burdo intento de reemplazar un supuesto contenido inconsciente por un cúmulo de ocurrencias puramente analógicas. Con los años y los desengaños hemos aprendido que el inconsciente es un ser imposible. La idea de reprimir un deseo inadmisibile implica una doble actividad de signo antagónico en el seno de una misma conciencia: elegir conscientemente lo que ha de ocultarse y velarlo a la misma conciencia que efectuó la elección. Ante nuestra insistencia, Freud desistió y decidió seguir revisando su autobiografía con el propósito de incluirse en la misma

Teníamos un especial interés por el caso de una paciente suya, Martha, afecta de una parálisis histérica de los párpados, que le impedía guiñar el ojo a sus amantes, lo que le resultaba muy enojoso. Sin embargo, tras varios meses de análisis, algo funcionó mal. La paciente, en vez de sentirse atraída por Freud, desarrolló



una extraña e intensa transferencia por uno de sus perros, un precioso *chow-chow*. Freud, según el mismo nos confesó, se sintió presa del pánico y estuvo a punto de abandonar su profesión. La verdad es que, durante un tiempo, consideró seriamente la idea de hacerse rabino hasta que Lou Andreas-Salomé le convenció de que, si bien era verdad que tenía la elocuencia y las dotes histriónicas idóneas para enseñar Toráh, jamás superaría sus obsesiones sexuales.

Pronto comprendimos la insana rivalidad que había en torno a Freud. Abraham sentía celos del artero y sutilísimo Stekel, que no creía en el inconsciente. Jung no soportaba a Adler, discípulo algo anguloso e insaciable. Marie Bonaparte, presa de su adolescencia milenaria, envidiaba a Melanie Klein, a la que acusaba de haberle plagiado sus obras completas. Ferenczi, por su parte, estaba del lado de los ingresos, diezmos y dinares que le permitían invernar en Saint-Moritz.

En una ocasión, cuando Freud, muy afligido, nos reveló confidencialmente que había descubierto que todo el psicoanálisis no era otra cosa que una nota a pie de página de *El Fausto* de Goethe, Rank, celoso por esta deferencia, se enfureció contra él, aunque más adelante Freud nos aclaró que, en realidad, Rank había actuado bajo el efecto de una gran depresión debida a que su nombre, Otto, se escribía del mismo modo para adelante que para atrás, lo que su malparado narcisismo no podía admitir.

Abandonamos pronto aquel entorno, dialéctico de suyo, doble y hegeliano, y nos pusimos en contacto con Lacan, que también había leído a Sartre, aunque lo mantenía en secreto. Estaba obsesionado con la idea de que todo *quisque* es vivido en conciencia ajena, una visión privilegiada, desde la cual el prójimo nos observa como jamás nos vemos a nosotros mismos: una perspectiva desconocida que era preciso esclarecer. Ese es, precisamente, el inconsciente, decía Lacan con una vanidad muy mal disi-

mulada. Era realmente ingenioso, pero Sartre ya lo había dicho años antes. Nosotros, sin embargo, habíamos llegado a la conclusión de que dejarse capturar por la ilusión de una interioridad más allá de esa fastidiosa cosa que es el cuerpo, es correr el peligro de alienar al ser humano en una falsa objetivación.

Lo cierto es que a pesar de todo, años después, decaído el furor de la moral victoriana, la tragedia de Sófocles había atrapado a media humanidad. La buena gente, vivaz, pugnaz, libertina y casi libertaria, había sucumbido, sin casi saberlo, a los efluvios incestuosos del oráculo freudiano, un vaticinio cargado de pólvora, aunque hoy apenas se va salvando del colesterol. Después, en un atisbo singular, la terrible sospecha de vivir arregostados entre los pechos, probablemente maternos, tan grandes, tan desnudos, tan delicados e incestuosos, les llenó de sobresalto, y se dispusieron a cambiarlos urgentemente por miniaturas gentiles inscritas en el resplandor nocturno del amor con anticonceptivos. Rafael Alberti cambió de mujer, Alfonso Guerra cambió de mujer, Álvarez Cascos cambió de mujer y Norma Duval cambió de hombre, todos cambiaron de pareja. Y es que el incesto freudiano tiene algo de antropofagia, de orgía primitiva y tribal, en la que, *la gratin gratiné*, aún libertina de cuerpo, pero militarizada de alma, no se atrevió a participar.

Nosotros, quizá por insensatez o porque nos apasionaba la idea, continuamos nuestro camino por la senda de la náusea sartriana: la extensión incierta que es preciso franquear para presentarse ante la nada.

En esta introducción nos hemos servido impunemente de una licencia literaria, porque nos ha parecido que este formato narrativo, en clave de humor, responde perfectamente al título del texto, y reúne, además, los elementos constitutivos esenciales del trabajo que a continuación se expone. Disculpen, pues, el atrevimiento y la heterodoxia.

El mito del inconsciente.

Es indiscutible que para la conciencia humana la existencia queda reducida a la serie de las apariciones que la ponen de manifiesto. La conciencia da cuenta, pues, sólo de aquello que de forma inmediata aparece ante ella, esto es, de los fenómenos. El fenómeno no permite suponer que más allá de la apariencia se oculte el verdadero ser, por lo que, puede afirmarse que la apariencia, revela el ser tal cual es.

La conciencia es un *cogito* prerreflexivo al que todo fenómeno remite necesariamente. Sin conciencia no hay fenómeno. Además, la condición necesaria para que la conciencia perciba un objeto, es que sea, a su vez, consciente de sí misma. Una conciencia ignorante de sí, es decir, inconsciente, sería absurda.

El psicoanálisis admite, sin embargo, la existencia del inconsciente. Y lo concibe como un gran almacén dinámico, donde se ubican todos aquellos deseos que son inadmisibles, estableciendo, así, un dualismo entre engañador y engañado, aunque, paradójicamente, burlador y burlado sean la misma persona.

¿Quién impide la irrupción en la conciencia de los deseos inadmisibles? No puede ser la conciencia misma, pues es a quien se pretende proteger. Solo la censura podría ser el agente capaz de discernir los deseos inadmisibles y de obstaculizar su retorno a la conciencia. Advertimos, sin embargo, que la censura necesitaría conocer previamente lo que ella misma reprime, pues debe elegir como objeto de represión sólo aquello que es inadmisibile. Además, no bastaría con que discerniese las tendencias abominables; es preciso que, asimismo, las capte como algo que debe reprimir, lo que implicaría que la censura tenga, por lo menos, una representación de su propia actividad. En una palabra, ¿Cabe concebir un saber que sea ignorancia de sí mismo? Imposible. Todo saber es conciencia de saber que se sabe. La censura debería tener, por lo tanto, representación consciente de lo reprimido.

¿De qué tipo es la conciencia de la censura? Debe ser, desde luego, una conciencia de aquellos deseos que está obligada a reprimir, pero precisamente con el fin de evitar que se tome conciencia de ellos, pues ese es su fundamento. Esto representa en sí mismo una contradicción, pues la esencia misma de esta idea reflexiva, que pretende disimular algo inaceptable para la conciencia, implica una doble actividad de signo antagónico, paradójicamente, en el seno de una misma conciencia: elegir conscientemente lo que ha de ocultarse, y velarlo a la misma conciencia que efectuó la elección.

Suponiendo, no obstante, que la censura tuviese conciencia de los deseos inconscientes y de la necesidad de mantenerlos ocultos, entonces, ¿cómo pueden éstos burlar a la censura, aún disfrazados, si la censura debe tener conciencia expresa de los mismos? Sólo sería posible si los propios deseos inconscientes, en su afán de retornar a la conciencia, adoptaran el ropaje adecuado para engañarla. Sin embargo, un deseo inadmisibile sólo podría disfrazarse, si tuviese conciencia de que es intolerable, y si, además, disfrutara de autonomía para adoptar la forma que más le conviniese. En caso contrario, los deseos intolerables necesitarían de la complicidad de la propia censura, que les prestaría, en un acto incomprensible, el ropaje con el que ella misma sería finalmente burlada.

El Ello es, según Freud, inconsciente y carente de control racional. Es cierto que al nacer, el ser humano no es consciente de sus instintos ni de su propia mismidad ni del mundo circundante, pues la conciencia, que lo distingue como humano, la alcanza más adelante. Sin embargo, en cuanto madura su conciencia, es consciente de sus instintos, de sus finalidades e, incluso, de sus posibles perversiones. Otra cosa muy distinta es que el ser humano, en ocasiones, trate intencionadamente de engañarse ante determinados deseos, que ponen en duda su propia valía personal y moral.



Freud consideró, sin embargo, que una parte del Yo es inconsciente, y a este fragmento le atribuyó, precisamente, la dirección de la censura. Este desdoblamiento yoico contradice, sin embargo, el ser mismo del Yo, que no es otra cosa que un objeto de reflexión que la conciencia se da a sí misma. El Yo es consecuencia de la conciencia, en la medida en que es deducido por ella. Sin conciencia no hay mismidad.

Por otra parte, reconocer la actividad censora y represora de un Yo–inconsciente, implicaría admitir, también, que ésta instancia sumergida del Yo tiene intencionalidad propia, lo cual es absurdo, pues no hay intencionalidad sin conciencia. El Yo–inconsciente necesitaría tener un criterio fundamentado de discernimiento entre deseos admitidos e ilícitos para poder reprimir éstos últimos, pero esta actividad discriminadora e intencional sólo puede darse en un ser consciente de lo que hace y de que lo hace, es decir, consciente de sí mismo. El yo–inconsciente requeriría para poder ejercer esta función saber y saberse. Y claro está, por su propia naturaleza inconsciente nunca podría dar razón de las competencias que parecen imputársele. El ser del Yo–inconsciente es, pues, un ser imposible.

El Super–yo, en parte inconsciente, representa las exigencias morales de la sociedad. Conviene aclarar, no obstante, que la moral, las leyes y las normas no tienen un origen natural ni sobrenatural, proceden exclusivamente del orden social. Esta guía preceptiva es simple conocimiento del que dispone la conciencia para poder adoptar los comportamientos más acordes con la convivencia humana. La moral es *cogito reflexivo*, conocimiento que, por lo tanto, tiene a la conciencia como condición necesaria de su ser.

Es verdad que el ser humano trata en numerosas ocasiones de la vida de ocultar o enmascarar determinadas verdades que le resultan desagradables o de presentar como verdad falsedades que le son más tolerables.

Esta impostura se origina de forma muy sencilla. La conciencia es siempre percepción inmediata de algo, no obstante, imaginar es también un acto propio de la conciencia, aunque es obvio que sólo es posible percibir las cosas, lo imaginario, simplemente se crea. Imaginar el mundo, es distorsionarlo. Y si al producto de la imaginación se le atribuyen, finalmente, las cualidades propias de la percepción sensible, se transforma en una falsa percepción. En eso radica, precisamente, el engaño propio de las creencias y de las neurosis.

Esta falsificación implica necesariamente que el sujeto conozca con precisión cual es la verdad de la que se quiere deshacer y qué nueva forma quiere darle para que el ropaje resulte eficaz y verosímil. Cualquier distorsión de la verdad es, pues, consciente y tiene como fin disimular aquello que, en definitiva, disgusta. Las creencias encubren la contingencia y la finitud del ser humano mientras que los proyectos neuróticos enmascaran aquellas experiencias vergonzantes que el prójimo no debe conocer. En definitiva, el ser humano trata de preservar su propio narcisismo de la mirada evaluadora de su prójimo, de la que, en definitiva, depende ser aceptado o rechazado.

El análisis de la teoría de los sueños no hacen sino abundar en lo afirmado anteriormente. El material proporcionado por los sueños no tiene en sí mismo ningún interés. No constituye más que un conjunto incoherente de imágenes absurdas, de forma que no es posible, en principio, sacar ningún provecho del mismo mientras no se posea para traducirlo de un lenguaje comprensible o una clave interpretativa. El razonamiento deductivo no es suficiente para conocer el material observado, es necesario completarlo, e incluso reemplazarlo por una forma de pensamiento puramente analógica, lo que supone conceder a lo irracional la ocasión de prevalecer sobre los derechos irrenunciables de la razón, en la medida en que la observación lógica de los hechos se supedita y camina a la zaga de la interpretación de lo invi-

sible o supuestamente inconsciente. Situar la interpretación y el pensamiento analógico, ambos inaccesibles a los procedimientos metódicos de verificación, al mismo nivel que el pensamiento deductivo, supone mantener a la ciencia bajo el régimen de la imaginación. Es cierto que muchos pacientes partiendo de las absurdas representaciones de los sueños son capaces de establecer numerosas asociaciones libres —pensamiento analógico— que paulatinamente, en la medida en que lo absurdo es sustituido por aquello que se le asemeja y, después, por aquello que está relacionado inevitablemente con la biografía de cada analizado, adquiere una apresurada espiritualidad dotada de cierto sentido. En ningún caso, sin embargo, puede afirmarse que la significación lograda mediante la libre asociación de ideas y la interpretación, guarda relación *strito sensu* con el contenido de los sueños ni representa la revelación de deseos inconscientes. Los ansiados deseos que finalmente aparecen mediante la traducción interpretativa son, en realidad, conscientes y engastados intencionalmente en el discurso por el propio paciente con el único objetivo de enunciar bajo un mezquino aspecto bíblico aquello que por su falta de coraje no es capaz de manifestar sin ambages.

Los procesos oníricos no poseen ningún sentido particular y no son, por lo tanto, susceptibles de ser interpretados. La asociación libre de ideas se rige mediante la conexión entre representaciones vinculadas por su semejanza, por su continuidad física o espacial, por su sincronía o diacronía temporal o, simplemente, por la coincidencia de sus predicados, pero, en un momento determinado, el paciente influye intencionadamente en el proceso, interrumpiendo la espontaneidad del pensamiento analógico y reemplazándolo por un pensamiento calculado, una sospechosa narración, merced a la cuál, el sinsentido adquiere significación.

Los sueños, absurdos por sí mismos, requieren para producirse que el sujeto esté dormido. Vale, pues, decir que son una manifestación

ilógica de la vida psíquica durante el reposo. El ser humano necesita de forma obligada y fisiológica desconectarse del mundo exterior para obtener así la recuperación de su capacidad socio-laboral. Es característico del ser humano y de cualquier especie animal pluricelular la incapacidad de soportar de una manera ininterrumpida la vigilia, por lo que le es imprescindible dormir para recuperarse de la fatiga y de las excitaciones de la vida cotidiana. Si la naturaleza del reposo es tal y como hemos descrito, los sueños, lejos de formar parte de algo accesorio e inoportuno, son, simplemente, la expresión del funcionamiento cerebral libre de la presidencia lógica e intencional de la conciencia. Los sueños se producen como la expresión inevitable de la materia viva. El cerebro y su parte estructural más diferenciada, el denominado psiquismo, se mantiene activo durante el sueño al igual que lo hace el resto de la economía humana. Así los sueños no son otra cosa que la expresión del funcionamiento psíquico cerebral, en condiciones basales y libre de toda subordinación lógica, durante el estado de reposo. Es posible que los sueños, en la medida en que responden a excitaciones o preocupaciones que tienden a perturbar el descanso, sean un mecanismo fisiológico que tenga como único objeto facilitar el reposo. Éste puede que sea su sentido biológico. Pero de ahí a que sean un producto del inconsciente, dotado de un oculto significado y, por ende, susceptible de ser esclarecido, hay un abismo. Los sueños están integrados, ciertamente, por imágenes visuales recientes o pretéritas vinculadas a experiencias relacionadas de algún modo con la vida real del soñador, amalgamadas, sin embargo, con otras absolutamente irreales, pero que raramente llevan aparejadas las vivencias afectivas que concomitantemente se dan durante la vigilia. Hay, pues, en este sentido, una total gratuidad en la ensoñación. Es absurdo pensar que los sueños son una manifestación personal, subjetiva e incomprensible del durmiente, aunque susceptible de ser interpretada. No hay subjetividad posible sin conciencia, pues aquella es una consecuencia reflexiva de ésta.



En el curso del análisis, los pacientes contestan siempre que no saben lo que significan sus sueños, simplemente porque no significan nada. No obstante, cuando se les sugiere el enigma esotérico que posiblemente dormita en sus sueños, se valen de esta coartada para manifestar, bajo una falsa máscara de inocencia, un sinfín de posibles claves para hacer posible el esclarecimiento de aquello que, aún no teniendo ningún significado, se ofrece, no obstante, como una ventajosa y poco comprometida forma de expresar deseos. Y los deseos, por definición, son siempre conscientes. Los deseos no son otra cosa, independientemente de su naturaleza instintiva, material o moral, que un impulso enérgico de la voluntad hacia el disfrute de una cosa apetecible. La voluntad misma del sujeto deseante con respecto al aspecto apetecible de lo deseado demuestran, sin lugar a dudas, la necesidad de la conciencia como condición *sine qua non* para que el deseo sea posible.

Pretender que el ser humano durmiente, desembarazado de toda censura moral, ceda a las exigencias de sus deseos sexuales, sobre todo a aquellos que nuestra educación ha condenado de forma tajante, burlando así todas las reglas que restringen nuestras apetencias instintivas, es algo innecesario. No aporta ninguna ventaja, sobre todo si, finalmente, se somete a una censura, de naturaleza inconsciente, tan brutal y exigente que ni tan siquiera permite tener conciencia del contenido del deseo supuestamente satisfecho. Además, no existe ninguna garantía de que realmente hayamos satisfecho nuestros deseos más perversos si no tenemos conocimiento de ello. ¿De qué sirve entonces semejante vericuetto psicológico? Bastaría, como de hecho acontece, con fantasear los anhelos más execrables y después ocultarlos en la subjetividad, que es, sin lugar a dudas, el lugar más inexpugnable que existe en un ser humano.

Concebir los sueños como un dispositivo psicológico que tiene como objetivo el cumpli-

miento de deseos no deja de ser absurdo, sobre todo en la medida en que, una vez más, supone atribuir a un supuesto mecanismo, inconsciente: la censura, una inusitada capacidad de discernimiento, crítica, libre albedrío, decisión e intencionalidad inteligente. Esto es, supondría aceptar que la censura, aún no disponiendo de conciencia ni medio específico alguno para representar relaciones lógicas, sería hipotéticamente capaz de desfigurar intencionalmente los deseos inadmisibles mediante complejas operaciones como omisiones deliberadas, astutos debilitamientos y sutiles desplazamientos y condensaciones. Es sin duda un exceso competencial que resulta racionalmente inadmisibles.

En conclusión, la interioridad es un mito. El ser humano es consciente de sí mismo, de sus deseos y del mundo circundante. Y, además, conoce el conjunto de preceptos éticos y morales necesarios para una eficaz convivencia humana. Dejarse, por lo tanto, capturar por la ilusión de una interioridad más allá de la facticidad corporal, es correr el peligro de alienar al ser humano en una falsa objetivación.

¿Es posible sostener, aún así, una teoría y una práctica de orientación psicodinámica? En nuestra opinión, sí.

Orientación existencial.

El existente humano es un ser que está ahí, simplemente, sin por qué ni para qué, sin sentido ni finalidad y sin apelación superior posible. Existe con conciencia de sí mismo a diferencia de las cosas del mundo circundante que carecen de ella. El ser humano es también consciente de su imperfección. Basta para probarlo, la existencia del deseo como hecho sustancialmente humano. Un ser pleno no solicita nada, pues nada le falta. La conciencia de ser una totalidad fallida, impele al ser humano a desear de forma incesante aquello que le falta para alcanzar la plenitud. El deseo del ser humano no puede apuntar sino a su propio ser, que

quiere ser más. Así que puede afirmarse que lo que mejor hace comprensible el proyecto fundamental de la realidad humana es que el ser humano es el ser que proyecta ser una totalidad sin falta.

El ser humano toma conciencia de su imperfección y de su fragilidad al percibir el devenir incesante del tiempo, la materialidad del mundo circundante y la precariedad de su propia corporalidad.

El tiempo es vivenciado subjetivamente en cinco períodos. El antes nunca fue. Se desmorona en existencias anteriores en las nunca participó. El pasado ha sido, pero ya no es. El presente es tan sólo un instante infinitesimal del que apenas puede disponer. El futuro no es aún, ni siquiera está garantizado que llegue a ser. Es tan sólo un porvenir posible. Y el más allá nunca será, se desvanece en la nada, pues es tan sólo una elaboración desiderativa.

El ser material está doquiera. El existente humano se mueve a través de un espacio material, venciendo una resistencia. No hay vacío. El ser está en torno de él, pesa sobre él y le asedia. El mundo material evidencia que más allá de lo que es, no hay nada.

Y el cuerpo, sede de la conciencia, asiento de los sentidos e instrumento de la acción, vive, disfruta, enferma, agoniza, muere y se descompone. Aquí se agota el conocimiento que del cuerpo se puede extraer.

El ser humano es pues un ser que vive ante la posibilidad inevitable y permanente de dejar de ser, y cuya probabilidad de no ser aumenta, además, en determinadas circunstancias de la vida. Esta posibilidad de no ser, que nos remite con certeza a un final próximo o remoto, es el origen de la angustia. La angustia localiza la nada en un punto concreto: la muerte, y designa la extensión incierta que es preciso franquear para presentarse ante el punto final.

