

NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen VII N°27 Marzo 2007



“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 de la Universidad del País Vasco.

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 portadas de Norte.

Autora de portada: Rebeca Fernández Gómez • cyberlilura@hotmail.com

Con una rosa marchita de color oscuro quiero representar el alma triste de una persona que está sufriendo, a consecuencia de los sentimientos de confusión, desesperación, depresión, etc., que le produce su enfermedad mental. Sin embargo, mediante los tonos verdes queda reflejada la esperanza, la posibilidad de salir de ese estado de tristeza y confusión.

Volumen VII



N°27

Volumen VI



N°22



N°23



N°24

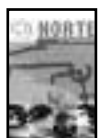


N°25



N°26

Volumen V



N°16



N°17



N°18



N°19



N°20



N°21

Volumen IV



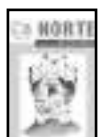
N°11



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
Oscar Martínez-Azumendi
Fernando Colina

Francisco Chicharro
Germán Molina
Juan Medrano
Pilar de la Viña

Director Revista NORTE:

Iñaki Markez

Consejo Asesor y de Redacción:

Alvarez, JM.
Arias, P.
Ayuso, JL.
Berrios, G.
De la Rica, JA.
Esteban, R.
Gonzalez-Pinto, R.
Gutierrez Fraile, M.
Larrazabal, A.
Levav, I.
Marijuan, M.
Marina, P.
Morchan, J.
Pardo, N.
Redero, JM.
Sanchez, A.E.
Totorika, K.
Verdejo, M.
Zuazo, JI.

Aparicio, V.
Ayerra, JM.
Ballesteros, J.
Candina, A.
Erkizia, B.
Filgueira, J.
Guimón, J.
Hernanz, M.A.
Lasa, A.
Malda, C.
Marín, M.
Marquínez, F.
Palomo, Ch.
Póo, M.
Rendueles, G.
Susparregui, JM.
Vega, A.
Ylla, L.

Sede Social: Apdo. Correos 12, 48950 - Erandio. Bizkaia. Tlf: 94 467 49 79
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 VII nº27, Marzo 2007

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-2000

Apdo. Correos nº12, 48950 Erandio. Bizkaia. Tlf: 94 467 49 79

E-mail: ekimen@euskalnet.net

Autora de la portada:

Rebeca Fernández Gómez

Logo Norte de Salud Mental:

Eduardo Chillida

Fotografías:

Archivo OMEditorial

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

Publicación gratuita para asociad@s.

Ejemplar atrasado: 6 euros.

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

– Departamento de Sanidad. Eusko Jaurlaritza



– Laboratorios farmacéuticos:

**Bristol-Myers-Squibb, Ferrer Internacional, Janssen-Cilag,
Lilly, Pfizer, Sanofi-Aventis, Wyeth.**

ISSN: 1578-4940
D. Legal:1565/02



Asociación Española de Salud Mental



Asociación de Salud Mental e Psiquiatría Comunitaria

www.ome.aen.org



www.pulso.com/aen/index.htm

S U M A R I O

PRESENTACIÓN

Las intervenciones terapéuticas y las prioridades de la cartera de servicios _____	6
Ander Retolaza	

JORNADAS SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE BIZKAIA

“40 Aniversario de los CSM” _____	9
José A. Martín Zurimendi	
La relación asistencial con inmigrantes y otros grupos con estrés crónico y exclusión social: la relación terapéutica extendida o ampliada _____	17
Joseba Achótegui	
Intervenir con adolescentes que consumen drogas y no son toxicómanos _____	31
Juan Antonio Abeijon y M ^a Jesús Irastorza	
Atención a las fobias _____	36
Salvador Álvarez Leal	
Criterios de actuación en Atención Primaria ante la enfermedad mental grave _____	41
Oscar Martínez Azumendi	
Las aportaciones del modelo psicodinámico en la asistencia extrahospitalaria de Bizkaia _____	52
Juan Luis Borda	
Nuevos y viejos fármacos en la Asistencia Psiquiátrica _____	56
María Begoña Tomé	
La atención a la psicosis temprana y al trastorno mental severo en la comunidad _____	60
Lalucat Lluís, San Emeterio Maite, Teixedó Mercè, Casalé Dolors, Villegas Francisco y Ciutat Àngels	
Programas especializados de Trastornos de Personalidad _____	65
Cesar Paumard, Vicente Rubio, Jose Manuel Granada	
¿Es necesario intervenir específicamente tras un primer episodio psicótico? _____	73
Patxi Gil	
Psicoterapia en la institución pública _____	87
Miguel Ángel González Torres y Rita Touza Piñeiro	
Acto de reconocimiento en las XIX Jornadas de Salud Mental Extrahospitalaria _____	93
José A. Martín Zurimendi	

PARA LA REFLEXIÓN

El equipo multidisciplinar: ¿Realidad o expresión de un deseo? _____	95
Fco. Chicharro Lezcano	
Elogio de la basura: de la mano de Traperos de Emaús _____	101
Amando Vega Fuente e Iñaki Markez	

FORMACIÓN CONTINUADA

Caso clínico: Parálisis Supranuclear Progresiva: a propósito de un caso _____	118
Ainara Arnaiz y Maider Prieto	
Caso clínico: La esquizofrenia de inicio senil o cuando el reto de saber pseudodiagnosticar _____	123
Carlos Miró y Mariano Hernández	

ACTUALIZACIONES

G. Berrios, C. Merino, J.J. Uriarte	
El diagnóstico psiquiátrico no categorial. J. Guimón _____	126
Respuestas a la exclusión. I. Markez _____	129
IX Jornadas de Rehabilitación Psicosocial, Hospital Psiquiátrico de Zamudio _____	131

ASOCIACIONISMO

Programas de Formación Prospect. M ^a Jesús San Pío Tendero _____	133
--	------------

AGENDA

Próximas citas _____	137
-----------------------------	------------



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. 12, 48950 Erandio. 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 mas 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>.



Intervenciones terapéuticas y prioridades de la cartera de servicios¹

Ander Retolaza

Psiquiatra. CSM de Basauri-Galdakao

Los días 20 y 21 del pasado mes de Noviembre de 2006 tuvieron lugar en el Auditorium de la Universidad de Deusto, en Bilbao, las XIX Jornadas de la red de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia (SMEB). Coincidiendo con ellas, en esta ocasión, celebramos una efemérides importante como es el 40 aniversario de la creación del Consultorio de la Calle Arbieta, primer centro de asistencia psiquiátrica ambulatoria que hubo en Bizkaia. El entonces novedoso servicio estuvo ubicado en los bajos del edificio que también albergaba a la antigua Biblioteca Foral y al Conservatorio Bilbaíno de Música. Fue, en la práctica, el primer Centro de Salud Mental abierto en Bizkaia y —también— uno de los primeros del estado en su género. El Consultorio de Arbieta abrió sus puertas en el año 1966 y su creación se debió a la iniciativa del Jefe de los Servicios Psiquiátricos de la Diputación, Dr. Mariano Bustamante. Hay que recordar que, en aquel tiempo, en pleno franquismo, no existía Osakidetza ni ningún otro Servicio Autonómico de Salud en todo el país, la asistencia psiquiátrica era poco más que una atención de carácter beneficente y en Bizkaia, como en la mayoría de los lugares, era la Diputación la institución que amparaba este tipo de atención, totalmente separada (y segregada) de cualquier otro servicio sanitario.

Hasta que se abrió este consultorio, los servicios en materia de Salud Mental eran en su totalidad dispensados por los Hospitales Psiquiátricos de la provincia. No existía (ni aquí, ni en cualquier otra parte del estado) ninguna unidad psiquiátrica ubicada en hospital general. En muchos lugares había centros abandonados (o casi) por las administraciones públicas y bastantes de ellos en manos de órdenes religiosas. Como alternativa ambulatoria, en los últimos años del INSALUD existieron unas consultas de neuropsiquiatría de dos horas, completamente atestadas de pacientes y en las que no era posible siquiera el abrir documentalmente una historia clínica propiamente dicha. Es importante hacer estas menciones al contexto general de la asistencia psiquiátrica en el momento social, político e institucional de la segunda mitad de los años sesenta, para destacar la relevancia de la apertura de un centro que ya reunía algunas de las características esenciales que habrían de ser desarrolladas con posterioridad. Ello merced a la que se convino en llamar Reforma Psiquiátrica, la cual aún hubo de esperar casi veinte años, hasta la década de los ochenta del pasado siglo.

Donde entonces estuvo el Consultorio de Arbieta, único CSM del territorio, que llegó a atender 340 consultas al año, podemos

¹ XIX Jornadas SMEB. 40 aniversario de los Centros de Salud Mental de Bizkaia (1966-2006)



contemplar en la actualidad una moderna biblioteca. Por su parte los Centros de Salud Mental han pasado a ser casi una treintena y han realizado más de 445.000 consultas en el año 2005. En ese mismo año ha sido aprobada una Cartera de Servicios propia para los Centros de Salud Mental, que ha sido incluida en el Plan Estratégico de la Organización de Servicios de SMEB.

Durante los dos días que duraron las Jornadas fue posible intercambiar diferentes ideas y propuestas de trabajo así como conocer diversas experiencias relacionadas con las prioridades de la asistencia psiquiátrica ambulatoria en la actualidad, subrayando de manera especial aquellas intervenciones más adecuadas a las necesidades de la población que atendemos. Las características de un contexto público de asistencia y la referencia, lo más rigurosa posible, al carácter científico de los temas expuestos fueron —también— dos señas de identidad prioritarias en los objetivos que los organizadores se habían marcado para el evento. Quienes estuvimos presentes, creemos que la participación y el desarrollo de las jornadas dieron fe del cumplimiento de estos objetivos.

Si la efemérides institucional fue un buen trampolín para la organización de las jornadas, tampoco se olvidó en las mismas el recuerdo a las personas que han hecho y hacen posible que las cosas funcionen. Los profesionales que han desarrollado su labor durante los veinte años de existencia de la red ambulatoria de Salud Mental de Bizkaia fueron homenajeados en la figura de cuatro compañeras que se han jubilado en fechas recientes. En un año en el que se celebraba también el 150 aniversario del nacimiento de Sigmund Freud, creador del psicoanálisis e inspirador de primera hora de la psicoterapia moderna, tampoco se quiso dejar de lado el análisis de su influencia en el desarrollo de las orientaciones terapéuticas de la psiquiatría ambulatoria en Bizkaia. No debemos obviar

que el propio Dr. Bustamante, junto con los también psiquiatras bilbaínos de su generación, los doctores Angel Garma y Julián Ajuriaguerra, fueron pioneros entre quienes, en nuestro país, tuvieron experiencia personal y formación en materia de psicoanálisis.

El entramado de las Jornadas lo constituyeron cinco mesas redondas en las que participaron tanto profesionales de nuestra red como invitados traídos de otros lugares del estado y de fuera de España. En la primera de ellas² se expuso y analizó la actual cartera de servicios inserta en el Plan Estratégico de Osakidetza. Se expusieron asimismo las características de una cartera de servicios que incluya la psicoterapia y del contrato terapéutico entre profesionales y usuarios que debiera conllevar. La tercera presentación de la misma se centró en diversas e importantes cuestiones referidas a los tratamientos farmacológicos que se dispensan en la asistencia psiquiátrica actual, incluyendo aspectos de normativa legal europea y española de gran relevancia.

La segunda de las mesas³ centró su atención en el tratamiento precoz de los trastornos psicóticos. Entre otras intervenciones, se dio a conocer en ella una propuesta para desarrollar un nuevo programa de atención a las primeras descompensaciones psicóticas en los CSM de Bizkaia. Finalizó la primera jornada con una mesa titulada: *Psicoterapia en la Institución Pública: la aportación del modelo psicodinámico a la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria de Bizkaia*. A la misma fueron invitados a participar diversos miembros de sociedades científicas que tienen convenio con SMEB, todos ellos, integrantes a su vez y responsables en diverso grado, de varios servicios de Salud Mental de Osakidetza en Bizkaia.

El segundo día se inició con una mesa redonda dedicada a la patología severa en adolescentes y jóvenes⁴. En ella se incluyeron, entre

2 Ponentes: José Andrés Martín Zurimendi, Alvaro Iruin, Paz Flores y Begoña Tomé.

3 Ponentes: Iñaki Eguiluz, Jesús Artal, Lluís Lalucat y Oscar Martínez Azumendi.

4 Ponentes: Alberto Lasa, Juan Luis Borda, Carmelo Malda y Miguel Ángel González Torres.



otros aspectos, temas relacionados con diversas modalidades de abordaje familiar y sobre el consumo de drogas. Para estas exposiciones fueron invitados ponentes expertos procedentes de centros, tanto de nuestra propia red como de algunos servicios radicados en Francia⁵. La mesa que concluyó las jornadas⁶ tuvo un carácter misceláneo, agrupando presentaciones de diferentes temáticas de fuerte impacto en nuestros servicios en la actualidad, como son los trastornos de personalidad, la eficacia comparada de psicoterapias y farmacoterapia en el tratamiento de la depresión, las intervenciones centradas en población inmigrante y la atención específica a los trastornos fóbicos.

En otro lugar de esta revista pueden verse los nombres de los diversos ponentes, no incluidos en esta reseña para no hacerla en exceso reiterativa. Algunos de ellos han encontrado tiempo disponible para responder a la invitación cursada por *Norte de salud mental* y han enviado resúmenes de su participación o comentarios relacionados con ella a la redacción de la revista, motivo por el cual les estamos muy agradecidos.

Es obligatorio concluir estas notas sobre las Jornadas refiriendo a cuantos no estuvieron presentes que la participación fue bastante

numerosa, aunque siempre se echa en falta que sea mayor y, sobre todo, bastante activa en cuanto a requerimientos y preguntas a los ponentes. En este apartado hay que señalar que los asistentes encontraron que faltó tiempo para los debates posteriores a cada mesa. Esto suele ocurrir cuando se dan varias circunstancias simultáneas. La primera es que los temas escogidos sean de interés; la segunda, que los ponentes sepan presentarlos de manera amena y sugerente; la tercera, que no haya muchas otras oportunidades de realizar estos debates. Todas ellas apuntan, con las consabidas imperfecciones, al éxito de estas Jornadas y nos indican —sobre todo la tercera de las señaladas— que encuentros como el que estamos comentando debieran prodigarse con mayor frecuencia. Así pues enhorabuena a los organizadores. Esperamos que las XX Jornadas de SMEB sean aún mejores.

También en este número de la revista *Norte* hemos logrado incluir algunos otros artículos en las secciones de “Originales”, “Para la Reflexión”, “Formación Continuada” y “Actualizaciones”, de modo que os pueda llegar una publicación con mayor amplitud de contenidos.

Bilbao, Febrero de 2007



5 Ponentes: Manuel Hernanz, César Paumar, Ander Retolaza, Joseba Achótegui, Salvador Álvarez.

6 Ponentes: Juan A. Abeijón, Michel Botbol, Sylvie Ángel, M^a Jesús Irastorza, José M^a. Ayerra y José L. López Atienza.

Nota de la Redacción: En atención a las diferentes orientaciones de los ponentes, en esta ocasión no han sido consideradas estrictamente las Normas de Publicación de la revista *Norte de salud mental*.



40 Aniversario de los CSM: Cartera de servicios, patologías emergentes y la influencia de Psiquiatría Dinámica en la red de Salud Mental de Bizkaia¹

José A. Martín Zurimendi

Psiquiatra

Director de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Osakidetza–Bizkaia

Resumen

Coincidiendo con el 40 aniversario del primer Centro Salud Mental (CSM) de Bizkaia se repasa la evolución de la Asistencia Psiquiátrica Extrahospitalara de Bizkaia en estos últimos 40 años. Se recuerda el primer Plan de Reforma Psiquiátrica del País Vasco del año 1983, el Plan del Dr. Ajuriaguerra, en el que se postulaba el desarrollo de la Psiquiatría Comunitaria, la integración en el Sistema Sanitario y de la psicoterapia. Se analizan las actuales prioridades asistenciales de la red contempladas en la Cartera de Servicios y los retos de futuro de la asistencia extrahospitalaria (primeros brotes, adolescencia, trastornos de la personalidad,...) y coincidiendo también con el aniversario del 150 nacimiento de Freud, se hace un repaso de la influencia de la Psiquiatría Dinámica en el desarrollo de los CSM de Bizkaia.

I. 40 aniversario de los C.S.M. en Bizkaia

En el año 1966, y a propuesta del Jefe de Servicios Psiquiátricos de la Diputación de Bizkaia, el Dr. Mariano Bustamante, se creó, en la calle Arbieta de Bilbao, el primer Centro de Salud Mental de Bizkaia, pionero también en el Estado. Donde había un CSM que atendía 340 consultas al año, se ha construido una biblioteca y cuarenta años más tarde, en Bizkaia los Centros de Salud Mental llevan a cabo anualmente, más 445.000 consultas ambulatorias. Dos años después de la creación del Centro, coincidiendo con la inauguración del Hospital de Zamudio el Dr. Bustamante afirmaba que *“el Consultorio tiene hoy como función fundamental atender a los pacientes que han cursado alta del régimen sanatorial y evitar en lo posible la hospitalización de enfermos nuevos... Su labor se hace sentir especialmente en la profilaxis de las recaídas del alcoholismo”*. Aquel primer Centro contó

¹ Inauguración de las XIX Jornadas de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia (S.M.E.B.)



con enfermería y trabajadores sociales y, pronto, con facultativos dedicados en jornada completa a la actividad en consultas.

Pero fue sobre todo a partir de la instauración de la democracia cuando los Centros de Salud Mental surgieron. Unos a partir de iniciativas de las diferentes Instituciones: Ayuntamientos o Consorcios como el de Uribe-Kosta, la Diputación (que creó Centros dependientes de los Hospitales), el Departamento de Sanidad, (que promovió otros, la mayoría orientados al creciente problema de las Drogodependencias a través del DAK-Droga Arazo Koordinakundea, dirigido por el Dr. Javier Aizpiri), y de iniciativas ciudadanas: Módulos Psicosociales (el pionero el de Rekalde a finales de los 70) y Fundaciones (Izarrar, Etorikintza, Argia, Bizitegi, Gizakia,...).

Y en este contexto, aunque por conocido, no queremos olvidar la figura del profesor Julián Ajuriaguerra que puso las bases de la Reforma Psiquiátrica en nuestro país, y que postuló, como alternativa a la asistencia psiquiátrica basada exclusivamente en la hospitalización: *“el desarrollo de la asistencia psiquiátrica comunitaria, con centros de salud mental, comunidades terapéuticas y hospitales de día”*.

Aquel primer Plan de Salud Mental facilitó la integración de la Asistencia Psiquiátrica y fuimos la primera Comunidad Autónoma que la traspasó al Servicio Nacional de Salud, a una Osakidetza que estaba por entonces naciendo. Me estoy refiriendo al año 1985. Para el año 1990 todos los servicios psiquiátricos, extrahospitalarios y hospitalarios, formaban parte ya de la red del Servicio Vasco de Salud.

Cuarenta años, más de la mitad de ellos integrados en Osakidetza, nos proporcionan ya una perspectiva, desde la que podemos constatar cómo la red de atención extrahospitalaria, fundamentalmente la propia de Osakidetza, y la concertada por el Departamento de Sanidad, constituye hoy en día una amplia red de asis-

tencia sanitaria, que viene demostrando a través de las encuestas de satisfacción de los pacientes, el grado de aceptación de sus prácticas en la población. Estas encuestas son uno de los pilares de la certificación de la Calidad de nuestra Organización, Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia, con la “Q de plata”, que a través de Euskalit nos ha otorgado este año, el Gobierno Vasco.

En este tiempo, en los últimos años, de dos centros en Bilbao (Arbieto y Garamendi) hemos pasado a 30, implantados a lo largo de todo el Territorio de Bizkaia, constituyendo con el resto de Centros de Osakidetza la red autonómica posiblemente más desarrollada, y de un único programa orientado al seguimiento tras el alta de las patologías más graves, se ha pasado al desarrollo de programas especializados: adultos, infantil, toxicomanías, programa de objetivos intermedios (metadona), trastornos de la conducta alimentaria,... con lo que hemos venido dando respuesta a los nuevos retos que se nos han planteado.

Casi el 5% de la población acude anualmente a los Centros de Salud Mental de Bizkaia, y se llevan a cabo la actividad en consultas, con calidad y con unos tiempos de demora adecuados a los criterios de nuestros Contratos Programa. Son más de 500 las personas atendidas en hospitales de día, tanto de adultos como el orientado a la población infanto-juvenil, y el Programa de Comunidad Terapéutica continúa dando respuesta, con criterios asistenciales adaptados a los cambios de las conductas adictivas; de nuevas sustancias (cocaína,...) y vías. La población ya no recela a la hora de acudir a nuestras consultas, que son una tipología más, de la asistencia sanitaria que presta el servicio sanitario público en Bizkaia.

Pero después de estas cuatro décadas nos encontramos con nuevos retos, con una población que cada vez tolera menos el sufrimiento, muchas veces el inherente al mero hecho de vivir, existencia que no suele desarrollarse sin



problemas y sin sufrimiento. Por eso las consultas se cargan con demandas asistenciales para la atención de problemas de la vida cotidiana, que sin dejar de tener su importancia para las personas que las padece, posiblemente no deban de ser, al menos muchas de ellas, convertidas en una demanda de salud mental. Recordamos de nuevo al profesor Ajuriaguerra cuando afirmaba que “la vida es un problema y no hay que psiquiatrizarla”. Es ésta uno de las principales amenazas contempladas en nuestras líneas estratégicas, el incremento de la demanda ocasionada por esta medicalización del malestar de la vida cotidiana.

2. La demanda, la cartera de servicios y las patologías emergentes

La red de Salud Mental se encuentra en esta encrucijada, manteniendo un modelo comunitario de asistencia psiquiátrica, por el que de nuevo hemos optado en nuestras líneas estratégicas, y ante el desafío de poder seguir garantizando una asistencia extrahospitalaria de calidad para los pacientes que más lo precisan, los más severos y con más posibilidades de rehabilitación, entre ellos, los más jóvenes. Estos objetivos constituyen la razón de ser de SMEB, de nuestra misión.

En este contexto parece necesaria una reflexión sobre la definición de la Cartera de Servicios. Hemos entendido fundamental definir aquellas patologías que deben ser atendidas de manera prioritaria, y sin dejar de lado la equidad de la red, que no olvidamos es pública, debemos hacer hincapié en la atención a aquellas patologías más graves y emergentes, tal y como nos lo indican el Plan de Salud del Departamento de Sanidad o los Planes Estratégicos de Salud Mental que hemos elaborado.

Por eso, habiéndose presentado en el año 2005 nuestra Cartera de Servicios, (incluida en el Plan Estratégico de nuestra Organización)

este foro sirve para que los profesionales puedan intercambiar ideas y propuestas y conocer otras experiencias sobre aspectos relacionados con las prioridades de nuestra asistencia: cartera de servicios, los abordajes terapéuticos, las primeras descompensaciones psicóticas, la atención a la adolescencia, los trastornos de la personalidad,...

Parece incuestionable que una de las amenazas más importantes para la red es la psiquiatrización de problemas que, no sé si muy acertadamente, se ha denominado como “patología menor”. Por eso debatiremos sobre el filtro y la coordinación con la Atención Primaria y la necesaria utilización de técnicas terapéuticas, además de eficaces, eficientes.

Por eso, haremos hincapié en las intervenciones terapéuticas adecuadas a las necesidades de la población, nuestro contexto público y el conocimiento científico, ya que nuestra formación continuada y nuestra actividad asistencial debe estar orientadas hacia aquellas técnicas terapéuticas farmacológicas y psicoterapéuticas que han mostrado una eficacia contrastada, entre ellas las grupales y las breves. Así se recoge también en nuestros objetivos estratégicos y forman parte de las recomendaciones de nuestra Cartera de Servicios. Si nuestros recursos humanos, aunque amplios en comparación con otras Comunidades, son limitados y nuestra incidencia administrativa es elevada y constante, debemos poner el énfasis en el desarrollo de las actividades que hemos definido como prioritarias, como algunas de las que hemos señalado.

Para que el sistema no se colapse es necesario que los pacientes, en un tiempo determinado sean dados de alta, no permanezcan “sine die” en el sistema. Es éste el motivo por el que el incremento de las altas médicas es un objetivo incluido en nuestro Contrato Programa y en nuestros Planes de Gestión. En especial de aquellas patologías, sobre todo los trastornos adaptativos, que pueden afrontarse con un



número reducido de intervenciones —lo estamos estudiando— actuando como consultores, devolviendo las demandas, de manera informada, a la Atención Primaria. Debemos de superar ciertos prejuicios como que estos pacientes vuelven irremediamente a la red. Los datos preliminares con que contamos nos indican que en estos trastornos, las altas son posibles y necesarias, y los reinicios, escasos.

Pero para ello es también preciso “preparar” al paciente desde el inicio del tratamiento. La psicoterapia nos lo ha enseñado. Es positivo fijar metas, tanto terapéuticas como de tiempo, para que el paciente pueda hacer acordes sus expectativas con la realidad del tratamiento. El “vuelva Ud. el mes que viene” no es la mejor manera de gestionar adecuadamente nuestros recursos.

3. La influencia de Freud y la Psiquiatría Dinámica en la red de Salud Mental de Bizkaia

No olvidaremos a los profesionales que hicieron posible el nacimiento de nuestra red, y de hecho haremos un acto de reconocimiento a nuestros compañeros recientemente jubilados, en un año en el que se conmemora también el 150 aniversario del nacimiento de Freud, por lo que destacaremos su influencia en el desarrollo de sus orientaciones terapéuticas de la Psiquiatría ambulatoria en Bizkaia.

El propio Dr. Bustamente, junto con los psiquiatras bilbaínos Drs. Garma y Ajuriaguerra*, fueron pioneros en contar con una experiencia psicoanalítica personal y no deja de ser una coincidencia que en la calle Arbieto, donde ahora se ha elevado una nueva y espléndida biblioteca, que sin duda albergará textos de Freud, posiblemente habría ya libros de Psiquiatría Dinámica en las estanterías de los profesionales.

Hasta entonces la asistencia había estado centrada en los Hospitales de Bermeo y Zaldi-

bar y aunque se habían iniciado en los años 70 adelantados procesos de reinserción social de pacientes como los llevado a cabo en Bermeo en los años 70 y posteriormente en Zaldibar, no fue hasta 1966, año en el que el Dr. Bustamente, médico leonés afincado en Bilbao, hiciera hincapié en la importancia de la psiquiatría ambulatoria.

Se había formado en Madrid con grandes psiquiatras de la época, estuvo en la “Residencia de Estudiantes” y tuvo una experiencia psicoanalítica con el Dr. Garma, a su vez psiquiatra y psicoanalista bilbaíno, precursor del psicoanálisis, que había estado también en dicha Residencia y que contaba también con una profunda formación psiquiátrica y psicoanalítica que había obtenido en Berlín.

El Dr. Bustamente también con amplios conocimientos psiquiátricos, hacía, en 1968, referencia directa a Freud, recordando “*que los Institutos Psicoanalíticos constituyen el núcleo inicial de los Centros Sociales*” y que “*esencial en toda asistencia psiquiátrica organizada, comprende con las psicoterapias, individual y de grupo, y una ergoterapia sistematizada y dirigida*”.

Posiblemente la influencia del Dr. Ángel Garma en la asistencia psiquiátrica vizcaína haya sido reducida, debido sin duda a su exilio. No volvió a Bilbao hasta el año 1983 invitado por el Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao gracias a lo que se le pudo rendir, en su tierra, el homenaje que merecía.

A mediados y finales de los 70, entró una nueva generación de psiquiatras a la red. Además de llevar a cabo nuevas técnicas terapéuticas y de grupo, en la asistencia psiquiátrica de Bizkaia se produjo un movimiento, solicitando una asistencia más acorde con los nuevos tiempos y en las hemerotecas podemos ver fotos de actuales psicoanalistas, solicitando mejoras en la Asistencia Psiquiátrica ante la Diputación de Bizkaia.



El Gobierno vasco, con competencias en la salud mental desde un principio llamó a otro prestigioso psiquiatra bilbaíno, también con experiencia psicoanalítica, que lideró el primer Plan de Reforma Psiquiatría de Gobierno Vasco, anterior al plan de Reforma del Ministerio. El plan promovido por el Dr. Ajuriaguerra, además de propiciar el desarrollo de la psiquiatría comunitaria, planteaba como objetivo la promoción de técnicas de psicoterapia en la Seguridad Social.

Y en su prólogo insertó el texto que reproduzco literalmente: *“La curación que se obtiene sólo por el esfuerzo del médico es un regalo, mientras que la curación en el sentido pleno de la palabra es obra de la conquista del hombre, del propio afectado. Nosotros podemos aliviar los dolores, pero no conseguiremos aliviar las consecuencias de la enfermedad, que es una experiencia en la línea de la tragedia de la vida”*. Esta frase abunda en el sentido de que el Dr. Ajuriaguerra estaba influenciado por la obra de Freud.

En aquel Plan participaron también otros psiquiatras, entre ellos los Drs. José Guimón y Rafael Cristóbal que habían llevado a cabo parte de su formación en el extranjero. El desarrollo de la psiquiatría dinámica en Bizkaia está ligado a los desplazamientos, a los que van y vuelven con un bagaje de contenidos y saber psicoanalíticos. La importancia de la introducción del psicoanálisis está, sin duda, ligado también a la joven Universidad de Bilbao, hoy en día del País Vasco y a su ligazón con el Servicio de Psiquiátrica del Hospital de Basurto, liderados ambos por el profesor José Guimón.

En la Cátedra desarrolla también su labor científica y docente el Dr. Luis Yllá, formado en Peña-Retama, lugar histórico del psicoanálisis en España, fundada por el Dr. Jerónimo Molina (otro pionero como los Drs. Mira, Sarró,...). El conjunto de profesionales que trabajaban en el Servicio, Drs. Koldo Totorika, Miguel Gutiérrez, influyeron sin duda en la formación de los jóvenes psiquiatras, “tradición” que se ha podido

mantener en Bizkaia, a pesar de los nuevos “rumbos” que está tomando la Psiquiatría.

Se intensificó el interés por la psicoterapia de grupo que ya se había experimentado en Basurto, también de la terapia de familia y surgió la asociación de Psicoterapia Grupal, con importante desarrollo en algunos Centros de Salud Mental, como el de Uribe con el Dr. J. M^a Ayerra a la cabeza. El exilio Argentino también nos acercó a profesionales del Psicoanálisis, que con una aproximación familiar y psicoanalítica basada en el modelo del Dr. Jorge García Badaracco, ha tenido una importante influencia en Centros de Salud Mental.

Otro punto de desarrollo del psicoanálisis fue sin duda el Hospital de Zamudio. El Dr. Barembliit invitado por el Dr. Pedro Torre desarrolló durante años un seminario de Psicoterapia Institucional en los años 80 y a finales de la década los Drs. Guzmán y Melendo supervisaron la actividad clínica en el Hospital de Bermeo. En el grupo de Zamudio estuvo el germen de una nueva orientación de profesionales de Osakidetza, hacia el psicoanálisis de la Escuela de Lacan. El auge en nuestro contexto del psicoanálisis lacaniano, canalizado a través del Seminario del Campo Freudiano, ha estado también vinculado a la Universidad a través de la Escuela de Enfermería de la UPV, el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Galdakao y Centros de Salud Mental.

De Suiza habían vuelto más psiquiatras, algunos especializados en la atención a través de la psicoterapia dinámica a niños y adolescentes, de lo que tanto había aportado el Dr. Ajuriaguerra. Así los Drs. Alberto Lasa y Kar-mele Elorza se integraron en la joven red de Osakidetza y no fueron pocas las supervisiones de servicios públicos de la Dra. María Luisa Castillo, que a través de seminarios y supervisiones, contribuyeron a la expansión de las teorías psicodinámicas.



Y mientras unos volvían otros iniciaban los viajes a Madrid a París para profundizar en su formación psicoanalítica, algunos dejando la Institución, a la que después han vuelto. Otros profesionales de los CSM de Bizkaia pudimos aprovechar el retorno de la Dra. Marian Grijalva, después de su trabajo en el servicio del Dr. Rallo en Madrid. El Dr. Zuazo con experiencia psicoanalítica y de psiquiatría del Sector en París lideró el Plan Estratégico de la Asistencia Psiquiátrica, esta vez ya de Osakidetza, en el año 1990, en el que de nuevo se incidía en la psicoterapia, la rehabilitación y la medicina psicosomática y en el desarrollo en ciertos programas como el de psiquiatría infantil.

Quizás la influencia e interés del Dr. Garma por la medicina psicosomática llamó el interés de un paisano suyo, el Dr. Jaime Tomás que junto a la Dra. Isabel Usobiaga, nos orientaron hacia el modelo del IPSO de París. Todavía conservo la nota del Dr. Marty, otro asiduo de Bilbao, cuando vio que sus teorías estaban recogidas en nuestro Plan Estratégico. Dentro de este marco de relación de lo somático como lo psíquico, en los primeros años 80, se desarrollaron también experiencias de Grupos Balint en Osakidetza, como las conducidas por los Drs. Santa Eufemia en Ortuella y Malda en Galdakao.

Un grupo de profesionales ligados a los Módulos Psicosociales, al que se sumaron profesionales de la Diputación, interesados en la terapia de familia, tras hacer un curso en la Universidad de Lovaina, encontramos la persona que pudiera continuar la formación en esta técnica psicoterapéutica, ya que en esas fechas, volvió el Dr. José Luis Ruiz de Munain, experimentado en el modelo propugnado por los Drs. Kauffman y O. Masson de Lausanne, que nos visitaron, y que integraba lo sistémico y lo psicoanalítico. En Euskadi se creó la primera Asociación de Terapia de Familia, que luego constituiría la FEATF, en la que, gran parte de sus miembros pertenecíamos a la red pública.

Había otras Asociaciones Científicas o fueron surgiendo, como la fundación OMIE, la fundación ALTXA, el Grupo de Psicoterapia Psicoanalítica de Bilbao (GPAP), el Seminario del Campo Freudiano. Con todas ellas nuestra Organización SMEB de Osakidetza tiene convenios de colaboración, en una permuta de prácticas por actividad docente, de la que se pueden beneficiar tanto los actuales como futuros profesionales.

Los seminarios y las supervisiones, también en los Servicios Públicos en los que había un creciente interés en las técnicas psicoterapéuticas, se han desarrollado a lo largo de los años. Pronto se comprobó que los abordajes debían adaptarse a la realidad de la asistencia pública. De ahí la orientación a la psicoterapia breve que fue liderada, además de un seminario del GPAB, por parte del Dr. González Pinto que llevó a cabo Seminarios de Psicoterapia Breve. Otros han sido conducidos por los Drs. Jose M^a. Erroteta, Carmelo Malda, Koldo Totorika, Jesús Colas, Pilar Puertas,...sobre diferentes cuestiones (depresión, terapia de grupo, psicoterapia de niños y adolescentes, trastornos de la conducta alimentaria...) siempre bajo una orientación psicodinámica.

En el año 1999 llevamos a cabo una encuesta sobre la psicoterapia entre los facultativos de los CSM de Bizkaia. Contestaron el 59 % de los facultativos, de los que el 79 % de los psiquiatras y el 65% de los psicólogos manifestaron que contaban con formación psicoterapéutica. Preguntados sobre sus orientaciones eran fundamentalmente de orientación psicodinámica (48%), familiar (26%), y grupal (26%). El 31% señalaba su especialización en dos técnicas psicoterapéuticas. En la actualidad muchos de los psicoterapeutas adscritos a la FEAP están vinculados a Osakidetza.

Dado el interés y objetivadas, las dificultades de desarrollar psicoterapias en los centros Públicos, tal y como se constató en la encuesta y ante el incremento de la demanda, se consti-



tuyó en nuestra Organización el grupo de “Psicoterapia en la Institución Pública” que elaboró un documento, aun vigente, sobre la adecuación de estos abordajes a la asistencia pública. En SMEB se han organizado también varias Jornadas sobre Psicoterapia en un contexto público, de hecho una de las mesas redondas de estas Jornadas versará específicamente sobre este aspecto, y se ha comenzado a trabajar el desarrollo de los abordajes psicoterapéuticos según el modelo de Gestión por Procesos.

No deja de ser paradójico que el Decreto de prestaciones, tanto el anterior como el recientemente aprobado por el Ministerio, aun excluyendo el psicoanálisis (la cura tipo se entiende), mantiene la psicoterapia familiar, de grupo y breve, sin explicar la manera concreta y factible de poder llevarlas a cabo.

Resaltaría por fin los altos grados de Satisfacción de los usuarios de nuestra Organización. Así el 97% volverían al CSM y afirman ser atendidos en consulta durante una media de casi 28 minutos por consulta, lo que nos invita a reflexionar sobre la necesaria sistematización de la relación terapéutica, que se establece, en este contexto y durante estos periodos de tiempo.

Parece por tanto evidente que, como afirma el Dr. Yllá, el psicoanálisis ha impregnado a la psiquiatría y a los profesionales de nuestra red. Freud, que era una persona dinámica y que

nunca renegó de los avances científicos y de las posibilidades de que la población pudiera en un futuro beneficiarse de la técnica psicoanalítica, nos dejó estos conocidos extractos de su visión de futuro:

“...Se nos planteará entonces la labor de adaptar nuestra técnica a las nuevas condiciones. (...) Asimismo en la aplicación popular de nuestros métodos habremos de mezclar quizá el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa (...) Pero cualquiera que sea la estructura y composición de esta psicoterapia para el pueblo, sus elementos más importantes y eficaces seguirán siendo, desde luego, los tomados del psicoanálisis propiamente dicho riguroso, y libre de toda tendencia.”

“La terapia sólo nos concierne aquí en la medida en que opera con recursos psicológicos, y por el momento no disponemos de otros. El futuro podrá enseñarnos a influir directamente, mediante sustancias químicas particulares sobre las cantidades de energía y sobre su distribución en el aparato psíquico. Quizá surjan aún otras posibilidades terapéuticas todavía insospechadas; por ahora no disponemos de nada mejor que la técnica psicoanalítica, y por eso no se la debería desdeñar; pese a todas sus limitaciones”.

En nuestras manos está avanzar de manera honesta y rigurosa en esta línea.



José A. Martín Zurimendi

e-mail: martzuri@smeb.osakidetza.net

www.saludmentalbizkaia.org

BIBLIOGRAFÍA

- Aisa P. Fano S y G. Guija A, 1977. Evolución del servicio de asistencia psiquiátrica Extrahospitalaria en Vizcaya 1966–1975. *Archivos de Neurobiología*. 1977, 40/5: 323–334.
Disponible en: <http://www.ome-aen.org/document/aisa.pdf>
- Ajuriaguerra, J. et al. “Plan de Asistencia Psiquiátrica y salud mental.” Gobierno Vasco. Servicio central de publicaciones. Vitoria–Gasteiz, 1983.
- Bustamante Mariano. “El Instituto Neuro–Psiquiátrico Nicolas Achucarro” Vizcaya. Revista de la Exma. Diputación Provincial N° 29. Año 1968.



- Departamento de Sanidad. "Plan de Salud 2002– 2010". Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria Gasteiz 2002.
Disponible en: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-478/es/contenidos/informacion/plan_salud/es_4043/psalud_c.html
- Freud Sigmund. "Los Caminos de la terapia psicoanalítica". 1918 (1919) Ed. Biblioteca Nueva. Obras Completas. Tomo VII.
- Freud Sigmund. "Compendio de Psicoanálisis", 1938 (1940), Segunda parte Aplicaciones Prácticas. Capítulo VI La técnica Psicoanalítica. Ed. Biblioteca Nueva. Obras Completas, Tomo IX.
- Guimón José. "Ángel Garma: otro fundador vasco". *Avances en Salud Mental Relacional / Advances in relational mental health*. Vol.4, núm. 2 – Julio 2005. Disponible en <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0402/garmaPROLOGO.pdf>
- Markez Iñaki. "Ángel Garma: una vida dedicada al psicoanálisis". *Avances en Salud Mental Relacional / Advances in relational mental health*. Vol.4, núm. 2 – Julio 2005. Disponible en <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0402/garma.pdf>
- Markez Iñaki. "El bilbaíno Ángel Garma (1904–1993), fundador del psicoanálisis argentino". Edita Fundación BBK. Bilbao, 2005.
- Markez, Iñaki. "El Dr. Mariano Bustamante, un neuropsiquiatra de la generación del 27" *Norte de Salud Mental* nº 24. 2005. Págs: 63–68. Disponible en: http://www.ome-aen.org/NORTE/24/NORTE_24_100_63-68.pdf
- Martín Zurimendi J. A. et alt. "Psicoterapia en la institución Pública". Comisión de Psicoterapia de los Servicios Extrahospitalarios de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Osakidetza – Bizkaia Revista Goze Vol. III. N°. 5 Págs 65–77. Bilbao, Febrero 1999.
- Martín Zurimendi J.A. "Prioridades en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica" *GOZE*. Vol. III, 1999. nº 6: 37–44.
Disponible en: <http://www.ome-aen.org/document/prioridades.htm>
- Martín Zurimendi José A. Santa Eufemia J. Mabe I. "Una experiencia de grupo Balint en el Centro de Salud de Ortuella". *Revista Sanitaria de Osakidetza* nº 1. 1986.
- Osakidetza. "Memorias de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Bizkaia". Osakidetza. Servicio Vasco de Salud Bizkaia. Bilbao, 2005. Disponible en: <http://www.saludmentalbizkaia.org/memorias/m2005/Abrir.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. "Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica" Servicio de Publicaciones. Madrid, 1985.
- Ministerio de Sanidad y Consumo "Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud". B.O.E N° 35. 10 Febrero 1995.
- Ministerio de Sanidad y Consumo "Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización". B.O.E N° 222. 16 de septiembre 2006.
- Salud Mental Extrahospitalaria Osakidetza – Bizkaia "Plan de Calidad, EFQM y Q de plata 2006" Osakidetza.
Disponible en: <http://www.saludmentalbizkaia.org/compromisosmbefqm.htm>
- Salud Mental Extrahospitalaria Osakidetza – Bizkaia "Plan Estratégico 2004–2009". Osakidetza servicio vasco de salud. Bilbao. Disponible en: <http://www.saludmentalbizkaia.org/documentos/PESTRATEGICO.SMEB.pdf>
- Salud Mental Extrahospitalaria Osakidetza–Bizkaia y Gizaker "Tablas de la encuesta de satisfacción consultas A. Psiquiátrica". Osakidetza servicio Vasco de Salud. Bilbao, 2002–2004 y 2006.
Disponible en: <http://www.osakidetza.net/docs/profesional/resultados/Caps2006.pdf>
- Yllá Luis. "Psiquiatría dinámica. Historia y situación actual". *Avances en Salud Mental Relacional / Advances in relational mental health*. Vol.1, núm. 1 – Marzo 2002. Disponible en <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0101/0101pdh.htm>
- Zuazo, J.I. Martín Zurimendi José A. Arrese José L. "Plan Estratégico de Atención Psiquiátrica y Promoción de la Salud Mental en la C.A.P.V". Gobierno vasco. Servicio central de publicaciones. Vitoria–Gasteiz, 1990.



La relación asistencial con inmigrantes y otros grupos con estrés crónico y exclusión social: la relación terapéutica extendida o ampliada

Joseba Achótegui

Psiquiatra. Profesor Titular de la Universidad de Barcelona
Director del SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados), Hospital de Sant Pere Claver, Barcelona

Resumen

Hemos señalado en este texto cómo en las situaciones de estrés crónico y exclusión social la relación terapéutica se halla modificada, ya que las demandas del paciente abarcan aspectos que van más allá de lo médico y psicológico e incluyen peticiones de protección y ayuda social, de ahí el concepto de “relación terapéutica extendida”. No tener en cuenta estos aspectos de la relación asistencial conduce con frecuencia al abandono del tratamiento, algo muy frecuente en inmigrantes, minorías y grupos excluidos socialmente. Se señala cómo esta relación terapéutica extendida se caracteriza desde el lado del paciente por la hostilidad y las somatizaciones y desde la perspectiva del profesional por los sentimientos de impotencia y frustración e incluso el *burn out*. Finalmente se señalan indicaciones terapéuticas para mejorar la intervención en estos casos, desde la perspectiva de la relación emocional, el manejo del tiempo y del espacio terapéutico, los aspectos culturales y los aspectos sociales.

La actividad clínica y asistencial con personas que viven situaciones de estrés crónico y exclusión social, especialmente inmigrantes que padecen rupturas familiares forzadas, lucha por la supervivencia, situaciones de miedo e indefensión, etc, nos muestra que la relación que establecen con los profesionales que les ayudan (médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, personal de enfermería...) posee características especiales. Es en este marco en el que hacemos referencia a “la relación terapéutica extendida o ampliada”, término que pretende describir que en estos casos la relación asistencial va mucho más allá de los cauces de la clásica relación de tipo médico o psicoterapéutico (centradas en la atención de los aspectos biológicos o psicológicos del paciente) e incluye también demandas de protección física y social. Y dado que las demandas médicas y



psicológicas se hallan inextricablemente unidas a las demandas sociales, si no son tenidas en cuenta, la intervención corre un gran riesgo de fracasar, algo que ocurre con demasiada frecuencia.

Sin embargo, el profesional sanitario ha recibido, en general, muy poca formación para trabajar en este tipo de relación terapéutica. Incluso con frecuencia la respuesta emocional del profesional (la contratransferencia) suele poseer evidentes elementos de confusión y ambivalencia ante estas demandas que percibe como “excesivas” a nivel profesional ya que considera que van más allá de su competencia técnica sanitaria. Lo cual es cierto, al menos a nivel de la formación que ha recibido, pero también es cierto que el paciente no puede escindir su realidad en cómodas áreas profesionales (médicas, psicológicas, sociales...), para facilitar el trabajo de los terapeutas y demás grupos de especialistas que le atienden. Máxime cuando la persona se halla desbordada psíquica y socialmente planteando una demanda global muchas veces no exenta de dramatismo.

Existe además una relación entre el estrés crónico y la exclusión social ya que las situaciones de estrés crónico tienden a desestabilizar a las personas vulnerables, con menos recursos, a lo que hay que añadir que a mayor duración del estrés crónico hay una clara tendencia a la disminución del apoyo social (Bowlby 1980).

I. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EXTENDIDA. CONCEPTO

El planteamiento de que la relación entre la persona que pide ayuda y el profesional que le atiende constituye un elemento fundamental en la intervención terapéutica está muy presente no sólo en la historia de la medicina y la psiquiatría occidentales sino también en las medicinas de las civilizaciones china, hindú, etc y en las medicinas tradicionales. Sin embargo, tal como señalaremos en este capítulo, en los

casos en los que el paciente vive situaciones de estrés crónico y exclusión social esta relación se halla alterada, modificada y es necesario tener en cuenta estos cambios en la dinámica asistencial para intervenir adecuadamente.

Denominaríamos “relación terapéutica extendida o ampliada” al conjunto de las interacciones que el demandante y el profesional movilizan en la relación terapéutica en las situaciones de estrés crónico y exclusión social. (Al utilizar el término demandante queremos señalar que no todas las personas que consultan a los servicios de salud mental son enfermos mentales).

La relación terapéutica extendida tiene evidentemente una parte explícita, (aquello que el demandante puede expresar abiertamente), la demanda de ayuda y la actitud de queja ante unos estresores que le abruman, pero posee otra parte inconsciente, que consideramos tanto o más importante, ya que aunque no exprese abiertamente ante el clínico estas demandas (o lo haga de modo parcial) no dejan de estar presentes y de formar parte de las expectativas de la entrevista. Es lo que hay “debajo” de la demanda: lo que nos está expresando más allá de lo explícitamente verbal y que incluye los elementos transferenciales.

Es cierto que esta demanda emocional inconsciente que va más allá de la pura atención sanitaria se da en todas las relaciones terapéuticas pero en el caso de las situaciones extremas posee características específicas dada por un lado su intensidad, y por otro lado que además en estos casos estas demandas no se pueden considerar sin más, una expresión meramente regresiva o patológica en relación a una alteración psicológica, sino la expresión de una demanda adaptativa. O en todo caso podríamos decir que en los casos en los que el estrés crónico se halla emparentado con patología psiquiátrica se entremezclan las demandas irreales ligadas a la patología del sujeto y las demandas reales ligadas a la búsqueda humana



de ayuda en las situaciones límite (no todo demandante tiene patología psiquiátrica aunque tenga varios síntomas, como el caso del Síndrome de Ulises).

Es obvio, en relación a lo que hemos planteado que un componente esencial de esta relación terapéutica extendida sería la transferencia y la contratransferencia. Tal como define el diccionario de psicoanálisis de Jean Laplanche (1998) la transferencia sería “el proceso a través del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y de un modo especial dentro de la relación terapéutica”. El paciente expresa en la relación terapéutica los patrones relacionales emocionales infantiles (aunque este proceso se da en su máxima expresión en el marco de la relación terapéutica, se halla presente en todas las relaciones, especialmente en las relaciones con las figuras de ayuda que nos evocan las relaciones parentales). Como es sabido Freud consideró inicialmente la transferencia como una resistencia al éxito del tratamiento, un mecanismo de oposición al conocimiento del inconsciente, para más adelante comprender que era justamente la llave que permitía la curación, al posibilitar revivir y modificar en el contexto emocionalmente adecuado del tratamiento las experiencias infantiles perturbadas. Por eso el autoanálisis no tendría el mismo éxito, ya que no se puede experimentar ni elaborar la transferencia.

2. ELEMENTOS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EXTENDIDA

Vamos a analizar a continuación los elementos que conforman esta relación terapéutica extendida, tanto desde el lado del paciente como desde el lado del terapeuta, centrándonos fundamentalmente en los aspectos conflictivos que son los que más dificultades presentan desde el punto de vista asistencial.

2.1. DESDE EL DEMANDANTE

A. La hostilidad (la transferencia negativa).

La hostilidad se expresaría en la relación terapéutica como desconfianza, recelo, temor, rabia... Las personas que viven situaciones de estrés crónico y exclusión social, como en el caso de muchos inmigrantes, llegan incluso a no ver diferente al profesional asistencial a otras personas de amplias capas de la sociedad de acogida (a las que el profesional pertenece) y que los rechaza: asocia al terapeuta al patrono, al policía, al funcionario... Aunque el profesional tiene obviamente una función de ayuda, la persona en exclusión social no puede abstraerse del contexto social en el que tiene lugar la relación asistencial y lo coloca “en el otro bando”. Conocemos bien que existe una construcción social de la identidad. Así el inmigrante tiende a agrupar a los que están dentro del sistema, por diferentes que sean, lo mismo que desde dentro se unifica a todos los inmigrantes como un solo grupo, cuando existen enormes diferencias entre los diferentes colectivos y situaciones personales.

