

NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen VII N°30 Febrero 2008



“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: Jenifer García Través

En mi opinión la salud mental va más allá de las enfermedades mentales y el buen funcionamiento físico y cerebral. Entiendo que para lograr un buen estado de salud mental es necesario un equilibrio entre la persona y su entorno socio-cultural y de esta manera logrará alcanzar el bienestar tanto físico como emocional. Las personas que son capaces de enfrentarse a las situaciones y estados de ánimo que se reflejan en esas palabras de la pared, creo que son las que pueden alcanzar un buen nivel de salud mental. A través de este diseño pretendo representar ese enfrentamiento inconsciente que realizamos a diario y a través del cual valoramos nuestro estado de salud mental.

Volumen VII



N°27



N°28



N°29



N°30

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.
Erkizia, B.
Filgueira, J.
Gonzalez-Pinto, R.
Gutierrez Fraile, M.
Lasa, A.
Marijuan, M.
Marina, P.
Morchan, J.
Pardo, N.
Rendueles, G.
Susparregui, JM.
Vega, A.
Ylla, L.

Aparicio, V.
Ayerra, JM.
Ballesteros, J.
Candina, A.
Elortegi, I.
Esteban, R.
Garnica, E.
Guimón, J.
Hernanz, M.A.
Levav, I.
Marín, M.
Marquínez, F.
Palomo, Ch.
Redero, JM.
Sanchez, A.E.
Thornicroft, G.
Verdejo, M.
Zuazo, JI.

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 nº30, Febrero 2008

www.ome-aen.org/norte.htm

© 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:

Jenifer García Trávés

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, Janssen-Cilag,
Organon Schering-Plough, Pfizer, Wyeth, Glaxo Smith Kline.**

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



Asociación Española de Salud Mental



Asociación de Salud Mental y Psicología Comunitaria

www.ome-aen.org



www.aen.es

S U M A R I O

PRESENTACIÓN

Corren tiempos de Desencuentro	6
Iñaki Markez	

ORIGINALES Y REVISIONES

Marcadores biológicos en el diagnóstico diferencial de los trastornos bipolares ..	10
Nieves Basterreche, Mercedes Zumárraga, Aurora Arrue, M. Isabel Zamalloa, Wendy Dávila, Ricardo Dávila	
Potenciación del tratamiento antidepressivo con Aripiprazol	15
Pablo Malo, Enrique Aragüés, María Etxebeste, Luis Pacheco, María Estibaliz Azkarraga	
La salud mental en las segundas generaciones de emigrantes	22
Miguel Marset	
Fases tempranas de Trastorno de Pánico y repercusiones en la clínica	32
Deirdre Sierra, María Carrera, Andrés Herrán, Ana Ayestarán, María Luz Ramírez, Beatriz Rodríguez, Fernando Hoyuela, Oscar Fernández, Alfonso Higuera, José Luis Vázquez	
Esquizofrenia: del género a la diferencia	39
Juan de Dios Molina, S. González, M. Cuartero, N. Parga, C. Andrade, H. Blasco, I. Lerma	
Estudio de factores relacionados con la integración social en personas con enfermedad mental	48
Olga Carrasco y Daniel Navarro	
¿Qué pasa cuando los inmigrantes rompen las normas?	61
Cristina Visiers	

PARA LA REFLEXIÓN

Lo sociocultural y lo sanitario según algunos aspectos de la población inmigrante atendida en la psiquiatría comunitaria de Álava	66
J. I. Zuazo, A. Etxebeste	
Examinar a un examen (un comentario bienintencionado sobre la OPE de Psiquiatría, 2007)	85
Juan Medrano	
La Ley de Dependencia y las personas con enfermedad mental: Apuntes desde la Salud Mental Extrahospitalaria	89
Marian Larrinaga	
2008: SMEB	95
Ander Retolaza	

METÁLOGOS

Teoría del ciclo del óxido nítrico: ¿explicará el Síndrome de la Fatiga Crónica, la Fibromialgia y otras “enfermedades inexplicadas”?	99
Entrevista con el Dr. Martín L. Pall	

FORMACIÓN CONTINUADA

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación razonada (Trastornos de Ansiedad, II)	103
Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor	

HISTORIA

Uribe Costa en un decenio tormentoso. Génesis y evolución de un reto asistencial	109
José Guimón	

ACTUALIZACIONES

Cartas a un aprendiz de brujo de Daniel Padró Moreno	124
---	-----

AGENDA

Próximas citas	126
-----------------------------	-----



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@euskalnet.net)

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

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

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

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

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

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



Normas de publicación

Artículos de revistas

Artículo normal

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

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

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

Autor institucional

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

Sin nombre de autor

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

Libros y otras monografías

Indicación de autores personales

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

Indicación de directores de edición o compiladores como autores

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

Indicación de una organización como autor y editor

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

Capítulo de un libro

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

Actas de congresos

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

Original presentado en un congreso

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

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

Tesis doctoral

Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization*. 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.

Materiales electrónicos

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>.



Presentación

Corren tiempos de desencuentro

En diciembre pasado fue constituido un nuevo Ciber, el de Salud Mental, pero esto no resultó noticiable. En estos últimos meses los titulares de la prensa sanitaria se han centrado en los nuevos dirigentes y en el déficit de médicos como principales preocupaciones. Poco espacio al relevo de la ministra de Sanidad y Consumo Elena Salgado por Bernat Soria y las nuevas caras en el Consejo Interterritorial por parte de Asturias, Cantabria, Castilla y León, etc hasta nueve cambios. Cambios en subsecretarías, cambio en la dirección del Instituto Carlos III con Flora de Pablo al frente, con quien compartimos espacios en el último congreso de la AEN,... Muchos cambios, y si bien el cambio del ministerio de Sanidad era la muerte anunciada de una ministra que había abierto heridas importantes (la polémica Ley Antitabaco, una casi inexistente relación con Farmaindustria, puesta en marcha de la nueva Ley del Medicamento, una ley antialcohol *objeto de malas interpretaciones* que no llegó a aplicarse,...) con Bernat Soria la industria farmacéutica volvía a la carga con sus reivindicaciones, entre ellas destinar 300 millones de euros, durante los próximos cinco años, a la investigación de enfermedades raras o reclamar incentivos para que las empresas puedan invertir en I+D sin riesgo de perder la exclusividad.

Muchos frentes están abiertos: prescripción por enfermería de productos sanitarios —y no

necesariamente de medicamentos— con enfrentamientos entre médicos y enfermeros en torno al alcance de la capacidad prescriptora de estos últimos; ceses de directores y profesionales competentes para integrar a otros de sobrada mediocridad cuando no dejar vacantes algunas jefaturas. Comprobamos que el problema no está en una gerencia concreta, si no en el modelo sanitario que se está implantando en algunas comunidades y puede extenderse desarrollándose en tres etapas:

- 1) Separar la *basura* (los servicios comunitarios y sus crónicos) de la parte *guapa* (los hospitales), para lo cual tienen que anular los proyectos de integración y a quienes los lideran.
- 2) Reservar los hospitales ya “saneados” de líderes e iniciativas pioneras para la sanidad pública y “externalizar” la basura.
- 3) Facilitar la creación de hospitales privados que poco a poco irán fagocitando los recursos más interesantes de la red pública.

La ausencia de oposición facilita este proceso, siendo el problema más serio de todo esto que esa reforma, una vez consolidada, tiene difícil reparación.

Las políticas de personal están en crisis, pues a pesar de que en octubre de 2007, se estipuló el presupuesto sanitario para 2008, con un incremento del 14,47 por ciento respecto al del ejercicio anterior, España sigue a la “cola” en cuanto a remuneración del personal

entre los diez países europeos más desarrollados. Además Sanidad y Asuntos Sociales no convergen en el desarrollo de la Ley de Dependencia. Demasiadas cuestiones encontradas en el ámbito estatal y muchas también en las diversas comunidades autónomas. Por su enorme actualidad me detendré brevemente en la cuestión del aborto, el déficit de especialistas y el uso y disfrute de algunos incentivos.

Plazos para una ley

Hace nueve años fue presentada una proposición de ley para incluir un cuarto supuesto tratando de despenalizar el aborto ante situaciones de ambigüedad diagnóstica; tres empaques dejaron las cosas como estaban. Hace cuatro años esta reforma no era prioritaria. Hoy dicen que es inoportuna una ley de plazos en los que sea posible interrumpir el embarazo por la cercanía de la contienda electoral señalando que lo oportuno es una *reflexión tranquila sobre la eventual reforma* de la ley de aborto ampliando los actuales tres supuestos de despenalización: violación (hasta 12 semanas), malformación del feto (hasta las 22 semanas) y riesgo para la salud física o psíquica de la madre (sin plazos). Se pensó que podrían darse los diferentes casos de aborto voluntario siempre que un médico, un psiquiatra, emitiera un informe indicando el *peligro del embarazo o del futuro parto para la salud psíquica de la mujer embarazada*.

No obstante, el diagnóstico de daño psíquico es complejo y, en la práctica, su valoración ha conducido a numerosas injusticias con ginecólogos, psicólogos y psiquiatras, con clínicas autorizadas donde se practica interrupciones, sobre todo con muchas mujeres afectadas, por no señalar comunidades autónomas —cómo ocurre en Navarra— donde no se realiza un solo aborto ante campañas de acoso y objeciones varias de objetores en la sanidad pública, que no lo son en la privada. Azuzando climas de sospecha y criminalización tanto de las mujeres como de las y los profesionales con campañas políticas de sectores fundamentalistas que tratan de

impedir que las mujeres puedan interrumpir voluntariamente su embarazo en los supuestos que marca la ley. A señalar que solo el 2,9% de los abortos se realiza en hospitales públicos.

La actual regulación de la interrupción voluntaria del embarazo convierte a los psiquiatras en elementos clave para el ejercicio de este derecho de las mujeres al establecer el riesgo para la salud de la madre como uno de los supuestos (junto a la violación o el riesgo de malformaciones fetales) en los que tal intervención puede llevarse a cabo. Al psiquiatra le toca certificar que tal riesgo existe. Y nos consta que, en algunos centros de salud mental en nuestro país casi una de cada cinco de las personas que consultan por primera vez lo hace para pedir esta certificación.

Las mujeres que desde que se promulgó la norma han interrumpido un embarazo porque era no deseado (con seguridad una mayoría de las que lo han interrumpido) lo han podido hacer, en ocasiones, o porque han mentido al psiquiatra en la entrevista o porque el psiquiatra ha mentido en el certificado. Es penoso que la ley, tal como está hoy día, se sustente sobre mentiras.

Es para indignarnos ante tal situación pero, al final, las mujeres son las grandes perjudicadas. Por eso urgen las medidas gubernamentales. De momento, de inmediato, las autoridades sanitarias han de garantizar tanto la salud y la seguridad de las mujeres como el derecho a su intimidad y protección de la información clínica, tal y como establece la vigente Ley de Protección de Datos. Después, la ley de plazos exigida por la realidad social y basada en una decisión libre que termine con todos estos enmascamientos tras un dictamen pretendidamente técnico, en suma una la ley más justa.

Déficit de especialistas

Aunque el déficit de médicos es selectivo, para algunas especialidades y en determinadas



áreas geográficas, sus efectos y repercusiones han pasado de ser una preocupación exclusiva de los responsables institucionales a generar alarma social. Nos dicen que faltan 9000 médicos en España, 3000 especialistas, aunque otros minimizan estas cifras. Tres de cada diez médicos o más tienen más de 50 años y las tendencias señalan que el panorama empeorará si no se toman medidas urgentes. Además, la creación de nuevos centros hospitalarios y residenciales así como el desarrollo de la Ley de Dependencia van a precisar mayor número de personal sanitario de todo tipo. Es previsible que el déficit actual se acentúe por factores que afectan tanto a la oferta como a la demanda de profesionales. Son factores que además refuerzan los desequilibrios ya existentes en el mercado laboral.

El Estado Español tiene una tasa de médicos colegiados elevada, 414 por 100.000 habitantes cuando la media europea es de 300, pero no hay que olvidar que solo el 57% trabaja en el sistema público de salud y en algunas comunidades como La Rioja y Navarra son menos de la mitad de los médicos colegiados quienes están en la sanidad pública.

Ante esta realidad tras la ausencia histórica de planificación del necesario número de especialistas, nos confunden esas voces que airean la amalgama de iniciativas institucionales: potenciar programas docentes MIR, dotar a las autonomías de los recursos necesarios, favorecer contratos a quienes terminan la formación de MIR, simultanear dos puestos de trabajo en la sanidad pública, atraer a una parte de los 5.500 médicos que trabajan en el extranjero, e incentivos de uno u otro cariz que eviten la marcha de personal sanitario cualificado. La UE está haciendo esfuerzos para homogeneizar los planes de estudio, grados y titulaciones universitarias, como un paso más hacia la efectiva circulación de la mano de obra entre los países integrantes. La reacreditación o recertificación

periódica de todos los médicos es una alternativa desarrollada en otros países.

Nos tememos que algunas medidas podrían deteriorar la calidad asistencial o favorecer los contratos basura, también en el ámbito de la salud mental. Estamos ante un problema cuya resolución dependerá de cambios en las políticas de salud y educativas. Cuestiones de Ministerios que aborden los principales desequilibrios estructurales del empleo en el sector sanitario, así como las distintas opciones políticas disponibles. Antes será preciso conocer cuantos médicos son necesarios, en qué lugares y para que actuaciones.

Incentivos y carrera profesional

Hace poco leía unas reflexiones de mi amigo Luis Palomo, experto investigador e ilustrado en salud pública. Cuando un profesional duda entre diversas opciones porque la conciencia moral de su tiempo es ambigua (precio vs valor; eficiencia vs equidad; crecimiento vs sostenibilidad; enriquecimiento vs solidaridad...) o no está seguro de lo que se espera de él (medicalizar vs prevenir; curar vs cuidar; integralidad vs inmediatez; resolver vs derivar...). O no están definidas sus metas tratar vs ahorrar; filtrar vs complacer...), transita en una crisis ética pues no sabe qué opción tomar. Esta crisis se agudiza si se carece de estímulos externos adecuados. Si los profesionales no valoran el bien interno que se persigue con el ejercicio de la medicina (ser buen médico) y ejercen en base a los bienes externos (dinero, prestigio, poder social) puede ser notorio el acceso a la corrupción de las actividades profesionales¹.

Un profesional de la salud, también salud mental por supuesto, precisa gran autoestima para soportar la dureza de la actividad asistencial y ello requiere de apoyo institucional y una promoción clara hacia la excelencia, caso contrario la institución funcionará mal.

¹ Luis Palomo. Uso y disfrute de los incentivos. *Salud 2000*, 2007, nº 114:22-27.



Hasta hace unos 10 años el único mecanismo externo era el salario corregido con algunos complementos. En la década de los 90 se introdujo el cumplimiento de la cartera de servicios y en estos últimos años, incentivar el ahorro farmacéutico y, en este último año, la carrera profesional.

Casi todas las CC.AA. han puesto en marcha su modelo de carrera profesional. Y en algunas, modelos de promoción y desarrollo para trabajadores no sanitarios para evitar agravios comparativos. Esta heterogeneidad puede afectar negativamente a la movilidad de unas a otras comunidades donde las diferencias salariales puedan ser importantes. También hay otros inconvenientes de los modelos de carrera profesional: 1) Se concibe como una mera incentivación económica desigual; 2) introduce elementos variables en concepto en un proceso en sí mismo irreversible; 3) introduce incertidumbres en valoraciones que debieran ser más concretas; 4) introduce elementos de arbitrariedad (porcentajes del 25% de puntuación máxima es de índole valorativa subjetiva); 5) introduce elementos discriminatorios entre profesionales urbanos y rurales, docentes y no docentes, fijos y no fijos, igualmente “profesionales” todos ellos.

Hay buenos profesionales que se mueven también por bienes internos a la profesión y para quienes sería deseable que la recompensa por su buen hacer y los años de dedicación no se limitase a estímulos económicos. La disponibilidad de tiempo para dar o recibir formación, tiempo exento de la asistencia para dedicarlo a otras actividades (investigación, docencia, tutorías, interconsultas, actividades de gestión, etc), o por tiempo ganado para la vida privada. Eso sí, sin tener que incentivar por el cumplimiento de actividades propias de la profesión. Es compleja ciertamente la cuestión de los incentivos, pero el derecho y disfrute de incentivos externos no debiera comprometer la motivación intrínseca del profesional.

Desencuentros

En el apartado para *la Reflexión* de esta publicación se han incluido varios artículos sobre la atención sociosanitaria de la población inmigrante, o sobre donde poner el énfasis ante las personas con enfermedad mental con la “ley de dependencia” en la mano; también sobre el proceso de transición vivido en la red de centros de salud mental extrahospitalaria, o los comentarios críticos al tipo de examen OPE de Psiquiatría. Queda pendiente un estudio sobre los elevados costes económicos y organizativos del sistema de selección OPE en los meses previos y en las fechas de exámenes.

Continúan las protestas en Castilla-León ante la paralización de las negociaciones por la Gerencia Regional de Salud, pendientes desde la legislatura anterior. El acceso a la carrera profesional de colectivos excluidos (médicos inspectores, personal interino,...), la jornada de la tarde, la mala situación de los servicios de urgencia, etc., están entre las cuestiones a negociar. En Cantabria, Asturias y La Rioja se quejan porque son las autonomías donde peor se pagan las horas de atención continuada, por los incumplimientos de acuerdos sobre la carrera profesional y la OPE. Y qué decir del País Vasco donde el gobierno autonómico ha aprobado por decreto la carrera profesional y las condiciones de trabajo sin llegar a acuerdos con el 90% de la representación sindical —el 95% en la psiquiatría— que sigue tratando de evitar la discriminación entre categorías y entre fijos o no fijos, al tiempo que dice aspirar a mejorar las condiciones de trabajo, las condiciones salariales y una asistencia sanitaria de calidad. Es ya hora de que negocien las partes y resuelvan malestares incubados durante años. Es hora del reencuentro.

31-I-2008

I. Markez





Marcadores biológicos en el diagnóstico diferencial de los trastornos bipolares¹.

Mercedes Zumárraga, Aurora Arrue, M. Isabel Zamalloa, Ricardo Dávila

Hospital Psiquiátrico de Zamudio. Departamento de Investigación Neuroquímica

Nieves Basterreche

Hospital Psiquiátrico de Zamudio. Unidad de Hospitalización de Corta Estancia

Wendy Dávila

Cassel Hospital. London. United Kingdom

Resumen

Presentamos un resumen de la discusión de los resultados más relevantes de un trabajo que tiene como objetivo la búsqueda de marcadores genéticos y neuroquímicos, en relación a diferentes subtipos de pacientes bipolares tipo I. Los pacientes ingresaron en la Unidad de Hospitalización de Corta Estancia del Hospital Psiquiátrico de Zamudio.

Palabras clave:

Trastorno bipolar. Síntomas psicóticos. Catecol-Oxi-Metil-Transferasa. Ácido homovanílico.

Introducción

El diagnóstico del paciente en el que coexisten síntomas afectivos y síntomas psicóticos entraña cierta dificultad. La complejidad es aún mayor cuando los síntomas psicóticos que acompañan a los de tipo afectivo son incongruentes con el estado de ánimo. En muchas ocasiones es difícil precisar si el paciente padece un trastorno esquizofrénico, un trastorno esquizoafectivo o un trastorno bipolar. Aún hoy día las distintas clasificaciones diagnósticas vigentes, DSM-IV-TR (APA, 2000), CIE-10 (WHO, 1992), mantienen sus diferencias.

Es necesario aumentar la validez de los diagnósticos psiquiátricos y, establecer estrategias clasificatorias comunes, si queremos avanzar en el estudio de la etiopatogenia de estas enfermedades y por tanto en su tratamiento.

Los marcadores biológicos ayudarían en esta cuestión y así la clínica, a veces tan subjetiva, no decidiría por sí sola a que subgrupo diagnóstico pertenece un paciente determinado.

¹ Texto basado en la ponencia presentada en el Simposio sobre "Crisis y Contención", organizado por la AEP y la Fundación OMIE, celebrado el 18 de junio de 2007 en el H. Palacio de Oriol (Santurce).



Datos Clínicos

En los pacientes bipolares de nuestro estudio las características clínicas se ven condicionadas por el lugar en el que se realizó el trabajo. Los pacientes pertenecían a una unidad de hospitalización de agudos, de un centro psiquiátrico monográfico, incluido dentro de la red de la sanidad pública. Esto determinó la inclusión en el proyecto de un conjunto de pacientes bipolares de especial gravedad, con una alta presencia de síntomas psicóticos.

Entre nuestros pacientes destaca la gran proporción de casos con síntomas psicóticos (83%). Azorín y cols. (2006) encuentran un 50% de casos sin síntomas psicóticos y un 50% de casos con síntomas psicóticos, pero hay que señalar que parte de sus casos provienen de hospitales privados y el perfil del paciente difiere en gran medida del nuestro. Keck y cols. (2003), encuentran un 68% de casos con síntomas psicóticos, pero su muestra estaba constituida por pacientes bipolares ambulatorios. Goodwin y Jamison (1990) proponen que de un 50 a un 75% de los pacientes bipolares han tenido al menos una vez en su vida un síntoma psicótico, y que sobre todo, esto ocurre en las fases maníacas. Fenning y cols. (1996) y Tohen y cols. (2003) estudiando las fases tempranas del trastorno bipolar encuentran entre un 63 y un 83% de pacientes con síntomas psicóticos.

Dentro de los casos con síntomas psicóticos de nuestra muestra, la proporción de pacientes con síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo es mucho mayor (82%) que la de congruentes. A pesar de que el DSM-IV (1994) afirma que los síntomas psicóticos congruentes son más frecuentes que los incongruentes, en la literatura encontramos numerosos datos en sentido opuesto, acordes con nuestros resultados. Tohen y cols. (1992) encuentran un 29,6% de casos con síntomas congruentes, un 48,1% con síntomas incongruentes y un 22,1% con ambos tipos. Burch y cols. (1994) tienen en su muestra un 40% de

casos con síntomas congruentes, un 2,5% de incongruentes y un 57% de ambos tipos. El DSM-IV (1994) no indica con claridad cómo clasificar a los pacientes con ambos tipos de síntomas. Hay autores que se fijan en el subtipo de síntoma predominante, otros aconsejan analizar el contenido de los delirios incongruentes para ver si son o no independientes de los congruentes. Nosotros como Toni y cols. (2001), hemos clasificado a los pacientes en congruentes o incongruentes, según la ausencia o presencia respectivamente, de síntomas psicóticos incongruentes. Nos parece una forma más clara y objetiva de realizar esta tarea.

Opinamos que la predominancia de un síntoma u otro muchas veces es una fase temporal dentro de un mismo episodio y que al analizar el contenido de un delirio influye mucho la subjetividad.

Datos genéticos

La influencia genética en la aparición del trastorno bipolar es bien conocida, se han realizado numerosos estudios de linkaje y asociación que sugieren la participación de varias regiones del genoma humano, aunque ninguno de estos hallazgos se ha comprobado definitivamente (Badner y Gershon, 2002; Angelova y cols., 2003). Destacan los estudios de las variantes en el gen codificador de la catecol-oxi-metil transferasa (COMT), enzima de la vía catabólica de las catecolaminas: en particular sobre el polimorfismo Val108/158Met (Gutierrez y cols., 1997; Weinberger y cols., 2001) y en el gen de la monoamino-oxidasa A.

El polimorfismo Val108/158Met consiste en una sustitución de una "G", guanina, por "A", adenosina, en su ADN codificador que hace que el aminoácido valina se sustituya por metionina en la enzima; este aminoácido ocupa el lugar 108 en la enzima soluble y el 158 en la ligada a la membrana. Recientemente, se ha asociado el polimorfismo Val108/158Met con relevantes fenotipos neuropsiquiátricos



(Weinberger y cols., 2001; Bilder y cols., (2004). Las asociaciones se fundamentan en la distinta capacidad que tienen los distintos alelos para catabolizar la dopamina (DA), siendo el homocigoto Val-Val más activo que el Met-Met (Weinshilboum, 1999). Sería así posible que una mayor o menor actividad dopaminérgica, condicionada por la presencia de uno u otro alelo, facilitara la emergencia de una determinada patología motora o psiquiátrica.

En nuestro grupo de pacientes la distribución del genotipo estudiado de la COMT era similar al de la población sana del mismo origen étnico (Gutierrez y cols., 1997; Kunugi y cols., 1997). Cuando estudiamos la distribución de este genotipo según la presencia de sintomatología psicótica, observamos una mayor concentración de pacientes con síntomas psicóticos en el genotipo Val/Val de la COMT (Basterreche y cols., VII IRBD, 2007), que es el de alta actividad catabólica, respecto al resto de genotipos, datos que confirman nuestros hallazgos previos (Dávila y cols., 2006). Esto no significa que los todos los pacientes con síntomas psicóticos sean portadores del genotipo Val/Val, puesto que hay también muchos pacientes psicóticos en los otros genotipos. Es más probable que este genotipo sea un factor de riesgo, que unido a otros factores, favorezca la aparición de esta sintomatología.

La importancia funcional del polimorfismo Val(108/158)Met del gen de la COMT se explica parcialmente por su influencia en la actividad dopaminérgica, sobre todo en la corteza prefrontal donde la presencia del transportador de dopamina, responsable de la inactivación por recaptación, es prácticamente inexistente. La actividad elevada de COMT (Val-Val) originaría una disminución de la actividad dopaminérgica cortical y consecuentemente una activación de la actividad dopaminérgica subcortical, lo que es coherente con una de las hipótesis sobre la etiopatogenia de los síntomas psicóticos.

Datos Neuroquímicos

Buena parte de las dificultades diagnósticas del trastorno bipolar nacen del hecho de no haber podido definir unas bases objetivas para explicar su etiopatogenia. En un intento de hallar sustratos biológicos que faciliten esta tarea de diagnóstico y clasificación, se han atribuido al trastorno bipolar distintas alteraciones en los diversos sistemas de neurotransmisión, singularmente dopaminérgicos, noradrenérgicos y gabaérgicos, con algunos logros sugestivos pero poco definitivos (Bowers, 1993; Young y cols., 1994).

El hecho de que los fármacos neurolépticos sean eficaces en la manía, que los agonistas dopaminérgicos puedan precipitar un cuadro maniaco y que se hayan encontrado elevaciones del ácido homovanílico (HVA), metabolito de la dopamina, en el líquido cefalorraquídeo de pacientes maniacos y mixtos, hizo que se implicara a la dopamina en la fisiopatología de este síndrome (Basterreche y cols., 2006).

Una forma indirecta de valorar la actividad de los neurotransmisores es medir su concentración o la de sus metabolitos en el plasma. Los metabolitos plasmáticos tienen su origen tanto en el cerebro como en la periferia, sin embargo, cuando se miden en condiciones controladas (Dávila, 1989; Kaminski y cols., 1990) reflejan lo que ocurre en el cerebro, especialmente cuando se observan variaciones producidas por un estímulo.

En estudios previos, con pacientes esquizofrénicos, encontramos que las variaciones en la concentración del HVA plasmático, metabolito de la dopamina, producidas por el tratamiento neuroléptico se correlacionaban con la respuesta clínica (Dávila y cols., 1987) de manera que un mayor incremento inicial y un mayor decremento posterior eran indicativos de una mejor respuesta a largo plazo. También se ha encontrado que una mayor concentración de este metabolito, cuando los pacientes estaban



sin tratamiento, se correlacionaba con una mayor gravedad inicial y con una mejor respuesta (Davidson y Davis, 1987).

En nuestro trabajo hemos encontrado una mayor concentración del HVA plasmático en los pacientes que eran portadores del genotipo Val/Val, que era el grupo en que había una mayor proporción de pacientes con síntomas psicóticos. En este mismo subgrupo también se aprecia una mayor dispersión de los datos. Una gran dispersión en valoraciones de la actividad dopaminérgica se ha observado en distintos estudios con pacientes esquizofrénicos. Nosotros, recientemente, encontramos que una mayor variabilidad individual en este metabolito plasmático se relacionaba con un mejor pronóstico clínico (Zumárraga y cols., 2007). Es posible que esta gran variabilidad refleje un mayor desequilibrio, pero también es compatible con un esfuerzo del sistema por recobrar el equilibrio, y en este caso, reflejaría no una mayor inestabilidad sino una mayor plasticidad, lo que concuerda con los resultados clínicos. Cuando comparamos los valores del HVA plasmático entre los pacientes que tenían síntomas congruentes o incongruentes con el estado de ánimo, observamos que los individuos con síntomas psicóticos congruentes tienen una mayor concentración y dispersión en este metabolito que los que tienen síntomas incongruentes. Dado que los pacientes con síntomas incongruentes tienen un peor pronóstico, la mayor concentración y variabilidad del HVA plasmático en los pacientes con sintomatología congruente podría, de nuevo, reflejar un sistema más plástico y una mejor respuesta a largo plazo.

Conclusiones

Hoy día se diseñan trabajos de investigación complejos, se utilizan pruebas sofisticadas, y sin embargo los clínicos seguimos aún sin estar de acuerdo, a veces, en el diagnóstico de los pacientes que estudiamos.

Los marcadores biológicos ayudarían en esta cuestión y así la clínica, a veces tan subjetiva, no decidiría por sí sola a que grupo diagnóstico pertenece un paciente determinado.

En nuestra opinión, la determinación de las concentraciones de ciertos metabolitos, como expresión de ciertos genes y como respuesta al entorno, significarían un añadido conveniente para estudiar simultáneamente en cada paciente un elevado número de características biológicas genéticamente condicionadas, y poder así definir objetivamente subgrupos de pacientes.

Agradecimientos

Trabajo financiado en parte por la ayuda del FIS y Fondos FEDER, PI051814; por la ayuda del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, 2006111050; y por la ayuda de la Fundación Bioef BIO/06/LF/006.

Contacto:

Eduarne Basterretxe. Hospital Psiquiátrico de Zamudio. Arteaga Auzoa 45. 48170 Zamudio. e-mail: eduarne.basterreche@osakidetza.net



BIBLIOGRAFÍA

- Anguelova, M., Benkelfat, C., Turecki, G. (2003). A systematic review of association studies investigating genes coding for serotonin receptors and the serotonin transporter 1: Affective disorders. *Mol Psychiatry*, 8, 574–591.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Four Edition. American Psychiatric Association, Washington.
- American Psychiatric Association, (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM—IV—TR). American Psychiatric Association, Washington.
- Azorin, J.M., Akiskal, H., Hantouche, E. (2006). The mood—instability hypothesis in the origin of mood—congruent versus mood—incongruent psychotic distinction in mania. *J Affect Disord*, 96, 215–223.



- Badner, J.A., Gershon, E.S. (2002). Meta-analysis of whole-genome linkage scans of bipolar disorder and schizophrenia. *Mol Psychiatry*, 7, 405–411.
- Basterreche, N., Zumárraga, M., Dávila, R., Anguiano, J.B., Arrúe, A. (2006). Disminución de la actividad noradrenérgica durante el tratamiento en pacientes bipolares: independencia de los polimorfismos de la COMT. *Psiquiatr. Biol.*, 16 (6), 198–203.
- Basterreche, N., Zumárraga, M., Dávila, R., Arrúe, A., Zamalloa, M.I., Pinilla, E., Guimón, J., Anguiano, J.B. (2007). Bipolar patients with the COMT Val108/158Met genotype are psychotic or they will be in the near future. *The Seventh International Review of Bipolar Disorders*. Roma.
- Bilder, R.M., Volavka, J., Lachman, H.M., Grace, A.A. (2004). The COMT polymorphism: relations to the tonic-phasic dopamine hypothesis and neuropsychiatric phenotypes. *Neuropsychopharmacology*, 29, 1943–1961.
- Bowers M.B. (1993). Psychotic patients with increased plasma HVA and MHPG or increased HVA alone. *Biol Psychiatry*, 34, 584–586.
- Burch, E.A., Anton, R.F., Carson, W.H. (1994). Mood-congruent and incongruent psychotic depressions: are the same?. *J Affect Disord*, 31, 275–280.
- Davidson, M., Davis, K.L. (1987). A comparison of plasma homovanillic acid concentrations in schizophrenic patients and normal controls. *Arch Gen Psychiatry*, 20, 307–312.
- Dávila, R.; Zumárraga, M.; Andía, I.; Perea, K.; Friedhoff, A.J. (1987). Elevation of plasma homovanillic acid can be detected within four hours after initiation of haloperidol treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 44 (9), 837–938.
- Dávila, R. (1989). Plasma HVA, neuroleptics and dopaminergic plasticity. *Biol Psychiatry*, 25, 1–3.
- Dávila, R., Zumárraga, M., Basterreche, N., Arrúe, A., Zamalloa, M.I., Anguiano, J.B. (2006). Influence of the catechol-O-methyltransferase Val108/158Met polymorphism on the plasma concentration of catecholamine metabolites and on clinical features in type I bipolar disorder. *J Affect Disord*, 92, 277–281.
- Ghaemi, S.N., Sachs, G.S., Chiou, A.M., Pandurangi, A.K., Goodwin, F.K. (1999). Is bipolar disorder still underdiagnosed?. *J Affect Disord*, 52, 135–144.
- Geller, B., Luby, J. (1997). Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36, 1168–1176.
- Goodwin, F.K., Jamison, K.R. (1990). *Manic-Depressive Illness*. Oxford University Press, New York, N.Y.
- Gutierrez, B., Bertranpetit, J., Guillaumant, R., Valles, V., Arranz, M.J., Kerwin, R., Fañanas, L. (1997). Association analysis of the catechol-O-methyltransferase gene and bipolar affective disorder. *Am J Psychiatry*, 154, 113–115.
- Fenning, S., Bromet, E.J., Tanenberg, K.M. (1996). Mood-congruent versus mood-incongruent psychotic symptoms in first-admission patients with affective disorder. *J Affect Disord*, 37, 23–29.
- Hirschfeld, R.M.A., Williams, J.B.W., Spitzer, R.L., Calabrese, J.R., Flynn, L., Keck, P.E., Lewis, L., McElroy, S.L., Post, R.M., Rappaport, D.J., Russell, J.M., Sachs, G.S., Zajecka, J. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*, 157, 1873–1875.
- Kaminski, R., Powchick, P., Warne, P.A., Goldstein, M., McQueeney, R.T., Davidson, M. (1990). Measurement of plasma homovanillic acid concentrations in schizophrenic patients. *Prog Neuro-Psychopharmacol and Biol Psychiatry*, 14, 271–87.
- Keck, P.E., McElroy, S.L., Rochussen, J., Altschuler, L.L., Nolen, W.A., Frye, M.A., Suppes, T., Denicoff, K.D., Kupka, R., Leverich, G.S., Rush, A.J., Post, R.M. (2003). Psychosis in bipolar disorder: phenomenology and impact on morbidity and course of illness. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 263–269.
- Kunugi, H., Vallad, H.P., Hoda, F., Kirov, G., Gill, M., Aitchinson, K.J., Ball, D., Arranz, M.J., Murray, R.M., Collier, D.A. (1997). No evidence for an association of affective disorders with high or low activity allele of catechol-O-methyltransferase gene. *Biol Psychiatry*, 42, 282–285.
- Meltzer, H.Y., Li, Z., Kaneda, Y., Ichikawa, J. (2003). Serotonin receptor: their key role in drugs to treat schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol & Biol Psychiatry*, 27, 1159–1172.
- Peters, M., Maloteaux, J.M., Hermens, E. (2003). Distinct effect of amantadine and memantine on dopaminergic transmission in the rat striatum. *Neurosci Lett*, 343, 205–209.
- Seeman, P., Winshenker, D., Quirion, R., Srivastava, L.K., Bhardwaj, S.K., Grandy, D.K., Premont, R.T., Sotnikova, T.F., Boksa, P., El-Ghundi, M., O’Dowd, B.F., George, S.R., Perreault, M.L., Mannisto, P.T., Robinson, S., Palmiter, R.D., Talleiro, T. (2005). Dopamine supersensitivity correlates with D2 high states, implying many paths to psychosis. *Proc Natl Acad Sci USA*, 102, 3513–3518.
- Tohen, M., Tsuang, M.T., Goodwin, B.S. (1992). Prediction of outcome in mania by mood-congruent or mood-incongruent psychotic features. *Am J Psychiatry*, 149, 1580–1584.
- Tohen, M., Zarate, C.A., Hennen, J., Kaur Khalsa, H.M., Strakowski, S.M., Gebre-Medhin, P., Salvatore, P., Baldessarini, R.J. (2003). The Meehan-Harvard First-Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence. *Am J Psychiatry*, 160, 2099–2107.
- Toni, C., Perugi, G., Mata, B., Madaro, D., Marenmani, I., Akiskal, H.S. (2001). Is mood-incongruent manic psychosis a distinct subtype?. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 251, 12–17.
- Weinberger, D.R., Egan, M.F., Bertolino, A., Callicot, J.H., Mattay, V.S., Lipska, B.K., Berman, K.F., Goldberg, T.E. (2001). Prefrontal neurons and the genetics of schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 50, 825–844.
- Weinshilboum, R.M., Otterness, D.M., Szumlanski, C.L. (1999). Methylation pharmacogenetics: catechol-O-methyltransferase, thiopurine methyltransferase, and histamine N-methyltransferase. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 39, 19–52.
- World Health Organization. (1992). Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, revision 10 (ICD-10). World Health Organization, Ginebra.
- Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*, 133, 429–435.
- Young, L.T., Warsh, J.J., Kish, S.J., Shannak, K., Hornykeiwick, O. (1994). Reduced brain 5-HT and elevated NE turnover and metabolites in bipolar disorder. *Biol Psychiatry*, 35, 121–127.
- Zumárraga, M., Dávila, R., Gonzalez-Torres, M.A., Anguiano, J. B., Zabaló, M. J., Basterreche, N., Arrúe, A., Zamalloa, M. I., Guimón, J. (2007). Inter- and intra-individual variability in the levels of plasma homovanillic acid in schizophrenic patients. *Prog Neuropsychopharmacol & Biol Psychiatry*, 31, 713–719.