Son variadas las formas alienadas de enfrentar la delicada cuestión de la finitud. La histérica maquilla patéticamente su nada potencial, el fóbico circunvala de puntillas las experiencias subrogadas del trágico destino, en un intento inútil de eludir lo inevitable, y el creyente se aferra a una realidad desiderativa, eterna y plenamente realizada.

Podemos afirmar, pues, que el ser humano vive asediado por la conciencia angustiosa de su total libertad, de su contingencia y de su inevitable finitud. La necesidad de admiración del narcisista, el encanijamiento del fóbico, las versátiles máscaras de la histérica, la indecisión incesante del obsesivo y la obstinación del creyente, se asientan sobre una renuncia de la libertad que tiene por objeto, precisamente, el sosiego de la angustia. El ser humano no puede soportarse como ser absolutamente libre, por lo que prefiere desviar la mirada y verse falsamente bajo la forma de una apariencia determinista, esto es, bajo una esencialidad que le sirva de coartada para eludir su libertad y la angustia que de ella se deriva.

El neurótico soporta su proyecto personal sobre una experiencia traumática infantil. La esencialidad determinante del neurótico surge como consecuencia de la coagulación alienada de la infancia. Dicho de otra manera, el neurótico petrifica su proyecto vital mediante la conservación repetitiva del rol de niño impotente y víctima de ominosas fuerzas parentales del pasado. Es cierto que tuvo un pasado opresivo, que le envolvió inexorablemente durante muchos años, y en una época, además, en la que era ciertamente indefenso y carecía de criterio suficiente como para dar con la respuesta más adecuada. Sin embargo, una vez adulto, se aferra al ineluctable determinismo neurótico, que le sirve de alegato para eludir su libertad, en vez de abandonar las fascinaciones del pasado y optar por una mayor capacidad para enfrentar el futuro en estado de abierta resolución.



El ser humano tropieza con las cosas, realidades inertes, que se dejan manejar como meros instrumentos, por lo que no son fuente de angustia. Sin embargo, la tranquilidad se pierde abruptamente cuando irrumpe el prójimo, una nueva realidad que no se deja someter. Su libertad ilimitada queda enfrentada a otra libertad igualmente ilimitada, de tal forma que cada tentativa de libertad se enriquece con el fracaso de la de su semejante. El prójimo se torna amenazador: Cuando un ser humano es mirado, es trascendido y objetivado por la conciencia de quien le observa, aunque esta cosificación es cancelada por la objetivación recíproca de su semejante, de modo que su existencia, que queda a su turno bajo su mirada, se reifica para él como un objeto más.

Podría tratar de permanecer en una soledad total, pero es evidente que este solipsismo es inviable. El ser humano necesita trascender, es decir, rebasar sus propios límites y vincularse con sus semejantes. Su propia estima requiere del prójimo, pues el *cogito* cartesiano: *pienso y actúo conforme a mi proyecto ético y vital, luego existo y, además, me tengo en alta estima*, no es más que una verdad subjetiva y, por lo tanto, sólo probable. Necesita forzosamente del prójimo, pues éste le observa como jamás se verá él a sí mismo: una perspectiva desconocida, que necesita esclarecer. El semejante es, en definitiva, el ser indispensable que reconoce y fundamenta su propia existencia y valía objetiva. Al *cogito* cartesiano hay que añadirle, pues una segunda verdad: *soy pensado y valorado por mis semejantes, luego existo y valgo objetivamente*. Se extrae de esta verdad la necesidad narcisista del ser humano de recibir una adecuada imagen especular, pues, en caso contrario, la quiebra personal puede tener un alcance de proporciones inquietantes.

Hemos visto como la libertad del prójimo pone en peligro la libertad propia, por lo que la actitud lógica sería esclavizarlo. Sin embargo, el que quiere ser amado y valorado no puede desear el sometimiento de su semejante. Nadie

quiere poseer un amante o un amigo carente de libertad, pues el amor y el reconocimiento dimanados de un prójimo esclavizado carecerían de valor. Sólo se siente uno amado y valorado por alguien que lo hace sin coacción. Ahora bien, si recibe el amor del prójimo de forma libre, inmediatamente, surge el temor de que esa misma libertad que le ha procurado el amor, sea la causa también de su probable pérdida. En definitiva, el ser humano quiere ser amado y valorado por una libertad, pero reclama, a su vez, que esa libertad, no sea libre. Obviamente esto es imposible. En el amor se logra cierta estabilidad narcisista: *se-es-más-ser*, pero temeroso de dejar de serlo en el momento menos pensado.

Lógicamente, si un ser humano pretende evitar ser reducido por la libertad de su semejante, lo más acertado sería revolverse decididamente contra él, convirtiéndolo en una trascendencia-trascendida, es decir, una subjetividad cosificada. Sin embargo, tampoco esta actitud resuelve el conflicto con el otro, pues la relación amo /esclavo lograda, no garantiza de ninguna manera la estabilidad narcisista. Al primer descuido, la relación puede invertirse. Además el amo no es amado ni reconocido por el esclavo, sino odiado. El deseo de *ser-más-ser* queda truncado, pues la imagen especular que el esclavo le devuelve, le desvaloriza. El amo ciertamente ostenta el poder, pero desde una quiebra narcisista.

Puede, no obstante, el ser humano, resignarse a ser esclavo. Esto supone, naturalmente, asumir su libertad como un albedrío servil, convirtiéndose en un vasallo con todas sus consecuencias. Las neurosis son, precisamente, formas particularmente temerosas de enfrentarse a la libertad amenazadora del prójimo. El fóbico se muestra genuflexo para no provocar la ira de sus semejantes, la histérica se viste con su mejor máscara para seducirlo y evitar los zarpazos de su libertad, y el obsesivo vacila y suspende sus pretensiones con el fin de no interferir el deseo de su vecino. A cambio de

amor y reconocimiento renuncian a formular sus deseos y, en definitiva, a su libertad.

Las relaciones con el prójimo, rasgada condición humana, son inevitablemente conflictivas. El ser humano está obligado, en consecuencia, a querer, al mismo tiempo que su libertad, la libertad de sus semejantes. Y ésta es sólo posible si hay circularidad, esto es, si uno y otro ocupan alternativamente la posición de sujeto y objeto. La convivencia, pues, solamente se puede lograr mediante una ética de compromisos. Desgraciadamente, la opresión del hombre por el hombre está llena de actos sin autor y de injusticias sin opresor. La circularidad está asfixiada. Una verdadera antropología debería proporcionar los medios suficientes para romper este anonimato y este misterioso determi-

nismo propio del mítico materialismo dialéctico. En el origen de toda injusticia social se halla siempre la libertad de quienes ocasionaron, intencionadamente y en su propio provecho, dicha injusticia. Y sólo en la praxis libre, crítica y totalizada de las subjetividades sojuzgadas se halla la liberación. La praxis colectiva aparece como una necesidad cuando las condiciones objetivas: políticas, económicas y sociales, impiden las conductas positivas, adaptadas y satisfactorias.

En fin, sólo mediante la asunción de la libertad propia se puede elegir un proyecto vital que excluya cualquier tipo de alienación con la que enfrentarse al inevitable conflicto con el prójimo, con el amo y con la propia contingencia y finitud.



BIBLIOGRAFÍA

- Brochetti, A.: *Sartre et les temps modernes*. Minuit, París, 1985.
- Freud, S.: *Le Moi et le Ça. Euvres completes*, t. 16. París, 1963.
- Cohen, A.: *L' intentionnalité*. Pierre Laleur Editeur, París, 1976.
- Heideger, M.: *Etre et temps*. Livraire Gallimard, París, 1982.
- Husserl, E.: *La idea de la fenomenología*. Fondo de Cultura Económica, México. D.F. 1982.
- Laplanche, J.: *L' inconsciente, une étude psychanalytique*. Desclée De Broerwer, París, 1966.
- Lévy, B-H.: *Le siecle de Sartre*. Éditions Grasset-Fasquelle, París, 2000.
- Russel, B.: *The philosophy of logical atomism*. Routledge, Londres, 1989.
- Sartre, J.P.: *La transcendance de l' ego*. Recherches psilosophiques, París, 1936.
- Sartre, J.P.: *L'être et le neant*. Livraire Gallimard, París, 1960.
- Sartre, J.P.: *Critique de la raison dialectique*. Liovraire Gallimard, París, 1960.
- Satre, J.P.: *The emotions*. Philosophical Library, New York, 1948.
- Steiner, G.: *Barbarie de l' ignorance*. Editions le Bord de l' eau, París, 1998.
- Stevenson, L.: *Seven theories of Human Nature*. Oxford University, 1974.
- Weigert, E.: "Existentialism and Its Relations to Psychoterapy". *Psychiatry*, New York, 1948.



1989. Entrega de la Medalla al Mérito Civil. Madrid.

El trabajo del psicólogo en la Unidad de Agudos

Miguel A. Valverde

Psicólogo Clínico

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, UHP-II

Hospital de Navarra – PAMPLONA

1. Introducción.

Hoy no es infrecuente que los psicólogos trabajen en una Unidad de Internamiento de Pacientes Agudos, aunque aún no han sido delimitadas totalmente sus tareas. En centros de internamiento especializado, como los de tratamiento para adictos o trastornos alimentarios, sus tareas están más definidas, ya que los pacientes al ser más homogéneos requieren una atención más previsible. En la Unidad de Agudos los pacientes son muy diversos en problemas, recursos, y objetivos. Este escrito quiere mostrar el trabajo que un psicólogo realiza en una unidad de agudos concreta. Es una relación de sus tareas, que en otra unidad podrían ser algo diferentes.

2. Contexto.

Describiré algunas características del contexto de trabajo formando parte de tres áreas: el dispositivo asistencial, los pacientes que lo usan, y señalaré alguna circunstancia clínica y teórica actual que supuso cambios al elegir las técnicas y los objetivos.

a. El dispositivo al que me refiero es una unidad de internamiento de agudos. Está localizada como unidad especializada en un Hospital General de nivel terciario, con vocación de atención provincial. Los ingresos de la mitad de la población navarra se

realizan en esta Unidad. A la Unidad acuden todos los pacientes que requieren ingresar, e incluye a los pacientes en crisis, y los que no pueden ser atendidos en su medio por su problemática clínica o comportamental. El objeto es que los pacientes pasen rápidamente a tratarse en su medio.

b. Quienes requieren atención en modo de ingreso en la Unidad padecen cuadros con síntomas como los que señalo: tendencias agresivas contra sí mismo o los otros, estados psicóticos agudos, comportamiento desajustado que podría acarrear consecuencias severas contra su modo de vida, y de forma general quienes son incapaces de cuidar de sí mismos de forma básica. También ingresan los que necesitan más observación, pruebas, o cambios de tratamiento, que conllevarían riesgo en un dispositivo ambulatorio.

El tránsito ideal del paciente ingresado es la superación aguda de la crisis y su derivación al Centro de Salud Mental. Así el ingreso debiera ser breve, y conlleva la tarea de contención, diagnóstico, tratamiento, y, con una mejoría suficiente, la derivación a tratamiento ambulatorio. También ingresan pacientes desde centros custodiales para el manejo de situaciones agudas. Y también los que necesita derivación a dispositivos de internamiento de media o larga estancia, como es el caso de algunos cuadros de



demencia, o esquizofrenia crónica con deterioro, para tareas de custodia, rehabilitación, o reinserción.

Esta Unidad también recibe algunos casos que requieren una estancia que podía calificarse de media. Son casos cuya evolución, o la falta de recursos en su entorno, prolonga el ingreso. Hay otros donde se prevé una estancia media, como los trastornos anorécticos sobre los que hay que realizar el tratamiento de renutrición, terapia, y organizar la vuelta al medio familiar.

El control del cuadro agudo y la remisión a tratamiento ambulatorio supone que muchos pacientes transiten por la Unidad de Agudos de una situación caótica hasta la remisión de la sintomatología más extrema. Para los ingresados el plan de alta, la prevención de dificultades, cierta planificación vital, la movilización de recursos del entorno, la concienciación sobre el tratamiento farmacológico y quizás el psicológico, y la previsión de petición de ayuda futura, son tareas adecuadas, y a menudo insoslayables.

- c. La psicología clínica en los años 80 y 90 modificó las justificaciones teóricas y técnicas que habían estado presentes en épocas previas, y que también compartió con la psiquiatría. En este período la justificación de las técnicas a usar dejaron de basarse en teorías que intentaban explicar el hecho humano. Hoy la intervención intenta basarse en el análisis del problema psicopatológico y en la utilidad de la tecnología disponible ante un problema concreto.

Ahora el psicólogo no alega la validez de una teoría amplia sino la posibilidad pragmática de influir en un cuadro con técnicas accesibles. Las técnicas tienen por objeto ayudar a un paciente a hacerse con el control de su sintomatología, superar una situación, dar recursos para vivir con la máxima calidad cuidándose de forma adecuada según el trastorno, y ayudar para prevenir recaídas. Algunas técnicas psicológicas pretenden una influencia amplia en la supera-

ción del cuadro, y otras ser ayuda importante pero parcial, como las aplicables a los problemas psicóticos para mejorar la calidad de vida. La mayor parte de esas tareas y técnicas requieren de una práctica gradual y continuada, por lo que deben ser mantenidas al alta.

El objetivo del trabajo con los pacientes tenderá a la asunción de un autocontrol eficaz en el máximo de áreas posibles: la psicopatología y otras circunstancias limitan la meta ideal.

A veces se ha valorado que la toma continuada de medicación es una dificultad para el autocontrol, pero esa ha sido una apreciación exagerada. De hecho, la toma de medicación por sí misma no supone un gran handicap en tiempo, dedicación, e incapacidad para un vida normalizada, que incluya actividades satisfactorias y agradables. Si la medicación ayuda al paciente a obtener una buena vida, un psicólogo también debería considerar satisfactoria esa ayuda.

3. Tareas.

Las tareas serán definidas por el alcance de las técnicas de la psicología clínica, las características del paciente, el objeto de la intervención, las técnicas accesibles al psicólogo, los objetivos del ingreso, y los requerimientos de la Unidad. Se puede aceptar que la psicología, a partir de los años ochenta, ha desarrollado una gama de técnicas para muchos problemas clínicos en psiquiatría, que incluyen los cuadros de ansiedad, depresión, psicosis, adicciones, trastornos alimentarios, y trastornos de personalidad. Aunque la pretensión de la psicología clínica es implementar métodos sencillos y rápidos, en parte de los problemas no hay métodos breves, y su alcance es parcial, pero puede ser relevante.

La meta en unos problemas puede ser la superación consistente del problema, y en otros manejar y disminuir los efectos del trastorno. La intervención del psicólogo puede



centrarse en el paciente o su entorno, incluyendo, entre otros, a la familia, y las respuestas al paciente que puede darse en la Unidad.

El objeto del Ingreso es la mínima intervención para la derivación a otras instancias para continuar el tratamiento. En el ingreso muchos pacientes que están en crisis no son receptivos para beneficiarse de la mejor ayuda psicológica que podría ofrecerse, ya que difícilmente pueden comprender e iniciar una estrategia para planificar y afrontar sus síntomas; pero no todos se encuentran en ese estado durante todo el ingreso. Algunos casos podrían beneficiarse de la ayuda psicológica, como aquellos con síntomas asociados a la ansiedad, o los que empiezan a superar los cuadros depresivos o la crisis psicótica, o quienes ingresan con un trastorno alimentario, o los alcohólicos y adictos que estén fuera de la crisis de abstinencia.

Las tareas que el psicólogo realiza hoy en esta Unidad de Agudos se circunscriben a tres campos: a) educativa, b) psicometría, y c) terapéutica.

a) **Tareas de tipo educativo.**

Este tipo de intervención se dirige a convencer al paciente de lo que deberían ser sus cuidados básicos para disminuir las recaídas, para pedir ayuda temprana, y para mejorar la calidad de vida. Este tipo de intervención también podría darse sobre la familia.

En la Unidad esta tarea, de forma general e inespecífica, se realiza en el grupo de pacientes.

Cada mañana durante media hora, con pacientes que han sido alentados a reunirse, se ensaya una discusión sobre un tema propuesto por el grupo, o el equipo. El tema pertenece al campo de la Salud Mental, o tiene alguna derivación sobre el mismo, y debe ser considerado el más interesante por el grupo. Si no hay propuestas hay una gama disponible que comprenden la crisis, la ayuda farmacológica, la asistencia después del hospital, la auto-observación, la

mejora del estilo de vida, relación entre comportamiento, sentimiento, y pensamiento, la red asistencial, la petición de ayuda, el disfrute, y otros asociados. Se habla de las características de un trastorno, los cuidados ante el mismo, los fármacos, la atención sanitaria, la petición de ayuda, el estilo de vida, las actividades antiestrés... Una idea básica es presentar el cuidado adecuado por el trastorno como parte del necesario para una vida buena. Cualquier tema de discusión es remitido a aspectos de psicoeducación, pero con lenguajes diversos.

Este no es un grupo de libre interacción, aunque hay libertad de expresión, ya que el psicólogo dirige el grupo sobre metas prefijadas. Aun y todo la temática discutida es amplia, y ha incluido el suicidio, las relaciones sexuales, la homosexualidad, las drogas, el placer, la diversión, las juergas...

El estilo de interacción que se propugna permite que los pacientes expresen ideas que serán calificadas como relevantes. Evidentemente se tamizan, y se expresan como ideas resumen por el psicólogo que centra la dinámica. Sobre ellas se discuten, surgen nuevas ideas, y se intenta que queden expresadas de forma clara y comprensible, a veces son escritas en la pizarra, se aporta bibliografía, y se abren nuevos temas con ideas que han sido marginales.

El estilo no es interpretativo, ni juzga la opinión del paciente. Se aporta una atención positiva, y se valora cada intervención como un esfuerzo de análisis y superación. El grupo no es espacio de crítica al delirio, ni a la persona, si eso es necesario queda para su terapeuta, y en el grupo la palabra no va a ser descalificada aunque sea extemporánea.

Ocasionalmente la discusión se centra sobre las dificultades de la Unidad, las quejas sobre personal, y sobre otros pacientes, y de las condiciones de estancia. Son recogidas y tratadas con espíritu de comprensión, aunque parte de ellas no tienen fácil solución. También



se recuerdan las normas y precauciones que deberían tenerse en el ingreso.

La rotación de pacientes permite replantear los mismos temas desde perspectivas diferentes, y obtener conclusiones parecidas. Los objetivos didácticos de las sesiones son insistentemente recordados con lenguajes diferentes.

Otra perspectiva grupal sería hacerlo con pacientes homogéneos, pero la rotación de los mismos haría difícil contar con varios que coincidieran en capacidad, problemática y tiempo durante unas diez sesiones, por ejemplo. En el grupo, la heterogeneidad abarca a casi todos los que en un momento u otro pueden estar ingresados en la Unidad; se adapta la sesión con la meta de que les sea útil, y los objetivos más básicos pueden implementarse casi siempre. Bien es cierto que a veces su dinámica bordea el caos, pero solo ocasionalmente ha habido que pedir a un paciente que deje momentáneamente el grupo.

b) La psicometría.

La comprensión del caso clínico puede recibir ayuda de técnicas suplementarias de indagación clínica como la psicometría, o la neuroimagen.

La psicometría que utilizamos se centra en tres aspectos: la dirigida a los patrones de comportamiento y/o pensamiento, a la inteligencia, y a las funciones neuropsicológicas.

La vertiente de estudio de las funciones neurocognitivas incluye la psicometría y la psiconeurología. Moverse en este área con alta competencia requiere una especialización importante, y eso solo parece posible en una persona con dedicación completa al mismo. El psicólogo que decida dominar la neuropsicología tendrá suficiente material de trabajo y estudio para estar al día como para dedicar su vida profesional a ello. Las tareas de la Unidad de Agudos trascienden la vertiente neuropsicológica, y creo que es sensato que el psicólogo

se centre en hallar los déficits y describirlos, y dejar una profundización en los mismos a profesionales más especializados, como al neuropsicólogo, cuando sea pertinente.

Las otras dos áreas, la inteligencia y la personalidad, no requieren tal especialización, y la indagación en ellas no va tan rápida, al menos para la práctica clínica actual.

*** El examen neuropsicológico.**

En este campo, la exploración con baterías generales de screening, y algunas pruebas centradas en un problema determinado, pueden tener un manejo aceptable por un no especialista. Aquí utilizo entre otras las siguientes pruebas: BARCELONA, EVEM, CAMDEX/CAMCOG, MEC, STROOP, TRAIL MAKING, WISCONSIN CARD, Test de Schulman, etc.

Es posible que esta área de trabajo vaya progresando en el futuro, y ocupando más tiempo en el trabajo del psicólogo. De hecho hay estudiosos, como J. Ratey —“El cerebro” Mondadori, 2003—, que creen que hay casos psiquiátricos que en realidad sería neuropsicológicos, y que es necesaria su discriminación. Seguramente habrá cambios conceptuales y en la indagación clínica para que la psicometría u otras técnicas incrementen su precisión, y que algunos pacientes hallen el beneficio de intervenciones nuevas; pero ambos aspectos necesitan ser desarrollados.

*** El estudio de la inteligencia.**

Este es un área que quizás fue minusvalorado, pero a menudo es necesario explorarla para motivos diagnósticos, y decidir objetivos clínicos. Los tests más usados son WAIS, TONI, ó RAVEN.

El pasaje de estas pruebas no es complejo, y algunas llevan poco tiempo. Su uso en la Unidad se enfrenta a la misma dificultad habitual: la incapacitación temporal del paciente agudo, y a menudo hay que esperar a que algunos signos remitan, para que la atención y la actitud sean adecuadas.