Sin embargo, esta hostilidad se halla con frecuencia oculta bajo el manto de la sumisión amedrentada ante las repetidas vivencias de indefensión aprendida que dan lugar a que estas personas congelen los duelos que han vivido. Y es ante la figura del terapeuta o trabajador de la red asistencial ante quien se pueden expresar esos sentimientos que habitualmente deben reprimirse. Es como el caso del niño que se da un golpe en la guardería y cansado de llorar y de que nadie le haga caso congela el sufrimiento, pero cuando llega la madre se echa a llorar otra vez. Es en la relación terapéutica, un espacio privilegiado de relación donde se expresa mejor que en ninguna parte esta queja. Pero lógicamente si el profesional no entiende la situación, el mecanismo psicológico que la provoca, habrá problemas porque lo interpretará como un ataque personal y puede reaccionar inadecuadamente.



Se ha de tener en cuenta en relación a estos sentimientos de hostilidad que en las personas sometidas a situaciones de estrés crónico, hay una disminución de la autoestima (D'Ardenne and Mahtani 1989). Los inmigrantes y las minorías (porque no se debería considerar inmigrante a quien ha nacido aquí tenga la cultura que tenga) no se sienten reconocidos y aceptados por amplias capas de la sociedad de acogida. No hay que olvidar que siglos de racismo han introducido tanto en los occidentales como entre los propios colonizados la idea de desigualdad. Como ha escrito Jafar Kareen (2000) el racismo forma parte del sentido común de los blancos. Podríamos decir que aunque los profesionales nos consideramos "los buenos" de esta película, que nosotros no somos como el funcionario o el policía, en la mente del paciente con frecuencia formamos parte del mismo grupo.

Esta hostilidad y transferencia negativa llega al extremo de que incluso los mediadores, intérpretes, o profesionales de origen inmigrante también son percibidos con frecuencia como que alguien que está al otro lado de la mesa, al otro lado de "la trinchera". Han sido denominados los "Tios Tom" (haciendo referencia al esclavo sumiso a su amo) tal como señalan D'Ardenne and Mahtani 1989). Estas autoras llegan a señalar que muchas veces el terapeuta es visto como alguien que está más del lado de los problemas que tiene el paciente inmigrante, que alguien que está del lado de las soluciones a sus problemas. Hasta el punto esto es así que Jafar Kareen (2000) se plantea: ¿se analizaría un judío alemán con un alemán no judío?

Hay un dato que corrobora claramente lo que estamos señalando: el alto índice de abandono terapéutico de los inmigrantes y los grupos en exclusión social. Son plusmasquitas en los abandonos de los tratamientos, sobre todo los subsaharianos (Aponte et al. 1995).

Una expresión de esta desconfianza, de esta transferencia negativa la tendríamos en una

situación que hemos vivido alguna vez en nuestra consulta del SAPPPIR. Al mostrar varias fotografías que recogen expresiones faciales que son universales, en el marco de un test para que nos señalen cual de las expresiones emocionales de las caras que les mostramos se parecen más a los que ellos sienten nos han dicho: "yo no conozco a nadie, yo no les he visto nunca". Es decir nos confunden con la policía. Y esto en el marco de un hospital. Claro que con este "ambientazo" terapéutico no son sorprendentes los abandonos de los tratamientos. Ya hemos señalado que los profesionales nos colocamos en el papel de "buenos" en esta película: pero ojo, que el reparto de papeles lo decide el paciente. Percibiendo así a los profesionales no es extraño que los inmigrantes acudan poco a los servicios sanitarios: no vienen por temor a ser identificados dada su situación de ilegalidad, por desconocimiento de cómo acceder a la asistencia, y por desconfianza a que los profesionales asistenciales les comprendan y les atiendan adecuadamente.

De todos modos, como señala el psicoanálisis, la hostilidad, la transferencia negativa, no es "negativa" en sí misma para el tratamiento, Más bien al contrario, al ser explorada y analizada permite elaborar conflictos psicológicos muy importantes, tal como ha señalado por ejemplo Echegoyen (1986), etc. El problema técnico desde la perspectiva de la intervención terapéutica estriba en la gran intensidad de esta transferencia negativa, su "masividad" que dificulta enormemente la elaboración.

En relación a esta hostilidad se tendría que señalar también la existencia de problemas de tipo ético. Porque si el tratamiento se basa como es obvio en la confianza, en la lealtad, en la sinceridad, ¿se debe decir la verdad a un perseguidor? Un ejemplo de esta situación es la de inmigrantes a los que hemos conocido con varios nombres. Pero esta situación donde llega al paroxismo es en el caso de los menores inmigrantes: no hace mucho me comentaban el caso de un adolescente al que se conocía por



28 nombres diferentes: uno por centro en el que había estado internado.

¿Qué relación terapéutica podemos establecer con alguien que no confía ni en darnos algo tan básico como su nombre? No parece un inicio muy prometedor para el inicio de un tratamiento (y tampoco se debe suponer que todos los profesionales poseemos unas habilidades terapéuticas extraordinarias).

Por otra parte la otra cara de la moneda de esta hostilidad y temor sería la idealización. Pero tampoco es una cara positiva. No es lo mismo idealización que relación positiva. Al igual que ocurre en la infancia, la idealización es un mecanismo que constituye la otra cara del temor y la hostilidad, en el mundo infantil es la otra cara del ogro, el monstruo, el perseguidor... Se basa en la negación de lo malo, en la ocultación de una parte de la realidad. Como señalan D'Ardene and Mahtani (1988), los inmigrantes tienden también, por otro lado, a idealizar el poder de las técnicas occidentales y dado que tienen la autoestima más baja que los autóctonos, incluso consideran que cuando no mejoran es porque son ellos los que fallan: ellos no valen, no son lo suficientemente capaces como los occidentales. Estos sentimientos favorecen obviamente el abandono del tratamiento.

B. La expresión somatizada de la demanda: fatiga, cefaleas (in-migraña), etc.

Desde la medicina y la psicología psicosomática se considera que en las situaciones de estrés muy intenso, cuando el dolor psíquico desborda las capacidades de elaboración del sujeto, hay una tendencia a la somatización. Podríamos decir que ya las palabras no sirven. Sería una forma de evitar pensar, de negación del pensamiento buscando la obtención de un beneficio secundario. Cuando los estresores y los problemas a los que se enfrenta un sujeto son muy grandes, puede resultar "más rentable" no pensar. (Como señala un viejo dicho judío: ponte una piedra en el zapato y se habrán acabado todas tus preocupaciones). También

podría verse la somatización como una forma de pedir una ayuda más física, un cuidado más primitivo, más en la línea de lo maternal.

Uno de los síntomas somáticos más relevantes en estas situaciones es la cefalea. Así, en un estudio presentado en el Congreso Mundial de Psiquiatría de El Cairo (Achótegui J, Lahoz S, Marxen E, Espeso D, 2005) mostramos que el 76'7 % de inmigrantes visitados con el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) tenían cefaleas crónicas. Y estamos haciendo referencia a población joven. Si comparamos estos datos con población autóctona en general, la cifra se reduciría al 3%. Y tal como ha señalado Benedittis 1990, la cefalea crónica se relaciona con la hostilidad reprimida, lo que nos vuelve al apartado anterior de la transferencia negativa. Una paciente marroquí nos decía que su cabeza era "como una bomba" a punto de estallar) y también como señaló Pierre Marty (1951) a la inhibición dolorosa del acto de pensar, con lo que se obtendría un beneficio secundario. (Hasta tal punto es tan frecuente la cefalea en la práctica asistencial con inmigrantes con estrés crónico en el SAPPiR que hemos llegado a abreviar el nombre y denominarla "in-migraña").

Además se ha de señalar que las somatizaciones también se potencian unas a otras: el insomnio favorece la cefalea, la fatiga... y que en el caso de los inmigrantes como es bien sabido las culturas no occidentales consideran que lo físico y lo mental constituyen una única realidad, frente al planteamiento dualista occidental. Ya Platón sostiene que el cuerpo es la cárcel del alma, pero las culturas no occidentales aúnan lo físico y lo mental por lo que se favorece la combinación de los síntomas físicos y psicológicos.

La expresión somatizada hace que también sea muy difícil solucionar estos síntomas que tienen tendencia a estar muy instalados, incluso podríamos decir enquistados, en el sujeto. En la somatización hay un funcionamiento obstinado,



pasivo-agresivo, muy difícil de modificar en las intervenciones terapéuticas. También sabemos que las clases populares, en las que los estresores crónicos y la exclusión social son muy relevantes, somatizan más, tienen menos introspección (Paéz y Casulla 2000).

2.2. DESDE EL LADO DEL PROFESIONAL

A. Impotencia y frustración

Es frecuente que ante la hostilidad presente en la demanda de los pacientes que viven situaciones de estrés crónico y exclusión social, el profesional se vea embargado por sentimientos de impotencia y frustración, dadas las dificultades que entraña la respuesta terapéutica en estos casos. (Aquí se podría aplicar el concepto kleiniano de identificación proyectiva: hacer sentir al otro el malestar propio).

Hemos hablado de hostilidad de los pacientes. Podríamos decir que con frecuencia la hostilidad es mutua. Obviamente la respuesta emocional, la reacción contratransferencial del profesional ante estas demandas percibidas como “excesivas” del paciente no es fácil y puede manifestarse como:

- Actitudes de rechazo: el profesional puede considerar que la situación que el paciente le plantea no le corresponde resolverla: “estas demandas no son de mi ventanilla, de mi negociado...”. Le puede plantear que vaya con sus problemas al trabajador social, ante lo cual no es extraño que el paciente tenga la sensación de que no han comprendido que sus problemas son a la vez psicológicos y sociales.
- Reacciones de tipo paternalista: compasión, lástima. Pero el paternalismo esconde elementos de tipo sadomasoquista que incrementan la baja autoestima de estas personas ya que las inferioriza e infantiliza aún más. El paternalismo se halla ligado también a defensa de tipo omnipotente ante las difi-

cultades del paciente y puede ser también la expresión de la sobreactuación como una formación reactiva frente a sentimientos de rechazo del profesional.

Como muestra de este tipo de actitudes, en un debate, en un lenguaje muy poco correcto, un compañero con una sólida formación biomédica señalaba: «yo no he estudiado no sé cuántos años de medicina, el MIR y un másters en neuroimagen... para acabar viendo a gente llena de problemas sociales a las que no hay manera de sacar un dolor de cabeza, que son capaces de venir en chándal a la consulta, con aspecto de “pringaos”... Estas situaciones me recuerdan una escena de la novela de Tom Wolf (1988) “La hoguera de las vanidades” sobre cómo les va a los abogados formados en las grandes universidades americanas cuando tienen que moverse en los ambientes populares: En Yale te dan una visión académica, una visión global del derecho... Yale es fantástico para cualquier especialidad, a no ser que pretendas trabajar con gente que calza zapatillas deportivas, ...».

Los estresores son un factor esencial de la enfermedad, que la elicitán (dar lugar), mantienen y refuerzan y que son tanto ó más relevantes que los factores biológicos y psicológicos. Ya Brown y Harris (1978) señalaron que en las mujeres con depresión los estresores psicosociales estaban prácticamente siempre presentes y que constituían una parte esencial del conjunto de la enfermedad. Es como si los bomberos no desconectara la corriente eléctrica en un incendio. No sólo hay que poseer grandes escaleras, poderosas mangueras y arrojó. Es fundamental intervenir sobre lo que alimenta el fuego.

Hacer referencia a la importancia del planteamiento biopsicosocial se halla siempre presente a nivel formal en el discurso oficial de la psiquiatría. Pero a la hora de la verdad, ¿cuándo se tocan los temas sociales? ¿Por qué apenas salen en el temario? Queda bonito mencionarlos en el discurso académico y ya está.



B. El *burn-out* del profesional.

Esta situación asistencial puede constituir un factor potenciador o facilitador de la aparición del *burn-out*, el estar quemado, en el terapeuta. Sobre todo cuando el sistema sanitario deja al profesional... “solo ante el peligro”.

El concepto de *burn-out* fue acuñado en 1969 por H. B Bradley, pero consiguió gran aceptación a partir de un artículo ya clásico publicado en 1974 por H. Freudenberger en el que analizaba la desmoralización que se apoderaba de los voluntarios que trabajaban en el servicio de atención a toxicómanos en el Coger East Side de Nueva York. Freudenberger observa cómo al cabo de un año muchos de estos jóvenes cargados de buenas intenciones acaban por presentar desmotivación, fatiga, cefaleas, molestias gastrointestinales, insomnio... El autor lo relaciona con que estos jóvenes altruistas habían ido comprobando cómo a pesar de sus esfuerzos los pacientes toxicómanos se resistían al cambio, eran impermeables a la intervención terapéutica.

Un aspecto importante a reseñar es que cuando el profesional se siente apoyado en su trabajo, bien dirigido, el efecto del *burn-out* es mucho menor, pero cuando el profesional se siente como un fusible del sistema ante los problemas sociales, su moral decae gravemente. Como es sabido, el colectivo médico es uno de los más afectados por esta problemática.

3. ADECUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN LAS SITUACIONES DE RELACIÓN TERAPÉUTICA EXTENDIDA

Vamos a abordar en esta última parte del capítulo cómo adaptar la intervención asistencial a nivel de encuadre y los planteamientos técnicos teniendo en cuenta los aspectos de la relación terapéutica extendida que hemos analizado en los apartados anteriores.. El encuadre o *setting* se define como el marco o las “reglas de juego” de una relación asistencial, “las con-

diciones formales donde se va a desarrollar el proceso terapéutico” (M. Mitjavila 1994.)

3.1. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE TODAS LAS RELACIONES ASISTENCIALES

Existen innumerables escuelas y modelos de intervención terapéutica (hasta 400 diferentes). Pero en realidad todas estas escuelas poseen unos mismos planteamientos básicos. El psicólogo norteamericano Jerome Frank (1974), planteó una impactante teoría en la que sostuvo que, desde el punto de vista de la estructura conceptual básica, todas las intervenciones de ayuda psicoterapéuticas o socio-terapéuticas, cualquiera que fuera su planteamiento teórico (psicoanalíticas, sociales, médicas, conductuales, sistémicas, humanistas, etc.), poseían una serie de características comunes. Es más, Frank llegó a plantear que no tan sólo las intervenciones terapéuticas profesionalizadas, sino todas las intervenciones que buscan aliviar el sufrimiento psicológico, incluso las de tipo profano, no profesional e incluso la confesión religiosa, el curanderismo, el chamanismo... participan de una serie muy relevante de aspectos comunes.

En realidad toda intervención que intenta aliviar el dolor psíquico busca lograr algún tipo de cambio en el sujeto que lo padece. Frank considera que para introducir ese cambio todas las terapias utilizan cuatro elementos que son comunes a todas ellas:

1. Una relación emocional, de confianza con una persona que tiene la función de ayudar. Este tipo de relación con el profesional es una condición necesaria y, a menudo, suficiente para el logro de la mejoría en cualquier tipo de intervención terapéutica (en relación al efecto placebo). La existencia de este tipo de relación da lugar a que los demandantes puedan permitirse ser dependientes del profesional ya que confían en su competencia, entrenamiento y buena voluntad. Esta dependencia se refuerza por el lugar en el que tiene lugar la intervención y



por la congruencia del enfoque del profesional con las expectativas del demandante.. Así pues el éxito de la intervención depende en gran medida de que el terapeuta convezna al paciente de que lo cuida adecuadamente y de que es competente en la ayuda que le ofrece.

Sin un vínculo afectivo, sin una confianza en que el profesional puede ayudar a la persona que padece una situación de estrés crónico, en que la persona que ayuda es alguien que tiene la capacidad personal y “técnica” de hacerse cargo de su problema, es muy difícil ni siquiera comenzar cualquier tipo de intervención o tratamiento. Es la llave de la intervención. Este nivel de la relación emocional, en el aquí y ahora es, por ejemplo, el básico para el psicoanálisis desde la perspectiva de los conceptos de transferencia y contratransferencia, ya que se considera que el análisis de la relación paciente-terapeuta es la base para obtener los cambios terapéuticos en la personalidad del paciente.

2. La existencia de un ambiente de cura que tiene como mínimo dos funciones terapéuticas:

- afirmar el prestigio del profesional, reforzando las expectativas del demandante ante la ayuda que recibe.
- ofrecer un lugar que proporcione seguridad ya que los pacientes saben que se pueden dejar llevar emocionalmente dentro de amplios límites, que se pueden atrever a revelar aspectos de sí mismos que han escondido a otros.

El encuadre (lugar, decoración, etc.) en el que se efectúa la intervención recoge esa imagen de autoridad en la materia de quien efectúa la intervención. Así un médico resaltará en su consultorio su estatus de profesional, o en la medicina tradicional se recal-

ca también la autoridad sobrenatural del curandero con una “mise en scène” impactante y especial.

Este aspecto de sugestión ligado al prestigio y respeto de los profesionales es muy importante para el éxito de la intervención. Sin embargo, especialmente en el ámbito sanitario la burocratización y el desprestigio de la imagen del médico y de los profesionales sanitario no favorecen esta imagen de alguien que tiene un poder para ayudar.

3. El planteamiento de un modelo racional o “mito” que ofrece una explicación plausible para los problemas ó síntomas del demandante. Es decir el planteamiento de una teoría sobre lo que le ocurre al paciente. El ser humano busca siempre tener una explicación acerca del origen de la enfermedad y sobre cómo se producirá la curación. Como señala agudamente J. Frank, lo más relevante no es que la explicación sea objetiva o científica sino que es suficiente con que sea plausible, que cuadre con la cosmovisión de paciente. Es por ello que explicaciones de tipo mágico o esotérico pueden satisfacer también al paciente si “encajan” en su concepción del mundo y de la enfermedad. En función de este planteamiento teórico, se prescribe un “ritual” para solucionar los problemas del paciente.

4. Un ritual en el que suele participar activamente tanto el paciente como el terapeuta, creyendo ambos que a través de él es posible restablecer la salud del paciente. La fuerte tendencia a la dramatización de los seres humanos conlleva que la existencia de los rituales sea muy importante para conseguir el éxito del proceso terapéutico. Y en este aspecto las culturas tradicionales son más productivas y expresivas que la cultura occidental actual. Así las ejecutar danzas, gesticular, interpretar canciones etc, ayudan a expresar con más intensidad los elementos del conflicto psíquico latente y permi-



ten una mayor catexis. Y estos planteamientos quizás ayudaría a entender también, al menos en parte, el éxito de las terapias alternativas y tradicionales porque en ellas hay más ritualización, más expresividad, más dramatización que en la medicina oficial cada vez más tecnificada y más distante. Claro que gran parte del problema de nuestra medicina proviene de la gran masificación. Si el curandero tuviera que atender a 20 pacientes en una hora seguramente tendría menos posibilidades para sus puestas en escena.

3. 2. ADECUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Veamos a continuación cómo adaptar la intervención asistencial teniendo en cuenta los diferentes aspectos básicos planteados en los apartados anteriores acerca de la relación terapéutica extendida.

3.2.1. Adecuación a nivel emocional.

Un primer planteamiento que consideramos básico, es que resulta obvio que la relación asistencial con las personas que viven situaciones de estrés crónico y exclusión social la relación terapéutica ha de ser más próxima. Desde esta perspectiva consideramos que se ha de huir de la idea de “neutralidad terapéutica” propia de los planteamientos psicoterapéuticos clásicos, así como que se ha de adecuar la idea de profesionalidad, que en general va ligada en la cultura occidental a una cierta actitud distante, incluso basada en una cierta severidad en el trato, ... Sin embargo estas actitudes de neutralidad terapéutica y profesionalidad pueden ser muy negativas en el trato con los inmigrantes y personas con exclusión social que ya sienten que existe una gran distancia de estatus con el personal asistencial. Resaltar la profesionalidad en el contexto social autóctono es justamente un intento de remarcar la figura del terapeuta, porque entre autóctonos existe una igualdad (salvo los excluidos), una cotidianidad de la relación que se intenta modificar incrementando la autoridad profesional del terapeuta para que tenga lugar con éxito la relación

terapéutica. Es obvio que el profesional autóctono y el demandante autóctono están en una situación de mucha más igualdad que el profesional autóctono y el paciente inmigrante o la persona que se halla en situación de exclusión social.

Esta distancia no hace sino aumentar los elementos de desconfianza, hostilidad, y vivencia negativa de la transferencia en la relación asistencial. La neutralidad terapéutica es un buen mecanismo para favorecer la relación terapéutica, la asociación libre... si se da entre iguales, pero no cuando se da en una relación marcada por la desigualdad como en los casos de inmigrantes y colectivos con estrés crónico y exclusión social. Además, si el profesional se siente inseguro, como ocurre con frecuencia ante el inmigrante, puede aún incrementar más su distancia, en un intento de reasegurarse. Y para acabarlo de arreglar, los españoles tenemos tendencia a una excesiva brusquedad en el trato. No es extraño que muchos inmigrantes piensen que cuando hablamos, en realidad les reñimos.

Así, consideramos que ante estas dificultades en la relación, son importantes, más bien al contrario, los detalles que denoten proximidad, respeto y aceptación hacia los inmigrantes y las minorías, ya que la desconfianza de estos grupos proviene de que se sienten con frecuencia rechazados por amplios sectores de la sociedad de acogida. Por ejemplo, como muestra de respeto es importante anotar cuidadosamente los nombres y apellidos de los pacientes, en el orden en el que ellos lo escriben e intentar pronunciarlo correctamente. Además, conocemos también tanto desde la perspectiva psicoanalítica así como a través de la psicogenealogía que el nombre que se escoge para un hijo posee un fuerte significado psicológico, determinando en parte su conducta. (Así alguien que se llama Mohammed, Moisés... etc con su nombre nos habla de las fantasías puestas en él por su familia, su grupo que son muy importantes en relación a su personalidad).



También consideramos que puede ser positivo tratar a estas personas como Sr., Sra., actitud de respeto que en la relación con un autóc-tono no es necesario explicitar pues todos somos señores, pero que desde la perspectiva del inmigrante con frecuencia no es percibido así, ya que tiende a sentirse excluido y a ver al profesional como alguien que forma parte de las instancias de poder de la sociedad de acogida (como el funcionario, el policía, el patrono etc.). Cuando hay más confianza en la relación terapéutica también puede ser positivo llamarles por el nombre de pila. (Como es sabido, nuestro nombre es la palabra más hermosa, la que más nos gusta oír).

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta en la intervención asistencial es todo lo que tiene que ver con el lenguaje no verbal. Muchas veces el profesional es muy correcto en sus comentarios, preguntas, etc. pero sus gestos muestran otros aspectos de su contra-transferencia con los inmigrantes que expresan tensión, rechazo... Como señala Mc. Neil (1999), desde los trabajos de Ekman se sostiene que la expresión facial básica es universal, por lo que tanto el profesional como el paciente puede captar las emociones básicas del otro. Además, se ha tener en cuenta que cuando el lenguaje hablado es limitado, el lenguaje no verbal, gestual se convierte en un elemento de gran importancia. Pero este lenguaje no verbal posee muchos aspectos inconscientes y si hay rechazo no es fácil disimularlo. Cada profesional debe analizar sus propios prejuicios y aspectos racistas y elaborarlos. Los grupos de autoayuda, los grupos tipo Balint resultan muy útiles en estos casos.

3.2.2. Adecuación del tiempo y el espacio terapéutico.

Es imprescindible que la primera visita disponga de cierto tiempo:

- para entender en profundidad la problemática de personas que proceden de contextos sociales y culturales muy diferentes al

del profesional que atiende a los inmigrantes se requiere manejar mucha información, lo cual conlleva la necesidad inevitablemente de más tiempo de atención(no somos adivinos). No es lo mismo comprender el contexto en el que vive la estancera de la esquina que el de un inmigrante que proviene de la otra punta del planeta que posee otra mentalidad, otras circunstancias sociales, etc.

- Es muy importante no intervenir sin saber cuál son los problemas fundamentales del paciente, sus causas, etc., ya que en la situación límite en la que con frecuencia se encuentran estos demandantes, una intervención inadecuada puede complicar aún más las cosas a personas que ya padecen muchos estresores de modo crónico y se encuentran sumidas en una la confusión y la desorientación. Hemos de evitar convertirnos en un nuevo estresor.
- También a mayor tiempo de primer contacto, más posibilidades de estructurar el vínculo, un elemento fundamental tal como ya hemos señalado en el apartado anterior.
- A más tiempo de atención en la primera visita más posibilidades de superar los prejuicios que nos atenazan en la relación con personas de otras culturas, menos posibilidades de que nos dominen los clichés. Veremos más a la persona, y menos al arquetipo.

La primera visita es muy importante porque además es posible que sea la única, la última. Muchos inmigrantes por problemas de trabajo, de desplazamientos... tienen muchas dificultades para volver. O si no perciben que han sido atendidos adecuadamente puede que no quieran volver. Estaríamos ante lo que se denomina intervención de una sola sesión.



Es por ello que proponemos dedicar la mitad del tiempo de atención a la primera visita. Una objeción frecuente a este planteamiento, y lógica, es la de que se tiene poco tiempo, incluso muy poco tiempo para atender a los pacientes, dada la gran presión asistencial. Esto es obviamente cierto, pero no invalida la regla general: hay que dedicar a las primeras visitas “la mitad del poco tiempo” del que se dispone. Podríamos denominarla “la regla de la mitad”. Aunque ello suponga restar tiempo al tratamiento propiamente dicho (además, la primera visita ya es una parte y muy importante del tratamiento). Así, si tan sólo disponemos de dos horas al año para atender a una persona consideramos que es mejor dedicar 1 hora a la primera entrevista y repartir la hora restante en las visitas sucesivas que efectuar 12 visitas de 10 minutos. No es infrecuente la percepción de que cuando se lleva un buen rato de la primera entrevista se comience a ver la realidad del paciente de modo diferente. Es más, a veces, es casi cuando el paciente está de pie casi despidiéndose cuando se entiende todo... ó empiezan a cuadrar las cosas.

En relación a los temas vinculados a la puntualidad en las citas, los cambios de hora, también consideramos que ha de haber una cierta flexibilidad, ya que el contexto en el que se halla el inmigrante es cambiante y con frecuencia muy estresante. Y si no se siente comprendido se incrementa el riesgo, ya muy elevado de entrada, de ruptura del tratamiento. En esta misma línea consideramos que dado que estas personas viven situaciones muy difíciles, es de utilidad prever algún tiempo para atenderles si demandan ayuda urgente.

Otro factor muy importante es el espacio en el que tiene lugar el tratamiento (el consultorio, el servicio asistencial, el despacho, también la sala de espera), ya que posee características específicas en la relación asistencial, es decir no es lo mismo que en una relación social cualquiera. Ya hemos señalado al hacer referencia a los planteamientos de Frank sobre los ele-

mentos comunes y básicos de toda intervención de ayuda que el lugar en el que se efectúa la intervención posee una gran importancia ya que recalca la función de la persona que atiende. Es importante preguntarse, en el caso de la atención especialmente a los inmigrantes, si el espacio posee las condiciones adecuadas y de qué medios podemos disponer para mejorar dichas condiciones. (La adecuación se hallaría ligada a las características específicas de la población a la que se atiende y a las posibilidades que posee la oferta asistencial).

Desde esta perspectiva de la adecuación del espacio asistencial, en relación a la decoración del espacio de atención tendríamos varias opciones. Una opción sería resaltar las imágenes de las culturas de origen de los inmigrantes, para expresar así nuestra receptividad hacia ellos. Otra opción sería resaltar los aspectos de la cultura de acogida como muestra de que ahora los inmigrantes son uno más en el país de acogida. Ambas opciones suelen resultar problemáticas.

Si optamos por la primera opción, la de resaltar los aspectos culturales de los inmigrantes nos vamos a encontrar con varias dificultades. En primer lugar no es fácil contentar a todo el mundo (nunca mejor dicho, ya que proceden de todo el planeta) sintiéndose inevitablemente algunos grupos discriminados, por lo que lo vivirán como un nuevo agravio. Además, los autóctonos que también acuden a la consulta pueden sentirse con motivo en “tierra extraña” si se resaltan demasiado las imágenes de otras culturas y tener casi sentimientos de desrealización ante tanta diversidad cultural. Pero es que hay que tener también en cuenta que puede haber inmigrantes que desean lo que se ha denominado “el derecho a la indiferencia” (Delgado 1998), es decir que no están interesados que se resalten los aspectos de su identidad cultural o étnica. (Si se exagera tanto la idea de diversidad cultural, la sala de espera puede acabar pareciendo la sala de visitas la ONU).



La segunda opción de resaltar los aspectos locales (fotografías de paisajes y motivos locales, los santuarios del lugar, etc.) con la idea de “asimilar” al inmigrantes, tiene la dificultad de hacer sentirse en este caso al inmigrante en tierra extraña resaltando demasiado lo que le separa, la diferencia (que es además también a nivel social muy importante). De este modo puede favorecer en el inmigrante la sensación de lejanía, de diferencia. (Y la diferencia cuando se exalta, favorece la división).

En relación a las dos opciones anteriores optaríamos por una tercera opción que resaltara ante todo los elementos de tipo intercultural, una opción basada en señalar los aspectos comunes autóctono–inmigrante más que señalar tan sólo las diferencias, tanto mostrando imágenes demasiado multiculturales como demasiado asimilacionistas. En este sentido consideramos desde nuestra experiencia que son muy bien aceptados por ejemplo mapas del mundo (en ese espacio nos hallamos juntos terapeutas e inmigrantes) ó la mezcla de motivos que resalten la idea de interculturalidad y transculturalidad, motivos marino, vegetales, etc. que sean universales.

También en relación a las diferencias culturales autóctono–inmigrante desde la perspectiva de la decoración señalaremos los postulados radicales de David Bachelor (2000), que plantea que en la cultura occidental ya desde Aristóteles el color es valorado como un elemento artístico de tipo negativo. Lo esencial es la línea, el dibujo. Bachelor titula su libro “cromofobia” y considera que en la cultura occidental el color, o bien por un lado se le relaciona con lo infantil, lo vulgar, incluso lo homosexual, lo patológico o bien por otro se lo relaciona con lo superficial, lo accesorio, cosmético, superfluo,... o lo hortera. El color en Occidente es peligroso o banal... debe quedar excluido de las preocupaciones más elevadas de la mente. Incluso se ha señalado que lo masculino, el dibujo, debe dominar a lo femenino que es el color. Autores como Kant, y Rousseau tienen

textos en los que defienden esta cromofobia. El color se relacionaría con el éxtasis, el descontrol, las drogas. El color se asocia al cuerpo, a la sexualidad. Estos planteamientos llegarían al paroxismo con Le Corbusier, con su racionalismo extremo. Obviamente no se trata de aplicar sin más estos criterios radicales a nuestros espacios asistenciales, pero nos pueden hacer valorar la importancia de una decoración que tuviera más en cuenta el color, teniendo en cuenta la sensibilidad de las culturas de los inmigrantes que atendemos.

3.2.3. Intervención terapéutica extendida teniendo en cuenta los aspectos culturales.

Los aspectos culturales del paciente deben integrarse también obviamente en el marco de la relación terapéutica extendida ya que forman parte de la identidad del sujeto. Sabemos que la cultura es el filtro a través del cual se expresan las emociones y los síntomas. No tener en cuenta los aspectos culturales es además una nueva forma de desvalorización del mundo del inmigrante y esta desvalorización cultural refuerza el sentimiento de exclusión social que afecta a estos grupos humanos.

Pero dicho esto, se ha de añadir a renglón seguido que tampoco se trata de hacer “chamanismo de ambulatorio”, ni hacer de aprendices de brujo. Además, la identidad cultural del sujeto es un proceso de construcción y deconstrucción personal que siempre hemos de respetar, por lo que debemos evitar caer en estereotipos en relación a las culturas de los inmigrantes y las minorías.

Tampoco se ha de caer en la atención a los inmigrantes en el exotismo, en una visión snob, que añora el revival colonial de los imperios (Moro 2004). En este sentido señalaba agudamente Amina Bagach (2005) que estaba observando cómo a los marroquíes inmigrantes en España se les estaban aplicando a veces los mismos prejuicios con los que se trataba en ciertos medios asistenciales suizos en los años 60 a los inmigrantes españoles: se decía que a los



españoles no se les podía aplicar la psicoterapia ni tratamientos psicológicos dada su visión del mundo basada en la magia, la brujería, la supersición... En ciertos ambientes suizos se consideraba que los tratamientos psicológicos eran sólo para los suizos, que estos sí que pertenecían a una cultura moderna, avanzada, que comprendía los aspectos psicológicos. A los españoles lo que había que aplicarles eran aquellos, rituales esotéricos, conjuros,.. Quizás podemos correr el riesgo de aplicar estos mismos criterios “sin más” a los inmigrantes magrebíes, africanos... Conocemos bien desde la psicología la psiquiatría transcultural que la comprensión de las emociones es universal, aunque hay que tener en cuenta el marco de la cultura en la intervención psicológica. Tal como hemos señalado en el capítulo I, la cultura tradicional considera que quien enferma ha incumplido alguna norma del grupo (ha dado envidia, no ha tratado bien a los padres o a los antepasados, etc.). Entonces el paciente teme que el damnificado haya recurrido a la brujería para ponerle enfermo. Pero esto no significa que todo extracomunitario pertenezca necesariamente a ese mundo, como conocemos muy bien que la mayoría de los inmigrantes españoles en Suiza tampoco basaba su salud en la magia y la hechicería.

En definitiva, en el marco de la relación terapéutica extendida, los aspectos culturales deben integrarse en el conjunto de elementos de la situación social del sujeto. Pero a veces nos cuesta entenderlo. Como nos espetó un inmigrante africano, que estaba padeciendo aquí grandes adversidades y desgracias: mire Usted a mí el mal de ojo no me lo han echado en África, me lo han echado las leyes que tienen Ustedes en este país.

3.2.4. Intervención terapéutica extendida teniendo en cuenta los aspectos sociales Los “social bound síndromes”

Y finalmente y recalcando lo que hemos ido señalando a lo largo de todo este texto, se han de tener presentes en la sesión los aspectos

sociales que estresan tan gravemente a estas personas, las situaciones sociales que no tan sólo elicitán, sino que mantienen y refuerzan las enfermedades mentales asociadas al estrés crónico y la exclusión social. En este sentido consideramos que de la misma manera que los DSM en sus diferentes versiones hacen referencia a los “cultural bound syndromes” se debería hacer referencia a los “social bound syndromes” teniendo en cuenta la influencia de los aspectos sociales vinculados al estrés crónico y a la exclusión social en la expresión de la psicopatología

Desde esta perspectiva constituiría una falta de empatía que el profesional se empeñara en ver tan sólo el lado clínico, psicológico, a nivel de conflicto interpersonal o de error cognitivo, etc de la conducta del sujeto cuando éste se halla afectado por graves problemas sociales. Podríamos decir que si el terapeuta, a un paciente que está sin papeles, sin trabajo, sin familia... le interpreta que sus ansiedades proceden de un conflicto con la imagen de su madre... es muy probable que el paciente se acuerde... de la madre del terapeuta.

Y terminaríamos con una viñeta clínica que recogería una típica situación asistencial que afecta a personas que padecen estrés crónico y exclusión social:

- Paciente: *estoy sin trabajo, me han echado del piso por impago... y estoy triste, angustiado, duermo mal...*
- Terapeuta: *su problema es de tipo social. Yo soy médico y estos temas no son de mi incumbencia. Le voy a enviar a los servicios sociales.*
- Paciente: *Doctor... es que me envían justamente de allá, de los servicios sociales.*



Joseba Achótegui

sappir@terra.es

www.migra-salut-mental.org



BIBLIOGRAFÍA

- Achótegui J, Lahoz S, Marxen E, Espeso D. 2005. Study of 30 cases of The Ulysses Syndrome. World Congress of Psychiatry. El Cairo.
- Aponte J, Rivers, R, Wohl J, 1995 Psychosocial Interventions and Cultural Diversity. Allyn and Bacon Boston.
- Bachelor, D. 2000. Cromofobia. Editorial Síntesis. Madrid.
- Bargach, A. 2005. Comunicación personal.
- Benneditis, GB. 1990 The role of the stressfull life events in the onset of chronic primary headache. Pain; 40, 65–75.
- Bowlby J. La pérdida afectiva. Paidós Barcelona 1980.
- Bradley H B 1969 (Community–based tretment for young adult offenders, Crime and Delinquency 15, 863–872.
- Brown GH, Harris T. 1978. Social origins of depression: a study of Psychiatric disorder in Women. London Tavistock.
- D’Ardene P and Mahtani A, 1989 . Transcultural counseling in action. Sage publications. London.
- Delgado, M. 1998. Diversitat i integració. Empuréis. Barcelona
- Echegoyen, R H. 1986. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires. Amorrortu.
- Frank J 1974. Aspectos communes a todas las psicoterapias, en Mahoney M and Freeman A. Cognición y psicoterapia. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica 1974
- Freudenberger, H.J 1974. Staff bur–nout. Journal of Social Issues, 30, 159–165–Kareem, J (2000) Intercultural Therapy. Blackwell Science, Oxford.
- Laplanche, J. 1998. Diccionario de Psicoanálisis. Madrid. Amorrortu. 1998.
- Marty, P 1951, Aspects psychodynamiques de l’etude clinique de quelques cas de céphalalgies. Rev, française de Psychanal. 2, 216, 1951.
- McNeil J, 1999. El rostro. Tusquets. Barcelona.
- Mezzich, M, D. 1996 Culture and Psychiatric Dignosis. A DSM perspectiva. American Psychiatric Press, Inc. 1996. Washington D.C.
- Mitjavila, M 1996. En técnicas de psicoterapia psicoanalítica Poch J y Avila A compiladores. Edit siglo XXI, Madrid.
- Moro MR. De la Noë Q, Mouchenick Y Edit. 2004. Manuel de psychiatrie transculturelle. Paris. La Pensée sauvage Editions.
- Paez, D y Casullo MM, comp 2000. Cultura y alexitimia. Madrid Paidós.
- Wolf, T 1988. La hoguera de las vanidades. Anagrama. Barcelona 1988.



Intervenir con adolescentes que consumen drogas y no son toxicómanos

Juan Antonio ABEIJON
M^a. Jesús IRASTORZA

Psiquiatras

Centro de Salud Mental Julían Ajuriagerra (Fika), Bilbao
Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia
Osakidetza. Servicio Vasco de Salud

La adolescencia es un periodo importante de la vida caracterizado por cambios y convulsiones en el individuo en su proceso de ingreso en el mundo adulto. Estos cambios se viven en distintos aspectos: físicos, hormonales y de crecimiento pero también psicológicos, afectivos, relacionales y de construcción del yo; en esta etapa se van a elaborar los procesos de autonomía y de acercamiento crítico al mundo adulto.

Los cambios se trasladan también a los grupos referenciales en los que vive el adolescente y de forma muy especial a la familia y a los grupos de pares. Estos grupos no son solo espectadores sino también agentes activos en este proceso.

Los rituales de paso escenifican estos cambios. Todas las sociedades a lo largo de su historia se han servido de determinados rituales, de forma más o menos consciente y consentida, para simbolizar el paso de una etapa a otra de la vida.

En la actualidad el consumo de sustancias se ha convertido en uno de estos rituales de paso para muchos adolescentes.

El consumo de drogas aparece actualmente como un fenómeno de gran difusión entre amplios segmentos de población. La apreciación del consumo de alcohol como la droga del mundo adulto y el consumo de derivados de cannabis en todas sus formas como la droga del mundo joven hace tiempo que ha desaparecido. Los datos de las últimas encuestas sociológicas nos revelan características interesantes en las formas de consumo y en su significado. A pesar de que la proporción de escolares que consume bebidas alcohólicas permanece estable desde 1994 (PNSD, 2005), alcanzar el estado de embriaguez alcohólica forma parte de los rituales de ocio y diversión de los adolescentes durante los fines de semana (Javier Pons Diez y Enrique Berjano Peirats, 1999).

En lo que respecta a las edades de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas las mayores



frecuencias se encuentran entre los 14 y 15 años en todas las bebidas bajando a 12 y 13 años para el vino y el cava (Javier Pons Diez y Enrique Berjano Peirats, 1999).

Las prevalencias de consumo de cocaína y cannabis se han incrementado notablemente, al igual que la disponibilidad percibida, mientras que la percepción del riesgo ha disminuido (PNSD, 2005). Entre 1994 y 2004 la percepción del riesgo es menor para todas las sustancias, tanto en los consumos esporádicos como en los habituales (PNSD, 2005).

Estos datos se traducen en un aumento del número de inicios de tratamiento en la CAPV según los datos recogidos en el Informe del SEIT (Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías, 2006) referidos a la Comunidad Autónoma. En este informe se constata un aumento de inicios de tratamiento por toxicomanías no alcohólicas (de 1135 en 1994 a 1894 en 2004), importante sobre todo en el consumo de cocaína (51 en 1994 a 902 en 2004) y cannabis (68 en 1996 a 177 en 2004). Así mismo hay una disminución del consumo de heroína (1068 en 1994 a 611 en 2004). En el mismo informe aparece como significativo el dato referido al grupo de edad 15 a 24 años en los casos de personas admitidas a tratamiento sobre todo por consumo de cannabis y estimulantes: *“Los inicios por alcohol se agrupan en las franjas de edades más altas, así como la heroína y otros opiáceos. En el caso de anfetaminas, speed y cannabis son más jóvenes (15 y 24) y en el caso de la cocaína, en los grupos de edad medios (entre 25 y 34)”*.

Con respecto a los episodios de urgencia hospitalaria registrados en el mismo informe del SEIT, 2006, en los que se menciona el consumo de drogas psicoactivas, se señala que: *«el grupo “Trastornos mentales y del Comportamiento” es el que presenta el mayor porcentaje, con casi el 62% y dentro de ellos “Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas” con un 42% del total de diagnósticos»*.

En la memoria del 2005 de la Comunidad Terapéutica Manuene de Osakidetza, de un total de 91 pacientes atendidos ese año, un 12,28% pertenece a la franja de edad de 16 a 23 años.

Todos los estudios señalan la importancia de la intervención precoz sobre los casos de consumos problemáticos de drogas en general y en adolescentes en particular, acortando la llamada “fase silenciosa de consumo”, lo que permite detectar los casos más graves ligados sobre todo a trastornos psicóticos y de comportamiento, para evitar el ingreso en fases de cronicidad y atajar las consecuencias del consumo a nivel familiar, escolar y laboral.

Según numerosos estudios los factores familiares de riesgo que se asocian con una mayor probabilidad de consumo de drogas en los hijos son, de forma resumida, los siguientes:

1. La conflictividad intrafamiliar, que genera un aumento del estrés en los miembros de la familia y que tiene que ver con un mayor consumo de drogas en los padres.
2. Baja frecuencia de realización de actividades conjuntas entre padres e hijos, que resulta en un menor aprendizaje de actividades sociales y un menor seguimiento de las actividades de los hijos.
3. Un estilo educativo inadecuado, caracterizado por una extrema permisividad o por autoritarismo.
4. Consumo de drogas y actitudes favorables hacia ellas en los padres.

El control y seguimiento de la conducta de los hijos es un factor de primer orden a la hora de analizar la influencia de la familia en el consumo de drogas de los hijos. Un estudio llevado a cabo en España sobre 19.191 estudiantes, de entre 14 y 18 años, encontró que el consumo de cannabis tiene una relación clara con la percepción que tienen los hijos del grado de control al que les someten sus padres cuando salen de casa. Este trabajo se basó en el análisis de la Encuesta Escolar del Plan Nacional sobre



Drogas y de la percepción que los jóvenes tienen del control paterno.

Las familias en las que los padres “están al tanto” de con quién están sus hijos presentan un 24,3% de casos de experimentación con cannabis. La cifra es del 42,9% en aquellas familias que parecen estar ajenas a las relaciones de los hijos. Esta relación inversa entre control familiar percibido y consumo de drogas se da en todas las sustancias (alcohol, tabaco, cocaína, éxtasis, cannabis, anfetaminas, LSD, etc.).

Hay que elaborar pautas de intervención precoz en el diagnóstico e intervención con adolescentes consumidores de drogas problemáticos y sus familias, evitando procesos de cronificación y actuando sobre algunas de las graves consecuencias que se presentan en este tipo de consumos, como son el fracaso escolar, los problemas de conducta y las crisis psicóticas.

Es imposible elaborar pautas de intervención sobre estos casos sin tener en cuenta dos cosas:

- Que la familia es el medio relacional donde se viven estas conductas y que la forma de actuar de cada uno de los miembros que componen este medio va a ser determinante en el significado y la evolución del problema.
- Que en algunos casos los Médicos de Atención Primaria y otros grupos en relación con adolescentes a nivel escolar y social son el primer frente en el que se desvelan estas situaciones y que la manera de actuación de estos profesionales va a ser determinante a la hora de elaborar un recorrido de actuación.

Indicadores de riesgo

Tres grandes grupos:

1. Los que tienen que ver con los recursos yoicos, es decir, con las capacidades propias del adolescente:

- Antecedentes desde la infancia de dificultades en las distintas etapas del desarrollo, han precisado atención médica o psicológica continuada, han sufrido enfermedades orgánicas de larga evolución o que han generado algún tipo de discapacidad con percepción subjetiva de sí mismo ó de la familia de haber sido un niño con dificultades para ir madurando.
- Historia de fracaso escolar desde niño o en la última etapa tras haber sido un buen estudiante.
- Sintomatología orgánica crónica o cuadros psicopatológicos importantes en el momento actual.
- Comportamientos agresivos, que habría que diferenciar si sólo se dan en el entorno familiar en cuyo caso posiblemente tienen que ver con una disfunción en la dinámica familiar ó si se generalizan a todo su entorno que podría tratarse, si se mantiene, de un trastorno de descontrol de impulsos.
- Serias dificultades para ir adquiriendo progresivamente pautas de autonomía respecto de sus padres con comportamientos excesivamente dependenciales.
- Serias dificultades para *irse haciendo un hueco* entre sus iguales: dificultad para establecer relaciones o mantenerlas, no ser aceptado habitualmente en los grupos de pares, relaciones de excesiva dependencia o de sometimiento.
- Escasa o nula red social.

2. Los que tienen que ver con el entorno familiar:

- Graves disfunciones familiares, familias multiproblemáticas.
- Momentos de crisis en una familia hasta ese momento con dinámicas de funcionamiento adecuadas, muerte de algún familiar, separación de los padres, enfermedad de algún miembro, crisis económica.
- Incapacidad manifiesta de contención del adolescente por parte de la familia.



3. Los que tienen que ver con la historia de consumo de drogas:

- Edad del adolescente. En la 1ª fase de la adolescencia, cualquier consumo de alcohol u otras drogas es abusivo.
- Tipo de droga que consume. Con aquellas drogas de fuerte capacidad adictiva como heroína o cocaína, también cualquier consumo es abusivo.
- Patrón de consumo, detectar cambios importantes en la frecuencia o dosis de consumo.
- Consumos medicalizados, buscando calmar ansiedades o evitar conflictos que cuesta enfrentar.
- Consecuencias graves, tanto orgánicas como psiquiátricas, derivadas de cualquier tipo de consumo, comas etílicos, episodios de descompensación psicótica.

Características de una intervención eficaz

La atención a población adolescente ha de caracterizarse por ser rápida, flexible y por crear un vínculo terapéutico sólido desde el principio.

La relación del adolescente con el mundo adulto, y en especial con los terapeutas, es ambivalente. Oscilan entre la demanda de ayuda y el rechazo a la misma alegando no necesitarla, por temor a la excesiva dependencia. Tiene que ver con aspectos infantiles (dependientes) junto a una necesidad de ser independiente (aun sin saber muy bien cómo conseguirlo).

Los profesionales que trabajan con este perfil de población saben bien lo difícil que es para un adolescente pedir ayuda y lo importante que es atender inmediatamente esa demanda. Y saben también “traducir” las ausencias del adolescente a la terapia, sin vivirlas como falta de adhesión al tratamiento y manejando las contratransferencias. Por esto, un Servicio de Atención para población adolescente ha de cuidar especialmente la acogida. Hay aspectos metodológicos que lo facilitan:

- La primera acogida, directa o telefónicamente, es preferible que la haga el profesional que vaya a ser la figura de referencia de dicho adolescente. Si no fuera siempre posible, al menos que sea un profesional entrenado en este rol. Se trata de evitar que el adolescente que acude por primera vez al servicio tenga que pasar por distintos profesionales y se pierda en el camino.
 - La relación ha de ser cercana, cálida, pero flexible, sin precipitarse en ofrecer propuestas de tratamiento hasta “escuchar” y entender la demanda del adolescente. Crear un vínculo terapéutico de “disponibilidad”.
 - Garantizar la confidencialidad, a no ser que esté en riesgo grave la seguridad del adolescente. Explicarlo con él. Cuidar especialmente este aspecto en la primera recogida de datos.
 - Intentar, en la medida de lo posible, que este perfil de población no se mezcle con otros (adultos, toxicómanos, alcohólicos...), delimitando los espacios de acogida o delimitando los horarios.
- Si la primera demanda fuera de la familia, cuidar que el profesional que inicie un trabajo terapéutico con la familia no sea el mismo que atiende al adolescente, en caso de que esto fuera preciso más adelante. Explicarlo a todo el sistema familiar.
- Adecuar un espacio diferenciado, que resulte acogedor para este tipo de pacientes.
 - Dicha estrategia será diferente en función de cómo llegue la demanda.
- Si la demanda llega desde la familia, tras la fase diagnóstica podrá definirse una propuesta de tratamiento con una o varias de las siguientes intervenciones:
- Sólo con los padres.
 - Con toda la familia.
 - Con atención directa al adolescente.
 - Incluyendo o no a otros referentes adultos que ayuden a tutelar el proceso (EISES, etc)
- Si la demanda llega desde el propio adolescente, tras la fase diagnóstica y siendo él el



principal protagonista de la intervención, se diseñará una propuesta de tratamiento que puede incluir una o varias de las siguientes intervenciones:

- Individual.
 - Familiar.
 - Dinámicas grupales de pares.
 - Coordinación con otros grupos socio-educativos del entorno relacional del adolescente.
- Si la demanda procede desde algún grupo socio-educativo, EISES, tutores escolares:
- Valoración conjunta del caso con dicho recurso, con posibilidad de seguimiento en supervisión del mismo.
 - Sólo en los casos en los que en el grupo de supervisión se considere indicado, intervención directa con el adolescente y/o la familia.