Potenciación del tratamiento antidepresivo con Aripiprazol

Pablo Malo Ocejo, Enrique Aragüés Ortiz de Zárate, Maria Etxebeste Portugal, Luis Pacheco Yáñez, Maria Estibaliz Azkarraga Orbe
CSM Bombero Etxaniz. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Bilbao

Resumen

Presentamos un estudio abierto en el que se utiliza Aripiprazol como potenciador del tratamiento antidepresivo pautado, en una muestra de 38 pacientes con Depresión Refractaria al Tratamiento. Se observa una buena respuesta en 17 pacientes. Un número aún mayor de pacientes presenta una buena respuesta inicial pero esta mejoría desaparece en las primeras semanas.

Palabras clave: Depresión refractaria. Potenciación. Aripiprazol.

Summary

38 patients with Treatment-Resistant Depression were treated with open-label aripiprazole in addition to their previous medication. 17 patients were classified as responders. More patients showed a good response in the first weeks but the improvement did not last.

Key words: Treatment-Resistant Depression. Augmentation. Aripiprazole.

Introducción

La Depresión Resistente al tratamiento (DRT) es un importante problema clínico y social. Se calcula que por lo menos un 50% de los pacientes tratados con antidepresivos no responden a un primer tratamiento y que hasta el 30% no responden después de varios ensayos terapéuticos (Hirschfeld y cols, 2002). Estos pacientes consumen una gran cantidad de recursos terapéuticos, a lo que hay que añadir la repercusión familiar, laboral y el posible riesgo de suicidio, por lo que los costes totales que representa la sitúan como un problema sanitario de primera magnitud.

El primer problema con el que nos encontramos en este terreno es precisamente la propia definición de los conceptos básicos, empezando por la propia definición de DRT. No existen unos criterios unificados para valorar esa resistencia al tratamiento existiendo diferentes clasificaciones en función del número y del tipo de ensayos terapéuticos realizados. Una de las más citadas es la de Thase y colaboradores (Thase y Rush, 1997), que establece diversos grados de resistencia y orienta a la vez hacia el tipo de terapias que se pueden intentar en posteriores estadios.

Clasificación por estadios de la Depresión Resistente al Tratamiento (Thase y Rush, 1997)

Estadio I	Fracaso de un ensayo adecuado con un antidepresivo de una clase
Estadio II	Fracaso de ensayos adecuados con dos antidepresivos de diferente grupo
Estadio III	Estadio II más fracaso de un ensayo adecuado con Antidepresivos Tricíclicos
Estadio IV	Estadio III más fracaso de un ensayo adecuado con IMAO
Estadio V	Estadio IV más fracaso de un tratamiento adecuado con TEC

Un segundo problema es la definición de lo que constituye un ensayo terapéutico razonablemente suficiente o adecuado. En épocas anteriores en las que los antidepresivos más utilizados eran los antidepresivos tricíclicos se marcó por algunos autores el límite de 300 miligramos de imipramina o equivalente (Quitkin, 1985), aunque existían dudas con respecto a la superioridad de esta dosis sobre la de 150 mg. En la actualidad, se admite como ensayo adecuado el empleo de un ISRS durante 6–8 semanas. Otras definiciones operativas, aunque pueden ser discutidas serían:

- Respuesta al tratamiento: reducción del 50%, como mínimo de los síntomas, medidos por las diferentes escalas existentes, con una puntuación por ejemplo en la escala HAM–D de 15 o inferior
- Respuesta Parcial: reducción de los síntomas mayor del 25% pero inferior al 50%
- Falta de respuesta: ausencia de una reducción de síntomas significativa clínicamente (menor del 25%)
- Remisión: ausencia de síntomas depresivos o presencia de síntomas residuales mínimos (puntuación menor de 7 en la HAM–D)
- Recuperación: No sería lo mismo que Remisión, definiéndose como la ausencia de criterios DSM para Trastorno Depresivo Mayor durante al menos 8 semanas.

- Recaída: Un nuevo episodio en los 6 primeros meses después de conseguirse una respuesta.
- Recurrencia: Un nuevo episodio después de 6 meses. Se considera que en la recaída se trata del mismo episodio depresivo original mientras que la recurrencia representa la aparición de un nuevo episodio.

Como factores de riesgo para la aparición de DRT se mencionan la gravedad de la depresión, la presencia de otras enfermedades médicas o psiquiátricas, el abuso de alcohol o drogas, el uso de dosis inadecuadas de antidepresivos, la falta de cumplimiento o un diagnóstico erróneo. También se ha sugerido la posibilidad de que exista una predisposición familiar a la mala respuesta a antidepresivos.

Las estrategias farmacológicas (dejando a un lado el empleo de otras alternativas como la psicoterapia, el TEC, etc.) utilizadas en los casos de DRT son muy variadas incluyendo:

- Optimización: forzar la dosis hasta la máxima recomendada o tolerada por el paciente y prolongar la duración del tratamiento, sin realizar otros cambios.
- Potenciación: empleo de sustancias que no son primariamente medicamentos antidepresivos (como Litio, pindolol, hormona tiroidea, etc.).



- **Combinación:** utilización de varios fármacos con efecto antidepresivo, habitualmente con diferente mecanismo de acción.
- **Sustitución:** retirada del tratamiento actual e instauración de un tratamiento antidepresivo distinto.

Dentro del apartado de las estrategias de potenciación podemos incluir la combinación de antidepresivos con medicamentos antipsicóticos, principalmente antipsicóticos de nueva generación o atípicos. Existen estudios —algunos doble ciego— apoyando, por ejemplo, la eficacia de la Olanzapina (Shelton y cols, 2001), la Risperidona (Stahl and Shelton, 2001) y la Quetiapina (Calabrese et al, 2004), principalmente en depresiones bipolares así como otros trabajos realizados con depresiones unipolares (Nemeroff, 2004).

El Aripiprazol es el último antipsicótico comercializado en nuestro país. Se trata de un agonista parcial de los receptores dopaminérgicos D2 y, como tal, se supone que funciona como un modulador del sistema dopaminérgico. Esto significa que conserva o facilita la neurotransmisión dopaminérgica cuando es demasiado baja y reduce la transmisión dopaminérgica cuando es demasiado elevada. Además, El Aripiprazol es un agonista parcial de los receptores serotoninérgicos 5-HT1A y un antagonista de los receptores serotoninérgicos 5HT2A. También para el Aripiprazol existen informes de casos clínicos y estudios abiertos que avalan su eficacia en las depresiones bipolares y en los síntomas depresivos de la esquizofrenia así como en la DRT (Simon, 2005; Patkar, 2006; Pae, 2006; Papakostas, 2005).

Dada la existencia en nuestro centro de un grupo importante de pacientes resistentes al tratamiento en los que han fracasado todas las estrategias mencionadas anteriormente, decidimos ensayar en ellos una estrategia de potenciación con Aripiprazol.

Sujetos y Método

En primer lugar queremos hacer algunas consideraciones sobre nuestra muestra de pacientes —cuyas características se sintetizan en la Tabla I— y los tratamientos empleados. Como puede observarse, muchos de estos pacientes presentan un largo historial psiquiátrico con años de múltiples intentos terapéuticos e incluso ingresos psiquiátricos previos. Desde un punto de vista estrictamente académico se podrían cuestionar los tratamientos previos empleados o criticar la no utilización de otros (IMAOs o TEC). Sin embargo, podemos argumentar con rotundidad que se trata de pacientes tratados según los estándares habituales en nuestro medio, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. Por razones que no procede discutir en este momento tenemos que señalar que los IMAOs y la TEC (ésta en menor medida) son tratamientos que prácticamente no se utilizan en nuestro entorno.

A la hora de valorar el efecto de la medicación hemos seguido un criterio eminentemente clínico y muy sencillo. Hemos clasificado a los pacientes en tres categorías siguiendo los criterios operativos que hemos comentado en la Introducción, atendiendo exclusivamente a la repercusión de la medicación en su situación clínica global. Hemos utilizado para ello la Escala de Impresión Clínica Global de Gravedad (ICG-G) y hemos clasificado a los pacientes en tres categorías:

1. Buena respuesta: gran mejoría en el cuadro clínico del paciente con desaparición de los síntomas depresivos (ICG-G: 1-2).
2. Respuesta parcial: implica una mejoría en la calidad de vida del paciente suficiente como para justificar la continuación del medicamento añadido (ICG-G: 3-4).
3. Ausencia de respuesta (ICG-G: 5-7)

Hasta el momento actual hemos seguido a los pacientes durante un tiempo mínimo de 3 meses.



Tabla I. Descripción de la Muestra.

FILIACIÓN DIAGNÓSTICA	PRINCIPALES TRATAMIENTOS PREVIOS (mg./día)	ANTIDEPRESIVO ACTUAL Y DOSIS (mg./día)	DOSIS ARIPIPAZOL AÑADIDA INICIALMENTE (mg./día)	RESPUESTA	OBSERVACIONES
Varón, 33 años. Depresión mayor resistente con ideación paranoide.	Venlafaxina: 225 Perfenazina: 24	Duloxetina: Cuando se añadió aripiprazol estaba en 120. Ahora está con 60	5	No mejora (con Duloxetina 120 mg.). Se sube a 10 mg. el aripiprazol y mejora algo.	Se bajó la dosis de Duloxetina, por sedación, primero a 90 mg. Al mejorar se baja a 60 mg. y está prácticamente eutímico.
Mujer, 75 años. Depresión mayor recurrente. Historia familiar de bipolaridad.	Paroxetina: 50 Litio añadido	Paroxetina: 40	2,5	No mejora. Se sube primero aripiprazol a 5 mg. y al no mejorar se sube a 7,5 mg. Hace una hipomanía con 7,5 mg.	Se vuelve a bajar el aripiprazol a 5. Eutimia mantenida.
Mujer, 45 años. Depresión mayor resistente, superpuesta a T. Distímico. (Depresión doble).	Paroxetina: 60 Venlafaxina: 300 Paroxetina: 40+ Venlafaxina: 225 Clomipramina: 225	Maprotilina: 187,5	5	No mejora	Se sube Aripiprazol a 7,5 mg./día y sigue sin mejorar. Ingresa. Se retira Aripiprazol.
Varón, 48 años. Bipolar II. Fase actual de Depresión Mayor.	Litio Paroxetina 40 mg Labileno 400	Paroxetina 30 Labileno 200	5	Mejoría parcial	Se acaba subiendo aripiprazol a 15 mg./día y la mejoría es escasa.
Mujer, 73 años. T. Bipolar I. Fase actual de Depresión Mayor.	Litio, Carbamacepina, A. Valproico, Labileno Clomipramina 225 Maprotilina 225, Varios ISRS	Clomipramina 125	5	Mejoría parcial	Se sube aripiprazol a 10 mg. Continúa mejor, pero no resuelta la fase depresiva.
Varón, 42 años. Depresión Mayor Distimia T.O.C. En tratamiento desde 1996.	Fluoxetina Clomipramina	Clomipramina 225 mg	2,5	No mejora	Se retira el Aripiprazol tras subir a 10 mg por falta de respuesta.
Mujer, 53 años. Depresión Crónica En tratamiento desde 1998.	Fluoxetina Venlafaxina Amitriptilina Escitalopram	Duloxetina 120 mg	2,5	Notable mejoría (sale, interés, etc.) Pero se pierde al de unos 2 meses	Se retira el Aripiprazol tras subir a 10 mg. Acatisia.
Mujer, 74 años. Depresión Mayor Recurrente. Ingresos previos En tratamiento desde 2006.	Clomipramina Amitriptilina	Clomipramina 225 mg	2,5	Recuperación completa	Al de 2 meses ligero empeoramiento. Se aumenta dosis hasta 15 mg. Pendientes evolución.
Varón 49 años. Depresión Mayor recurrente T. Borderline. Ingresos previos. En tratamiento desde 1990.	Paroxetina Citalopram Amitriptilina	Imipramina 225 mgr	2,5	Recuperación completa	Se continúa con la combinación reduciendo paulatinamente la dosis de Imipramina.
Varón 57 años. Depresión Mayor recurrente. En tratamiento desde 1999.	Paroxetina Venlafaxina Maprotilina Mirtazapina	Escitalopram 10mg Mirtazapina 15 mg	2,5	Leve mejoría	La mejoría se pierde y además aparece acatisia por lo que se suspende el Aripiprazol.
Varón 53 años. Depresión Crónica. En tratamiento desde 2004.	Paroxetina Duloxetina Reboxetina Mianserina	Imipramina 100 mgr	2,5	Ausencia de respuesta a pesar de subir a 10 mg.	Se retira el Aripiprazol por ineficacia
Mujer 58 años. Depresión Crónica, En tratamiento desde 2005.	Venlafaxina Imipramina Escitalopram	Escitalopram 15 mg	2,5	Ausencia de respuesta con 5 mg	Se retira el Aripiprazol por ineficacia.
Mujer 40 años. T.O.C. Depresión Mayor recurrente. En tratamiento desde 1996.	Fluoxetina Clomipramina Paroxetina Fluvoxamina	Fluoxetina 80 mg	2,5	Recuperación completa	Pérdida de efecto al de 1 mes. Se retira el Aripiprazol
Mujer 42 años. Depresión Mayor recurrente. Ingresos previos. En tratamiento desde 1999.	Sertralina Paroxetina Venlafaxina Mirtazapina	Paroxetina 40 mg	2,5	Recuperación completa	Perdida de efecto al de 1 mes. Se retira el Aripiprazol
Mujer 53 años. Depresión Crónica. Ingresos previos. En tratamiento desde 2001.	Citalopram Venlafaxina Amitriptilina Paroxetina	Duloxetina 60 mg.	2,5	Respuesta parcial	Se suspende el Aripiprazol por temblor marcado.



Varón 72 años. Trastorno Bipolar. Fase actual depresiva. Ingresos previos. En tratamiento desde 2003.	Paroxetina Maprotilina Plenur	Duloxetina 60 mg. Maprotilina 25 mg.	2,5	No respuesta	Se suspende el Aripiprazol por ineficaz.
Mujer 68 años Trastorno Bipolar Fase actual depresiva En tratamiento desde 1992.	Fluoxetina Plenur Clomipramina Topiramato	Duloxetina 60 mg. Maprotilina 75 mg.	2,5	No respuesta	Se retira por ineficaz
Mujer 41 años. Depresión Mayor. Trastorno Conversivo. Ingresos previos. En tratamiento desde adolescencia.	Paroxetina Clomipramina	Venlafaxina 300 mg.	2,5	Recuperación completa	Se mantienen ambos tratamientos.
Mujer 43 años. Trastorno Bipolar. Ingresos previos En tratamiento desde 2001.	Escitalopram Mirtazapina Plenur	Fluoxetina 20 mg.	2,5	Mejoría parcial	Inicia actividad laboral. Se mantiene la combinación.
Varón 48 años. Depresión Mayor recurrente. Ingresos previos. En tratamiento desde 2002.	Imipramina Clomipramina Venlafaxina Todos los ISRS	Imipramina 150 mg Mirtazapina 30mg.	2,5	Recuperación parcial	Se pierde el efecto al de 1 mes aproximadamente y no se recupera con 15 mg. Se suspende.
Mujer 65 años. Trastorno Bipolar. Episodio actual depresivo. En tratamiento desde 1995.	Fluoxetina Paroxetina Plenur Carbamacepina	Fluoxetina 20 mg.	2,5	Recuperación completa	Se mantiene la combinación.
Mujer 50 años. Depresión Mayor resistente. En tratamiento desde 1992.	Clomipramina Venlafaxina Moclobemida Maprotilina Nortriptilina	Fluoxetina 40	5	Respuesta de tipo hipomaniaco durante un mes. Luego fue cediendo el efecto.	No eficacia a largo plazo.
Mujer 57 años. Depresión Mayor resistente. En tratamiento desde 1996.	Fluoxetina Sertralina Venlafaxina Escitalopram	Venlafaxina 225	5	Mejora tras instaurar Aripiprazol para luego recaer.	No eficacia a largo plazo.
Mujer 47 años. Depresión Mayor resistente. En tratamiento desde 1999.	Fluoxetina Venlafaxina Duloxetina	Duloxetina 60	5	Mejoría desde instauración del tratamiento.	Recuperación completa.
Varón 73 años. Depresión Mayor resistente. En tratamiento desde 1996.	Venlafaxina Imipramina Escitalopram	Escitalopram 20	5	No respuesta tras subir a 10 mg.	Se suspende por ineficacia.
Mujer 34 años. Depresión Mayor resistente. En tratamiento desde 2006.	Escitalopram	Venlafaxina 225	5	Mejoría inmediata.	Cada vez que inicia el tratamiento a los 15 días aparece herpes en zona oral y nasal.
Mujer 41 años. Depresión Mayor resistente. En tratamiento desde 2005.	Venlafaxina	Clomipramina 150	5	Ineficaz	Se suspende por ineficacia.
Mujer, 57 años. Depresión. Mayor resistente. En tratamiento desde 1995.	Fluoxetina Citalopram Metilfenidato Escitalopram Paroxetina Reboxetina	Venlafaxina 300	5 mg.	Mejora enseguida, pero no duerme, se baja el Aripiprazol a 2,5 mg.	Mantiene la mejoría.
Varón de 47 años. Trastorno Bipolar fase depresiva. En tratamiento desde 2005.	Venlafaxina Zyprexa Fluoxetina	Duloxetina 120	5	Mejoría. Se encuentra muy mejorado y animado	
Mujer, 37 años. Depresión Mayor. En tratamiento desde 2005.	Escitalopram Duloxetina	Duloxetina 120	5	Inicialmente está mejor con más ganas de hacer cosas.	Posteriormente empeoramiento.
Varón de 46 años de edad. Trastorno Depresivo Mayor recurrente. En tratamiento desde 1995.	Fluoxetina Citalopram Sertralina Venlafaxina	Venlafaxina 300	5	Mejoría de inicio. Recaída posterior, se sube el Aripiprazol a 10mg/día.	Es necesario ingreso y durante el mismo se le retira el Aripiprazol.
Mujer de 73 años de edad. Trastorno depresivo Mayor, con un ingreso psiquiátrico, en diciembre de 2006. En tratamiento en este centro desde 2003.	Paroxetina Escitalopram Sertralina Duloxetina	Duloxetina 120	5	Mejoría discreta al inicio del tratamiento con aripiprazol. Empeoramiento posterior.	Un mes después se suicida por defenestración.



Varón de 50 años de edad, Trastorno depresivo Mayor. En tratamiento desde 2001.	Fluoxetina Venlafaxina	Duloxetina 120	5	Mejoría acusada los primeros días. Posterior estabilización del cuadro sin recaídas.	Continúa estable y se comienza a reducir la Duloxetina.
Mujer 63. Depresión Mayor recurrente. Rasgos atipicidad: Hipersensibilidad al rechazo, histrionismo... En tratamiento desde 1994.	Amitriptilina Sertralina Clomipramina Citalopram Paroxetina	Lamotrigina 100 Sulpiride 50	2,5	Mejoría en el estado de ánimo a la semana siguiente: sale de la cama, más activa, más interés.	Buena respuesta.
Mujer de 48 años. Trastorno depresivo mayor. En tratamiento desde 2007.	Citalopram Duloxetina	Venlafaxina 225	5	Tiene una reacción alérgica achacable a Aripiprazol y hay que suspender el tratamiento. No se puede valorar respuesta.	
Varón de 60 años de edad. Trastorno Bipolar con predominio de fases depresivas. En tratamiento desde 1988. Múltiples ingresos psiquiátricos.	Fluoxetina Clomipramina Sertralina Mirtazapina	Sertralina 50 Litio	Abilify	Buena respuesta con mejoría de ánimo.	Está mantenido, se reduce el aripiprazol a 2,5 mg. por nerviosismo.
Varón de 29 años de edad, Trastorno depresivo mayor, asociado a trastorno alimentario. En tratamiento desde 2006.	Paroxetina Venlafaxina	Escitalopram 30 Mirtazapina 30	5	Al notar mareos abandona el Aripiprazol.	
Mujer de 79 años de edad. En tratamiento desde 2000. Trastorno Bipolar Mixto, con ingresos anteriores y dos intentos de suicidio. Diez y siete años de evolución.	Fluoxetina Paroxetina Citalopram Venlafaxina Mirtazapina Litio	Lamotrigina 100 Mirtazapina 30	5	Buena evolución, aunque la mejoría primera no se mantiene.	

Resultados y Discusión

En cuanto a los resultados del estudio, una primera observación a realizar es el porcentaje elevado de pacientes que presentan por lo menos una respuesta inicial al Aripiprazol, respuesta que es además muy precoz, dado que se aprecia en muchos pacientes al de cuatro o cinco días de tratamiento. Esta respuesta inicial es espectacular en algunos pacientes llegando incluso a presentarse una auténtica hipomanía en algunos de ellos. La capacidad para salir, emprender actividades, etc. es tan clara y llamativa para los propios pacientes que enseguida la relacionan con la medicación añadida.

También es verdad que esta respuesta se pierde en muchos pacientes. En algunos muy rápidamente, en los primeros días o semanas —razón por lo que no hemos llegado a catalogar a estos pacientes de respondedores—, mientras que en otros casos la pérdida de ese efecto inicial ocurre al de un mes (este plazo se repite característicamente en varios pacientes) o dos meses después de haber presentado la mejoría.

Sin embargo, el hallazgo, con los criterios anteriormente expuestos, de que 17 de los 38 pacientes (34,2%) presentan una buena respuesta merece ser destacado. Insistimos en que estamos hablando de pacientes graves, resistentes a múltiples intentos previos e incluso algunos de ellos con ingresos hospitalarios. Por lo tanto, creemos relativamente sensato en esta muestra prescindir de explicaciones como el efecto placebo o similares que puedan dar cuenta de este resultado.

En cuanto a la naturaleza de este efecto farmacológico poco es lo que podemos decir más allá de que merece ser investigado en profundidad. No estamos en condiciones de precisar si se trata de un efecto sobre las vías serotoninérgicas comunes con los antidepresivos previamente prescritos a los pacientes o si se trata de un efecto independiente a otro nivel, por ejemplo sobre las vías dopaminérgicas. Los antidepresivos utilizados han sido tanto de tipo ISRS, como de mecanismo dual, o incluso tricíclicos, sin que hayamos apreciado diferencias en función del perfil de antidepresivo utilizado.



Lo que es evidente es que un conocimiento de los mecanismos subyacentes podría ayudarnos a desarrollar nuevos enfoques o estrategias y a mejorar nuestra eficacia terapéutica, en definitiva.

Por otro lado, sorprende las bajas dosis eficaces a las que se consigue el efecto antidepressivo, que han sido en la mayoría de los casos de tan sólo 2,5 ó 5 mg. En nuestra experiencia cuando estas dosis no han sido eficaces no lo han sido tampoco dosis más altas (de hasta 30 mg.)

Por último, comentar como observación clínica que algunas pacientes con un perfil atípico de síntomas, como hipersensibilidad al rechazo o rasgos de tipo histeriforme de conducta han respondido muy bien al tratamiento. Son pocos casos como para hacer afirmaciones firmes al respecto pero consideramos interesante apuntar este hecho porque no son pacientes que respondan fácilmente a los abordajes tradicionales.

Conclusiones

- 17 de 38 pacientes afectados de Depresión Resistente al Tratamiento (DRT) muestran una buena respuesta cuando se asocia Aripiprazol a la medicación antidepressiva previa.
- La respuesta es muy rápida, en muchos casos desde la primera semana de tratamiento. En algunos casos la buena respuesta inicial se pierde al de 1 ó 2 meses de tratamiento.
- Las dosis eficaces de Aripiprazol necesarias para conseguir este efecto han sido sorprendentemente bajas, de tan sólo 2,5 ó 5 mg, muy por debajo de las que se proponen para su empleo como antipsicótico.

Correspondencia:

Pablo Malo.
CSM Bombero Etxaniz. Bilbao.
pablo.maloocejo@osakidetza.net



BIBLIOGRAFÍA

- Hirschfeld RMA, Montgomery SA, Aguglia E et al. Partial response and nonresponse to antidepressant therapy: current approaches and treatment options. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:826–837.
- Nemeroff CB, Gharabawi GM, Canuso CM, et al. Augmentation with risperidone in chronic resistant depression: a double-blind placebo-controlled maintenance trial. *Neuropsychopharmacology* 2004; 29: 5159.
- Nemeroff CB. Use of Atypical Antipsychotics in Refractory Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 (suppl 8).
- Quitkin FM. The importance of dose in prescribing antidepressants. *Brit J Psychiatry* 1985; 147: 593–597.
- Shelton RC, Tollefson GD, Tohen M, et al. A novel augmentation strategy for treating resistant major depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158:131–134.
- Stalh S, Shelton R. Risperidone with and without paroxetine compared to paroxetine alone for bipolar depression. Presented at the 40th annual meeting of the American College of Neuropsychopharmacology; December 9–13, 2001; Waikoloa, Hawaii.
- Calabrese J, Macfadden W, McCoy R, et al. Double-blind, placebo-controlled study of quetiapine in bipolar depression. Presented at the 157th annual meeting of the American Psychiatric Association; May 1–6, 2004; New York, NY.
- Simon JS, Nemeroff CB. Aripiprazole augmentation of antidepressants for the treatment of partially responding and nonresponding patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1216–1220.
- Patkar AA, Peindl K, Mago R, Mannelli P and Massand PS. An open-label, rater-blinded, augmentation study of aripiprazole in treatment-resistant depression. *Prim Care Companion. J Clin Psychiatry* 2006; 8: 82–87.
- Pae CU, Patkar AA, Jun TY, Lee Ch, Masand PS and Paik IH. Aripiprazole augmentation for treatment of patients with inadequate antidepressant response. *Depression and Anxiety* 2006 0: 1–5.
- Papakostas GI, Petersen TJ, Kinrys G, Burns AM, Worthington III JJ et al. Aripiprazole augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors for treatment-resistant major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1326–1330.
- Thase ME, Rush AJ. When at first you don't succeed: sequential strategies for antidepressant nonresponders. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (suppl 13): 23–29.



La salud mental en las segundas generaciones de emigrantes¹

Miguel Marset*

Psiquiatra de la Fundación Phénix para el tratamiento de las adicciones de Ginebra.
Jefe Clínico en el Departamento de Psiquiatría del Adolescente
de la Universidad de Ginebra

*«En lo puro no hay futuro. La pureza está en la mezcla.
En la mezcla de lo puro, que antes que puro fue mezcla»
(Pau Donés)*

Resumen

La emigración aparece en la vida de una persona como una situación susceptible de generar trastornos psiquiátricos. Pero emigración no es sinónimo de patología mental. La emigración representa, eso sí, un estado de fragilidad psicológica, fuente de estrés susceptible de provocar desequilibrios psicológicos o conflicto social.

Las segundas generaciones de emigrantes que son los hijos de los que abandonaron el país de origen encuentran de una manera específica dificultades de integración debido a la imposibilidad de identificarse completamente a los valores culturales de un país ya sea el de origen o el de acogida. Este integra aspectos parciales de las dos.

La actitud que adopte el emigrante ante su nueva situación repercutirá sobre la salud mental de las segundas generaciones sobretodo si este proceso amenaza su integridad física y/o psicológica. Desde esta perspectiva distinguimos dos tipos de actitudes que el emigrante puede adoptar como trastorno adaptativo frente a la situación de stress que puede representar la emigración para él y para su familia: la sobre-integración en el país de acogida y la sobre-identificación a los valores de la cultura de origen.

Las segundas generaciones de emigrantes se muestran psicológicamente vulnerables en el proceso de integración de las dos identidades a través de los medios de socialización natural que influyen en su educación y en el desarrollo de su personalidad: la familia, la escuela y la sociedad. La interacción entre las mismas va a favorecer el desarrollo de una identidad integrada o va a ser fuente de estrés que desemboque en conflicto social y/o en enfermedad mental, cualquiera que sean sus manifestaciones.

Se propone un enfoque transcultural a la hora de abordar la enfermedad mental del emigrante de segunda generación tanto desde su comprensión como desde la intervención psiquiátrica y

¹ Texto basado en la conferencia pronunciada en el marco de la Reunión Internacional Multidisciplinar sobre "Psiquiatría, sociedad y cultura" organizado por el Servicio de psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid el 9 de junio de 2006.

* Los casos clínicos son reales y forman parte de nuestra actividad clínica en psiquiatría y psicoterapia.



psicoterapéutica con el fin de mejorar su proceso de integración en el país de acogida sin necesidad de que esto signifique una ruptura con su cultura de origen.

Palabras Clave: emigración, segundas generaciones, salud mental, transculturalidad.

Summary

The emigration is a situation in the life of a person susceptible to generate psychiatric disorders. But emigration is not synonymous of mental pathology. The emigration may presents of psychological fragility, source of stress what to cause psychological or social conflict.

The second generations of emigrants who are the children of whom they left the origin country find of a specific way difficulties of integration due to the impossibility to completely identify to the cultural values of a country or the one of origin or the one of welcome. This going to integrate the partial aspects of the both.

The attitude that the emigrant adopts before his new situation will to have effects on the mental health of the second generations overcoat if this process threatens its physical and/or psychological integrity. From this perspective we distinguished two types of attitudes that the emigrant can adopt like adaptive disturbance front to the situation of stress that may present the emigration for him and for his family: on-integration in the country of welcome and the on-identification to the values of the origin culture.

The second generations of emigrants are psychologically vulnerable in the process of integration of the two identities through the means of natural socialization that influence in their education and the development of their personality: the family, the school and the society. The interaction between the same ones is going to favour the development of an integrated identity or is going to be stress source to result in a social conflict and/or mental disease, whatever they are his manifestations.

We suggest a transcultural approach for approaching the mental disease of the emigrant of second generation for understanding as from the psychiatric and psychotherapics intervention and to improve his process of integration in the welcome country of which this means a rupture with his culture of origin.

Key Words: emigration, second generations, mental health, transcultural.

La emigración aparece en la vida de una persona como una situación susceptible de generar trastornos psiquiátricos. Sin embargo, la emigración no es sinónimo de patología mental. La emigración representa un estado de fragilidad psicológica, una fuente de estrés que puede desencadenar desequilibrios psicológicos o conflicto social. Otros muchos factores influyen la aparición de enfermedades mentales asociadas a la emigración además del hecho migratorio en sí mismo. Podemos destacar: el origen y el tipo de emigración (voluntaria o

forzada, individual o en grupo); el grado de ruptura o de pérdida (material, afectiva o de identidad) en relación a los valores culturales y a las tradiciones del país de origen y a los del de acogida: idioma, religión; condiciones de vida; cumplimiento de las expectativas que motivan la emigración; estructura psíquica del emigrante en su capacidad de adaptación a la nueva situación; funcionamiento del grupo o de la familia que emigra y traumatismos psíquicos previos o concomitantes a la emigración.



No todos los emigrantes muestran esta fragilidad psicológica. Algunos pueden desarrollar mecanismos de defensa válidos para adaptarse a cualquier situación que se presente en el medio de acogida o en relación al proyecto inicial de emigración. Por otro lado, es evidente que la emigración puede significar el encuentro con una situación mejor, deseada, la cual puede ayudar a madurar y a avanzar en los objetivos fijados en la vida por el emigrante y su familia.

Emigrante y emigración

Un **emigrante** es un sujeto que trasfiere el lugar de su vida activa a un país diferente de su país de origen, desarrollando las actividades propias de la vida cotidiana, ya sea por una elección deliberada, por razones económicas o coyunturales, u obligados por las dificultades inherentes a acontecimientos políticos. Desde esta perspectiva, existen varios tipos de emigración:

1. **Económica.** El proyecto migratorio se inscribe en la búsqueda de un proyecto de vida mejor con la posibilidad de retorno al país de origen. El retorno forma parte de la propia emigración. Existe un subtipo que son los trabajadores extranjeros temporeros, los cuales trabajan un tiempo para volver al país, sin pretender establecer raíces en este.
2. **Política.** Se ven forzados a vivir fuera de su país de origen, ya sea contra su voluntad (desplazados) en el caso de una guerra, o los refugiados, que abandonan el país de origen por una decisión personal, ya sea por razones ideológicas, políticas o confesionales.

Migración interna. Desplazamiento en el interior de un mismo país de manera temporal o definitiva: emigración del campo a la ciudad; de zonas rurales a zonas industriales; del centro a los extrarradios de las ciudades. En nuestro medio observamos los **funcionarios internacionales**, que es una población móvil y heterogénea sometida a un cierto desarraigo en la sociedad de acogida,

ya que tienen que integrarse en esta, trabajando en la comunidad internacional que representa un núcleo social en sí mismo. Muchos tienen como referencia cultural y profesional su propio país de origen. En este grupo, los trabajadores de organizaciones humanitarias constituyen un grupo específico, ya que suelen trabajar en misiones por todo el mundo, en países en conflicto, estableciendo un cierto decalaje, afectivo y cultural, con sus propias familias que viven en un contexto muy diferente.

Destacamos el impacto de la emigración sobre las **segundas generaciones de emigrantes**, que son los hijos de los que abandonaron el país de origen, tanto si viven en el país de acogida como si quedaron en el país de origen al cuidado de la familia del emigrante. Estos encuentran, de una manera específica, dificultades de integración debido a la imposibilidad de identificarse completamente a los valores culturales de uno u otro país. El emigrante de segunda generación no tiene más remedio que integrar aspectos parciales de ambos. La actitud del individuo hacia su emigración influirá, sin duda, en las segundas generaciones, tanto en su integración social como en su salud mental.