* **La Personalidad**

Esta es otra área donde las pruebas psicométricas se ensayan y encuentran utilidad: el hallazgo de los patrones de interacción con el medio, los hábitos emocionales y/o de pensamiento, que son permanentes.

Esta área de estudio se encuentra con varias dificultades, además de la ya referida al estado agudo del paciente. Aún los constructos de la personalidad no se traducen unívocamente de forma clara y concisa de las pruebas psicométricas.

Algunos de estos tests fueron elaborados en los últimos años para que sirvieran como pruebas diagnósticas. El MCMI-II de Millon intenta aproximar los resultados con la clasificación de trastornos de la personalidad del DSM. Pero a menudo los pacientes puntúan en una amplia gama de escalas y eso no hace fácil la adscripción a una categoría diagnóstica. Otras pruebas útiles pueden ser el I6 PF, el MMPI-II, y el MIPPS. A veces, para objetivos más limitados, se utilizan pruebas proyectivas.

c) **La intervención clínica.**

En el paciente agudo esta intervención podría comprender varios aspectos: la ayuda en la contención, el manejo de los signos más incapacitantes, el acompañamiento, la evaluación clínica y de recursos, la definición del problema, la intervención para el cambio, y la planificación del alta clínica.

El paciente en crisis requiere un primer esfuerzo de contención previo a ser susceptible de ayuda mediante técnicas psicológicas, y los fármacos son imprescindibles. Una intervención psicológica mínima al inicio del ingreso sería la que se puede dar con mensajes de escucha y comprensión, una intervención de acompañamiento, pero con frecuencia el paciente ya ha tenido que avanzar algo en su recuperación. La acogida se realiza de forma inespecífica por el personal de la Unidad, y en el grupo.

A veces con los pacientes que ya pueden desarrollar una capacidad de análisis y comprensión, aunque no sea aun completa, se puede ensayar un plan de ayuda psicológica, si su psiquiatra lo considera conveniente; pero sin olvidar que su estancia es la justa antes de volver a su medio.

En estas circunstancias la ayuda psicológica, en buena medida, puede dirigirse a que el paciente comprenda cuáles son los cuidados que requiere su problema, a esbozar los cambios vitales que necesita desarrollar para aumentar la resistencia al estrés o disminuir su exposición al mismo, entender y comenzar a practicar una estrategia ante sus síntomas, y cuales son las referencias para pedir y obtener ayuda en la comunidad.

La ayuda de un psicólogo se puede distinguir entre la dirigida al estilo de vida, al medio ambiente, y las educativas, y la que se centra sobre los síntomas incluyendo estrategias cognitivas o emocionales.

Hoy la psicología clínica posee una buena gama de técnicas para los problemas asociados a la ansiedad, en numerosos cuadros, y si el paciente se encuentra con capacidad de trabajo también en el ingreso podría ayudarse con una práctica dirigida a la resolución del problema con intervenciones rápidas. Los trabajos del grupo de Oxford y otros, como E. Foa o M. Seligman, incluyen técnicas cognitivo-conductuales rápidas, que en pocas sesiones se apreciaría utilidad. Las fobias, los ataques de pánico, los trastornos obsesivo compulsivos (TOC), las agorafobias... podrían beneficiarse de ellas, y continuar la intervención en el Centro de Salud Mental. En algunos cuadros "neuróticos", adaptativos, y depresivos también podría ayudar una intervención puntual. Teniendo en cuenta que hay disponibles, en obras de formato de autoayuda, libros que explican esas técnicas, la lectura de los mismos ayudará al paciente a proseguir e insistir en la tarea iniciada; está bien que el psicólogo tenga esas lecturas accesibles.



4. Otras perspectivas.

Creo que la Unidad de Agudos puede dar mas tareas a un psicólogo que las aquí descritas.

Solo a modo de ejemplo señalo un par de tareas posibles. En estas unidades ingresan usuarios de diversas drogas para parar un uso que les resulta peligroso. Quizás podría prepararse un par de sesiones, con un formato cercano al módulo de aprendizaje estructurado y de contenido cerrado, que podría tener como objeto una consideración del mapa vital del paciente, una apreciación de objetivos factibles a corto y medio plazo, confrontar algunas concepciones erróneas de la adicción y la abstinencia, y vislumbrar algunas estrategias de prevención de recaídas.

Un trabajo diferente podría realizarse con aquellas personas que presentan un cuadro asociado a un duelo, a estrés postraumático entendido de forma amplia, o a un trastorno desadaptativo. En estas personas la conceptualización de su crisis como algo de valor positivo, como una reacción que requiere algo

nuevo, y traerles la idea de que algo diferente es posible hacer..., podría reformularse en unas sesiones modelo, para alentar la vuelta a su entorno con una motivación incrementada en el control de su vida.

Otros trabajos, de pocas sesiones, se podrían diseñar y realizar sobre familiares de pacientes de reingreso, de problemas psicóticos, de personas desvalidas...

Algunas de estas tareas se realizan ya, de forma menos estandarizada que la aquí imaginada. Supongo que cuanto más psicólogos haya en unidades de agudos mas se verá este campo como uno donde ampliar la tecnología psicológica; y este área puede ser en un futuro una mas donde desarrollar algo útil, competente, y aceptado.

Señalaré a modo de epílogo una opinión: el psicólogo clínico que requiera dominar las áreas de trabajo en las que ser útil en una Unidad de Agudos puede ser uno generalista, conociendo las tareas asociadas a la asistencia en crisis, y en conexión con profesionales de servicios y áreas anexas.





La tóxicodependencia, las cárceles y los medios de comunicación social (*)

Petra Paula Merino

Psicóloga

Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT)

Lisboa – PORTUGAL

1. Introducción

El Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) sistemáticamente realiza una recogida de los artículos que tratan el tema drogas en la prensa de mayor difusión en la Unión Europea. Este artículo se basará en la lectura de aquellos artículos periodísticos que he leído acerca de drogas y prisiones en los últimos tres años.

El asunto prisiones se trata habitualmente en las secciones de sucesos, las de política y sociedad y en la propia editorial. Existen variaciones en el tratamiento de la noticia que dependen del carácter del medio, más sensacionalista, más en la línea del gobierno de turno, de su cobertura geográfica.... La cárcel, el encarcelamiento comúnmente no sería la noticia, sino la escenografía de fondo. La imagería carcelaria es una inagotable fuente de material gráfico para los medios de comunicación. Baste mencionar el enorme impacto de las recientes imágenes de las torturas a prisioneros iraquíes. También con anterioridad en otras muchas cárceles, en muchos lugares del mundo, sean países desarrollados o en vías de desarrollo. Definitivamente las cárceles interesan a los medios de comunicación.

2. Las noticias tipo en torno al tema prisiones y drogas

El matiz de las noticias varía según la sección en que aparecen. El hecho que comúnmente se narra es la privación de libertad. En las páginas de sucesos la celda de la comisaría sustituye a la cárcel. Esta última como respuesta sancionadora sólo aparece un cierto tiempo después del hecho dramático (asesinato, robo con intimidación...), dependiendo de la agilidad de los sistemas de justicia. La noticia entonces escapa a las páginas de sucesos colándose por otras secciones. En este caso la imagen típica es la del condenado conducido en coche policial atravesando los imponentes cercados que delimitan las instalaciones penitenciarias. Es este trasvasar el umbral entre la libertad-no libertad lo que constituye el hecho informativo. Por eso los medios, a veces, si la importancia del caso lo requiere, fotografían las salidas definitivas, o casi siempre quasi-definitivas de la cárcel, o incluso los permisos de fin de semana, en los que el encarcelado sale casi siempre por su propio pie del recinto acompañado de una escueta maleta.

En ocasiones la cárcel habla de una vieja historia. De algún terrorista, del algún conocido

(*) Presentado en el Congreso sobre Toxicodependência, Saúde Mental e Comunicação Social. VITAE. Fórum Lisboa, 28 y 29 de Octubre, 2004.



traficante de drogas, por ejemplo, que llevan en ella muchos años. Súbitamente, por la concurrencia de algún hecho significativo, la memoria colectiva se refresca y se vuelve a hablar de aquel caso. Hablar de él en los medios de comunicación lleva asociada una alta probabilidad de que la pena no se conmute, de que no se aplique clemencia, pues los actos terroristas así como los de tráfico de drogas son difícilmente perdonables. El estigma social que acompaña a estos delitos resulta determinante.

De las cárceles también se habla entre las líneas de algunas noticias que no tienen como cabecera la referencia explícita a la cárcel. Pero para un lector avisado dan la pista para comprender como muchos de los males de nuestro

tiempo se han fraguado entre rejas. Este lector enseguida comprendió las conexiones existentes entre los atentados terroristas que convulsionaron Europa el 11 de Marzo pasado y los repetidos pasajes que algunos de sus actores realizaron por ellas. Si además este tipo de lector se interesa por las noticias de drogas y además le interesan especialmente las cárceles, ya desde muy pronto habrían de estar claras las conexiones que existieron entre el tráfico de drogas y el tráfico de explosivos, entre los mercados ilegales de heroína y los mercados ilegales de dinamita, en aquel caso las pequeñas cantidades de dinamita desviadas al tráfico ilegal desde las grandes partidas destinadas a la ya larga crisis de la industria minera del norte de España.

Sucesos:

- Asesinato por parte de un toxicómano que es detenido en la comisaría
- Robo con consecuencias más menos graves para la víctima por parte de un toxicómano que es detenido en la comisaría
- Lesiones o fallecimiento de niños hijos de toxicómanos por:
 - (a) malos tratos,
 - (b) por ausencia de la madre en prisión
- Suicidio de un preso (toxicómano)
- Salida / entrada en la cárcel de un personaje conocido (toxicómano)

Actualidad/ Nacional:

- Actividades terroristas ligadas al tráfico de drogas identificadas en una trama carcelaria
- Saturación de las cárceles
- Lanzamiento de un programa de asistencia a tóxico-dependientes en una/varias cárceles
- Construcción de una cárcel
- Alternativas a la prisión para toxicómanos como tratamiento obligatorio
- Aumento de enfermedades asociadas al uso de drogas

Internacional:

- Motín en una cárcel
- Violación de los derechos humanos en una cárcel



3. Una descripción de dos casos

En los medios de comunicación portugueses se produjo un ardiente debate hace un año. En el “Diario de Noticias” fueron publicados varios artículos que tuvieron como centro la implantación en las cárceles de los programas de intercambio de jeringuillas. El OEDT fue consultado para aportar los datos científicos de que disponía. Facilitamos información verbal y documental basada en nuestro trabajo de años en el área. El asunto fue tratado con profundidad por el periódico que incluso le dedicó una editorial. Algunas de estas noticias publicadas en Diario de Noticias fueron recogidas por la agencia Europa Press y distribuidas en toda la Unión Europea. Fue un ejemplo de buen hacer de los profesionales del periodismo.

Otro ejemplo que puedo citar es el que el OEDT estuvo implicado activamente en el lanzamiento hace tres años del informe sobre asistencia a los toxicómanos en las cárceles de la UE. Elaboramos una nota de prensa en colaboración con un experto en comunicación social. La nota reflejaba los datos claves que pudieran interesar a los profesionales de los medios de comunicación. El impacto fue alto, se publicaron unos cuarenta artículos en los periódicos de mayor tirada europeos y el tratamiento de la noticia no sufrió graves distorsiones. El estudio constataba que la tasa más alta en la UE de toxicómanos en las prisiones se daba en Portugal. Esto dio lugar a que el periódico portugués “Público” publicara en primera página el lanzamiento del informe. La noticia coleó unos días en los medios de comunicación portugueses.

4. ¿Es tan eficaz la prisión como entiende el lector de los periódicos?

La prisión es la “espada de Damocles”, el castigo universal e históricamente constante que viene a servir de contenedor de conductas inadaptadas más o menos severas. Los lectores de los periódicos representan la conciencia colectiva, no la crean, la asumen. Por ello, cuando el lector medio se asoma a una noticia en la cual un criminal es encarcelado se está produciendo la puesta en público del castigo. El castigo toma así una dimensión que va más allá de la mera privación de libertad. Es la pena ejecutada en la plaza pública.

Sí, probablemente una de las explicaciones sociales que más han reforzado la idea del encarcelamiento y la construcción de numerosos establecimientos carcelarios a lo largo de los últimos años en Europa han sido los medios de comunicación, fundamentalmente los cotidianos escritos y las televisiones. La explicación más plausible es la satisfacción, la sensación de deber cumplido que evoca en el lector, en el espectador, el hecho del encarcelamiento.

Para darnos una idea de los costes en euros que para las arcas públicas las prisiones representan veamos la siguiente figura que nos da una estimación *grasso modo* de los millones de euros que en varios países de la UE se dedican a financiar las prisiones anualmente. La lectura del gráfico ha de hacerse a la luz de la dimensión poblacional de cada país.

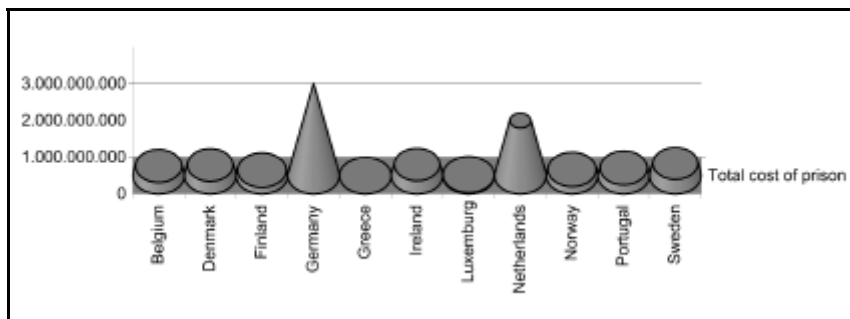


Figura 1.
Fuente:
EMCDDA 2004.
"Inventario de la asistencia a tóxico-dependientes en las prisiones de la UE".



Pero veamos esa misma noticia desde la óptica de las víctimas. ¿Ha satisfecho la necesidad de reparación de la víctima? ¿Ha servido el encarcelamiento para regenerar la pérdida, el daño causado? La respuesta puede que sorprenda al lector típico de los periódicos. Las víctimas directas generalmente no usufructúan los beneficios de las penas de encarcelamiento. Es común que se desencadene el temor de potenciales represalias por parte del encarcelado o sus allegados. La intervención de una instancia intermedia, el tribunal, el juez, la sentencia de encarcelamiento y finalmente la cárcel, parecen asegurar escasos beneficios para las víctimas directas.

Veamos que sucede con aquellas personas que son sentenciadas con la pena de prisión. Veamos incluso que sucede ya antes, cuando se les supone culpables, cuando se les confina en prisión preventiva:

- No se reduce la actividad delictiva.
- Existe un alto riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas.
- Existe un alto riesgo de iniciar o agravar un consumo incipiente de drogas.
- Existe el riesgo de limitar seriamente la posibilidad de acceder al mercado de trabajo normalizado, pues como se sabe en la mayoría de los empleos se solicita la ausencia de antecedentes penales, además de no padecer SIDA, por ejemplo, o de no padecer adicción alguna.
- Existe evidencia de que en prisión preventiva los riesgos de contraer enfermedades infectocontagiosas son alarmantemente altos. A ello contribuyen varios factores, entre otros: la edad media más baja de la población en situación de prisión preventiva así como la indefinición en la duración de las estancias lo que hace más difícil la puesta en práctica de medidas asistenciales estables.
- Las barreras lingüísticas dificultan el acceso a los servicios de salud en las cárceles lo que evidencia que la población inmigrante se ve expuesta a riesgos mayores, contribuyendo al deterioro de su salud física y psíquica.

- El encarcelamiento de mujeres con hijos pequeños puede conllevar al abandono y en consecuencia daños irreparables en el desarrollo psicoafectivo y físico de éstos.

Del último punto señalado viene a mi memoria un caso que hace dos años tuvo un amplio eco en los medios de comunicación europeos. La noticia surgía en una prisión de un cantón suizo donde había sido ingresada una mujer toxico dependiente. Dos días después en su casa fue encontrado muerto su hijo de pocos meses. No creo la expansión de la noticia fuera casual. Suiza en esos momentos realizaba un enorme esfuerzo en el desarrollo de los servicios de drogas en las cárceles destinada a promover la asistencia a toxico dependientes.

5. La reducción de daños en las cárceles, el tema estrella.

Las noticias en torno a las políticas e intervenciones de reducción de daños en las prisiones han dado lugar a ríos de tinta. Las prisiones toman en este caso posición central en la discusión, no son sólo escenario de fondo. Recordemos el debate que he mencionado anteriormente y que alcanzó hace un año una alta intensidad en los medios de comunicación portugueses acerca de la posible instalación de salas de inyección en las cárceles del país. La discusión mediática no parece que haya ayudado al desarrollo intramuros de estas medidas. Parecía que aplicar respuestas de vanguardia en un contexto como el carcelario era altamente reprochable. ¿Cómo si tan siquiera estas medidas existen en la comunidad?

El siguiente gráfico muestra la distribución del personal carcelario en varios países de la UE. El gráfico nos da una idea general de los esfuerzos destinados a las diferentes áreas del funcionamiento carcelario. Como se ve el personal que domina ampliamente en número es el de seguridad, con una media aproximada del 80%. El personal sanitario y social no llega a un 10%.



Perfil del personal de prisiones en varios países de la UE

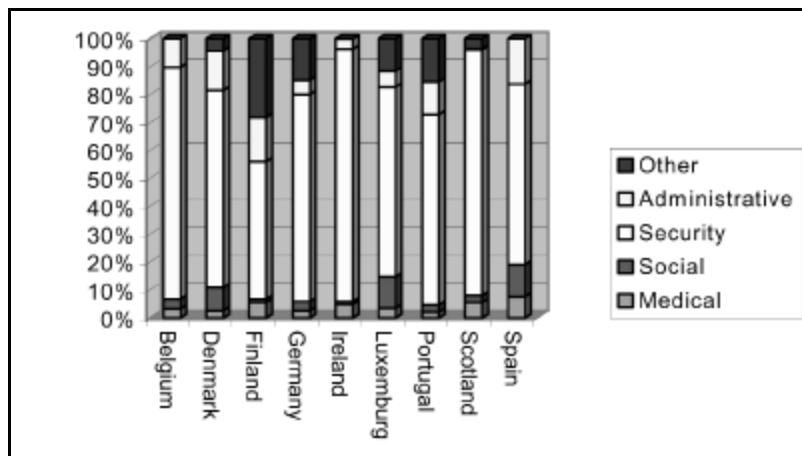


Figura 2.
Fuente:
EMCDDA 2004.
"Inventario de la asistencia
a tóxico-dependientes
en las prisiones de la UE".

Para terminar quisiera señalar que en materia de toxicomanías (asunto que interesa principalmente al sector socio-sanitario además de a los afectados directamente por el problema), y en materia de salud pública (asunto al que se le supone un interés general) las cárceles son contextos de alto riesgo dónde las intervenciones de reducción de daños pueden probarse muy eficaces en el combate a la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas, que tienen una alta prevalencia entre los consumidores de drogas por vía intravenosa encarcelados. Una verdadera ocasión de experimentar medidas innovadoras.

La siguiente tabla muestra una panorámica de las prácticas asistenciales disponibles en las cárceles de los 15 estados miembros, antes del 1 de mayo del 2004, y en Noruega. Tales prácticas tienen como población destinataria principalmente los toxicómanos.

El OEDT trabaja en la recogida de información-difusión de estas intervenciones a lo largo de la Unión Europea. Para más detalles pueden consultar nuestra página Web:

www.oedt.eu.int



BIBLIOGRAFÍA

- EMCDDA, 2004. *Inventario de la asistencia a tóxico-dependientes en las prisiones de la UE*. Lisboa.
- EMCDDA, 2004. *Informe anual sobre el estado del fenómeno de drogas en la Unión Europea*. Lisboa.
- Heino Stöver, 2001. *EMCDDA overview on assistance to drug users in prisons in the European Union*. Cranston Drug Services. London.



1989. Recepción a Betty y Ángel Garma en el Salón árabe del Ayuntamiento de Bilbao.



Educar, gobernar y psicoanalizar: ¿un trío de profesionales “imposibles”?

Mónica Marín

Psicóloga clínica, Analista Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis, consultora de Lauro Ikastola, Coordinadora del Seminario del Campo de Freudiano de Bilbao y miembro de la ELP–Escuela Lacaniana de Psicoanálisis.

Gobernar, educar y psicoanalizar forman para Freud un trío de profesiones *imposibles*. En 1937 escribe: “...y hasta pareciera que analizar sería la tercera de aquellas profesiones *imposibles* en que se puede dar anticipadamente por cierto la insuficiencia del resultado. Las otras dos, ya de antiguo consabidas, son el educar y el gobernar”.

Profesiones *imposibles*, esto no las hace menos practicadas; más aún, pareciera que cuanto más imposibles son, cuanto más topan quienes las ejercen con los límites que imponen a sus esfuerzos, cuanto más se les resisten, más vuelven sobre ellas. La imposibilidad no desemboca en la impotencia, en un “dejémoslas de lado”. Por el contrario, su auge parece ir de la mano de su misma imposibilidad. Lo imposible debiera, a primera vista, llevar a la desilusión, a algo del estilo de: “perseguir una quimera no sirve de nada”, sin embargo sucede todo lo contrario, cuanto más imposibles son, más reales devienen.