Técnicas terapéuticas útiles

Terapia individual, a cargo de especialistas familiarizados en la psicoterapia con esta franja de edad.

Terapia familiar, con la unidad familiar, con la pareja parental, en grupos multifamiliares. Pero siempre después de un diagnóstico de cada sistema familiar y con una propuesta de tratamiento atendiendo a su especificidad.

Grupo de Familiares. Los padres son el referente adulto más cercano para el adolescente, identificándose con ellos, proyectando sus angustias con ellos, haciendo los duelos con ellos... Con ellos van a hacer este proceso hasta adquirir su propio ideal de YO. Para poder contener al hijo adolescente, los padres han de evitar proyectar su angustia por los duelos que a su vez están realizando. Por esto, el Objetivo de este grupo es ofrecer un espacio a estos padres para que puedan expresar sus dificultades y capacitarles para ser referentes adultos contenedores.

Terapia de grupo de pares. La adolescencia es un proceso evolutivo durante el cual se dan pautas de comportamiento que podrían ser consideradas prácticas de riesgo (relacionadas con las drogas, la sexualidad, la velocidad...), pero que en la mayoría de los casos se enmarcan dentro de este proceso de adquisición de una nueva identidad y que el mismo adolescente va dejando atrás aunque en algunos casos, sobre todo si se dan en un momento de mayor conflictiva individual o relacional que desborda al adolescente, pueden bloquear este proceso evolutivo. El Objetivo de este grupo es detectar y ayudar a aquellos adolescentes en los que estas prácticas de riesgo puedan dificultar este proceso hacia la adquisición de una identidad adulta utilizando las técnicas más adecuadas para esta edad (Técnicas Psicodramáticas, No Verbales, con objetos intermediarios,...) y con un cierto rodaje en el manejo de las dificultades habituales en estos grupos (contención de la agresividad, tendencia al acting,...).

No podemos mirar para otro lado, desde las instituciones públicas se deben de proponer mecanismos de intervención que sean una respuesta más entre otras que alivien el sufrimiento de aquellos que sufren y que prevengan el sufrimiento de los que se encuentren en situación de riesgo. Los profesionales de la salud intervenimos desde nuestro rol sin pretender invadir otros espacios de decisión, desde ahí están escritas estas reflexiones y estos análisis.





Atención a las fobias

Salvador Álvarez Leal

Psiquiatra

Centro de Salud Mental Julián Ajuriagerra Bilbao
Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia
Osakidetza. Servicio Vasco de Salud

Para poder plantearnos la atención a las fobias, se hace necesario conocer mejor el campo donde se mueve todo lo que encuadramos de forma mas o menos generalizada, como lo “fóbico”.

El terreno es muy amplio y permite circular por casi toda la sicopatología.

Si utilizamos los manuales de clasificación y diagnóstico que habitualmente se usan (DSM IV ó CIE 10) podemos recoger las siguientes referencias. El DSM IV en su apartado trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia solo recoge tres posibilidades donde podamos encontrar algún aspecto mas o menos encubierto de la serie fóbica.

- Trastorno de ansiedad por separación.
- El mutismo selectivo.
- El trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez tipo inhibido.

Tras estos apartados encontraremos agrupados casi todos los cuadros fóbicos adultos dentro del capítulo trastornos de ansiedad, donde podemos señalar diversas combinaciones sintomáticas:

- Trastorno de angustia con agorafobia.
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.
- Fobia específica.
- Fobia social.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias con síntomas fóbicos.

Fuera del capítulo de los trastornos de ansiedad encontraremos alguna referencia en los Terrores nocturnos y los Trastornos de personalidad por evitación.

Es de todos conocida la característica de este manual muy al gusto americano, donde se difuminan y dispersan las categorías nosológicas clásicas, dando pie para señalar una entidad distinta la presencia o la falta de un síntoma. No se utiliza para nada el concepto de estructura y por lo tanto no podemos encontrar algo que nos permita designar una organización estable a la que podamos llamar estructura fóbica.

Es necesario aclarar que cuando hablo de estructura me estoy refiriendo a un concepto que desde el campo psicoanalítico alude a la metapsicología y que es definida por BERGRET de la siguiente forma:

Una organización de la persona compensada o descompensada.

- Con un tipo de mecanismos de defensa.
- Con un modo de relación de objeto.
- Con un grado de evolución libidinal y Yoico definido.
- Una actitud precisa ante la realidad que se asume de manera repetitiva.
- Un juego reciproco suficientemente invariable de los procesos primario y secundario.

Ciertamente me estoy refiriendo (en este caso) a la estructura histérica de angustia o histerofóbica como algunos la denominan y a la cual me referiré.

Si nos preguntáramos si la estructura histerofóbica da cuenta de todas las fobias, podríamos responder con rapidez que no. Es mas probablemente de cuenta solo de un numero reducido del abanico clínico fóbico, con lo cual vemos que la fobia no es un síntoma patognómico de una entidad determinada.

Me adhiero a aquellos autores que subdividen el campo fóbico en diversas categorías nosológicas:

1. Miedos arcaicos o temores del desarrollo.
2. Fobias tempranas.
3. Síntoma fóbico aislado o formando parte de cualquier otra combinación sintomática.
4. Neurosis fóbica o histeria de angustia.
5. Carácter fóbico.
6. Fobias traumáticas.

Freud ya sostenía en (Inhibición, Síntoma y Angustia) que junto a las fobias de la fase fálica ligadas con el conflicto edípico y con la angustia de castración hay otros fenómenos similares (miedo a la oscuridad, a la soledad, a los extraños...) que no encontraban explicación.

Es necesario poder plantearse:

- La búsqueda de los mecanismos de construcción del síntoma fóbico.

- Las características de este proceso en cuanto a:
 - Tipo de angustia subyacente.
 - Procedimiento de manejo de la angustia.
 - Tipo de enlace entre afecto y representación.
 - Tipo de leyes entre angustia y su representante y las variaciones con el desarrollo.

Las tres teorizaciones importantes del psicoanálisis Freud, Klein y Lacan tienen puntos comunes en estos aspectos pero también divergencias.

Las fobias mas evolucionadas con alto grado de elaboración mental, son el resultado de una serie de operaciones endopsíquicas que el sujeto hace con la angustia originada en un conflicto.

La angustia para Freud será producto de la amenaza de castración, para Klein de la pulsión de muerte y para Lacan de la falta de ser.

La angustia crea desorganización y promueve que se efectúe una operación de equilibrio con el coste de la fobia. Para ello se utilizan defensas (represión, regresión, desplazamiento) y se crea un nuevo estado psíquico por el cual ya no se sufre frente al conflicto pulsional original sino frente a un sustituto evitable.

La transformación de la angustia en fobia es un recurso defensivo que evita el conflicto pero detiene el proceso evolutivo originando una enfermedad neurótica.

El objeto o situación en estas fobias suele poseer la dimensión de algo insólito u original, no son miedos universales, son fobias circunscritas, relacionadas con una problemática específica de una fase, la fase fálica, y ligados con el conflicto edípico y la angustia de castración.

El conflicto tiene dimensión psíquica y hay elementos altamente simbolizados. La organización del objeto fóbigeno incluye la historia del sujeto. Por lo tanto tenemos represión dentro



de lo edípico, regresión y desplazamiento. El desplazamiento es lo que hace que otro objeto sustituya y disfraza al original, singularizando el proceso y creando el objeto fóbigeno. El objeto de elección del desplazamiento suele ser un objeto susceptible de guardar algún tipo de relación simbólica con el original.

Lacan que también liga la fobia neurótica al Edipo y a la castración pareciendo que opera en el orden freudiano descrito antes, en realidad reformula ampliamente el conflicto fóbico.

Para Lacan la fobia se establecería ante la carencia de un verdadero complejo de castración, o sea el objeto fóbico será un objeto que desde lo imaginario intentara cubrir la falta de un agente castrador. Entonces la fobia es una solución, una producción imaginaria ante la ausencia de referencias identificatorias en lo simbólico de una legalidad fálica mas allá de la relación dual especular con la madre. Lacan indica que la angustia desde su punto de vista, no es el miedo a un objeto, sino el enfrentamiento del sujeto con la ausencia del objeto, una falta de ser que lo atrapa, en la cual se pierde y ante la cual todo es preferible, hasta forjar una fobia. La constitución del objeto fóbico la explica por medio de una articulación estrictamente significativa.

Klein formula ideas que en algunos aspectos alteran sustancialmente las formulaciones freudianas. Plantea que existen fenómenos fóbicos a partir de la segunda mitad del primer año de vida y que estos miedos son los primeros síntomas del niño en su desarrollo. Estima que los que aparecen en la segunda infancia o en la vida adulta no son mas que una prolongación (cambiando su contenido) de los que surgen en edad temprana. En realidad no especifica entre fobias tempranas, posteriores e incluso terrores paranoides.

Para esta autora tienen una función esencialmente defensiva contra angustias de desintegración del YO. El objeto fóbigeno para Mela-

nie Klein se formaría primero por proyección de las fantasías terroríficas y luego por desplazamiento a un objeto sustituto del objeto originario. En Klein no hay diferencia entre síntomas tempranos y posteriores, amplia el tipo de angustia y el numero de etapas del desarrollo en que pueden aparecer, pero el mecanismo que preside la elección del objeto fóbigeno es el desplazamiento al igual que en Freud.

Hablemos ahora de otros mecanismos de producción fóbica distintos del propuesto para la neurosis fóbica.

A veces la angustia libre flotante se puede fijar de forma ocasional a síntomas somáticos o a representaciones. La fijación es arbitraria y se produce en representaciones capaces de prestarse a ello. Las mas apropiadas serian los miedos universales, la oscuridad, las tormentas, las serpientes, etc., detrás de la unión de la angustia con la representación no hay otra simbolizada.

El conflicto en si no forma parte del mecanismo psicológico en juego.

Son procesos propios de lo que llamaba Freud neurosis actuales, son fobias dentro de neurosis de angustia. El proceso de elaboración y simbolización del objeto fóbigeno es casi nulo.

Laplanche recalca que “ningún sentido agota la configuración concreta de los síntomas”.

Otra manera de producción sintomal fóbica es a través de las vicisitudes de los procesos identificatorios. A través de la identificación se puede incorporar el temor, la creación de un objeto fóbico y rasgos de carácter fóbicos en forma de un conjunto de procedimientos evitativos, como restricciones, inhibiciones, prohibiciones.

Los temores no son producto de transacciones sino exceso de discurso de los otros. Estas identificaciones pueden incluir desde sín-



tomas fóbicos groseros hasta sutiles formas evitativas de pensamiento. Piera Alaugnier describe la acción identificatoria del discurso familiar sobre el niño.

El medio fóbico es sobre preocupado por la seguridad física y psicológica poniéndole al niño en el lugar del que corre peligro o debe temer algo. El sujeto fóbico tiene una especial codificación del universo en términos de peligro y seguridad.

A veces hay enunciados promotores de identidad "es muy tímido".

Marta Harris habla de Temores del desarrollo, más o menos es lo que Freud y Klein denominan como fobias tempranas y Ana Freud miedos arcaicos.

Los niños de un año o menos tienen miedos pasajeros a los que llamamos temores del desarrollo. Cuando uno de esos miedos es muy opresivo e irracional y se asemeja al pánico hacia una cosa o lugar lo llamamos fobia.

Ajuriaguerra considera que las fobias en niños están ligadas con el temor injustificado ante objeto, seres o situaciones y el niño reconoce lo ilógico.

Piera Aulagnier considera que en el niño pequeño hay un déficit cognoscitivo relativo, porque solo lo es en tanto lo comparamos con el del niño mayor, esto puede originar un juicio de realidad equivocado que despierta temores pasajeros que con el progreso cognoscitivo se disuelven.

Por ultimo vamos a mencionar las fobias traumáticas. Freud define el trauma psíquico como todo acontecimiento que irrumpe en la psique por sorpresa sin que el sujeto sea capaz de dar una respuesta motriz activa o de tener una abreacción de la experiencia. Estas fobias se desencadenan como consecuencia de una situación de peligro vital o injuria física sufrida por el sujeto.

A veces los temores que se desarrollan pueden repetir en su configuración sintomal las peculiaridades del episodio traumático, podemos concebir varias opciones:

1° Cuando el acontecimiento exterior viene a escenificar una fantasía inconsciente del sujeto. Es la duplicación desde lo real de la fantasía, lo que instaura el acontecimiento exterior en su carácter traumático.

2° Cuando el acontecimiento es una amenaza a la vida y en los niños fuerza una inscripción precoz de la muerte en el psiquismo. Mas allá del shock inicial el trauma se instala como un efecto más o menos permanente, pasa de amenaza vital a amenaza imaginaria.

En el capítulo de la atención de los diferentes pacientes en la asistencia pública a la salud mental y pensando en los medios disponibles y su utilización mas eficaz tenemos que hacer una diferenciación importante:

1° Pacientes con cuadros de neurosis fóbicas, con cierta capacidad de mentalización y simbolización son susceptibles de poder realizar tratamientos psicoterápicos de orientación psicodinámica generalmente en las modalidades de breve o focal, siempre que pueda darse un proceso de focalización.

- La psicoterapia de apoyo es otra de las indicaciones posible.
- La psicoterapia grupal de orientación dinámica puede ser adecuada.
- La psicoterapia de inspiración psicoanalítica (PIP) es una de las más indicadas pero quizás excede a las posibilidades de un primer nivel de atención psicoterápico público.

Los psicofármacos pueden ser utilizados de forma paralela y en tiempos cortos para evitar niveles de angustia paralizantes y excesivos para la contención necesaria en cualquier proceso psicoterápico.



2° Pacientes con poca capacidad de mentalización y simbolización podemos servirnos de:

- Terapia de apoyo.
- Técnicas de relajación.
- Técnicas cognitivo conductuales.
- Técnicas de desensibilización sistemática con reestructuración cognitiva y modelado gradual participante.
- Utilización de terapeutas auxiliares dentro de la red social del sujeto.
- Técnicas de afrontamiento de crisis.
- Utilización de psicofármacos como alivio sintomático.



BIBLIOGRAFÍA

- Clasificación DSM IV
- La personalidad normal y patológica. Jean Bergeret.
- Temores y fobias Emilce Dio Bleichmar.
- Inhibición, síntoma y angustia. Sigmund Freud.
- Análisis de la fobia de un niño. Sigmund Freud.
- La interpretación de los sueños. Sigmund Freud.
- Psicología de las masas y análisis del yo. Sigmund Freud.
- Seminario de las relaciones de objeto y las estructuras freudianas. Jacques Lacan.
- El psicoanálisis de niños. Melanie Klein.
- Problemáticas psicoanalíticas, la angustia en la neurosis. Jean Laplanche.
- Vida y muerte en psicoanálisis. Jean Laplanche.
- La violencia de la interpretación. Piera Aulagnier.
- Los destinos del placer. Piera Aulagnier.
- Su niño año a año Marta Harris. E. Osborne y otros.
- Manual de psiquiatría del niño. Julian Ajuriaguerra.
- Análisis del self. Heinz Kohut.
- Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Jorge L. Tizón y otros.
- Propedéutica de una psicoterapia. Pierre Bernard Schneider.



Criterios de actuación en Atención Primaria ante la enfermedad mental grave. Encuesta Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia*

Oscar Martínez Azumendi

Servicio de Psiquiatría.
Hospital de Basurto, Bilbao

Resumen

La fluida relación entre Atención Primaria y Salud Mental es fundamental para una mejor asistencia al enfermo mental. El desbordamiento asistencial proveniente de las patologías neurótico-adaptativas ha hecho que la coordinación pueda haberse focalizado sobre estos grupos diagnósticos. La necesidad de dirigir la atención sobre los enfermos más graves aconsejó la realización de una encuesta que tuviera en cuenta los puntos de vista de AP acerca de este grupo de pacientes. En base a los resultados obtenidos y la experiencia ganada en la relación y coordinación con AP se concluye aconsejando una serie de aspectos a cuidar y favorecer, tanto desde una actitud general de colaboración, como de posibles intervenciones específicamente dirigidas a los pacientes más graves.

Palabras clave

Atención Primaria. Paciente mental severo. Coordinación de servicios.

Abstract

A smooth relation between Primary Attention and Mental Health is basic for the better support of the mental patient. The preponderance of the neurotic-adaptive pathologies has caused that the coordination have focused mainly on these diagnostic groups. The need to redirect the attention on the most severe patients advised the accomplishment of a survey on the points of view of GPs about this group of patients. On the basis of the obtained results and the experience gained in the relation and coordination with Primary Attention we conclude advising a series of aspects to take care of and to favour, as much from a general attitude of collaboration, like some other possible interventions specifically directed to the most severe patients.

Key words

Primary Attention. Severe mental patient. Service Coordination.

No es posible entender un sistema asistencial completo y coherente en salud mental sin una fluida y adecuada relación entre los diferentes niveles asistenciales, siendo especialmente importante y necesaria la coordinación entre Atención Primaria (AP) y los Centros de Salud Mental (CSM).

* Trabajo realizado con una ayuda de la Dirección de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia, financiada por la Dirección Territorial de Sanidad dentro de su Contrato Programa. Presentado en las XIX Jornadas de SMEB "40 aniversario de los CSM de Bizkaia 1966-2006". Bilbao, 20-21 noviembre 2006.



En su Informe sobre la salud en el mundo 2001¹, la Organización Mundial de la Salud realiza diez recomendaciones generales, siendo la primera la indicación de dispensar tratamiento de SM en AP. Paso fundamental para facilitar y agilizar el acceso a los servicios a el mayor número de personas, no sólo proporcionando así una mejor asistencia, sino reduciendo el despilfarro en investigaciones innecesarias y tratamientos inadecuados e inespecíficos. Obviamente, las necesidades y capacitación profesional de los diferentes profesionales implicados variarán según el escenario sociosanitario en el que trabajan (nivel de recursos bajo, medio u alto). Para cada una de las diez recomendaciones se proponen una serie de intervenciones mínimas requeridas para la atención de salud mental, que en el caso del Escenario C (nivel de recursos alto donde se encuadrarían nuestros servicios) se resume en: a) mejorar la eficacia del manejo de los trastornos mentales en el ámbito de AP; y b) mejorar los mecanismos de derivación.

El Ministerio de Sanidad y Consumo² ha establecido recientemente la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En el Anexo II, donde se detalla la cartera de servicios comu-

nes de AP se explicita que esta ocupa el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. En el punto 8 (tabla I), relativo a la atención a la salud mental (SM) en coordinación con los servicios de atención especializada, entre diversas actuaciones posibles y poblaciones diana a las que se dirigirían, se explicita el seguimiento coordinado con los servicios de salud mental y sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

Con la aparición de las diferentes corrientes desinstitucionalizadoras y comunitarias, el enfermo mental grave pasó progresivamente a ser atendido de los hospitales psiquiátricos a los CSM que nacieron con este objetivo específico, si bien pronto se vieron desbordados por otra abrumadora demanda originada por otros tipos de patologías y trastornos adaptativos, corriéndose entonces el riesgo de que algunos de los enfermos más graves sean desplazados de los servicios especializados³. En cualquier caso, una alta proporción de personas con psicosis está en contacto con AP siendo sus profesionales un importante recurso en el manejo comunitario de estos enfermos, papel

Tabla I. Cartera de Servicios comunes de Atención Primaria. Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

- 8.1 Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
- 8.2 Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.
- 8.3 Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.
- 8.4 Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente.
- 8.5 Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.



que se les reconoce desde ya hace tiempo⁴. Este contacto con AP puede verse potenciado por diferentes motivos:

- Abandono del tratamiento especializado tras el alta.
- Preferencia de este lugar de tratamiento por un menor estigma asociado.
- Menor conciencia de enfermedad y de la necesidad de tratamiento psiquiátrico.
- Existencia de patologías somáticas sobreañadidas.

Siendo sin duda la primera de estas razones la más preocupante de todas, se calcula que entre un 25 y 40 % de pacientes esquizofrénicos pierden el contacto con los servicios especializados⁵. Por contra, una gran parte refiere contactos con su médico por diferentes causas, no necesariamente relacionadas con la salud mental, observándose entonces una frecuentación mayor que con los servicios ambulatorios de SM⁶. Incluso se ha comparado a estos pacientes con los hiperfrecuentadores de las consultas de AP, con un alto consumo de recursos. Habiéndose observado que acuden 11 veces más a consulta que un grupo control, una tasa similar a la de los enfermos somáticos crónicos, aunque sólo un reducido porcentaje era debido a causas mentales explícitas, de igual forma que recibieron poco tratamiento específico para su patología mental⁷.

Si hace todavía pocas décadas aún existía cierto convencimiento acerca de una supuesta mayor resistencia y aguante ante la enfermedad somática de los enfermos psicóticos, hoy conocemos que la esquizofrenia acorta la vida en unos 10 años, siendo los suicidios y accidentes sólo responsables del 40 % de esta cifra, mientras que patologías como hepatitis, SIDA, osteoporosis, polidipsia, embarazos complicados, obesidad, diabetes, problemas cardiovasculares, muerte súbita, abuso de tabaco, drogas y alcohol, etc. son responsables de la mayor mortalidad, además de añadirse los propios efectos secundarios de los nuevos fármacos (ganancia

de peso, cambios metabólicos y síndrome metabólico, riesgos cardiovasculares, alteración de lípidos, cambios endocrinos y sexuales, hiperglucemia y diabetes...) y existir evidencia de un mal acceso a los cuidados de salud general de estos enfermos⁸⁻⁹.

En relación específica a los enfermos mentales graves, se han propuesto una serie de actuaciones básicas desde AP en modelos que han sido llamados de “asistencia compartida”¹⁰:

- 1) Participar en el diagnóstico precoz.
- 2) Derivar episodios agudos o recidivas a SM.
- 3) Administrar psicofármacos en urgencias y derivar para valorar ingresos.
- 4) Valorar el estado físico y psíquico de pacientes mentales crónicos.
- 5) Supervisar efectos secundarios de la medicación.
- 6) Apoyar a pacientes y familias en la adaptación, resolución de problemas y reintegración a su funcionamiento habitual.

Sin embargo, lo que se hace habitualmente no suele ser lo más adecuado, observándose que las exploraciones y revisiones rutinarias son poco estructuradas y aunque las investigaciones sobre detección precoz y tratamiento de recaídas son limitadas, los datos apuntan a su utilidad¹¹ a pesar de su escasa utilización. De cara a enfrentar este problema, se han aconsejado estrategias concretas para el seguimiento activo de las psicosis crónicas tales como:

- 1) Identificar a todos estos pacientes (registros).
- 2) Planificar revisiones regulares.
- 3) Utilizar listas de comprobación de posibles áreas problemáticas.
- 4) Asegurar un alto nivel de continuidad para facilitar una relación médico-paciente efectiva.
- 5) Diseñar sistemas de llamada y rellamada para asegurar que no se pierde el contacto¹².



Una vez reconocida la conveniencia e importancia de la coordinación entre AP y SM en relación con la enfermedad mental grave, podemos preguntarnos además acerca del tipo de relación mantenida entre ambos niveles asistenciales. En un principio apenas se planteaba la necesidad de una estrecha relación entre los CSM y AP. De hecho el punto de partida fue un sistema asistencial constituido por dos redes diferenciadas, la dependiente de las Diputaciones que se hacía cargo de la salud mental y la del Insalud que se ocupaba de la salud somática con la excepción del reducido número existente de neuropsiquiatras de zona. Una vez aceptada la interdependencia, sin embargo, en los últimos años hemos sido testigos de importantes cambios conceptuales y estratégicos en los planteamientos y relaciones entre los dos niveles¹³ (tabla 2).

En relación con el área donde se llevó a cabo la encuesta a los médicos de AP que se presenta a continuación, el breve esbozo histórico recogido en la tabla 3 nos permite no sólo contextualizar mejor el trabajo, sino entender la larga tradición de colaboración existente entre el CSM y los equipos de AP, así como los diversos ensayos y avatares por los que se ha evolucionado. Fundamentalmente pasando de lo que podemos llamar un “modelo clásico” de coordinación en un sector, en el que un(os) miembro(s) delegado(s) por el CSM como totalidad se encargaría(n) de los contactos con los diversos Centros de Primaria, predominando los contenidos generales, mas o menos impersonales y existiendo un mayor riesgo de discontinuidad en personas y proyecto. A otro que podemos calificar como “modelo sub-sectorizado”, en el que un profesional específico del equipo de SM se coordina personalmente con un determinado grupo de médicos de AP, responsabilizándose directamente de sus pacientes. Predominan entonces los contenidos particulares, sobre una relación de conocimiento mutuo más estable en el tiempo. Modelo cercano al de “trabajador enlace”, que si bien se reconoce suele ser una práctica minoritaria, ha

arrojado niveles de satisfacción entre los profesionales claramente superiores a otros¹⁴. De igual forma, esta forma de coordinación ha generado actitudes más favorables y altos niveles de satisfacción entre los médicos de la zona¹⁵, mayores aparentemente que en otras zonas no coordinadas¹⁶.

En relación con los contenidos y recordando de una forma muy general, la coordinación durante todos estos años había sido fundamentalmente dirigida al manejo de trastornos neurotípicos y adaptativos, por lo que muchas de las necesidades de los pacientes más graves y las habilidades necesarias de los profesionales implicados en su asistencia podían haber pasado en cierto modo más inadvertidas, lo que nos hizo pensar que estaría indicado algún tipo de actuación que dirigiera la atención sobre este grupo. De cara a la elaboración de programas de intervención pareció aconsejable que se realizara en colaboración entre AP y SM, para lo que previamente convendría conocer el punto de vista de AP, sus expectativas y dificultades percibidas en este campo.

Interesados entonces en conocer algunos aspectos relativos al cuidado y atención de los pacientes mentales graves en AP, así como algunas actitudes de los médicos frente a ellos y la relación con los servicios especializados de SM, contando con el apoyo de la dirección de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia, se diseñó un cuestionario autoaplicado que se introducía con una definición de lo que podemos considerar un trastorno mental severo de larga duración¹⁷ (tabla 4).

Además pareció oportuno intentar aproximarnos también al conocimiento de la carga asistencial percibida para otros diferentes grupos diagnósticos. Para ello se preguntaba cuanta dificultad o tensión generaba cada tipo de paciente en función de tipo de patología, así como acerca de la capacitación subjetiva del médico para su reconocimiento y manejo, la



Tabla 2. Algunos cambios observados en la interrelación Salud Mental–Atención Primaria.

CARACTERÍSTICAS DEL MOMENTO HISTÓRICO	CARACTERÍSTICAS ASISTENCIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Nacimiento de los CSM. • Entusiasmo y voluntarismo. • Demanda asumible y psicoterapia. • Aspectos sociales y comunitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo “clínica de puertas abiertas” <ul style="list-style-type: none"> – Accesibilidad. – Intervención en crisis. – No necesidad de derivación formal. • “Psicologización” de avatares cotidianos. • Escasa colaboración con AP <ul style="list-style-type: none"> – Poca disponibilidad horaria del “médico de cupo”. – Disociación de aspectos psicológicos y somáticos. – Rigidez del encuadre, con recurso a la “confidencialidad” y “neutralidad” para evitar desvelamiento de contenidos del paciente.
↓	↓
<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la demanda. • Potenciación de modelos biológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exigencia de derivación formal desde AP (“volante”). • Minusvaloración de crisis vitales. • Devolución rápida a AP para seguimiento con breves instrucciones farmacológicas.
↓	↓
<p>Mientras, desde el CSM persisten dudas acerca de si es mejor o no colaborar (coordinarse) con AP por temor a un eventual mayor aumento de la demanda. Desbordamiento por patología “menor”</p>	
↓	↓
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de “rebelión” desde AP por desbordamiento propio. • De forma realista apenas disponen de tiempos para los propios aspectos “somáticos” de su práctica (Plataforma de los 10 minutos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de “actitud posibilista” <ul style="list-style-type: none"> – Que sea posible. – Que posibilite la mejora.

**Tabla 3. Evolución del modelo de coordinación entre AP y SM en el área de Uribe.****Tras la creación del servicio en 1981**

- Necesidad de establecer algún tipo de contacto operativo con los diferentes médicos de cabecera.
- En un principio estos contactos se establecieron a través de “charlas”.
- La distribución de la demanda desde AP entre los psiquiatras del CSM se realizaba sin criterio alguno.

A finales de los años 80

- Aparecen los equipos de AP.
- Se inicia la “sub-sectorización” de la población asistida, correspondiendo a ciertos psiquiatras unos determinados “cupos” de AP.

A finales de los 90

- La sub-sectorización de la población es completa.
- Cada uno de los médicos del nivel primario (y sus pacientes) tiene un psiquiatra concreto de referencia.
- La existencia de un psiquiatra concreto (y enfermera psiquiátrica) de referencia, favorece el conocimiento mutuo, la relación y una mejor continuidad de cuidados entre ambos niveles.
- Se cuida el fluido contacto telefónico y la calidad de los informes.
- Se establecen reuniones regulares, evitándose contenidos exclusivamente académicos.
- No los consideramos estrictamente “grupos Balint”, prefiriendo el término de “grupos de reflexión”.
- Normalmente el mayor tiempo práctico es ocupado con casos clínicos particulares y prioridades asistenciales.

responsabilidad atribuida a AP y SM en el seguimiento global de cada uno de los grupos, además de la percepción acerca de la responsabilidad real asumida por parte de SM en el tratamiento. Otras preguntas eran dirigidas hacia las diferentes técnicas utilizadas en el tratamiento de los pacientes, la responsabilidad asistencial y seguimiento, la continuidad asistencial entre AP y SM y finalmente por posibles áreas de mejora. Un resumen de los diferentes aspectos contemplados en el cuestionario se presenta en la tabla 5.

La encuesta se distribuyó a finales de 2003 entre los 78 médicos de AP y 13 de “cupo” del área de Uribe en Vizcaya, que es atendida de forma sectorizada por tres CSM integrados entre si y con diferentes niveles de coordinación con los diversos ambulatorios y consultorios. Transcurridos dos meses de la dis-

tribución, se realizó un segundo envío de “repeca” por correo, contando finalmente con las respuestas anónimas de 42 médicos (41 válidas).

Destacando de entre los diferentes resultados encontrados y ya discutidos¹⁸, podemos resumir algunos aspectos interesantes. El número de pacientes “severos” existentes en cada cupo parece ser subestimado, al considerar la mayoría de los médicos encuestados que atienden a menos de 10 pacientes de los descritos. Contabilizando sólo aquellas personas vistas por SM en el año previo al que se realiza la encuesta¹⁹, simplemente con las psicosis no afectivas o toxicomanías no alcohólicas se alcanzaría una proporción superior, que obviamente será mayor al incluir otros trastornos graves y aquellos fuera de contacto con el ser-



Tabla 4. Definición de paciente mental de larga duración (Kendrick T. Burns T. Freeling P., 1995).

<p>Paciente enfermo mental de larga duración: Alguien que, durante 2 ó más años, ha permanecido discapacitado por un funcionamiento social menoscabado como consecuencia de una enfermedad mental.</p>	
<p>La discapacidad es el criterio definitorio. El paciente es incapaz de mantener cualquiera de estos funcionamientos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Trabajo. 2) Autocuidado e higiene personal. 3) Tareas domésticas básicas. 4) Participación en actividades recreacionales. 	<p>El menoscabo puede ser debido a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Retraimiento e inactividad. 2) Respuesta a alucinaciones o delirio. 3) Conductas extrañas o vergonzantes. 4) Violencia hacia otros o uno mismo.
<p>Diagnósticos: Cualquiera de las psicosis, trastornos no-psicóticos severos y crónicos (incluyendo depresión, ansiedad, fobias), neurosis obsesiva, trastornos severos de personalidad, trastornos de alimentación, abuso de alcohol y drogas, o trastornos mentales no específicos. Se excluyen las demencias y el retraso mental.</p>	

Tabla 5. Aspectos recogidos en el cuestionario utilizado.

<p>1. CARGA ASISTENCIAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Estimación del número de pacientes mentales severos en el cupo. 1.2. Dificultad o tensión en el manejo de diferentes grupos diagnósticos. <p>2. RESPONSABILIDAD ASISTENCIAL Y SEGUIMIENTO</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Responsabilidad de AP y SM en el seguimiento de diferentes grupos diagnósticos. 2.2. Responsabilidad asumida por SM en relación con la responsabilidad atribuida 2.3. Responsabilidad en el seguimiento de los pacientes severos en AP y SM. 2.4. Supuesto papel de enfermería de AP en el seguimiento. 2.5. Labor de enfermería de AP en el seguimiento. 2.6. Responsabilidad en la dispensación de recetas. <p>3. CONTINUIDAD DE CUIDADOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Iniciativa de derivación de primeras consultas. 3.2. Necesidad de volante de derivación 3.3. Tiempo mínimo tras último contacto con SM que requeriría de volante para volver a consultar. 3.4. Accesibilidad del CSM para los pacientes en emergencias. 3.5. Accesibilidad telefónica de los profesionales del CSM hacia el médico de AP. 3.6. Posible papel de AP en un ingreso psiquiátrico urgente. 3.7. Conocimiento de los ingresos psiquiátricos desde AP. 3.8. Recepción de informe de alta. 3.9. Interés en los informes de alta. 3.10. Utilización de servicios sociales y comunitarios <p>4. CAPACIDADES PROFESIONALES</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Sentimiento de capacitación profesional frente a diferentes grupos diagnósticos. 4.2. a 4.9. Utilización de diferentes intervenciones por agrupaciones diagnósticas. <p>5. ÁREAS DE MEJORA</p>
--



vicio. Esta aparente baja percepción de la prevalencia del trastorno grave coincide con lo respondido por otro grupo de médicos británicos con cupos similares que mayoritariamente referían tener menos de 10 pacientes de estas características²⁰. Esta baja estimación por parte de los médicos pudiera deberse tanto a una dificultad para el reconocimiento de estos cuadros, bien sea por limitaciones diagnósticas o de otro tipo, como por la falta de utilización de sus servicios por este grupo de pacientes. Otra posible explicación sería el que estos pacientes están suficientemente atendidos en el circuito de salud mental, generando una carga subjetiva para AP menor de lo realmente esperable. Esta última hipótesis podría apoyarse en la valoración que los médicos hacen de la responsabilidad asumida desde SM, máxime al considerar que son precisamente los grupos de mayor gravedad diagnóstica los que mayor tensión les generan y para los que se reconocen menos capacitados en su manejo (gráficos 1 y 2), aunque la percepción de que SM se ocupa de ellos más intensamente es también mayor y con un fácil acceso en caso de necesidad. El menor sentimiento de capacitación profesional se asocia con un mayor sentimiento de tensión percibida por ese grupo diagnóstico y por el con-

trario un menor sentimiento de responsabilidad frente al caso.

Sin presentar aquí datos más específicos del CSM, tales como valoración de la accesibilidad y el contacto personal y telefónico, algunas de las opiniones reflejadas y posiblemente más generalizables son:

- Sólo algunos pacientes graves podrían derivarse a AP para el seguimiento a largo plazo (para 1/4 de los médicos, ninguno podría derivarse).
- La enfermería podría jugar un mayor papel en sus cuidados.
- Las recetas son responsabilidad de AP (50%), SM (30%) y a criterio del paciente (20%).
- Toda primera consulta a SM tendría que derivarse desde AP (50%) o por iniciativa del paciente en casos graves (30%).
- Las redemandas no requerirían volante de derivación (o en todo caso sólo tras 1 año sin contacto con SM).
- Una cuarta parte de los médicos no conoce bien la vía para los ingresos.
- Poco menos de un cuarto de los médicos dice conocer los episodios de ingreso “casi siempre”.

Gráfico 1. Tensión generada por cada grupo diagnóstico y percepción de la responsabilidad asumida por SM en su tratamiento (0: nada a 3: mucha/toda).

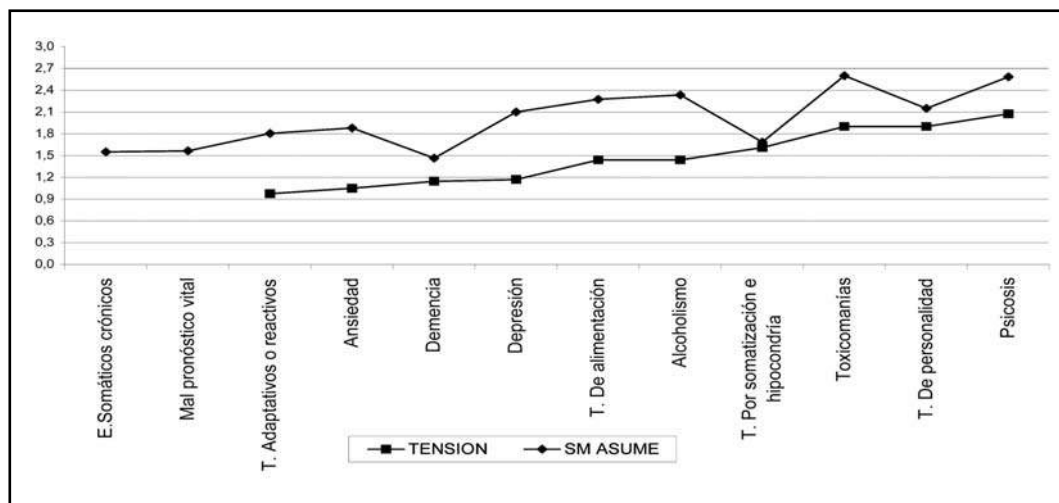
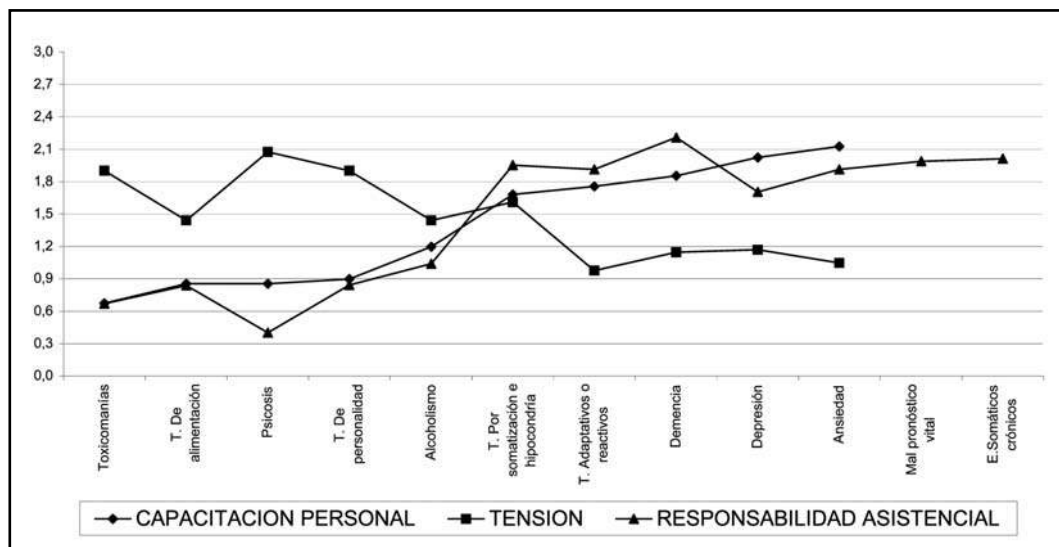




Gráfico 2. Sentimiento de capacitación personal para el manejo de los diferentes grupos diagnósticos, responsabilidad asistencial presupuestada y tensión generada por cada uno de esos grupos (0: nada a 3: mucha).



- Menos de la mitad reciben el informe tras un ingreso, aunque todos lo creen conveniente.

Otra de las áreas exploradas fue el tipo de abordajes utilizados con mayor frecuencia desde AP en el tratamiento de los pacientes severos, así como posibles diferencias con los empleados en la generalidad de pacientes orgánicos o con trastornos neuróticos y adaptativos (gráfico 3). Con excepción de la petición de pruebas complementarias, mayoritariamente reconocida para los trastornos orgánicos, el tipo de intervención es muy similar para los pacientes orgánicos y neurótico-adaptativos, siendo las más frecuentes la “escucha”, “orientación y consejo” y “tratamiento farmacológico”, seguidas por “orientación y consejo a familiares”, “información escrita” y por último la “psicoterapia”. La “derivación a los Servicios de SM” se reconoce en menor medida en los pacientes orgánicos que en los neurótico-adaptativos, siendo la más utilizada proporcionalmente en el caso de trastornos graves. En este último grupo, las intervenciones

dibujan una curva similar a la encontrada en los trastornos neurótico-adaptativos, si bien de menor intensidad (se utilizan con menor frecuencia cualquiera de ellas), a excepción de la mayor derivación a SM señalada anteriormente, la orientación e información a familiares que parece darse con ligera mayor frecuencia y el tratamiento farmacológico con igual frecuencia. No deja de ser paradójico comprobar que, si bien tanto la escucha como la orientación y consejo son unas de las principales actuaciones reconocidas por el médico de AP en el manejo de todo tipo de pacientes (orgánicos y mentales), sin embargo, la psicoterapia sea valorada precisamente en el último lugar en frecuencia de utilización. Esta aparente contradicción pudiera corresponderse con una idealización de las psicoterapias más complejas y especializadas, para no valorar suficientemente aquellas otras más accesibles a su práctica habitual basadas en el apoyo empático y consejo²¹, todo ello pudiendo correlacionar igualmente con cierto sentimiento de una menor capacitación para el manejo de algunos cuadros.

A la hora de mejorar la asistencia al paciente mental grave, de entre varias posibilidades, se solicitó escoger tres áreas susceptibles de perfeccionamiento, resultando seleccionadas como más importantes:

- 1) La mejora en la formación de AP.
- 2) La mejora en la coordinación entre ambos niveles.
- 3) La mejora de recursos disponibles en SM.

En base a la reflexión suscitada por los resultados obtenidos y la experiencia ganada en estos años en la relación y coordinación con

AP, podemos concluir aconsejando una serie de aspectos a cuidar y favorecer, tanto desde una actitud general de colaboración (tabla 6), como de posibles intervenciones específicamente dirigidas a los pacientes más graves (tabla 7). Además, y teniendo en cuenta las respuestas directas a posibles áreas de mejora, convendría priorizar actuaciones sobre la formación en AP en patologías severas, mejorar la coordinación entre ambos niveles asistenciales y mejorar los recursos disponibles en SM, que en opinión de los propios médicos parecen mucho más necesarios en este campo que los específicos de AP.



Gráfico 3. Actuaciones del médico de AP por tipo de paciente (0: nada a 3: mucho).

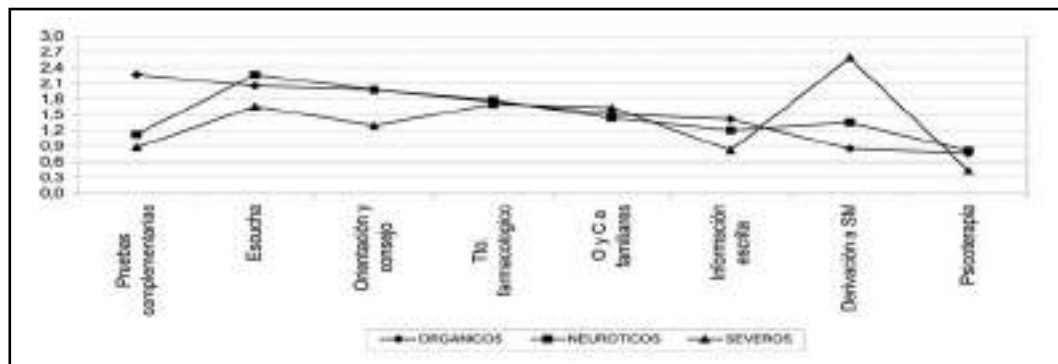


Tabla 6. Actitud general de disponibilidad y colaboración desde el CSM hacia AP.

1. Generar en A.P. cierta sensación de colaboración y evitación de mayores cargas de trabajo por nuestra parte en lo posible.

- a) Cuidado con la petición burocrática de volantes cuando sabemos con cierta seguridad que habremos de atender al paciente.
- b) Favorecer actuaciones "médicas" desde el C.S.M. (recetas, analíticas, informes...).
- c) Implicación en algunas intervenciones que pueden ser conjuntas (abordajes con partes de una familia, valoración de bajas...).

2. Explicitar claramente los tiempos de respuesta a sus requerimientos.

- a) Acordar tiempos de respuesta para las demandas "ordinarias", "preferentes" y "urgentes".
- b) En caso de existir algún tiempo de demora en la atención, acordar con ellos que casos se considera que han de ser atendidos con prioridad.
- c) Respuesta y atención telefónica inmediata a A.P.

3. No desautorizar ni dudar de sus actuaciones ante el paciente.

- a) No cambiar tratamientos a no ser que técnicamente esté claramente justificado.
- b) No descalificar sus opiniones o comentarios al paciente.
- c) Muchas de las derivaciones buscan básicamente la reafirmación ante el paciente de que el tratamiento u enfoque tomado desde A.P. es el adecuado. En estas ocasiones una única entrevista con un informe de devolución puede ser suficiente.



Tabla 7. Posibles intervenciones dirigidas hacia el paciente grave.

- Informar a cada cupo de AP del volumen de casos “graves” atendidos en el CSM (número, contactos...)
- Divulgar actividades menos conocidas de SM (Hospital de día, toxicomanías, alimentación).
- Información de ingresos. Informes de alta (por correo o en mano).
- Pautas consensuadas de acceso y derivación a SM. Disminución de burocracia.
- Mejorar el conocimiento de las patologías graves y síntomas prodrómicos.
- Estrategias de intervención sencillas, actitudinales y valorizadoras de psicoterapias poco sofisticadas (escucha, consejo...).
- Normalización frente a la enfermedad mental. Evitación del estigma.
- Intervención de otros profesionales como enfermería y asistentes sociales.
- Divulgación de recursos comunitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2001–Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, 2001.
- 2 Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 1030/2006, de 15 septiembre. B.O.E nº 222, 16 septiembre 2006: 32650 – 679.
- 3 Martínez Azumendi O. “Asistencia psiquiátrica sectorizada en las tres últimas décadas. Efectos sobre los ingresos del área Uribe Costa en Vizcaya”. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*. 2004; 92: 53–68.
- 4 Parkes CM, Brown GW, Monck EM. The general practitioner and the schizophrenic patient. *Br Med J*. 1962 Apr 7; 1(5283):972–976.
- 5 Burns T, Kendrick T. “The primary care of patients with schizophrenia: a search for good practice”. *Br. J. General Practice*, 1997, 47, 515–520.
- 6 Jablensky A, McGrath J, Herrman H, Castle D, Gureje O, Morgan V, Korten A. *People Living with Psychotic Illness: An Australian Study 1997–98*. Department of Health and Aged Care. Commonwealth of Australia, 1999.
- 7 Nazareth, I. King, M. Haines, A. et al. Care of schizophrenia in general practice. *Br. Med. J*. 1993. 307 (6909): 910.
- 8 Leucht, S. Fountoulakis, K. Improvement of the physical health of people with mental illness. *Curr Opin Psychiatry* 2006. 19:411–412.
- 9 Mitchell, A.J. Malone, D. Physical health and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2006. 19:432–437.
- 10 Borra, C. Herrán, A. Herrera, S. Vázquez–Barquero, J.L. Esquizofrenia y trastornos relacionados. En Vázquez–Barquero, J.L. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Aula Médica. Madrid, 1998; 209–230.
- 11 Bindman, J. Henderson, C. Thornicroft, G. El manejo de la enfermedad mental grave y crónica. En Vázquez–Barquero, J.L. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Aula Médica. Madrid, 1998; 661–674.
- 12 Kendrick, T. Burns, T. Prevención de los trastornos psicóticos. En Vázquez–Barquero, J.L. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Aula Médica. Madrid, 1998; 709–723.
- 13 Martínez Azumendi, O. Coordinación con AP: una visión posibilista. *Norte de Salud Mental*, 2002; IV (13): 83–91.
- 14 Goldberg, D. Psychiatry and primary care. *World Psychiatry*, 2003. 2 (3): 153–157.
- 15 Mendezona, J.L., Grijalvo, J., Martínez Azumendi, O. Diferencias en las actitudes hacia la enfermedad mental entre profesionales de Atención Primaria de la comarca de Uribe. Ponencia a *II Congreso de Saúde Mental dos Açores*. Ponta Delgada, Octubre 1994.
- 16 Grijalvo, J. Reduplicación del estudio de actitudes en Gipuzkoa. Comunicación personal.
- 17 Kendrick T. Burns T. Freeling P. “Randomised controlled trial of teaching general practitioners to carry out structured assessments of their long term mentally ill patients”. *BMJ* 1995; 311: 93–98.
- 18 Martínez Azumendi, O. El paciente mental severo en atención primaria. *Gaceta Médica de Bilbao*. 2005; 102 (3): 45–52.
- 19 Asistencia psiquiátrica y salud mental extrahospitalaria de Vizcaya. *Memoria 2001–2002* (Edición CD). Osakidetza–Servicio Vasco de Salud.
- 20 Kendrick T, Sibbald B, Burns T, Freeling P. Role of general practitioners in care of long term mentally ill patients. *BMJ*, 1991, 302, 508–510.
- 21 Tizón García J.L. *Componentes Psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la atención primaria*. Ediciones Doyma. 1988.



Las aportaciones del modelo psicodinámico en la asistencia extra-hospitalaria de Bizkaia

Juan Luis Borda

Psicólogo Clínico del CSM de Bermeo

Psicoanalista Miembro de la A.M.P.

Módulo de Sesiones clínicas del S.C.F. de Bilbao

Las aportaciones del modelo psicodinámico o más concretamente del psicoanálisis a las Instituciones Públicas, a nuestra institución pública de Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental Extra-hospitalaria de Bizkaia, habría que situarlas por lo menos a dos niveles. Por una parte en relación a las aportaciones con las que el psicoanálisis, ya desde que Freud lo fundara a principios del siglo XX, (se considera la publicación de “La Interpretación de los Sueños” en 1900, como el momento de su fundación), ha ido “nutriendo” a la Psiquiatría y a la Psicología Clínica, y por otra, a nivel concreto del S.V.S. – Osakidetza, las aportaciones que por lo menos, desde la reforma psiquiátrica de 1983, imprimieron algunos de sus inspiradores que mantenían un fuerte lazo con el psicoanálisis, junto con todos aquellos que manteniendo esta misma posición transferencial con él, se han encargado de transmitir la clínica psicoanalítica, o sus ideas organizativas de servicios, en el día a día de nuestra institución extrahospitalaria.