Epidemiología

Nunca ha sido probado que el aumento de la frecuencia de los trastornos psiquiátricos encontrados en las poblaciones de emigrantes sean debidos al estrés concomitante a la emigración o a una patología pré-existente. Se sabe que, en poblaciones cuya dificultad de adaptación ya era difícil en el país de origen, siguen teniendo dificultades en el de acogida, con más probabilidad de desarrollar enfermedad mental.

El hecho migratorio fragiliza psicológicamente al individuo o al grupo que emigra, pero no determina el desarrollo de enfermedad mental. La cantidad de población de una misma comunidad o cultura que emigra es importante



ya que, los desplazamientos de un gran número de individuos que emigran juntos, constituye un factor protector en las primeras generaciones (Murphy, 1965). Por ejemplo, los franceses que emigraron al Québec tenían un bajo índice de enfermedad mental, a diferencia de la minoría francesa de Ontario (Malzberg, 1964).

Un estudio llevado a cabo en un servicio de interconsulta con la policlínica de medicina en el Hospital Universitario de Ginebra (n=230) mostró que el 73% de los pacientes examinados eran emigrantes, sobretodo de tipo económico (75%). Los trastornos del estado de ánimo aparecían en una proporción similar entre emigrantes económicos (37%), políticos (34%) y la población autóctona (37%). Los trastornos de ansiedad con o sin trastorno del estado de ánimo eran más frecuentes en los emigrantes políticos (32%). Los trastornos psicóticos, así como los trastornos somatoformes, no son frecuentes pero tienen una prevalencia superior en los emigrantes políticos (14,6%) y en los económicos (14%) respectivamente. Los factores de estrés psicosociales más frecuentes en la emigración económica están en relación con los derivados de la enfermedad somática, ya sea por la demanda de rentas de invalidez, o por la participación psíquica en el desarrollo de trastornos somáticos. Cabe resaltar, en este estudio, que los datos correspondientes a las segundas generaciones no fueron tenidos en cuenta porque el número de casos examinados (7%) no fue relevante (Marsset y cols., 1996). Otro estudio realizado en una consulta ambulatoria de psiquiatría general en la Universidad de Lausanne (n=1307) mostró que el 25% de los pacientes examinados eran emigrantes. Los trastornos psicóticos fueron similares en la población de emigrantes (21%) y en la autóctona (20%). Por otro lado, la prevalencia de trastornos de ansiedad (7% y 11%) y del estado de ánimo (14% y 20%) fueron ligeramente inferiores en la población emigrante y los trastornos adictivos de manera más marcada, 30% y 40% (Besson y cols. 1995).

Emigración y transculturalidad

La mayoría de los estudios epidemiológicos sobre las poblaciones de emigrantes buscan los puntos comunes entre las enfermedades mentales para responder a exigencias metodológicas pero la percepción de los sujetos sobre su identidad étnica rara vez es tomada en consideración. Además, a medida que se mezclan diferentes culturas en un estudio sobre prevalencia o incidencia de una enfermedad mental en emigrantes, los problemas metodológicos se multiplican ya que no se pueden comparar sujetos sin evaluar hasta qué punto conservan sus estilos de vida tradicionales o se han adaptado al modo de vida del país de acogida. Por otro lado, debemos saber si cuando describimos una enfermedad mental en emigrantes de diferentes culturas estamos hablando de la misma enfermedad expresada de manera diferente o de patologías distintas. Sería necesario mejorar la calidad de estos estudios epidemiológicos a través, de investigaciones comparativas transculturales que nos den referencias válidas y un mejor conocimiento de la cultura, de la normalidad y de la enfermedad (Sartorius, 1987). Desde esta perspectiva es necesario que en el trabajo psiquiátrico o de psicoterapia que realizamos con estas poblaciones darles la dimensión transcultural que requieren. Saber cuales son los patrones de expresión de los síntomas y los modos de representación de la enfermedad mental en las diferentes culturas y los rituales terapéuticos que con frecuencia van asociados. Así, el modo de expresión de una depresión, el contenido de un delirio, los patrones de éxito o fracaso social, la expresión de la autoridad, el ejercicio de valores como la igualdad y la libertad o los consumos de sustancias psicoactivas, son aspectos esenciales a tener en cuenta en toda aproximación psicosocial o terapéutica al emigrante, ya que pueden tener expresiones características y diferenciadas de nuestros modelos socio-culturales. Por consiguiente, solo partiendo de un modelo etnopsiquiátrico que tenga en cuenta los valores de la cultura a la que pertenece el emi-



grante enfermo, estaremos ofreciéndole una alternativa terapéutica adecuada.

Rita tiene 35 años, africana, diagnosticada de esquizofrenia paranoide, a la que seguimos en tratamiento ambulatorio, sale de su impas terapéutico aceptando nuestro tratamiento de risperidona, tras aceptar nosotros como parte integrante del mismo, una consulta semanal que ella ha organizado con un hechicero perteneciente a su etnia. Este, no pone ninguna objeción al tratamiento farmacológico de la paciente, reforzando su adhesión al tratamiento y alcanzando su estabilidad clínica.

Del mismo modo es muy importante no descuidar estos aspectos transculturales en el tratamiento de las segundas generaciones ya que el decalage cultural se manifiesta de una manera más escindida en el desarrollo de un posible conflicto de identidad. El no acercarnos a la cultura de origen podría significar acentuar este “clivage identitario” y acrecentar el conflicto relacional con la primera generación.

Emigración y salud mental

El desafío que representa el hecho migratorio para el emigrante y su familia implica la puesta en evidencia de un equilibrio homeostático frágil que el emigrante tiene que mantener entre la adaptación a los nuevos valores, costumbres y roles sociales y la conservación del vínculo con la cultura de origen. Este fenómeno se presenta en la segunda generación de manera mucho más acentuada ya que este va a ver su proceso de identificación inicialmente escindido entre la cultura de origen transmitido por su familia y la de acogida, transmitidos por dos sistemas de socialización tan importantes como la educación escolar y las relaciones sociales en el país de acogida. La actitud de la población general y de las instituciones en sus políticas de integración será muy importante en relación a la facilidad de identificación a los valores del país de acogida: empleo, educación, vivienda, sanidad, valores democráticos, religiosos...

Ya hemos dicho que una fuerte identificación a unos valores culturales protege contra la enfermedad mental pero, en las segundas generaciones la identificación cultural no puede establecerse en una sola dirección. Si a pesar de todo, esto ocurre, es muy probable que aparezcan conflictos de lealtad en uno u otro sentido, pudiéndose traducir en la adopción de conductas marginales o en el desarrollo de enfermedades mentales. Las segundas generaciones pueden identificarse a aspectos parciales de ambas culturas intentando hacer unas y otras, ideológica y éticamente, compatibles en el contexto de la construcción de su propia escala de valores.

Maria tiene 15 años y es de origen español. El Servicio de Protección de la Juventud ha quitado a sus padres, provisionalmente, su custodia por malos tratos, denunciados por ella misma. Es enviada a un centro de acogida, separándola así del núcleo familiar. El conflicto se acrecienta con actitudes “en simetría” de parte de los padres, de la institución pública y del terapeuta que la apoya activamente posicionándose a favor de la retirada de la custodia. En este contexto, la paciente nos es transferida para evaluación y tratamiento psiquiátrico de la unidad de cuidados intensivos por tentativa de suicidio. Un enfoque etnopsiquiátrico breve a través de la intervención de un terapeuta natural de su país de origen consigue restablecer la comunicación entre los interesados. El padre puede expresar su dificultad para establecer los valores de autoridad y respeto integrados y transmitidos desde su cultura de origen. También puede verbalizar la angustia de perder el cariño de su hija. La hija ha podido expresar sus dificultades de vivir afectivamente fuera del núcleo familiar y la angustia inherente al conflicto de lealtad entre los valores transmitidos por su padre y los aprendidos en las relaciones sociales en Suiza. La paciente entiende su “paso al acto” como la expresión del deseo de ser escuchada en sus anhelos y elecciones en relación a su presente y a su futuro en un sistema familiar e institucional caracterizado, hasta ese momento, por la ausencia de comunicación.



La partida y el regreso son dos caras de la misma moneda en la vida de un emigrante. La partida en la necesidad de encontrar una situación diferente y el regreso, en el anhelo de reparación del motivo que la provocó. De este modo, la emigración representa siempre una situación de *separación* o aún más de *ruptura*, que de una u otra manera necesita ser *reparada* en el marco de un proceso de **duelo**, que el emigrante intentará realizar a lo largo de su vida y que será culminado con el regreso añorado, o que dejará en manos de las segundas generaciones, quienes se encargarán de realizar esta tarea como un legado, que culminará el proceso definitivo de integración.

La actitud que adopte el emigrante ante su nueva situación repercutirá sobre la salud mental de las segundas generaciones, sobretodo, si este proceso amenaza su integridad física y/o psicológica. Desde esta perspectiva, distinguimos dos tipos de actitudes que el emigrante puede adoptar como trastorno adaptativo frente a la situación de stress que puede representar la emigración para él y para su familia:

I. La sobre-integración en el país de acogida

Este hecho lleva implícito la negación total o parcial de la identidad de origen que se trasmite a la segunda generación. En este caso, pueden observarse las siguientes situaciones: hablar en familia en la lengua de acogida, incluso defectuosamente, pensando que los niños deben adquirir cuanto antes la nueva identidad; comprometerse con la realidad social o política del país de acogida y desentenderse o denigrar la del país de origen.

El emigrante, sobretodo el de segunda generación, puede ser considerado extranjero tanto en el pueblo de sus padres como en el país de acogida. Con frecuencia puede aparecer un conflicto de clivaje entre las dos generaciones en la búsqueda de los valores de la identidad de origen que no han sido transmitidos en

etapas de la vida, como la adolescencia, donde la búsqueda de una identidad constituye un fin en sí mismo.

Manuel es un portugués de 22 años, nacido en Ginebra. Desde su nacimiento se habla en casa el francés. Sus padre, hablan portugués entre ellos, sólo en la intimidad. Su madre, que pasa por ser la parte sólida del núcleo familiar, obtiene al cabo de los años un puesto de cierta responsabilidad en la administración del estado. Su padre, más discreto, es empleado en un hospital. La inmersión en la cultura suiza se realiza desde que tiene uso de razón. Nacionalizado suizo con sus padres y hermana a la edad de 12 años, aprovechan la ocasión para cambiar el nombre y registrarlo en francés. Es introvertido, distante en la relación y tiene dificultades de concentración con frecuentes somatizaciones. Comienza a consumir drogas a la edad de 16 años de manera lúdica sin desarrollo de drogodependencia: cannabis y drogas de diseño. El día de la jura de bandera en el ejército suizo realiza una primera descompensación psicótica de tipo delirante y alucinatorio, con gran angustia y modificaciones del esquema corporal. El paciente realiza un viaje patológico que le lleva a Portugal. Lo encuentran en el cementerio de su pueblo intentando abrir la tumba de uno de sus antepasados. El paciente intenta de este modo llegar "al fondo de sus orígenes". Es hospitalizado en psiquiatría y repatriado a Suiza donde, tras ser estabilizado con farmacoterapia, nos es derivado para continuar el tratamiento con una indicación de psicoterapia. Realizamos un enfoque de psicoterapia de orientación psicodinámica con supervisión etnopsiquiátrica, basada en la identificación progresiva no traumática a su cultura de origen, a través de la relación transferencial a un terapeuta de origen portugués. El paciente consigue integrar aspectos de su cultura y valores de origen, hasta entonces completamente disociados, desarrollándose un sentimiento de culpa en el contexto de un conflicto de lealtad entre la cultura de acogida impuesta por su madre y la de origen que él busca desesperadamente, con el fin de constituir un yo integrado y no escindido en el desarrollo de su personalidad.



2. La sobre-identificación a los valores de la cultura de origen

En este caso, se pueden adoptar actitudes cerradas, proyectivas y a veces paranoicas en relación a la cultura de acogida la cual es percibida como agresiva y potencialmente amenazadora. Esto puede generar una contractitud negativa en la sociedad la cual percibe el riesgo potencial que puede significar esa agresividad defensiva organizada. Los emigrantes se encierran en barrios de extrarradio donde mantienen intactas todas sus tradiciones culturales y religiosas de origen. Se constituyen en guetos y generan grandes problemas de integración adoptando actitudes y comportamientos marginales que pueden ser transmitidos a las segundas generaciones. Este hecho representa un caldo de cultivo para que esta agresividad se transforme en violencia. Estas segundas generaciones, según algunos autores, un auténtico “desgarro cultural” con una ambivalencia entre la representación del país de origen y el de residencia. A menudo, este fenómeno es favorecido por algunas políticas de inmigración que persiguen más el control de estas poblaciones, que su integración, obteniendo segregación y más marginación. Estas conductas marginales tienen solución de continuidad en la adopción de otras como el recurso a las drogas. El tráfico podría constituir un medio de subsistencia económica y el consumo, una manera de escapar de la confrontación a la gran precariedad en la que esta población se desarrolla.

Por otro lado, el emigrante puede sobre-identificarse a su cultura de origen idealizando el retorno. Así puede ocurrir que, si el núcleo familiar ha obtenido una cierta integración, escolar o comunitaria, las segundas generaciones se identifiquen a ciertos aspectos de la cultura de acogida, desentendiéndose de los motivos que llevaron al padre a emigrar, con el consiguiente conflicto entre los dos niveles generacionales.

René es un africano de 58 años, refugiado político desde hace 3 años en Ginebra. Profesor uni-

versitario y destacado miembro de la oposición política de su país de origen. Se presenta en un servicio de urgencias con un dolor precordial intenso. Tras haber descartado cualquier cardiopatía, es derivado para evaluación y tratamiento psiquiátrico. Es diagnosticado de crisis de pánico y episodio depresivo severo sin características psicóticas. Destacamos una familia de 5 hijos, escolarizados en Ginebra, a los que el paciente reprocha un cierto desinterés por los acontecimientos de su país de origen, a pesar de sus esfuerzos ya que algún día espera volver para continuar su lucha política. Se sienten seguros en Suiza, lejos de la guerra, pero lamenta que se distancien del futuro de su pueblo. Por otro lado, su status de refugiado político le impide tener una actividad política o buscar un empleo. El paciente se aísla cada vez más, distanciándose de su familia. Se ve lejos de los problemas de su país al no tener actividad política, pero tampoco puede integrarse en el país de acogida al no poder trabajar. Se le deriva para un tratamiento psicoterapéutico que le permitirá verbalizar una gran agresividad contenida ante esta situación y abordar el duelo del retorno añorado, a medida que va aceptando la integración de su familia en Suiza.

Quando la situación aparece doblemente escindida con primeras generaciones de diferentes orígenes, cuyos valores son transmitidos de una manera rígida, se corre el riesgo de desarrollar personalidades psicóticas o pré-psicóticas.

Nasuko tiene 35 años, nacido en Ginebra de una pareja perteneciente a las aristocracias de un país oriental por parte del padre y de un país occidental por parte de la madre. El paciente ha vivido desde niño la relación conflictiva de los padres, que terminan por divorciarse cuando era adolescente. Nasuko tiene unos valores culturales de acogida en Ginebra a los que puede identificarse a través de las relaciones escolares y sociales, pero no sin dificultades, ya que chocan frontalmente con los de origen, completamente escindidos y transmitidos de manera rígida y mutuamente excluyente. Su hermano es esquizofrénico y Nasuko fue diagnosticado de personalidad esquizoide y es adicto a opiáceos en tratamiento con metadona. Su evolución es



satisfactoria desde el plano toxicológico y sintomático, pero a pesar de sus esfuerzos por disminuir sus dosis, no consigue alcanzar sus objetivos ya que se manifiesta en él una fuerte angustia de desintegración. Paralelamente al tratamiento farmacológico de sustitución, se inicia un tratamiento psicoterapéutico que le permitirá abordar este clivaje de identidad.

Psicopatología de la emigración

La enfermedad mental se manifiesta en el emigrante de una manera diferente en relación a sus patrones culturales. El hecho migratorio nos aporta una vulnerabilidad en el desarrollo de patología mental, pero no una especificidad en su representación. Hay tantos modos de representación como culturas. Cuando un emigrante descompensa lo puede hacer bajo la forma específica de su país de origen o aproximándose a la manera del país de acogida. Linton ha desarrollado un concepto según el cual, cada cultura posee sus modelos de expresión de las enfermedades en sentido amplio y de la psicopatología de manera específica. El emigrante de segunda generación utilizará los dos. Este autor, basándose en la psicopatología encontrada en la emigración africana en Francia, magrebi y subsahariana (Boitard, 1983), desarrolla una interesante clasificación en la que postula que el emigrante, en los momentos de descompensación psiquiátrica, diferenciará los modelos que se aproximan a la manera específica de expresión del modo de enfermar del país de origen o del de acogida.

1. Trastornos evocadores de modelos de enfermar en los países de origen

Tendencia a la somatización. Esta consiste en la transferencia a nivel corporal de un conflicto psíquico. Ocupan con frecuencia la esfera de lo digestivo: úlceras, trastornos del tránsito... De este modo pueden aparecer, en los emigrantes subsaharianos y del Magreb, verdaderos estados depresivos larvados o no

expresados donde no existe el trastorno del estado de ánimo, sino solamente los síntomas físicos, sobretodo dolores atípicos, variables y rebeldes al tratamiento antiálgico. Estos estados depresivos se pueden manifestar también como síntomas menos precisos, como la fatiga. Se tratará de síntomas que se presentan así en el país de origen. Tenemos que tener en cuenta que la depresión es una enfermedad muy estigmatizada en África, mucho más que la psicosis. Al contrario que en occidente. Por ello si no conocemos estos aspectos transculturales podemos tratar a estos pacientes erróneamente o tratarlos como simuladores, ya que su manera de expresar los síntomas salen fuera de los patrones occidentales. El emigrante enfermo necesita el reconocimiento de su enfermedad, que se expresa a través de síntomas que le son propios. Es necesario pues integrar la dimensión corporal del conflicto psíquico a través por ejemplo de terapias de relajación según el método de Ajuriaguerra que se practican en nuestro medio y que utiliza la vivencia corporal, como vehículo de expresión de la angustia no verbalizada.

a. Los delirios de tipo místico o mágico.

Esta manera de “descompensar” es natural en ciertas culturas. Hay que distinguir entre creencia, que no es patológico, y delirio que sí lo es y que se puede referir a los temas tradicionales. Estaríamos ante un delirio, en estas culturas, cuando la creencia es deformada y va acompañada de trastornos del comportamiento.

2. Trastornos evocadores de modelos de enfermar en los países de acogida

a. Las tentativas de suicidio o los suicidios consumados. Estas conductas no resultan raras en las 2as generaciones de emigrantes como manera desesperada de resolver un conflicto cuando los vínculos afectivos son muy fuertes y las posibilidades de convergencia son nulas.



b. Los trastornos del comportamiento como la fuga, la delincuencia y la prostitución.

Tania es una chica de 22 años, emigrante de 2ª generación de una familia con origen en un país balcánico. Nos es transferida tras despertar de una intoxicación masiva en el marco de una tentativa de suicidio. Esta chica, ya nacida en Suiza, se vio forzada a casarse con un señor 20 años mayor que ella, del pueblo natal de sus padres, a quién ni siquiera conocía. Esta tenía una relación estable en Suiza con un chico español con quién pensaba establecer una vida en común. En un principio se fugó del domicilio familiar pero ante la actitud de acoso y de persecución de su familia optó por el suicidio con vía de escape de este conflicto. La situación fue declarada a la policía y Tania ingresada en un hogar para mujeres hasta estabilizar su situación.

c. La drogodependencia. Aunque no hay grandes diferencias en relación a la población autóctona en términos de prevalencia e incidencia. Sin embargo, según algunos autores, el uso de drogas jugaría un rol integrador en adolescentes.

d. Las neurosis de renta. La enfermedad y los accidentes traducen una pérdida del equilibrio homeostático establecido en la emigración y cuestiona los objetivos inicialmente establecidos. Estos conllevan tres actitudes: la negación del trastorno, su amplificación o la integración de esta dificultad en la reorientación de un nuevo proyecto. Así la enfermedad puede ser “el argumento válido”, que justifique el fracaso de un proyecto de emigración, siendo mucho más asimilable para la sociedad de origen y para el emigrante mismo tal contrariedad. Así aparecen las neurosis de renta, la fibromialgia o los trastornos somatoformes crónicos en el contexto de accidentes y traumas, incluso ligeros, siendo el cuerpo un instrumento de expresión de la angustia vivida en estas circunstancias.

Estos son modos usuales o más específicos de enfermar que un emigrante tiene, pero la especificidad de su psicopatología reside en la posibilidad de elegir entre sus referencias culturales. En el caso de las segundas generaciones son tanto las de origen como las de acogida.

Hans es un chico de 18 años, mulato, originario de una pareja de europeo y subsahariana hospitalizado por un trastorno delirante de tipo místico. Hans forma parte de una banda de skins-head quienes, viendo su estado, le acompañaron al hospital.

Por último, podemos encontrar situaciones de conflicto familiar entre los dos niveles generacionales cuando aparecen las llamadas “nuevas enfermedades” que están fuertemente marginadas por ciertas culturas y cuya expresión no tiene cabida en el medio originario, incluso en el propio país de acogida. De este modo vemos una fuerte marginación social y familiar en personas afectadas por el SIDA. En ocasiones estas se ven repudiadas del medio de origen.

Conclusiones y propuestas

Hemos repasado la salud mental de los emigrantes de segunda generación, tomando como referencia el fenómeno migratorio desde la perspectiva del decalage cultural, desde la doble pertenencia e imposibilidad de identificarse completamente a una cultura y del conflicto de lealtades que esto puede ocasionar en relación a los valores y legados transmitidos por la cultura de origen desde la primera generación, en relación a los del país de acogida.

Las segundas generaciones de emigrantes se muestran psicológicamente vulnerables en el proceso de integración de las dos identidades a través de los medios de socialización natural que influyen en su educación y en el desarrollo de su personalidad: la familia, la escuela y la sociedad. La interacción entre las mismas va a favorecer el desarrollo de una identidad inte-



grada o va a ser fuente de estrés, que desembogue en conflicto social y/o en enfermedad mental, cualquiera que sean sus manifestaciones.

Desde nuestra perspectiva se proponen una serie de medidas prácticas que podrían ayudar a mejorar este proceso de integración:

- Evitar el aislamiento de las poblaciones de emigrantes o el reagrupamiento en forma de guetos ya que es una fuente importante de segregación y marginación social.
- Desarrollar políticas de ayuda a estas poblaciones, no solo basándose en aspectos de prestación sino privilegiar los aspectos educativos y culturales.
- Favorecer la formación y la capacitación profesional del inmigrado que le haga identificarse con el progreso de la sociedad de acogida a la que, con su trabajo, ayuda a desarrollarse, incentivándole de este modo, su legítimo desarrollo profesional.
- Prevenir los accidentes laborales fuente importante de enfermedad mental
- Equiparar los salarios y las prestaciones sociales por los mismos trabajos a emigrantes y a autóctonos.
- Favorecer la participación política y el compromiso social de los emigrantes de segunda generación en los países de acogida: derecho al voto y a la representación política, nacionalización facilitada para los emigrantes de segunda generación escolarizada,...

- Evitar la ruptura de los vínculos socio-familiares con el país de origen
- En el abordaje de la patología mental del emigrante son necesarios los enfoques etnopsiquiátricos a través de formación continua y la supervisión, con el fin de poder entender el problema en su globalidad clínica y socio-cultural que tan ligada esta al proceso mórbido.
- Facilitar el reagrupamiento familiar impidiendo el desgarramiento afectivo que se produce entre las dos generaciones, así como los problemas de socialización de las segundas generaciones en los países de origen.
- Invitar por último a todos, desde su participación activa en la sociedad, a ayudar al emigrante a adaptarse a su nueva realidad de vida, dándole tanto *el derecho a identificarse como a diferenciarse* de la sociedad de acogida.

Estas medidas ayudarían a mejorar la integración de los emigrantes de la segunda generación en los países de acogida y repercutirían en la prevención de enfermedad mental y de conflicto social.

En reconocimiento al psiquiatra vasco, Gustavo Basterretxea, origen y destino en lo transcultural.



BIBLIOGRAFÍA

1. **Berner P.** *Psychopathologie des migrations*. Encyclopedie médico-chirurgicale. Psychiatrie. Paris. 37880 A-10, 5-1967, 8 p.
2. **Besson J.** *Investigations psychiatriques chez le migrant*. Revue médicale de la Suisse Romande. Genève, 1995, 115, 473-479.
3. **Boitard O.** *Quelques problèmes posés par la santé mentale des migrants*. Soins Psychiatrie n° 30. Avril, 1983.
4. **Brixi O.** *Santé et migration*. En: «Precarité et santé» J. Lebas, P. Chauvin. Ed. Flammarion, 1998.
5. **Bullrich S, Schwartz A.** *Immigration et maladie mentale*. Thérapie de famille, Genève, 1992, Vol. 13, N° 2, pp 127-141.
6. **Collazos F, Qureshi A, Casas M.** *Drogodependencias en la población emigrante*. Encuentro de profesionales en drogodependencias y adicciones. Chiclana de la Frontera (Cádiz). 21 al 23 de octubre de 2004.
7. **Grinberg L, Grinberg R.** *Psychanalyse du migrant et de l'exilé*. Césura Lyon Edition. Lyon, 1986.
8. **Liton R.** *De l'homme*, traducido por Yves Delsaut, "les intérêts" 461-462 pp. France 1967.
9. **Marset M, Garran E, Sánchez C, Martínez M, Gallay B.** *Psychiatric pathology met among the migrant population which have been examined in the policlinic of medicine in Geneva*. 10° Congreso Mundial de Psiquiatría. Madrid, 23-28 de agosto de 1996.
10. **Mesmin C.** *Psychothérapie des enfants des migrants*. Ed. La pensée sauvage. 1995.
11. **Moussaoui D, Ferrey G.** *Psychopathologie des migrants*. Ed. Presses Universitaires de France. Paris, 1985.
12. **Nathan T.** *La folie des autres. Traité d'éthnopsychiatrie clinique*. Dunod. Paris, 1986.
13. **Sartorius N.** *Recherche transculturelle sur la dépression*. Rev. Méd. Suisse Romande. 107 ; 1019-1023, 1987.
14. **Sayad A.** *Santé et équilibre social chez les immigrés*. Psychologie Médicale, 1981, 13, 11: 1747-1775.



Estudio de fases tempranas del Trastorno de Angustia

Deirdre Sierra Biddle, María Carrera, Andrés Herrán, Ana Ayestarán, María Luz Ramírez, Beatriz Rodríguez Cabo, Fernando Hoyuela, Oscar Fernandez Torre, Alfonso Higuera, José Luis Vázquez Barquero.

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Universidad de Cantabria.

Con la desaparición del término “neurosis” y la reclasificación de los trastornos de ansiedad, las crisis recurrentes de ansiedad aguda, asociadas o no con agorafobia adquieren una identidad nosológica independiente. En los últimos años la detección de una alta prevalencia de los trastornos de pánico, las consecuencias de esta enfermedad y la elevada utilización de recursos sanitarios por estos pacientes han hecho que sean el objetivo de numerosos estudios. Actualmente se describe el trastorno de pánico como el trastorno de ansiedad más típico y probablemente como el paradigma de los trastornos de ansiedad.

Una crisis de pánico aislada es relativamente frecuente con una prevalencia para la población general de un 7–9% a lo largo de la vida (1). La prevalencia del trastorno de angustia (TA) utilizando criterios diagnósticos y entrevistas estructuradas se encuentra entre el 1.5–3.8 en la mayoría de los estudios (2,3). Está demostrado que el tratamiento farmacológico es efectivo en las crisis de pánico, pero no todos los enfermos responden al tratamiento. Entre un 20–40% no lo hacen (4), y a largo plazo el pronóstico empeora dado el elevado índice de recaídas (5).

La mayoría de los trabajos en éste área han encontrado una relación entre pánico y agorafobia, siendo la crisis de pánico el evento nuclear (6,7,8). La crisis de pánico se define

como un período de miedo intenso y molestias, acompañado de síntomas somáticos y psicológicos. El ataque tiene un inicio abrupto y alcanza un pico (en unos 10 minutos). Se acompaña por una sensación de peligro inminente y/o una necesidad de escapar.

La visión tradicional definía la agorafobia como miedo a los espacios abiertos o lugares determinados pero algunos investigadores quieren resaltar que el miedo central de la agorafobia es la posibilidad de sufrir un ataque de pánico. La agorafobia se puede describir como una evitación motivada por estar lejos de lugares seguros. Según el DSMIV (9), la agorafobia se define como ansiedad a estar en lugares o situaciones donde escapar sea difícil o embarazoso ante la posibilidad de un ataque de pánico. El ataque de pánico puede ocurrir en personas sanas sin un significado patológico, que son denominados ataques de pánico esporádicos o infrecuentes. Los ataques esporádicos hablan de cifras entre un 2% y un 35% en población normal sin consecuencias patológicas. Se puede concluir con esto, que las crisis no son intrínsecamente patológicas y necesitan de otros factores para transformarse en repetidas, evolucionar a formas patológicas o que quizá solo sean formas subclínicas de TP. El TP si redefine como una forma recurrente de crisis de ansiedad con una tendencia a un curso crónico y que se asocia con fenómenos



como la agorafobia, hipocondriasis, ansiedad anticipatoria y estados subdepresivos. La relación de la agorafobia y el trastorno de pánico en muestras clínicas es de alrededor del 75% de los pacientes, mientras que en muestras epidemiológicas alcanza entre un 30–50% (10,11).

La preponderancia de mujeres con trastornos de ansiedad en general es un hecho constatado tanto en estudios clínicos como epidemiológicos. Un factor de riesgo asociado es el sexo femenino, ya que el 75% de los pacientes con TA son mujeres. En todos los grupos de severidad de TA, la prevalencia es algo más del doble en mujeres que en hombres (10). En los estudios epidemiológicos la ratio mujeres–varones oscila de 1.3 a 5.8 (12).

Entre los pacientes con agorafobia también las mujeres predominan, casi $\frac{3}{4}$ son mujeres (13,14). Las mujeres también son más proclives a desarrollar complicaciones fóbicas, a presentar un cuadro de ansiedad generalizada (15) y a sufrir un cuadro depresivo añadido (16). Las crisis de pánico son más frecuentes en la franja de 18–24 años, mientras que el trastorno de pánico es más frecuente entre los 24–34 años (17), que podría indicar que los ataques de pánico representan un precursor del trastorno. La existencia de cifras mayores de TA, antes de los 20 años en familiares con TA, sugiere que la edad de inicio nos puede ser útil en la diferenciación de subtipos familiares de TA y que los estudios genéticos deberían considerar la edad de inicio (18).

Programa de fases tempranas del Trastorno de Angustia de Cantabria

No debemos olvidar que los trastornos de ansiedad son con mucho el trastorno psiquiátrico más frecuente (19), como acabamos de describir y como se ha venido mostrando en los últimos años, el Trastorno de Pánico es una enfermedad que produce gran sufrimiento en el paciente, mal funcionamiento social y gran utilización de recursos médicos (20,21) por lo

que el interés por ésta patología cobra mayor intensidad. Dada nuestra tradición y experiencia en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en el estudio de fases iniciales de enfermedades mentales, se inicia el Programa de Fases Tempranas del Trastorno de Angustia en el año 2.001 bajo la coordinación del Dr. Herrán con las ventajas que éste enfoque conlleva.

Teniendo en cuenta la atención al paciente desde las fases tempranas y desde el punto de vista clínico, podemos informar al paciente de una forma más individualizada, desde los inicios de la enfermedad y concentrar nuestros esfuerzos en grupos de alto riesgo.

En cuanto a los objetivos en investigación se derivan del tipo de muestra ya que existe una mínima “contaminación” de los datos debido a que el paciente los recuerda con más exactitud que un paciente de larga evolución. Se evita el sesgo de selección de muestras transversales que pueden incluir pacientes más resistentes al tratamiento ya que incluimos pacientes en distinto momento evolutivo y que desde el punto de vista tanto etiopatogénico como pronóstico tienen poco que ver. Además, al ser pacientes sin tratar tanto con fármacos como con psicoterapia, no se modifican las manifestaciones de la enfermedad. Finalmente, al ser un estudio longitudinal controlamos al paciente en su evolución en condiciones habituales.

No debemos olvidar nunca el aspecto docente de estos programas altamente específicos y desde los inicios de la enfermedad que despiertan un gran interés como campo formativo de los residentes de psiquiatría y psicología.

Nuestro programa de Fases Tempranas del Trastorno de Angustia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla tiene por objetivos globales:

- 1) Estudiar la etiología en las fases tempranas de la enfermedad. Tanto aspectos psicopatológicos como la evaluación de la persona-



lidad, antecedentes de abusos en la infancia, presencia de acontecimientos vitales y otros factores estresantes. Aspectos biológicos de tipo bioquímica, genético y endocrinológico como el análisis de la fase aguda. Aspectos neurofisiológicos como el análisis de la onda p300.

- 2) Analizar la evolución desde las primeras fases como la respuesta al tratamiento en las condiciones más próximas a la práctica clínica habitual. Se buscan aspectos como las características de inicio del trastorno, la personalidad previa del paciente, los rasgos fenomenológicos y no solo los síntomas que aparecen descritos en los manuales diagnósticos y la carga genética para establecer una predicción a la respuesta al tratamiento.
- 3) Describir las repercusiones sobre el paciente. Como la calidad de vida, consumo de sustancias, consecuencias metabólicas y cardiovasculares, evolución de las determinaciones analíticas en el seguimiento o con cambios de tratamiento por ejemplo. Analizar las características iniciales que nos pueden hacer predecir la respuesta al tratamiento.

Incluimos pacientes del protocolo clínico y de investigación de la Unidad de Trastorno de Angustia de Cantabria (Hospital Universitario Marques de Valdecilla). El objetivo de este programa es la inclusión de pacientes diagnosticados de Trastorno de Pánico de reciente inicio y que demandan tratamiento por primera vez. Estos pacientes son derivados desde las Unidades de Salud Mental y el servicio de Urgencias de nuestro hospital hasta esta unidad especializada. En ésta, los pacientes son evaluados para verificar el diagnóstico inicial y para excluir tratamientos previos. Se trata de un estudio naturalístico en las que se realizan unas evaluaciones en las semanas 0, 8 y 52. Tras las evaluaciones al inicio, se comienza un tratamiento dual: farmacológico con ISRS como una psicoterapia específica para el TA, denominada Panic Control Treatment (22). El seguimiento clínico se hace de forma indefinida.

Los estudios de prevalencia arrojan cifras relativamente homogéneas entre 1 y 3% de prevalencia para toda la vida y entre 0,5 y 1% de prevalencia puntual, lo que daría una prevalencia puntual de aproximadamente 3.500 pacientes en la Comunidad de Cantabria y cerca de la mitad pertenecen al área de Santander. Los datos encontrados en una muestra de pacientes que acudían por un nuevo episodio de enfermedad a dispositivos de Atención Primaria en nuestro medio (23) muestran resultados similares; un 0,7% de prevalencia para mujeres y un 0,6% para hombres. Por otra parte, en un estudio de derivaciones desde Atención Primaria hacia Salud Mental en la ciudad de Santander, un 14% de los pacientes derivados y sin historia previa en Salud Mental presentaban como diagnóstico principal un trastorno de ansiedad (en la mayoría de los casos, un TA) (24). Se han remitido hasta el momento 250 individuos de los que 2/3 cumplían criterios de inclusión. Un tercio de los pacientes provienen del servicio de urgencias hospitalarias, otro tercio proviene de las Unidades de Salud Mental y el último tercio, de procedencias varias como la interconsulta. La edad media de la muestra es de 33 años y dos tercios son mujeres. La mayor parte de los pacientes había tenido la crisis de angustia que marcaba el inicio del trastorno poco tiempo antes de incluirse en el estudio. En concreto la mediana entre el inicio del TA y su inclusión en el programa es de 8 meses.