Desde esta perspectiva, la educación escolar, no la universitaria, no parece tener una estructura distinta, ya se la tome por su vertiente de instrucción: enseñar a leer, a escribir, a contar, o por su variante de “moralización”: transmisión de valores, buenas costumbres, educación para llegar a ser un ciudadano, etc. En el caso de la educación es al maestro al que le toca hacer que las cosas anden y al niño cumplir la tarea.

¿Son imposibles por la insuficiencia del resultado? Quizás ésta sea una solución apresurada. Hay que ir por y preguntarse primero por qué sus resultados son insuficientes, y para esto interrogar, previamente, cuáles son los resultados esperados.

Si se lo piensa un poco, tanto el gobernar como el educar suponen una intención, que no tiene por qué ser consciente, de doblegamiento de lo que sería lo propio del ser del otro. Si es necesario poner al otro a trabajar, es sobre el supuesto de que espontáneamente disfrutaría de la pereza.

¿Qué quiere decir gobernar? No se trata de desempeñar cargos de gobierno, más próximos actualmente a la burocracia administrativa; si no de ejercer un dominio, mandar con autoridad, regir una cosa, ejercicio éste que puede tomar diferentes matices que van desde el imponer hasta el convencer, desde el conducir hasta el indicar, desde el obligar hasta el encantar; sin dejar de lado el guiar, el liderar, el sugestionar. Se trata siempre de hacer que las cosas marchen. Gobernar implica la voluntad de colocarse en la posición de hacer que las cosas anden de cierta manera y no de otra, lo que supone el poder, y en lo tangible, el poder de poner a trabajar a otro. Un verdadero amo es aquel que pone a otros a trabajar para que las cosas anden.



La insuficiencia de los resultados parece ordenarse a partir de esta aspiración de poder dominar algo del otro. No se trata de sus conductas, que siempre pueden modificarse por las buenas o por las malas, sino de inducir a *un sujeto* a que renuncie a aquello en lo que, adulto o niño, se satisface, aquello que un sujeto no está dispuesto a ceder aunque conceda.

Resultados insuficientes no quiere decir inexistentes. Significa que dejan un resto, que podemos llamar como queramos: trastornos de aprendizaje o de conducta, rebeldía o inhibición, con el que habitualmente no se sabe qué hacer. Y es aquí que, en ocasiones, se convoca al psicoanalista. Se supone que él sabe qué hacer con ese resto, cómo ponerlo en orden. Existe una suerte de esperanza de que el psicoanálisis resuelva los impasses, los callejones sin salida a los que llegan tanto el gobernar como el educar.

Como resultado, los alumnos son cada vez menos amonestados, y van, cada vez más a menudo, al gabinete psicopedagógico. Cada vez son menos los delincuentes y más los “psicópatas”, los jueces tienen cada vez más dificultades para dictaminar la culpabilidad o inocencia de alguien sin recurrir a una pericia, etc. Algo sucede con este fenómeno “psi” que incluye no sólo al psicoanalista, sino al psicólogo, al psicopedagogo, al psicoterapeuta, entre otros. Hay una ecuación que se verifica, y es que a mayor fracaso del gobernar y el educar, mayor boom “psi”.

Esta expectativa parece encontrar su justificación en la misma obra de Freud. Hacia 1908, en un texto que se llama “La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna”, Freud trata de dar cuenta desde el psicoanálisis de lo que considera un incremento de la neurosis debido a la antinomia entre la civilización y la sexualidad. Su tesis es que la moral sexual represiva de la época, que censura no sólo los actos sino los pensamientos, es transmitida en el marco familiar por los padres y en el marco social amplio por los educadores. De esta manera la educa-

ción sería la principal responsable de la propagación de la neurosis. La conclusión cae por su propio peso: una liberalización de la educación traería por consecuencia una transformación de la moral sexual y el resultado sería una disminución de la neurosis. En estos momentos iniciales de la obra de Freud el fenómeno es inverso al que comentaba en los párrafos anteriores: es el psicoanálisis el que llama en su auxilio a la educación. Cuatro años después el panorama cambia, y en la primera de las tres “Contribuciones a la psicología de la vida amorosa”, al referirse a las vicisitudes de la sexualidad masculina escribe: “así como la frustración inicial del goce sexual, es decir la prohibición, la amenaza, la interdicción, la represión, se traduce en una perturbación de la sexualidad, la libertad sexual ilimitada acordada desde los orígenes no conduce a resultados mejores” y luego: “la satisfacción fácil mata el deseo, el deseo crece con los obstáculos”, para terminar diciendo: “hay que suponer que hay algo propio de la pulsión sexual que es contrario a la satisfacción”. Como puede apreciarse, de la antinomia entre satisfacción sexual y civilización, hemos pasado a la antinomia entre el deseo sexual y la satisfacción. Es un paso enorme que pone en duda los beneficios de una educación permisiva. Finalmente, en 1920 con la formulación de la pulsión de muerte como aquello que lleva al hombre más allá del principio de placer, gobernar y educar encuentran su verdadero límite: un sujeto puede desear lo que contraría su propio bienestar; puede disfrutar en su sufrimiento, puede despreciar todo amor al prójimo. Es en este punto en el que se podría esperar la solución que el psicoanálisis aportaría al malestar en la cultura, sólo que se olvida que a partir de esta misma época Freud coloca al psicoanálisis en la serie de las profesiones imposibles, cuyos resultados insuficientes podemos conocer por adelantado.

Quisiera detenerme en esto.

En 1925, en una carta dirigida a A. Aichorn, Freud se expresa casi en los mismo términos



que en 1937. Dice Freud: “Mi participación personal en esta aplicación del psicoanálisis (se está refiriendo la educación) ha sido muy escasa. Tempranamente había hecho mío el chiste sobre los tres oficios imposibles —que son educar, curar, gobernar—, aunque me empeñé sumamente en la segunda de estas tareas”. Se ve aquí en el mismo Freud esta relación, que comentaba al comienzo, entre lo imposible y el empeño. Pero lo que me interesa destacar es que en esta oportunidad, Freud se refiere al curar. Esto me permite proponer lo siguiente: la insuficiencia de los resultados del psicoanálisis tiene que ver con la idea misma de curación.

“Todo progreso”, escribe Freud en el ‘37, citando a Nestroy, “nunca es sino la mitad de grande de lo que al comienzo se esperaba”, y concluye más tarde: “el título reivindicado por el psicoanálisis, de que él cura las neurosis asegurando el gobierno sobre lo pulsional, es siempre justo en la teoría pero no siempre lo es en la práctica”.

Quiero resaltar de esta cita dos palabras: cura y gobierno.

Creo que por cura de las neurosis debemos entender: desaparición de los síntomas, con lo cual entramos en un terreno resbaladizo. El síntoma en medicina se ve, se pesa, se mide, se observa; no es del orden subjetivo, tanto no lo es, que cuando un paciente se queja al médico de un síntoma que éste no puede comprobar ni con la clínica ni con los aparatos que le brinda la ciencia, en ocasiones lo manda... al psicoanalista, experto en síntomas inexistentes a los ojos del otro, y a diferencia del médico, es a estos síntomas de los que un sujeto se queja, pero que a veces sólo tienen valor para él, a los que el psicoanalista atiende, y es sobre estos síntomas que se evaluará la cura. La conclusión, es que desde el punto de vista del síntoma, solo el paciente podría decidir.

Ahora bien, desde el ángulo que lo mira Freud se trata de algo distinto, se trata de si el

psicoanalista puede decir “suficiente”. Freud hace depender la desaparición del síntoma del gobierno sobre lo pulsional, y esto nos permite aplicar al psicoanálisis el mismo esquema que utilizamos para encontrar las razones de los resultados insuficientes de gobernar y educar. Si el psicoanalista aspira a curar, y la cura implica algo a gobernar, debemos suponer en el otro, esta vez el paciente, una voluntad contraria. Debemos suponer que el sujeto en análisis no quiere abandonar la satisfacción pulsional, que el sujeto no quiere desprenderse de su síntoma y que aún en los casos más favorables encontraremos lo que Freud llamó “fenómenos residuales”. Nuevamente ese resto con el que no se sabe qué hacer.

Tenemos así un esquema común que permite explicar el alcance de la expresión “resultados insuficientes”. Ellos se deben a ese resto que inesperadamente la operación misma produce. Lo interesante es que el argumento freudiano no se apoya en la contingencia de la operación.

Hay dominios del saber en los cuales los efectos son predecibles, por ejemplo, en física, uno no supone que la caída de los cuerpos depende de la pericia del experimentador. Hay una ley que permite prever el resultado sin necesidad de recurrir siquiera a la experimentación. Las prácticas de las que vengo hablando, gobernar, educar, psicoanalizar, no permiten una predicción de este tipo. Hay en ellas algo de incalculable, de indecible, que impide establecer una relación simple entre causa y efecto. Esto daría pie a concebir los resultados como algo imposible de anticipar, que sólo podría evaluarse retroactivamente; hay algo de azaroso en este tipo de prácticas que condujo a Jacques Lacan, en una época de su enseñanza, a incluir al psicoanálisis entre las ciencias conjeturales, es decir, aquéllas que a diferencia de las ciencias exactas, deben tomar en cuenta el factor “sujeto”

Sean cuales fueren las condiciones en que se practiquen, gobernar, educar y psicoanalizar



arrojarán, necesariamente, resultados insuficientes. Y esto es la mayor importancia, porque si el resultado es insuficiente por dejar un fenómeno residual, éste no es relativo al modo o al estilo de la operación, sino que es el producto obligado de toda práctica que tenga la estructura de “dominio” que he descrito.

Me preguntaba al comienzo si esas profesiones eran imposibles porque sus resultados eran insuficientes. Creo que ahora puedo proponer una respuesta: Son imposibles en tanto se proponen dominar un excedente que ellas mismas producen. Los resultados son insuficientes si se los compara con los resultados ideales que podrían esperarse al operar desconociendo la estructura propia de la operación.

Es aquí donde el psicoanálisis tiene una ventaja sobre el gobernar y el educar, y es que este efecto residual, solidario desde siempre con un determinado tipo de lazo social que J. Lacan formalizó y nombró: *discurso del Amo*, fue reve-

lado por el psicoanálisis; siendo, entonces, desde el psicoanálisis mismo que se ha arrojado luz sobre los límites del gobernar, del educar y del curar mismo.

El practicante del psicoanálisis sabe de antemano que el trabajo del inconsciente producirá necesariamente ese resto, y este saber, al tiempo que lo protege del “furor sanandi”, lo obliga a hacer de este resto un instrumento del análisis y no un obstáculo a remover. Esto trae al menos dos consecuencias que sólo mencionaré: la cura deja de tener como objetivo el dominio pulsional para depender de la pérdida de la satisfacción pulsional anudada al síntoma y el fin del análisis deja de ser meramente terapéutico y adquiere una dimensión ética, es decir que deja en manos del sujeto la decisión sobre el destino que dará a la verdad que el psicoanálisis mismo le reveló.



Mónica Marín
marin5@airtel.net



La relación entre la salud física y la salud mental: trastornos recurrentes

10 Octubre 2004, Día Mundial de la Salud Mental

Rosalynn Carter

World Federation for Mental Health

El tema del Día Mundial de la Salud Mental de 2004, *La relación entre la salud física y mental: afecciones mentales y físicas concurrentes*, pone de relieve un enfoque integral en la salud y el bienestar. Desde 1946, cuando la Organización Mundial de la Salud definió la salud como “el estado total de bienestar físico, mental y social... y no solamente la ausencia de enfermedad”, hemos llegado paulatinamente a entender que los remedios más efectivos son los que tratan al cuerpo y la mente por igual.

Las enfermedades crónicas o catastróficas, como el cáncer, la diabetes, las cardiopatías, el VIH/SIDA representan una carga tremenda para quienes las sufren (y las sobreviven) y con frecuencia conducen a serios trastornos psicológicos, como la depresión en particular. Igualmente, las personas que adolecen de serias y persistentes afecciones mentales se ven frecuentemente afectadas por una serie de trastornos y complicaciones físicas. Por una serie de razones, muchas de las cuales se abordan en los materiales anexos, continúa siendo difícil coordinar la atención sanitaria de trastornos paralelos. Tanto el personal médico como de salud mental pueden utilizar esta oportunidad para adoptar estrategias creativas que conjuguen los aspectos físicos y mentales

de la atención a la salud; y las personas afectadas y sus familias pueden contribuir a elevar la toma de conciencia que promueva sistemas más integrales de tratamiento.

Los materiales educativos del Día Mundial de la Salud Mental de este año aportan información y fuentes de apoyo sobre los trastornos físicos y mentales que ocurren más frecuentemente de forma paralela. Un sinnúmero de entidades y personas (organizaciones, funcionarios de gobierno, líderes comunitarios, y particulares) participarán en las actividades educativas sobre este tema en más de 150 países. Juntos podremos concentrar la atención mundial en la importancia de tener en cuenta la salud mental al tratar de promover la buena salud en general y el bienestar de la humanidad.

INTRODUCCION

Una buena definición de la salud como “un estado saludable de bienestar” debe tener en cuenta a la totalidad de la persona, “el estado general del cuerpo y la mente”. En inglés la palabra salud (“*health*”) se deriva de la palabra griega que significa “totalidad”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “el estado de completo bienestar físico, mental y



social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Para que se considere que una persona es básicamente saludable, hay que tener en cuenta la totalidad del organismo, con todo lo que ello implica. El bienestar mental no puede separarse del bienestar físico. La salud y la enfermedad física y mental representan partes esenciales de la vida que dependen profundamente una de la otra.

Se ha dicho que existen cinco áreas de salud o bienestar que deben tenerse en cuenta al considerar el grado óptimo de salud: la salud física, la salud emocional, la salud social, la salud espiritual y la salud intelectual. En nuestra campaña de 2004 prestaremos atención al aspecto físico y emocional del bienestar total.

Los estudios han demostrado que cada una de estas áreas tiene un importante efecto sobre las demás: el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el VIH/SIDA y otras afecciones no pueden considerarse aisladas de los posibles problemas mentales o psicológicos de la persona. La OMS ha puesto de relieve que la presencia de importantes enfermedades físicas afecta el estado mental de la persona y de la familia; y también que la salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar total de las personas, las sociedades y las naciones.

Es común que una persona tenga dos o más trastornos mentales a la vez, y lo mismo ocurre con los trastornos físicos y mentales. Se ha demostrado que las personas con esquizofrenia sufren muchos más problemas de salud física que la población en general, y que estos afectan su total vitalidad y su esperanza de vida. Muchos de esos problemas provienen de problemas conductuales que se expresan en forma de obesidad, tabaquismo o abuso de sustancias, y dan lugar a hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes y cáncer. Otros van ligados a los medicamentos que se administran para tratar una afección, y acaban creando otra. Por otra parte, según el Dr. Ian Banks, del Reino Unido, las

personas con esquizofrenia tienden a ser renuentes a notificar la existencia de otros trastornos, o bien a no poder hacerlo, por lo que dichos pacientes con frecuencia tardan en acudir al médico para ser tratados.

Muchas personas con enfermedades físicas crónicas, como la diabetes y el cáncer, sufren problemas emocionales y psicológicos que a veces no son detectados o tratados debidamente. Asimismo, muchas personas con enfermedades mentales suelen tener una afección física no diagnosticada.

Un estudio australiano descubrió que las personas con esquizofrenia tenían 2,9 veces más probabilidades de morir de causas naturales, especialmente de enfermedades cardiovasculares, que la población en general. Parece que la detección de trastornos físicos en las personas con esquizofrenia es muy deficiente. Entre las razones aparentes por las que resulta difícil el diagnóstico y tratamiento de enfermedades físicas entre dicha población se encuentran las siguientes:

- Algunos facultativos que no son psiquiatras vacilan en tratar a personas con enfermedades mentales serias.
- Puede que no se dé seguimiento a los pacientes con enfermedades mentales, debido a la falta de motivación de este tipo de paciente.
- Frecuentemente hay una serie de cambios en los médicos que tratan a dichas personas, por lo que no se establece su historial médico.
- Algunos psiquiatras creen que el médico general debe encargarse de los aspectos físicos de la salud.
- Los psiquiatras realizan exámenes físicos con muy poca frecuencia.
- No hay suficiente tiempo ni dinero para hacer exámenes de salud física en la atención a la salud mental.

La ansiedad y la depresión con frecuencia causan cambios adversos en el sistema inmu-



nológico de la persona, lo que abre paso a una serie de enfermedades físicas. La salud mental de una persona tiene un efecto profundo en su conducta: en su dieta, ejercicio, hábitos sexuales, tabaquismo, etc., cosa que puede elevar la incidencia de enfermedades físicas. Las personas con enfermedades mentales pueden tener dificultad para comunicar sus necesidades físicas y problemas. Muchos enfermos mentales tienen un alto umbral de tolerancia al dolor, y menor sensibilidad al dolor debido a los medicamentos antipsicóticos. Las personas frecuentemente buscan tratamiento por afecciones físicas que pueden ser síntomas de depresión, como reacciones alérgicas, úlceras u otros trastornos. Está claro que los médicos de atención primaria deben examinar las posibles causas y consecuencias de la salud mental en los trastornos físicos, para poder dar el mejor tratamiento posible, pero con mucha frecuencia se hace caso omiso de esta relación.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que muchos descubrimientos en salud conductual se transfieren con éxito a problemas de salud pública y medicina clínica, y que la tecnología del cambio de conducta debe aplicarse para la promoción de la salud en muchas más naciones y comunidades, así como enseñarse en todas las escuelas de los profesionales de la salud.

En una reunión que abrió camino a este respecto, realizada en marzo de 2001, en el Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU bajo el título de *The Unwanted Cotraveler: Depression's Toll on Other Illnesses* (El compañero indeseable: los efectos de la depresión sobre otras enfermedades), con la asistencia de funcionarios del gobierno, investigadores, académicos y profesionales de la salud mental, así como consumidores y miembros del público en general, el ex director de NIMH, Dr. Steven Hyman, subrayó que la depresión es una enfermedad del cerebro que afecta profundamente el bienestar físico, incluida la estructura del cerebro. Es decir que el mismo contexto químico que

afecta al cerebro también afecta a las principales enfermedades físicas, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, etc. Una serie de participantes en esta reunión hablaron del estigma a este respecto. Mientras la enfermedad mental se considere aparte de las enfermedades físicas no recibirá la atención (ni el financiamiento) que necesita. Un representante de la Asociación Nacional de Depresión y Manía-Depresión (*National Depressive and Manic-Depressive Association*) mencionó un sondeo realizado por su organización que mostraba que el 78% de los estadounidenses con depresión no habían logrado controlar completamente su enfermedad en los dos meses anteriores, y observó que si una enfermedad crónica, como la diabetes, no se controlara totalmente en los mismos porcentajes de diabéticos, habría una protesta pública. También añadió que si las personas y sus médicos no pueden reconocer los síntomas de la depresión, o si los afectados rehúsan tratamiento, la depresión continuará sin diagnosticarse y sin tratarse en alto grado.

La OMS ha estado a la vanguardia en el establecimiento de servicios de salud mental, especialmente en los países en desarrollo. Dicha organización ha notificado que 4 de las 10 principales causas de discapacidad en los Estados Unidos y otros países desarrollados se deben a problemas mentales, incluida la depresión grave, los trastornos bipolares y la esquizofrenia. Una de las primeras iniciativas en los países en desarrollo fue un proyecto en Brasil, Colombia, Egipto, la India, las Filipinas, Sudán y Senegal, para examinar la factibilidad de integrar la salud mental en la atención sanitaria en general (1975-1981). El esfuerzo más reciente es la publicación del Informe de Salud Mundial (*World Health Report*) 2001 sobre Salud Mental. Dicho informe ha apoyado las labores por integrar la atención a la salud mental en los servicios generales de sanidad en los países en desarrollo. Una serie de naciones han utilizado dicho enfoque para organizar servicios esenciales de salud mental. En los países en desarrollo con limitados recursos esto ha significado una



nueva vida para las personas con trastornos mentales. La India comenzó a capacitar a trabajadores de atención primaria de la salud en 1975, con lo que se sentaron las bases del Programa Nacional de Salud Mental formulado en 1982. En la actualidad el gobierno apoya 100 programas a nivel de distrito en 30 estados. En Camboya, el Ministerio de Salud capacitó a un núcleo de personal en salud mental comunitaria, que a su vez entrenó a personal seleccionado de medicina general en hospitales de distrito. En la República Islámica del Irán, los esfuerzos por integrar la atención a la salud mental comenzaron a finales de la década de 1980, y el programa ha sido ampliado desde entonces a todo el país, con servicios que abarcan actualmente la totalidad de la población rural (alrededor de 20 millones de personas). Países como Afganistán, Malasia, Marruecos, Nepal, Pakistán, Arabia Saudita, Sudáfrica, la República Unida de Tanzania, y Zimbabwe han adoptado enfoques similares. Se han realizado algunos estudios para evaluar el impacto de la integración, pero se necesitan más con urgencia.