Psicoanálisis, psiquiatría y psicología clínica, son tres disciplinas científicas que poseen

numerosos puntos comunes, puesto que las tres se ocupan del estudio y el tratamiento de las enfermedades mentales y aunque los descubrimientos proporcionados por el psicoanálisis pueden ser aplicados no sólo al proceso de enfermar psíquicamente, sino también a los más variados campos del saber y del comportamiento humano, los contactos entre estas disciplinas, son y han sido amplios y fecundos, y creo que se puede decir que la luz y la claridad aportados por el psicoanálisis a la salud mental revolucionaron las construcciones teóricas y la praxis de la psiquiatría lo largo del siglo XX y hasta la actualidad.

De forma muy breve, y desde una perspectiva de recorrido histórico, quisiera trazar una línea de influencia que el psicoanálisis ha mantenido con las corrientes fundamentales que forman parte de la salud mental hoy: la psiquiatría y la psicología clínica.

Hay un trabajo de Freud de 1913, “El Interés por el Psicoanálisis”, en el que señala las extraordinarias enseñanzas que surgieron de la colaboración entre el psicoanálisis y la psico-



patología psiquiátrica, afirmando que un buen número de los procesos considerados orgánicos hasta entonces, eran elucidados mediante la investigación de los mecanismos psíquicos que él había definido y que incluso estos trastornos eran tratables según el modelo psicoanalítico. Freud insistió en el debate con la psiquiatría que el psicoanálisis ponía de manifiesto los mecanismos psíquicos inconscientes de las enfermedades mentales y el análisis de la transferencia permitía revelar tales mecanismos.

La relación entre la psiquiatría y el psicoanálisis tomó especialmente fuerza en una corriente del pensamiento y la clínica psiquiátrica que se denominó (y se denomina) como Psiquiatría Dinámica. Una corriente que surgió simultáneamente en Europa y EE.UU. en la primera década del siglo XX y que fue definida por el psiquiatra y psicoanalista F. Alexander como “el resultado del impacto, la investigación y la terapia psicoanalítica sobre la psiquiatría en su conjunto, pudiendo esencialmente ser descrita esta tendencia como el progreso de la investigación psiquiátrica desde una etapa descriptiva a otra explicativa”.

Podríamos situar también las aplicaciones del psicoanálisis a la psicopatología clínica especialmente en dos terrenos: en el de las curas analíticas modificadas, especialmente en lo que se refiere al tratamiento de las psicosis, (cuestión planteada por Freud desde las observaciones iniciales en “Las neuropsicosis de defensa”, un trabajo de 1984) y por otra en las técnicas de grupo desarrolladas fundamentalmente en instituciones más o menos públicas, a partir de 1940 y coincidiendo con la Segunda Guerra Mundial, donde toma especial interés clínico las cuestiones relacionadas con la rehabilitación psiquiátrica, surgiendo inicialmente lo que se denominó como “Terapia Activa”, que consistía en hacer participar a los pacientes ingresados en trabajos agrícolas o en el mantenimiento de la institución, o un segundo modelo que se desarrolló fundamentalmente en Inglaterra a partir de las enseñanzas de Bion (un psicoanalista de

las Escuela Inglesa) y que proponía además de la distribución de los pacientes en talleres ocupacionales, su inclusión en grupos de debate que también abordarían la vida institucional, modelo sobre el que se asentará posteriormente la Comunidad Terapéutica de Maxwell Jones.

Y por qué no, citar también en esta misma línea el movimiento de reforma psiquiátrica en Francia, su política de sectorización y la psicoterapia institucional que fue potentemente influida por el psicoanálisis de orientación lacaniana, y que intentó, entre otras muchas cuestiones en que consistía la reforma, organizar el Hospital Psiquiátrico como un campo de relaciones significantes, en el que fueran utilizados en un sentido terapéutico los sistemas de intercambio existentes en la Institución, es decir, que fuera utilizada como terapéutica la verbalización de lo que sucede entre las paredes del hospital. En palabras de Lacan se trataría de preservar el sujeto, de que éste emergiera con sus fantasmas y se tenga en cuenta lo particular de su universo, rompiendo con el sistema represivo manicomial. Sin duda, la psicoterapia institucional aportó un rápido remedio al estado muy deteriorado de los Hospitales Psiquiátricos, como señala el psiquiatra M. Desviat en su texto la “Reforma Psiquiátrica”.

Como hacía también referencia antes, fue el psicoanálisis un referente para la Psicología Clínica, que desde una posición inicial basada en lo cuantitativo, en la construcción de test que permitieran objetivar la medida del funcionamiento psíquico (Binet) fue acercándose a partir de los años 20 hacia los conceptos “asociativos” del psicoanálisis, como fueron el Rochar, el T.A.T, etc.

Pero ha sido en el campo de las psicoterapias donde el psicoanálisis ha aportado, desde mi punto de vista, una larga lista de contribuciones cruciales. Un campo, el de la psicoterapia, que puede considerarse como el principal recurso terapéutico con el que trabajamos los



especialistas en Psicología Clínica de los servicios públicos de salud mental, seamos psicoanalistas o no, pues habría que recordar que la cura psicoanalítica tipo, quedó excluida de la cartera de prestaciones de la Seguridad Social.

Para José María Álvarez, psicoanalista de la A.M.P., podría afirmarse que la aportación propia del psicoanálisis al campo de las psicoterapias ha consistido al menos en cinco contribuciones.

- En primer lugar, en las elaboraciones teóricas fundadas sobre los conocimientos científicos más recientes, en particular en el dominio de las ciencias más afines al psicoanálisis como las neurociencias, la lingüística, la lógica, la sociología y la filosofía.
- En segundo, el concepto de “repetición”, no sólo personal sino también intergeneracional.
- En tercero, el concepto de transferencia, entendida como la insistencia de una problemática propia del sujeto.
- En cuarto lugar, la conceptualización del inconsciente, que determina una complejidad del aparato psíquico y especialmente la existencia de varias instancias concurrentes debido a la represión.
- Y por último, la importancia de las pulsiones sexuales (y de muerte, podríamos decir) concebidas en tanto causalidad esencial de la patología psíquica, las cuales, a pesar de ser irrepresentables, constituyen un fin último de los contenidos psíquicos, dando lugar por un lado a la represión y por otro a las defensas.

Voy a centrarme brevemente en una modalidad de psicoterapia que sería la psicoterapia de orientación dinámica o psicoanalítica, y que los psicoanalistas de orientación lacaniana preferimos llamar “Psicoanálisis aplicado a la Psicoterapia”. Hay, seguro, distintas formas de

entenderla en función de las diferentes corrientes que integran el movimiento psicoanalítico, si bien, creo que todos los psicoanalistas partimos de aquel escrito “sobre psicoterapia”, redactado por Freud en 1904, donde señalaba que en el acto analítico se debía proceder por “vía di levare”, como la escultura, en un símil de las Bellas Artes. esto es, por sustracción y no por “vía di pore”, añadiendo material en el lienzo como en la pintura, poniendo tal o cual elemento, o utilizando la prescripción, porque de lo que se trata no es de agregar nada, sino por el contrario de quitar y extraer algo, con el fin de llegar a las conexiones que los contenidos inconscientes tienen con los síntomas, es decir, tratando de sacar a la luz un “objeto extraño” para el yo del sujeto y que se revela, este objeto extraño, a través de los síntomas: dividiéndolo (en el caso de la neurosis).

Hay diferencias (más allá del uso del diván) entre el acto analítico que puede realizar un psicoanalista en su consulta privada o en la institución, pero aunque sean dos aplicaciones distintas del psicoanálisis tienen también puntos comunes como serían: el trabajo dirigido al inconsciente, la interpretación y el análisis de la transferencia, que en la institución también tendría inicialmente sus particularidades (las transferencias laterales).

Podríamos decir también que el objetivo será diferente en estos dos contextos (consulta ó institución), pues no podemos pensar que el sujeto llegue al final del análisis en una institución, no podemos pensar que el sujeto atravesase su “fantasma” o sus coordenadas esenciales, en el tratamiento en la institución. Pero sí que el paciente podrá llegar a elaborar parte de su conflictividad inconsciente, parte de lo que le ocurre, y a obtener una misión estable de sus síntomas que le permitan estar menos dividido y éste sería el momento del alta.

Pero no quisiera que se entendiera que el acto analítico en la institución de Salud Mental se remite en exclusividad al campo de las neu-



rosis, pues desde hace muchos años, desde que M. Klein y la Escuela Inglesa empezaran a investigar y trabajar con pacientes psicóticos y posteriormente Lacan desarrollara su teorización sobre el mecanismo de forclusión en el sujeto psicótico, la clínica de las psicosis es también parte de la práctica terapéutica del psicoanálisis y su estabilización o suplencia son objetivos alcanzables de forma realista.

Habría algo importante que señalar en relación a la práctica psicoanalítica en las instituciones actuales de salud mental, y es que inmersas en la cultura actual, caracterizada por la potente presencia de los ideales de consumo e inmediatez del resultado, la institución apunta a reducir lo más rápidamente posible la presencia del síntoma, mientras que el psicoanálisis va a hacer emerger sus significantes inconscientes y su vínculo pulsional. La institución respondería pues de inmediato a la demanda, mientras que el psicoanálisis por su escucha radical apunta a la raíz misma de ésta.

Podría decirse, que en el momento actual, el discurso de la ciencia, de las neurociencias, parece dispuesto a fagocitar toda práctica clíni-

ca no basada exclusivamente en la farmacología o los tratamientos más biologicistas, protocolizando las intervenciones y haciendo de la sintomatología del sujeto algo evaluable y al que se le ofrece una solución de antemano prescrita. La posición del psicoanálisis, de las corrientes dinámicas, es por supuesto otra, y está centrada en mantener la clínica del sujeto, lo particular de cada paciente, de la clínica del uno por uno. Y esto me parecería en la actualidad una aportación crucial del psicoanálisis a cualquier dispositivo de salud mental y por supuesto al nuestro.

Y es verdad que desde el Campo Freudiano intentamos mantener la presencia de nuestra clínica en las instituciones de Salud Mental de Bizkaia, las sesiones clínicas, la presentación de enfermos o los debates sobre la Salud Mental, entendemos que son una forma de hacer existir nuestra clínica en los lugares con más peso de la Salud Mental. Las enseñanzas recíprocas y la cohabitación con otros compañeros que mantienen orientaciones teóricas distintas y praxis diferentes, es parte también de los objetivos del psicoanálisis en la institución hoy.





Nuevos y viejos fármacos en la Asistencia Psiquiátrica¹

Maria Begoña Tomé

MD. PhD. Psiquiatra,

Hospital del Maudsley, Londres

1. ¿Qué es la Agencia Europa del Medicamento (EMA)?

Es una agencia dependiente de la Comisión Europea que está ubicada en Londres. Su misión consiste en:

- La facilitación de la innovación y la estimulación de la investigación, contribuyendo así a la competitividad de la empresa farmacéutica europea.
- La movilización y la coordinación de recursos científicos en toda la Unión Europea para realizar una evaluación de alta calidad de los medicamentos, ofrecer asesoramiento sobre los programas de investigación y desarrollo, llevar a cabo inspecciones y proporcionar información clara y útil a los usuarios y profesionales de los servicios sanitarios.
- La protección y la promoción de la salud humana y animal mediante el desarrollo de procedimientos eficaces y transparentes que permitan el rápido acceso a los usuarios a medicamentos seguros y eficaces, a través de una única autorización europea de comercialización.

- El control de la seguridad de los medicamentos para uso humano y veterinario, en particular mediante una red de fármaco-vigilancia y el establecimiento de límites de seguridad de los residuos en animales destinados a la alimentación.

2. ¿Cuáles han sido los mayores problemas en los últimos años con referencia a antidepresivos, neurolépticos y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer?

Lo que sabemos de un medicamento cuando sale al mercado es muy poco. Así los psicotropos se han estudiado sólo en aproximadamente 2000 pacientes, por periodos de semanas y unos 100 por un año.

Hay casos en los que, en poblaciones determinadas como niños y en el caso de los antidepresivos, la eficacia de las medicaciones no ha sido probada antes de obtener licencias para su distribución en los mercados. Esto ha llevado a la situación creada durante el periodo 2003 al 2006, que describiré a continuación.

¹ Mesa redonda: Intervenciones terapéuticas y las prioridades de las carteras de servicios. XIX Jornadas de SMEB



2.a.– ¿Hay una relación causal entre uso de antidepresivos en niños con depresión mayor e ideación suicida?

La respuesta tiene que ser crítica. Tiene que ser respondida con cuidado, y con sensibilidad ya que errores en cualquier dirección pueden tener consecuencias adversas como:

- No atender a la señal de incremento del riesgo de “suicidalidad”, puede tener como consecuencia una actitud más relajada que la que debe existir a la hora de prescribir.
- Una decisión prematura ante la magnitud del riesgo de “suicidalidad”, puede dar lugar a una prescripción conservadora y a la restricción de ayuda a la población pediátrica.

2.a.1.– FDA revisión de datos de “suicidalidad”

En la revisión de los datos de “suicidalidad” se ha contemplado:

- La inclusión de nueve drogas: Prozac (fluoxetina), Zoloft (sertralina), Paxil (paroxetina), Luvox (fluvoxamina), Celexa (citalopram), Wellbutrin (bupropion), Effexor (venlafaxina), Serzone (nefazodona), Remeron (mirtazapina).
- Un total de 25 estudios: 16 en depresión, 4 en trastorno obsesivo compulsivo, 2 en trastorno de ansiedad generalizada, 1 en trastorno de ansiedad social, 2 en ADHD
- Más de 4000 pacientes.

El origen de la preocupación por la emergencia de suicidalidad en asociación con el uso de antidepresivos en pacientes pediátricos está basada en que la FDA había revisado los datos de seguridad y eficacia de 8 programas pediátricos con antidepresivos durante 3 años. La Suicidalidad no parecía un mayor problema en estas revisiones.

2.a.2.– Estudio de la Paroxetina

En el caso de Paroxetina se observaron problemas en el número de conductas suicidas y en la aparición de emoción lábil o cambios en la emoción. Se indicó a GSK a reanalizar la “suicidalidad” y los Eventos desarrollados, en orden cronológico, después del estudio del caso de la paroxetina fueron:

- En Junio de 2003: Respuesta reguladora por parte de la EMEA y el FDA a las compañías farmacéuticas.
- En Julio de 2003: La FDA y la EMEA piden a otros 6 antidepresivos que muestren las cifras en suicidalidad usando el modelo de GSK.
- En Agosto de 2003: Wyeth cambia el prospecto y escribe una carta a los profesionales en Europa.
- En Septiembre 2003: La FDA tiene reuniones internas analizando los resultados.

Estos eventos supusieron la definición de nuevas categorías para suicidalidad:

- *Possible relación con suicidio*: cualquier circunstancia que tiene posibilidad de representar un evento de “suicidalidad”.
- *Intento suicida*: comportamiento autolítico (self-harm) ???

Los Resultados de estudio fueron que:

- El número de casos estudiados (N) fue de 109, casos de intentos de suicidios no completos. Los 109 fueron casos de “Possible relación con suicidio”.
- La mayoría estaban no bien descritos.
- De ellos, los Eventos hospitalizados fueron 47 (el 43% de los casos)
- Los eventos suicidas sin ideación autolítica aparecía en 43 casos (39%) y el subgrupo con ideación autolítica fue de 66 casos (61%).
- No hubo muertes y todos los casos se recuperan.



Como consecuencia del análisis, a partir de 2005 los antidepresivos llevan una cláusula en las que se informa del aumento de la ideación suicida en niños y no se recomienda su uso.

2.a.3.– “El caso Prozac”

- En el 2006 y al renovar la licencia, Lilly pide que se incluya la indicación de este medicamento para el tratamiento severo de la depresión en niños.
- En Junio del 2006 la EMEA da una licencia a Prozac para el uso en el tratamiento en niños cuando la psicoterapia haya fallado.

Se incorpora, con un lenguaje estandarizado en las etiquetas de los antidepresivos la siguiente advertencia:

“Suicidio: la posibilidad de un intento suicida es parte del estado depresivo mayor y puede persistir hasta que haya una remisión suficiente. Debe existir una supervisión cercana al principio del tratamiento. Las prescripciones para medicamentos deben realizarse con la mínima cantidad, de acuerdo con un buen manejo del paciente y una reducción del riesgo de sobredosis”.

Las limitaciones de los tratamientos actuales de la depresión radican en que:

- El 40% al 50% de los pacientes no responden o son intolerantes a la terapia inicial.
- La remisión parcial ocurre en el 40% de los pacientes.
- Sólo el 30% al 40% de los pacientes experimenta remisión.

2.b.– ¿Son eficaces los antipsicóticos en el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer?

La mitad de los pacientes con demencia sufre de alteraciones del comportamiento y existe una carencia de estudios en este grupo

de población. Además existe una asociación entre el uso de neurolépticos y accidentes vasculares (EMEA y FDA 2004).

Una vez más la efectividad de los Neurolépticos en demencia es analizada en el estudio **“Efectividad de los antipsicóticos atípicos en pacientes con Alzheimer”** (New. England. 2006) Es un estudio a doble ciego que estudia agresión, agitación y alucinaciones, en pacientes con Alzheimer comparando el tratamiento con olanzapina, quetiapina, risperidona y placebo.

El Criterio de inclusión en el estudio fue el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer según criterios DSM–IV E. (puntuación del MMSE 5–26) y escala BPRS moderado. El número de pacientes incluidos fue de 421 (100 con olanzapina, 94 con quetiapina y 85 con risperidona).

La medida valorada primordialmente fue el tiempo de abandono del tratamiento. Las hipótesis eran, que no había diferencias entre ellos y el placebo en el periodo de tiempo hasta la discontinuación del tratamiento, y que si hubiera diferencias entre ellos y el placebo, ninguno era inferior a los demás.

La mediana del tiempo de discontinuación por cualquier motivo fue de 5 a 8 semanas.

A las 12 semanas, se interrumpió el tratamiento del 63% de los pacientes. Sin embargo utilizando la escala CGIC (Impresión Global de Cambio Clínico).

- el 32 % respondió en el caso de olanzapina (dosis 2.5–5 mg),
- el 29 % respondió con risperidona (dosis 0.5–1 mg),
- el 26 % respondió con quetiapina (25–50 mg)
- y el 21 % con placebo.

Los psiquiatras interrumpieron la continuidad del tratamiento para la mitad de los pacientes a las 8 semanas. Los neurolépticos



mostraron más eficacia que el placebo, sin embargo, los médicos cambiaron la medicación por la aparición de efectos secundarios como somnolencia y confusión, y por lo tanto no hubo diferencias en la aplicación práctica con el placebo.

3. Nuevos medicamentos para el 2007–2008

Los nuevos medicamentos que durante los próximos años pueden aparecer son los siguientes:

- Antidepresivos: agomelanina, circadin (melatonina), desvenlafaxina, casopitant.
- Antipsicóticos: Paliperidona, Olanzapina genérica, Olanzapina depot, Biprufonex, Asenapine, Talnetant.
- Tratamiento del ADHD adulto: ritalin, anfetaminas, atomoxetine.

- Tratamiento de la Narcolepsia: Sodium oxibutarato.
- Tratamiento de carencia de apetito sexual en la mujer menopausia: Intrinsa: testosterona.
- Tratamiento para la Fibromialgia: Duloxetine, Minalcipran, Sodium oxibutarato.
- Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer: Batenizumab (anticuerpo mononuclear anti beta-amiloide).

Sin duda el mayor impacto en el futuro próximo será la nueva *legislación pediátrica de los medicamentos* (26 de Enero 2007), ya que todos los nuevos medicamentos que aparezcan en el mercado tendrán que ser estudiados en niños o adolescentes y en las indicaciones: antidepresivos, neurolépticos, bipolares.



REFERENCIAS

- Página Web de la “European Medicines Agency”: <http://www.emea.europa.eu>.
- Página Web de la “U.S. Food and Drug Administration”: <http://www.fda.gov>.
- “Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Alzheimer’s Disease”. The New England Journal of Medicine. October 12, 2006 vol. 355 no. 15. “Lon S. Schneider, M.D., Pierre N. Tariot, M.D., Karen S. Dagerman, M.S., Sonia M. Davis, Dr.P.H., John K. Hsiao, M.D., M. Saleem Ismail, M.D., Barry D. Lebowitz, Ph.D., Constantine G. Lyketsos, M.D., M.H.S., J. Michael Ryan, M.D., T. Scott Stroup, M.D., David L. Sultzer, M.D., Daniel Weintraub, M.D., and Jeffrey A. Lieberman, M.D., for the CATIE-AD Study Group”.



La atención a la psicosis temprana y al trastorno mental severo en la comunidad

**Lalucat Lluís, San Emeterio Maite, Teixidó Mercè,
Casalé Dolors, Villegas Francisco y Ciutat Àngels**

Centre d'Higiene Mental Les Corts, Barcelona

I. EL PLAN DIRECTOR DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA GENERALIDAD DE CATALUÑA

El desarrollo de la reforma de la asistencia psiquiátrica iniciado en 1981 en Cataluña ha priorizado desde su inicio la atención a los trastornos mentales severos (TMS). Con la creación de la Red de Salud Mental de Utilización Pública del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) quedó configurada una Red de Servicios de Salud Mental con una amplia gama de dispositivos: Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ), Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA), Servicios de Rehabilitación Comunitaria (SRC), Servicios de Urgencias, Unidades de Hospitalización total y parcial. Todos ellos articulados territorialmente con una base poblacional definida y con un volumen en torno a los 100.000 habitantes.

Este proceso consolida una cartera de servicios y unos programas asistenciales orientados a la población con TMS que permite una gradación de las intervenciones asistenciales en función de la gravedad clínica, las necesidades individuales y las condiciones y posibilidades de atención en la comunidad. Dicha cartera de servicios incluye los siguientes programas vinculados a los centros de salud mental:

- Programa de atención específica al Trastorno Mental Grave (TMG) en la infancia y adolescencia.
- Programa de atención básica al Trastorno Mental Severo (TMS)
- Programa de atención específica al Trastorno Mental Severo (TMS)
- Plan de Servicios Individualizado (PSI)

Cada uno de estos programas tiene definida la población diana, los componentes del manejo psiquiátrico y la organización asistencial.

En 2006 el Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña presentó un Plan Director de Salud Mental y Adicciones, elaborado con la participación de un amplio colectivo de profesionales e instituciones vinculadas al Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones, que explicita el modelo de atención para la salud mental y las adicciones, señala las prioridades para los próximos años y define sus objetivos operativos.

El modelo de atención está presidido por una orientación a las necesidades de los usuarios, la integración asistencial, una visión global y de continuidad, un enfoque comunitario de los servicios y de las prestaciones, un sistema



de atención integrado e integral de base territorial y una práctica asistencial basada en la evidencia científica.

Entre las prioridades se recoge la implantación progresiva de una nueva cartera de servicios en los centros de salud mental que incluya la atención a las personas con psicosis temprana, el incremento de la oferta de atención domiciliaria y de soporte familiar a los trastornos mentales severos y la extensión de la atención a la población infantil y juvenil.

Todo ello se concreta en los siguientes objetivos operativos:

- Creación de programas polivalentes con capacidad de respuesta rápida en la atención a la psicosis temprana.
- Mejora de la atención a las personas con Trastorno Mental Severo
- Mejora de la atención a niños y adolescentes con Trastorno Mental Grave.
- Potenciación de la rehabilitación psicosocial en la comunidad.

2. EL PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECÍFICA A LA PSICOSIS TEMPRANA

La formulación de un programa de esta naturaleza se ha fundamentado en la amplia experiencia asistencial e investigadora internacional sobre los beneficios de la detección y el tratamiento precoz de las psicosis, teniendo en cuenta la declaración conjunta de la Internacional Early Psychosis Association (IEPA) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2002 y con la voluntad de una reorientación de las organizaciones asistenciales de salud mental hacia las fases iniciales de los trastornos mentales y las situaciones de riesgo.

La justificación de este programa puede quedar resumida en la afirmación de Birchwood y McMillan (1993) según la cual “la intervención precoz puede contribuir a evitar el deterioro biológico, social y psicológico que,

por lo general, puede producirse en los años siguientes al comienzo del trastorno psicótico”. Y también en la apreciación de Edwards y McGorry (2002) según la cual “las personas jóvenes no reciben asistencia hasta que manifiestan un riesgo severo para sí mismas o para los demás, o desarrollan un patrón crónico de enfermedad recurrente y discapacidad que requiere tratamiento continuado”.

La bibliografía internacional recoge de forma pormenorizada las posibles consecuencias de una detección tardía y del retraso en la intervención terapéutica, y señala como las principales las siguientes: una recuperación más lenta e incompleta, un peor pronóstico evolutivo, un incremento de los riesgos de depresión y suicidio, una interferencia en el desarrollo psicológico y social de la persona, la interrupción de los estudios o de la inserción laboral, un incremento de las tensiones interpersonales, un aumento de la ansiedad y de los problemas psicológicos y relacionales en la familia, una disminución o pérdida del soporte familiar y social, una alteración de las habilidades parentales, el abuso de sustancias, la aparición de conductas violentas, una pérdida de la autoestima y la confianza en las propias capacidades, un uso inadecuado de las hospitalizaciones y un incremento de los costes sanitarios y sociales.

La atención a la psicosis temprana se ha estructurado como un **Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI)** que incorpora como **población diana** los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) de trastorno psicótico o fases prodrómicas (que incluye la presencia de síntomas psicóticos limitados, breves e intermitentes con duración inferior a una semana, los síntomas psicóticos atenuados y los factores de riesgo-estado), así como los primeros episodios psicóticos entendidos como la aparición por primera vez de un episodio psicótico declarado.



La población diana del programa incluye, en consecuencia, primeros episodios psicóticos y poblaciones con síntomas prodrómicos o manifestaciones y situaciones de Estado Mental de Alto Riesgo, con edades comprendidas entre los 14 y los 35 años. Diferentes estudios internacionales refieren una incidencia anual de EMAR entre 30 a 90 casos por 100.000 habitantes y una incidencia anual de primeros episodios psicóticos de 20 a 30 casos por 100.000 habitantes. La prevalencia de casos en programa se ha establecido sobre la base de la atención continuada durante un periodo crítico de 3 a 5 años de duración y, en consecuencia, con un volumen de 60 a 90 casos a tres años o de 100 a 150 en cinco años.

La información disponible de la atención al trastorno psicótico incipiente en los centros de salud mental a partir de los sistemas de información de salud mental como el Conjunto Mínimo de Datos Básicos de Salud Mental (CMDB-SM) revela con claridad una detección limitada, así como la sospecha de una valoración incompleta y de una atención insuficiente.

De un examen más detenido de las **actuales condiciones de atención** a los trastornos mentales más graves, se derivan las siguientes conclusiones:

1. Los Centros de Salud Mental de Adultos atienden en torno a un 20% de Trastornos Mentales Severos y dedican a ellos cerca de un 40% de la actividad asistencial. Sin embargo, la asistencia está centrada fundamentalmente en la enfermedad instalada con un bajo volumen de dedicación a la prevención secundaria (detección precoz).
2. Los dispositivos comunitarios no responden de forma adecuada a las necesidades de detección, diagnóstico, valoración y atención de la psicosis temprana concurriendo en ello factores diversos como la falta de formación para la detección precoz, una organización asistencial con listas de espe-

ra, saturación por lo urgente de los tratamientos en curso y largos espacios entre contactos asistenciales. Todo ello obstaculiza la detección y valoración acertada de trastornos incipientes en personas con impedimentos para expresar sus dificultades y necesidades.

3. Las modalidades de tratamiento habitual tienen poco en cuenta las características de las fases iniciales del trastorno y el contexto en el que se producen. Se trata de personas jóvenes que con frecuencia presentan una gran reticencia a consultar en el sistema sanitario y en particular en un servicio de salud mental. Esta población posee un tiempo diferente del que marca las actuaciones de los servicios y presenta gran prevalencia en el consumo de tóxicos. Los dispositivos presentan una insuficiente atención psicológica y, en ocasiones, carecen de la formación adecuada para la atención al abuso y a la dependencia de sustancias.
4. En conjunto, los servicios de salud mental en la comunidad no ofrecen la necesaria agilidad para la atención a estas poblaciones, flexibilidad en las respuestas y en la organización asistencial, carecen de tratamientos integrales, no garantizan la continuidad asistencial y presentan dificultades en la articulación de intervenciones coordinadas entre diferentes dispositivos.

El Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente se ha estructurado en torno a estrategias de detección precoz, diagnóstico y valoración integral e intervención terapéutica. Las **estrategias de detección precoz** se han orientado a la formación y sensibilización de profesionales de la Atención Primaria de Salud mediante sesiones formativas, documentación para la detección precoz, interconsulta y mejora de la coordinación asistencial. Las **estrategias de diagnóstico y valoración integral** se han centrado en una adaptación de la recogida de información e historia



psiquiátrica, el examen del estado mental, la estandarización de la valoración psicológica y neuropsicológica, la apreciación de riesgos, la valoración del soporte familiar y del funcionamiento y recursos sociales, la calidad de vida y las aspiraciones y preferencias del usuario. La valoración integral y el diagnóstico requiere ser re-avaluado a los tres meses y actualizado cada medio año. Las **estrategias de intervención terapéutica** se han establecido sobre la base de tres condiciones o situaciones clínicas diferenciables:

- a) Presencia de antecedentes familiares o EMAR inespecífico y síntomas psicóticos atenuados o intermitentes (EMAR).

En estas situaciones, se dará especial relevancia a la valoración y alianza de trabajo, ofreciendo supervisión y apoyo, tratamiento de los síntomas inespecíficos o específicos, intervenciones psicológicas y rehabilitadas tempranas, educación y apoyo a la familia, información adaptada y flexible, atención en lugar aceptable, cobertura de necesidades básicas, valoración y tratamiento de la comorbilidad y apoyo escolar o laboral. En lo relativo al tratamiento farmacológico, se aconseja el uso de ansiolíticos o antidepresivos. Ante situaciones de deterioro rápido o agravamiento sintomático, con riesgo de suicidio o agresión, considerar el uso de medicación anti-psicótica y el ámbito de tratamiento adecuado.

- b) Primer episodio psicótico En cuanto a la intervención ante un primer episodio psicótico, se ha establecido un periodo breve de observación sin uso de anti-psicóticos, el uso de benzodiazepinas para tratar la ansiedad o trastornos del sueño, el uso posterior de anti-psicóticos atípicos a dosis bajas con incremento progresivo en función de la respuesta y su mantenimiento por un periodo de 12 meses. Las intervenciones psicosociales incluyen intervenciones psico-

lógicas, psicoeducación y apoyo emocional y monitorización del riesgo de suicidio.

Se deberá valorar el ámbito de la intervención, preferenciándose el ámbito seguro menos restrictivo, priorizar la atención comunitaria y las intervenciones domiciliarias, la hospitalización de día y, en su caso, la hospitalización de agudos.

- c) Periodo crítico

Durante el periodo crítico es aconsejable el mantenimiento de la intervención farmacológica según protocolo específico, el desarrollo de intervenciones psicosociales que incluyan psicoterapia a largo plazo, apoyo y resolución de problemas, atención familiar, intervenciones grupales e intervenciones de rehabilitación e inserción. Durante este periodo debe ofrecerse una atención continuada, orientada a la prevención de recaídas y facilitar, si es necesaria, la posterior continuidad asistencial en los dispositivos adecuados.

La **organización del programa** requiere la constitución de un equipo multidisciplinar y transversal que integre los diferentes dispositivos comunitarios de atención a la salud mental y adicciones. En esta dirección se debe constituir un equipo formado por psiquiatra, psicólogo, enfermero, trabajador social y profesionales del Servicio de Rehabilitación Comunitaria y del Centro de Atención y Seguimiento a las Adicciones con una estructura transversal que incluye profesionales del CSMIJ, CSMA, SRC y CAS. La constitución de este equipo integrado en los diferentes servicios responde a la finalidad de favorecer la accesibilidad, la atención integral y la continuidad asistencial.

El modelo organizativo ha de favorecer una respuesta ágil y flexible en tiempo y espacio, centrada en el usuario y su entorno, y que permita una asistencia integral y adaptada a las necesidades. Este equipo del programa ha



de poseer formación específica y adecuada para la intervención en las fases tempranas de las psicosis, incluyendo el diagnóstico y la valoración integral con inclusión de instrumentos idóneos, formación en intervenciones especializadas tanto farmacológicas como psicosociales y capacidad para el análisis y estudio de signos y síntomas iniciales, vías de acceso, procesos de recuperación y efectividad del programa.

La inclusión de este nuevo programa en la cartera de servicios de los dispositivos comunitarios de salud mental comporta, necesaria-

mente, una revisión y adaptación de los programas hasta ahora existentes de atención al Trastorno Mental Severo en la comunidad. En consecuencia, es necesaria su correcta articulación y el máximo aprovechamiento de las sinergias derivadas de compartir un mismo territorio y unas intervenciones comunitarias orientadas hacia una finalidad común y vinculadas a la inserción social, la disminución del estigma y el ejercicio de la ciudadanía.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Birchwood M. Mac Millan JF. *Early intervention in schizofrenia. Aust N. Zeal J. Psychiatry* 1993, 27: 374–378.
- Edwards, J. & McGorry, P. D. *Implementing Early Intervention in Psychosis: A Guide to Establishing Early Psychosis Services*. London: Martin Dunitz. 2002.
- Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña. *Plan Director de Salud Mental y Adicciones*. Barcelona 2006.
<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/salutmental2006n.pdf>
- World Health Organization and International Early Psychosis Association. *Early Psychosis Declarationan International Consensus Statement about Early Intervention and Recovery for Young People with Early Psychosis*.
<http://kc.nimhe.org.uk/upload/EARLY%20PSYCHOSIS%20DECLARATION.doc>



Programas especializados de Trastornos de Personalidad

Cesar Paumard, Vicente Rubio, José Manuel Granada

Unidad de Trastornos de Personalidad
Hospital N^a S^a de Gracia de Zaragoza
Servicio Aragonés de Salud

I. Problemática asistencial de los Trastornos de Personalidad

Para muchos el problema clínico de los Trastornos de Personalidad (TP en adelante) es un subproducto emergente de la sociedad postmoderna. Las tendencias sociales actuales complican el desarrollo de la conciencia de identidad propia y social. El self se vuelve inestable, cambiante, saturado de múltiples perspectivas y los vínculos interpersonales se multiplican a la vez que se forjan superficiales y evanescentes.

Los TP constituyen un problema sanitario de creciente impacto en los dispositivos de salud, social y justicia. Generan grandes complicaciones en el sistema sanitario. Tenemos evidencias del extensivo e intensivo consumo que los pacientes con TP y sus familias hacen de los recursos de salud.

Los llamados TP del grupo C (neurotiformes) podrían encajar en los recursos de salud mental ambulatorios tradicionales y ser ingresados en la planta de agudos en momentos de crisis.

A los TP del grupo A (psicotiformes) no nos cuesta gran esfuerzo incluirlos en los exiguos dispositivos terapéuticos de rehabilitación psicosocial ideados para el paciente esquizofrénico,

como una variante minor de psicosis. Parece demostrarse empíricamente que es el mejor abordaje.

Los T Antisocial P y T Narcisista P son considerados como poco accesibles al cambio desde los dispositivos de salud mental por su ausencia de conciencia y su explotación deliberada de las relaciones humanas. Organismos psiquiátricos como la APA, reconocen la ausencia de medidas terapéuticas fuera de un marco penitenciario.

El variado grupo de los TLP-TP Histriónico conforma el paradigma de los TP dramáticos tratables que asolan nuestros dispositivos y nuestra confianza como terapeutas. Provocan un grado de disfunción familiar y social muy significativo. Uno de los aspectos que mejor les caracteriza es su dramatismo en la queja y exigencia de ayuda. Otra característica típica es su mal cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Estas dos características hacen que sean percibidos como pacientes especialmente estresantes y problemáticos en los dispositivos de salud.

La Asociación Americana de Psiquiatría en su Guía de Práctica Clínica sobre los TLP explica que el trastorno límite de la personalidad



(TLP) es el trastorno de la personalidad más prevalente en el ámbito clínico. Afecta aproximadamente al 10% de los pacientes tratados de forma ambulatoria en centros de salud mental, el 15%–20% de los pacientes ingresados en unidades de psiquiatría y 30%–60% de la población clínica con un trastorno de la personalidad. Se estima que la prevalencia del TLP es de alrededor del 2% de la población general.

Es a partir de los años 90 con la aparición de las últimas ediciones del DSM-IV (1995) y el CIE-10 (1992), cuando se facilitan unos criterios diagnósticos. Pero a pesar de este avance, siguen existiendo dificultades diagnósticas, que en el caso de los Trastornos Límite de la Personalidad, son mucho mayores, si tenemos en cuenta que durante muchos años ha sido una entidad cuestionable, caracterizándose por una marcada heterogeneidad clínica y una elevada comorbilidad con otros trastornos. A día de hoy los criterios de TLP muestran baja estabilidad diagnóstica reflejada en los estudios de su remisión espontánea y se cuestiona su validez de constructo dentro del eje II. Esta situación ha hecho que con frecuencia sea una entidad incorrecta o infradiagnóstica. De hecho, para muchos clínicos sigue constituyendo un auténtico cajón de sastre donde incluir a pacientes difíciles de clasificar en otras categorías o que presentan resistencia a los tratamientos.

Pese a todo la necesidad de tratamiento de estos trastornos de la personalidad es irrenunciable dada la contundencia innegable de su presencia en la clínica diaria:

- Las personas afectadas sufren por ello y su vida suele deteriorarse irremisiblemente. Pueden hacerse daño o hacer daño a otros. Pueden convertirse en padres contraproducentes para sus hijos o inculcarles modelos de conducta patológica.
- Los afectados de TLP suelen padecer de forma alternante síntomas de otros trastornos psiquiátricos del eje I. Aumenta el

riesgo de caer en adicciones o en abuso de drogas o alcohol.

- El tratamiento supone un alto gasto sanitario porque el TLP es crónico, las terapias son largas y los ingresos en dispositivos hospitalarios de corta estancia, frecuentes debido a las crisis.
- Dependencia extrema de la familia. Los afectados se consideran incapaces de vivir con independencia y autosuficiencia. Problemas graves de convivencia que causan desestructuración familiar así como desbordamiento emocional e intelectual en los allegados. Muestra de ello es el florecimiento de movimientos asociativos de autoayuda de familiares de TLP.
- Alto nivel de desempleo, absentismo e inestabilidad laboral por inadaptación a los ambientes laborales. Con la consecuente falta de poder adquisitivo, dependencia económica y solicitud de recursos sociales; así como incapacidades, pensiones y ayudas.
- Problemas legales de diversa índole al poder aparecer conductas cuasi delictivas (robos, estafas, transgresiones de normas, por ejemplo en la conducción).

Actualmente la comunidad psiquiátrica acepta que se trata de trastornos tratables, adaptables e incluso parcialmente curables, máxime la positiva evolución de las técnicas psicoterápicas, la aparición de tratamientos farmacológicos que están demostrando su eficacia y el abordaje integral del problema.

El aspecto más disruptivo de su sintomatología es la tendencia a presentar conductas violentas. Un criterio para diagnosticar de TLP es la presencia de comportamientos suicidas y autodestructivos recurrentes así como dificultades para manejar la ira en general. Se asume que un 10% de los pacientes diagnosticados de TLP fallecen por suicidio. Este importante dato desgraciadamente condiciona y distorsiona el tipo de asistencia que se le ofrece al paciente a largo plazo. Si nos centramos únicamente en evitar el riesgo a corto plazo impedimos el



desarrollo de un proceso terapéutico mucho más prolongado.

Otro aspecto clave que complica el tratamiento es la comorbilidad con otros trastornos mentales. Se estima que más de la mitad de los TLP cumplen criterios de trastornos por uso de sustancias, dos terceras partes de trastornos afectivos y de ansiedad, TEPT, TCA, etc. Conlleva un polimorfismo diagnóstico y un condicionamiento de prioridades en el plan de tratamiento de cada paciente.

La frustración terapéutica del profesional se plasma en que estos pacientes son percibidos como especialmente estresantes y problemáticos en los dispositivos de salud. Por otra parte se expresa en el aumento de la producción de literatura psiquiátrica por conceptualizar parámetros útiles en el diagnóstico y tratamiento de TLPs.

Los datos de los que disponemos indican más bien el fracaso de las intervenciones tradicionales y la necesidad de confección de programas especializados con personal especializado.

- No existen fármacos aprobados para el tratamiento específico del TLP. Paradójicamente estos pacientes suelen estar polimedicados con psicofármacos por sus médicos y por ellos mismos. La mayor evidencia clínica sobre el tratamiento farmacológico de los TLP es su mala utilización tanto en forma de incumplimiento, de abuso, y esto es lo más peligroso, su utilización como instrumento de envenenamiento intencionalmente autoinfligido. Los ensayos farmacológicos controlados presentan sesgos de validez casi insalvables inherentes a la naturaleza indisciplinada del TLP.
- Forman parte de la población de nuevos crónicos habitantes de la puerta giratoria con numerosos y prolongados ingresos, generalmente condicionados por riesgo de agresión, con un importante gasto, a pesar de que en la literatura especializada comienza a tenerse consenso de que el

ingreso del TLP en UCE no solo no reduce el riesgo sino que lo aumenta. Muchas veces el criterio de ingreso es el miedo a las denuncias del profesional.

- Saturan los servicios de urgencias innecesariamente. Su vivencia de descontrol y crisis es transmitida a su familia, muchas veces en forma de trastornos de conducta que desembocan en una petición de atención urgente.
- Distorsionan el tratamiento de pacientes psicóticos si son incluidos en dispositivos de rehabilitación psicosocial convencionales. Muchas veces conduce al hospitalismo y patomimia para sacar provecho de las prerrogativas de estar enfermo, en vez de lograrse una responsabilización en el cambio terapéutico. Del mismo modo podemos encontrar que un abuso de medidas de protección social (invalidez, minusvalía, incapacidad) pueden abortar los intentos de psicoterapia, reinserción y normalización.
- Las guías de práctica clínica basadas en la evidencia recomiendan psicoterapia intensiva especializada, preferentemente ambulatoria, a largo plazo como tratamiento de elección para la mayor parte de los pacientes con TLP.

2. Tratamientos especializados

En los últimos años asistimos a una reconceptualización de modelos diagnósticos y terapéuticos del TLP. Se sigue considerando al TLP como integrante de los TP tratables pero no con los abordajes terapéuticos tradicionales de salud mental, que incluso pueden llegar a ser contraproducentes en muchos casos. En la bibliografía internacional van existiendo nuevas aportaciones sobre terapias especializadas, unidades específicas, criterios de selección de pacientes, secuenciación del proceso terapéutico,.. que resultan prometedores, pero que todavía se encuentran muy alejados de nuestra práctica habitual.

En general los pocos modelos con evidencia empírica orientan hacia tratamientos espe-



cializados, prolongados, jerarquizados, coordinados, integrando distintos componentes terapéuticos (hospitalización, fármacos, psicoterapia individual, grupos, abordajes familiares), programados y estructurados de acuerdo a las necesidades terapéuticas individualizadas.

Se debe intentar diferenciar de partida subgrupos de pacientes de peor nivel de funcionamiento para un tratamiento más intensivo del que les es ofrecido en los tratamientos ambulatorios. Así mismo resulta muy trascendente clasificar a los pacientes de acuerdo a su deseo de cambio, noción de conflicto y estado de motivación, con antelación a cualquier otra intervención ya que la alianza terapéutica es el mejor predictor evolutivo. El examinar a priori éstas y otras variables indicativas del tipo de tratamiento constituye lo que hace ya tiempo de ha dado en llamar selección terapéutica diferencial (Frances, Clarkin 1984).

Los problemas de manejo de la agresividad y incumplimiento de normas condicionan el encuadre de partida. Son los primeros, pero no los únicos que deben valorarse en la planificación de cuidados.

Se elabora un proceso terapéutico complejo en la mayoría de los casos largo/ indefinido, secuencial, con un itinerario de objetivos y tareas en el que pueden involucrarse distintos dispositivos y niveles asistenciales balanceando contención/confrontación/cambio/generalización. Distintos autores han descrito estos componentes del proceso de tratamiento como indicamos a continuación.

Fases de Beitman y Yúe:

- Fase 1: Alianza.
- Fase 2: Detección de patrones disfuncionales.
- Fase 3: Desarrollo de estrategias de cambio.
- Fase 4: Separación

Estrategias generales en el tratamiento de los TP (Livesley 2003):

- Seguridad: intervenciones que garantizan la seguridad del paciente y de los otros.
- Contención: intervenciones que primariamente están basadas en estrategias terapéuticas generales para contener la inestabilidad conductual y afectiva, con el suplemento de la medicación cuando es necesario.
- Control y regulación: intervenciones farmacológicas, conductuales y cognitivas para reducir los síntomas y mejorar la regulación del self, de impulsos y afectos.
- Exploración y cambio: intervenciones cognitivas, interpersonales y psicodinámicas para cambiar los factores cognitivos afectivos y situacionales que contribuyen a los problemas conductuales.
- Integración y síntesis: intervenciones diseñadas para abordar la patología nuclear y crear un nuevo sentido del self y un sistema más integrado y adaptativo de los sistemas interpersonales y del self.

Jerarquía de tareas en terapias TLP (Stone. 2006):

- Control suicidio/agresión
- Amenaza de abandono
- Síntomas psicopatológicos graves
- Fiabilidad de información (deshonestidad)
- Otros síntomas perturbadores
- Tratar rasgos disfuncionales en RRIIPP
- Tratar otros rasgos problemáticos
- Definir objetivos laborales, ocupacionales e interpersonales a largo plazo

Niveles asistenciales (Gunderson. 2002):

- Nivel IV: Hospitalización completa. 10 días. Evaluación y Plan de Tratamiento
- Nivel III: Hospitalización parcial. 2 semanas a 6 meses. Alianza y Rehabilitación.
- Nivel II: Ambulatoria intensiva. 3 a 18 meses. Socialización y Prevención recaídas.
- Nivel I: Ambulatoria estándar. Varios años. Desarrollo interpersonal e intrapsíquico.

Rubio, en el 2006, también ordena las prioridades clínicas en el tratamiento farmacológico



del paciente límite. Primeramente debería tratarse la impulsividad y las conductas agresivas, con fármacos antiimpulsivos, eutimizantes y neurolépticos, y posteriormente los trastornos emocionales e interpersonales con antidepresivos.

En la literatura psiquiátrica actual comienza a haber evidencias de eficacia de los tratamientos específicos de los TP podríamos sintetizarlos como sigue a continuación:

- Psicoterapias intensivas ambulatorias adaptadas (La mayor evidencia empírica la detenta la Terapia Conductual Dialéctica)
- Psicoterapias de grupo de larga duración de orientación dinámica y cognitiva-conductual
- Hospitalización parcial (Bateman y Fonagy)
- Tratamientos Secuenciales: Hospitalización + seguimiento ambulatorio (Chiessa. 2002, Wilberg. 2003)

Otras intervenciones útiles provenientes del campo de las prácticas de rehabilitación del paciente psicótico son: con la terapia familiar, las intervenciones psicosociales, manejo de casos, psicoeducación, etc.

3. Hospitalización psiquiátrica del TP

3.1. Antecedentes de la hospitalización psiquiátrica de los trastornos de personalidad.

En muchas ocasiones el internamiento de los pacientes con personalidades anormales es una reclusión en dispositivos penitenciarios desencadenada principalmente por las perturbaciones de convivencia y la peligrosidad social. En otras, simplemente son apartados en asilos residenciales para personas inadaptadas o socialmente incompetentes.

El concepto comunidad terapéutica atribuido a Maxwell Jones en los años cincuenta apuesta por un tratamiento netamente participativo y activo de los pacientes que sobretodo se ha desarrollado en el campo del tratamiento de toxicomanías.

Corrientes político-económicas posteriores han promovido la desinstitucionalización del enfermo mental crónico basándose fundamentalmente en criterios economicistas y sin articular una alternativa asistencial.

En las últimas décadas los TP se han hospitalizado en unidades psiquiátricas de corta, media y larga estancia. Muchas veces los principales criterios de ingreso son tan cuestionables como: desbordamiento familiar; riesgo de conductas auto y/o heteroagresivas, indicación judicial, miedo a responsabilidad profesional que han desembocado una serie de comportamientos contraproducentes como refuerzo y aprendizaje del ingreso y amenaza de agresión, altas voluntarias, coacción familiar y al profesional, hospitalismo, mimetización de síntomas, alteración de la dinámica de la planta, evitación de responsabilidad legal o laboral...etc. Esta mala utilización de la hospitalización por parte del profesional y el paciente ha hecho que se pusiese en tela de juicio la idoneidad de este recurso dentro del arsenal terapéutico de los TP.

Posteriormente programas terapéuticos hospitalarios especializados como el de Bateman y Fonagy han demostrado su eficacia y rentabilidad.

3.2. ¿Qué aporta la hospitalización completa del paciente con TP?

- Interrumpe la dinámica de convivencia perversa.
- Obliga a un mayor compromiso del paciente y familia.
- Facilita la intervención familiar sin la interacción del paciente y viceversa.
- Permite intensa evaluación biológica, psicométrica y observacional.
- Facilita la identificación con otros pacientes TP.
- Facilita la conciencia operativa de trastorno del paciente.
- Acelera alianza con el grupo de pacientes y el equipo terapéutico.



- Facilita la elaboración de un plan terapéutico.
- Permite asegurar cumplimiento psicofarmacológico y objetivar eficacia.
- Control del consumo de tóxicos.
- Estructuración de jornada con normalización de horarios de sueño y comida.
- Permite mayor confrontación por disponer de mayor contención y apoyo.
- Manejo de crisis in situ.

4. Programa de Hospitalización psiquiátrica de la Unidad de Trastornos de Personalidad de Zaragoza

La primera fase del recorrido terapéutico del paciente en la UTP de Zaragoza se realiza en régimen de internamiento completo durante un plazo de 2 a 3 meses y es seguida de un seguimiento ambulatorio intensivo individual y familiar de 2 años.

4.1. Descripción del dispositivo:

Pertenece al Servicio Aragonés de Salud. Ubicado en el Hospital N.º S.ª. Gracia de Zaragoza entre el Bloque de Urgencias y UCE psiquiatría. Dispone de 6 camas hospitalización completa distribuidas en 3 habitaciones dobles más 2 plazas de hospitalización parcial. Se trata de una Unidad cerrada con cámaras con un consultorio ambulatorio anexo.

4.2. Proceso:

4.2.1. Preingreso. El informe derivación del caso remitido por su Unidad de Salud Mental es estudiado por la Comisión ingresos de la UTP y es ordenado en la lista de espera. Unos días antes del posible ingreso se procede a realizar la entrevista de valoración filmada con paciente y familia para confirmar la existencia de criterios de ingreso, realizar el consentimiento informado y firmar el contrato terapéutico (en el que se incluye cláusula comprometiéndose a no solicitar el alta voluntaria hasta finalizar la fase de diagnóstico).