Los datos clínicos y biológicos recogidos serán objeto de investigación. Como estudios concretos que se han iniciado, señalamos:

- La eficacia del tratamiento intensivo en pacientes con crisis de angustia. Analizar cuál es mejor "segundo tratamiento" para pacientes que no han respondido a tratamiento con ISRS (Imipramina vs. Alprazolam).
- Las posibles variables clínicas predictoras de la respuesta al tratamiento. Entre ellas destacan la ansiedad basal (medida con el STAI), la clínica depresiva (con el Beck), la sensibilidad ante la ansiedad (Anxiety Sensi-



tivity Index), la percepción de experiencias de relación parentales (Parental Bonding Instrument) o el tipo de síntomas experimentados durante los ataques (MINI, diario de pánico).

- La influencia de la comorbilidad psiquiátrica (evaluada mediante el MINI) y los rasgos y trastornos de personalidad (medidos con el Millon, el NEO-FFI y la SCID-II) sobre las características clínicas, la respuesta al tratamiento y el pronóstico.
- El impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida (mediante el SF-36) y su evolución tras el tratamiento.
- El estudio de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con trastorno de angustia y su evolución con la respuesta clínica (analítica repetida a las 8 y 52 semanas).
- El análisis de genética y biología molecular centrados en el sistema del CRF hipotalámico en pacientes con trastorno de angustia en comparación con sujetos sanos.

Por último describiremos con más detenimiento un área de estudio de nuestro programa y sus resultados:

Estudio de la personalidad en el Programa Cantabria de manejo de las fases tempranas del Trastorno de Angustia

El estudio y análisis de la personalidad en el programa Cantabria de manejo de las fases tempranas del TA busca: 1). Describir los rasgos de personalidad normales en una muestra de pacientes en las fases tempranas del TA, comparados con los de la población general, 2). Describir los trastornos de personalidad (TP) presentes en dicha muestra, 3). Estudiar la influencia de los rasgos y trastornos de personalidad en la gravedad del TA tanto al inicio como en el curso clínico de éste a las 8 semanas de seguimiento, 4). Y, por último, estudiar la influencia de los rasgos y trastornos de personalidad en la presencia de agorafobia en nuestros pacientes.

Se detallan a continuación algunos de los resultados obtenidos más significativos, en comparación con los trabajos más relevantes sobre el tema:

En primer lugar, el análisis de los rasgos de personalidad en nuestra muestra de pacientes se realiza mediante el instrumento NEO-FFI (25). Los resultados obtenidos, comparados con estudios previos recientes, coinciden en los altos niveles de neuroticismo y en la baja extraversión encontrados; y en que los factores de apertura, amabilidad y responsabilidad no parecen ser importantes a la hora de conceptualizar la personalidad normal de pacientes con TA (26). Por su parte, la asociación encontrada entre agorafobia e introversión también permite corroborar los resultados de dichos estudios. Además, la introversión cuando se da conjuntamente con el sexo femenino y mayor malestar experimentado durante las crisis predice la agorafobia, resultado que añade nueva información a aquellos que han relacionado el sexo femenino con la agorafobia (27). Para un análisis más en detalle de estos resultados remitirse a un artículo recientemente publicado por nuestro equipo (28).

En segundo lugar, el estudio de prevalencias de los Trastornos de personalidad en nuestra muestra de pacientes coincide con los resultados de estudios previos, en las altas cifras encontradas de aquellos. Así, según el Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II) el 94% de los pacientes presenta criterios para al menos un TP (29,30), y según la entrevista diagnóstica SCID-II el 46% (31,32). Independientemente del instrumento empleado, los TP más prevalentes pertenecen al grupo C —dependiente, evitativo, obsesivo-compulsivo y pasivo-agresivo— y los menos prevalentes al grupo A (33,34,32). Incluso, no se encuentra ningún TP esquizoide y esquizotípico cuando se emplea la entrevista SCID-II lo cual también resulta consistente con algunos trabajos previos (35). Mención aparte, merece el TP depresivo, encontrado el segundo más prevalente



junto con el evitativo y tras el obsesivo cuando empleamos la entrevista SCID-II. Este trastorno, sin embargo, no ha sido valorado en trabajos previos por lo que puede ser considerado un hallazgo novedoso de nuestro estudio. Cuando la Agorafobia acompaña al TA todos los Trastornos de Personalidad (excepto el obsesivo-compulsivo), independientemente del instrumento empleado para su valoración, son más prevalentes que cuando aquél se presenta sólo. Este último resultado sugiere un perfil más alterado de personalidad para el TA con agorafobia que sin ella, tal y como concluyen algunas investigaciones recientes (36;32), aunque no todas (34). En el análisis por trastornos, la presencia de Agorafobia tan solo se asocia con la escala de personalidad patológica evitativa del Millon, aunque la OR resultante fuera baja. Este resultado pudiera explicar el hallazgo de este trastorno como el más frecuente en muestras clínicas de pacientes agorafóbicos (37,38).

Cuando tenemos en cuenta el sexo, nuestros resultados coinciden con los del único estudio existente en la mayor prevalencia de TP entre las mujeres que entre los hombres (39). Sin embargo, aunque el patrón de prevalencias difiera según el sexo, se encuentran patrones de personalidad similares a los de la población general u otras poblaciones clínicas.

Se analizan a continuación los resultados correspondientes al estudio de la influencia de la personalidad en la gravedad clínica del TA, medida mediante las escalas de gravedad Impresión Clínica Global (ICG) y Escala de Gravedad del Trastorno de Angustia (EGTP):

Se encuentra que la gravedad del Trastorno de Angustia no se relaciona con rasgos de personalidad normales. Sin embargo, sí se asocia con los TP esquizotípico y esquizoide cuando empleamos el inventario Millon, aunque de manera conjunta con la clínica depresiva. Este resultado nos sugiere que aunque las personalidades del grupo raro no caractericen a los sujetos con un TA, su presencia influye en la

gravedad del trastorno y permiten explicarla. El único TP valorado mediante la entrevista SCID-II que tiene una influencia significativa en la gravedad inicial del Trastorno de Angustia es el depresivo, independientemente de la escala de gravedad empleada. No se encuentran resultados similares en la literatura puesto que este trastorno no se valora en ellos, sin embargo sí se ha documentado la influencia negativa de los episodios depresivos, con los que suele solaparse este trastorno, en el cuadro clínico del TA. No hay que olvidar por último, que la sintomatología depresiva juega un papel relevante en la gravedad del TA y que emerge como el predictor más consistente en los modelos resultantes de nuestro estudio.

Para finalizar, se presentan los resultados correspondientes al estudio de seguimiento a corto plazo, que en nuestro trabajo se ha considerado como aquel periodo comprendido desde que el paciente es incluido en el estudio hasta 8 semanas después cuando es valorado nuevamente mediante las escalas de gravedad:

La única variable de personalidad que ejerce en nuestra investigación un efecto perjudicial en el curso del TA es la escala evitativa del MCMI-II, resultado que también se ha encontrado en estudios previos (37,40). Sin embargo, el modelo resultante explica tan solo el 4% de la gravedad, por lo que no se puede concluir que las variables de personalidad afecten de manera decisiva al curso clínico a corto plazo del TA. Por otra parte, otras variables iniciales, como una ansiedad estado más alta y el sexo femenino, sí permiten predecir una peor evolución. Cuando empleamos la escala ICG la gravedad clínica del TA al seguimiento cambia a “bastante mejor” respecto al inicio. El ser mujer se asocia significativamente con una menor mejoría. Por su parte, cuando empleamos la escala de gravedad EGTP-total, también se produce un cambio importante en todas las áreas y en la puntuación total de ellas que pasa de una media inicial de 14 a una media de 7 al seguimiento y también el sexo femenino se asocia



con un menor cambio, no entrando las variables de personalidad en los modelos resultantes finales. El resultado anterior corrobora algunos estudios previos (41) pero no otros que por el contrario sí consideran que los TPs predicen claramente un peor curso clínico a corto plazo del TA (42,43). Resultaría de gran interés añadir a los análisis previos el de la influencia de la personalidad en el curso a largo plazo del TA, para poder aportar luz a los resultados ambiguos y poco concluyentes que existen hasta el momento al respecto (44,34).

Para finalizar, destacar las fortalezas del estudio de la personalidad en nuestro programa de manejo de las fases iniciales del TA, que se caracterizan por la evaluación del TA en las fases tempranas de la enfermedad, por la descripción y análisis de una muestra con un número elevado de pacientes, por el abordaje de la personalidad desde diferentes enfoques, por la valoración de la personalidad en el TA teniendo en cuenta la agorafobia y el sexo, aspectos poco analizados en este tipo de estudios, y por la introducción de técnicas multivariantes en los análisis realizados. Todo ello convierte este trabajo en pionero en España, ya que apenas existen programas específicos que aborden los aspectos iniciales de los trastornos mentales y más en concreto del Trastorno de Angustia y menos aún que analicen los aspectos previamente comentados.

El tratamiento del TA es, junto al de la esquizofrenia y al de la depresión mayor, uno de los que ha alcanzado un mayor grado de desarrollo en el campo de los trastornos mentales durante los últimos años (45). El tratamiento

más eficaz combina medicación y psicoterapia específica. Como aplicamos en nuestro protocolo. Esta modalidad de tratamiento es de difícil aplicación en las Unidades de Salud Mental, donde la presión asistencial de otros cuadros que precisan otras intervenciones menos específicas (p.ej. psicoterapia de apoyo...) deja poco tiempo a intervenciones protocolizadas.

Por último, la investigación en el terreno del trastorno de angustia y en otros trastornos de ansiedad, ha despertado tradicionalmente un menor interés que la realizada en trastornos considerados como "mayores" (depresión, esquizofrenia, ...). Sin embargo, las características del TA proporcionan una oportunidad única para realizar estudios que combinen aspectos fenomenológicos y psicológicos por un lado, y aspectos biológicos por otro. En éste sentido, se puede disponer de la experiencia de la investigación psiquiátrica realizada tradicionalmente en nuestro medio (Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social, Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla) y de la de otros grupos de investigación del Hospital en aspectos biológicos básicos (Servicios de Inmunología, Análisis Clínicos, Endocrinología). El programa se justifica por la prevalencia del trastorno de angustia, las consecuencias personales y económicas de la enfermedad y por la eficacia de tratamientos específicos y de alta intensidad. Y todo ello con la implicación de un equipo multidisciplinar que desarrolle estos estudios.

Correspondencia: Deirdre Sierra-Biddle
sierrabiddle@ono.com
U.S.M. Puerto Chico. Santander



BIBLIOGRAFÍA

- (1) Pelissolo A, Lepine JP. Epidemiology of depression and anxiety disorders. In Montgomery SA, Den Boer JA (Eds). Chichester: John Wiley and Sons Ltd., 1998.
- (2) Kanton W, Vitaliano PP, Russo J, Jones M, Anderson K. Panic disorder: Spectrum of severity and somatization. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175:12-19.
- (3) Boyd JH. Use of mental health services for the treatment of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143 :1569-1574.
- (4) Slaap BR, den Boer JA. The prediction of non-response to pharmacotherapy in panic disorder: a review. *Depress Anxiety* 2001; 14: 112-122.
- (5) Faravelli C, Paterniti S, Scarpato A. 5-year prospective naturalistic follow-up study of panic disorder. *Compr Psychiatry* 1995; 39: 271-277.
- (6) Breier A, Charney DS, Heninger GR. Agoraphobia with panic attacks: development, diagnostic stability, and course of illness. *Arch Gen Psychiat* 1986; 43:1029-1036.
- (7) Lelliot P, Katerndahl D.A. Predictors of the development of phobic avoidance. *J Clin Psychiat* 2000; 61:618-623.
- (8) Katerndahl D.A. Predictors of the development of phobic avoidance. *J Clin Psychiat* 2000; 61:618-623.
- (9) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4^a ed. Washington: APA; 1994.



- (10) Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 413–420.
- (11) Wittchen HU, Reed V, Kessler RC. The relationship of agoraphobia and panic in a community sample of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 1017–1024.
- (12) Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 305–309.
- (13) Wittchen HU. Epidemiology of panic attacks and panic disorders. In Hand I, Wittchen HU (eds). *Panic and phobias: Empirical evidences of Theoretical Models and Long term effects of behavioural Treatments*. Berlin:Springer-Verlag 1986.
- (14) Barlow DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press 1988
- (15) Aronson and Longue 1987. on the longitudinal course of panic disorder development history and predictors of phobic complications. *Compr psychiatry* 1987; 28: 344–355
- (16) Buller R, Maier W, Benkert O. Clinical Subtypes in panic disorder: Their descriptive and prospective validity. *J Affect Disord* 1986 11: 105–114;
- (17) Von Korff, M.R., Eaton, W.W., and Keyel, P.M. (1985). The epidemiology of panic attacks and panic disorder. *American Journal of Epidemiology*, 122, 970–81.
- (18) Goldstein RB, Wickramaratne PJ, Hortwatt E, Weissman MM. Familial aggregation and phenomenology of early onset panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(3) :271–278.
- (19) Kessler RC, Mc Gonable KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshelman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and twelve month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the natural comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8–19.
- (20) Roy-Byrne et al, 1999, Roy-Byrne PP, Stein MB, Russo J, Mercier E, Thomas R, McQuaid J, Katon WJ, Craske MG, Bystritsky A, Sherbourne CD. Panic disorder in the primary care setting. Comorbidity, disability, service utilisation, and treatment. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 492–499.
- (21) Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; (420): 47–54.
- (22) Craske MG, Barlow DH, Meadows DA. *Mastery of your anxiety and panic*. 3rd ed. Therapist guide for anxiety, panic, agoraphobia. USA. The psychological Corporation 2000.
- (23) Vázquez-Barquero JL, García J, Simón JA, Iglesias C, Montejo J, Herrán A, Dunn G. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry*. 1997 Jun; 170:529–35.
- (24) Herrán A, López-Lanza JR, Ganzo H, Cadiñanos A, Díez-Manrique JF, Vázquez-Barquero J. Referral of patients with mental disorders from primary care to mental health units *Actas Esp Psiquiatr*. 2000 Jan-Feb; 28(1):13–21.
- (25) Costa PT, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and the NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1992. Versión española: Costa PT, McCrae RR, NEO PI-R. *Inventario de Personalidad NEO Revisado*. Madrid: TEA Ediciones.
- (26) Bienvenu OJ, Samuels JF, Costa PT, Reti IM, Eaton WW, et al. Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: a higher- and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depress Anxiety* 2004; 20: 92–97.
- (27) Turgeon L, Marchand A, Dupuis G. Clinical features in panic disorder with agoraphobia: a comparison of men and women. *J Anxiety Disord* 1998; 12 (6): 539–556.
- (28) Carrera M, Herrán A, Ramírez ML, Ayestarán A, Sierra-Biddle D, Hoyuela F, Rodríguez-Cabo B, Vázquez-Barquero JL. Personality traits in early phases of panic disorder: implications on the presence of agoraphobia, clinical severity and short-term outcome. *Acta Psychiatr Scand*, 2006; 114(6):417–425
- (29) Wetzler S, Kahn RS, Cahn W, Van Praag HM, Asnis GM. Psychological test characteristics of depressed and panic patients. *J Psychiatry Res* 1990; 31: 179–92.
- (30) Chambless DL, Renneberg B, Goldstein A, Gracely EJ. MCMI-diagnosed personality disorders among agoraphobic outpatients: prevalence and relationship of severity and treatment outcome. *J Anxiety Disord* 1992; 6: 195–211.
- (31) Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, et al. Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Psychiatry Res* 2005; 39: 1–9.
- (32) Ozkan M, Altindag A. Comorbidity personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity?. *Compr Psychiatry* 2005; 46: 20–26.
- (33) Iketani T, Kiriike N, Stein MB, Nagao K, Nagata T, Minamikawa N, et al. H. Personality Disorder Comorbidity in Panic Disorder Patients with or without current major depression. *Depress Anxiety* 2002a; 15: 176–182.
- (34) Massion AO, Dyck IR, Shea MT, Phillips KA, Warshaw MG, Keller MB. Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia and panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 2002; 59: 434–440.
- (35) Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Chinaglia E, Scardovi F, Codeluppi S, et al. Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *J Affect Disord* 1999; 52: 203–207.
- (36) Iketani T, Kiriike N, Stein MB, Nagao K, Nagata T, Minamikawa N, et al. Relationship between perfectionism, personality disorders and agoraphobia in patients with panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2002b; 106: 171–178.
- (37) Chambless DL, Renneberg B, Goldstein A, Gracely EJ. MCMI-diagnosed personality disorders among agoraphobic outpatients: prevalence and relationship of severity and treatment outcome. *J Anxiety Disord* 1992; 6: 195–211.
- (38) Chambless DL, Beck AT, Gracely EJ, Grisham JR. Relationship of cognitions to fear of somatic symptoms: a test of the cognitive theory of panic. *Depress Anxiety* 2000; 11: 1–9.
- (39) Barzega G, Maina G, Venturello S, Bogetto F. Gender-related distribution of personality disorders in a sample of patients with panic-disorder. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 173–179.
- (40) Berger P, Sachs G, Amering M, Holzinger A, Bankier B, Katsching H. Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioral treatment of panic disorder. *J Affect Disord* 2004; 80: 75–78.
- (41) Dreesen L, Arntz A. The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: best-evidence synthesis. *Behav Res Ther* 1998; 36: 483–504.
- (42) O'Rourke D, Fahy TJ, Brophy J, Prescott P. The Galway study of panic disorder III: outcome at 5 to 6 years. *Br J Psychiatry* 1996; 462–469.
- (43) Pollack MH, Otto MW. Long-term course and outcome of panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 Suppl 2: 60.
- (44) Katschnig H, Amering M. The long-term course of panic disorder and its predictors. *J Clin Psychopharmacol* 1998; 18 Suppl 2: 6–11.
- (45) Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Baldwin DS, den Boer JA 1998a. Consensus statement on Panic Disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiat* 1998a; 59(8):7–54.

Esquizofrenia: una revisión de las diferencias de género desde la perspectiva hormonal

Esquizofrenia: del género a la diferencia

Juan D. Molina, S. González-Parra, H. Blasco

Médicos especialistas en psiquiatría.

Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Dr R. Lafora, Madrid

M. Cuartero, N. Parga, I. Lerma-Carrillo

MIR de psiquiatría. Hospital Dr R Lafora, Madrid

C. Andrade-Rosa

Médico especialista en Medicina Comunitaria y de Familia.

Centro de Salud Los Castillos. Alcorcón. Madrid

Resumen

La prevalencia e incidencia de la esquizofrenia es aproximadamente igual para hombres y mujeres, sin embargo existen diferencias de género en varios aspectos de la enfermedad como son: edad de comienzo, fisiopatología, síntomas, curso y respuesta al tratamiento. Estas diferencias de género sugieren la posibilidad del papel clave que desempeñan las hormonas gonadales, concretamente los estrógenos, en la enfermedad; así como la posible aplicación terapéutica de los mismos. Varios estudios han considerado la posibilidad de añadir estrógenos en el tratamiento de las pacientes esquizofrénicas cuyos síntomas están claramente relacionados con las fluctuaciones de los niveles hormonales durante el ciclo menstrual o en aquellas pacientes con formas resistentes al tratamiento convencional.

Actualmente es un tema polémico, ya que el uso de la THS (Terapia Hormonal Sustitutiva) esta siendo cada vez más restringido, siendo fundamental sopesar los beneficios/ riesgos de la misma.

Palabras clave: Diferencias de género, esquizofrenia, estrógenos, tratamiento.

Abstract

Although the lifetime risk and prevalence of schizophrenia are comparable for men and women, gender differences occur in various aspects of the disease, including age of onset, path physiology, symptoms, course and response to treatment. These gender differences strongly suggest a key role played by gonadal hormones and their interactions with neurotransmitters. They may also suggest a key role for future applications of specific estrogens. Various studies have considered the possibility of adding estrogens in the treatment of patients with schizophrenia whose symptoms are clearly related to the fluctuations of hormone levels during the menstrual cycle or those patients with resistance to the conventional treatment.

Actually it is a controversial theme because the use of THS is becoming more restricted because it is fundamental that the benefits surpass the risks.

Palabras clave: Differences of gender; estrogens treatment; schizophrenia.



Introducción

El estudio de las diferencias de género en psiquiatría es relativamente reciente y está experimentando un especial auge desde hace varios años. En concreto, desde la década de los 90 surgen cada vez más estudios que revelan diferencias de género en la esquizofrenia. Estas diferencias se encuentran no sólo en las variables socio demográficas (edad de inicio, incidencia, riesgo familiar) o sintomatológicas (funcionamiento premórbido, psicopatología), sino también en la respuesta al tratamiento, el curso, la evolución y el pronóstico.

Se han estudiado diferencias cerebrales entre sexos en enfermos de esquizofrenia mediante técnicas de imagen estructurales con resultados variables y controvertidos. Respecto a los estudios de neuroimagen funcional, se han realizado aún pocos trabajos que estudien estas diferencias. También existe literatura sobre diferencias en la neurotransmisión entre hombres y mujeres, sanos y esquizofrénicos. En este entramado de datos, llama la atención la consistencia de los estudios que ponen de manifiesto la relación entre hormonas y esquizofrenia.

Aunque los hallazgos en la investigación básica tienen una gran importancia para la práctica clínica, los aspectos psicosociales son igualmente relevantes. ¿Qué influencia tiene el rol femenino, social e intrapsíquicamente establecido, en la vulnerabilidad de la mujer a la esquizofrenia? ¿Cómo interactúan estos papeles con los signos o síntomas de esta enfermedad o con sus decisiones sobre cómo, cuándo y dónde buscar ayuda? Y, en definitiva, ¿qué relación tiene el papel femenino en la accesibilidad a la atención médica y su seguimiento, y en la evolución y adherencia al tratamiento?

¿Pueden condicionar los estrógenos diferencias de género en la esquizofrenia?

Las diferencias en función del género que han sido descritas en la esquizofrenia son muy importantes ya que podrían arrojar luz acerca de la patogenia de la misma.

La incidencia de la esquizofrenia en los hombres y las mujeres es aproximadamente igual. La evidencia de que la esquizofrenia en mujeres tiene un inicio más tardío y suele tener un curso menos grave, ha llevado a hablar de la “hipótesis estrogénica” de la esquizofrenia. Además parecen requerir menos medicación antipsicótica, muestran una carga genética mayor para la esquizofrenia y presentan un segundo pico de aparición de la enfermedad después de la menopausia. Diversos trabajos han hallado que los niveles de estrógenos en mujeres esquizofrénicas son significativamente más bajos, y que el inicio de la enfermedad y las recaídas aparecían con más frecuencia coincidiendo con las fases del ciclo menstrual con niveles bajos de estrógenos, siendo también más vulnerables inmediatamente después del parto y en la menopausia^{1,2}.

I. DIFERENCIAS CLÍNICAS

Epidemiología

La prevalencia de la esquizofrenia es la misma en mujeres y hombres. Sin embargo existe un amplio consenso en la literatura de que los varones esquizofrénicos tienen una menor edad en su primera hospitalización³ y en el inicio de la enfermedad⁴. La edad de inicio más frecuente para los hombres es entre los 15 y los 25 años, mientras que en las mujeres suele debutar entre los 25 y los 35, teniendo un segundo pico en la menopausia. Hafner et al⁵ explican este hecho apostando por el efecto protector psíquico que tienen los estrógenos hasta la menopausia.

Riesgo familiar

Diversos estudios^{6, 7, 8} señalan que las mujeres tienen más antecedentes familiares de esquizofrenia que los hombres. Afirman que los factores genéticos se encuentran implicados en la patogenia de la esquizofrenia en las mujeres con mayor frecuencia que en los varones. Basándose en estos datos, De Lisi y Crow⁹ proponen a los cromosomas sexuales como fuertes candidatos a tener el locus de la esquizofrenia.

En contraposición con los hallazgos de los estudios anteriores, Leung y Chue¹⁰ en su revisión no encuentran claras diferencias de género en la historia familiar de pacientes esquizofrénicos.

Funcionamiento premórbido

Muchos son los estudios que señalan que los varones esquizofrénicos tienen un peor funcionamiento social premórbido que las mujeres^{11, 12} y que relacionan este hecho con su peor adaptación social tras el debut de la enfermedad¹³.

Diferencias sintomáticas

En cuanto a las diferencias en los síntomas en función del género, el asunto es más controvertido. Usall et al⁶ hicieron un estudio que evaluaba las diferencias clínicas de género, prestando especial atención a las sintomáticas. Utilizaron un cuestionario sociodemográfico y la versión española de la PANSS¹⁴ no hallando diferencias significativas entre hombres y mujeres. Sin embargo otros estudios sí las encontraron, encontrando en los varones un predominio de síntomas negativos, trastornos del pensamiento y síndromes psicoorgánicos¹⁵.

En este sentido otros autores también encuentran que las mujeres presentan con mayor frecuencia síntomas positivos^{16, 17} (tales como las alucinaciones auditivas o los delirios

de persecución¹⁰) o los subtipos de esquizofrenia paranoide y desorganizada¹⁸.

De la Gándara y Jiménez¹⁷ también encuentran diferencias en los patrones de conducta con un predominio de la antisocial en los varones y de la autodestructiva en mujeres.

El suicidio es una causa de muerte frecuente en estos pacientes. Un 50% de los pacientes esquizofrénicos intentan suicidarse al menos una vez en su vida, y de un 10 a un 15% de estas personas muere por esta causa¹⁹. Las mujeres esquizofrénicas tiene un riesgo absoluto de intentos de suicidio superior al de la población general²⁰, siendo, sin embargo, la tasa de suicidio consumado más elevada en varones esquizofrénicos que en mujeres²¹.

Respuesta al tratamiento

También hay diferencias en este aspecto. Las mujeres suelen requerir menores dosis de neurolepticos que los hombres, tanto en la fase aguda como en la de mantenimiento²². También sufren menor número de recaídas²³.

En cuanto a los efectos secundarios, las mujeres tienen más tendencia a desarrollar síntomas extrapiramidales que aparecen a largo plazo, como la discinesia tardía, acatisia y parkinsonismo, mientras que los hombres presentan mayor riesgo de complicaciones agudas como la distonía y el síndrome neuroleptico maligno²⁴.

En este sentido, Jhensvold²⁵ encontró que los estrógenos podían favorecer el desarrollo de síntomas extrapiramidales en pacientes con tratamiento antipsicótico, pero Soares²⁶ no logró resultados concluyentes en este sentido.

Los niveles de prolactina aumentan significativamente más en mujeres que en hombres durante el tratamiento con neurolepticos. En relación con ello, Canuso²⁰ insiste en la impor-



tancia de controlar los niveles de prolactina en las mujeres que son tratadas con neurolépticos.

Contrastando con las aseveraciones anteriores, tenemos el estudio de Pinals²⁷ que no encuentra diferencias significativas en el tratamiento con neurolépticos entre varones y mujeres.

Pronóstico y evolución

En general el curso de la esquizofrenia es más favorable entre las mujeres que entre los hombres. Esta afirmación se objetiva por el menor número de ingresos, menor duración de los mismos y menor número de reingresos³. Salem y Kring⁷ dan particular énfasis en su artículo a este hecho.

Los patrones de adaptación social también difieren y contribuyen a que los programas de intervención psicosocial sean más eficaces en las mujeres pero más necesarios en los hombres. En este sentido, Roder-Wanner y Priebe²² señalan que la calidad de vida y la adaptación socio-laboral de las mujeres esquizofrénicas es mucho mejor que la de los varones.

Las mujeres, tras un primer episodio de esquizofrenia, alcanzan mejores niveles de recuperación psicosocial, lo que se refleja en una mayor tasa de matrimonio, vida íntima y sexual más activa.

Sin embargo los hombres presentan peor patrón de cumplimiento terapéutico, mantenimiento de la alianza terapéutica y de aceptación de tratamiento a largo plazo, lo que contribuye a una peor adaptación psicosocial.

2. CONDICIONAMIENTOS BIOLÓGICOS DE LAS DIFERENCIAS

Existen varios modelos que intentan explicar las causas de las diferencias entre sexos,

como son el modelo de vulnerabilidad al estrés, el modelo patoplástico o el modelo del desarrollo neuronal anormal. Aunque son múltiples los factores que deben tenerse en cuenta a la hora de intentar explicar estos hallazgos, a continuación presentamos una revisión de los datos objetivos encontrados en la literatura en el escenario de la visión de la hipótesis hormonal.

Neuropatología

Se han encontrado con mayor frecuencia anomalías estructurales cerebrales y disfunción metabólica global en los pacientes varones que en las mujeres^{7,9,10,12}. También es más frecuente encontrar antecedentes de lesiones estructurales infantiles en varones²⁸.

El papel de las hormonas en el desarrollo cerebral

Los recientes avances en las neurociencias han permitido profundizar en el conocimiento de este complejo tema. Siguiendo a Simon Le vay²⁹ el patrón de desarrollo sexual es intrínsecamente femenino en los animales dimórficos. A partir de la sexta semana de gestación es necesaria la presencia del cromosoma Y para transformar las gónadas en testículos, en caso contrario se desarrollarán los ovarios. Entre las 9–18 semanas la diferenciación sexual del feto depende directamente de las hormonas secretadas por las gónadas. Tras la diferenciación gonadal, se mantienen elevados los niveles hormonales de andrógenos entre 10 y 20 días lo que se supone coincide con la diferenciación sexual del cerebro.

Los estrógenos aumentan la densidad de los receptores e inducen sinaptogénesis. Así, la menor exposición a los estrógenos en el cerebro masculino explicaría su maduración posterior al femenino en las primeras etapas del desarrollo. Y este retraso del proceso de maduración supone una mayor vulnerabilidad a lesiones tempranas. Lo cual, entronca con la teoría

del neurodesarrollo precoz, según la cual, la esquizofrenia podría ser causada por una lesión cerebral temprana que no se expresa hasta la edad juvenil, momento en que el proceso madurativo del cerebro está avanzado. Por otro lado, el sistema dopaminérgico en concreto parece sexualmente dimórfico: los estrógenos pueden tener un efecto sobre las membranas a corto plazo (en el sentido de alterar el funcionamiento de las sinapsis dopaminérgicas) y otro más a largo plazo, modificando la síntesis de receptores de dopamina y su transcripción³⁰.

De la Gándara²⁸ resume así las diferencias intersexo en la estructura y función cerebral: Tamaño cerebral inferior en mujeres, cuerpo calloso mayor en mujeres (de la Caste-Utamsing, Holloway, 1982), comisura anterior mayor en mujeres (Allen, Gorski, 1992), área frontal media y temporal superior con un tamaño relativo superior en mujeres (Schlaepfer et al 1985), flujo sanguíneo cerebral mayor en mujeres en corteza cingular y menor en área temporo-límbica y cerebelo (Gur y cols., 1982; Shaw y cols., 1984, Devous y cols., 1988), metabolismo regional de la glucosa mayor en mujeres (Baxter y cols., 1987; Yoshii y cols., 1988), y mayor lateralización cerebral (izquierda) en los varones (Shaywitz y cols., 1995; Reite y cols., 1996).

Estrógenos, plasticidad y neurotransmisión

Existen múltiples trabajos que involucran a los estrógenos en las diferencias de género de la esquizofrenia, algunos autores ponen el acento en la influencia de estas hormonas en la plasticidad neuronal y otros en la neurotransmisión o en la neuromodulación.

Plasticidad cerebral

En 1991 Gould³² et al señalaron como el descenso en la densidad de las dendritas apicales de las células piramidales del hipocampo que aparece tras una ooforectomía

bilateral se evita con la administración de estradiol.

Estos hallazgos son congruentes con las teorías basadas en el modelo del neurodesarrollo tardío, según el cual, durante los primeros años de vida se produciría una gran cantidad de sinapsis, que se eliminan de forma similar a la poda de un árbol durante la adolescencia para poder adquirir la capacidad de abstracción (aunque a costa de perder plasticidad). Los estrógenos producirían diferencias de género en este proceso.

Neurotransmisión

Los estrógenos influyen sobre múltiples neurotransmisores y enzimas cerebrales. Se han identificado receptores para los estrógenos localizados en hipófisis, hipotálamo, sistema límbico y corteza cerebral³³.

Entre los datos que sostienen la relación entre estrógenos y sistema dopaminérgico destacamos dos trabajos: Gordon et al³⁴ informan de que los estrógenos incrementan la densidad de los receptores dopaminérgicos 2 y Glazer³⁵ plantea que mejora sustancialmente la intensidad de los movimientos de la discinesia tardía. Häfner et al⁵ en 1993 ponen el acento en la neuromodulación, describiendo cómo los estrógenos producen un fenómeno de retroalimentación negativa del receptor dopaminérgico en ratas. Este hallazgo, llevado a nuestra especie, concuerda con la observación de que en la edad juvenil se retrasa la edad de máxima incidencia de la esquizofrenia en las mujeres con respecto a los varones y de que existe un segundo pico de máxima incidencia en las mujeres en torno a los 40–45 años, coincidiendo con la menopausia³⁶.

Häfner et al³⁷ concluyen que las manifestaciones de la esquizofrenia están influenciadas por un sistema dopaminérgico muy sensible en el cerebro, bloqueado por neurolépticos y modulado por estrógenos.



La influencia de las variaciones hormonales en la esquizofrenia

Aunque los datos existentes no apuntan a que las hormonas ejerzan un papel crucial en la etiología de la esquizofrenia, sí orientan a que tengan una gran influencia en la manifestación y evolución de la misma. Ejemplo de ello es que Cutting³⁸ (1990), describe la mayor prevalencia de psicosis cicloides en mujeres y su evolución más favorable.

Hamilton y Parry³⁹, informan de la importancia epidemiológica que tiene el hecho de que en los países occidentales, aproximadamente ¼ de las mujeres en edad fértil utilicen los anticonceptivos orales, al tiempo que en Estados Unidos de América, casi 1/3 se someten a tratamiento hormonal sustitutivo al llegar la menopausia. En este sentido, siguiendo a Jhensvold²⁵ en su revisión de 1996 sabemos que, los estrógenos utilizados en la terapia hormonal sustitutiva pueden potenciar a la clozapina (Martín, 1978) o que, los valores plasmáticos de la flufenazina pueden variar en función de los valores de estrógenos (Hansten, 1976). Además, se sabe que existe una menor eficacia de los neurolepticos durante la menopausia, requiriéndose dosis más elevadas para controlar los síntomas psicóticos, lo que apoya la teoría de un efecto neuroleptico like de los estrógenos^{12,40}.

Respecto al embarazo, existen datos más controvertidos. Aunque se supone que los mayores niveles de estrógenos y progesterona protegen frente a la psicosis, no hay que descartar que, al contrario de lo que se suele hacer en la práctica habitual, puede ser necesaria la utilización de dosis más elevadas de antipsicóticos⁴¹. Este hecho se podría justificar con el frecuente descenso de los niveles plasmáticos secundarios a los cambios fisiológicos del embarazo.

3. CONDICIONAMIENTOS NO BIOLÓGICOS DE LAS DIFERENCIAS. ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE GÉNERO CULTURALES?