Vivimos en una época interesante de innovación en el tratamiento de las enfermedades. Muchas de las afecciones corporales más temidas, como el cáncer, la cardiopatía, el VIH/SIDA y otras, se están volviendo cada vez más manejables, y se espera que el enfermo sobreviva, e incluso se cure. Pero no obstante el conocimiento sin precedentes obtenido en las últimas décadas sobre el cerebro y la conducta humana, la salud mental no recibe la prioridad que merece y necesita. En 1999, el informe de Salud Mental del Asesor de la Casa Blanca en Materia de Salud de los EE.UU. reconocía la sumamente estrecha relación que existe entre la salud mental y física, y el bienestar de la persona. El Dr. David Satcher, el Director de aquel entonces declaró que “de hecho una de las mayores contribuciones de la investigación contemporánea sobre salud mental es el grado en que ha subsanado la destructiva separación que existía entre la salud ‘mental’ y la salud ‘física.’”

Ha habido muchos estudios que apoyan la necesidad de considerar la salud física y mental de forma conjunta. Un sondeo comunitario de salud en la ciudad de Nueva York mostró que un considerable nivel de ansiedad podía afectar la salud física. Una persona que esté muy deprimida o afligida puede tener mayores probabilidades que otras de participar en conductas que puedan empeorar sus deficiencias de salud física, y asimismo la enfermedad física puede elevar la depresión y la ansiedad, e incluso causada. Es un círculo vicioso. Lo bueno es que el tratamiento adecuado de los problemas emocionales puede mejorar en gran manera la capacidad de funcionamiento de una persona con enfermedad física. Este estudio y otros muchos demuestran que los proveedores de atención primaria pueden aprender a reconocer, tratar, o remitir a pacientes con problemas de salud mental.

Un documento de opinión preparado por la Asociación de Psiquiatría de Canadá y el Colegio de Médicos de Cabecera de Canadá afirmó que “en teoría, el médico de cabecera y el psiquiatra son los socios obvios en el sistema de atención a la salud mental. Si bien ninguno de los dos puede satisfacer todas las necesidades de un paciente con un trastorno mental, pueden complementar los servicios de uno y otro, lo que les permite jugar un papel central en diferentes etapas de un episodio de enfermedad y en el período subsiguiente de recuperación. La atención conjunta de los médicos de cabecera y los psiquiatras es esencial para mejorar el cuidado general que reciben las personas con trastornos mentales”. Este documento pone de relieve los problemas de salud mental en la práctica de la medicina general, al indicar que aproximadamente una tercera parte de todos los pacientes atendidos por los médicos de cabecera tienen problemas observables de salud mental y que las estadísticas pueden ser incluso superiores en el caso de los adolescentes y de las personas de edad. Asimismo estas organizaciones exploraron la dificultad de acceso entre los profesionales de salud mental y los médicos generales, los problemas



de comunicación y la falta de contacto personal. Los investigadores alentaron la promoción de un enfoque integrado y total en los trastornos de salud física y mental para garantizar mayor continuidad en la atención al paciente.

En su Guía de la salud mental y neurológica en la atención primaria de la salud (*Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care*) la OMS indica que, en medicina general, uno de cada tres o cuatro pacientes atendidos tiene algún tipo de trastorno mental. Este documento sugiere que la forma en que se proporcionan los servicios resalta la importancia de ofrecer atención a la salud mental en el contexto sanitario primario, de ahí lo esencial de que las personas en dicho nivel trabajen más estrechamente con los servicios de salud mental. La buena atención a la salud mental es un esfuerzo de colaboración que abarca a los médicos de atención primaria, las enfermeras, los consejeros de las escuelas y los profesionales de salud mental.

El Institute of Medicine de EE.UU. en el 2001 notificó que uno de los mayores avances en la detección de enfermedades en las últimas dos décadas ha sido la identificación de las condiciones sociales y psicológicas que influyen en la mortalidad. La ciencia médica está realizando tremendos adelantos en el conocimiento de enfermedades crónicas como la demencia, la diabetes, el mal de Parkinson, etc., pero al mismo tiempo el mundo se enfrenta a un drástico crecimiento en enfermedades no transmisibles, como los trastornos mentales, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, etc. Para la prevención y el tratamiento de muchas enfermedades que azotan el mundo actual es importante entender completamente la interacción entre la salud y la conducta humana.

El Dr. Richard Nakamura, del Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU. insta a los médicos de atención primaria a estar alertas a las personas que sufren una variedad de enfermedades diferentes, porque puede haber

síntomas de depresión que encubran o causen otras enfermedades; y dice que hay síntomas físicos, como pueden ser las reacciones alérgicas, las úlceras y otros trastornos que ocultan la depresión. El Dr. Nakamura opina que considerar los síntomas físicos separados de los trastornos mentales, o viceversa, es perder de vista la totalidad de la persona.

La APA de EE.UU. ha puesto de relieve que existen cada vez más pruebas que demuestran una fuerte relación entre los trastornos mentales y la salud física. Cuanto más serio es el problema médico, mayor la probabilidad de que la persona sufra trastornos de salud mental. El riesgo de depresión generalmente es mayor para personas con enfermedades serias como cardiopatía, cáncer y diabetes. Asimismo las personas con una afección mental pueden tener mayor dificultad para funcionar día tras día, y quizás no puedan atenerse a los tratamientos que se les asignan. Las personas a las que se les diagnostican y se les tratan enfermedades concurrentes suelen registrar una mejora general en su estado médico y su calidad de vida. La APA también afirma que "hay que abordar la relación entre los trastornos mentales y las enfermedades físicas si queremos lograr resultados positivos en el tratamiento de ambas". Está claro que los problemas de salud mental pueden tener los mismos síntomas que los problemas físicos, y si la salud física es deficiente se puede empeorar la afección mental. En la opinión del Royal College of Psychiatrists es sumamente importante que los pacientes admitidos a unidades de salud mental sean sometidos rápidamente a una evaluación de su salud física.

Los medicamentos antipsicóticos son muy importantes para el manejo médico de muchas afecciones psicóticas, como se mostró en 2003 en una conferencia de establecimiento de consenso entre la Asociación Estadounidense contra la Diabetes, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, la Asociación Estadounidense de Endocrinólogos Clínicos, y la Asociación Nor-



teamericana para el Estudio de la Obesidad, comentada en el *Journal of Clinical Psychiatry*. Los llamados medicamentos antipsicóticos “de segunda generación” han mejorado desde que salieron por primera vez, pero también tienen algunos efectos secundarios que pueden influir en enfermedades como la diabetes y las afecciones cardiovasculares. Por ejemplo se mostró que existe considerable evidencia de que el tratamiento con dichos medicamentos, especialmente en pacientes de esquizofrenia, puede causar un rápido incremento de peso en los primeros meses, con lo que se eleva el riesgo de enfermedades del tipo arriba mencionado.

Se ha demostrado que la actividad física y una buena nutrición son factores importantes en la buena salud mental y el bienestar psicológico. La actividad y la nutrición ayudan a las personas a evitar trastornos mentales, recuperarse de ellos y mejorar su calidad de vida. Estos mismos factores conductuales influyen también en la salud física, en las áreas de prevención, diagnóstico y tratamiento, por lo que queda demostrado que un enfoque interdisciplinario que incorpore el estado físico y mental de la persona es la forma más eficaz de abordar todos los problemas de salud. El deseo de sentirse bien es una cuestión de salud mental que puede ayudar mucho a resolver problemas físicos.

Un estudio australiano ha recomendado los pasos que deben tomarse para apoyar el diagnóstico y tratamiento cuando existen trastornos físicos y mentales paralelos:

- Los médicos deben recopilar habitualmente datos en una lista estándar de verificación y una hoja de información básica sobre la salud física.
- Los servicios de psiquiatría deben encontrarse debidamente equipados para satisfacer las necesidades médicas básicas.
- Deben ofrecerse habitualmente cursillos de actualización para los psiquiatras y los principales miembros de equipos psiquiátricos multidisciplinares de la comunidad, e incluir

en ellos los aspectos de detección, tratamiento y asesoría preventiva.

- Deben crearse equipos interdisciplinarios específicos con amplio conocimiento y capacidad médica y psiquiátrica, que puedan funcionar en modelos mejorados de atención sanitaria compartida.
- Deben establecerse programas formales a nivel nacional, o regional dentro de cada país, para abordar cuestiones de capacitación y otros temas.

Si bien hay muchos trastornos de salud mental que pueden presentarse en contextos de atención sanitaria primaria, la depresión seria es una de las afecciones más comunes, y se estima que afecta a entre el 5 y 9% de los pacientes que consultan a médicos de medicina general. También se ha constatado que la mayoría de la gente con depresión recibe tratamiento mental de sus médicos de atención primaria, lo que sugiere que debe darse especial atención a la integración de los servicios de salud mental y de atención primaria de la salud. También se ha visto que la falta de incentivo por los consumidores, los proveedores del servicio y quienes pagan por el mismo son un obstáculo para la integración de los servicios de salud mental y de atención primaria.

Al darnos cuenta de todo esto, tenemos que concentrar nuestros esfuerzos en educar a los sistemas de salud para ayudar a cambiar las teorías que dividen a la persona en conceptos separados de “cuerpo” y “mente”. Como la Dra. Patt Franciosi, Presidenta de WFMH, dijo recientemente: *“Con todas las pruebas que tenemos en la actualidad, ¿por qué continúa habiendo mitos y separación de la mente y el cuerpo en el tratamiento? Los sistemas de salud en todo el mundo necesitan un cambio en su política y prestación de servicios. No vamos a permitir más excusas que marginen el financiamiento de los servicios de salud mental, y debemos asegurarnos de que la prevención de la enfermedad mental y la promoción de la salud mental reciban una porción justa de los recursos de salud pública”*.



La información del Día Mundial de la Salud Mental del año 2004 reflejará algunas de las muchas aflicciones concurrentes que están suficientemente bien documentadas por la investigación actual y los hallazgos médicos en todo el mundo. Al considerar este tema como nuestro punto principal de atención en 2004, presentaremos información sobre cuatro enfermedades físicas (la enfermedad cardiovascular, la diabe-

tes, el cáncer y el VIH/SIDA) y los trastornos mentales que tienden a ser más comunes, como la ansiedad, la depresión y el estrés. Hay mucho que aprender y más todavía que poner de relieve al explorar el tema este año y en años venideros. Alentamos a todos a continuar aprendiendo más sobre la salud física y mental, y potenciar el cambio en nuestras comunidades y nuestras vidas.



Rosalynn Carter
www.wmhdaily.net



Los fundadores de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA):
Ángel Garma, Marie Langer, Arnaldo Rascovsky, Enrique Pideon Riviere
y Celes Cárcamo.

Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (II)

Oscar Martínez-Azumendi

En la primera parte de esta recopilación (Norte, 20: 73-84. 2004), recogíamos parte del capítulo sobre neuropsiquiatría publicado por el italiano L. Insabato en 1940 en el libro “*Síntesis Médica Mundial. Resumen de los principales estudios realizados durante los últimos cuatro años, especialmente en relación con la terapéutica clínica*” editado por el Dr. Máximo Soriano Jiménez al término de la Guerra Civil. El libro, editado en abigarrada y reducida tipografía con apenas espacios en blanco (mejor diríamos en gris debido a la pésima calidad del papel), pretendía poner al día al médico práctico español de los más recientes adelantos en clínica y terapéutica médica por 20 pts. de la época. Incluso la inevitable publicidad que habría de enjugar parte de los costes editoriales por parte del laboratorio Wassemann, se limitaba a unos delicados encartes en papel cebolla que hay que manejar con especial cuidado para no estropear (ver reproducción).

Luigi Insabato (1891-1963), alcanzó el grado de Mayor ejerciendo como médico durante el servicio militar. Escribió varias obras de temáticas diversas como *Sul connettivo nell'utero fetale* (1924); *Sulle psicosi e tosse infettive* (1924); *Assistenza post carceraria. Considerazioni e proposte* (1933); *Bari e la questione manicomiale* (1933); *Le cellule dorsali nel midollo spinale* (1936) e incluso, como comentamos con anterioridad, el opúsculo poético *Ozi letterari di un psichiatra* (1949). La clínica que fundó en Bari, Villa Ignea, es sede actualmente de la Asociación ARIRI (Investigación e intervención sobre las relaciones

interpersonales) que mantiene una escuela de psicoterapia psicoanalítica paradójicamente muy diferente en sus intervenciones terapéuticas de las descritas por Insabato, que en ningún lugar hacía referencia a posibles complementos psicológicos a los mismos.

Si en el número anterior quedaban recogidos los tratamientos biológicos y físicos más específicamente psiquiátricos, en esta ocasión continuamos con algunos de ellos junto a otros más específicamente neurológicos, obviamente justificable por el solapamiento en aquellos años de ambas especialidades en una única neuropsiquiatría, de la que nuestra asociación hereda el nombre en la actualidad. En esa primera entrega, tras una breve introducción histórica que nos recordaba con satisfacción profesional la aplicación, en 1917, de la malarioterapia que revolucionó los escasos recursos terapéuticos psiquiátricos, continuaba con los subsiguientes tratamientos de choque (insulina, cardiazol y electroshock) así como el tratamiento diecefalorraquídeo a través de drenajes o provocación de meningitis asépticas.

En esta segunda parte, se ocupa de las más recientes novedades en la farmacopea neuropsiquiátrica, como fue la utilización de los preparados benzedrónicos, anfetamina sintetizada en 1927 por Alles y utilizada previamente en forma inhalada para tratar el asma y como descongestionante nasal, que con la observación de algunas de sus propiedades añadidas, se pasó a utilizar en la narcolepsia,

estados de agotamiento y psiconeurosis, desaconsejándose en los cuadros depresivos por el riesgo de precipitar una psicosis, así como previniéndose sobre su uso en los alcohólicos, que rápidamente habían aprendido su utilidad como “cheap jag” o “borrachera barata”. Además de otras utilidades neuropsiquiátricas (Parkinson), se recogen otras indicaciones, meritorias candidatas a la revisión semanal de *Psiquiatría Insólita* de J. Medrano en www.ome-aen.org/insolito.htm. Este es el caso de la mayor aplicación en el estudio de las matemáticas observado por Bradley en los jóvenes, o las pequeñas dosis aconsejadas por los americanos en los estados de torpeza postprandial en sustitución a los estimulantes exóticos como el café o té, posiblemente desconocedores de la alternativa y reparadora siesta a la que estarían más acostumbrados los galenos de estos pagos.

Recortamos del texto original la utilización de las sulfamidas, formidable avance a partir de 1932, en el tratamiento de las meningitis bacterianas, descritas por Gaspard Viesseux en 1805 como “fiebre epidémica cerebro–espinal” y generalmente de desenlace fatal. Reproduciendo sólo las indicaciones psiquiátricas finales, también recortamos el apartado relativo a la Vitamina B1 aislada en 1927 y desde entonces de reconocida utilidad en todo tipo de afecciones neuríticas.

Un curioso tratamiento propuesto para los estados depresivos es el clorhidrato de hematoporfirina (Photodyl), que en la actualidad es la base de la terapia fotodinámica (TFD) para el cáncer. Este tratamiento se basa en la combinación de la luz capaz de atravesar los tejidos y de sustancias (hematoporfirina) que hacen que el tumor se vuelva sensible a la luz. Estas moléculas, tienen la habilidad de absorber la energía de la luz y pasarla a las moléculas de oxígeno disueltas en el tejido, formándose así un tipo de oxígeno que puede ser muy reactivo y dañar ciertos componentes celulares.

A continuación, nos sorprende la rudimentaria descripción de la técnica leucotómica del

lisboeta Egas Moniz (posteriormente merecedor del Nóbel de medicina en 1949), así como la modificación de Fiamberti con inyecciones transorbitarias de alcohol absoluto o formalina. Seguidamente se detiene en tratamientos más claramente neuropsiquiátricos: a) la ofidioterapia por veneno de serpiente utilizada, en evitación de la morfina, en casos de dolores rebeldes como en la mielopatía sífilítica o tabes dorsal. b) la Marconiterapia por ondas cortas de radio de alta frecuencia que producen calor al atravesar el cuerpo humano, actualmente utilizada fundamentalmente en casos de artropatía degenerativa. Acabamos la reimpresión con el “nuevo” tratamiento atropínico del parkinsonismo, con un curioso ejemplo de preparación galénica de la época, junto a una no menos curiosa muestra de las pugnas patrioterías relativas a las bondades de la belladona que podía recolectarse en diferentes países.

El trabajo original prosigue con apartados relativos a los tumores cerebrales y neurocirugía, poliomielitis anterior aguda, encefalitis y meningitis, neuromielitis epidémica después de la guerra en España (por M. Soriano) y finalmente aracnoiditis optoquiasmática, cuya reproducción se sale fuera de nuestro interés.

En una próxima entrega, recogeremos la mayoría de estos procedimientos tal y como se practicaban entre nosotros, tomando para ello el libro de Jesús Echeverría “*Notas para un estudio psiquiátrico de Guipúzcoa*” publicado por su Excma. Diputación en 1948.

Si la vez pasada cerrábamos la presentación con una cita del Dr. Soriano como forma de relativizar cualquier convencimiento en cuanto a la inmutabilidad del conocimiento y de las técnicas de tratamiento derivadas, en esta ocasión entresacamos las propias palabras de Insabato: “*Todas las concepciones, aún las nacidas de la lógica y de teorías sólidas, pueden resultar falsas, por la observación posterior de los hechos, como enseña la historia de la terapéutica*”.

Terapéutica neuropsiquiátrica (2ª parte)

L. Insabato

Del capítulo "Neuropsiquiatría". En Soriano M. "Síntesis médica mundial". Ed. Sociedad española de especialidades fármaco terapéuticas. Barcelona, 1940. pp. 152-173.

LOS PREPARADOS BENZEDRINICOS Y SULFAMIDICOS. LA VITAMINA BI.

Dos nuevos preparados han entrado en estos últimos tiempos a formar parte del arsenal terapéutico de la neuropsiquiatría. Estos son el Sulfato de Benzedrina y las sulfamidas.

El Sulfato de Benzedrina o fenilaminopropano o betaaminopropilbenzeno o benzilmetilcarbinamina, como se ve, es muy semejante a la Efedrina (de la cual se distingue por ser volátil), al Suprifén, al Sympatol, pertenece también a la serie de los vasoconstrictores, es poco soluble en agua y se disuelve en alcohol y éter. La acción principal del sulfato de benzedrina se realiza sobre el simpático (acción simpaticomimética), y también sobre el sistema nervioso central (Rosselli, Del Turco) estimulando la actividad neuromuscular. Se usa también en medicina general en los estados de hipertensión arterial, como descongestionante de la mucosa nasal, como antiespasmódico de la zona gastrointestinal y también en las personas sanas para aumentar el rendimiento psíquico. Por lo que se refiere a nuestro campo, podemos afirmar lo siguiente:

La dosificación varía muchísimo según los AA. y los sujetos a tratar; en general las dosis oscilan entre 10 y 20 mgr. hasta 30-40 mgrs. La

dosificación se eleva progresivamente hasta alcanzar la dosis óptima terapéutica, sólo cuando la dosis precedente no ha producido trastornos manifiestos. Estos han sido puestos en evidencia por Wibru, Mac Lean, Alien de Rochester en 1937. Estos trastornos parecen estar en relación de particularidades constitucionales ya que se producen también a dosis muy pequeñas; consisten en un aumento del nerviosismo, aprensión y ansiedad, sensación de inquietud, insomnio, excesiva sudoración, sequedad de la boca, pesadez de la cabeza, irritabilidad, melancolía. Otros AA. refieren calambres profesionales, necesidad de reposo, pérdida de peso (en relación con la mayor actividad). Con el uso prolongado, los síntomas se acentúan y se agudizan. Las contraindicaciones al empleo del medicamento son los estados de excitación, la epilepsia, ansiedad, hipertensión, insomnio y traumatismo de la cabeza (Sapiro y Finkelmann).

Las indicaciones son las siguientes:

- 1º los primeros experimentos fueron realizados por Prinzmetal y Bloomberg en 1935 en la narcolepsia, notando una discreta mejoría del síndrome con desaparición de los ataques de sueño. Estos experimentos fueron controlados por Ulrich, Trapp y Vigdoff, confirmándolos.



- 2° En casos de agotamiento nervioso, Mathanson ha notado una mejoría consistente en la desaparición de la astenia y de la desgana. También Wibur, Mac Lean, Allen (1937) obtuvieron mejoría en el 78 %, que desapareció al suspender el medicamento.
- 3° Los mismos AA. experimentaron la droga en forma de psiconeurosis, pero señalan un porcentaje menor, no porque el medicamento no actúe bien, sino por una intolerancia del mismo, de tal manera que no pudo continuarse su administración.
- 4° En las formas depresivas, los AA. desaconsejan su utilización porque, no sólo no son modificadas por el medicamento, sino porque se produce un verdadero despertar de la psicosis; insistiendo largo tiempo en las dosis no se obtiene más que una mejoría temporal o desde luego nula (en la literatura existen descripciones desastrosas de casos tratados con sulfato de benzedrina). Solamente en los casos más leves se notan algunos efectos favorables, por lo que en este campo el uso debe limitarse a estos últimos casos y a las depresiones de base orgánica, eliminando las psicosis y las formas psicógenas.
- 5° Han tenido amplia aplicación en las psicosis alcohólicas. Se ha partido del concepto de que el alcohol ejerce una acción depresiva sobre el sistema nervioso, para concluir en la utilidad del sulfato de benzedrina, que tiene una acción excitante. Reifestein y Davidoff trataron alcohólicos con dosis de 10–30 mgr. de sulfato de benzedrina por vía oral y por vía endovenosa. Estos AA. (J.A.M.A., 1938) concluyen por lo que se refiere a las dosis y a las formas morbosas de aplicación, de la siguiente manera: a) estados leves de depresión debidos a disregulación, son mejorados en 24 horas con la administración de 10–20 mgr. de medicamento; b)

estupor alcohólico, 10–30 mgr. de sulfato de benzedrina por vía endovenosa provocan la recuperación en 30 minutos; c) delirium trémens y estados de alucinosis aguda fueron tratados con resultados satisfactorios; d) psicosis de Korsakoff y alucinosis crónicas: no puede obtenerse ninguna mejoría.