Criterios de Ingreso Clínicos

- Diagnóstico TP
- Ausencia de Tr. Antisocial Personalidad
- Ausencia de Retraso Mental
- Ausencia de patología prioritaria en eje I (Psicosis, Tr. Mental orgánico, Tr. Consumo de tóxicos)
- Ausencia de reagudización
- Situación orgánica estable
- Red socio-familiar mínima
- Criterios de Ingreso Formales
- Ausencia de causas judiciales pendientes
- Voluntariedad
- Mayoría de edad
- Residentes en la Comunidad

4.2.2. Hospitalización

4.2.2.a. Fase de diagnóstico: 2–3 semanas.

- Aislamiento e inmersión del paciente en la rutina de la Unidad y en la convivencia con sus compañeros.
- Realización de protocolo psicométrico multidisciplinar de paciente y familia de forma independiente incluyendo visita domiciliaria.
- Confección de Plan Terapéutico Individualizado. Finalmente reunión con familia y paciente para devolución, consensuar objetivos y renovación contrato terapéutico.

Durante esta primera parte las prioridades son: el enganche terapéutico, la creación de una conciencia de trastorno operativa y común entre el paciente, familia y equipo, y el manejo de la contrarreferencia del equipo y el grupo hacia el recién llegado.

La elaboración del Plan Terapéutico Individualizado especifica los siguientes aspectos:

- Diagnóstico multiaxial.
- Individualización diagnóstico eje II con principales conductas problema y relaciones interpersonales disfuncionales.



- Niveles de funcionamiento.
- Recursos individuales para el cambio (Inteligencia, introspección, autocrítica, conciencia de conflicto, sufrimiento, motivación tratamiento, responsabilización, empatía, sinceridad, colaboración, iniciativa...).
- Recursos sociofamiliares.
- Definir tratabilidad general.
- Definir objetivos de tratamiento.
- Planificación de terapia.
- Redefinición del itinerario terapéutico.
- Consensuarlos con paciente y familia.
- Asignación de tareas.

4.2.2.b. Fase de continuación de ingreso: 2–3meses.

Se aplica tratamiento intensivo de paciente y familia con monitorización de permisos.

La filosofía terapéutica del ingreso es ecléctica, multicomponente, en equipo multidisciplinar, integrada, directiva, intervencionista, empezando por la organización conductual mínima (marcando límites desde el principio, estructurando horarios y actividades), desfocalizar y desdramatizar el síntoma (autoagresión, TCA, tóxicos,...) y focalizar en trastorno de relaciones interpersonales en el aquí y ahora, abordaje flexible y adaptado al caso, primeramente más psicoeducativo, motivacional y validador para luego hacer mayor confrontación desde el grupo y la familia, progresiva responsabilización, psicoterapia en tres frentes: individual, grupal y familiar, medidas de rehabilitación funcional de autocuidado, relacional y ocupacional, en ocasiones facilitar un tratamiento escindido en el que el paciente deposita transferencias positivas y negativas en miembros distintos del equipo.



ANEXO

Principales componentes terapéuticos:

- Contrato terapéutico
- Estructuración horarios y actividades (elaboración de agenda personal)
- Dieta enriquecida en ácidos grasos omega
- Realización de diario y Escala Visual Analógica de bienestar/malestar
- Análisis de convivencia grupal en unidad
- Salidas grupales programadas
- Supervisión familiar de permisos
- Contacto telefónico en los permisos
- Búsqueda activa de actividades de ocio, ocupacionales y empleo
- Psicofármacos
- Medicación camuflada (controlar efecto placebo)
- Supervisión de tomas
- El mínimo indispensable (máximo 3 fármacos para favorecer cumplimiento)
- Fundamentalmente antiepilépticos y neurolépticos atípicos (los más seguros)

Módulos de tratamiento grupal:

- Talleres psicoeducativos
- Talleres ocupacionales



- Videoforum
- Grupo HHSS
- Grupo de Orientación Psicodinámica
- Grupo de Psicodrama y expresión
- Visualización Psicodrama
- Grupo Tai-Chi/Gimnasia
- Asamblea

Intervención familiar:

- Apoyo
- Psicoeducación
- Estrategias de afrontamiento del conflicto
- Cambio de patrones disfuncionales de relación (sobredependencia, invalidación, emoción expresada... etc.)

Reuniones de equipo diarias:

- Supervisión de casos
- Coordinación de intervenciones
- Cambio terapeuta principal
- Desahogo de contratransferencias
- Roces con el personal
- Sentido del humor y cordialidad del equipo
- Resiliencia del equipo

BIBLIOGRAFÍA

- Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*. 2001 Jan; 158(1): 36–42.
- Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 1999 Oct; 156 (10): 1563–9.
- Beitman, B. (2004). *Psicoterapia: Programa de formación*. Barcelona: Masson, 2004.
- Chiesa M, Bateman A, Wilberg T, Friis S. Patients' characteristics, outcome and cost-benefit of hospital-based treatment for patients with personality disorder: a comparison of three different programmes. *Psychol Psychother*. 2002; 75 (Pt 4):381–92.
- Gunderson JG. *Trastorno límite de la personalidad*. Ars Medica, 2002.
- Livesley WJ. Principles and strategies for treating personality disorder. *Can J Psychiatry* 2005; 50:442–50.
- Perry S, Frances A, Klar H, Clarkin J. Selection criteria for individual dynamic psychotherapies. *Psychiatr Q*. 1984 Spring; 55(1):3–16. Review.
- Rubio y cols. VI Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad. Oviedo. 2006.
- Stone MH. Revisión abordajes psicoterapéuticos en TLP. *World Psychiatry*. Abril. 2006.
- Wilberg T, Karterud y cols. Outpatient group psychotherapy following day treatment for patients with personality disorders. *J Personal Disord*. 2003 Dec; 17(6): 510–21.



¿Es necesario intervenir específicamente tras un primer episodio psicótico?

Patxi Gil

Psiquiatra

CSM Zalla-Enkarterri

Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia

A la hora de valorar la conveniencia de establecer nuevos servicios asistenciales específicos debemos revisar previamente algunos aspectos como la epidemiología de la patología, su severidad clínica, la práctica asistencial actual y las potenciales alternativas. Estas alternativas asistenciales habrán de ser valoradas en aspectos como su seguridad, eficacia, efectividad, utilidad y eficiencia a través de métodos como: la síntesis de la evidencia científica (revisiones sistemáticas, metaanálisis, informes ETSAN), búsqueda y análisis de la información primaria, juicio de expertos y otros recursos (fomento de la investigación evaluativa). Comenzaremos por revisar la relevancia clínica de un primer episodio psicótico.

1. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO?

Bajo esta denominación entendemos la aparición por primera vez en la vida de un paciente de clínica compatible con una descompensación psicótica. Se optó por esta denominación genérica al quedar demostrado que en esta fase inicial la estabilidad diagnóstica es baja. El primer episodio puede corresponder al debut de una serie de trastornos: Tr. Esquizofrénico, Tr. Esquizofreniforme, Tr. Psicótico Agudo, Tr. Bipolar, Tr. Depresivo Mayor con síntomas psicóticos y otros más excepcionales. La mayor

parte de estos trastornos son de mal pronóstico y al corresponder a lo que se conoce como la patología psiquiátrica severa, ara casi todos los pacientes con un primer episodio psicótico este supone entrar en el circuito de la asistencia psiquiátrica para quedarse.

Las preguntas ayudan a comprender la relevancia clínica de un primer episodio psicótico son las que habitualmente el clínico debe responder ante un paciente con un PEP y su familia: ¿Qué posibilidades hay de recuperación?, ¿Qué posibilidades hay de recaída?, ¿Durante cuanto tiempo precisará tratamiento? ¿En qué afectará la enfermedad a su vida?

Responder a estas cuestiones nos ayuda a contextualizar el problema clínico y su magnitud:

2. ¿CUÁL ES LA POSIBILIDAD DE RECUPERARSE TRAS UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO? ¿SERÁ COMPLETA LA RECUPERACIÓN?

Antes de evaluar el curso tras un primer episodio psicótico y concretar la posibilidad de una recaída hay que considerar que un subgrupo de pacientes no está incluido en las estadísticas de recaídas simplemente porque no se recuperan del primer episodio.



Este es un dato que pocos autores han investigado directamente, sin embargo una lectura detallada de los estudios de seguimiento de primeros episodios psicóticos sí permite

deducir cual es la expectativa de recuperación que se puede transmitir a un paciente y a su familia al iniciarse el tratamiento (Tabla I).

Tabla I. Estudios longitudinales: Tasas de recuperación y recaídas tras un primer episodio psicótico.

Autores	Pacientes (Diagnóstico y Número)	Seguimiento	% Recuperación del primer episodio	% Recaídas
Rabiner y cols (1986)	1 ^{er} Episodio Psicótico n=64	1 año	79%	22 al 28%
Crow y cols (1986)	Esquizofrenia n=	2 años		Sin tratamiento Con tratamiento (comprobar) Con placebo
Scottish Schizophrenia Research Group (1987)	Esquizofrenia n=	1 año	60%	
Geddes y cols (1994)				
Bromet y cols (1996)	1er Episodio Psicótico n=202	6 meses		
Bailer y cols (1996)	Esquizofrenia n=163	3 años		
Strakowsky y cols (1998)	109 Psicosis Afectivas	1 año	37% recuperación funcional y sindrómica	50%
Robinson y cols (1999b)	104 Esquizofrénicos	5 años	87% respondían al tratamiento	1 año: 16,2% 2 años: 53,7% 3 años: 63,1% 4 años: 74,7% 5 años: 81,9%
Larsen y cols (2000)	43 – 1 ^o Episodios Psicosis No Afectiva	1 año	56%	18%
Craig y cols 2000	Esquizofrenia. n=155 Bipolar. n=119 Depresión Psicótica. n=75	2 años	Entre 14,1 y 80,2% (según diagnóstico) remisión completa	53,5% para los esquizofrénicos
Vázquez Barquero 2000				
Singh y cols 2000	166 primeros episodios psicóticos	3 años	Del 50 al 78% en función del diagnóstico	1,7 recaídas en los tres años de seguimiento
Lenior 2005	64 PE Esquizofrenia	5 años	75%	16/64 libres recaídas 34/64 uno o más recaídas 14/64 síntomas continuos
Lambert Early Onset (Craig 2005)	144 primeros episodios psicosis no afectiva Grupo tto n=71 Grupo control n= 73	18 meses	Grupo tto: 90% (71% total, 19% parcial) Grupo control: 91% (63% total, 26% parcial)	Grupo tto: 30% Grupo control: 48%



Como se puede observar el rango de recuperación encontrado por los distintos estudios es muy amplio y oscila entre quienes señalan que sólo encuentran una recuperación completa en el 14% de los pacientes tras dos años de seguimiento (Craig y cols 2000), pasando por el 60% del Grupo Escocés para el Estudio de la Esquizofrenia (1987) hasta el 87% descrito por Robinson y cols (1999 b) consiguen una recuperación sindrómica después de igual periodo de tiempo.

¿A qué se debe esta alta heterogeneidad en los resultados?

La respuesta no es sencilla pero se puede responder parcialmente. La principal diferencia entre los estudios estriba en la amplia variedad de criterios utilizados para definir recuperación. Este término para algunos se trata de “respuesta al tratamiento con disminución de la severidad en algunas escalas como la CGI” (Robinson y cols 1999b), mientras que para otros significa dejar de cumplir los criterios DSM-IV para una categoría concreta (Strakowsky y cols 1998) y otros optan por medir el grado de recuperación en distintas áreas respecto del nivel premórbido en las mismas (Tohen y cols 2000). Sobrepasa el objetivo de esta revisión profundizar en estas diferencias pero si parece claro que siguiendo la línea marcada por algunos autores debemos de diferenciar los distintos tipos de recuperación: sindrómica, funcional (social, laboral, relacional...) y fijar criterios para medir la evolución de los pacientes en cada una de ellas.

Podemos concluir que las posibilidades de recuperación *sindrómica* de un primer episodio psicótico son altas, en torno a un 80%, en varios estudios (Rabiner 1982, Robinson 1999, Tohen 2000), pero es necesario explorar las distintas dimensiones de la recuperación ya

que algunas de las áreas las cifras de recuperación serán muy posiblemente diferentes y menos optimistas.

3. ¿LA RECUPERACIÓN SINDRÓMICA CONLLEVA LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL?

Los datos arriba revisados se refieren a la recuperación sindrómica, es decir, bien que un paciente deje de cumplir los criterios de un trastorno determinado ó bien, como ocurre en muchos de los estudios publicados, que su puntuación en las distintas escalas de psicopatología se reduzca más del 50%. Sin embargo algunos autores como Meltzer (1992, en Craig 2000) han llamado la atención sobre la necesidad de superar la dicotomía remisión vs recaída y considerar más de una variable para medir el pronóstico y la recuperación. En esta línea otros autores (Tohen 1992, en Strakowsky 1998) han señalado que la recuperación sindrómica no siempre se acompaña de una recuperación funcional en los distintos ámbitos (social, laboral, relacional...) y cada vez son más los estudios que han explorado el curso de las psicosis en su debut teniendo en cuenta parámetros que exploran múltiples dimensiones.

Así algunos autores han explorado las divergencias entre ambos tipos de recuperación. Tohen y cols (2000) confrontan los datos de recuperación sindrómica —dejar de cumplir los criterios para una categoría dada, psicosis en este caso— con las de la recuperación funcional (que se medía sobre la base de la capacidad para vivir independientemente, trabajar y mantener relaciones interpersonales). Encuentran que las cifras de recuperación en su muestra de primeros episodios de psicosis afectivas divergían tras dos años de seguimiento (Tabla 2):

Tabla 2	Recuperación Sindrómica	Recuperación Funcional
Manía con síntomas Psicóticos	97 %	42,1 %
Depresión con síntomas psicóticos	95 %	28,9 %
Psicosis Mixta	99 %	37,8 %



A pesar lo llamativo de los resultados, no son del todo coherentes con un estudio previo del mismo grupo (Strakowsky y cols 1998), con una parte de la misma muestra, en el que no describían tal divergencia y las cifras tanto de la recuperación funcional como de la sindrómica eran de un 37%. Además encontraban que ambos tipos de recuperación están íntimamente relacionados: un 93% de los que alcanzaban la recuperación funcional habían conseguido previamente la recuperación sindrómica. Singh y cols (2000) encuentran que tras tres años las cifras de buena recuperación sintomática y funcional en los pacientes con una psicosis afectiva eran respectivamente del 70 y el 73%. Así pues no hay pleno consenso en la relación entre los distintos tipos de recuperación.

La pobre recuperación funcional no se circunscribe a las psicosis afectivas. Ho y cols (1998) tras seguir a 50 pacientes con un primer episodio de esquizofrenia durante dos años encuentran que el 60% de la muestra estaba paró, un 58% tenía relaciones interpersonales fuera del ámbito familiar pobres o muy pobres y un 60% presentaba un deterioro “marcado” o “severo” en el ajuste social. En resumen concluyen que la calidad de vida en esta muestra tras dos años era pobre, con un 50% de ellos cumpliendo criterios de mal pronóstico.

A pesar de que se trata de estudios que no controlaban el tratamiento y que por lo tanto los resultados podrían ser otros si se siguiera un protocolo homogéneo de tratamiento los datos son dignos de ser tenidos en cuenta, pudiendo obtenerse algunas conclusiones:

1. La posibilidad de recuperación sindrómica —dejar de cumplir los criterios diagnósticos de una categoría diagnóstica dada— de un primer episodio psicótico es más alta que la de conseguir la recuperación funcional (alcanzar niveles normales de funcionamiento social, laboral y relacional).
2. Esta divergencia entre la recuperación sindrómica y funcional no se restringe a los

primeros episodios de esquizofrenia y alcanza también a los de psicosis afectivas. Así la evolución de un primer episodio psicótico de una psicosis afectiva no tiene necesariamente un buen pronóstico, al menos funcional, a pesar de que se consiga casi siempre una desaparición de los síntomas. De hecho las tradicionales discrepancias descritas entre el pronóstico —medido a través de la tasa de recaídas— de aquellos que presentan un primer episodio de esquizofrenia y el de aquellos otros que sufren un primer episodio bipolar o depresivo podría ser tan sólo aparente si el concepto de recuperación es más amplio.

3. El tratamiento de un primer episodio debe de considerar más aspectos que la desaparición de la sintomatología ya que posiblemente van a condicionar tanto o más que esta la calidad de vida del paciente.
4. Son necesarios más estudios que corroboren estas tasas tan bajas de recuperación funcional, que por otro lado coinciden plenamente con las obtenidas en muestras de pacientes crónicos (Gitlin y cols 1995, en Stratowsky 1998).
5. Estas altas cifras de recuperación inicial además de ser un dato que invite al optimismo también suponen un reto para los clínicos e investigadores, pues indica que la tasa de respuesta tras el primer episodio es superior a la de los pacientes con múltiple episodios —en torno a un 60%— lo que nos obliga a ser incisivos en el tratamiento de esta población. Pero por otro lado esta divergencia podría señalar que se desarrolla con la evolución de la enfermedad una “resistencia” al tratamiento, variable que habrá de tenerse en cuenta a la hora de diseñar el mismo.

4. ¿QUÉ PORCENTAJE DE PACIENTES RECAE TRAS UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO?

La siguiente cuestión que tanto el clínico como los pacientes se plantean tras la recuperación de un primer episodio psicótico es conocer la posibilidad de recaída.



Los estudios de seguimiento han explorado el curso de un primer episodio psicótico. En los años ochenta algunos grupos ya abordaron esta cuestión, encontrando tasas de recaídas altamente heterogéneas. Así Rabiner y cols (1986) encontraron que tras remitir el primer episodio psicótico (un 79% remitían) entre un 22% y un 29% recaían tras un año de seguimiento. Otros autores con un diseño diferente, al evaluar la tasa de recaídas tras retirar el tratamiento, encontraron que recaían entre el 29 y el 56% a un año, mientras que aquellos que seguían en tratamiento durante un periodo similar presentaban unas tasas de entre el 0 y el 67% (Johnson 1979, Kane 1982, Crow 1986). La gran disparidad de resultados puede ser atribuida a que se trata de estudios que utilizan criterios diagnósticos pre-DSM-III y a la diferencia en el estadio evolutivo de las muestras.

Por todo esto merece la pena revisar los datos de los diferentes estudios de seguimiento de la última década más homogéneos tanto en sus criterios diagnósticos como en la medida de la evolución. (Tabla 1).

Como se puede observar la tasa de recaídas sigue teniendo un amplio rango. Las divergencias en los resultados pueden obedecer a distintos factores: heterogeneidad de las muestras, ausencia en todos los estudios de un protocolo de tratamiento (salvo el estudio de Robinson y cols que establece un algoritmo de tratamiento claro, el resto son naturalísticos), diversidad de criterios para definir una recaída... Sin embargo se pueden resumir mínimamente los datos (figura 1).

Figura 1: ESTUDIOS LONGITUDINALES: TASA DE RECAÍDAS

1. Los pacientes con un primer episodio psicótico, una vez que se recuperan del mismo tienen una posibilidad de presentar una recaída en un año entre el 16,2 y un 50%.
2. Transcurridos dos años desde el primer episodio la posibilidad de presentar una recaída se sitúa entre el 50 y el 53,7%.
3. A los tres años la posibilidad de una recaída se puede cifrar entre el 56,9 y el 63,1%
4. A los cinco años la tasa de recaídas es del 81,9%

5. UNA PRIMERA RECAÍDA, ¿AUMENTA EL RIESGO DE NUEVAS RECAÍDAS?

Evidentemente el curso de un primer episodio psicótico no se puede resumir en la dicotomía presentar una primera recaída o no hacerlo. Sin embargo pocos grupos han explorado la evolución posterior a la primera recaída. De hecho sólo el grupo de Lieberman ha abordado directamente esta pregunta en una muestra de 104 pacientes con un primer episodio de esquizofrenia o Tr. Esquizoafectivo y la respuesta es contundente:

1. Aquellos pacientes presentaron una primera recaída, en un 78% de los casos recayeron por segunda vez antes de que hubieran transcurrido los cinco años de seguimiento de la muestra.
2. Aquellos pacientes presentaron una segunda recaída, en un 86,2% de los casos recayeron por tercera vez antes de que finalizara el periodo de seguimiento de cinco años.

Los otros datos disponibles son los procedentes del grupo de Nottingham (Singh y cols, 2000). Encuentran que tras un seguimiento de tres años:

- Los pacientes con un primer episodio de psicosis no afectiva (n= 112) presentaban una media de 1,74 (DE 1,53) reingresos / recaídas.
- Los pacientes con un primer episodio de psicosis afectiva (n= 41) presentaban una media de 1,63 (DE 1,53) reingresos / recaídas.



Estas cifras rotundas unidas a los datos de una primera recaída nos permiten extraer algunas conclusiones que por supuesto son provisionales al estar basadas en pocos estudios en los cuales se han empleado tratamientos farmacológicos bastante alejados del standard actual y sin ser complementados con otras intervenciones.

1. Frente a la clásica asociación entre psicosis e irreversibilidad aparece un porcentaje significativo (en torno a un 20%–25%) de pacientes que tras cinco años de evolución no han recaído.
2. Una primera recaída no conduce inexorablemente a una segunda pero el riesgo es muy alto (en torno al 80%).
3. El periodo de máximo riesgo de recaída no parece circunscribirse al primer año, como se ha señalado clásicamente y sobre la base de la cual se han establecido las recomendaciones terapéuticas vigentes por lo que quizás haya que revisar las mismas.
4. Es necesario identificar aquellas variables que desde el mismo debut de las psicosis puedan ser utilizadas con fiabilidad como predictores pronósticos que nos permitan discriminar a aquellos pacientes que van a presentar un curso continuo o con alta posibilidad de recaídas poder instaurar un tratamiento específico y más intensivo.
5. Igualmente es preciso determinar que factores determinan un buen pronóstico —no necesariamente han de ser los mismos que determinen un mal pronóstico— para evitar someter innecesariamente a tratamiento a aquellos con bajo potencial de recaída y/o mala evolución.

6. CONCLUSIONES:

1. Relevancia clínica y pronóstica de un primer episodio.

Un paciente con un primer episodio psicótico es en la mayor parte de los casos (75%) un paciente con altísimas posibilidades de convertirse en un paciente con nuevos episodios, ingresos hospitalarios y un notable déficit fun-

cional y psicosocial. Estos pacientes necesitarán en la mayor parte de los casos tratamiento indefinido, que incluirá recursos ambulatorios, hospitales de día e ingresos en unidades de corta y media estancia, en muchas ocasiones judicialmente. Un retraso o la incapacidad de proveer el tratamiento adecuado genera consecuencias como:

- Recuperación más lenta y menos completa.
- Peor pronóstico.
- Aumento del riesgo de depresión y suicidio.
- Interferencia en el desarrollo social y psicológico.
- Pérdida del apoyo familiar y social.
- Interrupción de los estudios o actividad laboral.
- Abuso de sustancias.
- Hospitalizaciones innecesarias.
- Aumento del coste del tratamiento.

2. Oportunidades de intervención

El momento del debut de una psicosis es clave para la introducción de intervenciones de prevención secundaria que puedan modificar el pronóstico funcional de estos pacientes. Este es el paradigma que ha cambiado radicalmente la asistencia a los primeros episodios psicóticos en los servicios sanitarios occidentales en los últimos quince años. Las propuestas de intervención y sus elementos clave son diversas pero actualmente ya se han publicado los resultados de muchas de ellas, lo que nos permite seleccionar las que aportan beneficios en términos de eficiencia y utilidad de cara a introducir las en nuestro modelo asistencial.

INTERVENCIÓN EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS EN BIZKAIA: PROGRAMA LEHENAK.

El programa LEHENAK se incluye en el marco de los objetivos que tanto Osakidetza como Salud Mental se han propuesto en sus correspondientes planes estratégicos:

1. Deben desarrollarse programas de tratamiento intensivo y específicos para aquellos pacientes con procesos más graves.



2. Se deben potenciar los programas psicoeducativos para pacientes y familiares
3. Debe promocionarse el uso adecuado de las estructuras intermedias (centros de día y/o talleres, y otras alternativas a la hospitalización tradicional) existentes, potenciando su implantación donde sean necesarias.

I. Objetivos de la intervención

A. Generales

1. Homogeneizar la asistencia a todos los pacientes con un primer episodio psicótico en Bizkaia.
2. Mejorar la asistencia a los pacientes con un primer episodio psicótico en Bizkaia garantizando que esta se sitúe dentro de las mejores prácticas de cuidado de acuerdo a los nuevos estándares en el mundo y basada en la evidencia.
3. Crear los mecanismos que garanticen la integración del binomio asistencia-investigación en primeros episodios psicóticos en Bizkaia para conseguir avanzar constantemente en una asistencia de calidad y generadora de evidencia.
4. Facilitar la creación de una unidad asistencial especializada en PEP.

B. Objetivos asistenciales:

1. Informar a la red asistencial de Osakidetza, principalmente de Atención Primaria y de Salud Mental de la importancia tanto de una detección como una asistencia precoz en PEP.
2. Minimizar la duración del periodo de psicosis no tratada (DUP).
3. Reducir el tiempo de ingreso hospitalario de un paciente con un PEP durante los primeros cinco años de evolución.
4. Promover una pronta recuperación en diversas áreas (psicopatológica, funcional), tras un PEP.
5. Disminuir el número de recaídas en los primeros cinco años de evolución.
6. Mejorar el pronóstico de las psicosis a través de una intervención temprana en las mismas.

7. Garantizar a los pacientes con un PEP y a sus familias el tratamiento óptimo y específico para cada fase durante los primeros años de enfermedad, el conocido como “periodo crítico”.
8. Disminuir el impacto del PEP en los familiares y mejorar su bienestar psicológico y su satisfacción con la asistencia.

C. Objetivos en investigación y difusión del conocimiento.

1. Conocer la epidemiología de las psicosis en Bizkaia.
2. Avanzar en el conocimiento de los determinantes pronósticos de las psicosis, especialmente de aquellos potencialmente modificables.
3. Determinar los elementos de la intervención que son eficaces en la consecución de los objetivos asistenciales y su relación coste/utilidad.
4. Difundir los resultados del proyecto asistencial entre los profesionales tanto de Atención Primaria como de la red de Salud Mental.
5. Integrar el programa en las redes europeas y mundiales de investigación en primeros episodios psicóticos.

2. Población diana de la intervención

La población susceptible de ser incluida en el programa LEHENAK será cualquier persona en Bizkaia —de acuerdo con los principios de asistencia universal de Osakidetza— con síntomas compatibles con un PEP.

2.1 Criterios de inclusión

Para ser admitidos en el programa los pacientes deben de cumplir todos los

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Consentimiento informado del paciente o su representante legal.
2. Rango de edad.
 - Se incluirán todos los pacientes entre los 15 y los 45 años de edad.



- Se establecerán los elementos asistenciales específicos para los pacientes adolescentes incluidos en el programa.

3. Trastornos incluidos.

1. Todos los pacientes con un primer episodio de cualquiera de los trastornos incluidos en el grupo de Trastornos Psicóticos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS, 10ª Edición, es decir los incluidos en el grupo F20 de la mencionada clasificación. Además se incluirán a todos los pacientes con un Tr. Afectivo con síntomas psicóticos. Por lo tanto son candidatos a ser asistidos en este proyecto todos los pacientes con un diagnóstico provisional de alguno de los siguientes trastornos: Tr. Esquizofrénico, Tr. Esquizofreniforme, Tr. Esquizoafectivo, Tr. Psicótico agudo, Tr. Ideas Delirantes, Tr. Bipolar, Fase Maníaca con síntomas psicóticos, Tr. Bipolar, Episodio Depresivo con síntomas psicóticos, Tr. Depresivo, Episodio Depresivo con síntomas psicóticos.
2. Se incluirán aquellos pacientes que además del PEP presenten comorbilidad relacionada con el consumo de tóxicos, tanto si son diagnosticados de:
 - Tr. Abuso tóxicos.
 - Tr. por consumo perjudicial de tóxicos.
 - Dependencia de tóxicos.

En los casos en los que exista un Tr. por Dependencia de sustancias el equipo terapéutico considerará la idoneidad de remitir al paciente a tratamiento a un centro de toxicomanías o incluirle directamente en LEHENAK.

Y no presentar ninguno de los siguientes:

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Falta de consentimiento informado por parte del paciente o su representante legal
2. Diagnóstico comórbido de retraso mental.

3. Diagnóstico comórbido de patología neurológica que pueda generar sintomatología psicótica.

2.2 Demanda prevista y asistencia actual

2.2.1. Incidencia estimada.

Se estima, de acuerdo al último censo de población (2003) que la población de Bizkaia es de 1.050.000 habitantes. Basándonos en la incidencia publicada en poblaciones occidentales (EPPIC en Australia, PAFIP en Cantabria) de entre 3 y 5 casos por cada 10000 personas a riesgo, cabe esperar entre $400.000 \times 0,0003 = 120$ casos nuevos/año y $400.000 \times 0,0005 = 200$ casos nuevos por año. (el amplio rango se debe a los distintos criterios de inclusión utilizados en los estudios epidemiológicos publicados, por ejemplo en Cantabria sólo incluyen pacientes con un Tr. Esquizofrénico).

Así pues el programa LEHENAK tendrá que contar con los recursos físicos y humanos para atender a entre 120 y 200 casos nuevos por año y dado que se diseña como un programa de cinco años la población atendida al final de los primeros cinco años de actividad será de entre 600 y 1000 pacientes. Con el objetivo de una tasa de abandono/pérdida de seguimiento inferior al < 15% al final del 5 año habrá entre 510 y 850 pacientes activos.

3. Estructura asistencial

Como hemos analizado la ubicación de un programa de asistencia de pacientes con PEP debe de ser ambulatoria, con el fin de minimizar los riesgos de estigmatización de los pacientes y promover su (re)incorporación social, vocacional y laboral. En el caso de Bizkaia la organización que se propone es la de un centro de LEHENAK en cada comarca (Bilbao, Uribe-Kosta, Margen Izquierda-Encartaciones e Interior).

Respecto a la composición de los equipos asistenciales se propone que en cada equipo



participen un psiquiatra, un psicólogo, una enfermera psiquiátrica, un trabajador social y un monitor/terapeuta ocupacional. Dado que se empieza sin pacientes y que la inclusión de pacientes es lenta y progresiva se deberá optimizar la dedicación de cada profesional a este proyecto, adaptándola a la demanda asistencial.

Proponemos que el programa LEHENAK sea un proyecto que se integre funcionalmente en la red de asistencia psiquiátrica de Bizkaia. Se trata de un programa que responde a la necesidad de trabajar por procesos integrales para abordar el tratamiento longitudinal de las patologías severas, en este caso las psicosis. En este contexto de mejora de la comunicación entre los niveles de atención primaria, atención especializada y superespecializada consideramos que la estructuración del programa LEHENAK como una unidad funcional puede optimizar la gestión de las mencionadas interdependencias.

Deberá articularse de modo específico la integración con el actual programa de asistencia a pacientes con un PEP que funciona en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Cruces desde hace tres años. Se propone su integración en el programa LEHENAK (en concreto en la comarca Margen Izquierda–Encartaciones), lo que permitiría aprovechar su experiencia en este campo.

Se propone que los profesionales no se dediquen en exclusividad, al menos inicialmente y hasta que se compruebe el alcance de la demanda, al programa LEHENAK. Se propone que los profesionales se integren funcionalmente en el proyecto. Este mecanismo de funcionamiento permitirá la participación en el mismo de profesionales de SMEB y de otros servicios. Consideramos una fortaleza que se incorporen a los mismos profesionales que desarrollen su trabajo actualmente en los distintos servicios que forman parte del recorrido asistencial habitual de un paciente con un primer episodio psicótico: unidades de hospitali-

zación psiquiátrica de pacientes agudos, media estancia y SMEB.

4. Proceso de inclusión / exclusión en el programa lehenak

Será aceptado para valoración cualquier paciente del área con síntomas compatibles con un primer episodio psicótico. Los pacientes podrán acceder a la valoración: directamente, por iniciativa propia, derivados por su médico de Atención Primaria, derivados desde su CSM, derivados desde una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

Todos los pacientes derivados serán admitidos inicialmente para valoración. Sólo después de la valoración por parte del equipo se les propondrá entrar en el programa o se les derivará a otros servicios que se consideren más adecuados para el paciente.

Se facilitará por parte del equipo de LEHENAK una primera cita con el psiquiatra en un plazo máximo de 72 horas con el psiquiatra, además de información sobre los servicios ofertados y las posibilidades de asistencia psiquiátrica urgente hasta la cita. Posteriormente mediante dos o tres entrevistas diagnósticas, en un periodo máximo de dos semanas el psiquiatra evaluará al paciente. En la primera solicitará el consentimiento del paciente para entrevistar a los familiares de primer grado (habitualmente padres) y/o personas con las que convive. En todas estas entrevistas estarán presentes el psiquiatra y una enfermera psiquiátrica. En la entrevista/s con la familia estará presente además la trabajadora social. Al final del periodo de evaluación el psiquiatra deberá: establecer la presencia o ausencia de un PEP, establecer un diagnóstico provisional de acuerdo a la CIE 10.

Se presentará el caso en una reunión del equipo en el que se revisará entre todos la información disponible sobre el paciente y si finalmente cumple los criterios para ser admitido en el programa LEHENAK se solicitará al



paciente y/o representante legal y familiares el consentimiento informado para entrar en el programa. Si el paciente da el consentimiento el equipo terapéutico establecerá:

Plan de atención individualizado que incluirá:

- Persona del equipo de referencia para el paciente.
- Fase del programa en la que debe ser incluido (Fase aguda, recuperación....)
- Necesidad de ingreso hospitalario urgente.
- Tratamientos individuales: terapia farmacológica, terapia cognitiva..
- Inclusión en grupos: psicoeducación
- Necesidad de abordaje familiar.
- Necesidades vocacionales, formativas, laborales.

Objetivos terapéuticos para ese paciente:

- Clínicos
- Familiares y Sociales
- Vocacionales y laborales

Con plazos temporales de 6, 12, 18 y 24 meses para su consecución.

Inclusión del paciente en proyectos de investigación asociados al proyecto LEHENAK, que precisará de un consentimiento informado específico.

Contacto con el profesional/ centro que derivó al paciente para informarle del resultado de las entrevistas diagnósticas y de su inclusión o no en el proyecto.

5. Intervención propuesta

Basándonos en la literatura revisada y en las características concretas de nuestro entorno proponemos estructurar la intervención en función del momento evolutivo del paciente, por lo que los pacientes serán incorporados a tratamientos para:

1. Fase aguda (dos meses)

2. Fase recuperación temprana (hasta los 18 meses)
3. Fase recuperación prolongada (hasta los cinco años)

Y en todas ellas habrá integración de distintas intervenciones:

- Tratamiento psicofarmacológico
- Tratamiento cognitivo conductual
- Tratamiento familiar

Tal y como se expone a continuación:

6. Intervención en la fase aguda

6.1. Tratamiento psicofarmacológico

Los principios que regirán este tratamiento serán:

- Inicio precoz del tratamiento con antipsicóticos, tan pronto como se establezca el diagnóstico.
- Información temprana al paciente y a la familia de los efectos esperados y los potenciales efectos secundarios.
- Se recomienda el uso de antipsicóticos de segunda generación en las dosis expuestas en el capítulo previo.
- Exploración y registro sistemático de efectos secundarios en todas las visitas.
- Tiempo para considerar un ensayo terapéutico fracasado: seis semanas
- Promover el uso de benzodiazepinas para alcanzar ansiólisis y sedación que se retirarán al final de esta fase.

6.2. Psicoterapia individual

La intervención cognitiva en esta fase se centrará en la explicación del trastorno y del modelo asistencial

6.3. Intervención familiar

En este periodo la intervención familiar será evaluativa de las necesidades de la misma y en la presentación del modelo terapéutico de LEHENAK.



7. Intervención en la fase de recuperación temprana

7.1. Tratamiento psicofarmacológico.

En esta fase, además de mantenerse los principios expuestos en la fase aguda regirán los siguientes:

- Mantenimiento de la dosis que ha resultado eficaz, sin reducción en la misma.
- Evaluación y registro sistemática de los efectos secundarios, con especial atención a aquellos que se presentan en el medio plazo: discinesia tardía, efectos sobre el peso y endocrinos y disfunciones sexuales.
- Considerar introducción de tratamiento con antipsicótico depot en aquellos pacientes que han dado signos de incumplimiento.

7.2. Psicoterapia individual

La intervención cognitiva en esta seguirá el modelo expuesto en la revisión de las terapias cognitivas.

Se centrará en grupos psicoeducativos y en intervenciones individuales.

7.3. Intervención familiar

En este periodo la intervención familiar será por un lado psicoeducativa y por otro se pondrán en marcha grupos multifamiliares (hasta seis familias) con periodicidad quincenal durante 18 meses.

8. Intervención en la fase de recuperación prolongada

8.1. Tratamiento psicofarmacológico

En esta fase, además de mantenerse los principios expuestos en las fases anteriores regirán los siguientes:

- Mantenimiento de la dosis que ha resultado eficaz, sin reducción en la misma en los pacientes diagnosticados de Tr Esquizofrénico, Tr Esquizoafectivo, Tr de Ideas Delirantes, Tr Bipolar o Tr de Ideas Delirantes.

- Considerar la retirada del tratamiento psicofarmacológico en el resto de los pacientes.
- Sólo se considerará la posibilidad de retirada del tratamiento en aquellos pacientes que en todo el periodo de tratamiento no hayan tenido descompensaciones y que lleven dos años libres de síntomas.
- La retirada se realizará tras incluir al paciente en la decisión: se discutirá con ellos los riesgos y beneficios de retirar el tratamiento psicofarmacológico

8.2. Psicoterapia individual

La intervención cognitiva en esta seguirá el modelo expuesto en la revisión de las terapias cognitivas realizada realizándose sesiones de “recuerdo”.

A los pacientes con psicopatología positiva persistente se les ofrecerá terapia cognitiva para la misma.

8.3. Intervención familiar

En este periodo la intervención familiar no será general y sólo se ofrecerá a las familias en las que se detecte un alto nivel de desgaste/emoción expresada siguiendo los principios arriba expuestos.

9. Desarrollo de la intervención

Dado que no se contemplan estrategias de detección precoz se incluirán en el programa pacientes con un PEP en distintos momentos evolutivos, por lo que desde la puesta en marcha del programa habrá que tener disponibles los tratamientos de fase aguda y de fase de recuperación temprana.

10. Implantación del programa

El programa pasará por cinco periodos:

10.1. Presentación del programa a las organizaciones de Servicios implicadas, a Osakidetza y aprobación institucional de la intervención.

La propuesta actual se presentará por la dirección de SMEB a los responsables de cen-



tro de SMEB, al Consejo Técnico y mediante éstos a todos los profesionales de SMEB para que comuniquen sus críticas / aportaciones al protocolo. La dirección valorará la inclusión de las propuestas que aporten valor al proyecto.

El segundo paso será la presentación por parte de la dirección de SMEB del proyecto a los jefes de los servicios implicados (Servicios de Psiquiatría de Hospitalización de Agudos y Media Estancia de Bizkaia) modificando aquellos aspectos que se consideren necesarios para asegurar su participación e integración funcional en el proyecto y la consecución de los objetivos del mismo.

Consensuada la versión definitiva del proyecto LEHENAK con todas las partes implicadas la dirección de SMEB lo presentará a Osakidetza para conseguir su aprobación con la consecuente dotación de recursos para la puesta en marcha del mismo.

10.2. Selección del equipo terapéutico y formación del mismo

La dirección de SMEB seleccionará el equipo terapéutico.

Se propone dar prioridad a la inclusión de profesionales de SMEB en comisión de servicios, lo que facilitará:

- El aprovechamiento de la experiencia asistencial y el conocimiento de estos profesionales.
- La adaptación de los recursos humanos a las necesidades del proyecto LEHENAK durante los primeros años de funcionamiento. Así es previsible que las necesidades de personal vayan incrementándose según se incorporen pacientes al programa. Mediante la incorporación de personal de SMEB a estas funciones se puede ir adaptando progresivamente su dedicación al proyecto.
- La coordinación con los proveedores. Dado que la mayor parte de los profesionales tra-

bajan en CSM se garantiza así un contacto fluido con éstos y con la Atención Primaria.

- La devolución de los pacientes a la red de SMEB, a los CSM previsiblemente, una vez que sean dados de alta de LEHENAK.

La selección se hará de acuerdo a criterios que garanticen un mejor cumplimiento de los objetivos de LEHENAK arriba expuestos.

En lo referente a las necesidades de formación del equipo terapéutico estas serán valoradas por la Dirección de SMEB en coordinación con el responsable del programa LEHENAK. Se establece un periodo de formación inicial de tres meses.

10.3. Adaptación del protocolo de intervención en primeros episodios por cada equipo terapéutico en función de su composición

Cada equipo adaptará el protocolo en función de sus medios físicos y humanos y será el responsable del proyecto LEHENAK quien garantice que el desarrollo del mismo y por lo tanto la asistencia a los pacientes con un PEP sea homogénea en Bizkaia.

Así mismo el responsable coordinará la elaboración conjunta —por los equipos terapéuticos de cada comarca— del material preciso: módulos de psicoeducación, de terapia cognitivo conductual, bases de datos.

Este periodo abocará a la puesta en marcha de la asistencia a pacientes.

10.4. Presentación del programa a los proveedores

Una vez constituidos los equipos y finalizado el periodo de formación el responsable del proyecto LEHENAK, junto con el psiquiatra de cada equipo de la comarca correspondiente presentará el programa en todos los CSM de Bizkaia y a todos los equipos de Atención Primaria de Bizkaia. Este proceso se desarrollará en un mes para lograr que una vez ofertado los



pacientes derivados puedan ser atendidos inmediatamente.

10.5. Inclusión de pacientes

10.6. Auditoría anual del programa

Con el objetivo de optimizar el programa se auditará el mismo anualmente, revisando la consecución de objetivos y las fortalezas del mismo así como las oportunidades de mejora.

11. Gestión del proceso

SMEB está inmerso en un cambio de gestión, promoviendo la gestión por procesos.

Se definirá el proceso LEHENAK, con sus subprocesos y todos los elementos del mismo (entradas, salidas, propietarios...) con la colaboración de la técnico de calidad.

12. 12. Indicadores de calidad del proceso lehenak

Una vez descrito el proceso se fijarán indicadores de calidad que serán valorados anualmente.

Se proponen como indicadores:

1. Tasa de pacientes con un PEP remitidos al programa: > 95%.
2. Tasa de pacientes remitidos evaluados en quince días: > 95%.
3. Tasa de pacientes con Plan de Atención Individualizado: >99%.
4. Tasa de reingresos en un año: < 25%.
5. Tasa de retención en el programa: > 90%.
6. Disminución en la sobrecarga familiar: > 50%.
7. Satisfacción de los usuarios con el servicio: > 75%.



BIBLIOGRAFÍA

1. Rabiner CJ, Wegner JT, Kane JM. Outcome study of first-episode psychosis. I: Relapse rates after 1 year. *American Journal of Psychiatry*. 143 (9): 1155-8, 1986.
2. Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AL, MacMillan JF. The Northwick Park Study of first episodes of schizophrenia. I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *British Journal of Psychiatry*. 148: 115-20, 1986.
3. Macmillan JF, Crow TJ, Johnson AL, Johnstone EC. Expressed emotion and relapse in first episodes of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 151: 320-3, 1987. UI: 3427287.
4. Bromet EJ, Jandorf L, Fennig S, Lavelle J, Kovasznay B, Ram R, Tanenberg-Karant M, Craig T. The Suffolk County Mental Health Project: demographic, pre-morbid and clinical correlates of 6-month outcome. *Psychological Medicine*. 26 (5): 953-62, 1996.
5. Strakowski SM, Keck PE Jr, McElroy SL, West SA, Sax KW, Hawkins JM, Kmetz GF, Upadhyaya VH, Tugrul KC, Bourne ML. Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. *Archives of General Psychiatry*. 55 (1): 49-55, 1998.
6. Robinson DG, Woerner MG, Alvir MJ, Geisler S, Koreen A, Sheitman B, Chakos M, Mayerhoff D, Bilder R, Goldman R, Lieberman JA: Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 544-549.
7. Robinson D, Woerner M, Alvir MJ, Bilder R, Goldman R, Geisler S, Koreen A, Sheitman B, Chakos M, Mayerhoff D, Lieberman JA: Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 241-247.
8. Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M, Mendelowitz A, Bilder RM. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry*. 161 (3): 473-9, 2004.
9. Larsen TK, Moe LC, Vibe-Hansen L, Johannessen JO. Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*. 45 (1-2): 1-9, 2000.
10. Craig TJ, Bromet EJ, Fennig S, Tanenberg-Karant M, Lavelle J, Galambos N: Is there an association between duration of untreated psychosis and 24-month clinical outcome in a first-admission series? *Am J Psychiatry* 2000; 157: 60-6.



11. Vazquez-Barquero JL. Cuesta MJ. Herrera Castanedo S. Lastra I. Herran A. Dunn G. Cantabria first-episode schizophrenia study: three-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*. 174: 141-9, 1999.
12. Craig TK. Garety P. Power P. Rahaman N. Colbert S. Fornells-Ambrojo M. Dunn G. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis.[see comment]. *BMJ*. 329 (7474): 1067, 2004.
13. Linszen D. Dingemans P. Lenior M. Early intervention and a five year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications. *Schizophrenia Research*. 51 (1): 55-61, 2001.
14. Rabiner CJ. Wegner JT. Kane JM. Outcome study of first-episode psychosis. I: Relapse rates after 1 year. *American Journal of Psychiatry*. 143 (9): 1155-8, 1986.
15. Grossman LS. Harrow M. Fudala JL. Meltzer HY. The longitudinal course of schizoaffective disorders. A prospective follow-up study. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 172 (3): 140-9, 1984 Mar. UI: 6699629.
16. Tohen M. Strakowski SM. Zarate C Jr. Hennen J. Stoll AL. Suppes T. Faedda GL. Cohen BM. Gebre-Medhin P. Baldessarini RJ. The McLean-Harvard first-episode project: 6-month symptomatic and functional outcome in affective and nonaffective psychosis.[see comment]. *Biological Psychiatry*. 48 (6): 467-76, 2000 Sep 15.
17. Tohen M. Stoll AL. Strakowski SM. Faedda GL. Mayer PV. Goodwin DC. Kolbrener ML. Madigan AM. The McLean First-Episode Psychosis Project: six-month recovery and recurrence outcome. *Schizophrenia Bulletin*. 18 (2): 273-82, 1992.



Psicoterapia en la institución pública. La aportación del modelo psicodinámico a la asistencia psiquiátrica extrahospitalaria de Vizcaya

Miguel Angel González Torres^{1,2,3} Rita Touza Piñeiro²

¹ Dpto. Neurociencias UPV-EHU

² S^o de Psiquiatría. Hospital de Basurto

³ Fundación OMIE

Resumen

En la Red de Salud Mental contemporánea la psicoterapia tiene un lugar propio y fundamental, tanto por la visión bio-psico-social que es obligada hoy como por la propia eficacia demostrada de las intervenciones psicoterapéuticas y por las limitaciones de los abordajes farmacológicos actuales. Existe una "psicoterapia posible" caracterizada por una integración flexible de diferentes técnicas y orientaciones, en una adaptación a las circunstancias peculiares del encuadre público. En el Hospital de Basurto, como en otros de nuestros centros, existe una larga tradición tanto en la formación de psicoterapeutas, a través de su relación con la Fundación OMIE, como en la aplicación de abordajes psicoterapéuticos tanto a nivel ambulatorio como de hospitalización. Finalmente, los psicoterapeutas deberíamos considerar nuestra propia responsabilidad en el escaso número de tratamientos psicoterapéuticos que se realizan en nuestra Red.

Palabras clave

Psicoterapia, Red Pública de Salud Mental, Psicodinámico, Integración.

Abstract

Psychotherapy has its own and important place in the current Mental Health Public Network, due to the accepted bio-psycho-social view, the abundant evidences of efficacy and the limitations of the current pharmacological approaches. There is a "possible" psychotherapy, characterized by a flexible integration of several techniques and orientations in an adaptation to the peculiar circumstances of the public setting. In Basurto Hospital, as in others of our Units, there is a long tradition in psychotherapy training (due to our relationship to OMIE Foundation) and also in psychotherapy treatment programs for out-and also in-patients. Finally, therapists should explore our own contribution to the scarce number of psychotherapy treatments in our Mental Health Network.

Key words

Psychotherapy, Public Mental Health Network, Psychodynamics, Integration.

PSICOTERAPIA EN EL ÁMBITO PÚBLICO

Lo primero que nos debemos plantear al hablar de psicoterapia en el ámbito público es saber qué se nos pide.

Los pacientes nos piden un alivio rápido, duradero y no doloroso del sufrimiento. Los propietarios de este sistema, que son los ciudadanos, cumplen un doble rol, el de propietario y paciente y como tal, esperan la máxima capacidad y eficacia posible diagnóstica y de tratamiento.



Los administradores y la autoridad sanitaria, por su parte, nos piden calidad, una asistencia adecuada al nivel esperado para nuestro país dentro del conjunto de naciones y una contención de costes en función de la limitación que imponen los fondos públicos. Y nosotros, los profesionales, nos pedimos sobre todo, calidad científico-técnica y una satisfacción propia en cuanto al trabajo que desarrollamos.

Nuestra misión dentro de este panorama es, por tanto, buscar la máxima capacidad diagnóstica y terapéutica para aliviar el sufrimiento de los pacientes y de su entorno aprovechando al máximo los fondos públicos que se nos confían.

Teniendo estos factores en cuenta, la cuestión de si la psicoterapia tiene sentido en esta misión y dentro del ámbito público, es indudable y se ve justificada por diversos factores.

En primer lugar, en la salud mental contemporánea debemos funcionar bajo un modelo teórico bio-psico-social al considerar la aparición, desarrollo, evolución y terapéutica de las enfermedades mentales.

En segundo lugar, las terapias biológicas han mostrado una serie de insuficiencias: ineficacia de fármacos en los que se había puesto una gran esperanza, tratamientos que se hacen crónicos, y un aumento de los costes, con lo que el esfuerzo ciudadano para sufragar el gasto sanitario es mayor.