El entorno social y cultural del paciente, puede contribuir a diferencias en el patrón de respuesta al tratamiento y al cumplimiento terapéutico. Como sugieren Walker y Lewine⁴² en 1993, al comenzar la enfermedad de forma más tardía en las mujeres, es posible que ya hayan consolidado un buen nivel educativo, o un núcleo familiar. Es decir, poseen un mejor funcionamiento premórbido, que facilita la rehabilitación y la reintegración en la comunidad¹¹. Además el varón esquizofrénico es visto socialmente como más agresivo, tendiéndose a utilizar dosis de neurolepticos superiores⁴³, sobre todo durante la fase aguda de la enfermedad. Este hecho, junto a la mayor frecuencia de efectos secundarios extrapiramidales, determina el mayor incumplimiento terapéutico en los varones²⁴ y las consecuencias en que esto deriva en la evolución.

Algunos autores, como Walter y Rossiter (1990); y Weyerer y Dilling (1991), afirman que la mujer tiene una mayor conciencia de enfermedad, con mayor sensación de "discomfort" psíquico, lo que favorece la búsqueda de tratamiento. Esto ha sido señalado como el motivo del menor número de ingresos involuntarios en estas y del seguimiento y cumplimiento terapéutico más adecuado en las mujeres²⁸.

4. APLICACIONES TERAPÉUTICAS DE LOS ESTRÓGENOS EN LA ESQUIZOFRENIA

Dada la creciente evidencia del importante papel protector que desempeñan los estrógenos en la etiopatogenia de la esquizofrenia, se están abriendo nuevas líneas de investigación que plantean el tratamiento de la esquizofrenia con estrógenos. Varios son los estudios que abordan el tema.

Tunde et al⁴⁴ realizaron en el 2002 un estudio con una selección de mujeres esquizofrénicas con pobre respuesta al tratamiento con antipsicóticos y estaban seriamente incapacitadas sociolaboralmente. A estas mujeres se les sometió a una terapia con estrógenos en forma de píldora contraceptiva obteniendo buenos resultados. Estos autores concluyen que la terapia con estrógenos para la esquizofrenia en casos seleccionados tiene resultados prometedores.

Kolsch y Rao⁴⁵ en su trabajo asumen el importante papel neuroprotector del estradiol-17 α en la esquizofrenia, y demuestran el papel beneficioso de los estrógenos en la prevención y tratamiento de la esquizofrenia, particularmente en los síntomas negativos.

Hafner⁴⁶ en un estudio realizado en el 2002 apunta la importancia del tratamiento precoz de la esquizofrenia y discute el papel de los estrógenos como fármacos protectores de la misma.

Riecher et al⁴⁷ insisten en las implicaciones terapéuticas de los estrógenos en la esquizofrenia y expresan la necesidad de un adecuado manejo farmacológico de aquellas mujeres en edad peri y post-menopáusica o con hipoestrogenismo.

Kulkarni et al⁴⁸ en el 2002 realizaron un ensayo clínico a doble ciego donde se compararon tres tratamientos (placebo, 50 microgramos de estradiol, 100 microgramos de estradiol) en una muestra de mujeres esquizofrénicas. Hallaron una mejoría significativa de los síntomas en las mujeres tratadas con 100 microgramos de estradiol.

Louza et al⁴⁹ en 2002 realizan un ensayo a doble ciego, donde añaden estrógenos conjugados a una dosis fija de haloperidol y comparan con la combinación de haloperidol mas placebo. Ambos grupos muestran una mejoría similar en cuanto a síntomas positivos y negativos; y aunque el grupo de estrógenos combinados

muestra mayor tendencia a la mejoría, la diferencia no es estadísticamente significativa.

Bergermann et al⁵⁰ en el 2004 muestran los resultados de un ensayo clínico cruzado, multicéntrico, randomizado, doble ciego; donde comparan, en mujeres con hipoestrogenismo, una combinación de estrógeno y progesterona añadida al tratamiento con antipsicóticos versus placebo mas antipsicótico. Los resultados no confirman la hipótesis de que la terapia combinada estradiol/antipsicótico sea superior a la monoterapia con antipsicótico en la prevención de recaídas.

Pese a los estudios citados y dado que el uso de estrógenos como única intervención terapéutica se limita a información de casos, los estrógenos no son sistemáticamente utilizados para las personas con esquizofrenia, y expertos en el área recomiendan el uso muy cauteloso de estas hormonas hasta que se conozcan los resultados de ensayos informativos más amplios².

A pesar de todo lo anterior no hay que olvidar que cuando se pauta THS hay que sopesar beneficios / riesgos. Su uso se aconseja durante un período inferior a 5 años, siendo el balance riesgo-beneficio desfavorable en usos superiores a 5 años. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, siguiendo las recomendaciones del Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano, ha decidido hacer una restricción de las indicaciones terapéuticas, llegando a tres conclusiones. La primera, que el balance beneficio/ riesgo de la THS es favorable para el tratamiento de los síntomas climatéricos que afecten negativamente a la calidad de vida, usando la menor dosis efectiva y el menor tiempo posible. La segunda, que el balance beneficio/ riesgo de la TSH se considera desfavorable para la prevención de osteoporosis y para la prevención del riesgo cardiovascular. Y por último, que en mujeres sin sintomatología no está justificado el tratamiento con TSH.



Se han realizado dos estudios (Women's Health Initiative Trial (WHI) y Million Women Study (WMS)^{51,52}) en los que confirman un aumento del riesgo de cáncer de mama en mujeres usuarias de terapia hormonal combinada durante más de 5 años, y con el uso de los estrógenos en monoterapia, además se suma el riesgo de cáncer de endometrio⁵³.

No se disponen de datos que apoyen un efecto beneficioso sobre la enfermedad cardiovascular, habiéndose encontrado un incremento del riesgo de infarto agudo de miocardio, tromboembolismo venoso y accidente cerebrovascular isquémico⁵⁴.

CONCLUSIONES

La intención de este trabajo ha sido ordenar y presentar un esbozo de los dispersos conocimientos disponibles sobre el tema. Hemos revisado un amplio grupo de datos sobre las posibles diferencias de género en la esquizofrenia y, aunque resulta evidente que

son múltiples los factores que deben tenerse en cuenta a la hora de intentar explicar estos hallazgos, hemos puesto el acento en algunos aspectos de la hipótesis hormonal que, en nuestra opinión, aportan un modelo que apunta al género como una variable que es necesario tener en cuenta para explicar muchos de los datos epidemiológicos observados.

De cualquier manera, el objetivo último ha sido intentar transmitir la importancia de contemplar el género como un factor que nos permita integrar en la asistencia diaria a las personas que padecen esquizofrenia los aspectos biológicos y sociales subyacentes.

Dirección para correspondencia:

Dr. Juan de Dios Molina Martín.
Unidad de Hospitalización Breve
del Hospital R. Lafora,
Ctra. de Colmenar Viejo Km 13.800,
28049-Madrid, Spain. Fax: 91 586 75 35.
candrader@medynet.com



BIBLIOGRAFÍA

1. Angermeyer MC, Kühn L Gender differences in age of onset of schizophrenia: an overview. *Eur Arch Psychiatry* 1984; 41: 157–161.
2. Chua WL, Izquierdo de Santiago A, Kulkarni J, Mortimer A. Estrógenos para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
3. Usall i Rodié J. El uso de estrógenos en el tratamiento de los trastornos mentales. *Actas Esp Psiquiatr* 2003; 31(4): 199–204.
4. Nicoles L, Shiriqui CH "Gender differences in Schizophrenia". En: Shiriqui CH, Nasrallah H, editores. *Contemporary issues in the treatment of schizophrenia*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 1995; 225–243.
5. Häfner H, Riecher-Rosler W An Der Heiden et al. Generating and testing a causal explanation of the gender difference in age at first onset of schizophrenia. *Psychol Med* 1993; 23: 925–940.
6. Usall J, Busquets E, araya S, Ochoa S, Gost A Gender differences in schizophrenia. A literatura Review. *Actas Esp Psiquiatria* 2000 May-Jun; 28(3): 178–85
7. Salem JE, Kring AM The role of gender differences in the reduction of etiologic heterogeneity in schizophrenia. *C Psychol Rev* 1998 Nov; 18(7): 795–819.
8. Plocka M, Rybakowski. Gender differences in schizophrenia. *Psychiatr Pol* 1992 Sept–Oct; 26(5): 327–36.
9. De Lisi LE, Crow TJ. Evidence for a sex chromosome locus for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1989; 15 (3): 431–40.
10. Leung A, Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta psychiatr Scand Suppl* 2000; 401: 3–38.
11. Andia AM, Zisook S, Heaton RK et al. Gender differences in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 522–528.
12. Häfner H. Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology* 28 (2003) 17–54.
13. Beiser M, Bean G, Erickson D et al: Biological and psychosocial predictors of job performance following a first episode of psychosis. *Am J Psychiatry* 1994; 151:857–863.
14. Peralta V, Cuesta MJ Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1994; 22:171–7.
15. Tamminga CA Gender and schizophrenia. *J Clin Psychiatri* 1997;58 suppl 15:33–7.
16. Mayer C, Keltnerborn G, Naber D Age at onset in schizophrenia: relations to psychopathology and gender. *Br J Psychiatry* 1990; 162: 571–589.

- 17 De la Gándara JJ, Jiménez S Esquizofrenia y género: diferencias clínicas y neurobiológicas. *Psiquiatría Psicológica* 2000; 7(1):29–38.
- 18 Chaves AC, Seeman MV, Mari JJ et al Schizophrenia: impact of positive symptoms on gender social role. *Schizophr Rs* 1993; 11: 41–45.
- 19 Kaplan H. Sinopsis de psiquiatría 1996.
- 20 Canuso CM, Goldstein JM, Green AI The evaluation of women with schizophrenia. *Psychopharmacol Bull* 1998; 34(3): 271–7.
- 21 Black Dw, Fisher R Mortality in DSM–III–R schizophrenia. *Schizophr Rev* 1992; 7: 109–116.
- 22 Roder–Wanner UU, Priebe S Schizophrenia and quality of life sex specific aspects. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1995 Oct; 63(10): 393–401.
- 23 Hogarty GE, Goldberg SC, Schooler NR et al. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31: 603–608.
- 24 Casey DE. Neuroleptic drug induced extrapyramidal syndroms and tardive dyskinesia. *Schizophr Res* 1991; 4: 109–120.
- 25 Jhensvold MF Non–pregnant reproductive age women. Part II: Exogenous sex steroid hormones and psychopharmacology. En: Jhensvold MF, Halbreich V, Hamilton JA, editores. *Psychopharmacology and women. Sex, gender, and hormones*. Washington, DC: *American Psychiatric Press, Inc.*, 1996; 171–190.
- 26 Soares–Weiser KV, Joy C. Miscellaneous treatments for neuroleptic–induced tardive dyskinesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000; (2):CD000208,2003.
- 27 Pinals DA, Malhotra Ak, Missar CD, Pickar D, Breier A. Lack of gender differences in neuroleptic response in patients with schizophrenia. *Schizophr Rev* 1996 DEC 15; 22(3): 215–22.
- 28 De la Gándara Martín JJ. Esquizofrenia y género: Su influencia en el tratamiento y evolución. En: Serrano Vázquez M., editor. *Esquizofrenia y enfermedades acompañantes*. A Coruña, 2005; 57–71.
- 29 LeVay S. *The Sexual Brain*. Cambridge:MA MIT Press; 1993.
- 30 Di Paolo T. Modulation of brain dopamine transmission by sex steroids. *Rev Neurosci* 1994;5(1): 27–42.
- 31 De la Gándara JJ. Menopausia y salud mental. Madrid: Editorial Libro del Año, S.L., 1994; 142–144.
- 32 Gould E, Woolley CS, Cameron HA, Daniels DC, McEwen BS. Adrenal steroids regulate postnatal development of the rat dentate gyrus: II. Effects of glucocorticoids and mineralocorticoids on cell birth. *J Comp Neurol*. 1991 Nov 15;313(3): 486–93.
- 33 McEwen BS. Steroid hormones and the brain cellular mechanisms underlying neuronal and behavioral plasticity. *Psychoneuroendocrinology*, 1980 Jan 5(1): 1–11.
- 34 Gordon Jh, Borison RL, Diamond BI. Modulation of dopamine receptor sensitivity by estrogen. *Biol Psychiatry*. 1980 Jun,15(3):389–96.
- 35 Glazer. Estrogen replacement and tardive dyskinesia. *Psychoneuroendocrinology* 1985; 10(3):345–50.
- 36 Vázquez Baquero JL, Cuesta Núñez MJ et al The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Actas Psychiatr scand* 1995; 91: 156–162.
- 37 Häfner H, Riecher A, Maurer K et al How does gender influence age at first hospitalization for schizophrenia? A transnational case register study. *Psychol Med* 1989; 19: 903–918.
- 38 Cutting J. Relationship between cycloid psychosis and typical affective psychosis. *Psychopathology*. 1990; 23(4–6):212–9.
- 39 Hamilton JA, Parry BL Sex–related differences in clinical drug response: implications for women’s health. *J Am Med Assoc* 1983; 38: 126–132.
- 40 Seeman MV, Lang M. The role of estrogens in schizophrenia gender differences. *Schizophr Bull* 1990; 16: 185–194.
- 41 Wisner KL, Perel SM Psychopharmacological treatment during pregnancy and lactation. En: Jhensvold MF, Halbreich V, Hamilton JA, editores. *Psychopharmacology and women. Sex, gender, and hormones*. Washington, DC: *American Psychiatric Press, Inc.*, 1996.
- 42 Walker EF, Lewine RRJ Sampling biases in studies of gender and schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993; 19: 1–7.
- 43 Adonizzio G, Susman VL Neuroleptic malignant syndrome: a clinical approach. St Louis: Mosby Year Book, 1991
- 44 Tunde–Ayinmode M, Shing AK, Marsden K Improved functioning in a woman with schizophrenia on exclusive therapy with oestrogen. *Australasian Psychiatry* 2002; 10(4): 403–404.
- 45 Kolsch H, Rao MI Neuroprotective effects of estradiol 17 beta: implications for psychiatric disorders. *Archives of Women’s Mental Health* 2002; 5(3): 105–10.
- 46 Häfner H Prevention and early intervention in schizophrenia: facts and visions. *Seishin Shinkeigaku Zasshi–Psychiatria et neurologia Japonica* 2002; 104(11): 1033–54.
- 47 Riecher Rossler A Oestrogen effects in schizophrenia and their potential therapeutic implications. *Archives of Women’s Mental Health* 2002; 5(3): 111–8.
- 48 Kulkarni J, Riedel A, de castella Ar, Fitzgerald PB, Rolfe TJ, Talfe J, Burger H A clinical trial of adjunctive oestrogen treatment in women with schizophrenia. *Archives of Women’s Mental Health* 2002; 5(3): 99–104.
- 49 Louza MR, Marques AP, Elkis H, Bassitt D, Diegoli M, Gattaz WF. Conjugated estrogens as adjuvant therapy in the treatment of acute schizophrenia: a double–blin study. *Schizophrenia Research* 66 (2004): 97–100.
- 50 Begermann N, Mundt Ch, Parzer P, Pakrasi M, Eckstein–Mannspurger U, Haisch S et al. Estrogen as an adjuvant therapy to antipsychotics does not prevent relapse in women suffering from schizophrenia: results of a placebo–controlled double–blind study. *Schizophrenia Research* 74 (2005): 125–134.
- 51 Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. *JAMA* 2002; 288: 321–33. Effect of estrogen plus progestin on gynaecologic cancers and associated diagnostic procedures. *JAMA* 2003; 290: 1739–48.
- 52 Breast cancer and hormone–replacement therapy in the million women study. *Lancet* 2003; 290: 1739–48.
- 53 Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica de menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.
- 54 R.A.M. Reacciones Adversas a Medicamentos. Boletín Informativo del centro de farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid. Restricción de las indicaciones terapéuticas de la terapia hormonal de sustitución (23 enero 2004). Volumen 11. N° 1. Abril 2004.



Estudio de factores relacionados con la integración social en personas con enfermedad mental

Study of factors related to community integration of people with mental illness

Olga Carrasco Ramírez

Psicóloga. Coordinadora del Programa de CRPSL de F.I.S.L.E.M.

Daniel Navarro Bayón

Psicólogo. Jefe del Área de Programas de Rehabilitación Psicosocial de la Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (F.I.S.L.E.M.)

Resumen:

El presente estudio pretende describir los factores que en opinión de los profesionales que trabajan en los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) de la Comunidad de Castilla-La Mancha, influyen en la integración social de los pacientes atendidos. Se identifican las correlaciones entre variables facilitadoras e inhibidoras en la integración social de los pacientes atendidos con los elementos característicos de la organización de los CRPSL. Esta correlación es de interés como herramienta básica para la mejora de las estrategias de integración social y como parte del proceso de planificación y programación de recursos. Los datos sugieren la importancia de tener en cuenta variables de la intervención y de la red social como facilitadores de la integración social de los pacientes, de forma complementaria a la intervención sobre las habilidades o competencias del paciente.

Palabras Clave:

Integración social comunitaria, rehabilitación psicosocial, enfermedad mental crónica.



Summary:

This study describes the factors that in opinion of professionals who work in psychosocial rehabilitation centers in Castilla-La Mancha (Spain), have an influence in the social integration of patients. The variables are classified like inhibiting or facilitate variables in the social integration of the patients. The study identify the correlations between this variables with elements characteristics of the CRPSL. This correlations are interesting for the analysis of the necessities and like a part of the process of planning and program of resources. The data suggest the importance of considering variables of the intervention an the social network to facilitate the social integration of the patients, beyond the interventions on their abilities or competence.

Key Words:

social community integration, psychosocial rehabilitation, severe mental illness.

INTRODUCCIÓN

Una de las principales características de los trastornos mentales graves (TMG) y crónicos además de la sintomatología afectiva y psicótica grave, es el deterioro en el funcionamiento socio-laboral. La mejora de este deterioro es una prioridad en el tratamiento de estos trastornos debido al efecto limitado del tratamiento farmacológico sobre las habilidades de funcionamiento¹⁻². Así, entre los indicadores utilizados para considerar a un paciente como mejorado o recuperado en distintos estudios de seguimiento a largo plazo se encuentra el indicador de funcionamiento socio-laboral, junto a la mejoría clínica, la reducción de las recaídas y la calidad de vida²⁻⁵. La mayoría de los investigadores habla del término “recuperación” para referirse a los pacientes que llegan a alcanzar un cierto grado de mejoría definida por un periodo de estabilización de los síntomas, mejora en las habilidades de funcionamiento y la integración socio-laboral entre 2 y 5 años de duración⁶. Existe acuerdo en considerar estos tres ejes como decisivos en evaluar la recuperación: síntomas, funcionamiento e integración.

Por otro lado, las formas comunitarias de tratamiento de los TMG, suponen una permanencia del paciente en el entorno. Esto ha obligado a desarrollar un diseño de servicios que conforman el denominador común de la atención comunitaria: desarrollo completo de alternativas de tratamiento y rehabilitación a los servicios hospitalarios, servicios orientados a las necesidades de los usuarios y familias, personal multidisciplinar que se encargue de un tratamiento integral de los problemas (biopsicosocial), desarrollo de recursos de integración social y laboral para los pacientes más graves y coordinación con otros recursos sociales-comunitarios⁷.

Un objetivo básico pues, de cualquier tratamiento comunitario es que la persona mejore y no pierda contacto con la comunidad, que se integre en un barrio, ciudad o red social concreta. De entre los tratamientos más ampliamente adaptados a las necesidades comunitarias de las personas con TMG y documentados en cuanto a su eficacia y efectividad se encuentra la Rehabilitación Psicosocial que incluye una variedad de tratamientos como:



psicoeducación de familias, rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, actividades de la vida diaria y control del estrés, entre otras⁸⁻¹⁰. La Rehabilitación Psicosocial tiene como objetivo facilitar la integración social entendiéndola como participación activa en el entorno y como marco donde obtener y mantener soportes sociales y poner en práctica las habilidades requeridas. Así un individuo integrado sería aquel capaz de obtener satisfacción y disfrute en interacción con los recursos naturales. Simultáneamente se requiere sensibilización y movilización social, para lo cual es necesaria la intervención en la comunidad. Sus actuaciones se desarrollan en dos grandes planos: individual (entrenar en habilidades) y social (creando oportunidad de participación social). Éste segundo aspecto en relación a la creación de oportunidades, se centra especialmente en la importancia de optimizar las redes de apoyo social de vecindarios y promover el compromiso de la comunidad.

El trabajo que deben hacer los profesionales de la Rehabilitación Psicosocial es pues complementario sobre el individuo y el entorno, mediante programas que aseguren la integración entre la mejora de las habilidades y los espacios donde sea capaz de desempeñarlas, alcanzado la máxima integración social posible.

En el año 2000 comenzó en Castilla-La Mancha un proceso de creación de recursos comunitarios de Rehabilitación en todas las provincias. A través de varios Planes de Salud Mental¹¹⁻¹², se ha consolidado el dispositivo denominado Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL), llegándose a la creación de 19 centros que ofrecen 1.000 plazas de atención. Dicho dispositivo contempla como ejes básicos el entrenamiento en habilidades de funcionamiento psicosocial, el apoyo a las familias y la integración comunitaria.

Teniendo en cuenta la experiencia acumulada de los profesionales de la red de rehabilitación de Castilla-La Mancha en el trabajo diario

de integración social de personas con enfermedad mental el objetivo del estudio fue conocer y analizar las opiniones de los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral sobre las variables relacionadas con la integración social de los usuarios atendidos, así como analizar las características del centro que pudieran estar relacionadas con esas opiniones.

METODO

Muestra

Se ha llevado a cabo un estudio transversal a partir de una encuesta de opinión a todos los psicólogos responsables de los CRPSL. La población son todos los responsables de los CRPSL de las cinco provincias de Castilla-La Mancha. En total son 19 CRPSL en los que trabajan 132 profesionales, que a lo largo del 2006 han atendido a un total de 1.488 personas. Los centros de rehabilitación se conciben como centros de día, especializados en el diseño de programas individualizados de rehabilitación y orientados a personas con enfermedad mental grave.

Las personas atendidas en los centros, acceden al mismo, a través de la derivación desde los servicios de salud mental (Unidad de Salud Mental), con los que se establece una estrecha coordinación para asegurar la continuidad y complementariedad de las intervenciones.

Los CRPSL desarrollan su atención a través de un proceso secuenciado en varias fases, que se superponen entre sí y que dan respuesta a los diferentes momentos evolutivos del proceso de rehabilitación, de la enfermedad y a las diferencias individuales de cada usuario atendido. La intervención se inicia a partir de una evaluación pormenorizada del usuario, familia y entorno, que facilita la obtención de la información necesaria para la elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR). La metodología de la intervención se realiza a través de las tutorías, las atenciones individuales a familiares y usuarios, y a través de la entrada a



los diferentes programas de intervención. Cada programa se establece en base a una clasificación general de Áreas: Rehabilitación Psicosocial, Rehabilitación Laboral, Actividades de apoyo a la Integración Comunitaria y Apoyo a las Familias.

Medidas

Con el objetivo de obtener los datos, se elaboró un cuestionario que recogía la opinión en relación a los factores que facilitan o inhiben el uso de recursos sociales comunitarios. Cada uno de los factores incluía cuatro variables, que a su vez, introducían una serie de elementos que debían señalarse como influyentes o no en la facilitación o inhibición del uso de recursos. Para cada afirmación debían señalar “SI” o “NO” y el grado de influencia en el caso de contestar “SI” puntuando de 0 a 10.

Por otro lado, con el objetivo de analizar las características que pudieran estar relacionadas con la opinión expresada, se recogieron variables relacionadas con el centro de trabajo como los datos de atención, nº de profesionales y años de funcionamiento.

Procedimiento

Se entregó la encuesta a cada CRPSL, estableciéndose un consenso acerca de lo que se entendía por integración en recursos comunitarios y por tanto, cuáles de los usuarios se iban a tener en cuenta a la hora de valorar las variables que se incluían en el estudio. Por un lado, para valorar las variables correspondientes a los factores facilitadores, se tendría en cuenta aquellos usuarios que a lo largo del 2006 hubieran utilizado como mínimo un recurso comunitario que se clasifican como: recursos de ocio, formación académica, actividades culturales, deportivas y de apoyo social. A la hora de completar los ítems de los factores inhibidores, pensarían en los usuarios que no hubieran tenido contacto con ninguno de los recursos comunitarios que se señalan.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se calcularon porcentajes de las respuestas y las medias resultantes del grado de influencia otorgada a cada factor. Para analizar si existe relación entre los factores descriptivos de cada centro (tabla 1) y las opiniones se calcularon correlaciones de Pearson y comparaciones de medias mediante pruebas paramétricas (t de student y ANOVA) o no paramétricas (prueba de Kruskal–Wallis) según la normalidad de las variables y según incluyan 2 ó más grupos. Los años de funcionamiento es una variable relacionada con el nº de usuarios atendidos y la duración media de la estancia, así, los centros que llevan más tiempo atienden a más usuarios, con más profesionales y con mayor duración de la enfermedad y de la estancia. Por ello se calcularon correlaciones parciales para calcular el efecto potencial de los años de funcionamiento y análisis de covarianza, utilizando dicha variable como covariable. Los análisis se hicieron usando el SPSS (versión 12).

RESULTADOS

1) Descripción de la muestra

Un 42% de los centros llevan de 3 a 5 años de funcionamiento, un 32% de 6 a 8 años y un 26% menos de dos años. La media de habitantes asignados es de 99.276. El área de la influencia de un CRPSL tiene una densidad poblacional media de 26.79 habitantes y una extensión de 11.243 Km², aunque con una notable variabilidad entre centros. Un 20% de las poblaciones asignadas al CRPSL presentan problemas de accesibilidad fundamentalmente debido a la distancia geográfica y la ausencia de transporte. El 74% de los dispositivos tiene entre 6 y 8 profesionales que se reparten entre: psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, educador, técnico de integración social–laboral, y auxiliar administrativo. La mayoría de los recursos cuenta con una asociación de familias que desarrolla actividades complementarias de ocio y soporte social.

**Tabla I.** Características de los centros participantes

N° de centros	19
Años de funcionamiento	
< 2 años	5 (26,3%)
3 a 5 años	8 (42,1%)
6 a 8 años	6 (31,6%)
> 8 años	0 (0%)
N° de centros en cada Área sanitaria	
Albacete	5
Mancha-Centro	2
Ciudad Real	4
Toledo	4
Talavera	1
Cuenca	2
Guadalajara	1
N° de habitantes asignado a cada centro	
Media	99.276 habitantes
10.000 a 50.000	3
51.000 a 80.000	8
81.000 a 125.000	3
126.000 a 200.000	3
> 200.000	2
Extensión geográfica del área de referencia	
Media	11.243,61
Máximo	15.875,80
Mínimo	3.834,90
Densidad poblacional del área de referencia (habitantes/Km2)	
Media	26,79
Mínimo	10
Máximo	40
Porcentaje de municipios con dificultad de acceso al CRPSL	
Media	19,52%
Mínimo	0%
Máximo	65%
N° de profesionales del centro	
< 5	2 (10,5%)
De 6 a 8	14 (73,7%)
> 9	3 (15,8%)
Existe una asociación de familiares en el centro	
SI	14
NO	5
N° de usuarios atendidos en el año del estudio	1.488
Porcentaje de ocupación medio de plazas de cada centro	119%



En el análisis de datos de los usuarios atendidos en el año del estudio observamos que la mayoría de los usuarios tienen esquizofrenia y otras psicosis (70%), con una media de 14 años de evolución y una edad de 39 años. El 50% lle-

van atendidos en el centro entre 2 años y 4 años. El perfil de funcionamiento es pobre mostrando la mayoría un bajo nivel educativo, escasos ingresos económicos y dificultades para utilizar recursos de integración social y laboral.

Tabla 2. Características generales de los usuarios atendidos en 2006

Años de evolución de la población atendida (media,d.t)	14,7 (2,58)
Edad de la población atendida (media,d.t)	39 (1,8)
Duración de la estancia de los usuarios atendidos (nº de casos)	
< 12 meses	367 (24,6%)
12 a 24 meses	279 (18,7%)
25 a 36 meses	268 (18,0%)
37 a 48 meses	226 (15,0%)
> 48 meses	351 (23,7%)
Nivel educativo de los usuarios atendidos	
Analfabeto	41 (03,0%)
Conocimientos mínimos de lecto–escritura	255 (18,4%)
EGB	708 (51,3%)
Bachiller superior o FP	239 (17,3%)
Universitarios son finalizar	66 (04,7%)
Universitarios terminados	45 (03,2%)
Nivel de ingresos económicos de los usuarios (nº)	
<180€	44 (3,6%)
180 a 360€	660 (54,3%)
360€ a 540€	185 (15,2%)
540€ a 720€	177 (14,6%)
> 720€	149 (12,2%)
Diagnóstico principal	
Esquizofrenia y otras psicosis	982 (70,1%)
Trastorno del estado de ánimo	176 (12,5%)
Trastorno de la personalidad	157 (11,2%)
Trastorno de ansiedad	47 (03,3%)
Nº de usuarios que han utilizado recursos comunitarios estructurados normalizados	415 (30%)
Nº de usuarios en integración laboral durante el año	308 (21%)



2) Factores facilitadores

A) Datos descriptivos. En la Tabla 3 se presentan las respuestas a las afirmaciones sobre los factores facilitadores de la integración comunitaria.

Tabla 3. Porcentajes y medias de los factores facilitadores

VARIABLES DEL INDIVIDUO	Si (%)	No (%)	Media 0–10
Edad	79,0	21,0	5,34
Sexo	26,3	73,7	1,36
Nivel de estudios	84,2	15,8	5,18
Nivel de ingresos	73,7	26,3	4,47
Presencia de síntomas psicóticos (positivos y negativos)	94,7	05,3	7,40
Ausencia de problemas médicos de salud	89,5	10,5	5,70
Ausencia de otros síntomas como depresión o ansiedad (comorbilidad)	89,5	10,5	6,40
Uso anterior de recursos comunitarios (buen nivel premórbido)	100	0	7,30
Edad de inicio de enfermedad	63,2	36,8	4,00
Buen funcionamiento global psicosocial y autonomía.	100	0	8,50
Existen intereses personales para el uso de recursos comunitarios	100	0	8,30
VARIABLES DE LA INTERVENCIÓN			
Existencia en el CRPSL de Programas estructurados para la integración en recursos	84,2	15,8	6,4
Haber participado en programas de rehabilitación psicosocial y laboral	94,7	05,3	7,2
Conocimiento de la red de recursos comunitarios	84,2	15,8	4,8
VARIABLES DE LA COMUNIDAD			
Disponibilidad de recursos en el entorno (número elevado de ofertas a nivel local)	89,5	10,5	6,5
Bajo nivel de exigencia de los recursos	73,7	26,3	4,4
Buena accesibilidad de los recursos (transporte, horarios, etc)	94,7	05,3	7,0
Uso de recursos comunitarios como valor positivo en la comunidad	57,9	42,1	3,3
VARIABLES DE LA RED SOCIAL			
Existencia de amigos que le animan o le acompañan	78,9	21,1	5,2
Apoyo o refuerzo de la familia	89,5	10,5	6,5
Tener amigos que usan recursos comunitarios	73,7	26,3	5,2



Encontramos un 100% de acuerdo a la influencia del buen ajuste premórbido, buen funcionamiento psicosocial e intereses personales. Con un acuerdo igual o por encima del 90% destacan la ausencia de síntomas psicóticos (94,7%), la participación en programas de rehabilitación psicosocial y laboral (94,7%), la disponibilidad de recursos en el entorno (89,5%), la accesibilidad (94,7%) y el refuerzo de la familia (89,5%). Si seleccionamos las variables que tienen un acuerdo mayor al 90% y que su influencia media está por encima de 7 las variables que resultan más influyentes por orden de importancia son: buen funcionamiento global psicosocial, que el usuario tenga intereses, la ausencia de síntomas psicóticos, el buen ajuste premórbido, haber participado en programas de rehabilitación psicosocial y laboral, y buena accesibilidad de los recursos.

B) Relación entre la opinión y variables del centro, del entorno y de los usuarios atendidos.

Para comprobar posibles influencias sobre la opinión se utilizaron las variables de las

tablas 1 y 2 que recogen variables relacionadas con el centro (años de funcionamiento, n° de habitantes asignado, n° de atendidos, n° de profesionales, existencia de una asociación en el centro), con el contexto en el que se encuentra (extensión geográfica, densidad poblacional, accesibilidad) y con los usuarios atendidos el año del estudio (años de evolución de la enfermedad mental, media de edad, duración de la estancia, nivel educativo, ingresos económicos).

Los análisis de correlación de Pearson no mostraron relación entre las opiniones y el n° de atendidos en el centro, el n° de habitantes asignado, la extensión geográfica, la accesibilidad, los años de evolución de la enfermedad, la edad de los usuarios atendidos, y el nivel educativo, que en general son variables sobre las que no se puede tener control o son poco modificables.

La tabla 4 muestra las correlaciones encontradas entre la opinión de las variables facilitadoras y los posibles factores relacionados con dicha opinión.

Tabla 4. Correlaciones con la opinión de los centros sobre variables facilitadoras

Factor	Correlación	r	P
Densidad poblacional	Sexo	0,63	< 0,01
	Nivel de ingresos económicos	0,58	< 0,01
	Existencia de amigos que animan o acompañan	0,55	< 0,05
	Tener amigos que usan recursos comunitarios	0,59	< 0,01
Duración de la estancia. >48 meses	Haber participado en programas de rehabilitación psicosocial y laboral	0,45	< 0,05
Porcentaje de ocupación medio de plazas	Haber participado en programas de rehabilitación psicosocial y laboral	0,47	< 0,05
Ingresos económicos <180 a 360€ 720€	Haber participado en programas de rehabilitación psicosocial y laboral	0,46	< 0,05
	Comorbilidad con ansiedad y depresión	-0,41	0,07
	Ausencia de problemas de salud	-0,54	< 0,05
	Haber participado en programas de rehabilitación psicosocial y laboral	-0,62	< 0,01



Nos encontramos con que la densidad poblacional del área en la que está localizado el centro tiene relación con el sexo del usuario como variable que puede facilitar la integración comunitaria ($r=0.63$, $p<0.01$), los ingresos económicos ($r= 0.58$, $p<0.01$) y las variables relacionadas con la red social (tener amigos que usen la comunidad y que le animen o acompañen, $r=0.55$; $r= 0.59$ respectivamente). También se ha encontrado una relación positiva entre llevar más tiempo en atención (>48 meses) y la participación en programas de rehabilitación psicosocial y laboral ($r=0.45$, $p<0.05$). Esto se podría interpretar como una influencia creciente o positiva hacia el éxito de los programas para aquellos pacientes que muestran una buena adherencia y continuidad con la intervención en el centro. Tener mayores tasas de ocupación de las plazas en el centro se relaciona con la creencia de la participación en programas como valor positivo para la integración, lo que podría reflejar la mayor experiencia de aquellos centros con mayor n° de usuarios en atención en comprobar la eficacia de participar en programas, o también la posible influencia en la creación de redes sociales entre los pacientes del centro que participan en programas con el objetivo de salir a utilizar recursos comunitarios.

También parece haber una relación positiva entre participar en programas y tener ingresos económicos bajos (de 180€ a 360€), siendo inversa esta relación con tener ingresos más altos (>720€). Lo que podría reflejar que tener un mayor poder adquisitivo facilita la integración comunitaria aunque no se participe en programas y la situación de salud sea mala (comorbilidad y salud general). Quizá la participación en programas sirva para enseñar o apoyar a utilizar los recursos, pero solo si se tiene un presupuesto ajustado.

En las correlaciones parciales, utilizando los años de funcionamiento como variable de control, desaparecen las relaciones encontradas en relación a la duración en la estancia y el por-

centaje de ocupación, indicando que estas asociaciones dependen de los años de funcionamiento del CRPSL.