En general todos los AA. están de acuerdo en reconocer que los trastornos psíquicos del alcoholismo todavía incipientes manifiestan una notable mejoría del uso del sulfato de benzedrina; en estados de intoxicación por alcohol, en los cuales no se demuestra una psicosis organizada, este medicamento generalmente produce una reacción favorable. En relación con el uso del medicamento en la psicosis alcohólica debemos referir otro hecho:

Este medicamento produce sensaciones similares a las que se manifiestan en un estado de ligera embriaguez: “a cheap jag” como dicen los americanos. Por esto es muy bien aceptado por los alcohólicos, los cuales terminan por abusar de él provocándose perjuicios imprevistos y reacciones tóxicas. Los AA. están de acuerdo en afirmar que el uso de este medicamento no debe dejarse en manos de estos enfermos (que son psicópatas), sino que debe limitarse su empleo a los enfermos hospitalizados, o en los que pueda efectuarse una continua vigilancia.

- 6° También se ha usado mucho el sulfato de benzedrina en el parquinonismo postencefalítico. Salomon, Mitchell, Prinzmetal obtienen notables mejorías. Disertori (1938), citado por Galli, administra 15–35 mgr. del producto diarios a los parquinonianos conjuntamente al tratamiento búlgaro. De sus casos así tratados, dos tercios curaron casi totalmente. El temblor, la astenia muscular, las crisis oculógiras, la sialorrea, sudoración, trastornos del



ritmo del sueño, son los signos que más se benefician del medicamento. Lebockzi (1938) también citado por Galli y otros, confirma la utilidad del producto. También Finkelmann y Shapiro (1937), uniendo la benzedrina, la atropina notaron una mejora en el ritmo del sueño, la reducción de las crisis oculógiras y sensación de aumento de la energía.

- 7º Debemos decir dos palabras sobre el uso del sulfato de benzedrina en los sanos. Se ha usado para realzar el nivel intelectual en el sentido de que produce una mayor potencia de las ideas y una mayor facilidad en su exposición (Peoples y Guttmann, Sargant y Blackoburn), Bradley notó especialmente en los jóvenes un aumento de la capacidad intelectual y una mayor aplicación en el estudio de las matemáticas. Estas conclusiones han sido confirmadas por Molitck y Sullivan (1937), por Bucciardí (1937), Colognese (1936), etc. Naturalmente que la droga actúa solamente como estimulante de un cerebro en estado de depresión, obligándolo a un mayor rendimiento. En este sentido se ha utilizado en los estados de torpeza intelectual y física debidos a falta de reposo. Las dosis deben ser siempre bajas y dadas preferentemente por la mañana (10–20 mgr.); dosis más fuertes (30 mgr.), provocan irritabilidad y un leve estado de excitabilidad neuropsíquica que se corrige, si es preciso, con barbitúricos. Debe ser norma en su empleo el no abusar; pequeñas dosis de sulfato de benzedrina se aconsejan por los americanos en los estados de torpeza postprandial en substitución a los estimulantes exóticos (te, café, etc.).

Los modernos métodos quimioterápicos consistentes en los preparados sulfamídicos se usan en neuropatología en las formas agudas de la meningitis meningocócica y estreptocócica...
(A partir de aquí el autor prosigue explicando las

diferentes estrategias terapéuticas empleadas hasta ese momento en el tratamiento de las meningitis meningocócicas, para profundizar a continuación en indicaciones e inconvenientes de las sulfamidas, que no incluimos por no alargar excesivamente el texto. Por el mismo motivo, pasamos directamente a las indicaciones psiquiátricas de la Vitamina B1, saltando el resto de sus indicaciones neuropsiquiátricas).

En la psiquiatría, la vitamina B1 no tiene netas indicaciones bien individualizadas. Bersot aconseja su empleo:

- 1º En la psicosis alcohólica, no sólo en la de Korsakoff, sino también en el delirium trémens, donde no sólo actúa como desintoxicante, sino que estos individuos con gastritis crónica tienen un estado de hipo o avitaminosis.
- 2º Como analgésico, en los tratamientos de desmorfinización.
- 3º En las intoxicaciones industriales (mercurio, arsénico), que producen trastornos mentales.
- 4º En la esquizofrenia, en aquellas formas producidas por una intoxicación, ya infecciosa o digestiva o por factores X.

En cuanto al modo de administración, la mayor parte de AA. habla de la vía parenteral, ya que casi siempre existe una gastritis. Por vía intramuscular se usan de 2 a 10 mgr. de vitamina sintética cristalizada; casi siempre basta una inyección al día. En cuanto al número de éstas, no puede determinarse, porque depende de la forma morbosa. En las neuralgias no se obtiene la curación sino con 30 6 más inyecciones. En caso de esclerosis en placas o mielosis funicular se puede usar la vía endovenosa empleando las dosis fuertes de 10 gr. por inyección. La vía oral exclusiva es poco aconsejable, sólo como coadyuvante a los tratamientos efectuados por vía endovenosa o intramuscular.



LOS SÍNDROMES DEPRESIVOS Y SU TRATAMIENTO

La psicosis depresiva, o sea la que pertenece a la fase depresiva de la psicosis manícodepresiva, ó bien la de la edad involutiva o cualquier otra, hace mucho tiempo no eran tratadas más que con extracto de opio o con bromuros. Poco a poco esta terapéutica sintomática ha sido substituida por otra más racional y radical. Más que un tratamiento se han utilizado muchos y con resultados a veces muy beneficiosos. El primero de los procedimientos, el que primero cambia la escena y con mucho el más activa, es el método de las convulsiones epilépticas producidas por cardiazol. Este método, en todos sus detalles, se encuentra ya descrito en las páginas anteriores; diré solamente que en la forma depresiva se nota un cambio rápido, en el sentido de que el enfermo ansioso, insomne, sin tranquilidad ni paz, encuentra después de las convulsiones lo que con ningún medicamento podía dársele: el reposo y la tranquilidad. Hoy, cuando no hay contraindicaciones orgánicas que impidan realizarlo (hipertensión, arterioesclerosis, nefritis, etc.), es el método de elección. No parece que sea distinta la acción obtenida con el cardiazol o la de electroshock, por lo menos así me ha parecido en un enfermo en el que lo he practicado: si esto fuera confirmado por otros observadores, se podría decir que es por las convulsiones y no por el medicamento por lo que se produce la curación. Según el parecer unánime, las convulsiones epilépticas serían la causa de un 1'80 % de curaciones efectivas de la depresión.

Otro medicamento elogiado como favorablemente activo es el clorhidrato de hématoporfirina o Photodyl (Nortmark). Esta es una substancia perteneciente al grupo de los preparados fotodinámicos como la clorofila obtenida de la separación del núcleo ferroso de la hemoglobina. Su acción se basa en modificaciones aparecidas en los núcleos mesencefálicos, responsables del disturbo psicodépresivo, por

la sensibilización de la piel ante la luz. Pecker, Meyér, Vinchon, Bourgeois ya habían comprobado la acción de esta substancia fotodinámica comparándola a la de la acción de la vitamina en la neurodisonia. Este producto ha sido también utilizado en la práctica privada y hospitalaria, pero sus resultados han sido dudosos. Hay quien afirma haber obtenido algunas curaciones (Cavilo, Levi, Bianchini); yo no las he observado.

En todo caso su técnica de administración es la siguiente: 9 inyecciones de Photodyl de 1 c.c. seguidas de 5 días de descanso y luego nueva serie de 9 inyecciones de 2 c.c., después de otro pequeño reposo administración *per os* de 30 gotas en tres veces de una solución de la misma hématoporfirina al ½ %, aumentando en los días sucesivos una gota por dosis hasta llegar a 90 gotas diarias. Generalmente el medicamento es bien tolerado y no aparecen trastornos orgánicos ni fenómenos de intolerancia; rara vez los enfermos observan sensación de pirosis y quemazón al orinar. De este tratamiento se han ocupado Vannotti, Maloberti (1937-38), Kupperts y Reiter (según ellos habría una mejoría debida a las modificaciones del ión calcio), Hubnerfeld (según el cual pequeñas dosis mejorarían la hématopoyesis y la depresión vascular), Cavillo (comunica una estadística con el 35 % de curaciones completas y el 50 % de mejorías apreciables). El clorhidrato de hématoporfirina actúa, según el parecer unánime de los AA., sobre el humor, que se hace más alegre; los enfermos muestran modificaciones psíquicas consistentes en mayor sociabilidad, disminución del estado ansioso, del insomnio y de la anorexia, con aumento de peso corporal.

El propionato de testosterona, hace poco usado en el tratamiento de las disfunciones sexuales, especialmente del climaterio masculino, ha sido ensayado en casos de melancolía involutiva. Algunos afirman que con 2-3 inyecciones semanales de 5 mgr. se obtienen resultados evidentes: despertar de la actividad psíquica y un aumento de la sensación de bienes-



tar físico; otros en cambio refieren (Barahal, Psysh, Quarterly, 1938), que aun después de 3-4 meses de tratamiento las condiciones mentales no han presentado mejoría alguna, ni tampoco se ha estimulado la función sexual. Yo creo que es conveniente alternar estos tratamientos que no tienen ninguna contraindicación, en aquellos casos en que por condiciones particulares del enfermo no puede realizarse ninguna terapéutica más activa o sea la terapéutica convulsivante.

LA CIRUGÍA EN LA PSIQUIATRÍA

Desde el momento en que la semiología neurológica se afinó lo suficiente, especialmente en lo que se refiere a los tumores craneales, se aconsejó por los neurólogos y por los cirujanos la intervención sobre los órganos nerviosos, no sólo sobre el cerebro sino también sobre la medula. Los últimos descubrimientos sobre la función del simpático y parasimpático han aumentado el campo de acción de los neurocirujanos en el tratamiento de los síndromes. La rama de la neurocirugía es de las más difíciles de la cirugía general, por su especialísima técnica y por sus resultados inseguros, no sólo *quoad valetudinem* sino también *quoad vitam*. En cuanto a las enfermedades mentales, no se había hablado de métodos quirúrgicos porque no se sabía hacia qué órgano dirigirlos. Las lesiones no se conocían sino muy parcialmente; todos los esfuerzos de los histólogos para solucionar los problemas anatomopatológicos de las psicosis, excepto en las cerebropatías orgánicas y en la parálisis progresiva, no habían llegado a resultados positivos.

Egas Moniz, neurólogo de Lisboa, ha iniciado las tentativas de terapéutica quirúrgica en las psicosis. Este A. dice, hablando de las bases teóricas del método: "en el campo neurológico las enfermedades llamadas funcionales irán desapareciendo sucesivamente; en la psiquiatría sucederá lo mismo, y en cuanto a la orientación organicista, esta ciencia hará verdaderos progresos". La persistencia de los trastornos psi-

quicos fundamentales (ideas delirantes expansivas y depresivas) y su invariabilidad en las enfermedades psicofuncionales (Bumke), indujo a pensar que existirían conexiones patológicas entre varios sistemas neurónicos que funcionarían originariamente en forma independiente y con diversa modalidad, formando así vías obligadas y privilegiadas (conexiones establecidas de Moniz); la actividad psíquica del sujeto viene coartada de tal manera y dirigida en forma unidireccional y de esta forma se establecerían ideas erróneas o delirantes. Por una parte, la reconocida importancia del cerebro anterior del hombre para los procedimientos mentales superiores (desarrollo considerable de la corteza frontal y del centro oval), hizo pensar que fuera la sede de estas alteraciones en la conexión intraneuronal; por otro lado, la ausencia de graves trastornos consecutivos a las intervenciones e incluso a la extirpación total del lóbulo frontal han inducido a Moniz a intentar la resección o la rotura de las supuestas falsas conexiones. Ha ideado una técnica operatoria que consiste en la trepanación del cráneo en cuatro puntos y en la extirpación de esferoides de sustancia nerviosa con un instrumento especial hecho como un punzón, llamado "leucotomo cerebral"; realiza también inyecciones intracerebrales de alcohol absoluto en las zonas sospechosas. La práctica de la intervención, según la modalidad propuesta por Moniz no está al alcance de todos los cirujanos y no siempre puede practicarse en los hospitales psiquiátricos. Para obviar este inconveniente técnico, Fiamberti ha propuesto, en 1937, una modificación del método. Ha llegado a los lóbulos prefrontales por vía transorbitaria, sirviéndole de guía la aguja de Dogliotti. Coloca la guía bajo la arcada orbitaria, con anestesia local dándole una inclinación de 45 hacia fuera del arco orbitario; así llega a la proximidad inmediata del lóbulo prefrontal; introducida la aguja por esta guía, se profundiza todavía más adelante 1 cm. y $\frac{1}{2}$ o 2 cm.; de este modo se alcanza el cerebro oval prefrontal: basta inyectar alcohol absoluto o la solución de formalina al 10% (*Rass. di Studi Psich.*, vol. XXIV, 1937). Más



tarde (1939), ha insistido en su argumento para tratar por este método formas abandonadas ya a toda terapéutica y que constituirían un peso económico importante para la sociedad.

Los casos tratados por Moniz en un primer tiempo correspondían a diversas formas psicofuncionales; los resultados obtenidos serían alentadores, especialmente en lo que se refiere a la psicosis afectiva (manía, melancolía), a la ansiedad (casi siempre desaparecida), a la agitación psicomotora (mejorada).

Fiamberti, en un primer tiempo, ha empleado su variante en enfermos graves, pero no da conclusión alguna sobre la eficacia terapéutica del método, limitándose simplemente a afirmar que el método no es peligroso *quoad vitam*. Rizzatti (*Schizophrenie*, 1937), partiendo del concepto emitido unos años antes por Donaggio acerca de la importancia del lóbulo frontal en los trastornos motores extrapiramidales, ha utilizado el método anteriormente descrito en el parkinsonismo; expone 5 casos con 3 curaciones y 2 mejorías.

Aunque las críticas de este método sean muchas y algunas muy justas, el punto de vista de Fiamberti me parece el más adecuado. Él "adscribe al psiquiatra el deber de no descuidar el estudio objetivo de los métodos terapéuticos, que debe juzgar sólo basándose en los hechos comprobados". Todas las concepciones, aun las nacidas de la lógica y de teorías sólidas, pueden resultar falsas, por la observación posterior de los hechos, como enseña la historia de la terapéutica.

LA OFIDIOTERAPIA

Antigua terapéutica es la del veneno de la serpiente; los homeópatas hace tiempo usaban las pequeñas dosis del veneno de serpiente para combatir el dolor. Hoy la medicina alopática lo usa con diverso resultado en las formas dolorosas de naturaleza distinta, de larga duración, en los casos en que los preparados de

morfina, conducirían seguramente al morfinitismo. Se sabe, por los estudios de Calmette, que la acción analgésica del veneno sería debida a una combinación del mismo veneno con fosfátidos de las células nerviosas; la combinación formada hace desaparecer la sensibilidad dolorosa, pero no la conducción motora. No hablaremos de su utilización en otras ramas de la medicina, especialmente por una presunta acción curativa de las células neoplásicas (acción considerada casi por todos como nula Klonsitzky), sino que nos limitaremos a nuestra especialidad.

En neuropatología se han experimentado varios de estos venenos, desde el de Trigonocefalo, el de *Lachesis alternatus* y de otros reptiles, pero siempre con escasos resultados; en la práctica, solamente se usa el veneno de cobra y de la *Vípera ammodytes*, que son los más activos. En patología nerviosa han sido tratadas especialmente con el veneno de cobra los dolores fulgurantes y gástricos de los tabéticos. F. Negro fue quien trató por primera vez tabéticos con resultados brillantes; luego otros han comunicado también buenos resultados. Debemos referir a este propósito, que Wagner v. Juregg en estos últimos tiempos cree que los dolores tabéticos no son más que la expresión de la alteración del tejido nervioso por el proceso patológico, y sobre esta lesión poco o nada hacen los procedimientos terapéuticos específicos o no. En 1937 Rottman ha publicado un trabajo en la *Klin. Woch.* respecto a la aplicación de la cobroterapia en los síntomas irritativos sensitivos de la tabes dorsal. Sus enfermos presentaban Wassermann negativa y ausencia de otros signos tabéticos, como abolición de reflejos y rigidez pupilar; tenían solamente crisis dolorosas lancinantes y gástricas.

El método es el siguiente: 2 a 2 ½ unidades—ratón a 8—12 unidades ratón, en la mujer y de 16 unidades—ratón en los hombres, practicando la inyección con intervalos de 1—3 días; esta dosificación es variable según las circunstancias, pero precisa acercarse a la



dosis-umbral que puede decirse alcanzada cuando desaparece el dolor; en casos gravísimos puede alcanzarse hasta 20 unidades-ratón (unidad-ratón es la dosis mínima letal entre 5-7 horas para ratones del peso de 19-21 gr.). Alcanzada la dosis umbral, se mantiene en la misma al enfermo el mayor tiempo posible, teniendo presente que la mejoría se consolida más repitiendo la misma dosis. Se usa la vía hipodérmica; si debe actuarse *in situ* es mejor la vía intradérmica. Se desinfecta la piel con alcohol y éter pero no con tintura de yodo. No hay contraindicaciones absolutas; en caso de déficit renal deberá examinarse antes la orina. Cuando se termina el tratamiento, o cuando se debe interrumpir porque se manifiesten signos de intolerancia, consistentes en irritación, insomnio, hemorragias nasales y depresión, se administra cloruro sódico y piramidón. Mientras se emplea este medicamento, es conveniente no hacer tratamientos específicos ni roentgenterapia, ni radiumterapia y únicamente 2-3 veces por semana una inyección de preparados arsenicales cacodílicos.

El veneno de cobra se ha utilizado también en la ciática y la radiculitis. Segré refiere óptimos resultados obtenidos por él en la ciática en estos casos algunas veces se observa al principio un aumento de los dolores al que sigue una mejoría absoluta. Negro ha tratado radiculitis de diverso origen, obteniendo siempre buenos resultados.

Hay también experimentos realizados con venenos de otra especie: *per os*, con veneno de víbora (*Aspidasi*). En 1938, Ppepeu ha referido en la *Deutsche Med. Woch.* buenos resultados terapéuticos obtenidos en formas neurálgicas de otra naturaleza. Este A. explica la acción del veneno por una activación del protoplasma celular, principalmente determinada por los encimas contenidos en el veneno. También Durckardt ha obtenido buenos resultados con el mismo veneno, en las neuralgias.

Podemos concluir diciendo que mientras las otras aplicaciones del veneno ofídico parecen decaer ante la prueba clínica (Klobnsitzky en el Instituto, de Biología de San Paulo del Brasil ha encontrado completamente ineficaz el veneno de cobra en los tumores); su acción analgésica parece comprobada de manera que puede decirse que "el veneno de serpiente tiene una acción analgésica potentísima, superior a los analgésicos conocidos" (Negro).

ONDAS CORTAS

Muchos son los trabajos que se comunican constantemente sobre el tratamiento con diatermia, ondas cortas, marconiterapia, etc. La marconiterapia está fundada en el uso de oscilaciones eléctricas de altísima frecuencia; estas oscilaciones generan corrientes de alta frecuencia en circuitos oscilatorios sintonizados, pudiendo irradiar al ambiente periférico ondas electro-magnéticas de longitud variable entre 3 y 30 metros según la frecuencia. Algunos ingenieros americanos notaron en algunos operarios de transmisiones radiotelefónicas por onda corta, la aparición de trastornos nerviosos. Experimentadores médicos (Schereschewky, Izar, etc.), comenzaron a estudiar el efecto de estas ondas en animales de laboratorio y después en hombres; precisando de esta forma los efectos específicos sobre el organismo además del efecto térmico ya conocido. Se establecieron así diferencias fundamentales entre diatermia y marconiterapia, viéndose que tal diferencia se extendía al campo terapéutico, dados los resultados óptimos obtenidos con esta última en los procesos inflamatorios. Hoy a estos efectos específicos se añade el efecto calórico obtenido primero solamente con la diatermia. La electropirexia con las ondas cortas es otro de los progresos de la terapéutica moderna de la que hablaremos luego. El calor producido por las ondas cortas es más homogéneo que el obtenido por la diatermia. Los tejidos profundos se calientan más que los superficiales, con otras ventajas como el menor tiempo de aparición del calor, tiempo en que el



enfermo debía permanecer inmóvil, lo que no siempre se podía obtener en enfermos inquietos; con la marconiterapia no hay peligro alguno para el enfermo porque los electrodos de los aparatos de onda corta están lejos de la piel

Por lo que se refiere a la neuropsiquiatria, cada día se extiende más su campo de aplicación. En el campo de la neurología una gran aplicación de la marconiterapia ha sido en la ciática. No todos, sin embargo, están de acuerdo con los resultados; parece que la causa de los fracasos debe referirse a la falta de potencia usada y a la inexactitud de la técnica. Precisa usar dosis fuertes (dosis que producen sensación de calor agradable, al máximo bien tolerado) y contemporáneamente procedimientos dietéticos y medicamentosos. Los electrodos del aparato (diam. 18 por 27 cm.) se disponen uno en la región lumbosacra y el otro en la cara anterior de las costillas en el tercio inferior; pueden también aplicarse en las piernas: un electrodo se pone bajo la planta del pie aislado del suelo, y el otro en el tercio inferior del mismo muslo; los dos electrodos están a una cierta distancia de la piel (2–3 cm.). Otra posición de los electrodos puede ser la transversal (espalda y bajo vientre) y otra la longitudinal (espalda–parte posterior de la pierna); esta posición se usa en casos leves.