Y en tercer lugar, disponemos de evidencias de la eficacia de la psicoterapia tras estudios bien diseñados en muchas de las patologías más frecuentes de la población, incluso en algunas de las más graves.

A esto hay que añadir la aparición en los 80, de la revolución de las Psicoterapias de Tiempo Limitado o Breves, disponiendo hoy en día de abordajes psicoterapéuticos posibles, por el tiempo invertido en su aplicación y por el tiem-

po de formación exigida por los profesionales que las van a aplicar.

Los tipos de psicoterapias que desde mi punto de vista son aplicables en la salud pública son diversos, entre ellos:

- “*Abordajes de encuadres Grupales*”. Utilizan eficientemente los recursos tanto desde el punto de vista de profesionales como temporal sin mermar la eficacia y calidad.
- “*Psicoterapias de Apoyo de Tiempo no limitado*” en algunos pacientes con patologías crónicas. El objetivo es la intervención temprana ante recaídas o recurrencias, las habilidades de autodiagnóstico y de detección temprana de síntomas.
- Las “*Psicoterapias Individuales Breves*” pueden ser beneficiosas para pacientes con cuadros adaptativos reactivos, pacientes con una fortaleza yoica importante y un funcionamiento a buen nivel pero con crisis que pueden ser resueltas sin la necesidad de una farmacologización excesiva.

Todas estas técnicas tienen en común la eficiencia, el espíritu integrador y una apertura a la investigación clínica sobre resultados y procesos.

LA BÚSQUEDA DE LA EVIDENCIA EN PSICOTERAPIA

La búsqueda de evidencia en psicoterapia es esencial. Requiere una exploración sistemática por parte del clínico de los estudios sobre eficacia disponibles. Sin embargo, aplicar los principios de la Medicina Basa en la Evidencia a la psicoterapia, al igual que a otras áreas de la asistencia sanitaria como la Cirugía conlleva bastantes problemas.

Mientras que la aleatorización sí se puede alcanzar con escasos problemas en la psicoterapia, el doble ciego es imposible de alcanzar, ya que no es posible que el terapeuta no sepa qué tratamiento está utilizando, y aunque se puede paliar con maniobras técnicas, éstas nos llevarán



an a soluciones únicamente parciales del problema.

El grupo control o placebo también tiene dificultades. El uso de placebo en los ensayos clínicos a veces se considera poco ético y en psicoterapia es difícil encontrar una intervención realmente neutral. Por ello, en los estudios modernos, lo que se utiliza como comparador sería el "treatment as usual" o tratamiento habitual, que difiere mucho entre unos y otros sistemas sanitarios, lo cual dificulta la posibilidad de replicar un ensayo clínico original con esta rama de tratamiento tan diferente.

Encontramos un problema añadido a considerar en el hecho de que los estudios en psicoterapia son mucho más costosos que los farmacológicos y las compañías farmacéuticas no respaldan este tipo de investigaciones. Por su parte, el sistema público ha sido muy remiso a financiar de forma total estas investigaciones y únicamente beca de manera parcial ciertos proyectos de investigación. Evidentemente este no es el sistema para llevar a cabo grandes estudios con tamaños muestrales importantes.

Además, nos encontramos con otros problemas importantes como: el solapamiento de las técnicas (Ablon, J. S. & Jones, E. E., 2002); la dificultad para medir los resultados (outcomes) que obtenemos en los estudios de psicoterapia, a pesar del gran avance alcanzado con las escalas de valoración de síntomas que paliar algo este problema y; la duración extensa de los tratamientos, incluso en psicoterapias breves (tratamientos de 5 ó 6 meses), si lo comparamos con los ensayos clínicos de farmacología.

El panorama actual muestra que se ha producido un movimiento generalizado en la psicoterapia a realizar proyectos de investigación cercanos al modelo de ensayo clínico randomizado de farmacología y se ha abandonado el modo de investigar clásico de psicoterapia basado en un análisis exhaustivo de casos únicos o de series de casos cortas, que permite un

examen rico de detalles que no pueden estudiarse en los estudios cuantitativos experimentales habituales. Lo deseable sería que sin abandonar el tipo de estudio clásico, éstos fuesen combinados con modalidades de investigación siguiendo la metodología de ensayo clínico randomizado actual.

LA REALIDAD DE LA PSICOERAPIA EN EL ÁMBITO PÚBLICO

La realidad de la psicoterapia en el ámbito público es que se está llevando a cabo la llamada "psicoterapia posible", la cual está sujeta a múltiples limitaciones impuestas: las características de los pacientes reales, muy alejados de los pacientes de los ensayos clínicos; las características de la institución; el encuadre físico; la orientación de la institución; aspectos económicos; y las características del terapeuta.

Los clínicos tendemos a pensar que el tratamiento es diseñado por nosotros, pero la realidad es que en la mayoría de los casos el tratamiento es diseñado con frecuencia por el paciente. En estudios realizados en Estados Unidos se halló que los pacientes "eligen las terapias breves": la gran mayoría de los pacientes eran vistos entre 6 y 8 sesiones, el 90 % estaban en tratamiento menos de 10 sesiones y el 50 % obtuvieron un beneficio antes de la 8ª sesión (Levenson H, 1995; Levenson H, Butler S, Powers T, & Beitman, BD, 2002).

Estas terapias breves no son definidas como breves por el terapeuta al inicio del tratamiento, sino que se hacen breves por la decisión del paciente, que es quien interrumpe el tratamiento. El paciente moldea su propio tratamiento (Gonzalez Torres, MA & Oraa Gil, R, 2007): escoge qué y cuánta psicoterapia, decide cómo y hasta cuándo tomar la medicación y a veces decide incluso qué fármaco tomar. Estudios recientes informan que en medicina general hacia el 40 % de los clientes no cumplen el tratamiento tal y como había sido prescrito (Blackwell, B, 2000), estas cifras sólo mejoran en aquellas patologías en donde se evidencia un



incremento de los síntomas de forma muy inmediata cuando se abandona el tratamiento.

Además, la combinación de psicoterapia y psicofármaco no buscada por el clínico es algo habitual. Nos encontramos a menudo pacientes que están recibiendo dos tratamientos por dos profesionales distintos que trabajan en paralelo desconociendo el uno la existencia del otro; en esta situación, la desintegración del tratamiento es prácticamente obligada.

En la mayoría de los equipos públicos la situación actual es complicada, ya que los programas de psicoterapia son escasos, están poco estructurados y suelen estar asociados más a iniciativas personales o de un grupo de profesionales que debido a una oferta abierta, detallada y generalizada.

En muchos de estos equipos nos encontramos con una visión de la biología mal entendida, dogmática y excluyente que conlleva al desconocimiento, desconfianza y descalificación de la psicoterapia. La situación inversa, con una conceptualización dogmática de lo psicoterapéutico, llevaría a las mismas consecuencias en lo referente a lo biológico.

En el contexto de la formación continuada de los equipos, los residentes terminan su período de formación sin adquirir un entrenamiento formalizado en psicoterapia, y si este existe, se trata de una formación extracurricular y en instituciones privadas, suponiendo un sacrificio personal, económico y una desintegración de la formación.

Los programas de psicoterapia puestos en marcha en los equipos públicos tienen algunas dificultades claras.

- La *estructuración es difícil*, ya que en muchas ocasiones la oferta de esta psicoterapia se hace en base a la formación o preferencias del profesional, y no tanto a las necesidades de la población atendida.

- Es habitual que los psicoterapeutas tengan una *posición excéntrica* en los equipos y por tanto su tarea se vea como no nuclear.
- Existe una *confusión de roles*, ya que los abordajes psicoterapéuticos son abordados ya no solo por psiquiatras o psicólogos clínicos, sino por trabajadores sociales formados para ello o enfermeras psiquiátricas. Esto supone un riqueza para el equipo pero complica las relaciones por el solapamiento de roles.
- Y hay una *escasez crónica de profesionales* dispuestos a llevar a cabo supervisiones de casos tratados por residentes o por profesionales junior.

Los tipos de psicoterapias que se suelen ofertar se podrían clasificar en 3 grandes grupos.

- El *tipo desorganizado*, que es un tipo en el cual se oferta al paciente diferentes posibilidades terapéuticas a escoger, que tienen que ver más con la disponibilidad de técnicas y terapeutas más que con la necesidad del paciente.
- *Técnicas Terapéuticas Manualizadas*, todavía raras.
- Los programas de psicoterapia orientados a *Factores Comunes*. Van dirigidas al manejo básico de problemáticas generales del paciente atendiendo a la alianza de trabajo, de modo tal que permite que profesionales formados en diversas modalidades terapéuticas compartan una misma visión del tratamiento y de las posibles intervenciones terapéuticas.

PROGRAMAS DE PSICOTERAPIA EN EL HOSPITAL DE BASURTO

En el Hospital de Basurto se vienen desarrollando programas de psicoterapia desde su creación, hace 30 años. El trabajo psicoterapéutico ha tenido que ver con los programas y actividades de formación, docencia, investigación y es parte importante de la asistencia en nuestro servicio (7000 atenciones en grupo en pacientes ambulatorios, y 10.000 atenciones en grupo a pacientes hospitalizados por año).



La psicoterapia en la **Unidad de Hospitalización** tiene algunas características relevantes. Concretamente, los grupos que se han ido realizando y que se mantienen en la actualidad se han visto influidos en su desarrollo fundamentalmente por la obra de Irvin Yalom que ha marcado la línea de trabajo desde el comienzo (Yalom, ID, 1983; Yalom, ID & Lesczc, M, 2005) y son los siguientes:

El “*Grupo de Buenos Días*”, es un grupo grande en el que participan la mayoría de los pacientes de la planta. Permite evaluar la situación clínica de los pacientes, modelar la atmósfera terapéutica, afinar el diagnóstico clínico y de seguimiento y el manejo de ansiedades fundamentales.

El “*Grupo Pequeño*”, se hace con aquellos pacientes con mayor capacidad funcional en el momento, con mayor insight y mayor capacidad verbal y se trabaja en el apoyo incluyendo algunas intervenciones que favorezcan la introspección.

Los “*Grupos Psicoeducativos*” son llevados a cabo por enfermería con una labor fundamental de educación del paciente en cuanto al cumplimiento de la medicación, efectos secundarios, medicación, tratamientos posibles, seguimientos, actividades sociales, etc.

El “*Grupo de Dibujo*”, es un grupo en el que se propone a los pacientes la ejecución de un dibujo libre sobre el que se trabaja. Tiene una vertiente ocupacional y una vertiente clínica, ya que se utiliza ese dibujo y su interpretación como un elemento evaluador más.

Los problemas fundamentales de la psicoterapia en la Hospitalización son el solapamiento de roles, el trasvase de conocimientos sobre los pacientes y la sala, un límite claro en el trabajo grupal por el establecimiento de los nuevos modelos de gestión que tienden hacia una estancia media descendente, problemas de la rotación, de severidad y del formato de sesión única.

Los Programas de Psicoterapia en los **pacientes no ingresados** pueden dividirse en función de la patología principal.

En los abordajes psicoterapéuticos en **pacientes psicóticos**, tiene un papel fundamental el Hospital de Día, con abordajes tanto psicosociales como psicoterapéuticos.

Los “*Grupos de Medicación*”: un seguimiento ambulatorio en formato grupal de alta calidad que enfatiza el apoyo y la educación y que tiene una importancia fundamental por su potencial capacidad para disminuir la probabilidad de recaída y de reingreso.

Los “*Abordajes Grupales para pacientes psicóticos crónicos*” que han tenido mala evolución, con un componente importante de apoyo y en el que se trata de mantener a un buen nivel en un tipo de paciente muy deteriorado.

Los “*Grupos de Seguimiento*” para pacientes psicóticos post-Hospital de Día, que apoyan el tránsito del formato en H.D. al formato ambulatorio estándar.

Los “*Grupos Psicoeducativos con Familiares*”, grupo multifamiliar intensivo que busca el apoyo, educación y exploración de elementos familiares que pudieran dificultar la buena evolución del paciente.

Para el trabajo con **pacientes no psicóticos**, disponemos de grupos destinados a pacientes de la órbita neurótica: grupos de trastornos de ansiedad, de trastornos de la personalidad, de trastornos de la conducta alimentaria y grupos psicoeducativos para familiares de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Además dentro de un **abordaje individual** existen pacientes en *Psicoterapia Individual Breve*, pacientes con *Psicoterapia Individual de Apoyo* en combinación con tratamientos farmacológicos y una consulta específica para pacientes oncológicos.



cos y familiares, en donde se realiza un trabajo breve habitualmente y más largo cuando se opta por el apoyo a pacientes con problemas emocionales relacionados con patología oncológica.

De particular interés, se está llevando a cabo un importante trabajo con los “*Grupos Balint*” que se realizan con el personal de enfermería de la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil y de Adultos de nuestro propio equipo, a cargo de un terapeuta de orientación grupoanalítica que viene de otro equipo para mantener la distancia adecuada con los problemas que allí se manejan.

Y algunos de nosotros realizamos “*Grupos Balint*” con personal de enfermería de los equipos de Oncología y Hematología de nuestro hospital para examinar aspectos de corte emocional ante pacientes, familiares, situaciones de terminalidad, de sufrimiento, etc.

CONCLUSIONES

Desde la perspectiva de la Gestión, una psicoterapia que suponga la disminución del número de ingresos y de su duración, del número de visitas a la urgencia, y del sufrimiento del paciente, es sin duda, una psicoterapia viable para el sistema público. Una intervención clínicamente útil y que suponga una disminución de gastos es una intervención económicamente eficiente.

Creemos que todos los psicoterapeutas que trabajamos en la red pública deberíamos plantearnos por qué se realiza tan poca psicoterapia en la red. No parece que sea debido a la falta de pro-

fesionales, al menos en la Red pública vasca donde muchos profesionales poseen algún nivel de formación psicoterapéutica. Puede que influya la falta de variedad en los abordajes psicoterapéuticos, ya que la mayoría de los clínicos entre nosotros poseen una orientación psicodinámica o, en algunos casos, sistémica y faltan profesionales entrenados en modelos tan relevantes hoy en día como son el cognitivo-conductual o los modelos integradores.

Sería discutible una justificación por falta de tiempo, porque a pesar de la presión por un rendimiento alto de la institución, en algunos de nuestros centros podríamos tener tiempo para desarrollar algunos de los programas de psicoterapia de enorme interés que hoy existen.

El espacio físico podría ser encontrado, la eficacia está demostrada por multitud de evidencias en muchos de los trastornos, y el clínico posee entre nosotros bastante autonomía a la hora de determinar las intervenciones que lleva a cabo.

En resumen tendríamos que revisar cuál es nuestra contribución en el problema, cuál es el papel que tenemos los psicoterapeutas en el hecho de que se haga poca psicoterapia en la salud pública.

Deberíamos reflexionar acerca del compromiso que nos exige el realizar psicoterapia e incluso sobre la implicación emocional y profesional que requiere la psicoterapia. Todos ellos podrían ser factores determinantes en esta situación actual en nuestra red, donde sin duda llevamos a cabo menos tratamientos psicoterapéuticos de los que podríamos y deberíamos.



REFERENCIAS

- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am.J.Psychiatry*, 159, 775-783.
- Blackwell, B. (2000). Treatment compliance. In B.Sadock & V. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins).
- Gonzalez Torres, M. & Oraa Gil, R. (2007). Adherencia en psicoterapia. *Norte, Remitido en espera de aceptación*.
- Levenson H (1995). *Time limited dynamic psychotherapy. A guide to clinical practice*. New York: Basic Books.
- Levenson H, Butler S, Powers T, & Beitman, B. (2002). *Brief dynamic and interpersonal therapy*. (Second ed.) Washington DC: American Psychiatric Press.
- Yalom, I. (1983). *Inpatient group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I. & Lesczc, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. (5 ed.) New York: Basic Books.

Acto de reconocimiento en las XIX jornadas de salud mental extrahospitalaria de bizkaia

José A. Martín Zurimendi

Psiquiatra

Director de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Osakidetza-Bizkaia

Con motivo de las XIX Jornadas de Salud Mental y A. Psiquiátrica Extrahospitalaria de Bizkaia (SMEB), en el que se conmemoraba el 40 Aniversario de los CSM de Bizkaia, orientadas al debate sobre la Cartera de Servicios y a la atención a las patologías emergentes, en la tarde del día 20 de Noviembre y tras la mesa redonda sobre Psicoterapia en la Institución Pública, en el que se conmemoraba también el 150 aniversario del nacimiento de Freud y las aportaciones del Psicoanálisis al desarrollo de la actividad asistencial en los Centros de Salud Mental de Bizkaia y en el que participaron representantes de las Fundaciones OMIE, ALTXA, el Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao-GPAB y el Seminario del Campo Freudiano, Asociaciones con las que SMEB tiene convenios de colaboración para la formación, se dedicó un homenaje a los compañeros, recientemente jubilados, en los Centros de Salud Mental de Osakidetza en Bizkaia. Cuatro psiquiatras y una enfermera.

El plan de reconocimientos es una de las áreas de mejora de esta Organización de Servicios de Osakidetza, inmersa en un plan de mejora de la Calidad. De hecho, y coincidiendo con las Jornadas, se estaba llevando a cabo un proceso de Evaluación externa de Euskalit a SMEB, que concluyó con la obtención de la Q de plata, a la mejora de la gestión de la Calidad, en Euskadi-2006.



En la imagen superior Alberto Lasa, Asun Etxanobe, Juan Luis Borda (tapado), Miguel Ángel González Torres, Carmelo Malda, Begoña Álvarez Zubimendi, Carmen Álvarez y José Martín Zurimendi.

Foto: Oscar Martínez Azumendi

Durante el acto además de recibir un obsequio, obra pictórica, como recuerdo a su actividad profesional, los profesionales se dirigieron a los asistentes a las Jornadas en el Auditorium de la Universidad de Deusto y recordaron su actividad clínica en la red, especialmente los inicios de su tarea asistencial, que en buena parte coincidieron con los comienzos de los CSM en Bizkaia.



Pilar AISA dirigiéndose al Auditórium. Excusó su asistencia Fernando Camargo que nos recordó que él también había sido pionero en la asistencia psiquiátrica de Bizkaia.

Foto: Oscar Martínez Azumendi

Así **Pilar Aisa** recordó su trabajo a lo largo de su dilatada carrera profesional en Centros de Salud Mental, primero en Arbieta, luego en Garamendi y casi desde el principio dedicada a la atención ambulatoria.

Asun Etxanobe narró los inicios del Centro de Salud Mental de Uribe Kosta, centro piloto a comienzos de los años 80. También se recordó a **Ramón Prendes**, con una dilatada experiencia en Centros de Salud Mental de Bizkaia, primero en Uribe Kosta, más tarde en el CSM de Portugalete, que dejó anticipadamente el ejercicio profesional por enfermedad.

Carmen Álvarez evocó su trabajo, en el antiguo Insalud —donde también trabajó **Begoña Álvarez**— así como en el Hospital de Cruces y en la UPI de Galdakao, trabajo clínico orientado a la atención a niños con problemas de salud mental.

En el ambiente había quien recordaba a otros compañeros y compañeras fallecidas o jubiladas, pero resultaba difícil el reconocimiento a todos sin el olvido de alguno de quienes en estos cuarenta años han participado de esta amplia experiencia que ha sido el desarrollo de SMEB. Vaya desde aquí, de nuevo, nuestro recuerdo colectivo.





El equipo multidisciplinar: ¿Realidad o expresión de un deseo?*

Fco. Chicharro Lezcano

Psiquiatra. Psicoterapeuta

Director Médico del Hospital Psiquiátrico de Zamudio

Resumen

El uso (y a veces abuso) de ciertos términos ha conseguido que terminen por incorporarse de una forma natural aunque no siempre se correspondan con la realidad. Así, “psiquiatría comunitaria”, “trabajo en equipo”, “equipo multidisciplinar”, etc., son conceptos acuñados hace años, que dieron nombre a modelos asistenciales y formas de organización, pero que se han desvirtuado con el tiempo.

El presente trabajo trata de exponer los orígenes de los equipos multidisciplinarios en salud mental, y de que forma han influido en su evolución los cambios sociales y la modificación —cualitativa y cuantitativa— de la demanda.

Palabras clave:

Equipo multidisciplinar, salud mental, recursos, modelos de organización.

Introducción (Justificación del título y del interrogante)

A estas alturas parece existir un acuerdo unánime en que la forma de trabajo más creativa y de mayor rendimiento es la basada en equipos multidisciplinarios y el trabajo en equipo. Para abordar este tema, y teniendo en cuenta el contexto (Jornada de actualización en Psicología Clínica), podían barajarse dos opciones:

* Jornada “Actualización en Psicología Clínica”. Bilbao, 2 de junio de 2006



1) Realizar una descripción teórica sobre el equipo multidisciplinar y el trabajo en equipo, para lo que bastaría con desarrollar los siguientes conceptos:

El equipo multidisciplinar

- Un equipo es más que la suma de sus componentes
- Características de un equipo
- Etapas de desarrollo de los equipos (Orientación, Insatisfacción, Resolución, Producción)
- Estilos de Liderazgo
- Roles, dinámicas e interacciones
- Conflictos (Causas, Actitudes, Etapas, Resolución)

Pero este enfoque, además de ser suficientemente conocido, poco podría aportar a un colectivo de profesionales altamente cualificados y, probablemente, con un mayor conocimiento sobre el tema.

2) La segunda opción, menos teórica, aunque sujeta a interpretaciones, era exponer una tesis —basada en la experiencia del último cuarto de siglo— sobre las razones para que al día de hoy, y salvo honrosas excepciones, la realidad sea que muchos de los supuestos “equipos” no sean más que agrupaciones de profesionales de distintas disciplinas que comparten un espacio durante su jornada laboral. Y esta es la que se va a desarrollar.

La utilización de tópicos en salud mental

Después de casi treinta años de ejercicio como psiquiatra, habiendo recorrido la casi totalidad de los dispositivos asistenciales y trabajado en diferentes CCAA, sigo teniendo más preguntas que respuestas. En 2001 publicaba en la Revista *NORTE de Salud Mental* un artículo titulado *¿Existe la psiquiatría comunitaria?*¹, en el

que exponía la subversión de este concepto, reducido prácticamente a la existencia de consultas de salud mental cercanas a los lugares de residencia de los usuarios, pero muy alejadas del ideal impulsado por toda una generación de profesionales que se lanzaron —sin red— a realizar lo que ha sido llamado “La reforma psiquiátrica”, de la que ahora se cumple el 20 aniversario. Un año antes, en otro artículo titulado *“Psicología vs. Psiquiatría: ¿lugar de encuentro o divergencia?”*², exponía las dificultades de la Psicología (la Psicología Clínica) para encontrar su lugar, cosa lógica por otra parte —decía— dada la “juventud” tanto de la disciplina como de la especialidad. Terminaba el artículo tomando prestadas unas palabras de Benedetti, quien refiriéndose al conflicto entre psiquiatría y psicoanálisis decía: *“El pensamiento y la acción no deben nunca contrarrestarse, farmacoterapia y psicoterapia no se excluyen entre sí. Se completan y actúan de una forma complementaria”*. Un esbozo de lo que es —o debiera ser— el equipo multidisciplinar.

Por lo tanto, al día de hoy, y después de múltiples controversias, nos encontramos con que los conceptos Psiquiatría Comunitaria, Equipo multidisciplinar, y Trabajo en equipo, son aceptados por todos, pero de forma tópica, y sin profundizar en su desarrollo.

El equipo multidisciplinar “el trabajo en equipo”

Y no será por falta de información. Si se introducen en el buscador Google las palabras “Trabajo en Equipo”, aparecen 20.800.000 referencias, de “Equipo de Trabajo” aparecen 15.200.000, y de “Grupo de Trabajo” 22.200.000. Es decir, queda claro que se trata de un tema que suscita un interés desmesurado. Pero, ¿desde cuando existen equipos multidisciplinarios en nuestro país, y cuál es la realidad en el aquí y ahora en lo referente a la atención a la salud mental?

1 “¿Existe la psiquiatría comunitaria?”. *NORTE de Salud Mental*. Volumen IV n° 12 (Septiembre 2001)

2 “Psicología vs. Psiquiatría: ¿Lugar de encuentro o divergencia?”. *NORTE de Salud Mental*. Volumen III, n° 9 Jun. 2000



Para analizar los orígenes y dificultades actuales del trabajo en equipo (del equipo multidisciplinar) es preciso retrotraerse al pasado. No es sino hasta finales de los años 70 —coincidiendo con la instauración de la democracia en nuestro país— cuando se puede hablar de modificaciones sustanciales en los modos de atención.

Los '70. Punto de partida. “De la represión a la democracia”

La situación a finales de la década de los 70 era la siguiente:

1. La única atención psiquiátrica que prestaba el INSALUD eran las llamadas consultas de neuropsiquiatría, “híbrido”, con el que en dos horas diarias se pretendía prestar atención a los problemas de salud neurológicos y psiquiátricos de la población. Las consultas estaban masificadas (con 70–80 pacientes diarios) y el personal consistía en un “neuropsiquiatra”, auxiliado por un ATS.³
2. Por otra parte, los Hospitales Universitarios (Hospitales Clínicos) y los Hospitales Generales del INSALUD, comienzan a contar con unidades de psiquiatría de agudos, altamente jerarquizadas (en el peor sentido de la palabra) donde —y en palabras de un catedrático de entonces— se hacía “docencia, investigación, y asistencia... y por ese orden”. Ni que decir tiene que aunque compartían espacio profesionales de distintas disciplinas no se trataba de “equipos multidisciplinarios” en el sentido a que nos estamos refiriendo ni, por supuesto, había trabajo en equipo.
3. El pilar fundamental para la atención a los trastornos mentales graves lo constituían

aún los Hospitales Psiquiátricos, dependientes de las Diputaciones Provinciales y de órdenes religiosas.

Pero en esta década ya se habían producido intentos de cambiar la situación. En los primeros años setenta, indignados por las condiciones en que eran tratados los enfermos mentales, y animados por las experiencias en otros países de nuestro entorno (Francia, Italia, Inglaterra), se iniciaron diversos intentos de reforma (Asturias, Galicia, Andalucía, Madrid) en los que participaron profesionales de todos los estamentos (psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, trabajadores sociales) que se vieron frenados por el aislamiento y la falta de medios para su desarrollo y que, en no pocas ocasiones, terminaron con el despido fulminante de sus líderes.

Más adelante, los primeros ayuntamientos democráticos crean los centros de promoción de la salud (CPS), con departamentos de psicología (y ginecología), fundamentalmente orientados a la prevención. Más tarde las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA), organizan redes propias de Centros de Salud Mental.

Los '80. Integración de recursos. Etapa de ilusión. “La movida”

Desde el punto de vista social, los años ochenta supusieron un despegue en cuanto al descubrimiento de las libertades, se produjo un elevado desarrollo económico, y una primacía “del principio del placer”. Comienza a observarse que el malestar y el sufrimiento son cada vez peor tolerados.

³ Como ejemplo de las condiciones en que se desarrollaban aquellas consultas véase la siguiente anécdota (real como la vida misma): En una de aquellas consultas no había más sillas que las del médico y el ATS, no teniendo el paciente donde sentarse. Interrogado este (veterano en aquellas lides) sobre el porqué, respondió cargado de razones: “Es que si ponemos silla se sientan y perdemos el tiempo”. Una vez repuesta la silla a su lugar, y sentado el primer paciente (que padecía un cuadro depresivo), comenzó a relatar una serie de acontecimientos vitales que, a su parecer, podrían influir en lo que le sucedía. El ATS tamborileaba impaciente con el dedo índice sobre la mesa porque se alargaba la consulta hasta que, sin poder contenerse, interrumpió diciendo: “eso son cosas personales que no le interesan al doctor”. Estos eran los “equipos multidisciplinarios de la época”.



Con las enseñanzas extraídas de anteriores experiencias, bien por actuar con más sigilo, o por el desinterés que la mayoría de las administraciones mostraba por la salud mental, se fue realizando una integración de facto que, posteriormente y ante el desconcierto de las administraciones, era “oficializada” por la vía de los hechos consumados⁴. Estas agrupaciones espontáneas de profesionales, ricas en creatividad, fueron posibles porque se formaron en torno al concepto de “tarea” —entendida desde los conceptos de psicología social de Pichón Rivière— y creando un “ECRO” (esquema conceptual, referencial, y operativo) común. Fue una etapa ilusionante, plagada de dificultades y penurias, pero en la que todo parecía posible. La cooperación en la resolución de conflictos hacía que se encontraran soluciones alternativas a los problemas que surgían continuamente⁵. Nadie se planteaba “si eso era misión suya”, sino que todos aportaban a la causa común con arreglo a sus posibilidades. El desinterés de las administraciones, la ausencia de legislación, y la falta de control, fueron al mismo tiempo—como se diría en el lenguaje de gestión actual— “amenazas y oportunidades”, oportunidades aprovechadas por aquellos equipos ilusionados.

Posteriormente, muchos de los líderes de aquellos intentos reformistas pasaron a ocupar cargos de responsabilidad institucional, incorporando su ideario en la redacción de los primeros documentos que legislaron la forma de atención a la salud mental.

En 1983 fue creada la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica cuyas conclusiones

fueron publicadas en 1985 en forma de recomendaciones (Ministerio de Sanidad y Consumo 1985). En líneas generales en este documento se apuesta por un modelo avanzado de reforma. Estas ideas se resumieron finalmente en un artículo específico (Artículo 20: De la salud mental) de la Ley general de Sanidad que fue aprobada en 1986. En el texto de la ley se recoge que “*los cambios... se traducen en que el objetivo ya no es sólo la enfermedad, sino la salud, y no sólo el individuo, sino la comunidad, lo que conlleva un abordaje biológico, psicológico y social del individuo y su entorno*”; en cuanto al contenido se da un paso adelante añadiendo al tradicional abordaje curativo “*la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación*”; la organización pasa de un trabajo individualizado a “*un trabajo en equipo multidisciplinar, con el objetivo de hacer una apertura hacia la comunidad y un acercamiento al entorno de los pacientes*”.

Es la primera referencia “oficial” sobre la filosofía asistencial y los modos de organización del trabajo. Se propugna el tratamiento del enfermo mental en la comunidad, evitando en lo posible la hospitalización y favoreciendo la integración en recursos normalizados. Para ello es necesario disponer de recursos intermedios y programas específicos. Trata de alejarse del concepto “hospitalocéntrico”, considerando al Centro de Salud Mental (CSM) el eje sobre el que pivota la asistencia, y prima el trabajo de equipo multidisciplinar.

Así pues, se transfieren las competencias en sanidad a las CC.AA.⁶, la disponibilidad de recursos aumenta, y la dependencia orgánica se

4 En algunos lugares se produjo una integración “funcional” decidida por profesionales que dependían de distintas administraciones (por ejemplo entre neuropsiquiatras de INSALUD, trabajadores de los CPS —Ayuntamiento—, y de hospitales psiquiátricos del Servicio Regional de Salud).

5 Ante la falta de infraestructuras se “tiraba por la calle de en medio”. Un ejemplo: La escasez de salas y despachos en un CSM se suplió solicitando al IVIMA (Instituto de la Vivienda) de forma unilateral, y sin contar con nadie, una nave prefabricada que se depositó junto al CSM, en medio de un parque. Como la carencia era real (y así lo percibía la población) pero la solución era “excesiva”, el ayuntamiento de turno se apresuró a construir un centro nuevo para despejar el parque. Ni que decir tiene que estas iniciativas, un tanto “desmedidas”, producían un efecto de cohesión grupal.

6 La situación en la CCAA que asumieron con prontitud las competencias sanitarias fue más favorable. Así, en el País Vasco, y una vez transferidos los hospitales psiquiátricos al Servicio Vasco de Salud, la totalidad de la asistencia a la salud mental dependió de Osakidetza.



regulariza. Se crean los Centros de Salud Mental, que sustituyen a las consultas de neuropsiquiatría, se dispone de unidades de hospitalización en los hospitales generales, y los hospitales psiquiátricos son transformados, o se cierran, reconvirtiéndolos en redes de atención comunitaria.

Los vínculos interprofesionales creados en la década anterior; los movimientos espontáneos, las nuevas formas de trabajo, fueron “oficializados” al adquirir rango de ley y tuvieron continuación en esta etapa. Se crearon multitud de nuevos dispositivos con la consiguiente contratación de profesionales. El trabajo en equipo —por fin— dejó de ser una entelequia. El análisis de la demanda, la asignación de pacientes, las sesiones clínicas conjuntas... en resumen, el compartir saberes, enriqueció el trabajo de todos y benefició a los pacientes.

Los '90. “El desencanto”

Pero los cambios sociales se impusieron. La anterior resistencia para acudir a una consulta “psi”, fue sustituida por una demanda indiscriminada que surge ante cualquier problema de la vida cotidiana. Como se decía anteriormente el malestar y el sufrimiento, cada vez peor tolerados, se convirtieron en motivo de consulta. Por lo tanto, el espectacular aumento de la demanda tiene que ver con diversos aspectos:

- Cambios en la estructura socio-familiar: La casi desaparición de la “familia extensa”, los hogares monoparentales, los problemas inherentes a la inmigración y el desarraigo.
- Psicologización de los problemas cotidianos: Como antes se apuntaba, aspectos que antes se vehiculizaban a través de otros sistemas, en la actualidad se dirigen al sistema sanitario en busca de solución.
- Nuevas expresiones del malestar psíquico: Trastornos de déficit de atención por hiperactividad (en la infancia), Trastornos de Personalidad, Trastornos de la Conducta Alimentaria, nuevas adicciones (Internet) son “nuevas patologías” que han venido a

incrementar la población atendida en la red de salud mental.

Esto tuvo una indudable repercusión en cuanto al volumen de demanda, lo que ha supuesto una dificultad añadida para poder hacer un auténtico trabajo en equipo, más allá de un reparto de pacientes más o menos equitativo, e interconsultas puntuales. Los tiempos para reuniones de equipo, labores docentes, coordinación, etc., se han visto invadidos por más y más consultas. Sea como sea, el aumento de la demanda y los cambios sociales han producido:

- Colapso de los Centros de Salud Mental
- Progresiva “biologización” de los tratamientos
- Disminución de tratamientos psicoterapéuticos
- Desencanto y falta de transmisión de experiencias

Siglo XXI. “Del colectivismo al individualismo”

Hay que reconocer que el desarrollo de recursos, el aumento de las plantillas, y la mejora en las condiciones de atención a los enfermos mentales producida en los últimos veinte años es incontestable. En nuestro medio, en el País Vasco, las encuestas de satisfacción demuestran el alto grado de satisfacción ciudadana con Osakidetza (es la institución más valorada) por la atención sanitaria recibida. El problema —al menos para los profesionales— es que los resultados no han sido los esperados. La demanda indiscriminada ha colapsado los CSM, que se ven obligados a realizar una actividad asistencial en cierto modo precaria: disminuye la oferta de psicoterapias con predominio de los tratamientos biológicos. El desencanto entre los profesionales es cada vez mayor, y no se ha producido una transmisión de las experiencias pasadas a las nuevas generaciones. El equipo se diluye en una multiplicidad de acciones individuales.



- CSM: Trabajo individual
- Hospitales Generales (UVIS Psiquiátricas)
- Hospitales Psiquiátricos “a la búsqueda de su espacio”

Es como si en paralelo al aumento de familias monoparentales —por elección o desmembramiento— y a la disminución de las familias extensas, se hubiera producido un “retraining” de profesionales, equipos y organizaciones, cada uno a la búsqueda de un objetivo individual, sin relación con el otro. Los déficits de coordinación inter e intra centros pueden tener también que ver con esto.

Por otra parte, la mejora de la organización, la introducción de sistemas de registro, los nuevos modelos de gestión, los sistemas de información, etc., han supuesto una ayuda a la hora de evaluar el trabajo realizado... pero han burocratizado notablemente la actividad diaria.

En 2000, en otro artículo (“La Identidad profesional: de terapeuta a administrativo”) alertaba sobre este riesgo diciendo: “*Tanto clínicos como gestores estamos embarcados en una tarea difícil pero apasionante. Es un momento de cambio a todos los niveles y por lo tanto lleno de incertidumbres. La profesión médica, la identidad del terapeuta, valores sólidos antaño, ahora son cuestionados y en ocasiones nos sentimos como*

espectadores de una obra de teatro que pretende relatar nuestra historia sin que nos reconozcamos en ella. Pues bien, dejemos de ser espectadores y tratemos de ser actores, o porqué no, el autor”.

La cuestión es que tenemos que ser actores —o autores— pero nos encontramos sin guión. No sabemos si somos protagonistas o figurantes. En otro tiempo sabíamos al menos el final que queríamos para nuestra obra, pero en la actualidad nos encontramos perdidos. En el mejor de los casos peleamos por nuestro papel... sin importar la réplica que nos dé “el otro”.

Inmersos en esta vorágine hemos asistido a una novedad que podría tener influencia en el funcionamiento de los equipos: El reconocimiento de la Psicología Clínica como especialidad, y de los psicólogos clínicos como profesionales sanitarios, lo que ha supuesto el espaldarazo a una aspiración largamente esperada. La equiparación a todos los efectos con el resto de facultativos va a aumentar su protagonismo, pero supone un reto al que hay que hacer frente. Ahora, de igual a igual, es momento de asumir responsabilidades, hacer complementarias las disciplinas, y volver a compartir saberes. Si lo logramos será posible un resurgir de los “equipos multidisciplinares”, del trabajo en equipo, pero eso es una tarea que hay que acometer.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AEN. Cuaderno Técnico Nº 2. La Psicología Clínica en los Servicios Públicos.
2. AEN. Cuaderno Técnico Nº 4. Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad.
3. Desviat, M: “La reforma psiquiátrica”. Ediciones Dor S.L.
4. J. Leal (ed.), “Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones”. Colección Estudios. AEN. 1997.
5. Chicharro Lezcano F: “La identidad profesional: de terapeuta a administrativo”. *NORTE de Salud Mental*. Volumen III, nº 8. Febrero de 2000.
6. González Duro, E. (2000): “De la psiquiatría a la salud mental”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 74; 249–260.
7. Chicharro Lezcano, F: “Psicología vs. Psiquiatría: ¿Lugar de encuentro o divergencia?”. *NORTE de Salud Mental*. Volumen III, nº 9 Jun. 2000.
8. Chicharro Lezcano, F: “¿Existe la psiquiatría comunitaria?”. *NORTE de Salud Mental*. Volumen IV nº 12 (Septiembre 2001).
9. Pérez, F. (compilador): “Dos décadas tras la reforma psiquiátrica”. Colección Estudios. AEN. 2006.



ELOGIO DE LA BASURA: DE LA MANO DE TRAPEROS DE EMAÚS

In memoriam del Abbé Pierre

Amando Vega
Iñaki Markez

*“A la sociedad se la puede conocer por la cara
o por el culo”.*

Mario Gaviria

Resumen

La muerte del Abbé Pierre constituye una ocasión más para reflexionar sobre la situación de las personas sin techo, reconocer la obra de Traperos de Emaús y contemplar los problemas de salud mental que sufren las personas sin hogar. Frente a una política de limpieza de vagabundos de calles y plazas, en nombre de la convivencia, urge conocer la realidad personal y social de las personas sin hogar, más allá de interpretaciones fáciles. No se puede pensar que con disponer de un techo, se conseguirá la integración social. Un acercamiento en términos de la salud mental comparte este objetivo de disponer de un hogar, pero no idealiza el hogar como solución. Tiene en cuenta también el reconocimiento de las capacidades de estas personas. Como también el proceso caótico de sus vidas, en el que suelen existir diferentes fases de distanciamiento o acercamiento al hogar. Habrá que dar respuesta a las necesidades personales y sociales que llevan a la pérdida del hogar, evitando situaciones de exclusión y apoyando el mantenimiento y la integración en la sociedad desde la acción comunitaria y el buen hacer profesional y político.

Palabras clave:

Personas sin techo, exclusión social, intervención comunitaria, percepción social, Abbé Pierre, Traperos de Emaús.

Muchos informes y estudios sobre la situación de las personas sin techo, muestran no sólo que la marginación es una realidad sino que, con el rumbo que nuestra sociedad ha elegido, esta exclusión aumentará. El sistema procura, sin embargo, ofrecer una visión dulcificada de una realidad cargada de miserias y de exclusiones. La ley del mercado incluso está invadiendo aquellas actividades orientadas a defender los derechos de los más débiles.

La celebración de las fiestas de la Navidad puede ser el ejemplo más claro de esta nueva situación. Al calor de la fiesta y del inicio de un año nuevo, se mezclan los cantos a la solidaridad con los más pobres al mismo que se ensalza el consumo más exacerbado. En un caso y en otro se compite por llegar lo más lejos posible en una danza convulsa, donde la música la ponen otros, menos visibles, pero que tienen las riendas del poder.



Sin embargo, ahí está, a la vuelta de la esquina, la realidad de los sin techo, que sólo llaman la atención cuando surgen noticias trágicas, como la muerte de un indigente tras pasar varias noches a la intemperie en Donostia (Diario Vasco, 2006) en las fiestas navideñas. Son naufragos de la sociedad de la abundancia, que “*el mundo ni ve, ni oye, ni entiende*” como al naufrago de Miguel Delibes.

Esos días festivos son fechas eminentemente comerciales. Son días que la cultura empresarial aprovecha para llegar sobre todo a los niños, intentando “robar su inocencia” (Giroux, 2003) para incorporarlos rápidamente al mercado, convirtiéndolos en consumidores. Se hacen visible tres grandes mitos dominantes en nuestra sociedad:

- 1) Que el triunfo de la democracia y de la cultura liberal está relacionado con el triunfo del mercado.
- 2) Que tanto la infancia como su característica “inocencia” reflejan aspectos de un estado natural, y no les afectan la historia, la sociedad, el poder y la política.
- 3) Que la enseñanza y el aprendizaje ya no están vinculados a la mejora del mundo, asumiendo así un fatalismo que se disimula con la cultura del profesionalismo.

Pero no falta otro tipo de actuaciones. Trescientos iglús rojos al a orilla del Sena en París, han puesto en boca de todos el problema de los «sin techo» (Gómez, 2007). La protesta ha recurrido a Miguel de Cervantes para poner nombre a los cientos de personas que, desafiando desde el 16 de diciembre la falta de escrúpulos del cielo parisiense, exigen una casa al Estado. «Los Hijos de Don Quijote» es el utópico nombre de la asociación que decidió acampar en pleno París para luchar contra el gigantesco molino de la falta de viviendas sociales y la carestía del ladrillo.

En un artículo anterior dedicado a los “sin techo” (Vega y Rubio, 2001) se recordaba,

citando a Markez (1999), cómo la sociedad postindustrial empuja a algunos sectores sociales, jóvenes principalmente, a la inactividad laboral, a la limitación de sus expectativas. Las expectativas de consumo y bienestar sobrees-timuladas se tornan en frustración y surgen patologías, como trastornos de la alimentación, ludopatías, dependencias de sustancias legales e ilegales, etc. Y se planteaba una pregunta: ¿quién se hace cargo de los que no tiene hogar, sobre todos de aquellos que unen a su pobreza, abuso de alcohol, dependencia de drogas, problemas de salud mental? Se presentaba entonces la respuesta que Bizitegi da a esta situación en Bilbao, como una muestra del buen hacer. En otro posterior, se ofrecieron las aportaciones de RAIS, Red de Apoyo a la Inserción Social, en San Sebastián que tiene como meta “humanizar las relaciones sociales, en la lucha contra actitudes excluyentes” (Vega, Piñeiro, 2003). Este artículo se quiere centrar en Traperos de Emaús, organización creada por el Abbé Pierre, muerto el 22 de Enero de este año. Las aportaciones de Emaús abren nuevos horizontes en la lucha contra la exclusión. Se calcula que 21.900 personas sin hogar, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), viven en España. En el País Vasco, según EUSTAT, se calculan unas 1.800 personas.

I. BARRER DE LAS CALLES A LOS ‘SIN TECHO’

En esta sociedad de las apariencias, cualquier ciudad que se precie, cuida mucho la imagen de sus calles y plazas. Nada más molesto que ver en ellas mendigos y otros desarrapados. En consecuencia, muchos son los ayuntamientos dispuestos a sacar a indigentes, prostitutas o toxicómanos de las calles, incluso por la fuerza (Ordax, 2006).

Así las autoridades madrileñas se han propuesto abrir un debate sobre las posibles soluciones a la convivencia con indigentes, prostitutas y toxicómanos en las “zonas más degradadas”, ante las quejas de algunos vecinos de la capital. Tras el asesinato en junio de una



prostituta en una céntrica plaza, el concejal de Seguridad propuso atajar el problema de raíz. Se trata de dar a la policía competencias para trasladar a albergues, si lo considera oportuno, a las personas que “hacen un uso privativo de la vía”, incluso contra su voluntad.

Varios grupos y asociaciones que trabajan con personas sin hogar, sin embargo, han manifestado su oposición a la medida. Pedro Cabrera, representante español del Observatorio Europeo de los Sin Hogar, califica el anuncio como “disparatado e innecesario”. “Ya hay mecanismos jurídicos para temas delictivos”. Y lanza una reflexión: “Una vez que retiremos a los sin hogar, ¿dónde los metemos y en qué condiciones?”. Porque, teniendo en cuenta los servicios que hoy existen, no hay plazas para recogerlos a todos.

La legislación contra la mendicidad en Barcelona es un hecho desde principios de 2006. Con el objetivo de “mejorar el uso del espacio público”, el ayuntamiento emitió la ordenanza de civismo y convivencia, que incluye un capítulo sobre la mendicidad. La idea era perseguir la mendicidad organizada que “supone cierta coacción al ciudadano”, mediante la imposición de multas, pero también se sancionan otras conductas incívicas como ensuciar la calle. De nuevo, Cabrera muestra las contradicciones: “¿Cómo vas a prohibir orinar en la vía a alguien que vive en ella, si no hay baños públicos? ¿Y cómo piensan cobrarles?”.

El fenómeno de la indigencia no es exclusivo de España, sino que está muy presente en otros países de nuestro entorno. Con el objetivo de reflejar lo más posible la exclusión de los sin techo de París, la organización no gubernamental Médecins du Monde distribuyó el pasado invierno 300 tiendas de campaña. Los campamentos de personas sin hogar aparecieron por toda la ciudad, lo que provocó que los particulares se sumaran a la iniciativa ofreciendo sus tiendas a los que, todavía, carecían de ellas.

Un informe del Observatorio Francés de la Pobreza sobre la situación revelada por el fenómeno de las tiendas ha puesto de manifiesto los límites de los centros de acogida galos, generalmente saturados. Y ha obligado al Gobierno a replantearse las políticas públicas en esta materia. Chirac había prometido en



1995 acabar con el “escándalo de los que no tienen techo para cobijarse”. En este país, unos tres millones de personas viven en apartamentos insalubres o considerados indignos de acoger a un ser humano, entre 80.000 y 100.000 personas duermen en la calle y otro millón de personas lo hacen en condiciones precarias: residencia social, habitación de hotel realquilada, en un camping, en un provisional apartamento de inserción social o en algo muy parecido a una chabola.

De todas formas, la ministra responsable de Cohesión Social acusó a los organizadores de “demagogos” y “mistificadores”, porque se solidarizaban con una pobreza que ellos no sufrían. Lo hizo desde los despachos de su ministerio, entre marquería y terciopelo. Tres días después, sus compañeros de Gobierno intentaban reparar el daño; y así han seguido hasta que el pasado miércoles el primer ministro, anunciaba que el Gobierno francés se disponía a presentar un proyecto de ley por el que “el derecho a la vivienda” se transforma en algo “exigible” ante la ley, como el derecho a la atención médica o a la educación (Martí, 2007).



La muerte del Abbé Pierre ha sido también aprovechada por el gobierno para vender imagen, pues están cerca las elecciones. El presidente de la República, Jacques Chirac, el primer ministro, Dominique de Villepin, y el Gobierno casi completo han presidido el funeral del abate Pierre que se ha celebrado en la catedral de Notre-Dame (El País, 2007).

Resultar clarificador, en esta línea, analizar con García Roca (2006) los relatos y las metáforas que subyacen a los diversos discursos teóricos sobre la exclusión, que responde a diferentes percepciones de esta situación. Marginación, desviación, vulnerabilidad, naufragio y rechazo serían, según García Roca, los relatos básicos que dan pie a prácticas de inserción muy diversas: la metáfora espacial de la marginación exige a los marginados que, a través del empleo, abandonen la periferia; la de la vulnerabilidad busca fortalecer las redes sociales debilitadas; la del naufragio se basa en la idea del acompañamiento, mientras que la de la desviación se basa en un modelo clínico y terapéutico de intervención que busca sanar determinadas patologías.

Cada uno de estos discursos responde a un tipo de práctica y, en cualquier caso, tiene para García Roca sus propios límites: la intervención sobre los marginados se centra en el 'saber técnico' y olvida el 'mundo de los afectos'; la idea de patología que subyace a las prácticas terapéuticas son falsas debido a sus reminiscencias orgánicas y moralistas; el acompañamiento es insuficiente en la medida en que el problema de la exclusión no puede solucionarse desde parámetros excesivamente individuales. Aunque el autor se cuida de no optar abiertamente por ninguno de ellos, recuerda que contra la exclusión no todo está legitimado y que hay políticas e intervenciones sociales que son, ellas mismas, productoras de exclusión.

2. PERSONAS SIN HOGAR EN EL PAÍS VASCO

¿Quiénes son las personas sin hogar en el País Vasco? Nada mejor que recurrir al último informe del Ararteko (2006) sobre la respuesta a las necesidades básicas de las personas sin hogar y en exclusión grave que aporta datos que no pueden dejar indiferente a nadie. El perfil de estas personas no responde al prototipo de hombre solitario, de mediana edad, que se desplazaba de un lugar a otro con sus bolsas y que presentaba signos evidentes de trastorno psicológico. Hoy, las personas que acuden a los centros de acogida nocturna, o a los comedores, o a los centros de día presentan características muy diferentes:

- Muchas de ellas son inmigrantes (aproximadamente el 50% de las personas atendidas en estos recursos en la CAPV son inmigrantes).
- Son cada vez más jóvenes (en algunos centros nocturnos la presencia de menores de 30 años ronda el 60%); aproximadamente un 20% son mujeres.
- A veces es una familia completa que se ha quedado sin vivienda.
- Muchas de estas personas son consumidoras activas de drogas.
- Otras muchas son personas con enfermedad mental.

Una de las características que presenta actualmente la exclusión, y que la diferencia respecto a otras épocas, es que en muchos casos no se trata de situaciones de vulnerabilidad (que siempre han existido), sino de personas con una vida estructurada que, en un momento determinado y por diferentes razones, se sumergen en la exclusión grave. La diversidad, pues, ha crecido y, por tanto, también las necesidades han variado.