No se encontraron diferencias de opinión comparando las medias de los centros que llevan más tiempo de atención con los que llevan menos, los que tienen mayor con los que tienen menor número de profesionales en la plantilla, y en los que existe y no existe una asociación de familiares. Aunque en las comparaciones de medias no se hayan encontrado diferencias significativas, si se han observado algunas tendencias interesantes. Así, los centros que llevan más tiempo en funcionamiento dan más importancia a las variables del entorno que a las del individuo de cara a facilitar la integración social comunitaria (tener amigos que usen recursos, apoyo familiar, accesibilidad y disponibilidad de los recursos).

3) Factores inhibidores

A) Datos descriptivos

En relación a las afirmaciones sobre factores inhibidores (tabla 5), las variables que están por encima del 90% de acuerdo son: la presencia de síntomas psicóticos (100%), la comorbilidad (100%), el mal ajuste premórbido (94,7%), el deterioro en el funcionamiento (94,7%), la falta de intereses (89,5%), no asistir a programas de rehabilitación psicosocial y laboral (89,5%) y la falta de refuerzo familiar (100%). De estas variables a las que se les ha otorgado una influencia de 7 puntos o más en el análisis de las medias son, por orden de importancia: el deterioro psicosocial del usuario, la presencia de síntomas psicóticos, la falta de intereses, la comorbilidad y la falta de refuerzo familiar. Comparando estos resultados con la tabla de variables facilitadoras se puede comprobar que las variables de la intervención y de la comunidad tienen un mayor acuerdo en porcentajes para facilitar la integración que para impedirla, mientras que variables inhibidoras se relacionan fundamentalmente con el individuo.

**Tabla 5.** Porcentajes y medias de factores inhibidores

VARIABLES DEL INDIVIDUO	Si (%)	No (%)	Media 0–10
Edad	73,7	26,3	4,5
Sexo	26,3	73,7	1,3
Nivel de estudios	68,4	31,6	4,4
Nivel de ingresos	68,4	31,6	4,3
Edad de inicio de enfermedad	73,7	26,3	4,5
Presencia de síntomas psicóticos (positivos y negativos)	100	0	7,9
Presencia de problemas médicos de salud	84,2	15,8	5,4
Comorbilidad con síntomas de depresión o ansiedad	100	0	7,2
No uso anterior de recursos comunitarios (mal nivel premórbido)	94,7	5,3	6,6
Deterioro en funcionamiento global y autonomía	94,7	5,3	8,0
Falta de intereses personales para el uso de recursos	89,5	10,5	7,7
VARIABLES DE LA INTERVENCIÓN			
No existencia en el CRPSL de Programas estructurados para la integración en recursos	68,4	31,6	5,0
No haber participado en programas de rehabilitación psicosocial y laboral	89,5	10,5	6,0
Desconocimiento de la red de recursos comunitarios	68,4	31,6	4,6
VARIABLES DE LA COMUNIDAD			
Deprivación social o empobrecimiento del entorno en la oferta de recursos comunitarios	84,2	15,8	6,0
Alto nivel de exigencia de los recursos comunitarios	57,9	42,1	3,8
Recursos no accesibles (transporte, horarios, etc)	84,2	15,8	5,6
El uso de recursos comunitarios no es un valor social positivo en su comunidad	47,4	52,6	3,0
VARIABLES DE LA RED SOCIAL			
Falta de amigos o compañía que le animan o le acompañan	78,9	21,1	5,8
Falta de apoyo o refuerzo de la familia	100	0	7,2
No tener amigos que usan recursos comunitarios	73,7	26,3	5,1

B) Relación entre opinión y variables del centro, del contexto y de los usuarios atendidos.

En la tabla 6 aparecen las variables del contexto en el que se encuentra ubicado el centro

de rehabilitación como variable relacionada con la opinión acerca de la posible influencia en la integración comunitaria.

Tabla 6. Correlaciones con la opinión de los centros sobre variables inhibitoras

Factor	Correlación	r	P
Densidad poblacional	Sexo	0,65	< 0,01
	Nivel de ingresos económicos	0,55	< 0,05
	Existencia de amigos que animan o acompañan	0,45	< 0,05
	Valor social positivo del uso de recursos	0,48	< 0,05
Porcentaje de municipios con dificultad de acceso	Accesibilidad	0,50	< 0,05
	Haber participado en programas de rehabilitación psicosocial y laboral	0,59	< 0,01

De nuevo se encuentra una relación entre la densidad poblacional y la influencia otorgada al sexo ($r=0.65, p=0.01$), no tener ingresos económicos ($r=0.55, p=0.05$) y la red social (ausencia de amigos que acompañen y animen, y ausencia de refuerzo social en la comunidad). En un estudio anterior elaborado por nosotros encontramos que ser mujer y vivir en un contexto rural y pequeño, se relaciona con mayor deterioro y falta de soportes sociales. También se observa una relación entre la baja accesibilidad del lugar de residencia al centro con la no participación en programas de rehabilitación psicosocial y laboral ($r=0.59, p=<0.01$) y su efecto inhibitor en la integración comunitaria.

No existe correlación entre la opinión y el resto de variables (n° de habitantes, n° de atendidos, extensión geográfica, años de evolución de los usuarios atendidos, duración de la estancia, edad media de la población atendida, nivel educativo, ingresos económicos). Con las correlaciones parciales con años de funcionamiento del centro como covariable desaparecen las relaciones encontradas en la tabla 6.

No se encontraron diferencias de opinión comparando las medias de los centros que llevan más tiempo de atención con los que llevan menos, de los que tienen mayor con los que tienen menor número de profesionales en la plantilla, y en los que existe y no existe una asociación de familiares.

DISCUSIÓN

Las variables clave encontradas en las respuestas de los profesionales coinciden con los objetivos básicos del CRPSL: mejora en el funcionamiento y de los síntomas clínicos.

Las variables que reciben mayores puntuaciones como facilitadoras de la integración comunitaria son: el buen funcionamiento psicosocial, tener intereses personales para el uso de recursos comunitarios, no tener sintomatología psicótica, buen ajuste premórbido, la participación en programas de rehabilitación y la accesibilidad de los recursos comunitarios.

En cuanto a variables inhibitoras, las que obtienen mayores puntuaciones son el deterioro psicosocial, la presencia de síntomas positivos, la falta de intereses, la comorbilidad y la falta de apoyo familiar. Es destacable la relación entre el apoyo familiar y la integración, aspecto que se suele dar en la práctica cotidiana y que según los profesionales influye más de manera inhibitoria (falta de apoyo) que de manera facilitadora (presencia de apoyo). También señalamos la valoración que los técnicos dan acerca de los intereses personales del usuario a la hora de utilizar recursos comunitarios, de manera que, la motivación y presencia de intereses facilitan la integración mientras que la ausencia de los mismos, sería una variable inhibitora.



La consideración sobre la efectividad de los CRPSL en facilitar la integración social tiene un acuerdo muy elevado en todas las variables de la intervención. Así la participación en programas de rehabilitación, se considera como una variable facilitadora alcanzando un grado de acuerdo muy elevado (94,7%). En opinión de los profesionales, los ingresos económicos del paciente también tendrían un peso importante en la integración social, incluso al mismo nivel que la participación en programas.

El análisis de las opiniones, reafirma la idea de que las posibilidades de intervención desde los CRPSL, deben ir más allá del ámbito individual o grupal en el entrenamiento en habilidades, siendo necesaria la creación de actividades que superen los formatos tradicionales.

En general encontramos que muchas de las valoraciones están relacionadas con los años de experiencia. Así, los profesionales que llevan más tiempo trabajando son capaces de establecer relaciones más finas entre las variables estudiadas y otras variables como el sexo, la participación en programas, la importancia de la red social o los ingresos económicos. Por tanto se deben reforzar las actividades y orientación de los profesionales noveles, mediante la coordinación y asesoramiento de los que llevan más tiempo funcionando. De hecho, en nuestro sistema de coordinación de equipos, incluimos la rotación de los profesionales recién incorporados a un CRPSL por otros que llevan más años funcionando con el objetivo de aprovechar la experiencia adquirida. Con el mismo fin se organizan jornadas de formación e intercambio entre los diferentes profesionales de la red¹³.

Se considera imprescindible conocer el criterio de los técnicos a la hora de enfrentarse a procesos tan complejos como el de integración social de los pacientes. Contar con ésta información, proporciona la posibilidad de hacer un análisis genérico de las actitudes y opiniones que nos indique la adecuación de la orientación

de los profesionales que trabajan con la población de personas con enfermedad mental. Es necesario asegurar que desde cada centro se desarrollan estrategias de integración social adaptadas al caso y a la situación concreta de cada recurso. A pesar de esto, sabemos que un conocimiento cercano de los factores que condicionan la integración social, no asegura que se obtengan los resultados o los objetivos esperados, pues existe una compleja relación entre las variables en estudio y la integración social.

En relación con el instrumento se ha primado por la sencillez del mismo, lo que obliga a no profundizar mucho en ningún tema y que las opiniones no sean excluyentes.

Algunas limitaciones también merecen atención como que el instrumento no permite identificar variables causales de la integración social, siendo éste un objetivo importante para futuros estudios. La muestra está localizada en una sola Comunidad Autónoma lo que no permite generalizar la experiencia a otros territorios.

Se puede concluir que hay un consenso importante con los ejes básicos y objetivos de rehabilitación psicosocial que se plantean desde la Fundación FISLEM. Por último hay que hacer énfasis en el rastreo periódico de opiniones y discusión con los profesionales como estrategia básica de planificación y gestión de recursos de Rehabilitación Psicosocial.

Dirigir correspondencia a:

Olga Carrasco Ramírez. Avda. de Madrid,
14. 1º C-D. 45003 Toledo.
Teléfono: 925 28 10 80/ 690 81 66 16
ocarrasco@jccm.es





BIBLIOGRAFÍA

1. González-Pardo H. *Efectividad de los modernos fármacos antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: ¿Avance terapéutico o más de lo mismo?* Papeles del psicólogo, 2007. Vol 28(2), 111–116.
2. Liberman R.P, Kopelwicz A. *Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla.* Rehabilitación Psicosocial, 2004. Vol 1 (1), 12–29.
3. Emeterio et al. (2004). *Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia.* Barcelona: Aatrm.
4. Harrow, M., Grossman, L., Jobe, T. y Herbener, E. (2005). *Do patients with schizophrenia show periods of recovery? A 15 year multi-follow-up study.* Schizophrenia Bulletin, 31 (3), 723–734.
5. Bromet, E.J., Naz, B., Fochtmann, L.J., Carlson, G. y Tanenberg, M. *Long term diagnostic stability and outcome in recent first-episode cohort studies of schizophrenia.* Schizophrenia Bulletin, 2005, 31 (3), 639–649.
6. Andreasen N.C., Carpenter W.T., Kane J.M., Lasser R.A., Marder S.R. y Weinberger, D.R. *Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus.* Am J Psychiatry, 2005, 162:3, 441–449.
7. Stroul, B.A. *Community Support systems for persons with long-term mental illness: a conceptual framework.* Psychosocial Rehabilitation Journal, 1989. Vol. 12, N°13, p.10–26.
8. Rodríguez A, coord. *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos.* Ed. Pirámide .1997
9. CAM. (2002) *Rehabilitación Psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención.* Madrid. Cuadernos Técnicos de la Consejería de servicios Sociales n° 17 y 14. Comunidad de Madrid.
10. Pérez M, Fernández JR, Fernández C, Amigo I (coords). *Guía de Tratamientos Psicológicos eficaces I. Adultos.* Ed Pirámide 2003.
11. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad. *Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2002–2004.* Toledo, 2002.
12. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad. *Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005–2010.* Toledo, 2006.
13. Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental. *II Jornadas de los Programas de Rehabilitación Psicosocial-Laboral y Apoyo Comunitario. Libro de Ponencias.* Alcázar de San Juan, 2005.



¿Qué pasa cuando los inmigrantes rompen las normas?

Cristina Visiers

Logoterapeuta (Terapia Existencial), especialista en transculturalismo. Barcelona

Resumen / Abstract:

A menudo los profesionales sanitarios tienen la percepción que los usuarios inmigrantes “no cumplen las normas que son para todos igual”. Este artículo reflexiona sobre los elementos culturales implícitos en el cumplimiento e incumplimiento de las normas en nuestro contexto sanitario, explorando las diferencias interpretativas en función de si quien cumple o incumple dichas normativas es profesional o usuario, autóctono o inmigrante, perteneciente a la mayoría o a la minoría. Y finalmente se propone la toma de conciencia frente a la flexibilidad de las normas como una herramienta útil en la mejora de la atención de los usuarios no pertenecientes a la mayoría.

Palabras clave: Inmigrantes, normas, cultura, prejuicio, estrategia.

1. Normas universales y culturales

Hemos escuchado con cierta frecuencia a los profesionales sanitarios expresando su queja y malestar porque los inmigrantes “no cumplen las normas”. Quieren “colarse” en la fila, o llegan tarde a la cita, o quieren que les atiendan los primeros, o llegan sin pedir hora, etc. Ante esta percepción, los profesionales reaccionan a menudo confirmando la universalidad de las normas (“las normas son para todos”, “ellos deben cumplir las normas, como todos”), y a menudo sienten la necesidad de “educar” a los inmigrantes, para que “se integren” (“aquí las normas son así, deben hacer como todos”). A veces, en este contexto, son acusados de racistas por los pacientes, y los profesionales pueden sentirse injustamente tratados considerando que la acusación es falsa.

El cumplimiento (o incumplimiento) de las normas es una cuestión muy interesante en la relación entre usuarios inmigrantes y las instituciones en general, y los profesionales en particular, porque plantea varios temas en relación a los implícitos culturales, la invisibilidad de la propia cultura, la capacidad de flexibilidad de las instituciones y los profesionales, y la relación con “el otro”.

Tal vez lo primero que haga falta explorar para entender porqué los inmigrantes no cumplen las normas “como todos” tiene que ver con que estas normas no son universales, sino que son culturales, y propias tanto del país o de la región dónde nos encontremos, como de la subcultura médica e incluso de la propia institución. Es decir, que las normas de un centro de atención primaria dependerán de lo que haya establecido el Departamento de Salud



correspondiente, del barrio y de la comarca donde se sitúe (será diferente si está en el centro de la capital que si está en un pueblo de una zona rural), y también de las propias dinámicas generadas por los profesionales del centro. A menudo en dos centros del mismo distrito de una ciudad hay aspectos que funcionan de forma bien diferente.

Otra cuestión importante es que, en todas las culturas, y desde luego también en la nuestra, hay muchas normas que no se cumplen, algunas abiertamente y otras de forma más oculta, sin que se perciba como algo sancionable por parte de la sociedad. En general, en la vida cotidiana, experimentamos en múltiples ocasiones que se hacen (o hacemos) cosas que están prohibidas, y experimentamos también que muchas no tienen consecuencias, y que ni siquiera están sancionadas socialmente. También en el ámbito sanitario asistimos a constantes violaciones explícitas de reglas explícitas por parte de los usuarios, y a diferencias a la hora de flexibilizar las normas según de quién se trate y de cómo lo intente.

2. Cómo se rompen las normas

Hay una clara diferencia en la manera de entender las normas y la manera de romperlas dependiendo de si se trata de usuarios o de profesionales. Los profesionales tienen su propia manera de entender las normas y de romperlas, sin ser cuestionados porque es la manera “normal” (es decir, cultural) de conducta para este colectivo: “colar” a un familiar propio o de algún directivo, ocupar una cama para una persona “recomendada” por un dirigente político importante, no respetar la confidencialidad del paciente (hablar de los pacientes en voz alta o dejar documentos con datos personales a la vista de personas que no deberían tener acceso a esta información); hablar por teléfono durante la consulta; entre otros. Podemos ver, en este sentido, que las normas tienen un valor diferente para los pacientes que para los profesionales: El turno de visita sigue un orden que

debe ser estrictamente respetado por los usuarios, pero el profesional puede alterarlo; el médico puede hacer esperar al usuario en una visita concertada, pero el usuario en cambio no puede llegar tarde; el silencio (por la noche, por ejemplo) debe ser respetado por los pacientes y sus familiares pero no tanto por los profesionales sanitarios; fumar está prohibido para los pacientes en la consulta pero el profesional puede fumar en su despacho cuando está solo. Encontramos, por lo tanto, una primera excepción a esta afirmación que “las normas deben cumplirse y son iguales para todos”: En nuestra cultura médica, las normas se interpretan de manera diferente dependiendo de quién se trate. Formulado positivamente, encontramos una muestra de flexibilidad en los límites de las instituciones, y una adaptación a las diferencias.

Los usuarios autóctonos, por su parte, también saben que junto al catálogo de las normas explícitas hay un manual de instrucciones invisible que les dice cuáles se pueden romper y cuáles no, como hacerlo, y también las diferentes maneras de hacerlo, según de quién se trate o en qué contexto, por ejemplo. Este manual implícito (y no la norma escrita explícita) es el que marca los límites. Es cuando los usuarios sobrepasan estos límites no escritos cuando nos sentimos interpelados, y cuando se recurre a la normativa explícita.

También nos podemos encontrar, como hemos apuntado, con que haya diferentes interpretaciones en diferentes centros, con diferencias entre las subculturas médicas de cada territorio y de cada centro de las que hablábamos al principio. Veamos algunos ejemplos encontrados en diferentes situaciones: se puede aparcar donde está prohibido (quedándose al coche) o tocar el claxon en “zonas de silencio” (por ejemplo, dentro del recinto hospitalario); se puede usar el móvil aunque esté expresamente indicado lo contrario (se hace hablando en voz baja o saliendo al pasillo); determinados usuarios, como por ejemplo usuarios con problemas psiquiátricos, pueden



fumar un cigarrillo cada dos horas cerca de la ventana (éste es un excelente ejemplo del dinamismo cultural: antes había muchas más personas y muchos más espacios que disfrutaban de la excepción a la prohibición explícita de fumar); se puede visitar a familiares más allá del horario permitido (familiares como los entiendo de nuestra cultura: padres, hijos o hermanos, y preferentemente no más de tres o cuatro); los familiares también pueden pasar al box de urgencias atravesando con aplomo, sin preguntar y de uno en uno la puerta marcada con un cartel de prohibido visitas; pueden pasar dos o tres familiares a visitar a la persona enferma aunque sólo esté permitido un (pero no seis o siete); se puede usar un contacto para adelantar una visita o “colarse” (generalmente más efectivo cuanto más alto en la jerarquía del centro esté este “contacto”); se pueden adquirir en la farmacia medicamentos sin la receta requerida para ello; y podríamos encontrar muchos más ejemplos.

Todas estas excepciones a la normativa o a la ley explícita son casi invisibles para la mayoría, siempre que se hagan “discretamente”. En ambos casos, por lo tanto, el de la rotura de las normas por parte de pacientes y de profesionales, se pone de manifiesto la invisibilidad de aquello cultural propio para la mayoría. Es un buen ejemplo de la cultura: una manera de entender el mundo, que determina no sólo cómo actuamos sino cómo interpretamos las actuaciones de los demás. La cultura son las gafas a través de las cuales vemos el mundo: unas gafas que hace invisibles o menos graves estas “infracciones”.

3. Cuando los “otros” rompen las normas

Pero ¿qué pasa si son los “otros” son diferentes, visiblemente diferentes, los que rompen las normas? Podemos pensar en una situación de las que hemos citado: Cómo hemos visto, una familia autóctona (paya) que viene de visita fuera del horario permitido y lo hace “discreta-

mente” (es decir, cumpliendo este “manual de instrucciones” paralelo del qué hablábamos antes), es casi invisible para nuestras gafas culturales, casi ni la vemos pasar, o incluso podemos interpretar que cuida bien del enfermo, que es una ayuda para todos, enfermos y profesionales. Los profesionales y el mismo centro se adaptan, se flexibilizan, casi de forma automática, en estos casos porque entra dentro de “lo normal”. Incluso se puede percibir como positivo que los familiares asuman parte del trabajo de los profesionales sanitarios. Imaginemos sin embargo cuál sería la percepción de los profesionales sanitarios si quienes entraran a la habitación fuera del horario permitido fueran visiblemente diferentes (su color de piel, su idioma, su acento, su manera de vestir, el tipo de familia, etc.). En este caso la interpretación de lo que sucede parte de nuestro desconocimiento o de lo que creemos saber del otro: no compartimos los implícitos culturales ni los códigos, pero tenemos prejuicios sobre el otro que condicionan también nuestra interpretación de lo que está pasando. La diferencia le hace visible, hace visible su “infracción”.

En este caso puede ser más fácil que el personal recuerde que hay una norma que impide a los enfermos recibir visitas a partir de cierta hora, porque la presencia del paciente “diferente” no se interprete del mismo modo. En este caso, se pone de manifiesto una vez más que el inmigrante no tiene el “derecho a la indiferencia” del que disfrutamos los autóctonos que pertenecemos a la mayoría. La cultura la vemos en el otro, como si nuestra manera de hacer (ese manual de instrucciones, esas gafas de las que hablábamos) no fueran tan culturales como los manuales de instrucciones y las gafas de los inmigrantes (o las minorías). Aún más cuando la diferencia no se encuentra sólo en la persona sino también en su manera de romper la norma. Al pariente que se cuelga por contactos es más difícil de decirle que “aquí esto no se hace”, porque sabe que no es verdad. Pero sí al que equivoca la forma de hacer la trampa, al que la hace visible; entonces esta rotura nos



parece insoportable. Entonces a menudo se “culturaliza” el problema y se reifica el prejuicio, simplificándolo y presentándolo de forma justificable: “Aquí, hay unas normas para todos, y no las ha cumplido”.

Por lo tanto, en cualquier cultura, no sólo hay unas normas que hace falta cumplir y respetar (que es a menudo lo que piden los que reclaman que los inmigrantes “se integren”). Hay también, y nuestra cultura no es una excepción, una manera de romperlas, implícita, que nadie explica y que en cambio la mayoría de personas que comparten esta cultura conocen y utilizan perfectamente, sobre todo cuando se encuentran en una situación extrema (y la enfermedad propia o de un familiar puede ser fácilmente una de estas ocasiones). La respuesta ante estas “excepciones” suele ser más bien de resignación o incluso, en determinados casos, de complicidad. Porque muchas personas, en caso de necesidad, recurren o recurrirían (recurriríamos) a ellas; y porque forman parte de nuestra cultura y de nuestros recursos.

¿Qué pasa cuando no se comparte la cultura y por lo tanto estos criterios implícitos? Los usuarios que tienen una cultura diferente a la nuestra ven las normas escritas pero no siempre ven el manual de instrucciones implícito. No distinguen con el mismo detalle las maneras toleradas de saltarse la norma. Pero en cambio ven que las normas se rompen y que no son iguales para todo el mundo -varían según el género, la clase social, el aspecto: es diferente si se trata de una anciana o de un joven “skin”, una niña o un abuelo, un político, un médico, o un obrero; es decir, que habrá más o menos flexibilidad a la hora de interpretarlas dependiendo de quién se trate. Y perciben, a menudo, que cuando ellos intentan hacer lo que ven hacer a los autóctonos, saltan las señales de alarma y se les llama la atención invocando la universalidad y el rigor de unas leyes y prohibiciones que son, como hemos visto, flexibles.

Los usuarios inmigrantes, como los autóctonos, desarrollan sus estrategias en situaciones de necesidad (de enfermedad) en función de sus recursos y de lo que aprenden, por lo tanto también en función del que se les enseña: en este sentido, usan (como hacemos muchos de nosotros) la estrategia que mejor funciona. Estas estrategias variarán según la situación, según el grado de aculturación en la cultura de acogida, y según diferencias individuales y culturales. Pueden ser las conocidas, las de su país o cultura de origen. Evidentemente, si no coinciden con nuestras, son mucho más visibles: por ejemplo, ponerse el primero a la cola o darle dinero al médico o la médica para ser atendidos antes o mejor, en lugar de buscar el contacto que nos cuele o nos recomiende. En otras situaciones se pueden intentar usar las estrategias de los usuarios autóctonos, pero no siempre tienen los mismos recursos, y no siempre su interpretación de lo que está “prohibido pero tolerado” es la misma que la nuestra. Así, como hemos visto, una familia que quiere quedarse a dormir con el enfermo como ha visto hacer a los de la habitación del lado puede encontrarse que su familia no puede quedarse porque son ocho personas. Y, finalmente, otras estrategias pueden aprovechar la diferencia y la discriminación: quizás su experiencia les haya enseñado que acusando de racismo a los profesionales (independientemente de si en esta ocasión sea verdad o no) consiguen más que, por ejemplo, callando y siendo amables y discretos.

Vale la pena, por lo tanto, reflexionar sobre qué estamos hablando cuando decimos que los usuarios inmigrantes o pertenecientes a culturas minoritarias están rompiendo las normas. Quizás estamos hablando de la frustración que sentimos por todas aquellas ocasiones en que efectivamente se rompen las normas pero dentro del marco que debemos tolerar. El hecho de que sean las maneras culturalmente aceptadas de romper las normas no significa que nos dejen siempre indiferentes, ni que estemos siempre de acuerdo; en este sentido, a menudo



se proyecta en el otro la rabia que nos generan situaciones de nuestra propia cultura que nos resultan difíciles o dolorosas. Quizás también estemos hablando de nuestros miedos y de nuestros prejuicios. Si una anciana de pueblo que viene por primera vez a la ciudad nos pide que no la visite un chico joven, quizás entendamos sus motivos culturales y estamos dispuestos a buscar, si es posible, una alternativa creativa, sin intentar “educar” a la mujer o convencerla que “las cosas aquí (y ahora) las hacemos así”. En este aspecto, somos a menudo más comprensivos con las contradicciones y complejidades de nuestra cultura que con las de las otras. Pero quizás si aprendemos a ver aquello cultural también en nosotros, tanto como en los demás, podemos descubrir que esta alternativa creativa (otra manera de adaptar la norma a la persona y la situación) nos puede ayudar en el caso de otras mujeres de otras culturas que, por motivos culturales, preferirían

que no las visitara un chico joven. O con hombres que preferirían que los visitara un hombre que una mujer. Pensemos cómo se interpretan en unas y otras situaciones las creencias, las costumbres, la tradición, la herencia patriarcal que están relacionados con estas conductas. Podemos también reflexionar sobre nuestra respuesta en cada caso: si tiene que ver con el otro o quizás con nuestra visión y valoración del otro. Pensar en nuestras contradicciones y nuestra capacidad (personal e institucional) de ser flexibles a la hora de aplicar e interpretar las normas nos puede ayudar a ver que tenemos más recursos y posibilidades de los que nos creemos para ofrecer una atención adaptada a las necesidades de los usuarios, también los que no pertenecen a la cultura mayoritaria.

Contacto: Cristina Visiers
cvisiersw@yahoo.es



BIBLIOGRAFÍA

- Kleinman A, Benson P (2006) Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine* 3(10): e294.
- Kirmayer LJ (2004) The cultural diversity of healing: meaning, metaphor and mechanism. *British Medical Bulletin* 2004; 69: 33–48.
- Moro, M.R. (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs*. Paris: La Découverte.
- Visiers C y Qureshi A (2007). *Manual de transculturalitat per a professionals de la XAD*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública.



Lo sociocultural y lo sanitario según algunos aspectos de la población inmigrante atendida en la psiquiatría comunitaria del territorio histórico de Álava

Social and cultural conditions and sanitary attendance according to some aspects of the immigrant population attended by the community psychiatry of the historical territory of Álava

J.I. Zuazo Arsuaga

Médico Psiquiatra

A. Etxebeste Anton

Enfermera Salud Mental

C.S.M. Gasteiz Centro

Resumen:

El campo psiquiátrico comunitario es un terreno donde se muestra la preferente implicación de las características sociales en lo sanitario. Un espacio importante es el de la atención a los inmigrantes. Salud y enfermedad mental son también aquí superficies móviles y variables en sus definiciones. En cualquier caso todo parece decir que según nuestra revisión los inmigrantes ni consultan más ni diferente a la población alavesa que los acoge a pesar de los desajustes adaptativos y depresivos predominantes en una población desaventajada por las pérdidas sociales implícitas a su condición.

Palabras Clave:

Inmigración. Social. Sanitario. Psicopatología.

Summary:

The community psychiatric field is an area where senior implications of the social characteristics over sanitary attendance are palpable. Attention to immigrants stands as a particularly relevant issue to this respect. Health and mental disease are also here mobile and variable surfaces in their definitions. However, everything points in the direction that that according to our review, immigrants neither consult more than nor different of how native population that hosts them do, in spite of the adaptive and depressive disorders prevailing in a population disadvantaged by the implicit social losses consequent to their condition.

Key words:

Immigration. Social. Sanitary. Psychopathology.



INTRODUCCIÓN

- Comenzaremos recordando que en Vitoria-Gasteiz reside el 80% de la población del territorio histórico de Álava (227.000 hbs). Los habitantes eran un cuarto de esa cifra hace una cincuentena de años. Es pues una ciudad que sabe de inmigraciones. Vamos a estudiar aquí algunas particularidades de la población extranjera atendida ambulatoriamente en los C.S.M. del territorio histórico de Álava así como en los programas específicos de alcoholismo y de otras drogodependencias. Sobrevolaremos tanto la población adulta como la infantil.
- Como se verá por algunos datos aportados, se trata de una población inmigrante que en su mayor parte se encuentra por encima de un umbral mínimo de posibilidades y cuidados y por tanto fuera de situaciones de desastre extremo socio-económico. Naturalmente nada describimos de aquellos que no acuden. Las facilidades de acceso de las personas al C.S.M. pueden ser calificadas de extremadamente amplias, quien lo desea consulta sin trabas sobreañadidas a sus condiciones socio-culturales/lenguaje, etc.
- La asistencia a los inmigrantes es uno de esos grandes temas en los que con frecuencia se invierten funciones en inferencias y actuaciones inadecuadas: el psiquiatra o el psicólogo se torna en activista político o recaudador de ayudas sociales, el trabajador social o quien anhela ayudar se hace psicoterapeuta, se piden peras económicas al olmo sanitario, se pretende con fármacos resolver las crueldades de las malas acogidas, se diagnostican sanitariamente malestares y conflictos intrínsecamente inevitables o, peor, artificialmente fomentados. En resumen: nos perdemos en confusiones teóricas y prácticas, y correteamos entre chivos expiatorios.
- Por razones varias nos interesa el tema que tratamos, una de ellas tiene que ver con el peso de lo social, y de lo socio-sanitario (ovillo a despejar si pretendemos un mejor futuro asistencial). “Sociosanitario” que a menudo se interpreta únicamente por uno de sus extremos polares, las demencias, la rehabilitación y readaptación sociolaboral, etc, sin tener en cuenta el otro, el extremo inicial de lo que va a ser o no asunto hegemónicamente sanitario en una determinada sociedad.
- Compartimos el sentir y decir de tantos autores que insisten en los solapamientos de los problemas (y traumatismos) en lo socioeconómico, cultural y psicológico (a veces psicopatológico). Por cierto, el deslinde de algunos de ellos creemos que es el único camino posible para la adecuación del desarrollo del trabajo psiquiátrico y psicológico (precisamente en sus dimensiones psicopatológicas). Asunto que además es de justicia social. Para nuestro trabajo en el C.S.M. pensamos que es de interés el plantearnos ante las demandas que se nos presentan algunas preguntas:
 - ¿Estamos ante un síntoma/síndrome psicopatológico propiamente dicho?. Para la lectura del síntoma/síndrome es exigida una distancia (cognitiva) que trate de evitar la imposición abusiva de valores y cogniciones. Su resultado habría de ser, para algunas manifestaciones, una relativización de lo que es o no es psicopatológico y, para otras, una diferenciación entre lo que corresponde a la patoplastia y lo relativo a la organización estructural (con visos etiopatogénicos).
 - ¿Cuál es la responsabilidad en ese desarrollo clínico de aconteceres traumáticos que actúan como desencadenantes y agravantes, sosteniendo después el peso de la patología?
 - ¿Qué necesidades, más allá de las terapéuticas asistenciales, son precisas de atender en conexión con el resto de dispositivos y ofertas comunitarias?.
 - ¿Nos encontramos ante problemas no psicopatológicos (al menos significativamente) pero cargados de pesar y sufrimiento, con ocasionales manifestaciones sustitutivas, que sin embargo requerirían apoyo afectivo,



escucha y cuidados (que pueden ser además preventivos con respecto al desarrollo de francas patologías)?

I) GENERALIDADES: ATENCION EN EL C.S.M. Y LO SOCIAL/CULTURAL

- En la medida en que el C.S.M. suma años de funcionamiento, en nuestro caso pasados los 25 años, dos asuntos sobre todo nos han obligado a tomar en consideración las vertientes de lo social y de lo cultural:
 - El primero tiene que ver con las variaciones socioeconómicas en las características de los casos atendidos. Estos cambios se refieren, por ejemplo, a temas económicos y de organización (como pueden serlo los viejos problemas consecuencia del paro, y los nuevos reflejos de algunas reorganizaciones con maltrato laboral). Más bien las propias demandas presentadas varían, y —lo que es más— las características semiológicas también lo hacen.
 - El segundo, aunque en cierto modo entra en el gran capítulo anterior, se particulariza también con elementos de índole cultural. Aquí mencionaremos tres ámbitos: el de las relaciones de género, sobre todo con la evolución en el espectro de la condición femenina; el de la queja como sufrimiento que invade (o es invadida) por la psicopatología; y el de la presencia de porcentajes crecientes de personas nacidas fuera de estos territorios a los que han emigrado.
- En ocasiones los temas se aproximan, y de igual manera a como parece que la sanitización, o la medicalización, de ciertos problemas consecuencia por ejemplo de taras en la gestión o en el reparto de salarios es más simple o económica que su resolución donde procede, algunas consecuencias de la explotación económica y de la pobreza son teñidas de consideraciones étnicas, religiosas o culturales, desplazando las posibilidades reales de solución.

- Podemos (y debemos) incidir sobre las diferencias que nos separan a unos de otros, en las condiciones en las que nos desenvolvemos, en nuestra posición de clase, y así sucesivamente, sin embargo es banal afirmar que todo ello no son sino minucias con respecto a aquello en lo que nos asemejamos. Así es también con respecto a lo disfuncional o a lo francamente patológico en el acontecer psicológico.

Se puede sufrir por uno, dos, mil distintos temas, se puede estar deprimido por mil ausencias distintas, pero siempre ambos —sufrimiento y tristeza— se repiten monótonamente en el ser humano. Que en Oriente o en la Inglaterra victoriana lo disimule y me avergüence de tales afectaciones, o que las exprese plañideramente no cambia lo general de esas vertientes. Y es que las variaciones en el grado de consciencia, o en la orientación predominantemente corporal de las afectaciones (emociones y sentimientos), son —también y sobre todo— posibilidades universales humanas.

- Lo anterior es válido para el funcionamiento normal, funcional o disfuncional, pero es especialmente manifiesto cuando de patología se trata, siempre más reducida, repetitiva y más restrictiva que la gran variabilidad del despliegue de la psicología normal. Y tal reducción, con sus variaciones, llena los abordajes teóricos y de diagnóstico, tanto categoriales como dimensionales.

- La relación terapéutica implica, también, compartir valores y creencias, cogniciones y afectaciones en suma. ¿Qué es lo que esto significa?. Si me muevo por juicios, digamos, explícitos, no es menos cierto que ellos se encuentran sostenidos por prejuicios implícitos. Por cierto, el prejuicio no supone pura valoración negativa, sino que es requisito cognitivo inexcusable. En cualquier caso yo no tengo acceso —directo— a mis prejuicios; o bien el otro los capta y me los transmite, o bien por asociación e inferencia indirecta concluyo en su presencia.