Las neuralgias del tronco se tratan con un número muy pequeño de aplicaciones (4–5); las neuralgias de las articulaciones necesitan por lo menos 8 aplicaciones. Para las dosis hay que utilizar las dosis medianas. Para la neuralgia braquial las aplicaciones se hacen con un electrodo en la región escapular y otro en la región dorsal de la muñeca; si se debe tratar solamente el antebrazo se puede aplicar un electrodo debajo y el otro encima del brazo en dirección oblicua. Para los miembros se puede usar también electrodos en espiral, de Kowarschik, de reciente construcción.

Las ondas cortas se usan también en la tabes (en algunos casos se han visto desapare-

cer dolores lancinantes), en abscesos cerebrales, análogamente a los que se han hecho para furúnculos, abscesos, tiñas cutáneas (Schliephare refiere casos de curación), en esclerosis múltiples (sin buenos resultados), en poliomiелitis anterior aguda y en encefalitis (algunas veces sin éxito), en la hemiplejía, en el parkinsonismo. En la práctica psiquiátrica, se utiliza especialmente en la parálisis progresiva. En este caso, no se trata más que de producir un estado febril con la onda corta; debemos añadir que el proceso febril producido por la marconiterapia se domina fácilmente, dado que la última frecuencia utilizada produce la mínima excitación de los músculos y de los nervios. También puede usarse, además, cualquier medicamento quimioterápico (salvarsán, stovarsol, etc.), mientras se practica el tratamiento físico, ya que estos medicamentos no alteran el des-envolvimiento del acceso febril.

Se usa una cama a propósito con tres planos inclinados, sobre la cual el paciente se coloca en decúbito supino, y dos electrodos que se colocan debajo de la cama, lo suficientemente distanciados del plano del lecho (para no producir localizaciones del campo y fuertes calentamientos locales). Al paciente se le da una dieta rica en hidratos de carbono, tisanas, algún sedante (que según algunos facilitaría la acción de la temperatura), una solución de cloruro sódico al 0,6 % (para compensar la fuerte transpiración). El enfermo se recubre de lana y de una tela de goma y de otro material absorbente para que no quede con la piel bañada en sudor. Se trata de establecer la duración, el número de las aplicaciones, su periodicidad y el grado de temperatura que debe alcanzarse. Todo ello depende, como siempre, en gran parte de la resistencia orgánica del paciente. Hay que tener en cuenta que son contraindicaciones las enfermedades cardiacas, renales, hepáticas, pulmonares, vasculares (arterioesclerosis), edad avanzada. Neymann ha dado un esquema de valores máximos para la determinación terapéutica.



En la tabes y parálisis progresiva, temperatura de 37'7; duración 6 horas; número de aplicaciones 30; dos veces por semana.

En la lúes cerebral, temperatura 41; duración 2 horas; aplicaciones 30; dos veces por semana.

En la esclerosis múltiple: temperatura 39'7–40'8, duración 8 horas, número de aplicaciones, 20; una vez por semana.

En la corea, temperatura, 39'7; duración 8 horas; número de aplicaciones, 2–3; dos veces por semana.

Por lo que se refiere a la temperatura, no todos los AA. están de acuerdo; algunos sostienen que los buenos resultados se obtienen con temperaturas muy fuertes (Germania), otros con temperaturas fortísimas (América). Lo esencial es el poder alcanzar grandes potencias (600–800 watt), cosa que se obtiene a veces acoplando dos aparatos de 350–300 watt.

Debemos decir que por razones inherentes al estado psíquico de gran parte de paráliticos progresivos, la electropirexia no puede de ninguna manera substituir a la malarioterapia, la cual tendrá siempre un campo de acción más vasto.

EL NUEVO TRATAMIENTO ATROPINICO DEL PARKINSONISMO

Si bien hoy día está más difundida que nunca la idea de que el parkinsonismo no es un estado póstumo secundario a una enfermedad anterior, sino una afección crónica, o por lo menos una enfermedad en la cual mientras algunos focos están, apagados, otros permanecen todavía activos, y en una situación siempre dispuesta a reagudizarse. Todas las terapéuticas que se practican no son más que sintomáticas. Si se parte de este concepto terapéutico, no tendremos ilusiones ni desilusiones lo mismo los médicos que los enfermos.

La sintomatología del parkinsonismo encefálico es polimorfa: todavía el temblor y la rigidez son los síntomas cardinales; siguen después la sialorrea, las mioclonias, los espasmos musculares, la hipersecreción sebácea, las crisis oculóginas, los vértigos, las algias, las parestesias. W. Hauburn ha delimitado el estado mental de los parkinsonianos: ha establecido, y todos los demás AA. están de acuerdo con él, que la inteligencia en general permanece inalterada, la atención parece atenuada, la asociación de ideas lentificada (bradifrenia), lentificación también de las funciones motoras de la voluntad; afectividad y emotividad escasas; reflexión, concentración y creación escasamente desarrolladas. Todos estos síntomas, o se encuentran desde luego presentes o se desarrollan lentamente.

Hablaremos de la terapéutica que se emplea en el parkinsonismo repitiendo que siempre se trata de un tratamiento sintomático. ¿Cuál podría ser la terapéutica de un padecimiento del cual conociéndose bien la anatomía patológica no conocemos nada de su patogenia y etiología?.

El tratamiento búlgaro, método empírico pero beneficioso para tantos enfermos hasta ahora en condiciones miserables de absoluta invalidez, no es más que una terapéutica sintomática: pero conduce a una recuperación funcional notablemente superior a la que producen los demás tratamientos si se exceptúa el de Roemer (atropina). Atropina, escopolamina, hiosciamina, estramonio, son la base en que se apoya la terapéutica atropínica del parkinsonismo. Se sabe a las dosis en que se emplean estos medicamentos y se sabe ya el resultado que se obtiene. Es bien conocida la terapéutica atropínica a altas dosis propuesta por Kleemann y Roemer (administración 3 veces al día de una gota de solución al 0'50 % de atropina aumentando una gota por cada vez hasta llegar a una dosis cotidiana de 10, 15, 20, 25 mgr. según la tolerancia).



El método original del tratamiento búlgaro ha sido ideado por Raeff, herbolario de Kipka en el cantón de Kazaulik, en Bulgaria. El medicamento original está compuesto de la siguiente forma: 1) una raíz, en pequeños pedacitos: es la raíz de belladona, de la cual se prepara un cocimiento mediante ebullición (30 gr. de raíz en 600 gr. de vino blanco); 2) un paquete de papelitos con 0'25 gr. de un polvo negro (polvo de carbón) que se añade al cocimiento para la decoloración del vino y para hacer precipitar las sustancias mucilaginosas; 3) píldoras de color blancosucio de miga de pan, con pequeñas porciones de canela, nuez moscada, etc. 4) raíz de cáalamo aromático.

Ya desde los primeros tiempos de su empleo muchos AA. reconocieron que la parte verdaderamente activa y única de todo este material es la raíz de belladona y han eliminado todos los otros accesorios o sea los polvos, píldoras, etc. Pero además ha sido también abandonada la preparación primitiva del cocimiento—maceración, porque se ha demostrado como poco activa frente a otras más eficaces. Ceni usa el residuo seco del cocimiento, residuo obtenido con la evaporación a baño de maria de la raíz, que se administra a gotas. Recientemente (1939) Panegrossi aconseja el extracto en frío al 5 %, mediante una maceración de la raíz en agua acidificada; según el A., esta preparación tiene las ventajas de tener mayor eficacia terapéutica, de su fácil conservación durante mucho tiempo y de su contenido fijo en alcaloide (0'20 %).

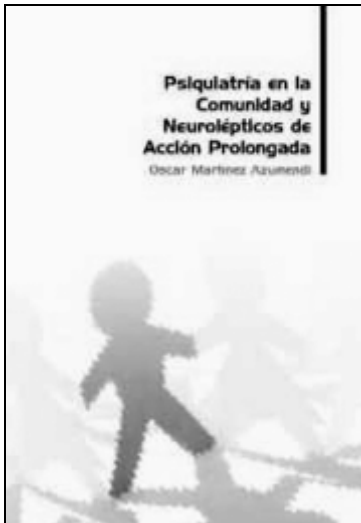
Después de la introducción del método de tratamiento de belladona búlgara, algunos far-

macólogos italianos y el Laboratorio de la Sanidad Pública Italiana, han visto que la belladona italiana es igual que la búlgara, solamente que contiene una proporción inferior de alcaloides, por lo que debe usarse a dosis superiores. Ferrannini, D'Ormea, Broggi, Medea, han observado diferencias entre los dos métodos en favor y en contra. Ha sido fabricado y puesto a la venta un preparado "Panatropa" del cual ya Medea en 1936 y M. John en 1939 han puesto en evidencia sus grandes ventajas frente a la simple cura atropínica. En Alemania, la Chemisch Pharm. P. G. Hamburg, ha puesto en el comercio el Homburg 680, que es un extracto estabilizado de raíz de belladona búlgara, una gota del cual corresponde a 0'075 mgr. de alcaloide total. En Inglaterra, Neuwahl ha afirmado que los mismos efectos se obtienen con la belladona inglesa.

La administración en cualquier forma que sea, se hace siempre a dosis progresivas fraccionadas en las 24 horas; de esta manera se alcanzan dosis elevadísimas, obteniendo toda la acción calmante sin que aparezcan efectos tóxicos o por lo menos efectos tóxicos muy débiles. (Baldauf, Neuwahl). Coadyuvantes del tratamiento son: alimentación atóxica ovolactovegetariana, especialmente vegetariana porque parece favorecer la acción de la droga. Vida higiénica, aire libre, masaje, reeducación de los movimientos, ejercicios ligeros y de distracción (Panegrossi, Baldauf). *(A partir de aquí, continúa con diversas consideraciones relativas a la enfermedad de Parkinson y su tratamiento, para dar paso a otros apartados más específicamente neurológicos que no reproducimos en aras de una menor extensión del texto).*



Psiquiatría en la Comunidad y Neurolépticos de Acción Prolongada



Autor: **Oscar Martínez Azumendi**.

Editado por OME. Colección *PrOMe*teo n°1. Bilbao, 2004.

Depósito Legal: M-32270. 2004

La publicación, pensada y desarrollada desde un punto de vista eminentemente práctico, puede dividirse en tres partes principales. La primera es una breve introducción acerca del concepto de psiquiatría comunitaria, con sus características y necesidades de recursos, donde poder encuadrar los tratamientos psicofarmacológicos. Sigue una revisión general de los neurolépticos de acción prolongada, desde su aparición a principios de los años 60 hasta la actualidad, abordando tanto aspectos puramente farmacológicos y clínicos, como otros relativos al cumplimiento y consideraciones éticas y de derechos individuales asociados a los mismos. Completándose lo

anterior con un apartado relativo a las diferentes zonas y técnicas de inyección, aspectos estos ocasionalmente no suficientemente considerados. Una tercera parte final hace referencia a las llamadas “Clínicas Depot”, con una explicación de sus funciones y utilidad, así como ejemplos prácticos de su funcionamiento. Este apartado se acompaña de diversos anexos con información para el paciente, un ejemplo de protocolo de actuación básica en una clínica depot, así como diferentes escalas de utilidad en la valoración general y evolución de los pacientes. Una amplia bibliografía actualizada cierra la edición.

Además, el libro se complementa con un fichero independiente proyectado para el seguimiento protocolizado de los pacientes de una clínica depot. En él se incluyen no sólo fichas diseñadas con este fin, sino hojas informativas para el paciente, diversas escalas de evaluación clínica (psicopatológica y de eventuales efectos secundarios), social y de funcionamiento global, así como otras para el computo estadístico regular de los tratamientos mantenidos. Tanto el tamaño del libro, como el del fichero permiten que el primero pueda conservarse en el interior del otro.





El uso de ketamina: de fármaco anestésico a droga de fiesta



Autores: **Iñaki Markez y Martín Barriuso.**

Edita: Observatorio Vasco de Drogodependencias,
Vitoria-Gasteiz. 2004. 170 pp.

ISBN: 84-457-2147-X

Como se señala en la presentación del libro la ketamina es una sustancia emergente en los espacios lúdicos y una de las drogas psicoactivas de las últimas décadas sobre la cual ha habido un considerable desconocimiento. Por eso la investigación se presenta como necesaria y oportuna. Necesaria por las carencias en el conocimiento social y técnico de esta sustancia. Oportuna por el momento de su realización, donde por vez primera desde las instituciones públicas, los técnicos de la salud y de la educación, y los propios usuarios podremos adelantarnos a los riesgos y

nefastas consecuencias que anteriormente han acontecido con otras drogas.

Es una sustancia que empieza a tener notable presencia en los espacios festivos, comprobándose que su consumo es creciente en medios jóvenes y recreacionales. Así orientan las cien entrevistas realizadas a usuarios de esta sustancia. Se han detectado cifras importantes de consumidores, aunque su consumo no sea generalizado, sobre todo en ámbitos en torno a las macrodiscotecas. Sin embargo, desde los medios de comunicación no se ha reflejado adecuadamente la realidad de esta droga y las pretensiones de las personas usuarias. De ahí la urgente necesidad de ahondar en su conocimiento.

Son escasos los estudios de entidad y, generalmente, lo publicado se ha limitado a pequeños trabajos divulgativos. Incluso en algunos estudios epidemiológicos no se considera o se incluye erróneamente en ese pequeño saco de las “drogas de síntesis” junto al éxtasis y otros estimulantes. Desde el campo profesional de las drogodependencias se le ha dado escasa entidad al fenómeno hasta el presente, en que tras constatar algunos desórdenes, han comenzado a tomarse algunas medidas a veces limitadas y no siempre acertadas, pero parece ser que algo comienza a moverse.



Estudios como este permiten confirmar las tendencias de los últimos años, y permiten conocer con más precisión a la población consumidora, en especial en aspectos como la edad de inicio en el consumo, la percepción y prácticas de riesgo, los canales usados para obtener información, etc., a fin de que las posibles iniciativas preventivas o de reducción de riesgos dirigidas en el futuro a la misma sean los más certeras y eficaces posibles. Por ello, ha sido oportuno el realizar un estudio en profundidad, entrevistando a cien usuarios de esta droga, de producción legal, cuyos consumos no médicos (o veterinarios) están perseguidos y cuyo estudio, como otras nuevas drogas, ha venido siendo ignorado desde las esferas institucionales.

Observando el índice del libro comprobamos la variedad y profundidad de contenidos: Ketamina, un fármaco anestésico; La ketamina como droga recreativa; Entre la euforia festiva y el agujero K: el uso recreativo de la ketamina en el País Vasco; Opiniones de quienes utilizan la ketamina en su práctica profesional; Recomendaciones y recetas para un uso más seguro; las Conclusiones de la investigación y la amplitud de la bibliografía utilizada nos orientan en el conocimiento de la sustancia y sus usos actuales.

Es necesario que los resultados del estudio tengan proyección social, con especial atención a las subpoblaciones con mayor riesgo. Que esta información sea de utilidad para quienes consumen, para el personal de hostelería y gentes cercanas a los ámbitos de la fiesta, los educadores de diversos ámbitos y los profesionales de la salud que tienen escasa información sobre esta sustancia, así como hacia los medios de comunicación, a fin de procurar una información lo más veraz posible. Por ello este estudio llega en un momento en que el interés por esta sustancia ha crecido notoriamente, cuando el conocimiento disponible puede condicionar decisivamente la percepción de riesgos y la representación social de esta droga de nuevo cuño.



Lutxi Iturriaga



Revista Rehabilitación Psicosocial

José J. Uriarte

Presidente de la Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial-ASVAR

El 22 de octubre de 2001 nos reunimos en Madrid los representantes de varias asociaciones de rehabilitación de cobertura autonómica, la mayoría de ellas muy recientemente formadas, y con más proyectos entre manos que realidades concretas. El motivo de la reunión era la formación de la Federación Española de Rehabilitación Psicosocial, un proyecto pensado para aunar y dar cohesión a los movimientos asociativos que surgían en el estado, en un momento de inquietud y cierto optimismo en el futuro y posibilidades de este campo asistencial. El tiempo asociativo pasa más lento que el tiempo del común de los mortales, o al menos así me lo parece, y aquella reunión se me antoja ahora muy lejana en el tiempo. Es posible que el optimismo que entonces sentíamos no estuviera muy justificado, tanto por carencias de las políticas asistenciales en desarrollo, como por las propias carencias de los que trabajamos en este campo, y las dificultades de nuestra disciplina para hacerse entender, demostrar eficacia y ser capaz de penetrar y hacerse presente en los programas y dispositivos asistenciales que atienden a las personas con enfermedades mentales severas.

A pesar de ello, la Federación ha ido avanzando y ha conseguido ir sacando adelante proyectos que poco a poco van dándonos una cierta presencia y consistencia. Las cosas de palacio van despacio, y sólo los que tienen experiencia en labores asociativas son conscientes de la dificultad de poner en marcha proyectos, y sobre todo, de llevarlos a buen puerto. Este es el caso de esta nueva publicación, la revista de Rehabilitación Psicosocial, publicación oficial de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial, que añade a las dificultades genéricas de cualquier proyecto la dificultad específica propia de las publicaciones en papel (y que se lo cuenten a los editores de Norte...):

dificultades técnicas, búsqueda de originales, y sobre todo, de financiación. He de confesar que yo he sido uno de los más escépticos, de los que arqueó la ceja cuando en la asamblea de FEARP celebrada en Bilbao, en el contexto de las V Jornadas de Rehabilitación y con la Asociación Vasca de Rehabilitación haciendo de anfitrión, Martín Vargas, presidente de la Asociación de Rehabilitación de Castilla y León presentó el proyecto. Es él, desde luego, el principal responsable con su tenacidad, de que esta revista sea hoy una realidad, con el apoyo financiero de Astra Zeneca. Un primer número, por cierto, de lujo, con contribuciones originales de figuras internacionales como Liberman y Kopelowicz o nacionales como Manolo Desviat. Los contenidos de la revista estarán disponibles en breve a texto completo desde la Web de DOYMA.

Hoy en día la Federación la componen catorce asociaciones de nueve comunidades autónomas, con más de mil asociados. Entre otros proyectos, esperamos poder celebrar nuestro primer Congreso Nacional (que será también Congreso Regional de la Asociación Mundial de Rehabilitación psicosocial-WAPR) en Madrid, en noviembre de 2005, se están poniendo en marcha diversas iniciativas de formación, incluyendo proyectos de colaboración con países y profesionales hispanoamericanos, un Observatorio de Rehabilitación, en colaboración con el Observatorio de la AEN, una página Web (www.fearp.org) etc.

Esperemos que nuestra revista dure muchos años, que acabe siendo apilable en las estanterías de las bibliotecas, y que sus contenidos contribuyan a extender y a dar credibilidad a una manera de entender la asistencia a las personas con enfermedades mentales severas de curso crónico.



OME editorial



Ha nacido una nueva editorial. A iniciativa de diversos miembros de OME en la País Vasco y con el objeto de favorecer la difusión de algunos trabajos e investigaciones, de mayor amplitud y diferente formato a los que tradicionalmente tenemos a nuestro alcance en las revistas científicas. O-M-E-editorial, editorial de *Osasun Mentala*, editorial sobre la salud mental donde el fomento de la psiquiatría comunitaria y la aproximación o desarrollo de aquellos métodos y campos de intervención, escasamente abordados en los últimos años, deseamos que sean una parte esencial de los contenidos que aparezcan en esta nueva editorial, en su colección PrOMÉteo.

Colección PrOMÉteo (pensamiento previsor en griego). Un personaje curioso del que incluyo la historia y una interpretación psicoanalítica *ad hoc*. Prometeo en un acto de coraje, robó el fuego a los dioses para entregarlo a sus criaturas. Sin él no había sido posible a los hombres transformar el medio ambiente y adaptarse a las necesidades que les imponía cada región del mundo. Por haber infundido a las criaturas un alma y una conciencia que las haría capaces de atreverse a conquistar el mundo Prometeo recibió de Júpiter doloroso castigo.