Este informe valora la atención que se les presta a estas personas: analizar la red de recursos existente, sobre todo en las capitales



de los tres territorios históricos, detectar sus deficiencias, las necesidades cubiertas y no cubiertas y, en función de ese análisis, proponer medidas de mejora. Al mismo tiempo, recopila información de todos los recursos disponibles: centros de acogida nocturna, centros de día, comedores sociales; servicios de alojamiento de corta estancia y de larga estancia; centros de incorporación social de baja exigencia y otros con normas más estrictas de acceso.

Se ha entrevistado a 9 personas sin hogar (7 hombres y 2 mujeres) con problemas, experiencias y trayectorias vitales muy diferentes; el informe ofrece sus 9 historias de vida. Se ha recogido, mediante cuestionarios, la opinión de personas expertas. Se han llevado a cabo grupos de discusión, en cada uno de los tres territorios; grupos en los que han tomado parte tanto personas de la administración como, especialmente, personas del tercer sector comprometidas o responsables de la gestión de los recursos. Los principales problemas detectados pueden resumirse en:

- Las lagunas observadas en cuanto a la normativa y a la clarificación competencial de a quién corresponde la atención a estas personas.
- La descoordinación entre los distintos recursos existentes, la ausencia de criterios comunes de actuación, de protocolos de derivación de unos a otros, de trabajo en red, etc.
- La dificultad de dar respuesta a determinadas necesidades en función de variables como el lugar (casi todos los recursos se concentran en las capitales), el tiempo (en muchos casos los horarios no contemplan los fines de semana y los días festivos), las exigencias para poder acceder a los recursos (accesibilidad), o los nuevos perfiles a atender (familias, personas inmigrantes, personas con patología dual...).
- La escasa implicación comunitaria, del conjunto de las administraciones, de los servicios o programas ordinarios, en la respues-

ta a estas personas, especialmente en las áreas de vivienda y de sanidad.

- El insuficiente aprovechamiento de la experiencia acumulada, la ausencia de una evaluación sistemática de los programas y recursos, de una planificación participativa.
- Los problemas de sensibilización social, de imagen social acerca de estas personas, que llevan, en algunos casos, incluso a que se rechacen determinados recursos, al menos cuando se pretende ubicarlos en un entorno próximo y normalizado.
- Los problemas que existen para garantizar la continuidad de los programas, para lograr unas ayudas económicas suficientes o unas condiciones laborales satisfactorias para los profesionales de los servicios.
- La saturación de determinados recursos,...

Más allá de las recomendaciones presentadas, existe en el informe una serie de ideas que sirven de base para el estudio, que conviene destacar:

- Es inaceptable que haya situaciones de pobreza y de exclusión grave en un contexto de crecimiento económico sostenido.
- La opción de apoyar un modelo social solidario constituye un elemento clave de cohesión social.
- Es necesario un modelo que permita afrontar los constantes cambios estructurales que se dan en nuestras economías y sociedades, sin que ello conlleve la creación de grandes divisiones y bolsas de marginación.

El informe detecta, por otra parte, que hay un riesgo de que las situaciones de pobreza extrema, consecuencia de procesos de exclusión, puedan aumentar, lo que debe hacernos reflexionar sobre el modelo social al que avanzamos y la necesidad de incorporar al mayor número de personas a las redes sociales y laborales normalizadas. Para evitarlo se requieren los esfuerzos de muchas partes, no solo de los servicios sociales y de las personas usuarias, sino también de los agentes económicos, insti-



tucionales, sociales que son quienes actúan de motor social. Las situaciones de vulnerabilidad, como las que recoge este informe, deben provocar actitudes y actuaciones de solidaridad que ayuden a la cohesión social, uno de los objetivos más importantes de la gestión de los asuntos públicos.

A las dificultades del sistema económico, se añaden hoy nuevas fracturas sociales que van más allá de la participación en el mercado productivo, que afectan a la adscripción social y comunitaria normalmente, proporcionadas por la familia y las redes sociales. La experiencia muestra que los instrumentos compensatorios y redistributivos que se han ido desarrollando (seguridad social, política fiscal progresiva, ayudas económicas como la renta básica...) no sirven, no son suficientes para superar determinadas situaciones de exclusión. El informe muestra que la falta de redes sociales dificulta la incorporación social de estas personas, lo que reclama también mayor implicación social en los procesos de inclusión como forma de asegurar su éxito.

Por todo esto, el informe quiere ser una llamada de atención sobre el modelo de sociedad hacia el que, sin un compromiso de desarrollo sostenible por parte de todos, administraciones y agentes económicos y sociales, nos dirigimos. Una sociedad con una creciente desigualdad, que en vez de incorporar cada vez a más personas a los recursos económicos, laborales y sociales, expulsa y excluye a quienes no son rentables, sin preocuparse ni de las causas ni de las consecuencias de ello.

No se puede olvidar, por otra parte, que esta una sociedad es incapaz de dar sentido a la vida, cuestión básica para tener un proyecto de vida saludable.. En este línea, en contraposición al informe del Ararteko, puede ser sugerente la historia que Luis Mateo Díez (2005) recoge en *El fulgor de la pobreza*. Cosmo, un hombre de negocios desaparece el día que su hija cumple 25 años, dejando una breve nota de despedida.

Su hija aquejada de una enfermedad, que no se describe pero que la consume, trata de entender la conducta de su padre, encontrar los porqués a la conducta paterna. Todo sucede como consecuencia de que la semilla de la pobreza ha germinado en el corazón de Cosmo y todo cuanto le rodea a éste se le antoja ahora fútil. Nada puede por tanto volver a ser igual que antes.

El mundo de la pobreza está cargado de complejidad que conviene entender desde sus raíces más profundas. Los trayectos de vida y las condiciones personales y sociales de cada una de las personas sin hogar son muy diversos y no faltan problemas de salud tanto físicos como mentales que conviene tener en cuenta.

3. PERCEPCIÓN SOCIAL NEGATIVA

A pesar de todos los datos que existen y de que se trata de una realidad visible en nuestras calles y plazas, y de que los medios de comunicación cada poco tiempo airean casos dramáticos como la muerte de indigentes por frío o la violencia que se ejerce sobre ellos, la percepción social sobre las personas sin hogar suele ser muy negativa y ellos se les hace responsables de su situación, cuando no de otros problemas de la sociedad como la inseguridad ciudadana.

Un estudio, incluido en un libro de Serge Paugam (2005) sobre las formas elementales de la pobreza, facilita una perspectiva comparada a través de datos recogidos en cuatro encuestas sobre la percepción de la pobreza y la exclusión que se realizaron en los años 1976, 1989, 1993 y 2004 en Europa. Los datos relativos a la percepción de los europeos sobre la cantidad de personas que puedan sufrir una situación de pobreza revelan una evolución temporal muy significativa. Entre 1989 y 1993, que coincide con una grave crisis económica de alcance internacional, los datos reflejan un importante aumento de personas que perciben situaciones de pobreza o extrema pobreza en su entorno; la pobreza, desde ese punto de vista, se hace más visible para la ciudadanía europea. Sin



embargo, la tendencia es justamente la contraria entre los años 1993 y 2001, y desciende claramente la proporción de europeos que opinan que en sus barrios o localidades haya personas que sufren una situación de pobreza o extrema pobreza.

En cuanto a los motivos que puedan provocar este fenómeno, el estudio diferencia entre quienes perciben la pobreza como resultado de causas individuales (entendidas como aquellas causas que uno mismo puede controlar y provocar) y quienes la vinculan a causas de tipo social (motivos relacionados con la injusticia, la estructura o el modelo social).

Aunque los resultados revelan que la percepción social de las causas de la pobreza varía en los países dependiendo de su sistema de bienestar social, la evolución registradas en los últimos treinta años es común a casi toda Europa: cada vez más, las situaciones de pobreza se atribuyen a las responsabilidades individuales y, por tanto, a la incapacidad personal para salir, o no entrar, de esa situación. La mención de las injusticias sociales o a la desigualdad social como causantes de las situaciones de pobreza es cada vez menor en casi todos los países analizados. La situación, y su evolución, no es, sin embargo, igual en todos los países de Europa: en los países que cuentan con un sistema avanzado de protección social, la pobreza se achaca todavía mayoritariamente a motivos sociales. Sin embargo, la opinión es justamente la contraria en los países donde los sistemas de bienestar social son más restrictivos. En este sentido, llama la atención el caso de Gran Bretaña, país que ha aplicado importantes restricciones a sus políticas sociales, sobre todo, en situaciones de desempleo, y donde la tendencia mayoritaria es la de atribuir la pobreza a causas personales.

El estudio recalca que, a pesar de las diferencias existentes, la evolución es similar a partir de 1976 en ocho de los once países que se analizan. En esta evolución temporal el autor

destaca la diferencia de dos fases; en una primera, desde finales de los 80 hasta 1993, la cantidad de personas que creen que la pobreza es consecuencia de motivos injustos crece. En 2001, sin embargo, se refleja un importante aumento en el porcentaje de personas que consideran que los motivos personales son los causantes de las situaciones de pobreza. A partir de este año, esta tendencia se acentúa y cada vez es mayor la cantidad de personas que apuntan hacia la responsabilidad personal como causante de este fenómeno. La prolongación del estudio, realizada en Francia, confirma estos datos. Crece en Europa la idea de que la pobreza se debe a motivos personales y no al modelo social.

Entre los muchos tópicos que circulan para explicar la situación de los sin techo, se puede recordar aquí el relativo al consumo de drogas entre esta población, una causa más, cuando no un refuerzo de la situación personal. Sin embargo, los datos cuestionan esta percepción tan generalizada. Según Eustat (2006), la principal conclusión que se obtiene de su encuesta pone parcialmente en entredicho la idea, relativamente extendida, de que la mayor parte de las personas sin hogar tienen problemas de alcohol u otras toxicomanías que afectan a su proceso de integración social. Tal idea sólo es cierta a medias: mientras el consumo de alcohol de las personas sin hogar se asemeja —y es incluso inferior— al del conjunto de la ciudadanía, el uso de drogas ilegales es sensiblemente mayor en esta población.

Los datos, en lo que se refiere al alcohol, son bastante claros. El 54% de las personas sin hogar de la CAPV señalan no consumir bebidas alcohólicas, mientras que algo más de un 33% señalan un consumo ligero. El consumo alto o excesivo de alcohol afecta al 5,6% de las personas sin hogar. Si los datos se comparan con los del conjunto de la población vasca, a partir de la Encuesta Euskadi y Drogas se observa que las pautas de consumo de alcohol de las personas sin hogar se asemejan notablemente



con las del conjunto de la población (para la comparación se han utilizado los datos referentes al consumo en día festivo). Si los datos de consumo de alcohol se analizan en función de la edad, se observa además que entre las personas adultas (entre los 30 y los 50), las personas sin hogar realizan con mayor frecuencia consumos excesivos, mientras que, en el caso de los jóvenes, la frecuencia del consumo excesivo es menor de la que se produce, aún en días laborables, entre el conjunto de los jóvenes vascos. Las diferencias detectadas, sobre todo en el caso de los más jóvenes, pueden deberse al alto número de inmigrantes magrebíes — cabe pensar que en su mayoría practicantes de la religión musulmana— presentes entre las personas sin hogar radicadas en la CAPV.

En lo que se refiere al consumo de drogas ilegales, el porcentaje de personas que han consumido en alguna ocasión drogas ilegales es, en ambas poblaciones, similar y alcanza casi el 40%. La similitud, en cualquier caso, tiene mucho que ver con la extensión del uso experimental del cannabis en la población general. Cuando se compara el consumo de drogas en el último mes —tal y como se planteó la cuestión a las personas sin hogar encuestadas— se observa que, para todas las drogas ilegales, el consumo entre los sin techo es más elevado. Si, como en el caso del alcohol, se diferencian los tramos de edad, las diferencias se mantienen en el caso del cannabis, mientras que en el caso de la cocaína —entre los más jóvenes— las tasas de consumo en el último mes tienden a igualarse.

4. LA SALUD DE LOS POBRES

Esta situación de exclusión no deja de tener su influencia en la salud de las personas. Sin embargo, la dominante perspectiva individual da lugar a un tipo de respuesta que hoy se cuestiona por sus efectos negativos, entre los que destacan el efecto de las etiquetas, el encuadre asistencial de las respuestas, la limitación de las oportunidades y el empleo de los recursos sin cuestionamiento alguno, lo que ha contribuido al mantenimiento de la margina-

ción de las personas con discapacidades. Sólo una perspectiva social, sin embargo, permite no sólo ofertar una respuesta integral e integradora a las personas con limitaciones sociales sino también promover ese cambio de la sociedad que permita y estimule a la atención a los derechos de las personas, entre lo que cabe destacar el derecho a la salud.

Por esto, no sólo hay que conocer las características propias de estas personas y sus implicaciones para la salud, sino comprender también la marginación que todavía son objeto tanto en los servicios sanitarios como los socioeducativos. Este conjunto de circunstancias favorecen no sólo que tengan más riesgo de enfermedades sino también de que sean peor atendidas por los servicios sociosanitarios.

Para superar este tipo de situaciones, existen hoy una serie de principios que conviene tener siempre presentes:

- la salud puede verse afectada por el medio en el que se vive
- la salud se refuerza o se deteriora de acuerdo con los hábitos de alimentación, del ejercicio, etc.
- los factores sociales y económicos condicionan el estado de salud.
- la salud, como bien social, debe estar reparada equitativamente entre las distintas edades y clases que componen una comunidad.

La Asociación ProHabitatge (2006) analiza las condiciones de salud y el acceso al sistema sanitario del colectivo de personas sin hogar en el Estado español. En él se recogen los principales resultados procedentes de las estadísticas, estudios e informes elaborados hasta el momento sobre la materia. Casi un tercio de las personas sin techo que hay en el Estado español padece una enfermedad grave o crónica, el 33% no dispone de tarjeta sanitaria y, en su mayoría, acceden al sistema sanitario a través de los servicios de urgencias, y no de los de



atención primaria. Pese a contar con una Ley General de Sanidad que garantiza la atención a la salud para todos, el informe destaca la situación específica de la población inmigrante y señala carencias importantes en el campo de la formación a los profesionales y de la coordinación entre el sistema de salud y los servicios sociales.

Bauman (2005), por su parte, sostiene la tesis de que el desarrollo de la modernidad genera de forma inevitable toneladas de residuos, no sólo materiales, sino también humanos (léase esto con un sentido metafórico, no despectivo). Estos residuos humanos son los pobres, los habitantes de los guetos, los desempleados, los refugiados, los presos,... los perdedores de la modernización, personas que ni siquiera son explotadas, ya que no cumplen función económica alguna para el sistema. A juicio de este sociólogo, los «desagües» de la modernidad se han atascado. El panorama ecológico, social y demográfico que el sociólogo polaco nos pinta es sombrío: no sólo se producen más «residuos», sino que cada día resulta más difícil «reciclarlos». Si el «reciclaje» ha fracasado, el nuevo tipo de «tratamiento de residuos» que se está perfilando en nuestra sociedad global es mucho más duro: almacenamiento y destrucción. Cárceles, guetos urbanos, reformatorios, centros de internamiento de inmigrantes, campos de refugiados son los espacios pensados para llevar a cabo la desagradable tarea. Bauman pronostica por lo tanto una sociedad crecientemente autoritaria y represiva.

Resulta necesario, pues, conocer con profundidad la situación de estas personas, más allá de interpretaciones fáciles de una situación personal atribuida a falta de interés pro el trabajo, un mal carácter que provoca la separación de la familia y el consumo de drogas como elemento clave. Diferentes estudios facilitan una visión más comprensiva de la una realidad siempre compleja. Como una referencia a sumar a las citadas, se puede recordar el estu-

dio «Huéspedes del aire» (Cabrera, 1998) que presenta un recorrido detallado y preciso de las diversas características sociodemográficas del colectivo de personas sin hogar.

Con respecto a la edad, el número mayor de estas personas se sitúa entre el tramo comprendido entre los 31–50 años, son datos muy similares a los estudios realizados en otros países. En este apartado, hay que llamar la atención sobre un dato muy significativo, consiste en el bajo porcentaje de personas mayores de 65 años que conforman el colectivo de personas sin hogar. Se rompe así una tendencia clásica, ya que tradicionalmente las «personas mayores» constituían un grupo muy numeroso dentro de este grupo social altamente excluido. No cabe duda, que las políticas de protección social desarrolladas en los últimos veinte años con este segmento de población, han tenido una clara incidencia en la progresiva reducción de ancianos en las calles o en los Albergues.

La soledad, tal y como se refleja en el estudio, es la principal característica de estas personas. La mayoría son solteros (55%) o bien, se encuentran divorciados o separados (30%). Solo un 9% de estas personas cuentan aun con algún tipo de relación de pareja (casados o en pareja). Sin lugar a dudas, la carencia de vínculos y redes familiares constituyen un factor clave que favorece su vulnerabilidad y sobre todos dificulta aun más que estas personas puedan salir de su situación de marginación.

En la misma línea, hay que señalar que el bajo nivel educativo y, la falta de capacitación laboral son factores que favorecen los procesos de exclusión que generan como resultado el desarraigo y la pérdida de vínculos familiares y sociales.

El estudio, en uno de sus apartados, presenta claramente el proceso de exclusión sufrido, entendiéndolo éste como el resultado de diversos factores que van actuando en el itinerario personal del sujeto, donde además, operan y



están presentes diversos factores estructurales, tales como; déficit en el desarrollo de políticas sociales de vivienda, mercado laboral precario, etc. Lo que implica que existen diversas tipologías de este colectivo social según el estado y/o proceso de exclusión en que se encuentre el sujeto (leve, moderado y crónico). Las problemáticas añadidas, es decir, el alcoholismo, los trastornos mentales y las dependencias a otras drogas, constituyen elementos presentes en los itinerarios personales de estas personas. En unos casos, constituyen la causa precipitante de los referidos procesos. En otros, se convierten en la consecuencia directa de encontrarse en una situación de abandono personal.

El trabajo de Wincup y otros (2003) recoge los resultados de una investigación realizada en Inglaterra y Gales en torno al consumo de drogas, alcohol y tabaco en el colectivo de los jóvenes sin hogar (menores de 25 años), mediante entrevistas a ellos y a profesionales que trabajan en servicios dirigidos a este colectivo como agencias de drogas o centros de alojamiento. El objetivo de este trabajo era analizar detalladamente el uso de sustancias por parte del colectivo de las personas jóvenes sin hogar y plantear cuáles pueden ser los programas de prevención y tratamiento que mejor se adecuan a este colectivo.

La edad media de inicio en el sinhogarismo se sitúa en los 17 años, aunque un 28% lo hace antes de los 16 años. La huida de la vivienda familiar, el proceso de desinstitucionalización de centros de protección o el mismo consumo de drogas son los factores que mayor incidencia tienen en el estado de este grupo. El consumo de drogas y alcohol es alto: se estima que un 95% de ellos ha consumido drogas ilegales en algún momento de su vida. La mayoría comienza a consumir drogas a temprana edad, siendo las más utilizadas el cannabis, las anfetaminas y le éxtasis; aunque también puede destacarse una importante minoría que consume otras sustancias como la heroína o el crack. Un 14% de los entrevistados tienen además pro-

blemas serios con el alcohol y el consumo de tabaco es generalizado. También el policonsumo resulta habitual: el 59% de los consumidores de drogas utiliza más de una a la vez. Otro dato a destacar es la alta tasa de problemas de salud que pueden encontrarse en este grupo. Así, un 70% de ellos sufre alguna patología de carácter mental y un 23% ha sufrido accidentalmente alguna vez una sobredosis.

5. APORTACIONES DEL ABATE PIERRE

El nombre del abate Pierre es asociado con justicia a nivel internacional con el de su obra, Emaús, la organización de ayuda a los desamparados que creó en 1949 con sus propios recursos. Georges, un ex criminal liberado tras ser condenado a cadena perpetua, fue la primera persona que acogió y que se convertiría en su gran colaborador (Montiya, 1999).

El Abate era vicario de la catedral de Grenoble cuando se produjo la ocupación alemana de Francia. Durante nuestra entrevista en su pequeña y humilde habitación de la periferia de París, donde trabaja con su ordenador, estudia, duerme y celebra diariamente la misa, se le iluminan los ojos recordando con orgullo que ayudó activamente a crear el primer grupo de maquis (guerrilleros) en la región.

“Comencé por ayudar a esconderse en refugios de la montaña a jóvenes a los que querían mandar forzados a trabajar a las fábricas alemanas”, recuerda. “No sólo fueron los nazis, sino los gendarmes del Gobierno colaborador de Vichy los que llegaban con los camiones para llevar por la fuerza a la gente”. Ayudado por una monja, el Abate Pierre falsificó documentos de identidad y salvoconductos para las numerosas personas buscadas.

“Personalmente no maté a nadie, pero participé con todas mis energías en crear la red que permitía abastecer de alimentos, medicamentos y municiones a los grupos armados de la Resistencia que comenzaron a operar en las montañas de Grenoble”. La Gestapo terminó



por descubrir las actividades clandestinas del entonces vicario de la catedral de Grenoble y lo detuvo, pero el Abate Pierre logró evadirse, trasladándose luego a África del Norte, donde fue capellán de la Marina en Casablanca hasta que terminó la II Guerra Mundial.

Encargado de misiones por el nuevo Ministerio de la Información, el Abate Pierre se conmocionó al ver la miseria reinante en la Francia de posguerra y decidió actuar. En mente, el proyecto de Emaús. “Pensar que todo esto comenzó de la unión de un religioso y un asesino”, dice bromeando. «Conocí a Georges, que había tenido una vida terrible y sólo pensaba en suicidarse, entonces le dije: ‘Eres libre de suicidarte si quieres, pero antes de hacerlo ¿por qué no me ayudas a montar una casa para los desesperados, para la gente sin techo, sin trabajo?’». Georges se convertiría en uno de sus más estrechos colaboradores.

El Abate Pierre decidió dar más amplitud a sus proyectos, para lo que se propuso batallar por sus objetivos desde el propio Parlamento. Por ello aceptó presentarse como candidato independiente del partido Movimiento Republicano Popular (demócrata cristiano), siendo diputado entre 1945 y 1951.

“La prensa hablaba con recelo de la unión de un asesino con un fraile diputado”, recuerda. “A Georges se unieron luego otros ex delincuentes, los primeros traperos de Emaús: recogían trapos y ropas para venderlos y con ello mantener la vivienda comunitaria, en la que llegaron a estar 19 personas”. Con su sueldo de diputado y la ayuda de sus traperos, el Abate Pierre comenzó a montar alojamientos elementales para más gente sin techo, algunos contruidos con carrocerías de camiones o cualquier tipo de material de desecho.

“A menudo venía algún funcionario que había sido compañero de guerra y me decía que esas construcciones eran ilegales — recuerda jocosamente—, pero yo les contestaba: ‘No,



sólo se han anticipado a la ley y vosotros podéis ayudar haciendo que conecten el agua y la luz”’. Cuando en 1951 se terminó su mandato de diputado, la frágil economía de Emaús sufrió un duro golpe. “Tuve que recomendarles a todos que se distribuyeran en otros organismos, en el Ejército de Salvación y similares”.

El Abate Pierre veía con tristeza frustrarse su proyecto de poner en pie una verdadera organización que diera una salida a las personas desesperadas. El 4 de enero de 1954, comprobando que día tras día morían más indigentes en las calles de París a causa del frío, hizo un llamamiento a las autoridades francesas para que habilitasen sitios de acogida urgentemente. Sin embargo, su llamamiento no provocó ninguna reacción oficial.

Pero el Abate no se resignaba a quedarse de brazos cruzados, por lo que decidió, en una acción de gran audacia, dirigirse directamente a los corazones de los parisinos. El 1 de febrero de ese año, el religioso irrumpió sorpresivamente en los estudios de Radio Luxemburgo a la hora de los informativos de mediodía, logrando lanzar en directo un mensaje que con el



tiempo se demostraría histórico, decisivo para el futuro de la organización Emaús que él había creado. “Mis amigos, ¡ayuda!”, exclamó el Abate, “una mujer acaba de morir congelada esta madrugada en la acera del bulevar de Sebastopol (avenida céntrica parisina), manteniendo aún aferrada a su mano la notificación judicial de expulsión de su domicilio. No podemos aceptar que sigan muriendo personas como ella. Cada noche son más de 2.000 personas soportando el hielo, sin techo, sin pan, más de uno casi desnudo; para esta misma noche es necesario reunir 5.000 mantas, 300 grandes tiendas de campaña, 200 ollas. Venid los que podáis con camiones para ayudar al reparto”. El religioso dio como lugar de cita la dirección del hotel Rochester.

La reacción fue espectacular. Los parisinos acudieron a la cita y lo hicieron masivamente. En pocos días se recaudaron 1.000 millones de francos. Emaús se hace una realidad, el Abate Pierre se convierte en mito.

Emaús nació en la posguerra mundial y 50 años después, eso que llaman progreso ha permitido que en un país como Francia millones de personas tengan techo, televisor, coche y ordenador —sostiene el religioso—, pero a pesar de ello hay millones de desocupados, 800.000 personas carecen de techo y otros dos millones viven en condiciones desastrosas. La situación es más grave en otros países europeos y mucho más aún en el Tercer Mundo”, añade. En 1992 el Abate hizo un llamamiento público a los electores franceses para que votaran en referéndum a favor de Maastricht. No cree que sea una panacea, teme a su débil compromiso social, pero está convencido de que en la balanza de pros y contras, son más los pros. “Cuando los obreros belgas hicieron huelga para protestar por el cierre de una planta Renault, sus compañeros franceses acudieron en su apoyo, aunque objetivamente ellos eran los primeros beneficiarios de ese cierre”. El Abate Pierre piensa que ése es un ejemplo de la conciencia laboral y social europea a que puede dar lugar la Europa unida.

6. TRAPEROS DE EMAÚS CONTINUA SU LABOR

Con el fin de financiar sus actividades, empezaron a recolectar, clasificar, reparar y vender objetos en desuso que les daban o que recogían. Por medio de ese trabajo, volvían a dar un nuevo valor a los objetos en desuso y arrojados. Pero, lo que era aún más importante, es que los miembros de esa primera Comunidad Emaús volvían a encontrar su dignidad y sus valores humanos. Al vivir y trabajar juntos, compartiendo el fruto de su trabajo con otros, al sentirse útiles, encontraban una nueva razón para vivir.

Inspiradas por la experiencia positiva de París, nacieron otras Comunidades Emaús en Francia. Grupos que trabajaban por los mismos objetivos en Asia y América del Sur se unieron al Movimiento, y otras comunidades Emaús se iniciaron en Europa y en el mundo entero. El trabajo de Emaús tomaba diferentes formas según el medio ambiente social y cultural.

Hoy en día el Movimiento Emaús muestra un amplio abanico de acciones solidarias, combatiendo a todo nivel por los marginados y los sin techo, dando a la gente la posibilidad de participar activamente en su propio desarrollo, reinsertando a la gente en la sociedad por la vida comunitaria, la educación informal, los talleres, las empresas sociales.

La recuperación es aún la principal fuente de rentas para la mayoría de los grupos Emaús a través del mundo. Es una acción concreta contra la sociedad de consumo y de despilfarro, hacia una forma distinta de vivir.

El lazo común entre todos los grupos de Emaús es el Manifiesto Universal adoptado en 1969, después de 20 años de trabajo práctico. La Asociación Emaús Internacional fue creada en 1971. Organización no gubernamental y sin fines de lucro, cuyo objetivo es servir de órgano de enlace y ayuda mutua entre los miembros, respetando su personalidad y su propia



autonomía. En 1999, el Movimiento Emaús agrupa a grupos miembros o asociados, de países de los cinco continentes. Emaús Internacional está abierto a la cooperación con otras organizaciones teniendo objetivos similares.

Resulta muy significado el acuerdo adoptado en la 9ª Asamblea General de Emaús Internacional, el 25 de septiembre de 1999 bajo el título: *Contra la “mundialización de la pobreza”*. A continuación, dada su importancia, se recogen sus contenidos más importantes. El movimiento Emaús hace una llamada a la responsabilidad de cada ciudadano en todo el mundo, para realizar acciones a favor de los excluidos y luchar contra las causas generadoras de la miseria económica, cultural y social. Sus propuestas se concretan en los puntos siguientes:

Luchemos por una “mundialización de la solidaridad”.

Tras asumir que la mundialización de la economía excluye a una cantidad creciente de personas en todo el mundo, Emaús defiende que la solidaridad puede ser un antídoto contra la mundialización de la pobreza:

En este momento en que la Tierra se está convirtiendo, más que nunca, en una aldea, todos y cada uno de nosotros debemos adoptar nuevas formas de compartir con los demás, cualesquiera que sean nuestro país de origen, nuestras creencias o nuestra riqueza.

Luchemos por una economía que dé su lugar a los marginados y excluidos.

Desde el reconocimiento de los efectos nocivos del neoliberalismo generador de injusticias y desigualdades, el movimiento Emaús ofrece nuevas formas de solidaridad y de trabajo compartido:

El movimiento milita activamente por el surgimiento de nuevas formas de “contrapoder” emanadas de la sociedad civil, que velen para

evitar que la mundialización beneficie solo a los más poderosos, y que permita en cambio que cada ser humano, incluso el más pobre, sea reconocido y pueda desarrollar plenamente sus capacidades, su creatividad y su competencia.

Luchemos por la democracia en el mundo y contra la intolerancia religiosa, étnica y cultural.

A partir de que la pobreza no es solo económica, asume que la miseria, la ausencia de democracia, la intolerancia cultural, étnica o religiosa son enfermedades que afectan la dignidad del hombre y propone:

Como movimiento laico y solidario, Emaús invita a cada ciudadano a defender con energía y tenacidad todas las formas de acción destinadas a favorecer la libertad de expresión y a erradicar la intolerancia y la corrupción.

Participemos activamente en un profundo cambio de mentalidad.

Se pretende devolver la dignidad a cada ser humano, luchar contra todo tipo de intolerancia, inventar nuevas formas de solidaridad y de distribución del trabajo, son acciones que requieren un esfuerzo continuo y paciente, que va mucho más allá de la ayuda humanitaria en casos de emergencia y exige un profundo cambio de mentalidad.

Toda persona que reconozca esta necesidad de cambio, y lo desee, puede participar activamente para conseguirlo... Todos podemos ejercer presión sobre los poderes públicos para que se dé a los más desfavorecidos el lugar que les corresponde. En Emaús estamos convencidos de que hoy en día “cambiar el mundo” es posible si todos ponemos manos a la obra, cada cual al alcance de sus medios.

7. LOS SERVICIOS DE TRAPEROS

Muchas son las actividades que desarrollan los Traperos de Emaús. En 1969 esa actividad llega a Bilbao, un primer campo de trabajo en



Portugaleta, y en 1972 se realiza otro campo de trabajo en Pamplona para el colectivo gitano que se alarga siete años. Como un ejemplo se presentan a continuación algunos datos de Emaús Fundación Social (2005) de Gipuzkoa, recogidos de su memoria. Esta fundación, el día 1 de noviembre de 2005, cumplió los 25 años desde su creación en Gipuzkoa. Durante este cuarto de siglo de presencia en Gipuzkoa, la entidad ha trabajado en favor de:

- La atención a personas sin hogar o en situación de exclusión.
- La inserción social y laboral de colectivos desfavorecidos.
- La mejora de la calidad del medio ambiente.
- La cooperación para el desarrollo, sobre todo, en el ámbito del comercio justo y en el de la responsabilidad social de las empresas.

Los últimos años han supuesto la consolidación de Emaús Fundación Social Grupo como estructura unitaria y, a su vez, diversa en cuanto a contenidos y realidades. Buena prueba de ello es la presencia de la Fundación en los territorios de Gipuzkoa, Bizkaia, Madrid y Asturias, a través de diversos programas y actuaciones en colaboración con las administraciones públicas correspondientes.

Por su parte, se han consolidado y afianzado las empresas sociales promovidas por la Fundación, siendo calificadas algunas como empresas de inserción por el Gobierno Vasco y la Comunidad de Madrid, respectivamente. En este apartado empresarial cabe destacar que, por primera vez, un ayuntamiento guipuzcoano, Andoain, ha puesto en marcha y sacado a concurso público un servicio pionero de recogida domiciliaria de residuos voluminosos puerta a puerta, que llevará Emaús S. Coop.

Otra de las áreas que ha experimentado un fuerte crecimiento ha sido la de Cooperación al Desarrollo, que engloba a su vez las iniciativas de Comercio Justo, de las cuales Emaús es pionera en España al abrir en San Sebastián en

el año 1986 la primera tienda de Comercio Justo de todo el estado.

También los últimos años se han caracterizado por el reconocimiento público de la importante labor medioambiental que supone la recogida de muebles, libros, enseres, textiles, que unos ya no quieren para su posterior venta como artículos de segunda mano. Esta práctica de “reutilización” ha sido premiada en los últimos meses en certámenes que gozan de gran prestigio en el ámbito medioambiental y en el marco de un crecimiento sostenible. Ejemplo de ello es el Premio Bianual Europeo de Medio Ambiente, uno de los galardones ambientales de mayor prestigio en toda Europa, en el que Emaús Fundación Social-Grupo, junto con once empresas más, fue galardonado por el Gobierno Vasco con un accésit al que concurrieron más de un centenar de empresas. Otro de los premios ha sido concedido por el Instituto para la Sostenibilidad de los Recursos (antiguo Club Español de los Residuos) a propuesta de los medios de comunicación y bajo el criterio de un jurado integrado por profesionales del medio ambiente de reconocida solvencia pública, compitiendo con empresas públicas, privadas, Ayuntamientos y otras instituciones públicas dedicadas a la gestión de residuos.

Emaús es una entidad de carácter social, laica, sin ánimo de lucro, asociada al movimiento de Emaús Internacional que pretende mejorar las condiciones de vida de aquellas personas y colectividades que se encuentran en situación o grave riesgo de pobreza y/o exclusión; favorecer un desarrollo humano sostenible (social, económico y medioambiental) para todo el planeta; sensibilizar a la sociedad sobre las causas, implicaciones y posibles soluciones a los problemas de justicia, pobreza y desarrollo. Y para este fin desarrollan:

1. Programas y servicios sociales de intervención, formación e inserción sociolaboral de carácter integral que conllevan el diseño y



- ejecución de itinerarios de inserción individualizados.
2. Iniciativas medioambientales en el ámbito de la recuperación y reutilización de residuos que contribuyan a un desarrollo sostenible.
 3. Proyectos de cooperación al desarrollo.
 4. La promoción y creación de empresas de economía social y solidaria, empresas de inserción e iniciativas de comercio justo.
 5. El continuo estudio y difusión (comunicación, transferencia de conocimientos, sensibilización y denuncia) de las causas, consecuencias y posibles soluciones a las situaciones de injusticia, pobreza y desarrollo existentes.

La Fundación de Emaús pretende consolidarse como una entidad del Tercer Sector que trabaja en el ámbito de la creación de empresas, de la gestión medioambiental, de la integración social y de la cooperación al desarrollo, y ser referente por el desarrollo de metodologías propias y por los resultados. Los ámbitos de actuación son la intervención social, la cooperación al desarrollo, la gestión de empresas sociales, el medio ambiente y el desarrollo sostenible, la formación e inserción laboral, las empresas de inserción, las iniciativas de comercio justo, las empresas de iniciativa social y el desarrollo de estudios y su difusión. En cada uno de estos ámbitos desarrollan diferentes programas que se pueden conocer a través de esta misma memoria.

CONCLUSIÓN

Las personas sin hogar son personas como nosotros y tienen los mismos derechos para disfrutar de una vida digna. Son personas que tienen ideología política, deseos y expectativas como el resto de la población. Por tanto, no es cierto, como algunos afirman, que «en el fondo les gusta vivir así». La situación en la que viven no responde a una opción personal elegida. Al contrario, viene impuesta por diversas razones que, en algunos casos, se asumen y se integran como algo cotidiano. Son personas que viven

en el mundo, en sus márgenes, pero están presentes en nuestra realidad social, lo que nos obliga a desarrollar las estrategias activas de intervención e inclusión. Del mismo modo, son personas, por tanto sujetos de derecho, en nuestro caso podríamos afirmar de derechos sociales. Su virilidad en las calles se corresponde con su invisibilidad en los servicios y recursos de la comunidad.

Estas personas, por otra parte, nos permiten ver nuestra sociedad desde la otra cara, la de la “basura” que producimos y que ocultamos de una forma o de otra. En este sentido, es ilustrativa la visión traperera que García Bresó (2006) nos ofrece:

Quehacer traperero que nos brinda la oportunidad de saber de la basura que se oculta en vertederos y de las tecnologías interesadas que se implantan para hablar del reciclaje, de los intereses ocultos en la denominada “valorización de los residuos”: de la sostenibilidad, sustentabilidad y sus mentiras, de ese binomio de producción consumo que se vende como la clave de desarrollo y de riqueza ...y de tantas lindezas que visten el lenguaje moderno en la mayoría de los ámbitos sociales, políticos y económicos.

Y también quehacer traperero para saber de las bondades de la reutilización, recuperación y reciclaje desempolvándolas de los intereses mediáticos y su poder publicitario y conectándolas con la ecología más lúcida que nos invita a usar los bienes disponibles y universalizables sin saqueo a la naturaleza, a consumir menos, a despertar la sabiduría ancestral del ahorro y a tomar conciencia que somos parte de la naturaleza y no sus dueños.

Desde la actividad de la trapería, como señala este traperero, se puede disponer de una buena información de algunos entresijos que recorren el llamado sistema social y económico. El mismo recuerda el expresivo comentario de Mario Gaviria: “a la sociedad se la puede conocer por la cara o por el culo” y que el tra-



sero nos aporta datos importantes para definir lo que somos, hacemos y aspiramos, así como los diferentes responsables e intenciones programadas del actual estado de cosas.

Como también las consecuencias del modelo de sociedad que hemos construido, entre las que conviene destacar el aumento de la pobreza y la exclusión con todas las implicaciones que tiene para la salud de las personas. El desarrollo de la modernidad genera de forma inevitable toneladas de residuos, no sólo materiales, sino también humanos, como son los pobres, los habitantes de los guetos, los desempleados, los refugiados, los presos,... los perdedores de la modernización, personas que ni siquiera son explotadas, ya que no cumplen función económica alguna para el sistema (Bau-man, 2005).

La muerte del Abbé Pierre nos ha dejado a todos un mensaje claro: los personas sin hogar también tiene n derechos y habrá que ofrecer las alternativas que convengan para atender su necesidad, una tarea en la que están comprometidos tanto los miembros de Traperos de Emaús como otras muchas personas, profesionales y no profesionales, prestando sus servicios a estas personas en un trabajo silencioso, pero responsable.

Me hubiera gustado que el funeral del Abbé Pierre se hubiera hecho en un gran descampado, cerca de un gran basurero, con los mendigos como protagonistas y una ceremonia lo más sencilla posible. La celebración en la catedral de París con el gobierno en pleno resulta una auténtica comedia que se ríe de los pobres al mismo tiempo que se muestra una vez más cómo el poder utiliza sus medios para acaparar lo que no les pertenece. Lo que me recuerda la historia del perro guardador del ganado que Cervantes nos presenta en el Coloquio de los perros: *“quedé suspenso quando vi que los pastores eran los lobos y que despesaçaban el ganado los mismos que le habían de guardar”*.

La basura, material y humana, que tanto molesta en nuestra sociedad consumista constituye, pues una invitación no sólo a valorar las aportaciones sociales de organizaciones como Traperos de Emaús, sino una llamada a toda la sociedad y, sobre todo, a los profesionales, a revisar las atenciones prestadas y el funcionamiento de los servicios para que en ellos tengan acogida también estas personas, dando prioridad a la acción preventiva de la exclusión. Es una cuestión de justicia, no de solidaridad. ‘Dime qué es para ti la basura y cómo la tratas y te diré quién eres’.



Contacto:

Amando Vega Fuente

profesor de la Universidad del País Vasco

Catedrático de Educación Especial

Facultad de Filosofía, Donostia

amando.vega@ehu.es



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGULO BÁRCENA, P. y otros (2005), *Personas ciudadanas 'sin techo'. Dictamen sobre propuestas de alojamiento. ¿Qué hacer?* Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales y Universidad de Deusto, 36 páginas, 2005.
- ARARTEKO (2006), Informe extraordinario del Ararteko sobre la respuesta a las necesidades básicas de las personas sin hogar y en exclusión grave. <http://www.ararteko.net/webs/prentsa-ohar/sinhogar-cast.htm> 8-4/VI/2006).
- ASOCIACIÓN PROHABITAGE (2006) Informe anual-Estado español. *Salud y sinhogarismo*. Bruselas, FEANTSA, págs. 20, 2006. <http://www.siiis.net/documentos/gizarte/Numero6.pdf>.
- BAUMAN, Z. (2005), *Vidas desperdiciadas. La modernidad y sus parias*. Barcelona, Paidós.
- CABRERA CABRERA, P.J. (1998), «*Huéspedes del aire*». Sociología de las personas sin hogar en Madrid. Madrid, Departamento de Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas Colección Políticas, Trabajo y Servicios Sociales, nº 7, Madrid, 1998.
- Diario Vasco (2006), Denuncian la muerte de un indigente tras pasar varias noches a la intemperie en Donostia. Las autoridades señalan que el mendigo no fue trasladado porque no dio su consentimiento. www.diariovasco.com/2006/12/27/aldia/denuncian-muerte-indigente-tras_200612271433.html (27-2.2006).
- DIEZ, L. M. (2005), *El fulgor de la pobreza*. Madrid, Editorial Alfaguara.
- EMAÚS FUNDACIÓN SOCIAL (2005). Memoria de actividades. Emaús Fundación Social 2005. <http://www.emaus.com/pdf/memoria-2005.pdf>
- EUSTAT (2006), *Consumo de drogas entre las personas sin hogar del País Vasco. Encuesta sobre las Personas Sin Hogar*. Vitoria, EUSTAT, 2006.
- EUSTAT. Instituto Vasco de Estadística (2005). *Encuesta sobre las personas sin hogar. Análisis de resultados*. Vitoria-Gasteiz, Eustat, 2005 (10, XII, 2006), pp. 25. http://www.eustat.es/elem/ele0003600/inf0003600_c.pdf
- GARCÍA BRESÓ, J. M. (2006), *Una visión Trapera*. Fundación Traperos de Emaús. <http://www.emaus-navarra.com/Documentos/VisionTrapera.pdf>.
- GARCÍA ROCA, J. (2006), *Relatos, metáforas y dilemas: para transformar exclusiones*. Vidal Fernández, F. coordinador, Exclusión social y estado de bienestar en España. Madrid, Fundación Hogar del Empleado, 2006.
- GÓMEZ, J. (2007), Los «sin techo» ponen en jaque al Elíseo. Mendigos, inmigrantes, parados y personas con hogar, en solidaridad, acampan junto a un canal de París para exigir una vivienda – El movimiento se extiende a otras ciudades francesas. *La Razón* 4 Enero 2007. http://www.larazon.es/noticias/noti_int4487.htm.
- MARTÍ, O. (2007), La revuelta de Los Hijos de Don Quijote. Un grupo de franceses consigue un gran impacto social en su campaña de apoyo a los 'sin techo'. *El País*, 06/01/2007.
- MONTIYA, R. (1999), Abate Pierre, la leyenda viva. (10.XII.2006). <http://www.elmundo.es/magazine/num194/textos/abate1.html>
- ORDAX, A. (2006), Barrer de las calles a los 'sin techo'. Indigentes y ONG denuncian que los ayuntamientos dedican cada vez más esfuerzos a convertirlos en 'invisibles'. *EL PAÍS* –España– 20-08-2006.
- PAUGAM, S. (2005), *Les formes élémentaires de la pauvreté*. Serie: Le lien social, Paris, Presses Universitaires de France, páginas. 239-266, 2005.
- REASNET.COM (2006), *Carta Empezar por un mundo Solidario*. (18/XII, 2006). <http://www.reasnet.com/fcarta.htm>
- REVISTA NEXO EMPLEO (2006), La inclusión social en España. Pasos casi imperceptibles pero que mejor mejoran nuestra sociedad. Dossier: (12, XII, 2006). <http://www.webempleo.org/QuienesSomos/RevistaNexoempleo/NumAnteriores/ContenidosNI/dossier.PDF>.
- RODRÍGUEZ, M. (2006), *Vivir debajo del umbral de la pobreza*. Caritas revela en un estudio que el desarrollo económico de la sociedad española ha aumentado, sin que se reduzca la vulnerabilidad de la infancia nacida en núcleos pobres. Eroski, 12 de diciembre de 2006. http://www.consumer.es/web/es/solidaridad/derechos_humanos/2006/12/15/158025.php
- VEGA, A., PIÑEIRO, N. (2003), A propósito de la Red de Apoyo a la Inserción sociolaboral. *Norte de Salud Mental* Vol V, nº 16: 21-33.
- VEGA, A., RUBIO, R. (2001), "A propósito de Bizitegi. ¿Quién se hace cargo de los sin techo?". *Norte de Salud Mental* Vol. IV nº 12: 29- 38.
- WINCUP, E.Y OTROS (2003), *Youth Homelessness and substance use: Report to the drugs and alcohol Research Unit*, Serie: Home Office Research Study nº 258, Home Office, 2003, pp. 104.



Caso Clínico

“Parálisis Supranuclear Progresiva: a propósito de un caso”

Ainara Arnaiz Muñoz

Residente de psiquiatría. Hospital psiquiátrico de Zamudio

Maidier Prieto Etxebeste

Residente de psiquiatría. Hospital de Cruces

ANTECEDENTES PERSONALES:

Paciente mujer de 48 años de edad con antecedentes de nueve ingresos psiquiátricos desde el año 1996. Primer contacto con psiquiatría en 1988 por sintomatología ansiosa-depresiva que se inicia a raíz de separación matrimonial. Los ingresos se desencadenan siempre en el mismo contexto: “coincidiendo con conflictiva familiar, descompensación de su estado afectivo y sobreingesta medicamentosa voluntaria con fines suicidas”. Ha recibido múltiples diagnósticos: Depresión Mayor recurrente, Síndrome ansioso-depresivo, Distimia y Trastorno dependiente de la personalidad; recibiendo así mismo, diversos tratamientos antidepressivos (amitriptilina, clorimipramina, venlafaxina y fluvoxamina), ansiolíticos y antipsicóticos (perfenacina y tiapride).

En mayo del 2005, estando en Canarias, sufre un episodio de semiahogamiento tras caída en la playa, que precisa ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos; tras la extubación orotraqueal hace un cuadro psicótico con ideas de perjuicio autolimitado, que se resuelve con 2,5 mg de olanzapina. Al alta, no mostraba sig-

nos de encefalopatía hipóxica, focalidad neurológica, ni deterioro cognitivo. Sí presentaba discreto síndrome extrapiramidal, que en principio, se supuso secundario al tratamiento previo con neuroléptico.

En junio del 2005, el mismo día de regreso de Canarias, la paciente requiere un nuevo ingreso psiquiátrico por cuadro de ansiedad. Se observa un temblor de reposo intenso en ambas extremidades con inestabilidad acusada de la marcha, por lo que se consulta al servicio de Rehabilitación que recomienda tratamiento rehabilitador. A pesar de dicho tratamiento, la paciente tendía a estar recostada la mayor parte del día, con importante inestabilidad de la marcha, caídas frecuentes y temblor de reposo; requiriendo ayuda para realizar la mayor parte de las tareas que atañían incluso su autonomía. Esta situación mantenida durante meses, había suscitado un notable aumento de las tensiones familiares ya existentes previamente, por lo que la paciente lleva a cabo un nuevo intento autolítico precipitándose así, un nuevo ingreso psiquiátrico.



EXPLORACIÓN AL INGRESO:

Consciente y orientada auto y alopsíquicamente. Facies hipomímica. Marcado temblor de reposo en EEl. Disártrica, con discurso lento, coherente y bien estructurado. No clínica de orden psicótico. No datos compatibles con sintomatología afectiva de orden mayor. Ánimo inestable, con sentimientos fluctuantes de desesperanza y minusvalía debidos a las dificultades por su situación física actual. No ideación autolítica. Sueño conservado con medicación. Apetito normal.

EVOLUCIÓN:

Durante el ingreso, la sintomatología que ocupaba un primer lugar no era de carácter afectivo, sino que predominaba la clínica extrapiramidal. Se observa una importante inestabilidad de la marcha, caídas frecuentes hacia atrás, temblor de reposo, distonía cervical, rigidez en extremidades de carácter proximal con fenómeno de “rueda dentada” y bradicinesia global. La sintomatología ansiosa-depresiva era secundaria a su estado físico y fluctuaba en función de los cambios de éste.

Debido a la presencia de un síndrome parkinsoniano en ausencia de tratamiento neuroléptico, se solicita valoración por servicio de medicina interna que establece un diagnóstico de sospecha de Enfermedad de Parkinson e instaura tratamiento con levodopa. Ante la escasa respuesta se solicita nueva valoración por servicio de neurología que en la exploración neurológica objetiva una parálisis de la mirada conjugada en el plano vertical detectada ante la imposibilidad de la paciente de seguir con el movimiento ocular los objetos en el plano vertical.

Tras varias pruebas:

- Analítica: perfil general, hematimetría, coagulación, hormonas tiroideas, vit. B12 y ácido fólico: *normal*
- Ac. antireceptor de ac. colina: *negativo*
- Cobre y ceruloplasmina en suero: *normal*
- Mini mental test: *alerta 32/35*
- Informe psicológico (batería cognitiva):

Buena atención, memoria visual y verbal, y habilidades ejecutivas. Praxias gestuales e ideativas conservadas. Ralentizamiento generalizado de su motricidad y problemas en la localización visual de la información relevante.

- RMN craneal: *sin datos de interés.*
- SPECT cerebral: *leve hipoperfusión frontal derecha.*
- SPECT DATASCAN: *importante hipocaptación bilateral en los ganglios de la base, más en el lado derecho, a expensas del putamen. ... diagnostica una Parálisis Supranuclear Progresiva.*

PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA (PSP):

Se trata de un parkinsonismo primario degenerativo de etiología desconocida con una incidencia de 4 por millón. Es más frecuente en varones y es de inicio tardío, con un pico de máxima incidencia entorno a la sexta década de la vida. Evoluciona de forma progresiva con una supervivencia media de 5–10 años. Se denomina también Síndrome de Steele Richardson Olszewski (1).