Compartir exige, ante las diferencias, reconocer los espacios oscuros de lo implícito, de lo que puede movernos valorativa y cognitivamente por razones que intuitivamente ignoramos.

Tales asuntos son vistosamente evidentes en las relaciones entre miembros de culturas diferentes: el entramado de la familia extendida —por ejemplo— grita fidelidades ajenas al miembro del núcleo familiar elemental; la presencia de “magia” y “genios” elimina toda posibilidad de azar en el desarrollo de las enfermedades (quizás de manera no muy diferente a algunas abusivas aproximaciones neurológicas elementales y gratuitas).

- No olvidemos que los prejuicios tejen la telaña cognitivo–afectiva de quien acoge y de quien es acogido. Si los diagnósticos, para el tema que tratamos, presentan cierto núcleo duro en los casos extremos, todas las superficies de solapamiento son extremadamente variables y, por tanto, sujetas a modas.
- Además, para mayor posibilidad de confusión, no es que únicamente, según esas modas, simplemente diagnostique, digamos, más trastornos bipolares que esquizofrenias (variando el núcleo duro), y que con más frecuencia el trastorno de ansiedad generalizada aparezca y desaparezca en relación a sus manifestaciones críticas, o así lo hagan la fobia social y el trastorno límite de la personalidad en extensiones inusitadas, sino que percibo, capto, se me presentan los casos —aparentemente— así. ¿Será exclusiva patoplastia o habrá más?.

2) SOBRE SANITARIZACIÓN Y PROBLEMAS DIVERSOS

- Devereux (1) hablaba de “desórdenes étnicos” en los que la salud mental de los individuos se alteraba según patrones que detectaban tensiones características de una cultura y establecía procedimientos defensivos o normas de conducta más o menos definidos para esa cultura.

Hasta ahí el modo de presentación es clásico: los síndromes dependientes de la cultura se ordenarían según síntomas organizados —a menudo— jerárquicamente, y, con frecuencia también, solapables con las modernas clasificaciones sanitarias occidentales (“ataque de nervios” y ansiedad crítica por ejemplo).

Un cierto desplazamiento se dibuja cuando pasamos de la expresión clínica al mundo de las causas y motivaciones: ya no se trata —sobre todo— de síntomas y síndromes sino de la etiología supuesta; es el caso de los trastornos o “enfermedades de atribución” (2). El polo ocupado por el traumatismo y el estrés se hace entonces el más prominente.

- No es de extrañar el interés en los últimos temas para el trabajo diario en un C.S.M., que es de donde parten estas líneas:
 - Por un lado el hecho bruto de la diversificación de orígenes culturales/“étnicos” de las personas que acuden nos obliga a veces a modificaciones técnicas o, en todo caso, a una apertura de horizontes, informaciones y prestaciones asistenciales diversificadas.
 - Por otro los problemas de “atribución” hacen que grupos de demandas en el C.S.M. tengan que ver más que con la especificidad de los síntomas con su supuesto origen (trabajo, condición femenina, relación con los compañeros, inmigración, etc.). Pareciera en ocasiones que la supuesta materialidad del agente traumático diese un contenido más “científico” a su teorización.
- Los problemas se hacen más complejos, como se anunciaba, si tenemos en cuenta que a la ya citada sanitarización de dificultades cuya solución adecuada sería más comprometida o difícil, se añade la introducción en la dimensión semántica salud/enfermedad de todo lo que signifique sufrimiento e incluso “incomfort” (cuando no “infelicidad”).
- Y con respecto a la psiquiatría: ¿acaso sólo el objeto de estudio lejano y exótico —para un



europeo por ejemplo— es asunto “etnopsiquiátrico”, ¿tardará más, llegado el caso, el difunto chino en comer el arroz dejado en su tumba que en oler las flores el fallecido portugués?

La psiquiatría y la psicología no pueden sino asentar parte de sus saberes en mitos, y —especialmente— en ese eufemismo que es el concepto de ideología (que tal vez no es sino el mito a la occidental). Pero más precisamente, y vamos a insistir en ello, los diagnósticos psicopatológicos y las nominaciones vivenciales disfuncionales, se suceden según los momentos socioeconómicos y culturales: las clasificaciones están plagadas de ejemplos de todos conocidos. Cabe incluso preguntarse si tales clasificaciones nosológicas suponen realmente un saber acumulativo.

3) PSICOPATOLOGIA Y NO-PSICOPATOLOGIA: SANCIONES SOCIALES

• “Singularmente —escribe Devereux (1)— en las situaciones de estrés, la cultura proporciona al individuo indicaciones sobre modos de empleo abusivos (...) que Linton denomina ‘modelos de conducta’; todo sucede como si el grupo dijera al individuo: ‘No lo hagas, pero si lo haces, hé aquí como debes comportarte’”. Para el autor los desórdenes étnicos, esos síndromes dependientes de la cultura, serían los modelos de conducta. Serían “valores sociales antisociales que permiten al individuo ser antisocial de una manera socialmente aprobada y a veces incluso prestigiosa”.

Los modelos de conducta se comportan como pre-judicios que dan forma a los razonamientos e inferencias respectivas. Distinguiremos en tales movimientos:

- Los prejuicios culturales, especie de lentes coloreados que influyen, en tanto supuestos de base, incluso en nuestra captación del mundo.
- Las defensas (o modos de elaboración de los conflictos y frustraciones) en parte proporcionadas (o no) por la cultura en cuestión.

• Cuando un traumatismo (A) es culturalmente reconocido, y a menudo dotado de nombre, la sociedad sanciona: “estás autorizado a sentirte mal con (A)”.

Además la sociedad, a través de los responsables y de los saberes que correspondan, sitúa (A) según sus características: “el agente traumático puede ser así o así”.

Un paso más se da con lo relativo a la reacción que el individuo desarrollará: “en caso de que recibas el nefasto influjo de (A), tu reacción será (X)”. Sólo queda entonces situar (X) en el panorama psicológico y comportamental del lugar y de la época, así como proponer el procedimiento (Z) por el que será tratado (X).

• Bien es cierto que desde el punto de vista ontológico sería errado confundir las palabras y sus referencias, es la diferencia entre viajar por la Guayana o pasearse por un mapa que la representa. Aunque tenemos que recordar que los modos de narrar varían la “realidad” de —pongamos— las descargas de adrenalina. Las propuestas sociales que funcionan en forma de diagnóstico del traumatismo, de defensa psicológica o comportamental proporcionada, o de procedimiento terapéutico (más genéricamente, de elaboración) deben de contar con cierto isomorfismo o capacidad de sintonía con lo que abusivamente denominaremos “realidad física” (incluida la corporal).

• En todo caso, para nuestros afanes, seguiremos insistiendo en las imbricaciones entre estos asuntos sociales y culturales, el psiquismo individual y el trabajo en el aquí y ahora de nuestro C.S.M. Nos haremos ahora la pregunta de rigor: ¿la sanción social como reacción de enfermedad supone trastorno psicopatológico?: creemos que la respuesta clara y sostenida es “no”. La pregunta inversa sería, ¿si no hay sanción social no hay psicopatología?: de nuevo respondemos por la negativa.

• Añadamos que todas las combinaciones intermedias, jugando con las tres variables (A, X y



Z), son posibles: hay traumatismos no reconocidos como tales (o minusvalorados), hay reacciones no reconocidas, hay tratamientos (y sus variaciones) no aceptados.

Peligrosos dualismos acechan en estas reflexiones, sin embargo pensamos que conviene mantenernos fuera del relativismo a ultranza afirmando que:

- Del mismo modo a como no hay un cuerpo y un psiquismo previos, posteriores o aislados en la vida del hombre, no hay una entelequia que sería “lo social” versus “lo psicológico individual”.
- La sanción social “esto es una reacción psicopatológica” puede mentir o decir la verdad solo si —y es lo que afirmamos— lo psicopatológico exige cambios cualitativos con respecto a lo “vivencial” o “funcional”.
- Lo opuesto también puede ser afirmado: que la sociedad no sancione un acontecer psicopatológico no lo borra del territorio (aunque sí del mapa).
- ¿Ya está claro?, desgraciadamente para nada. ¿Quién puede establecer con la más mínima claridad la posición de esa línea imaginaria que separa lo psicológico de lo psicopatológico: seguramente nadie, lo cual no significa que no podamos distinguir con alguna claridad los puntos situados en los extremos, y con eso habremos de conformarnos.

4) ELLOS Y NOSOTROS: NOTAS

- Sus aplicaciones son como el eco que se repite y se extiende: Ellos y Nosotros. Pueden ser ellos, los locos, los primitivos, pueden ser los extranjeros, pueden ser los “punkys”, e incluso —en un “narcisismo de pequeñas diferencias” (Freud, 3)— los de la región, la provincia o el pueblo de al lado. En cualquier caso el tema es excesivamente repetido y elemental como para no ser estructuralmente constituyente. Nosotros/Ellos cobra significación e importancia incluso con respecto a situaciones totalmente banales, como vivir en una calle (vs otra) o simplemente, como lo mos-

tró Tajfel (4) en relación al hecho de que un investigador nos adscriba a la derecha o a la izquierda de un pasillo.

- Quien homogeneiza no es, sobre todo, el comportamiento real o —si se quiere— las similitudes psicológicas entre los miembros del grupo, quien lo hace es el acto de decisión por el que construyéndose los otros como colectivo se construye el nosotros como otro tanto.
Pero esa decisión no se queda ahí, en el ámbito de la pura lógica atributiva o distributiva o en el de la psicología, esa decisión crea condiciones tan reales como puede serlo una cárcel, un pasaporte, un plato de alubias, una caricia, una bofetada, o la posibilidad de obtener una beca.
- Nos definimos tanto por lo que somos como por lo que no somos, y lo que no somos (seremos o hemos sido) es precisamente lo que son los otros. Esto, sin juegos de palabras, significa, como nos lo enseñaron nubes de pensadores (especialmente existencialistas, estructuralistas e incluso sus opuestos postmodernos), que en mi intimidad más profunda está el otro, que yo soy un colectivo (quizás una muchedumbre) donde estoy “yo”, quien aparentemente soy, y también se encuentra “ése” con quien me relaciono.
Desde el punto de vista colectivo, si los otros pasaran a ser nosotros (por ejemplo en inmigraciones previas) deben de surgir nuevos otros de donde quiera que sea. Todo parece decir que es ante todo un tema de funciones y posiciones.
Resulta interesante para el tema que Freud (5, 6) menciona ese narcisismo de pequeñas diferencias en tres ocasiones: en relación a la posición femenina y la virginidad, en su trabajo sobre psicología de las masas y al tratar sobre los malestares de la civilización.
- Desde cierta aproximación (7) en el individuo psicológico, siempre por encima de esos umbrales mínimos, los excesivos solapamien-



tos y la unión confusionante entre el sujeto y el otro son más generadoras de psicopatología que las excesivas distancias. Eso parece también ser el caso desde el punto de vista más colectivo: como nos recuerda Kozakaï (9) el antisemitismo nazi inicialmente se ensañó con la franja de judíos que precisamente estaban más asimilados a la cultura alemana.

En las persecuciones y en los oprobios despectivos resultan insoportables justamente las aculturaciones por las que podemos confundirnos con los otros: una vez más, si es así, no es un tema de diferencias, sino de similitudes.

- Mientras son diferentes me puedo relacionar con ellos: en un extremo se situaría el racismo puro y duro del “no son humanos a plenitud, como nosotros”, en el otro la visión aparentemente bienhechora de la mirada que “explora” a ese “primitivo” a educar, proteger, o simplemente contemplar.

Si la aculturación empuja, o si mi “mirada” no capta diferencias, no me puedo relacionar en el esquema Ellos/Nosotros que me constituye. Recuerda todo lo anterior a la situación de conflicto en la que parece situarse estructuralmente el individuo humano, sociable sin ser hormiga, individualista sin ser un adulto orangután, es decir: preso en el conflicto y por lo tanto inmerso en los juegos del símbolo y en las narraciones (Zuazo, 8).

- La consideración del extranjero, su existencia, no es pues asunto coyuntural, histórico o relativo, sino lógico: “el extranjero nos viene de fuera. Es en nosotros mismos donde se encuentra. Si falta se fabrica por todos los medios. Pues es un ingrediente inevitable e indispensable para la vida humana” (Kozakaï, 9). Seguramente buenas zonas de las identidades colectivas están cuajadas de mitos y ficciones quizás incluso ocurre así con todo su contenido. Sin embargo también puede ser posible que, dada su persistencia como movimiento de afiliación (y exclusión) repetido, esas ficciones identitarias sean, esta vez en

tanto formas, imprescindibles para construir las comunidades humanas. Su menoscabo o pérdida siendo entonces, así sean necesarios, origen de duelos a elaborar.

5) MIGRACIONES Y TRAUMAS

- La emigración finalmente es un amplio cajón, decir “migración” es como decir “mamífero”, cabemos la ballena azul, el ornitorrinco y nosotros, también el pequeño ratoncito. Sin embargo habría rasgos comunes definitorios, al menos los inmediatamente referibles al desplazamiento y a lo que se deja o se halla. Pareciera que dos amenazas se ciernen para la identidad: su destrucción como propiedad colectiva en las aculturaciones masivas, y su marginalización en reductos herméticos y disociados (10).

Hablamos de una moneda con dos caras, una es la emigración, “nos vamos”, otra la inmigración “llegamos”, ambas caras son indisolubles para bien y para mal. El fenómeno global en un Juno que destruye o socava, pero que también construye o refuerza nuevas identidades. Todo parece decir, tomándolo como ejemplo, que buena parte del judaísmo tal como lo conocemos nace tras el traslado masivo a Babilonia.

- El tema es extraordinariamente complejo, y resulta imposible situarse en los procesos migratorios sin prejuicios.

Sluzki (11), que vivió en carne propia el asunto, distinguía en la migración las dos clásicas etapas de preparación y de migración propiamente dicha y tres pasos más: un período de sobrecompensación seguido de otro de descompensación y finalmente uno correspondiente a los fenómenos transgeneracionales.

- Ciertamente se da una posición ventajosa de quien recibe, juega en su casa, es el propietario. Parte de una situación en la que vale por lo que “es” (ya que, por otra parte, a menudo “es” aquel que “tiene”). Que quien emigra es necesario para el bienestar (o incluso



la supervivencia) de quien recibe no resulta siempre evidente, sobre todo si se dan procedimientos de ocultación por quien recibe. El que emigren a mi tierra me valoriza sin que deba yo hacer nada (en ese sentido se asimila al racismo), el emigrante poco o nada “es” sino “hace”.

- Así pues el fenómeno de migración es un encuentro, con cita previa o sin ella pero un encuentro. De ahí las consideraciones sobre “quién” emigra, sus características, su “proyecto migratorio”, la situación política social y económica de partida, las finalidades del movimiento, su inmediatez, las atmósferas culturales y socioeconómicas de su sociedad, y tantos acercamientos que van a incidir sobre lo perdido y lo anticipado. Estrés dibujado en el fondo de las pérdidas y de sus tentativas de elaboración como duelos.
- Pero la migración al ser encuentro se confronta con el comportamiento de quienes reciben; es la confrontación de lo imaginario anticipado con la realidad. Autores como Atxotegui (12) nos han hecho dirigir la mirada hacia esas condiciones de recepción a veces extremadamente traumatizantes. Cuando están por debajo de un umbral mínimo de satisfacción de las necesidades borran la importancia y consideración del resto de dificultades y hacen peligrar la identidad (y a veces la vida) de ese “quien” que emigra. En ese cajón que es la emigración ciertas situaciones son tan extremas que el resto poco importa.
- Como escribe Nshimirimana (13) siguiendo a Martens “numerosas investigaciones en sociología de la inmigración han mostrado desde hace largo tiempo que la integración de los extranjeros en el seno de una sociedad estaba en función de la apertura de la sociedad de acogida y no de las características culturales propias al extranjero”.
En sentido similar Basabe y cols. (14) concluyen en un trabajo sobre la integración de los

inmigrantes en el País Vasco: “Es importante destacar que las diferencias culturales, aún siendo relevantes, no son el principal problema de los que se enfrentan inmigrantes y autóctonos, la cuestión esencial es la ‘exclusión social’”. De los factores que analizaron, los que podrían afectar a “la adaptación socio-cultural y al ajuste psicológico” fueron, además de la exclusión social comentada, el “tener o no tener apoyos y contacto con las personas autóctonas y las dificultades sociales y prácticas (como la situación jurídico-legal, los ‘papeles’)”.

No es el lugar aquí (ni estaríamos capacitados para ello) para profundizar en los males y las bondades de los procesos de integración, asimilación o de marginación; sin embargo sería errado —pensamos— imaginar un proceso de emigración/inmigración fuera del conflicto (como por otra parte casi todas las relaciones humanas). También como en otros aspectos se trataría de elaborar el traslado con las menores dosis de sufrimiento posible; lo que exige recordar que el mayor problema del emigrante muchas veces no es lo que deja atrás sino lo que no encuentra.

A la vez, el elaborar los conflictos —inevitables— ha de asentarse sobre unas dosis de frustración aceptables (siempre por encima del umbral mínimo del que hablábamos).

6) SOBRE TRAUMATISMOS, ESTRÉS Y DUELOS

- Que los procesos de emigración se solapen e incluso se identifiquen con los modos del estrés y de esa forma particular de estrés prolongado que es el duelo no es —casi— sino una paráfrasis, un decir lo mismo con otras palabras.
- Los acontecimientos generadores de estrés son impactos. Estos impactos tienen la propiedad de ser, en buena medida, definidos según la captación que hace el sujeto de ellos. Esa definición (en su caso con selección perceptiva) tiene que ver con las características



psicológicas del individuo (a las que pertenecen en red las modulaciones y “modelaciones” según el ámbito sociocultural de pertenencia).

- La reacción ante los impactos señalados supone (cuando no se da desgarramiento de la capacidad de elaboración por intensidad desmesurada) el establecimiento de procedimientos defensivos de adaptación (una vez más, algunos de ellos proporcionados por la cultura correspondiente). En este sentido, el ámbito físico y psíquico de la emigración en tanto “impactante” se comporta como cualquier otro agente o grupo de agentes con capacidad más o menos traumatizante (según grados). Pero además, también como en otros acontecimientos, hemos de añadir la capacidad del impacto, esta vez como desencadenante, de contribuir a generar disfunciones psicopatológicas.
- Aún a riesgo de caricaturizar, podemos sugerir que no se da patología propiamente dicha en el impacto y en su reacción sino cuando se dibuja alguna (o ambas) de las siguientes alternativas: cuando un exceso traumático es tal que el individuo se encuentra sin capacidades defensivas, o cuando el agente funciona como desencadenante en el sentido antes citado.
- Puesto que las características psicológicas del individuo se fraguan en el contexto sociocultural, la detección/valoración de los estímulos y los modos de defensa/elaboración se encuentran sino definidos sí preñados por las características históricas y las sanciones de la sociedad en el grupo cultural en cuestión.
- Únicamente puede perderse lo que se tiene (o se cree tener), más complicada resulta la pérdida de rasgos de lo que se es, en cualquier caso no volveremos sobre los duelos múltiples que se aprecian en el acontecer de la emigración tan exhaustivamente estudiados por diversos autores (12). Aunque más adelante volveremos sobre el tema de las

pérdidas, quisiéramos esbozar en estos duelos algunas vertientes a veces menos recordadas:

- Por una parte, como se mencionaba, los duelos clásicos de quien emigra están sometidos a los flujos y reflujos de las experiencias vitales previas en el marco de esos “quienes” (personalidades desplegadas en el medio de origen). El conjunto, bien o mal recibido, se tiñe en las —siempre presentes— propias ambivalencias de ese movimiento emigratorio que, salvo excepciones, no deja de nacer en una primitiva voluntaria renuncia.
- Por otra parte hay con excesiva frecuencia un duelo, subsumido en el resto, por el que se pierden ilusiones y anticipaciones sobre lo que se iba a obtener en el lugar/cultura de acogida.
- Al final puede agazaparse el duelo de retorno (o de su “proyecto”), y lo que es mucho más frecuente, su anticipación dolorosa. Al fin y al cabo es el duelo de Ulises, Odisea del retorno que se complica, de la llegada en la que puede encontrarse a Penélope con alguno de los pretendientes. En la ambivalencia, el emigrante Ulises era un invasor correteando y saqueando Troya; quien retorna es el Ulises “indiano”.

7) TRABAJANDO CON IDENTIDADES

- Quizás el insulto verdadero es el que toca carne. En ese sentido el traumatismo espléndido habría de tocar la identidad, lo que se es; y él realmente pesa si previamente considero tal o cual aspecto correspondiente de mi identidad (física, psicológica, etc.) como defectuosa o inferior, como debilidad. Si el insulto o menosprecio “miente” o si se integra en una escala de valores que no me pertenece me afecta de otra manera, tal vez como imposición. Así pues señalábamos que se trata en lo profundo menos de diferencias que de similitudes, la cultura dominante comienza por imponer valores y mundos semánticos que funcionan en la distancia como campos magnéticos que influyen (y atraen).



De ahí el peso de la identidad de quien emigra, de la carga ideológica ya en el llamado proyecto migratorio. Puesto que, ¿quién decide si esto o lo otro va a formar parte de mi identidad como aspecto negativo?, ¿quién decide que esto es feo y aquello es bonito, que esto tiene “clase” o “categoría” y que aquello no lo tiene?, ¿quién decide incluso que un determinado conjunto de rasgos forma un “esto” o un “aquello”?

Hay un impersonal dominante: todos estos menesteres “se hacen”, nos llegan y nos modelan, vienen de fuera y nos construyen identitariamente, cogniciones y afecciones que construye nuestros pre-judicios.

- El racismo devalúa a la víctima porque ya antes ella se reconoce como víctima, el racismo triunfa porque es una ignorada ilusión compartida. Pero desgraciadamente —visto así— la ilusión no es mentira, es incluso la verdad del sufrimiento, y yendo más allá conlleva el daño y su terapéutica. La sociedad, en general, no es suicida.

Cuando el racismo es extremo, cuando no hay ilusión compartida, es ignorancia; ese racismo no devalúa (o mantiene al dominado en su posición inferior), sino que genera pura extrañeza y miedo: ya no es tema de la misma especie, sino que se torna en distancia total. En cualquier caso todas las consideraciones nos llevan, como señalábamos más arriba, en nuestro trabajo diario del C.S.M. a una superposición de problemas y de propuestas de solución (a veces erradas) en cuanto al peso de los malestares, y uno de ellos tiene que ver con todo esto, con la inmigración, con el “ellos y el nosotros”.

8) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- Hemos llevado a cabo un estudio sociodemográfico y clínico sobre aquellas personas que procediendo de fuera del estado español han contactado con nuestros dispositivos comunitarios de salud mental de Álava entre el 01/01/2006 y el 30/06/2007 (18 meses). El

territorio histórico de Álava cuenta con 5 C.S.M. (4 en Vitoria–Gasteiz, 1 en Llodio) así como un centro que atiende las dependencias alcohólicas y ludopatías, y otro que lo hace con el resto de dependencias. Los niños (por debajo de 16 años) son seguidos por la Unidad de Psiquiatría Infanto–Jvenil.

Durante este período de tiempo han contactado 505 pacientes diferentes sobre un total de 6.895, lo que supone un 7,3 % de los casos atendidos. Según el Observatorio Vasco de Inmigración (15) y para el 2006, Vitoria–Gasteiz en una población de 227.568 habitantes contaría con 14.242 extranjeros (6,26 %). Desde estas cifras quienes consultan en psiquiatría apenas superarían en un 1% a su franja de población. Quizás, como veremos, más interesantes resultan las variaciones porcentuales en el interior de la población inmigrante, comenzando por la casi ausencia de población rumana o china y la total ausencia de pakistaníes, a pesar de representar sucesivamente un 4,4 %, 2,1 % y un 1,3 % de los habitantes de nuestra ciudad.

- Las cifras no nos hablan de los inmigrantes en sentido genérico, sino de una franja concreta: aquellos que han acudido a nuestras consultas en un período determinado. Como consecuencia, al menos, cuatro grupos de inmigrantes con dificultades permanecerán transparentes a nuestra mirada:
 - Los que no acceden a los Servicios Sanitarios y no son enviados por los Servicios Sociales.
 - Los que son vistos por la Atención Primaria y no se juzga su envío a la Atención especializada.
 - Los que acceden a Salud Mental pero lo hacen únicamente a las urgencias hospitalarias o al Servicio de Psiquiatría del Hospital General.
 - Los que acuden a iniciativas de cuidados y apoyo psicológico en la Comunidad en instituciones no sanitarias propiamente dichas.
- Según el origen de los casos que han acudido a consulta de Salud Mental en nuestro terri-



torio histórico, América latina representa con 281 consultantes el 55,6 % de los casos, Europa (incluyendo Portugal) con 118 consultantes el 23,4% y África con 100 consultantes el 19,8 %. El resto corresponde tan solo a un 1,2%.

- Hemos diferenciado, por la fuerte carga cuantitativa en Europa del Oeste (Alemania, Andorra, Bélgica, Dinamarca, Francia, Gran Bretaña, Irlanda, Grecia, Holanda, Suiza, Italia) a Portugal (sucesivamente: con un 7,3 % y 37 casos y un 7,5 % para 38 casos). Europa del Este (no comunitaria) (Bulgaria, Croacia, Georgia, Lituania, Moldavia, Rep. Checa, Rumania, Rusia, Ucrania, Yugoslavia) con 43 casos supone un 8,6 %. (Gráfico 1)
- Con respecto a África distinguimos los países del Magreb (Argelia, Marruecos, Sahara, Mauritania) con un 15,8 % para 80 casos y El Sub-Sahara (Angola, Costa de Marfil, Guinea, Guinea Ecuatorial, Liberia, Nigeria, Senegal, Sudáfrica) con un 4 % para 20 casos. (Gráfico 1).
- Latinoamérica cuenta en nuestra distribución arbitraria con 4 países en solitario (sucesivamente: Colombia con un 19 %, Ecuador con un 7 %, República Dominicana con un 3,8 % de los casos y Brasil con un 7,1 %) y 3 conjuntos de países agrupados: Latino América 1 (Argentina, Uruguay, Chile) con un 7,6 %, Latino América 2 (Bolivia, Perú, Paraguay) con un 4,6 % y Latino América 3 (Cuba, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Venezuela) con un 6,5 %. (Gráfico 2).
- En la distribución por sexo, como así suele acontecer, mientras que para Europa la situación se balancea (54,20 % de hombres para 45,80 % de mujeres), en África (sucesivamente 72 % y 28%) y América Latina (31,90 % y 68,10 %) la situación se invierte.
- En cuanto a las edades observamos una clara preponderancia, en todos los casos, de los grupos de 26/35 años y de 36/55. Contrariamente, los niños representan en

América Latina un 16,60 %, porcentaje que baja a 11 % para Europa y, aún más, a 5,50 % para África (que cuenta con el porcentaje más alto —18 %— de los inmigrantes comprendidos entre 16 y 25 años).

- Las distribuciones según el estado civil no presentan grandes diferencias (40 a 50 % de solteros).
- El nivel de instrucción inclina la balanza del analfabetismo hacia África (9,8 %), encontrándose únicamente el 0,4 % en los procedentes de América Latina (1,7 % para Europa). (Gráfico 3).
- La situación laboral refleja la peor posición de los africanos, tanto por el porcentaje menor de activos (42,50 %) como por las cifras de parados sin subsidio (23,20 % frente al 8,50 % en los latinoamericanos); también por las situaciones “ocultas” (13,8 %). Para América Latina el porcentaje de estudiantes triplica a los africanos y casi duplica a los europeos. (Gráfico 4).

9) DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS

- Para las distribuciones diagnósticas, además de las relativas a los problemas infantiles, hemos distinguido 6 grupos. Hemos optado por estas agrupaciones dadas las pesadas diferencias en los diagnósticos según centros y profesionales:
 1. El primero corresponde a la esquizofrenia, los delirios y las psicosis agudas.
 2. El segundo está integrado por los trastornos bipolares. De salida diremos, dados los diagnósticos presentados, que probablemente un grupo importante de lo que pudieran ser —genéricamente— psicosis agudas han sido diagnosticados como estados maniformes.
 3. El tercero está formado por los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad.
 4. Al cuarto grupo pertenecen los trastornos de adaptación, los trastornos por



- estrés, las reacciones y los trastornos somatomorfos.
5. El quinto consta de los trastornos por abuso y/o dependencia (alcohol, opiáceos, cannabis, cocaína).
 6. El último denominado como “sin patología” se refiere a aquellos casos en los que explícitamente tras la consulta de acogida y la primera consulta se concluye así, o bien con un diagnóstico situacional y “vivencial” sin patología significativa (diagnósticos “Z” en la DSM IV, 16).

PSIQUIATRÍA GENERAL ADULTOS

- Mencionaremos que fuera de estos grupos se han presentado de manera repartida según sus orígenes 8 trastornos de personalidad, 3 trastornos sexuales (2 hombres latinos y 1 del Magreb), 5 ludopatías (3 hombres magrebies y 2 mujeres latinas) así como 3 trastornos de alimentación (1 hombre y 1 mujer latinos y 1 mujer europea).
- Notamos en los gráficos 5 y 6 la casi nula presencia de las series de las esquizofrenias y delirios. Tal asunto seguramente tiene que ver con los recursos cognitivo-afectivos de una relativamente reciente población inmigrante.
- Prácticamente la mitad (47% de los pacientes africanos subsaharianos portan un diagnóstico de trastorno de adaptación, reactivo o somatomorfo; el porcentaje cae en los magrebies a un 11,30%. En Europa la zona Oeste cuenta con un 31%, mientras que la del Este baja a un 10%. (Gráfico 5)
- El subgrupo Latinoamérica I (Cono sur) cuenta con un porcentaje de trastornos de adaptación de un 38,10 % seguido por Colombia (33,30 %) y la República Dominicana con un (23,10 %). Sin embargo quien presenta el porcentaje mayor (44,40 %) es el subgrupo 2 (Bolivia, Perú y Paraguay). (Gráfico 6).

- Los porcentajes con respecto al grupo híbrido de los trastornos de adaptación, etc., nos hace pensar que cuenta con dos variedades que lucen muy diferentes en su contextualización y tal vez en su origen:
- Aquellas manifestaciones, de aspecto reactivo depresivo y/o ansioso, enraizadas con dificultades, en el reconocimiento social (duelo, trabajo, relaciones consideradas como desvalorizantes, etc) y correspondientes genéricamente a sociedades económicamente más potentes o a inmigrantes integrados en los valores en cuestión.
- Aquellas manifestaciones teñidas de elementos ansiosos, de agitación y de disociación con mayor carga de expresión somática, y correspondientes a sociedades económicamente más precarias y menos “occidentalizadas”.

En realidad, para los casos que aquí tratamos, el tema no parece tanto de origen como de adaptación a las propuestas socioeconómicas y culturales del lugar de inmigración.

- Mientras que los diagnósticos “sin patología” están ausentes en el África SubSahariana y son tan solo de 4 % en los portugueses, Europa del Oeste y el Magreb comparten porcentajes del 10 al 11 % y Europa del Este llega a un 15 %. Para el total de las primeras consultas realizadas en el territorio histórico de Álava a estas demandas inapropiadas corresponde un 18,50 %. Con respecto a América Latina, Brasil (26,70 %) y Ecuador (25 %) ocupan la franja más alta de los diagnósticos “sin patología”. El subgrupo I (Argentina, Uruguay y Chile) y Colombia se encuentran en porcentajes que van de 12 al 15 %. (Gráficos 5 y 6).

ABUSOS Y DEPENDENCIAS

- A lo largo de los 18 meses han sido vistos 76 casos de abusos o dependencias, lo que representa un 15 % del total. Los hombres predominan de manera abrumadora (92,10 %).



Los porcentajes se distribuyen desde un 39,50 % para la dependencia alcohólica a un 10,50 % en la del cannabis (21,10 % para los opiáceos y 28,90% para la cocaína).

- Posición preponderante para Portugal (60 %), Europa del Este (60 %) y Africa Magrebí (45 %) de los abusos/dependencias al alcohol y a otras drogas. (Gráfico 5)
- Con respecto a los latinoamericanos, solo el subgrupo I (Argentina, Uruguay y Chile) presenta unos abusos/dependencias inferiores al 15 % (4,80 %), siendo la República Dominicana quien asume el liderato con un (30,80 %). (Gráfico 6).

INFANTIL

- La población infantil evaluada es de 51 casos (10,10 % del total) distribuida en 56,9 % de niños y 43,10 % de niñas. El diagnóstico predominante es el de “trastornos neuróticos” (21,70 %) seguido de las patologías reactivas (19,60 %). (Gráfico 7)

10) SOBRE INGRESOS Y CONSULTAS

- Aunque carecemos de datos claros que lo refrenden, un buen número de casos vistos en las urgencias psiquiátricas y que son referidos a los C.S.M. no acuden o únicamente lo hacen en la inicial acogida. Los ingresos y reingresos de los inmigrantes en el servicio de psiquiatría del Hospital Santiago representaron el 7,5 % de las aproximadamente 800 admisiones del año 2006.

En un trabajo publicado en el 2005 (correspondiente a las admisiones psiquiátricas del 2003 en el hospital bilbaíno de Basurto), Vivanco y cols. (17) concluían en que el 4,5 % de los ingresos eran inmigrantes (73 % hombres y 27 % mujeres). El 68,2 % eran de origen africano y en un 60% consumidores de tóxicos. Entre las mujeres un 50 % eran de origen sudamericano. Con respecto a los diagnósticos, los trastornos psicóticos representaron el 41 % y los adaptativos un 26 %.

Resulta de interés que 40 % no siguieran un tratamiento posterior, y el 35 % lo hicieron de forma irregular.

- En los pacientes que llegan a nuestro C.S.M. Gasteiz–Centro hemos observado que un 15,2 % de pacientes (en un 70 % hombres) forma parte del grupo de problemas en el control de impulsos, a veces con cóleras incontrolables y con momentos de fuerte irritabilidad y/o con frecuente consumo desafiado de alcohol u otras drogas. Es precisamente en este grupo donde se dan los porcentajes más altos de abandono del seguimiento (tras la consulta de acogida).
- Todo parece llevarnos a postular en los inmigrantes tres bolsas de pacientes clínicamente diferenciables que son tratados sea en varios dispositivos sanitarios psiquiátricos complementarios, sea en uno solo de ellos muy probablemente un estudio detallado de las alternativas nos llevaría a toparnos, también, con diagnósticos diferenciados:
 - Personas vistas únicamente en el C.S.M. (en la Unidad de psiquiatría infantil o en los Dispensarios para drogodependientes) enviados por los equipos de atención primaria y/o los Servicios Sociales. Este grupo constituye la gran mayoría de pacientes inmigrantes ambulatorios.
 - Pacientes que tras el ingreso psiquiátrico o tras la atención en las urgencias hospitalarias son asumidos por los dispositivos de Salud Mental Comunitarios.
 - Pacientes que son vistos en Urgencias psiquiátricas hospitalarias, o que son además hospitalizados en el servicio de psiquiatría del Hospital General y que no acuden posteriormente (o lo hacen precariamente) a su seguimiento especializado en la Comunidad. Es probable que actualmente ellos constituyan el porcentaje mayor de ingresos y atención de urgencia en los inmigrantes.
- Las magnitudes porcentuales que estamos estudiando habrían de ser ampliadas con los datos hospitalarios psiquiátricos y de aten-



ción en las Urgencias. El género masculino predomina significativamente tanto en los ingresos de los inmigrantes como en los casos atendidos en el tratamiento del alcoholismo y en el de las otras drogodependencias.