El mito de Prometeo es la síntesis de la lucha hombre-divinidad. Representa una humanidad activa, industriosa, inteligente y ambiciosa, que trata de igualarse a las potencias divinas. Su crimen fue,

justamente, haber tratado de crear una raza que superase a los olímpicos; y en ese empeño, enseñó a sus criaturas el modo de dominar la naturaleza y de conocerse cada vez más, a sí mismas. En su esfuerzo por penetrar en los misterios de la naturaleza, el hombre está obligado a abandonar el ocio: progresar cuesta sacrificios y representa enfrentarla, tanto en lo íntimo como en lo demás y en lo exterior. Representa, también, la envidia y la represión de los dioses, temerosos de que las civilizaciones mortales aventajen al reino olímpico. El psicoanálisis interpreta de distinta forma el mito de Prometeo en su eterna lucha con la divinidad. Creado por el espíritu, como todos los otros seres, el hombre, se distingue de las demás formas de vida por poseer inteligencia, una conciencia que lo individualiza y lo hace capaz de enfrentar a las fuerzas que lo dominan. Según el concepto psicoanalítico, Prometeo representa el despertar de la conciencia, la madurez del hombre libre que ha dejado de ser criatura dependiente, el principio de la intelectualización (idea contenida en su propio nombre, que en griego significa “pensamiento previsor”). El mito tiene tres etapas. La primera corresponde a la creación del ser consciente, e incluye el robo del fuego, elemento básico para la elaboración de las culturas y civilizaciones que la conciencia humana ya podía emprender. La segunda etapa se refiere a la seducción del hombre por la mujer: Pandora. La tercera parte del mito cuenta el castigo (y la posterior liberación) del titán Prometeo. Al dar fuego a los hombres, Prometeo los libera definitivamente de la dependencia



divina. Sin el fuego, no sería posible transformar el medio ambiente, ni adaptarlo a las necesidades físicas de cada pueblo, de cada región. Alrededor del fuego se reunían los hombres primitivos, haciendo de ese elemento un importante factor de sociabilidad. El fuego no es sólo el instrumento de transformación de las sustancias, de cocción de los alimentos, de creaciones artesanales. El fuego representa, también, lo espiritual (luz), la sublimación (calor). Pero también agente de destrucción. Maravillados por sus propias invenciones, los hombres se imaginaron iguales a los dioses y dejaron de hacer sacrificios a los inmortales. En ese momento, para castigar a los hombres, los olímpicos envían a Pandora, el símbolo de los deseos terrenales. Castigada la humanidad, Zeus decide castigar a Prometeo, el orgulloso intelecto creador. Pero, finalmente, viene la salvación: Hércules, también criatura de Prometeo, hombre-héroe, lo libera y mata al águila que le corroía el hígado inmortal. Prometeo se reconcilia con Zeus y entra en el Olimpo. Las consecuencias de esa culpa son olvidadas. El fuego deja de ser un poder destructivo para constituirse en el un elemento purificador, con el cual se realizan los sacrificios divinos.

Prometeo significa todas las tendencias que nos empujan a saber, porque no es lo mismo entender que saber; saber, es saber hacer. Y nos empuja a saber tanto como nuestros padres, más que nuestros padres, tanto como nuestros maestros, más que

nuestros maestros; nuestras líneas vitales... Tú, que no estas sujeto a ningún límite, determinarás, por ti mismo, tu propia naturaleza y conocimiento, según tu libre y universal voluntad... Prometeo permanece indisolublemente ligado a la humanidad, al haber recibido de él sus conocimientos y técnicas. Fue el trágico Esquilo el primero que presentó la figura de Prometeo como la encarnación de la libertad humana enfrentada con orgullo... al destino.

El primer título, recientemente editado, es "Psiquiatría en la Comunidad y Neurolépticos de Acción Prolongada" del cual es autor Oscar Martínez Azumendi, y que en esta misma publicación se referencia. Están previstos otros posibles libros sobre las salas de consumo con menor riesgo o sobre los neurolépticos atípicos. Por las propias características de esta editorial, por los contenidos a editar y por el siempre condicionante de las fuentes de financiación para su soporte, es difícil preveer la perioricidad pero, no obstante, la motivación de quienes deseamos que este incipiente proyecto vaya desarrollándose y permita un mejor conocimiento de algunos recursos accesibles en la atención de las personas con malestares varios en su salud mental. Por eso, desde aquí animamos a quienes tengan algún material publicable de entidad para que consideren la posibilidad de que desde esta editorial se valore su proyección pública.



La cara oculta de Salvador Dalí^(*)

Autor: Luis Salvador López Herrero. Editorial Síntesis, 2004.

Este año 2004, centenario del nacimiento de Ángel Garma y de Salvador Dalí, grandes amigos de Pepín Bello, Federico García Lorca y Luis Buñuel en su estancia en la Residencia de Estudiantes.

Con motivo del centenario de Dalí, el mercado se ha inundado de obras referentes al autor así como de eventos varios de todo tipo. Entre todas las obras publicadas Luis Salvador López Herrero, médico de familia y psicoanalista asociado a la sede de la ELP de Madrid ha escrito este libro que fragua con muchos años de latencia la experiencia inaugural que vertebra la narración: su encuentro en Port Lligat cuando todavía es estudiante con Dalí, Gala y el “séquito” que acolchaba al Divino Dalí en sus fiestas y en la vida. El encuentro, dirigido pese a su entonces transferencia negativa, tal y como él nos comenta, fructificará en un deseo de saber sobre él, sobre el psicoanálisis, sus conexiones con el surrealismo y los encuentros de Dalí con Freud y con Lacan.

“Los surrealistas amantes lectores de Freud y críticos acérrimos del saber psiquiátrico constitucional y degenerativo” usan la locura como instrumento para conocer la realidad aprovechando las ráfagas de la irracionalidad supuesta del loco para convertirla en creación y saber.

Si el interés que el psicoanálisis despertó en los surrealistas, se cifra en la omnipotencia del deseo, también los psicoanalistas como Freud y Lacan se interesaron por sus concepciones y se coagularon en encuentros personales con influencias para ambos. El nexo de interés tanto para Lacan como para Dalí era la paranoia sobre la que ambos trabajaban guiados

por deseos diferentes. Las intuiciones de Dalí sobre el aparato psíquico y la locura fueron después aprehendidas en aforismo lacanianos como: “la psicosis es la estructura o la psicosis es la normalidad”. Sin que podamos saber quién fue primero en el planteamiento de la hipótesis o en qué medida la respectiva influencia fraguaba en conceptualizaciones de este estilo.

Se trata de un libro que describe con detalle y usando los textos de referencia de psicoanalistas y surrealistas como las intuiciones geniales de unos fructificaron en conceptos psicoanalíticos más tarde referidos a la mujer, el amor, la fuerza creadora del deseo, etc. Por otros, pero en definitivas fue un encuentro con consecuencias para ambos como no podía ser de otro modo. El texto estructurado en tres partes y 17 capítulos va entretrejiendo la vida y obra de Dalí con sus búsquedas, sus lecturas y sobre todo en la construcción del personaje Dalí quién de un modo semejante a Joyce se construye un nombre por medio de su obra.

El autor sostiene la hipótesis de la psicosis de Dalí. Desarrolla extensamente la construcción del método paranoico-crítico “al que él atribuye el éxito del método artístico cosechado, aunque desconociera claramente, el proceso de formación del mismo”, modo que para López Herrero era el modo de mantener a raya el goce que le invadía sin límites.

^(*) Referencia que ha aparecido previamente en *Siso Saude* n° 40, 2004



La presencia estabilizadora de Gala, la elaboración de la suplencia Gala-Dalí que le sostiene en lo imaginario o la feminización del personaje Dalí (empuje a la mujer de Lacan) están explicados en el libro con una afán didáctico de fácil comprensión a través sobre todo de los propios textos del artista.

El libro además de transmitir la pasión que para el autor ejerce el personaje, introduce cantidad de referencias bibliográficas y notas a pie de página que nos aclaran lo que precisa ampliación. El caso de Dalí conduce un viaje por los caos paradigmáticos que han servido al psicoanálisis lacaniano para acercarse a la locura sensu estricto como son el caso Joyce y el caso Schreber a modo de pinceladas clínicas.

Ese verano de camping en la zona parece un antes un después en lo que constituirá su recorrido personal por la vida que ya parece nunca será igual. El texto como él señala al inicio es un

libro hecho de encuentros, de fructíferos encuentros, como puede serlo también para todo aquel lector que sin prejuicios, se deje empapar por un texto, que en mi opinión intenta y creo consigue interesar por el psicoanálisis al público en general con interés por saber el Divino Dalí debido a su decidido afán didáctico. Evidentemente no se pretende establecer diagnósticos a través de las obras de los artistas, para eso están las entrevistas clínicas y la palabra del sujeto, sin intentar algunas reflexiones psicoanalíticas en torno por ejemplo al papel que es posible la obra haya podido jugar en la estabilización de ese sujeto.

Una recomendación: Sería mejor leerlo en la estupenda playa de Port Lligat, en donde el lector imaginariamente se sentirá más atrapado por la historia... es lo que nos queda a los que no podemos ser locos ni geniales, porque ya se sabe: no es loco quién quiere sino quién puede...



Chús Gómez

Iñaki Markez

Cambios en la Junta de OME-AEN

Oscar Martínez Azumendi

Poco antes del inicio de las vacaciones tuvo lugar la Asamblea anual de OME donde quedó proclamada la actual Junta Directiva. Para una asociación, son ocasiones estas para la valoración del momento en el que se encuentra, así como de exposición de los nuevos proyectos existentes a partir de entonces. Y si esto suele ser así, para nosotros es doblemente oportuno dado el carácter básicamente continuista de la actual Junta, enriquecida con el aporte de una importante proporción de nuevos miembros, incluso para la propia AEN.

Nos referíamos a la Junta como continuista en la medida que parte de sus miembros participamos en ella, con diferentes ocupaciones, desde 1996 en que se vio la necesidad de revitalizar la Asociación. En esa época, OME se encontraba prácticamente inactiva, así como se iban perdiendo socios en forma de goteo imparable hasta el mínimo alcanzado a final de siglo. Bajo la presidencia de Ander Retolaza (1996–2001) y Paco Chicharro (2001–2004), la actividad asociativa se fue desarrollando progresivamente, aumentando primero el número de actividades realizadas, para consolidarse a continuación junto a la aparición de nuevos proyectos. De igual forma, aumenta el número de socios (28 % más en los últimos 4 años), principalmente jóvenes, que se van incorporando ilusionados por algunas de las posibilidades que la Asociación les ofrece.

Desde las Jornadas nacionales de la AEN en Getxo (1998), se han realizado diversos encuentros científicos, organizados tanto en solitario como en colaboración con otras Asociaciones, afianzándose al menos unas Jornadas anuales de OME coincidentes con la Asamblea anual. Las Jornadas interautonómicas, en cola-

boración con Asturias y Castilla la Mancha, han sido también logros importantes merecedores de reconsideración. Editorialmente, la Revista *Norte* cada vez se encuentra más cerca de convertirse en referente regional en el ámbito de la salud mental. La página web, el *boletín* informativo y la más reciente “Psiquiatría Insólita” contribuyen no sólo al desarrollo científico de nuestra comunidad y difunden nuestra imagen, sino que acercan entre sí a los propios socios, también en comunicación directa e inmediata a través de los diversos foros y listas de distribución electrónica existentes en la actualidad.

No podemos obviar tampoco que nuestra representación en la AEN nacional, en estos momentos es más que significativa, contando con el privilegio de que uno de nuestros socios es el actual Presidente de la misma, con otros vocales desarrollando importantes tareas asociativas.

Para la nueva Junta, parecería que, simplemente mantener este mismo nivel de actividad podría ser un objetivo suficiente, todo ello enriquecido sin duda con la incorporación de personas jóvenes y nuevos socios de OME-AEN, que aportan así nuevas ideas y puntos de vista, favoreciendo la renovación ideológica y de perspectivas. Además, la ampliación del número de junteros y otros cargos asociados, permite una presencia más numerosa en cada una de los diferentes territorios, que esperamos redunde en una mayor actividad y desarrollo asociativo.

Sin embargo, tenemos la ambición de dar un paso más en el desarrollo asociativo, que esperamos también poder seguir viendo crecer numéricamente. Por una parte, nos encon-



tramos comprometidos con la organización del 23 Congreso Nacional de la AEN, a celebrarse en Bilbao en mayo de 2006. Por otra, sería nuestro deseo ampliar la línea editorial de OME, con publicaciones monográficas de producciones de nuestro entorno. Además, convencidos de que para el relativamente pequeño número de socios que somos, hemos alcanzado un aceptable nivel de actividad, en estos momentos puede ser más adecuado dirigir una

mayor parte de nuestro esfuerzo a consolidar el sentido de pertenencia a la misma, favoreciendo de esta manera el debate creativo y el intercambio humano enriquecedor entre nosotros. Pero para eso, y para todo lo anterior, necesitamos vuestra colaboración, a la que desde aquí apelamos para llevar a buen puerto todos los aspectos arriba enumerados. Gracias por ello.

Junta Directiva OME 2004

| | |
|---|---|
| Presidente | Oscar Martínez Azumendi |
| Vicepresidente | Fernando Santander |
| Secretaría | Uxue Picaza |
| Tesorero | Ander Retolaza |
| Vocales Alava | Margarita Hernanz Juan Medrano |
| Vocales Bizkaia | Izaskun Elortegi Carmelo Malda |
| Vocales Gipuzkoa | Emmanuel Azkarate Xabier Lertxundi |
| Vocales Navarra | M ^a . Eugenia Ariz Nekane Pardo |
| Responsable Publicaciones (cargo adjunto) | Iñaki Markez |
| Relaciones ONG's (cargo adjunto) | J. M ^a . Salazar |



Sobre el proyecto del Ministerio de Sanidad sobre la instauración de visado para la prescripción de antipsicóticos atípicos

El pasado mes de septiembre, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó una nota de prensa en que se anunciaba la intención de establecer un visado de inspección previo a la dispensación de antipsicóticos atípicos. La medida se justificaba en base a que *“existe un alto porcentaje de pacientes a los que se prescribe estos medicamentos de forma incorrecta...”*, consistiendo la supuesta incorrección en que, ocasionalmente, se ha detectado su utilización para indicaciones no incluidas en la ficha técnica. Anteriormente —enero de 2004— la Agencia Europea de Medicamentos emitió un informe sobre la utilización de dos neurolépticos de esta familia y *“el riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes ancianos con demencia”*. Se concluía pues, que la medida trataba de *“fomentar el uso racional de los medicamentos en beneficio de la seguridad de los pacientes”*.

No obstante, la inmediatez de su puesta en vigor —dos meses—, la velada acusación hacia los facultativos como “malos prescriptores”, el temor de que las posibles trabas burocráticas pudieran incidir negativamente en la disponibilidad de estos productos, con el riesgo de disminuir la adherencia al tratamiento, etc., han producido una alarma generalizada en todos los agentes implicados (médicos, pacientes, asociaciones de familiares, sociedades científicas, y —probablemente— en la industria farmacéutica).

Por otra parte, el que la medida se dirija exclusivamente hacia un grupo de fármacos

especialmente caros ha inducido a pensar que busca, más que la seguridad de los pacientes, una disminución en el coste de la factura de farmacia.

Como antecedentes en nuestro medio, el visado para antipsicóticos atípicos se implantó de forma experimental en la Comunidad Autónoma de Andalucía en julio de 2003 y definitivamente en septiembre del mismo año, pareciendo pues que ha servido como campo de pruebas antes de proceder a su extensión al resto.

Ante la situación creada se produjo la movilización de las asociaciones de familiares por medio de FEAFES y de diversas sociedades científicas que sumaron su firma a un manifiesto en que se acusaba al Ministerio de Sanidad de tomar medidas “economicistas”, que confirmaban —en su opinión— *“que los enfermos mentales siguen siendo la cenicienta de nuestro Sistema Sanitario”*. El documento completo fue insertado como publicidad en el diario El País —una página completa— el 29 de septiembre. La AEN fue requerida para incluir su firma pero, aún comprendiendo la inquietud generada, se consideró que era una visión parcial y que no recogía otros muchos aspectos fundamentales a la hora de pronunciarse. Por ello, tras recabar distintas informaciones, mantener una entrevista con el Director General de Farmacia del Ministerio de Sanidad, y reunida la junta directiva, se decidió publicar el siguiente comunicado:



DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA SOBRE EL PROYECTO DE VISADO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

La propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo de establecer un visado de inspección previo a la dispensación de antipsicóticos atípicos, ha generado una situación de confusión en cuanto a los motivos y fundamentos de la medida, así como un clima de alarma social por sus posibles consecuencias. Ante esta situación, la Asociación Española de Neuropsiquiatría considera necesario expresar su postura al respecto:

1. La nota de prensa (16-09-04) emitida por el Ministerio de Sanidad, justificando la medida en base a “que existe un alto porcentaje de pacientes a los que se prescribe estos medicamentos de forma incorrecta...” induce a confusión pudiendo provocar una alarma innecesaria. Al parecer se refiere a que, ocasionalmente, se utilizan fármacos para indicaciones no incluidas en la ficha técnica, pero se obvia que esta es una práctica habitual —no sólo con este grupo de fármacos— en la que el facultativo ha valorado previamente la relación riesgo–beneficio para el paciente.
2. De acuerdo con los actuales conocimientos científicos, las personas que padecen trastornos mentales graves requieren una atención que integre el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, la rehabilitación y el apoyo a las familias.
3. La regulación del tratamiento farmacológico dentro de este contexto de atención integral, ha de partir de un análisis preciso de la situación y de sus posibles consecuencias en todos los ámbitos y colectivos.

Por los motivos anteriormente aducidos, proponemos:

- Que se establezca una moratoria de tres meses antes de adoptar cualquier medida en este sentido.
- Que, durante este período, el Ministerio de Sanidad convoque una mesa en la que participen tanto las asociaciones científicas, como las de afectados y familiares con el objetivo de estudiar y valorar con el máximo rigor las posibles medidas que permitan garantizar el buen uso de los fármacos y su disponibilidad en el contexto de una atención integral de calidad.

Madrid, 2 de octubre de 2004
Junta Directiva de la AEN





Próximas citas

- 6-8 de octubre** **Málaga**
XIII Congreso Nacional de Psiquiatría Legal. Sociedad Española de Psiquiatría Legal
Secretaría: 93 589 74 66 • fax: 93 544 21 78 • e-mail: alternativagroup@infomedpress.com
- 21-22 de octubre** **Madrid**
Jornadas Autonómicas de la Asoc. Madrileña de Salud Mental
- 21-22 de octubre** **Barcelona**
IV Conferencia Barcelona-Pittsburgh: "La demencia hoy por hoy".
Secretaría: Fundación ACE. Instituto Catalán de Neurociencias aplicadas. Tel. 93 430 47 20
- 22-23 de octubre** **Albacete**
V Simposio de la Sección de Historia de la AEN: "El sujeto en la clínica"
Organizado por la Asociación Castellano-Manchega de Neuropsiquiatría y la Universidad de Castilla-La Mancha. <http://med-ab.uclm.es/publico/docencia/cursos/aen>
Secretaría Técnica: Viajes El Corte Inglés: Comercialalbacete@viajesece.es
- 23 de octubre** **Bilbao**
Jornada anual del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica: www.ieppm.org
Organiza: Centro Psicoanalítico del norte. Tfno: 94 423 17 74
- 26-30 de octubre** **Bilbao**
VIII Congreso Nacional de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica.
Organiza SEP y SEPB. Secretaría Técnica: 91 455 00 28 • e-mail: congresos@viajeshalley.es
- 28 de octubre** **Vitoria-Gasteiz**
II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del País Vasco.
Organiza: Hospital de Zaldibar (Osakidetza) y la Asociación de Terapeutas Ocupacionales del País Vasco.
Con colaboración del Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco y el Hospital Psiquiátrico de Alava.
e-mail: sgarcia@hzal.osakidetza.net
- 10-13 de noviembre** **Florenia (Italia)**
International Congress of World Psychiatric Association
www.wpa2004florence.org • Tel.: +39 055 33611150
- 11-13 de noviembre** **Puerto de Sta. María, Cádiz**
Jornadas Autonómicas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría
Psicoterapia de los Trastornos Límite de Personalidad
e-mail: usuario@23jornadasaan.com • Tfno: 657 141 633 • www.23jornadasaan.com
- 12-13 de noviembre** **Bilbao**
Jornadas de Psicoterapia Analítica sobre "Trastornos de Personalidad"
Organiza: Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao • Tfno: 94 445 06 71
- 25-26 de noviembre** **Reus**
1^{er} Congreso de la Asociación Española para el estudio del Retraso Mental: "Discapacidad intelectual".
Secretaría: Sanatori Villablanca. • Ap. Correos 72. • 43204 Reus (Tarragona)
- 25-27 de noviembre** **Santander**
2^a Reunión Nacional sobre las fases tempranas de las enfermedades mentales: *El espectro Bipolar*.
Secretaría: Aforo. Tfno.: 942 23 06 27 • Fax: 942 23 10 58 • e-mail: info@aforosl.com
- 26-27 de noviembre** **Madrid**
X Curso sobre *Psicoterapias e intervenciones precoces en la esquizofrenia*.
Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia. S^o de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón
www.cursoesquizofreniamadrid.com • Secretaría: Viajes Iberia • Tfno 91 531 94 49



2-3 de diciembre **Bilbao**

VII Jornadas de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico de Zamudio.
Palacio de Congresos Euskalduna.

17-18 de diciembre **Valencia**

Simposium Internacional sobre Adherencia al Tratamiento.
Organiza: Sdad. Española de Epidemiología Psiquiátrica. Secretaría: "Viajes Villarreal".
Tfno: 952 564 632 • e-mail: congresos@viajesvillarreal.com • www.viajesvillarreal.com

Mayo de 2006 BILBAO

XXIII Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)

www.ome-aen.org@23congresoan

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