Las manifestaciones clínicas de esta entidad se basan:

1. **Síndrome Parkinsoniano:** El temblor está ausente o es de baja amplitud, más frecuentemente de tipo postural que de reposo a diferencia de la EP. La rigidez extrapiramidal es de predominio axial en cuello y tronco superior; adquiriendo los pacientes una postura típica en extensión de tronco y cuello. (figura 1)



Fig.1. Rigidez extrapiramidal de predominio axial en cuello y tronco superior.

Bradicinesia. Trastornos graves en la *marcha* con pérdida de la estabilidad y tendencia a las caídas hacia atrás (a diferencia de la EP, en la cual las caídas son típicamente hacia delante). Además los trastornos de la *marcha* y caídas suelen ser síntomas tardíos en EP y esta sintomatología de forma temprana nos debe hacer pensar en otra variedad de síndrome parkinsoniano, como en este caso es la PSP.

2. **Distonía cervical.** Dato típico de esta entidad. (figura 2).



Fig. 2. Distonía cervical.

3. **Oftalmoplejía supranuclear:** caracterizada por una parálisis de la mirada conjugada en plano vertical (en la EP la parálisis afecta fundamentalmente al plano horizontal). Los trastornos oculomotores constituyen el dato clínico clave, pero sólo están presentes en la mitad de los casos al inicio. Al final puede aparecer oftalmoplejía completa con retracción palpebral e hiperactividad de la musculatura frontal dando el aspecto característico de susto o sorpresa. (figura 3).



Fig. 3. Oftalmoplejía completa.

4. **Síndrome pseudobulbar:** disfagia, disartria y labilidad emocional.

5. **Demencia subcortical:** falta de iniciativa, afectación memoria de trabajo, lentitud psicomotora, alteración de la fluidez verbal y planificación, cambios emocionales, depresión, apatía y cambios de la personalidad, sin fasias, apraxia, ni agnosia. Compatible con los resultados obtenidos por la paciente en las pruebas psicológicas.

El diagnóstico de la PSP es clínico. Un síndrome parkinsoniano que no responde a L-Dopa, con trastornos de la *marcha*, pérdida de los reflejos posturales y oftalmoplejía supranuclear sugiere el diagnóstico. El diagnóstico de certeza se realiza postmortem. En la RNM se puede ver atrofia cortical. En las pruebas funcionales PET/SPECT hipoperfusión frontal bilateral y de los ganglios basales. En el estriado hay hipocaptación de fluorodopa y de los marcadores de los transportadores de dopamina con el datscan (1). Pero estos hallazgos no son específicos de la PSP.

La PSP es una enfermedad difícil de detectar en sus fases iniciales por la inespecificidad de sus síntomas, lo que hace que frecuentemente el diagnóstico se retrase varios años. No es infrecuente que en las etapas iniciales se diagnostique de EP y sólo al añadirse otra clínica con la evolución de la enfermedad acaban incorporando signos y síntomas que excluyen la EP. Cuando el inicio es a edades más precoces, como ocurre en este caso, hay que agotar todos los medios diagnósticos para excluir otros parkinsonismos. El inicio temprano de alteraciones del lenguaje, inestabilidad postural o disfagia con pobre respuesta a L-Dopa nos debe sugerir otro diagnóstico diferente a la EP.

El tratamiento con L-Dopa puede mejorar por unos meses los síntomas parkinsonianos como la rigidez o la bradicinesia, pero en general la PSP es resistente a todos los dopaminérgicos y no hay otra alternativa eficaz (1). De ahí



que no se observara mejoría significativa con levodopa. Los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) se ha descrito que además de mejorar el estado de ánimo y la labilidad emocional producen mejorías temporales en los movimientos espontáneos, el tono muscular y la motilidad ocular (2).

DISCUSIÓN:

- Tras revisar de forma retrospectiva la evolución de la paciente, hace aproximadamente dos años antes del diagnóstico neurológico, comienzan las primeras referencias a caídas esporádicas, disartria, facies inexpressiva, rigidez axial en la postura y temblor de reposo en las EEl. En el contexto de diagnósticos de Distimia y Trastorno dependiente de la personalidad, y en tratamiento a dosis bajas con perfenacina, esta sintomatología extrapiramidal no ocupa un primer lugar hasta que comienza a afectar gravemente la autonomía de la paciente. Momento en que se replantea el diagnóstico, ya que hasta la fecha había sido diagnosticada de parkinsonismo inducido por neurolépticos.
- En relación a los trastornos del movimiento inducidos por fármacos, no siempre suele ser fácil establecer una relación causal entre la exposición al fármaco y la aparición de los síntomas, ya que además algunos de estos trastornos aparecen también en ausencia de un tratamiento farmacológico (3). Ante un paciente tratado con psicofármacos que presente un trastorno del movimiento, el clínico debe plantearse el diagnóstico diferencial de estos síntomas. Hay que motivar al especialista para que trate de hacer un diagnóstico acertado y ponga el tratamiento adecuado. Conviene realizar un diagnóstico provisional a expensas de ser confirmado mediante la reducción o interrupción del fármaco o la prescripción de un tratamiento anticolinérgico. Los fármacos más frecuentemente asociados a los trastornos del movimiento en psiquiatría son los antipsicóticos (4).
- El parkinsonismo inducido por neurolépticos se caracteriza por la presencia de síntomas parkinsonianos cuya aparición coincide con la toma del fármaco neuroléptico. Los síntomas suelen aparecer inmediatamente después o de forma insidiosa en varias semanas (2–4 semanas) de haber iniciado el tratamiento, incrementado la dosis o reducido la dosis de otros fármacos (anticolinérgicos) empleados en la prevención de cuadros extrapiramidales. Una vez instaurados suelen permanecer invariables o disminuir paulatinamente. Tienen a desaparecer al reducir o abandonar el tratamiento neuroléptico, añadir medicación antiparkinsoniana o cambiarlo por otro neuroléptico de menor incidencia de efectos adversos. Es criterio incluido en el DSM–IV que estos síntomas parkinsonianos no se expliquen mejor por la presencia de un trastorno mental ni puedan atribuirse a enfermedades médicas o neurológicas. Refiriéndonos a nuestro caso, en 1999 tras varios ingresos contiguos en el tiempo y coincidiendo con un intento autolítico más severo se instaura tratamiento neuroléptico con 24 mg/d de perfenacina. En 2001 se disminuye dosis de perfenacina a 16 mg/d y se inicia tratamiento anticolinérgico con biperideno ante la presencia ya de sintomatología extrapiramidal. En 2004 se disminuye de nuevo dosis de perfenacina a 8 mg/d. Ante la falta de mejoría del cuadro extrapiramidal se sustituye perfenacina por tiapride (200 mg/d), neuroléptico de baja potencia con escasos efectos secundarios, indicado en discinesias y otros movimientos anormales.
- Nos deben hacer sospechar que los síntomas parkinsonianos no sean debidos al tratamiento neuroléptico: antecedentes patología neurológica congénita, parkinsonismo rápidamente progresivo no explicable por cambios farmacológicos recientes, signos neurológicos focales no extrapiramidales y síntomas parkinsonianos que no ceden a los 3 meses de haber suspendido el tratamien-



to neuroléptico. Los factores de riesgo para el desarrollo de parkinsonismo yatrógeno secundario a neurolépticos son: antecedentes de este trastorno, edad avanzada, sexo femenino, concurrencia de demencia, delirium o enfermedad neurológica concomitante, el tipo de neuroléptico, la dosis total y la rapidez de incremento de dosis (4).

- La PSP es una enfermedad difícil de detectar en sus fases iniciales debido a la inespecificidad de sus síntomas. Suele debutar con trastornos de la marcha y caídas frecuentes, trastornos del comportamiento o dificultad para articular el lenguaje. Por eso, estos cuadros pueden ser difíciles de diagnosticar en pacientes psiquiátricos y la utilización de psicofármacos puede además dificultar la valoración de los síntomas motores asociados hasta que se hacen patentes los trastornos de la motilidad ocular. En un estudio realizado por Menza et al (5), el primero en evaluar sistemáticamente los síntomas psiquiátricos en 19 pacientes con PSP (comparados con un grupo control con EP), se observa una elevada frecuencia de trastornos psiquiátricos y el 26% tenía además antecedentes de trastornos psiquiátricos previos. De los pacientes estudiados, el 42% tenía algún diagnóstico psiquiátrico (aunque sólo en dos de los casos este trastorno era severo) y dos de ellos además debutaron

con un trastorno psiquiátrico y posteriormente fueron diagnosticados de una PSP. Diez de los pacientes estaban siendo tratados con antidepresivos, pero en la mayoría de los casos era fundamentalmente como tratamiento para los síntomas motores. Los cambios de personalidad son descritos en casi el 50% de los casos publicados en la literatura (6). En este aspecto se dividen en dos grupos: los que presentan un cuadro mixto de apatía y depresión y en los que predomina un cuadro de irritabilidad e incontinencia emocional. En conclusión, los pacientes con PSP presentan con elevada frecuencia trastornos psiquiátricos asociados, aunque en la mayor parte de los casos se trata de cuadros moderados de depresión y ansiedad. A pesar del rápido deterioro ocasionado por la enfermedad en el estudio Menza et al apoyan que el patrón de enfermedad mental (salvo la demencia y la afectación bulbar con labilidad emocional) no sugiere que se trate de un trastorno primario resultado de los cambios estructurales y bioquímicos producidos por la propia enfermedad.



Contactos:

Ainara Arnaiz Muñoz

ainaralaranja@hotmail.com

Maidier Prieto Etxebeste

Mprieto1@alumni.unav.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Lezcano E, Zarranz JJ, Tolosa E, Gómez JC. Enfermedades caracterizadas por movimientos involuntarios anormales ("enfermedades extrapiramidales" o de los "ganglios basales"). In: Zarranz JJ. Neurología. 3 ed. Madrid: Elsevier; 2003.
2. Newman G. Treatment of Progressive Supranuclear Palsy with tricyclic antidepressants. *Neurology* 1985; 35: 1189-1193.
3. Trastornos motores por medicamentos. In: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Barcelona: Masson; 2003. P. 882-86.
4. Trastornos del movimiento inducidos por neurolépticos. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan-Sadock Sinopsis de Psiquiatría. 9 ed. Buenos Aires: Waverly Hispánica; 2003. P. 992-93.
5. Menza MA, Cocchiola J, Lawrence I. Psychiatric symptoms in Progressive Supranuclear Palsy. *Psychosomatics*, 1995. 36 (6): 550-54.
6. Movement Disorders. In: Lishman WA. Organic Psychiatry. The psychological consequences of cerebral disorder. 3 ed. Blackwell Science; 1997. p. 666-67.



Caso Clínico

“La esquizofrenia de inicio senil o cuando el reto de saber *pseudodiagnosticar*”

Carlos Miró Bujosa

Residente de Psiquiatría. Hospital Dr. R. Lafora. Madrid

Mariano Hernández Monsalve

Psiquiatra. Jefe de los Servicios de Salud Mental de Tetuán. Madrid

Varón de 75 años, soltero y sin hijos, que es valorado en el Servicio de Medicina Interna de su hospital de referencia, remitido por su médico de cabecera, por alteración de conducta y rigidez muscular. No hay antecedentes familiares de enfermedad mental, demencia u otra patología neurológica.

Desde hace aproximadamente un mes, los familiares más próximos (hermanos y sobrinos) vienen notando un cambio en la conducta del paciente en forma de aislamiento social progresivo hasta dejar de ver a familia y amigos, con los que se reunía regularmente. Los familiares refieren también un abandono casi completo de las tareas domésticas que le permitían vivir solo y con una autonomía total hasta los días previos. Este patrón de inhibición se alterna, por otro lado, con episodios de inquietud psicomotora con agresividad hacia los vecinos, apareciendo, además, conductas bizarras como salir de su domicilio durante la madrugada. En la consulta del médico de cabecera el paciente tiende a negar o minimizar tales alteraciones, centrando sus quejas en una dificultad motora que le llega a incapacitar para la ejecución de sus tareas habituales.

En la exploración neurológica dirigida, el paciente está consciente, orientado y alerta. Lenguaje parco, de comprensión y nominación preservadas. Destacan como anormales la presencia de algún reflejo de liberación frontal, y un extrapiramidalismo manifestado como rigidez axial y de extremidades moderada.

De entre las pruebas complementarias practicadas, destaca el resultado del SPECT que demuestra una hipoperfusión frontal bilateral, de predominio izquierdo, y temporal anterior.

Basándose en los resultados de las pruebas complementarias, y a pesar de los antecedentes patológicos conocidos del paciente, el diagnóstico de presunción es reorientado como demencia frontotemporal, por lo que el paciente es derivado al neurólogo de zona para evaluación terapéutica. La familia solicita una valoración psiquiátrica “para que nos expliquen cómo ha pasado de tener esquizofrenia a estar demenciado en tan poco tiempo...”.

Efectivamente, el paciente había estado tratado por un episodio psicótico, sugestivo de esquizofrenia paranoide, que precisó de ingreso



psiquiátrico y que había remitido con risperidona un año y medio atrás. A pesar de que el paciente recuperó su nivel funcional por completo, la familia empezó entonces a gestionar el traslado del paciente a un centro residencial para asegurar el buen cumplimiento de la medicación y la detección precoz de nuevos episodios. El paciente, que siempre se mostró ambivalente ante esta posibilidad, había recibido recientemente la carta de aceptación de una residencia.

El paciente, aunque de trato afable, siempre fue reservado para expresar sus emociones y es 'un hombre de pocas palabras', tal y como lo definen sus familiares y amigos. También destacan como rasgos de personalidad su miedo a los cambios y una capacidad para asumir responsabilidades hasta el límite de la 'obsesión por querer hacerlo todo perfecto'. Durante los últimos meses, el paciente había manifestado reiteradamente su malestar por los síntomas extrapiramidales que interferían en la correcta ejecución de sus tareas.

Durante la exploración psicopatológica exhaustiva no se detectan afaso-apraxo-agnosias ni déficit mnésicos. El discurso es parco, aunque fluido y coherente, mientras verbaliza una Ideación delirante de perjuicio condominial 'el vecino de abajo quiere matarme...', con alucinaciones auditivas de contenido amenazante, que finalmente admite como desencadenantes de sus episodios de agresividad. El paciente también es ahora capaz de reconocer el hecho de haber ocultado esta sintomatología para "no alarmar" a su entorno. El paciente había abandonado la medicación antipsicótica de mantenimiento, a la que atribuye su rigidez muscular, meses atrás. En la esfera afectiva, ansiedad flotante, desesperanza y ánimo triste ante la posibilidad de su inminente traslado a la residencia.

Una vez (*re*)reorientado el caso como reagudización psicótica con incumplimiento terapéutico por mala tolerabilidad, se decidió escalar progresivamente la dosis de otro tratamiento

antipsicótico (quetiapina) en régimen hospitalario. Además de la práctica desaparición de los delirios y alucinaciones sin toxicidad extrapiramidal, a las cuatro semanas se había conseguido un óptimo funcionamiento global con recuperación de la capacidad de relación interpersonal y ausencia de su ansiedad anticipatoria.

DISCUSIÓN:

La esquizofrenia de inicio por encima de los 60 años es una entidad excepcional, con una tasa de prevalencia que oscila entre 0.1 y 0.5%. Los síntomas, en lo que se refiere a delirios y alucinaciones, difieren poco de la típica esquizofrenia de inicio por debajo de los 40 años. Sin embargo, el grupo de esquizofrénicos de más de 60 años tiene característicamente la capacidad de ocultar sus síntomas psicóticos durante largos períodos de tiempo, debido a que estos pacientes pueden mantener tanto la función cognitiva como la personalidad preservadas durante años. Este rasgo dificulta enormemente el diagnóstico inicial y la detección precoz de reagudizaciones, pero, por otro lado, ayuda a diferenciar esta patología del grupo de las demencias, en las que el deterioro global clínicamente significativo suele precisar menos tiempo de evolución.

Los criterios actuales para diagnosticar demencia frontotemporal (anteriormente conocida como enfermedad de Pick) se basan en definir clínicamente la entidad como un cambio de carácter y conducta social alterada desde el inicio de la enfermedad, con funciones instrumentales intactas o relativamente bien conservadas de percepción, praxia y memoria. Sus características centrales son un inicio insidioso y progresivo, un deterioro precoz de la conducta social y del autocontrol, un embotamiento emocional precoz y un deterioro precoz de la capacidad de introspección. Además, hay una larga lista de características que, por consenso, apoyan el diagnóstico de demencia frontotemporal. Algunas de éstas son la perseveración y otras alteraciones del lenguaje, la incontinencia de esfínteres, la acinesia y la rigidez muscular, y



los hallazgos de alteración en lóbulos anteriores por neuroimagen, con EEG normal.

Aparentemente, nuestro paciente podría encajar en estos criterios. Sin embargo, no encontramos ninguna alteración de la conducta interpersonal fuera de los instantes alucinatorios, así como tampoco los típicos cambios del lenguaje, ya que el paciente siempre ha sido parco en su discurso. La posibilidad de acinesia, rigidez, u otras formas de extrapiramidalismo es característica de muchos de los antipsicóticos usados actualmente, y en particular del pautado inicialmente a nuestro paciente.

Por otro lado, nuestro paciente controlaba esfínteres sin el más mínimo problema a pesar de su edad; y es que la edad del paciente debe ser tenida en cuenta a la hora de diagnosticar una posible demencia frontotemporal, ya que esta demencia es de inicio típicamente presenil.

Más inconsistente aún es intentar un diagnóstico de demencia frontotemporal (o de cualquier otra demencia) basándonos en pruebas de imagen. Si bien es verdad que parece haber patrones de neuroimagen sugestivos de

demencia frontotemporal, la controversia sobre su sensibilidad y especificidad impide por ahora promocionar estos hallazgos hasta el rango de criterio diagnóstico suficiente.

Aunque el término es controvertido y no está contemplado en las principales clasificaciones actuales, podríamos llamar *pseudodemencia* a todo aquel cuadro que nos parece sugestivo demencia y que finalmente responde a otra entidad nosológica. Aunque la esquizofrenia es una causa relativamente frecuente de *pseudodemencia*, la entidad que con mayor probabilidad cursa con *pseudodemencia* es la depresión. Dado que la sintomatología negativa es excepcional en las esquizofrenias de inicio senil, en el caso que aquí presentamos es difícil saber hasta qué punto la inhibición y el retraimiento social del paciente responden a una elección personal para ocultar sus síntomas, o se trata más bien de un estado de depresión reactiva a la compleja situación de estrés que rodea al sujeto. En cualquier caso, el paciente llegó a manifestar una ansiedad que atribuía a la anticipación de su traslado a la residencia, factor que probablemente actuó como estresor precipitante de la reagudización psicótica.



Contacto:

Carlos Miró Bujosa
ccmiro@hotmail.com

REFERENCIAS

- Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychoses: an international consensus. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 172-8.
- Neary D, Snowden JS, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Black S, et al. Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 1998; 51: 1546-54.
- Pitt B, Yousef G. Depressive pseudodementia. *Curr Opin Psychiatry* 1997; 10: 318-21.
- Rabins PV, Lavrisha M. Long-term follow-up and phenomenologic differences distinguish among late-onset schizophrenia, late-life depression, and progressive dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11: 589-94.
- Sato T, Bottlender R, Schroter A, Moller HJ. Psychopathology of early-onset versus late-onset schizophrenia revisited: an observation of 473 neuroleptic-naïve patients before and after first-admission treatments. *Schizophr Res* 2004; 67: 175-83.



El diagnóstico psiquiátrico no categorial (relaciones, dimensiones y espectros)

José Guimón

OMEditorial, 2007. Bilbao. 250 págs.

(DEL PRÓLOGO DEL CITADO LIBRO)

Excelente libro del Profesor Guimón, acerca de los aspectos conceptuales y psicométricos del diagnóstico psiquiátrico. Ha emitido su discurso con agudeza y rigor y es un placer poder comentar de forma breve el tema de su libro.

En Medicina general, con el término “diagnóstico” nos referimos a un complejo acto social, cognitivo, emocional, y estético, por el cual la sociedad ha autorizado a ciertas personas a acomodar la turbación física de otras, dentro de unas casillas (técnicas) específicas. Es un acto social y político, porque puede provocar que la vida del destinatario cambie drásticamente como resultado de dicho encasillamiento. Es un acto cognitivo, porque implica la aplicación de una narrativa teórica que, en algunos casos, en términos de intervenciones terapéuticas y modificatorias, tiene un elevado valor predictivo (eficacia). Es un acto emocional, porque, además de conllevar información, pretende aliviar y cambiar el afecto o humor de todos los concernientes: el profesional que

diagnostica, el destinatario, y otros implicados. Finalmente, es un acto estético, porque implica la elección de una particular representación de la “enfermedad”, que busca satisfacer en todos los implicados las ansias de orden, simetría, armonía, etc. Estas funciones, sin embargo, no están equitativamente representadas en cada acto diagnóstico. Luego diagnosticar es una actividad humana rica, variada y compleja, y la tarea de desarrollar un modelo unitario es una tarea imponente.

Hace alrededor de dos décadas, el gobierno de algunas conductas desviadas y fenómenos experienciales hasta entonces bajo el dominio de códigos religiosos, sociales o morales, pasó a manos de la profesión médica. Una consecuencia de este proceso de medicalización fue que el concepto parafernalia de “diagnóstico” comenzó a aplicarse también a la locura. Otra consecuencia fue que algunos profesionales de la Medicina se especializaron en la gestión de los recién adquiridos trastornos. En un primer momento llamados “loqueros” o alienistas, estos expertos son los que hoy responden al título de psiquiatras. Los factores políticos y sociales que llevaron a estos cambios trascendentales aún no se han elucidado por completo. Y aún hoy, desconocemos cuánto tiempo podrá sostenerse esta alianza entre la Medicina y la locura.

Desde el comienzo surgió la cuestión de si la parafernalia diagnóstica de la Medicina general podía aplicarse a temas alienistas, *tout court*. Decidir si se puede o no, no es un problema conceptual, sino que se sitúa y se debe resolver en el metaespacio de la Psiquiatría. Desde entonces, aquellos involucrados (o meramente interesados), en el cuidado de los “mentalmente enfermos” se han dividido en tres campos enfrentados. En un primer lugar están aquellos que sostienen que la locura es, esencialmente, un constructo social y político, por lo que rechazan cualquier aplicación del acto diagnóstico a esta área. En segundo lugar, están aquellos que creen que la locura es de raíz natural,



(como los perros y las orquídeas), y que todas sus manifestaciones subjetivas y semánticas son completamente reducibles a cambios en el cerebro; para estos, la Medicina general y el acto diagnóstico son una misma cosa. En tercer lugar, están aquellos que defienden una postura sincretista o ecléctica, que desean introducir calificadores (tales como la presencia de factores sociales y culturales en el desarrollo de una enfermedad mental), y para los cuales el diagnóstico médico es todavía aplicable a la Psiquiatría, *mutatis mutandis*.

Dado que los tres grupos parecen más separados por suposiciones filosóficas y políticas que por pruebas “científicas”, algunos podrían concluir que el problema de transferir el acto del diagnóstico médico a la Psiquiatría puede, después de todo, tratarse desde un nivel “empírico”. Esta conclusión sería prematura para algunas de las complejidades que afectan al concepto de diagnóstico y que preceden a su transferencia a la Psiquiatría. Esto supone que hay al menos dos complicaciones epistemológicas a tener en cuenta: *Las primarias*, inherentes, implícitas, en el acto del diagnóstico médico, y *las secundarias*, que se suman cuando se aplica al concepto aún no consolidado de la locura.

En general, la epistemología de la Medicina y la Psiquiatría exploran, respectivamente, el origen, validez y legitimidad del conocimiento médico y psiquiátrico. Puesto que las revisiones epistemológicas necesitan evaluar tanto la coherencia de los principios fundamentales como la calidad de las pruebas sobre las que se basan las reivindicaciones de saber de expertos médicos y psiquiátricos, el instrumental del ámbito epistemológico debe abarcar desde la historiografía hasta la semántica de lo “estadísticamente significativo”.

En términos de lo anterior, se puede decir que se ha dado con una *dificultad* epistemológica cuando un particular programa de investigación que busca la primacía (digamos, la naturalización de un trastorno mental), se descubre

deficiente en su justificación conceptual. En el caso del acto diagnóstico, se puede decir que ha surgido una dificultad epistemológica cuando sus profesionales recurren a alegatos y presupuestos justificativos que fácilmente pueden demostrarse como incoherentes o contradictorios entre sí.

La historia muestra que el concepto y acto de diagnóstico (tanto médico como psiquiátrico), es parásito de los conceptos de enfermedad o trastorno, respectivamente. En Psiquiatría esto supone que la comprensión y la consecución adecuada del acto diagnóstico dependen de la existencia de una estable, factible y coherente definición de la enfermedad mental. Algo que aún hoy continúa escapándonos.

Hay varios marcos de referencia dentro de los cuales se puede analizar el acto diagnóstico. Debido a la falta de espacio sólo se mencionarán dos. En primer lugar, está la visión tradicional, según la cual el diagnóstico es “la determinación de la naturaleza de un estado enfermo, también, la opinión, formalmente expresada, resultante de dicha investigación” (Diccionario de Inglés *Oxford*, Segunda Edición). Curiosamente, esta perspectiva tiene sus orígenes en la metafísica de la *definición* Aristoteliana, es decir que retoma su idea de una clasificación de tipo natural según el *genus et differentia*. Ciertamente, la mayoría de médicos alegarían que es exactamente lo que ya hacen: encarados con un nuevo conjunto de dolencias, primero hallarán un *locus, genus* o definición para ello, (el nombre de la enfermedad) y luego procederán a diferenciarla de otro conjunto de síntomas (diagnóstico diferencial). Según este abordaje, el diagnóstico es puramente un acto cognitivo, de hecho, es una acción que puede llevar a cabo un ordenador (en ocasiones *mejorando* un diagnóstico humano).

Para pasar de lo puramente cognitivo a lo pragmático, otro marco de referencia útil es el aportado por Austin y su concepto del acto del habla. Según este abordaje, el diagnóstico seña-



la una forma de articulación a través de la cual se pueden identificar las funciones locutorias, ilocutorias y perlocutorias. La primera, se cumple por el hecho de que el diagnóstico pretende tratar con, o describir, un objeto en el mundo. La segunda, supone entender que diagnosticar es también clasificar (lo cual puede tener implicaciones políticas y sociales de gran alcance para la vida del paciente) de la misma forma que decir “lo prometo” no es sólo decir una cosa sino también hacerla, en concreto, uno se compromete a tomar un determinado curso de acción. La tercera función se realiza por el hecho de que también se da un cambio en el interlocutor (el paciente), de manera que él o ella se sentirán reafirmados, asustados, iluminados, etc. etc. Este marco de referencia amplía el significado del acto diagnóstico, haciéndolo más flexible y realista, y muestra la estupidez de pretender que un ordenador realice esta misma labor.

No obstante, médicos y psiquiatras continúan con sus esfuerzos para mecanizar el acto diagnóstico. Respecto a esto, en Psiquiatría un objetivo común es la construcción de instrumentos, escalas, hojas de corrección y similar. Estos, se basan en el supuesto de que los aspectos que componen un trastorno se pueden transformar en ítems de una escala, sin perder una desmesurada cantidad de información.

Los principios y herramientas utilizadas para la construcción de dichos instrumentos conforman la disciplina denominada *Psicometría*. La Psicometría se desarrolló primero dentro del campo de la Psicología y posteriormente, sólo después de la Segunda Guerra Mundial, se importó a la Psiquiatría. A través de una variedad de técnicas (por ej. método Lickert) se asignan números a las cualidades para después combinarlos y obtener unas puntuaciones globales. Por razones que aún no se han podido explicar completamente, parece operar una forma de magia, porque no tarda en aparecer la creencia de que las cualidades se han converti-

do en un *ratio* de magnitudes dignas de un íntegro tratamiento matemático.

Se ha dado mucha importancia a la creencia de que el “abordaje dimensional” vencerá las cuestiones epistemológicas mencionadas anteriormente, es decir que hará más fácil la cuantificación de los síntomas, y también las limitaciones del “abordaje categórico”. Esto es improbable; después de todo las “dimensiones” no son más que constructos teóricos producto del desglose de cualidades en mini cualidades. Esto es así al margen de si uno está tratando con las dimensiones putativas de la personalidad, las enfermedades obsesivas, la alucinación o la emoción. Con la ayuda de la teoría asociacionista, la intuición, y el “efecto fractal” (que las subpautas de las pautas muestran nuevas cualidades), los investigadores postulan que los conceptos monolíticos, (cualidades brutas) verdaderamente se componen de mini componentes (mini cualidades) que permanecen atadas por leyes putativas de contigüidad ninguna de las cuales han sido aún adecuadamente determinadas. Por ejemplo, las alucinaciones se pueden descomponer en mini cualidades como el color, contenido, gravedad, duración, persistencia, grado de perjuicio, valor de realidad, regularidad, etc.... Actualmente, éstas se están denominando “dimensiones”. Sin embargo existen escasas pruebas de que por designarlas así se transformen en magnitudes. Permanecen cualidades, solamente que a un nivel más profundo en la estratificación de las cosas.

Y así sucesivamente. Como él mismo reconoce, el tema sobre el que ha escogido escribir el Profesor Guimón es complejo e incompleto. Es también un tema al que se debe retornar de forma regular. Este libro nos ofrece un análisis de la situación actual, y por ello, debemos estar todos agradecidos.



German E. Berrios



Respuestas a la exclusión

Políticas de inmigración, interculturalidad y mediación

Iñaki Markez, Coord.

Gakoa liburuak. ISBN: 84-87303-91-9.

Donostia, 2006. 230 págs.

Este libro es el resultado de los contenidos expresados por los autores en un *workshop* celebrado en el marco del Instituto Internacional de Sociología Jurídica (IISJ) de Oñati, en Gipuzkoa, en el año 2005. Reflexiones de calado se ofrecen en estas páginas y que, pueden ser de utilidad para quienes participan de este amplio campo de la resolución de conflictos y la interculturalidad.

En la Unión Europea se están generalizando cierto tipo de prácticas tendentes a desplazar hacia otros espacios y otros actores los controles sobre la población de países no comunitarios. El objetivo es claro: vincular política comercial, ayuda al desarrollo y política migratoria como argumentos de presión para que los terceros estados cumplan con las obligaciones previstas de manera unilateral por la UE. Silenciosamente se están creando las precondiciones para un nuevo régimen fronterizo localizado fuera de la UE transfiriendo competencias y responsabilidades sobre las personas migrantes y solicitantes de asilo desde el nivel estatal y comunitario hacia enclaves ubicados en lugares de dudoso reconocimiento de derechos, al margen de cualquier tipo de control legal y social. Se crean “gobiernos a distancia”,

vinculando cálculos que se llevan a cabo en un lugar con acciones que se realizan en otro con la pretensión de que los países de origen y tránsito de inmigrantes gestionen una política en cuyo diseño no han participado.

En este libro hay propuestas para establecer dinámicas, procesos y construcción de espacios participativos que tengan como objetivo transformar la conciencia y práctica ciudadana y transformar las relaciones de poder en el espacio de poder. Las decisiones que así surjan expresarán un pacto entre diferentes actores y poderes.

Se deben poner en marcha procedimientos para lograr un adecuado escenario participativo: la confluencia en los procesos de todas las visiones sociales, que todas las personas tengan los mismos medios para el acceso y la permanencia en los procesos participativos, impulsar procesos de autodiagnóstico de cada sujeto en sus necesidades y planificar, ejecutar y evaluar el proceso adecuadamente. ¿Podemos incluir aquí a los inmigrantes? Teniendo en cuenta tanto su marginalidad como diferencialidad cultural, nos damos cuenta que aún se hallan en fase preparticipativa.



En ausencia de autorización administrativa, los extranjeros sin papeles no existen como ciudadanos en Europa. Su ciudadanía se encuentra en fase de contracción jurídica, alentada por la presión mediática que vincula inmigración con inseguridad ciudadana y que está haciendo que se adopten modelos de gestión de los flujos migratorios fuertemente restrictivos y represivos. Frente a ello debemos avanzar para que el concepto de “ciudadanía europea”, como recoge la Carta de Derechos fundamentales de la UE, afirme la indivisibilidad, interrelación e interdependencia entre los derechos civiles, políticos, sociales económicos y culturales para todos sus ciudadanos.

Las autoras y autores realizan sus reflexiones y propuestas desde muy diferentes ámbitos profesionales: ante las Leyes de Extranjería como instrumentos destinados a organizar la desigualdad, la negación de derechos y la jerarquización de la sociedad en función del origen nacional de las personas,... ante un Estado que quiere aparecer como protector del mercado nacional y, en realidad, desprotege a todos, autóctonos y extranjeros.

Crear una nueva escuela que persiga el fin último de la educación sobre las tres dimensiones del desarrollo humano: la autonomía de acción en el medio, la socialización y la adquisición de instrumentos básicos de inserción intelectual en el ámbito social y cultural. En materia de salud, aunque la ley 4/2000 aportó logros significativos, el personal que atiende la salud carece, en ocasiones, de competencia cultural. Ser sensible a las diferencias supone un reto importante. Para abordar estas cuestiones con eficacia, son precisas estrategias de colaboración entre las administraciones públicas y la sociedad civil, la mediación social intercultural, fomentar el apoyo psicosocial y promover acciones de sensibilización y difusión de la realidad sanitaria de las personas inmigrantes. Para ello es necesaria voluntad política y un cambio urgente de actitudes.

La psicopatología de la migración se ve condicionada por la cultura propia del paciente, y por las vivencias al elaborar el duelo migratorio. Asimismo, la salud de los inmigrantes se ve condicionada por la falta de soporte familiar y psicosocial, la precariedad laboral e irregularidad, que tiene sus repercusiones psicológicas. En principio, se presupone mayor morbilidad psiquiátrica entre inmigrantes que viven un proceso de cambio e inestabilidad emocional, sin embargo esto no siempre ocurre. Parece que no existe mayor patología aunque sí mayores dificultades añadidas para su abordaje, ya que la migración es un generador de estrés aculturativo.

Para abordar esta cuestión con eficacia, será precisa una estrategia de colaboración entre las administraciones públicas y la sociedad civil, la inclusión de procesos de participación y mediación social intercultural, fomentar el apoyo psicosocial y promover acciones de sensibilización y difusión de la realidad sanitaria de los inmigrantes. Para todo ello es necesaria voluntad política y un cambio urgente de actitudes.

Tenemos ya a nuestro lado una importante población que tiene sus derechos y que se presenta con muchas necesidades. Reclaman participar en esta parte del mundo para vivir con mayor dignidad y menor penuria. Esto requiere mayor conocimiento de la realidad de las nuevas situaciones, la organización y colaboración de la población migrante y la de acogida. Nuevas actitudes nos esperan. Que vayan en un sentido u otro dependerá de las iniciativas que vayan surgiendo en diferentes ámbitos de nuestra sociedad y de las iniciativas que cada persona pongamos en marcha.



Cristina Merino



IX Jornadas de Rehabilitación Psicosocial, Hospital Psiquiátrico de Zamudio

Bilbao, 23 y 24 de Noviembre de 2006. Palacio de Congresos Euskalduna

El Hospital de Zamudio y su Unidad de Rehabilitación, vienen organizando de forma ininterrumpida desde el año 1998 las Jornadas de Rehabilitación Psicosocial, cuyo objetivo principal es el de servir de foro de encuentro anual a los profesionales que trabajan en este ámbito tanto a nivel local como estatal.

En esta ocasión las Jornadas han abordado la difusión de experiencias reales de aplicación a la práctica de buenas prácticas asistenciales. La insuficiente aplicación de las intervenciones que la evidencia ha demostrado más eficaces es uno de los principales problemas para la obtención de mejores resultados en el abordaje de la enfermedad mental grave. La escasa difusión de implantación generalizada de dichas prácticas contrasta con la evidencia de experiencias concretas de alta calidad técnica y excelentes resultados: la generalización de dichas prácticas es una de las oportunidades de actuación más claras para mejorar la atención.

En este marco las presentaciones científicas se han organizado a la manera habitual de mesas con la participación de varios ponentes y un moderador, y que han incluido la exposición de experiencias asistenciales en campos como la rehabilitación sociolaboral, los programas de alojamiento, los cuidados de enfermería, los tratamientos psicoterápicos, incluyendo la rehabilitación cognitiva y el tratamiento cognitivo de síntomas, el tratamiento asertivo comunitario, la asistencia a pacientes con enfermedad mental grave en el contexto de la aten-

ción primaria, la psicoeducación o el uso de prácticas coercitivas. Se ha abordado asimismo, como tema único de una mesa, el concepto de discapacidad y la nueva Ley de Dependencia y su repercusión en las personas con enfermedad mental grave, con la participación del Prof. Miguel Ángel Verdugo y de D. José María García, adjunto a la Dirección General de IMSERSO.

La conferencia de clausura corrió a cargo del Prof. Graham Thornicroft, Profesor de Psiquiatría Comunitaria y Director del Departamento de Investigación de Servicios de Salud del Instituto de Psiquiatría King's Collage en Londres. En su conferencia expuso las líneas generales que deben guiar el desarrollo de los servicios en el marco de su concepto, desarrollado conjuntamente con el Prof. Tansella, de la Matriz de la Salud, con una alusión especial a la necesidad de establecer medidas contra la discriminación y el estigma.

Mención muy especial a la tradicional actividad abierta de las Jornadas, que se llevó a cabo durante la tarde del jueves 23, y que brindó la oportunidad a los asistentes de participar en una interesantísima actividad formativa de la mano del Programa de Formación Prospect, iniciativa de EUFAMI y FEAFES que trata de potenciar la comunicación entre profesionales, familiares y usuarios de la salud mental. El seminario, de acceso libre y abierto a la participación de profesionales, usuarios y familiares, fue coordinado por Dña. Begoñe Ariño, ex presidenta de AVIFES y de EUFAMI y responsable



del EUFAMI Prospect Development Centre, por Dña. María Jesús San Pío, coordinadora nacional de los Programas Prospect y responsable de Asuntos Internacionales de FEAFES y por Domikene Rodríguez Escudero, Presidenta de EGUNABAR y facilitadora de los programas PROSPECT¹ para personas con enfermedad mental.

Las Jornadas han contabilizado un total de 220 asistentes y 28 ponentes y moderadores. Como en otras ocasiones, han contado con el apoyo y la colaboración de organizaciones y asociaciones como la Asociación Vizcaína de Familiares y Enfermos Psíquicos (AVIFES), la Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos (EUFAMI), la Asociación Vizcaína de Usuarios EGUNABAR, la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial–WAPR, la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial–FEARP,

la Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial–ASVAR, La Asociación Española de Neuropsiquiatría, la Asociación Vasca de Salud Mental OME–AEN y la Sociedad Vasco–Navarra de Psiquiatría.

La financiación de las Jornadas ha sido posible, un año más, gracias al patrocinio de entidades como el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y la BBK, industria farmacéutica incluyendo a Astra Zeneca, Lilly, Bristol Myers Squibb, Sanofi Synthelabo y Pfizer, y la propia aportación del Hospital Psiquiátrico de Zamudio.

Las próximas Jornadas que ya en su X Edición celebraremos los días 22 y 23 de noviembre de 2007, esperan superar el listón tanto de participación y aportación científica como de hospitalidad a las numerosas personas que nos visitan desde otras comunidades.



J. J. Uriarte

¹ Nota de la Redacción. Una reseña pormenorizada del Programa de Formación Prospect puede encontrarse en este mismo número de la revista, en la sección sobre “Asociacionismo”.



Programas de Formación Prospect

M^a Jesús San Pío Tintero

Responsable de Asuntos Internacionales de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental-*FEAFES*

Tomando en consideración los importantes avances acaecidos los últimos años en la orientación de la atención sociosanitaria en Salud Mental hacia la mejora de la calidad de vida, más allá de la ineludible necesidad de reducción de síntomas, los programas de formación PROSPECT parten de la idea de que las personas con enfermedad mental y sus familias deberían ejercer una participación más activa en los procesos de recuperación y mejora de su calidad de vida; participación que considera además un derecho inherente su condición de ciudadanos.

Sobre esta filosofía se basan por tanto los programas de formación PROSPECT, que en la actualidad coordina en España *FEAFES*, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.

Gestación

Estos programas son el resultado de un proyecto desarrollado por *EUFAMI*—Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Personas con Enfermedad Mental con el objetivo de elaborar una propuesta formativa para el empoderamiento de familiares y personas con enfermedad mental y la formación de los profesionales en este sentido.

Esta iniciativa cofinanciada, de 2001 a 2004, por el programa Leonardo Da Vinci de la

Comisión Europea y el apoyo de la empresa Eli Lilly, siendo presidenta de la federación europea Begoñe Ariño, aúno las experiencias de 16 organizaciones de 12 países europeos —entre ellas *FEAFES*— y contó con la colaboración de expertos¹ en empoderamiento, formación, integración y rehabilitación psicosocial y el respaldo de arias entidades especializadas².

Una vez elaborados los programas formativos, con el fin de asegurar su continuidad y realizar un seguimiento de su implementación, *EUFAMI* creó en 2004 el Prospect Development Centre cuya responsable es hoy Begoñe Ariño.

Descripción de los programas

En la actualidad existen cuatro programas formativos PROSPECT, cada uno de ellos dirigido a una audiencia específica y cuyos objetivos se recogen a continuación:

- Módulo para Personas con enfermedad mental:

El objetivo general es sentar o reforzar bases para la recuperación e integración social; tiene por objetivos específicos:

- Ayudar a afrontar su situación con el apoyo de otras personas y de recursos de apoyo.

1 John Farrelly, Maria Moniz, Dr. Pat Bracken, Simon Gelsthorpe, Begoñe Ariño, Jens Ibsen, entre otros.

2 The Royal College of Psychiatrists, Associação para o Estudo e Integração Psicossocial, Schizophrenia Ireland, entre otras.



- Ayudar a facilitar sus interacciones sociales.
- Ayudar a hacer frente a su situación con autonomía.
- Ayudar a entender y manejar mejor el estigma.
- Ayudar a sentirse respetados y en condiciones de igualdad.

• Módulo para Familiares y Amigos:

El objetivo general es favorecer la recuperación de la confianza en uno mismo, y reconocer y aprovechar recursos internos y externos para mejorar su calidad de vida; se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

- Ayudar a sentirse más cómodos en las relaciones con usuarios y profesionales.
- Ayudar a identificar qué comportamientos facilitan las interacciones con estos grupos.
- Ayudar a sentirse en condiciones de igualdad con los profesionales, usuarios y la sociedad en su conjunto.
- Ayudar a hacer frente a su situación con autonomía.
- Ayudar a afrontar su situación con el apoyo de otras personas y de recursos de apoyo.

• Módulo para Profesionales de la Salud y Atención Social:

El objetivo general es promover la reflexión acerca de la relación entre enfermedad mental y ciudadanía y establecer propuestas para la mejora de la atención; consta de los siguientes objetivos específicos:

- Ayudar a los profesionales a utilizar estrategias de trabajo efectivas para trabajar con familias y usuarios.

- Ayudar a trabajar con la enfermedad mental desde múltiples perspectivas.
- Ayudar a implicarse en estrategias de trabajo basadas en la colaboración.

- Módulo Común: Se dirige a personas con enfermedad mental, familiares y profesionales. El objetivo es mejorar la comunicación entre los tres colectivos implicados.

Cada módulo dispone de diferentes sesiones temáticas, pero el logro de los objetivos se apoya sobre todo en la propia metodología utilizada que combina técnicas psicoeducativas y de ayuda mutua. Los programas se centran en la experiencia y conocimiento de los participantes y el intercambio de impresiones y vivencias en el grupo. Los dinamizadores, son por tanto llamados facilitadores por que tienen la labor de facilitar y guiar el aprendizaje grupal; pertenecen al colectivo destinatario respetándose así la dinámica de grupo de ayuda mutua. La metodología de los cursos concede un papel primordial a la necesidad de crear una atmósfera de confianza y respeto.

Implementación

A escala europea más de 700 personas han participado ya en seminarios PROSPECT en cerca de una docena de países. España ha sido pionera en este sentido, siendo FEAFES una de las primeras organizaciones en desarrollar los programas de forma global. Desde 2005 se han desarrollado cinco ediciones completas de seminarios PROSPECT en las que han participado más de 200 personas; organizadas por asociaciones (AFEM–Menorca) y federaciones miembro de FEAFES (FEDEAFES–Euskadi; FEAFES–Castilla y León) y por la propia Confederación³ Madrid y Gijón). Asimismo se ha implementado únicamente el módulo para familias en Bilbao (AVIFES) y en Sevilla (ASAENES). Para la realización de estos cur-

3 Con el apoyo económico de Bristol Myers Squibb y Otsuka Pharmaceuticals.



Los participantes en los cursos PROSPECT en España. En primer lugar, se debe tener en cuenta que existe un equipo de facilitadores⁴ que es coordinado desde la Confederación.

Evaluación

El modelo formativo cuenta con un sistema de evaluación que facilita la mejora continua, consta de tres niveles⁵: evaluación inicial, evaluación de proceso y evaluación final. La evaluación inicial se centra en las expectativas que los participantes tienen del curso y la comprobación de su cumplimiento al final mientras que la evaluación de proceso consiste en que los participantes analicen lo aprendido y su grado de utilidad, en determinados momentos del curso. Estos dos niveles están integrados en la propia dinámica de los cursos. La evaluación final se realiza a través de cuestionarios de evaluación que recogen las valoraciones generales, propuestas de mejora de los participantes y permiten medir el cumplimiento de objetivos específicos. Los resultados de estos cuestionarios son analizados por la Confederación que introduce los cambios oportunos.

De forma generalizada los resultados son positivos, las valoraciones de los contenidos, organización, impartición, utilidad y participación realizadas por los asistentes rara vez son negativas. Las cifras se ven reforzadas además por los comentarios libres que realizan los participantes.

El modelo PROSPECT exige la recogida de estas valoraciones, requisito cumplido desde la

primera convocatoria. Sin embargo, desde la Confederación FEAFES, al entender que el grado de satisfacción no siempre corresponde con el cumplimiento de los objetivos de la formación, en la última convocatoria realizada en Bilbao en el mes de Enero, se ha introducido la medición del cumplimiento de objetivos. Las conclusiones de este análisis muestran que el nivel de cumplimiento de objetivos ha sido alto en siete de los trece objetivos, y óptimo para los otros seis.

Retos y dificultades

La implementación de los programas en España se puede concluir que está siendo adecuada, pero, en cualquier caso, es necesario seguir realizando mejoras de forma continua, reforzando los puntos fuertes y analizando las debilidades. Algunas de ellas derivadas directamente de la necesidad de adecuar a la realidad local y estatal unos programas realizados de forma generalizada para toda Europa y diseñados en lengua inglesa.

Los programas PROSPECT han despertado el interés de diferentes entidades miembro de la Confederación que planifican desarrollar nuevas convocatorias y de otros grupos de interés, resultado de la difusión a través de artículos y conferencias, y también, y no menos importante, de la difusión realizada de forma informal por los propios asistentes a los cursos.



Contacto:

M^a Jesús San Pío

internacional@feafes.com

www.feafes.com

4 El equipo de facilitadores está compuesto por: Francisco Morán Palacios (personas con enfermedad mental), Domikene Rodríguez Escuredo (personas con enfermedad mental), Nieves García García (familiares), Elena Calafat Polo (familiares), Begoñe Ariño Jackson (familiares), Nieves Castro Murcia (familiares y profesionales), Nora Lamy (Profesionales) y María Jesús San Pío Tintero (profesionales y apoyo al módulo para personas con enfermedad mental).

5 El método de evaluación de los cursos Prospect en España ha sido adaptado en base a los manuales de formación Prospect elaborados por EUFAMI y el documento "A manual for future evaluations of Prospect Training" elaborado por Rosanna Breen, evaluadora externa del proyecto financiado por Leonardo.



Agenda

- 1-4 de marzo** **Alcalá de Henares, Madrid**
XXXIV Symposium de la SEPTG:
Amor y humor. Elementos de crecimiento y relación
Web: www.septg.org; Tfno: 659 49 16 90
- 17-21 de marzo** **Madrid**
15° Congreso Europeo de Psiquiatría
Tfno.: +41 22 908 04 88; e-mail: aep2007@kenes.com; Web: www.kenes.com/aep2007
- 19-21 de abril** **Oviedo**
XLI Congreso de la Sdad. Española de Medicina Psicosomática
Secretaría: Lubeck 99; Tfno: 91 352 15 26; e-mail: lubeck@lubeck99.com
- 3-4 mayo** **Barcelona**
II Simposio Psiquiatría Transcultural
Organiza Server Psiquiatría Hosp. Vall d'Hebron. Tfno: 93 489 42 94.
- 18 de junio** **Hotel Oriol, Portugaleta, Vizcaya**
Jornada Internacional de la AEP (Asociación Europea de Psiquiatría).
Organiza: OMIE y AMSA. Secretaría técnica: TISA.
- 18, 19 y 20 de octubre** **Auditorio Universidad de Deusto, Bilbao**
III Congreso Nacional de PsicoOncología, organizado por Sdad. Española de Psico-Oncología.
Secretaría: pernetas@hbas.osakidetza.net

XLII REUNIÓN DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL (AEPIJ)

Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna – **Bilbao**
31 Mayo–2 Junio, 2007

Mesas redondas:

- Patología postraumática en la infancia y adolescencia.
- Psiquiatría Transcultural: inmigración y características psicopatológicas en la infancia y adolescencia.
- Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: abordaje terapéutico.

Conferencias:

Inauguración: **Profra. Lenore C. Terr:** “Momentos mágicos de transformación: cómo la Psicoterapia puede cambiar radicalmente la infancia de un niño”.

Clausura: **Prof. Javier Elzo:** “El adolescente y la familia del siglo XXI”

Curso de especial relevancia:

Prof. Russell A. Barkley: Marco teórico e implicaciones clínicas y terapéuticas del TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad)

Talleres de formación (teórico-prácticos):

- Gestión y Calidad en Servicios Sanitarios
- Lectura crítica de artículos científicos
- Psicofarmacología infantil: lo último en el último año

Secretaría Técnica: Lubeck 99, SL. www.lubeck99.com
Tfno: 91 352 15 26; e-mail: lubeck@lubeck99.com

SOLICITUD DE INGRESO

Para ser miembro de OME, 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 80€ para el año 2.007. 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 y ACLSM.

Envíe el formulario a:

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

O bien a OME, Apto. Correos 12, 48950 ERANDIO, Bizkaia.

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA (AEN)
y en OME (Osasun Mentalaren Elkarte–Asociación de 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 ó ACLSM para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.

D.

Fecha...../...../200..... (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