Seguramente entre las personas que no acuden a los C.S.M. (habiendo sido citados) habría dos o tres subgrupos de dificultades diferenciables:

- Trastornos con implicación comportamental, agresividad crítica, etc.
- Trastornos con desestructuración cognitivo-afectiva importante diagnosticados según los casos como trastornos disociativos o psicóticos agudos.
- Manifestaciones críticas con incontinencia emocional o fuerte demanda de escucha (con o sin psicopatología de carácter estable sobreañadida).

En cada uno de los subgrupos pueden darse además pasajes al acto, con sobreingestas —por ejemplo— medicamentosas, o con otras manifestaciones de daño a la propia corporalidad.

11) EN EL C.S.M. GASTEIZ-CENTRO

• En nuestro C.S.M. Gasteiz-Centro los no nacidos en el estado español representan el 7,6 % (92 casos) de las 1207 personas diferentes vistas en el período de 18 meses que estudiamos. Queríamos continuar ahora con algunas reflexiones directamente ligadas al trabajo en el C.S.M. citado pero que, pensamos, pueden ser generalizadas al resto de dispositivos, al menos, del territorio histórico de Alava.

• Intentaremos transcribir algunos de los propósitos, preocupaciones e inferencias que nos transmiten quienes, en las poblaciones señaladas, acuden al C.S.M. También mencionaremos alguna particularidad sintomática.

Dentro de las preocupaciones y quejas expresadas se repiten las que tienen que ver con la escasa red social, es sin embargo a señalar la frecuencia de desconfianzas generalizadas expresadas (incluso con los propios compatriotas) atribuida a razones de envidia o de actitudes de “chismosas”. Desconfianza e irri-

tabilidad, así sea a mínima, tiñen muchos cuadros. Tal vez no son ajenas a ello —dadas las frustraciones en las anticipaciones del “proyecto migratorio”— las actitudes de sobrecompensación en las que podrían entrar las sobrevaloraciones de —por ejemplo— las supuestas características comerciales emprendedoras en el país de origen, la magnificación de los fallos en el de acogida, y lo contrario en movimientos que traducen una especie de identificación al agresor.

• Un capítulo, también repetido, tiene que ver con el peso de la responsabilidad y de la exigencia adquiridas con los familiares que permanecen en el país de origen. Peso y demandas que a veces obliga más allá de los malesares que motivan su presencia en el C.S.M. (y que quizás, en algunos casos, la originan).

• Dada la distribución de géneros presentados podría preverse y así sucede que buena parte de las mujeres magrebies que acuden son mujeres independientes, heterodoxas a veces y con quejas ligadas a las consecuencias de esas posiciones (en la crianza sola de hijos, en asuntos sentimentales con o sin maltratos).

• Este último punto nos lleva a las tentativas de identificación, por parte de quienes acuden, de los agentes que motivan sus malestares. El tema de la crianza complicada de los hijos (nos referimos sobre todo al control explícito de adolescentes y adultos jóvenes) que señalábamos más arriba es solicitado como razón de padecimientos también en mujeres latinoamericanas (4,3 %).

12) VOLVIENDO AL ELLOS Y NOSOTROS

• Quizás todo (en lo que va transcurriendo el tiempo y siempre por encima del cubrimiento de las necesidades mínimas) se complica precisamente en las redefiniciones de ese ellos/nosotros.

Si como escribíamos más arriba mucho es cuestión de fronteras y límites, si las identidades están



en buena medida en las membranas fronterizas, no es sorprendente que se redefinan los bordes. Algunas muestras que hemos escuchado:

- “Ellos” como los que se quedaron, “nosotros” como los que emigramos; lo que puede permitir una identificación mayor con la cultura de acogida, y también grados de hibridismo integrativo a elaborar psicológicamente. De hecho es lo que a veces de manera dolorosa nos dicen: “¿de dónde somos ahora?, ni de allí del todo, ni de aquí del todo”. “Tras emigrar ya nada es igual, ni siquiera con el regreso”. Traer a las personas significativas no solo es ayudarlas sino que es hacerlas de nuevo “nosotros” en esa nueva plenitud. Sin embargo no siempre todo es un lamento, pareciera que se olvida que además de las pérdidas migratorias con sus duelos, están lo que pudiéramos llamar ganancias migratorias propias de las oportunidades que también exigen reconstrucciones y elaboraciones. Todo es complejo ante la dualidad de preguntas posible: ¿qué se busca?, ¿de qué se huye?
- A veces el Ellos/nosotros cubre un “ellos” o un “nosotros” según los casos que suma ciertos colectivos inmigrantes a los autóctonos (un “nosotros” de lugareños y latinoamericanos en nuestra experiencia versus un “ellos” que deja a los magrebies musulmanes en esa zona). En otras ocasiones los lugareños son asimilados al resto de europeos por razones de color de la piel. Elaboraciones, compensaciones y sobrecompensaciones se suceden.
- Es evidente que nunca se parte de cero, pero a veces se olvida. Quien no lo hace es la mujer que tal vez por su anatomía y capacidades sabe carnalmente que nada empieza de nada, que hay, más allá de afiliaciones, una filiación. Frecuentemente nuestras pacientes femeninas portan el estandarte de la tradición (alimentación, lenguaje, etc.), pero también el de la creación que así sea recomienzo comporta disimilitudes con respecto al otro género. Disimilitudes, en nuestros casos, que son con frecuencia agentes de dificultades.

13) TEMAS EN TORNO AL GENERO Y A LA SEXUALIDAD

- Las manifestaciones alrededor de la posición de género toman una inclinación particular cuando los cambios tienen que ver con mujeres que se hacen activas, libres, dinámicas y con un acceso al trabajo más rápido o remunerado (a menudo por su multiplicidad) que el de sus esposos. Estos se sienten afectados y devaluados, añadiéndose en sus males la insuficiencia en las características de sus nuevas relaciones masculinas y la añoranza de las antiguas. En este marco de dificultades (12 %) los consultantes en los dos tercios de los casos son los hombres (por razones de ánimo bajo y celos, de irritabilidad o de manifestaciones somatomorfias) y en el otro tercio son mujeres que solicitan un tratamiento de pareja. Todos nuestros casos son de personas latinoamericanas sin un predominio específico de procedencia.
- La llamada directa a lo sentimental en su aplicación a la pareja (“falta de cariño”, celos, quejas de desinterés, etc.) se repite en el 8,7 % de los casos. Se trata fundamentalmente de mujeres latinoamericanas. Habremos de añadir los casos que en su gran mayoría no llegan a la 1ª consulta (psiquiátrica o psicológica) y proceden de episodios críticos vistos en Urgencias hospitalarias.
- Finalmente entre las personas sin diagnóstico psicopatológico casi un tercio vienen también marcados por situaciones de “desengaños amorosos” o similares.

14) SOBRE MANIFESTACIONES CORPORALES

- Además del grupo de pacientes ya mencionados dominados por situaciones impulsivas, disociativas y pasajes al acto, merece especial interés el de las manifestaciones ligadas a la corporalidad.



Parecieran dibujarse tres grupos semiológicos: por un lado, el sostenido por las quejas en torno a dolores variados (especialmente osteoarticulares y cefálicos, en menor grado abdominales y digestivos); por el otro el de las quejas sobre pérdidas de la eficacia cognitiva, mareos y disfunciones mnésicas (este grupo con mayor carga hipocondríaca); y finalmente el de los trastornos francamente psicósomáticos (en su sentido lesional).

Los casos en que, sea de manera hegemónica sea como acompañante fundamental, aparecen los trastornos corporales cubren un 15,2 % del total (la distribución por géneros es similar así como la presencia de sujetos latinoamericanos y magrebies). Ello no es óbice para que en otros diagnósticos tales posiciones del cuerpo no estén también presentes. Lo que sin duda eleva significativamente la presencia —esta vez no hegemónica— de estos malestares corporales.

- Así pues, y sin entrar en apreciaciones etiopatogénicas, en un cierto número de pacientes la presentación somática se acompaña de una pobre sintomatología psíquica (más allá de atmósferas suspicaces, reivindicativas o claramente demandantes de prestaciones socioeconómicas, incluso con ocultaciones a veces). A diferencia de estos casos en los que, por razones socioculturales o idiosincrásicas, se da una interdicción o una no autorización, o una incapacidad a generar o expresar síntomas psíquicos, en otros se dibuja además de los síntomas psíquicos una clínica psíquica desbordante.

14) REFLEXIONES SOBRE PERDIDAS Y EMIGRACIONES: VIVENCIAS PSICOLÓGICAS Y PSICOPATOLÓGICAS.

- Desde un punto de vista general, los C.S.M. de Osakidetza se han orientado hacia el tratamiento de los trastornos psiquiátricos, y por tanto hacia la psicopatología; y mucho más es así en el caso de las estructuras hospitalarias e intermedias (hospitales de día, etc.).

Los puntos de mira se han dirigido hacia la prevención secundaria y la terciaria. La prevención primaria en psiquiatría (por definición “pre-psicopatológica”) luce complicada ante algunas serias dificultades ya en la propia definición de las enfermedades mentales y, por tanto, de los marcadores específicos fiables.

Seguramente el psiquiatra y —sobre todo— el psicólogo tienen mucho que decir sobre “primariedades” y sufrimientos “vivenciales”, pero otros (sociólogos, diversos sanitaristas, ciudadanos en general) tienen tanto o más que declarar. De igual manera, el manejo apoyo y cuidado de los malestares psicológicos son tema preferencial de la psicología social y comunitaria; pero quizás en esos casos (que incumben también al tema de la inmigración), todavía más, la comunidad en todas sus vertientes habría de mostrarse activa tanto en su eventual resolución como en su cuidado (hablamos de la autoorganización y de la autoayuda y, en nuestro contexto, de las iniciativas comunitarias ligadas a los Ayuntamientos y a las Diputaciones).

- La realidad del día a día en el trabajo de los C.S.M. y similares es sin embargo otra, se escapa como una masa de gelatina del modelo. Los C.S.M. se ven literalmente sometidos a una demanda de cuidados para los que no han sido definidos ni integrados (equipos). Hablamos pues del sufrimiento y de los problemas vivenciales ligados a los nuevos modos de exigencias sociales, económicas y culturales en su sentido amplio. Además, como cada quien sabe, acontecidos francamente psicopatológicos se encuentran en ocasiones seriamente instalados en problemas no sanitarios que exigen simultáneamente soluciones múltiples.
- Tal como lo vemos aquí, intentar no psicopatologizar, o psiquiatrizar y sanitizar si se quiere, este tipo de dificultades no significa que no haya la sociedad de apoyar, ayudar, cuidar, a quienes sufren estas situaciones. Más acá de las graves alteraciones que se producen en los fenómenos inmigratorios



salvajes y desconsiderados, toda emigración comporta pérdidas importantes en las que —al menos en los estados de evolución social actual— el reconocimiento de sus consecuencias ha de ser de rigor. Hablamos de la autorización de los duelos consecutivos. Su apoyo y cuidado no será sino la consecuencia de tal autorización. Aunque el desplazamiento sea voluntario (al menos aparentemente) y sea conocido que tal movimiento comporta un inevitable sufrimiento colateral, el derecho a la queja es asunto ineludible.

NOTAS FINALES

- La sociedad nos sitúa sobre el cómo habremos de comportarnos, y también —de manera más sutil— en el modo como habremos de hacerlo si pretendemos rebelarnos y oponernos. Padecimientos variados nacidos en incompetencias e injusticias, o simplemente en el seno de la condición humana, pueden ser redefinidos como enfermedades y psicopatologías supuestas, diagnosticables y tratables por los encargados socialmente de hacerlo. A veces contribuyen también a cierta confusión las asimilaciones abusivas entre correlaciones y etiopatogenias. Se trata sin duda de complejos asuntos sobre los que sin embargo conviene incidir.
- Sin embargo parte de lo que hemos tratado de señalar en estas reflexiones es simple:
 - Un problema que no es psicopatológico no debe de ser tratado como si lo fuera.
 - No por lo anterior un problema “vivencial” sin significación psicopatológica debe de ser desautorizado.
 - Si no es ignorado, tal dificultad debe de ser tratada y cuidada con modos específicos comunitarios y sociales para su acompañamiento.
 - Las dificultades ligadas a las migraciones (en sus vertientes de emigración y de inmigración) requieren según los casos un apoyo sanitario (psiquiátrico y psicológico) o de cuidados “vivenciales”, pero siempre con una consideración especial a los aspectos cultu-

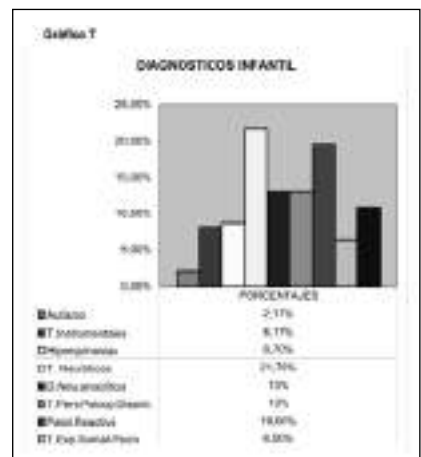
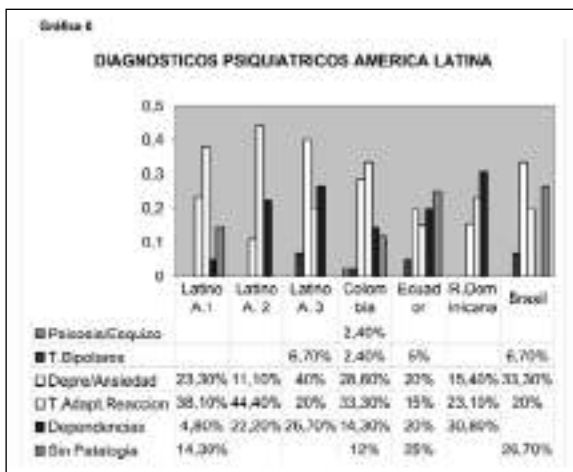
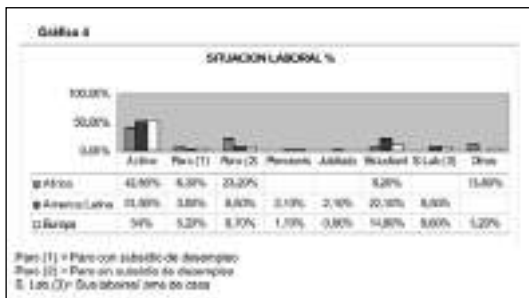
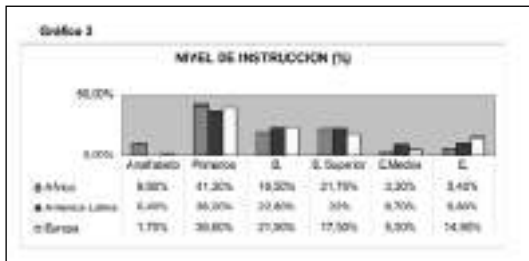
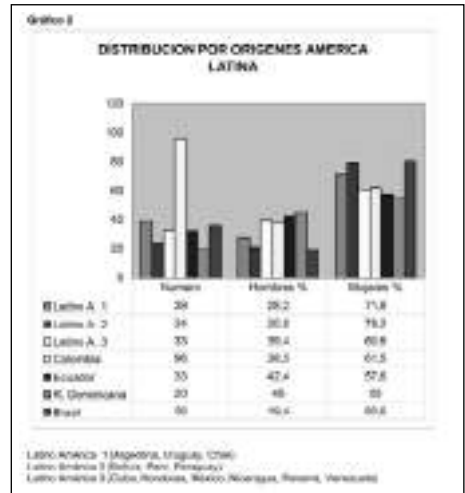
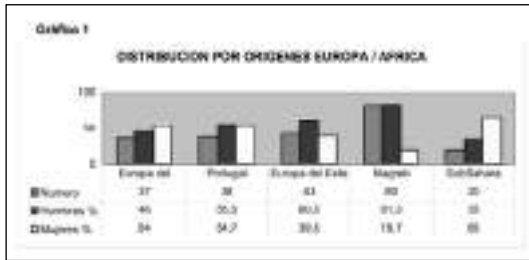
rales, ideológicos, legales y económicos (en sus diversas facetas).

- En lo que toca a las vivencias no francamente psicopatológicas, nosotros, desde el C.S.M. donde nos encontramos, consideramos que un psiquiatra puede cuidar o apoyar en tales menesteres, pero ni su preparación está diseñada para tales tareas (hasta ahora al menos), ni el tipo y cantidad de demandas psicopatológicas se lo van a permitir. Los psicólogos en los C.S.M. también, por razones estructurales, dirigen sus funciones hacia lo psicopatológico manifiesto. ¿Entonces?: además de la práctica de los cuidados de enfermería en salud mental, las miradas habrían de dirigirse, y de hecho así se están generando experiencias, hacia la atención y apoyo en otros dispositivos y organizaciones con las que podemos y debemos colaborar las estructuras sanitarias (siempre si los modelos actuales no varían).
- Aunque es de rigor la necesidad de reorientar nuestro trabajo, y ello incumbe también al mundo de la inmigración, este modelo en el que nos desenvolvemos ciertamente tiene varias e incluso muy atractivas alternativas, pero es digno como hipótesis de trabajo (y por tanto también discutible), tan digno como los modelos consecutivos a otras hipótesis operativas asistenciales.

En cualquier caso en los temas de psiquiatría, o de salud mental si se quiere, la policausalidad y los “efectos mariposa” son tales que —combinados con lo poco que sabemos a ciencia cierta— exigen modos teóricos de acercamiento y dispositivos flexibles fáciles de montar (y de desmontar llegado el caso). La necesidad de implicación por un lado en el sistema general sanitario y por el otro en la comunidad es conclusión evidente.

Contacto: J.I. Zuazo Arsuaga
C.S.M. GASTEIZ-CENTRO
C/Santiago Nº 7 Bajo
(01002) Vitoria-Gasteiz
Tfno: 945 27 95 55







BIBLIOGRAFÍA

1. Devereux G. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. París: Gallimard; 1977.
2. Levine R E, Gaw A C. Culture-bound syndromes. *Psychiatric Clinics of North America* 1995, 18, 3: 523–536.
3. Freud S. El tabú de la virginidad. *Obras Completas*. Tomo VII. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973.
4. Tajfel H. *Differentiation between Social Groups*. London: Academic Press; 1978.
5. Freud S. *Psicología de las masas y análisis del yo*. *Obras Completas*. Tomo VII. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973.
6. Freud S. *El malestar en la cultura*. *Obras Completas*. Tomo VIII. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973.
7. Zuazo J.I. El sistema de relaciones objetales como estructura psicológica y la psicoterapia (II): sujetos, clases objetales y distancia oportuna. *Anales Psiquiatría*, 14,8, 1998: 377–387.
8. Zuazo J I. *Psicología y psicopatología de los conflictos*. Las oposiciones lógicas (I): dimensiones semánticas, metáforas, elaboraciones mediante el símbolo. *Anales de Psiquiatría* 2004, 20,7: 299–322.
9. Kozokai T. *L'étranger, l'identité*. Payot: París; 2007.
10. Berry J. Acculturation and adaptation in a nw society. *International Migration* 1992, 30: 69–85.
11. Sluzki C E. Migration and family conflict. *Family Process* 1979, 18, 4: 379–390.
12. Atxotegui J. La relación asistencial con inmigrantes y otros grupos con estrés crónico y exclusión social: la relación terapéutica extendida o ampliada. *Norte de Salud Mental* 2007, 27: 17–30.
13. Nshimirimana L. Inmigrés en souffrance: traiter la différence ou soigner l'accueil. *Cahiers Critiques de Thérapies Familiales et des pratiques en réseaux* 2002, 28: 139–166.
14. Basabe N, Zlobina A, Páez D. Integración sociocultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco. Vitoria–Gasteiz: Gobierno Vasco; 2004.
15. Panorámica de la Inmigración. *Boletín Ikuspegi*, octubre 2006, 12.
16. *DSM–IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 1995.
17. Vivanco E, Hernández S, Rodríguez M T, Villarde L, García O, Cobos A M. Reflexiones sobre inmigración y psiquiatría: el reto de la inmigración para la enfermería. ¿Estamos preparados? *Norte de Salud Mental* 2005, 23: 63–73.



Examinar a un examen

(un comentario bienintencionado sobre la OPE de Psiquiatría de 2007)

Juan Medrano

Médico psiquiatra. Vitoria–Gasteiz

Uno de los acontecimientos más llamativos de 2007 en el ámbito de la atención psiquiátrica de la Comunidad Autónoma Vasca ha sido la Oferta Pública de Empleo (OPE) de Psiquiatría, o lo que en la más estricta puridad administrativa se ha denominado “*proceso selectivo para la adquisición del vínculo estatutario fijo en la categoría de Médico (de diversos puestos funcionales de Facultativo Especialista Médico) del Grupo Profesional de Facultativos Médicos y Técnicos con destino en las organizaciones de servicios sanitarios de Osakidetza–Servicio vasco de salud*” referido a la especialidad de Psiquiatría. Según fuentes sindicales, más del 50% de los 120 aspirantes suspendió el ejercicio, entre ellos, la mitad de los actuales interinos de la atención en Salud Mental extrahospitalaria (1).

Estos datos sorprenden, especialmente teniendo en cuenta que las condiciones de la prueba (un examen tipo test sin penalización para las respuestas erróneas) parecían favorables para un resultado global positivo. Hace unos meses, en una información de prensa en la que precisamente se hacía notar que la Psiquiatría es una de las siete especialidades deficitarias en Osakidetza, se recogía la demoledora conclusión de una central sindical a propósito de los resultados: “*La cuestión no es que no haya personal cualificado, sino que el proceso de selección no ha sido el adecuado*” (1). En su momento el consejero de Sanidad anunció que en octubre se celebraría una nueva OPE para cubrir las plazas que quedarían vacantes con los resultados de la convocatoria inicial, pero finalmente esta nueva oposición no tuvo lugar (2).

El “*proceso selectivo*” y sus resultados deberían mover a la reflexión. Desde la posición

desapasionada de quien no participaba de ninguna manera en él, y desde la comodidad que da intentar resolver (con resultados poco presentables) el examen sin la presión a la que se ven sometidos los opositores, quisiera formular alguna consideración, con el máximo respeto a todos cuantos participaron en el mismo, ya sea como opositores, ya como tribunal.

La amplitud de la oferta de plazas y la valía de los profesionales que vienen cubriéndolas de forma interina y de quienes no están en estos momentos en esa situación invita a pensar que el grueso de los opositores habría preparado la prueba con gran interés y dedicación. ¿Podrían deberse los resultados al formato de la prueba? Los exámenes “*tipo test*” tienen grandes virtudes. En primer lugar, son rápidos de contestar y de corregir, como ha quedado reflejado en las últimas convocatorias de OPE en Psiquiatría. Además, se les supone una objetividad más difícil de conseguir en otro tipo de pruebas. Y por último, su propia estructura, sus múltiples preguntas y sus aun más múltiples respuestas, hacen más complejo cualquier tipo de corruptela, riesgo éste que no debería nunca perderse de vista, como desgraciadamente han puesto de relieve las sospechas que se han suscitado en otra comunidad autónoma precisamente en una OPE de Psiquiatría (3).

Responder a estos cuestionarios implica la participación de funciones cognitivas específicas. Los exámenes “*tipo tema*” ponen en marcha habilidades memorísticas que desde un punto de vista fenomenológico (4) llamaríamos bien de tipo evocativo o bien de recuperación de material almacenado. Exigen también un esfuerzo de síntesis y ordenación del material.



En cambio, desde la fenomenología de la memoria, la prueba “tipo test” se apoya en (y *elicit*a, se diría en *Spanglish* médico) el reconocimiento y la retención de detalles frente a la globalidad. Asimismo, este formato de examen permite poner a prueba la capacidad de razonamiento lógico del examinando con mucha mayor precisión que los exámenes “tipo tema”. Por lo tanto, el perfil cognitivo y las peculiares habilidades memorísticas de cada cual pueden determinar un mayor o menor éxito en función del tipo de examen.

Más allá de las funciones cognitivas implicadas debemos considerar la técnica y el arte de responder a exámenes “tipo test”. No es una cuestión menor, ya que algunos de estos aspectos aparecían nada menos que en el capítulo que remata el libro de autotest de Kaplan y Sadock (5), y que ofrece al estudiante que se prepara para exámenes “tipo test” algunos consejos (“*test-taking hints*”) de un gran valor y con una lógica especialmente aplastante para quienes tienen un cierto rodaje en juegos de mesa o han invertido muchas horas en el noble entretenimiento de los naipes. Un primer aspecto a tener en cuenta es el de los llamados “*puntos negativos*”. Como saben de sobra quienes están rodados en estos exámenes, a la hora de enfrentarse a ellos debe tenerse en mente la cuantía de la penalización (punto completo, medio punto, un tercio, sin penalización...). A partir de ahí, ante cada pregunta sin una clara respuesta hay que estimar entre cuántas opciones se duda, y razonar en términos probabilísticas. Así, en un examen “tipo test” en el que se penaliza el error con un tercio de punto, el opositor debe seleccionar todas las preguntas que le susciten una duda razonable entre dos posibles respuestas, y pensar que con el margen de error del 50% propio de esa particular situación, correr el riesgo de contestar es siempre ventajoso (con seis disyuntivas de este tipo, obtendría 3 puntos por otros tantos aciertos y perdería uno por tres fallos, lo que representa una posible ganancia neta de dos puntos y una invitación a arriesgarse siempre que las dudas sean razonables).

Otro truco o “*hint*”: no suele ser común que la respuesta válida sea la primera (la A). El motivo es que si lo fuera, se requeriría menos tiempo para completar el examen, ya que en muchas preguntas que se resuelvan desde lo que en términos de fenomenología de la memoria es sólo reconocimiento, le bastaría al examinando con leer la primera opción y podría pasar a la siguiente pregunta sin mayor dilación y sin apenas ver alterada su frescura mental. Aplicando este razonamiento, que nacería en último término de que la presunción de que quien diseña la prueba desea más o menos conscientemente hacerla lo más compleja y difícil posible, puede asumirse de antemano que en los tests con cinco posibles respuestas la opción A será la correcta en menos del 20% de los casos. Estas elucubraciones pueden parecer desmedidas, pero a su favor hay que recordar que en los primeros años de existencia de la lotería primitiva, el periódico de mayor difusión en España incluía regularmente una sección tan modesta y reducida como tenaz e inasequible al desaliento en la que se exponían las ocasiones (y el porcentaje) en que había resultado agraciado cada uno de los 49 números entre los que elige el apostante, a pesar de que en principio la frecuencia de aparición era puramente aleatoria. El diseño de pruebas “tipo test” no tiene por qué ser aleatorio, y de hecho la teoría parece confirmarse con el examen de la OPE de 2007, en cuyo primer ejercicio la opción A fue la correcta en 15 de 107 preguntas válidas, lo que supone un exiguo 14%, frente al 28% en las que fue correcta la opción C.

Así pues, la experiencia en pruebas de este formato, las peculiaridades de la organización cognitiva de cada cual, la capacidad para el juicio de probabilidades, y otros factores, influyen sin duda en los resultados que puede obtener cada opositor. En mi caso particular debo reconocer que mi facilidad para recordar todo tipo de detalles banales, estúpidos, triviales, insustanciales y de más que dudosa dimensión práctica, así como mi rodaje como impenitente y voluntarioso jugador de mus me han sido de gran utilidad siempre que he tenido que realizar exámenes “tipo test”.



Pero aparte de estas consideraciones sobre el intrínquilis, la naturaleza y la técnica de los tests, es de suponer que el grueso de las personas que se presentaron a la OPE tiene ya una cumplida experiencia en este tipo de pruebas. De hecho, es un formato común a lo largo de la licenciatura y es también, desde hace más de 25 años, la forma del examen MIR, requisito imprescindible para acceder a la especialización para gran parte de los opositores. Asimismo, las OPEs previas de Psiquiatría se han realizado con este mismo formato, por lo que la selección del mismo no era una novedad para nadie. Y si no han cambiado las cosas desde los tiempos remotos en que tuve conocimiento directo de la cuestión, el teórico del carnet de conducir —que habrá superado gran parte de los opositores— tenía formato test. La convocatoria se esperaba desde hace tiempo, y a pesar de la lentitud con la que se han resuelto las precedentes, puede decirse que ha existido una cierta continuidad una vez que se superó el paréntesis sin OPEs entre 1990 y 1996. Así pues, no parece descabellado suponer a las personas que han concurrido al “proceso selectivo” una experiencia y un entrenamiento más que notables, al tiempo que una disposición y un grado de preparación elevados, lo que ciertamente no se correspondería con los resultados de la misma. Y por si fuera poco, hay que recordar, de nuevo, que no había penalización por respuesta incorrecta, lo que permitía que los opositores no tuvieran que invertir tiempo, energías y recursos mentales en el apremiante cálculo de probabilidades descrito líneas arriba. Por todo ello, para explicar los resultados no queda más remedio que considerar el examen en sí mismo.

En este punto querría aclarar que cualquier observación sobre lo procedente o improcedente de lo que se preguntó en el examen no debe en ningún caso interpretarse como una devaluación de los méritos de las personas que lo superaron, que precisamente por la aparente dificultad de la prueba merecen todo el reconocimiento por su logro.

Cuando se revisa el examen llaman la atención algunos aspectos. Hay que reconocer que no aparecen en los planteamientos fórmulas de doble negación y otros tipos de enunciado enrevesado que complican innecesariamente estos exámenes. Sorprende que se pregunte cuál es el antipsicótico con mayor afinidad por los receptores D_2 en opinión del opositor, algo poco procedente, ya que es de suponer que interesa la realidad y que la opinión particular no debería ser evaluable. Pero ciertamente, el hecho de que para criticar los enunciados haya que recurrir a una observación tan puntillosa demuestra que ha habido un gran cuidado al redactarlos. Quedan, por lo tanto, los contenidos.

A priori, los pobres resultados que han obtenido en el examen personas a quienes el propio sistema ha contratado y confiado la atención en Salud Mental (en algunos casos, con especial responsabilidad) sugiere una cierta inadecuación de lo preguntado. Uno, que no ha preparado la oposición, corre el riesgo de emitir juicios superficiales y frívolos al respecto por pura ignorancia de lo que se lleva actualmente en los textos más utilizados para el estudio y preparación de oposiciones. Asumiendo esta realidad no sólo pido disculpas de antemano por si alguien se siente ofendido por mis juicios al respecto, sino que aceptaré, como no podría ser de otra manera, que quien tenga tal impresión me considere un perfecto ignorante, un cazurro y un enteradillo del tres al cuarto.

Con todo, tras leer el examen he llegado a la conclusión de que, como ha sucedido en otras ocasiones, el tribunal no ha sido capaz de diseñar una prueba que evalúe los conocimientos necesarios para desempeñar las funciones que corresponderán a quien supere el “proceso selectivo”. Formalmente destacan algunos términos supuestamente aclaratorios en inglés, tendencia estilística de la que se ha contagiado este comentario, como resulta notorio. Entre ellas resulta especialmente vistoso un DUP que cabe suponer es el acrónimo de “*duration of untreated psychosis*”. Y uno diría que la nota pintoresca la aporta la pregunta 31, en la que el



opositor tiene que seleccionar entre los “siguientes fármacos” cuál de ellos se “desaconseja utilizar hoy en día en el tratamiento de la depresión en el anciano”, proponiéndose para ello el ketoconazol, la sertralina, la imipramina, los agonistas pro inflamatorios y los factores antinecróticos ya antitumorales. La respuesta válida para el tribunal es imipramina. Ni los agonistas pro inflamatorios y los factores antinecróticos son fáciles de encontrar en las oficinas de farmacia y es dudoso que podamos calificarlos de fármacos al estilo que los otros tres candidatos. El ketoconazol no sólo no está autorizado en el tratamiento de la depresión, como corresponde a la mínima y anecdótica experiencia de que se dispone respecto de su uso “en el momento actual”, sino que su perfil de interacciones lo convierte probablemente en uno de los productos menos recomendables en pacientes ancianos, en los que es presumible la polifarmacia. Y en cuanto a la imipramina, documentos como las “Practice guidelines” de la APA, aun favoreciendo otras opciones, no desaconsejan formalmente su uso, ni siquiera en pacientes con demencia y depresión (6). La pregunta ha superado el corte de las recusaciones (tal vez sea porque nadie la ha impugnado), pero con toda humildad me atrevo a proponer a quien la plantee que analice su lógica y su idoneidad.

Seguramente no tiene mucho sentido aburrir con un listado de objeciones y puntualizaciones sobre las preguntas. Mucha más utilidad tendría intentar extraer alguna consecuencia de este “proceso selectivo” para el futuro, de modo que no se produzcan tamañas escabechi-

nas que, al margen del daño y la humillación que pueden suponer para muchas personas, no contribuyen a que la sociedad se forje una imagen seria de la Psiquiatría y los psiquiatras. La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias establece que el examen MIR deberá pasar a valorar también las habilidades clínicas y comunicativas de los aspirantes, algo complejo con su clásico patrón de “tipo test” y que por lo tanto requerirá una notable modificación. Para la progresiva implantación de este cambio la Disposición Transitoria Primera de la citada ley concede una moratoria de ocho años que concluirá en noviembre de 2011 (pasado mañana, podría decirse). A corto plazo, pues, un examen técnicamente mucho más complejo que los “procesos de selección” de psiquiatras de Osakidetza, y al que concurren muchísimos más candidatos, deberá incluir en su valoración no sólo elementos teóricos y, de forma indirecta, la capacidad memorística, el talento probabilístico o el pensamiento lógico —*musístico*— de los opositores, sino otras variables más directamente relacionadas con las funciones que deberán acometer los seleccionados como residentes. Si es posible (y salvo modificación legislativa deberá serlo) un cambio tan radical en el esquema del tradicional examen MIR, no hay excusa para variar el actual formato y el contenido del “proceso selectivo” de Osakidetza de modo que a las innegables virtudes del “tipo test” se una el sentido clínico y el sentido común.

Contacto: Juan Medrano

Apartado 3188 • 01080 Vitoria-Gasteiz
oban@telefonica.net



BIBLIOGRAFÍA

1. Benito C. Médicos de hospital dicen que Osakidetza «se hunde» por la «incapacidad» gestora. *El Correo*, 10 de mayo de 2007. http://www.elcorredigital.com/alava/prensa/20070510/otros/medicos-hospital-dicen-osakidetza_20070510.html
2. Sanidad convocará una OPE en octubre para paliar la carencia de psiquiatras. *Deia*, 28 de junio de 2007. <http://www.deia.com/es/imprensa/2007/06/28/bizkaia/gizartea/377405.php>.
3. Lagoa MR. El PP exige la repetición de la OPE de Psiquiatría. *Diario Médico*, 18 de diciembre de 2007. http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/profesion/es/desarrollo/1069530.html
4. Sims A. *Symptoms in the Mind*. London. Baillière – Tindall, 1988.
5. Sadock BJ, Sadock VA, Levin Z. *Kaplan and Sadock's Study Guide and Self-Examination Review in Psychiatry*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
6. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias, second edition. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (12) suppl.



La Ley de Dependencia y las Personas con Enfermedad Mental: Apuntes desde la Salud Mental Extrahospitalaria¹

Marian Larrinaga Vélez

Trabajadora Social de los Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia

Resumen:

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia no hace referencia a situaciones nuevas sino al reconocimiento de un derecho. Desde los servicios de Salud Mental, especialmente desde el ámbito extrahospitalario, debemos poner el énfasis, más en la parte que corresponde a la Promoción de la Salud que en la de la Dependencia, con especial atención a los apoyos individuales ante los recursos colectivos, así como a la relación entre servicios sociales y sanitarios. En definitiva se trata de una llamada a la calma, a no dejarnos cegar por promesas cercanas y a mantener una actitud más allá de la mera resignación, a ser más ambiciosos, y a evitar ciertas trampas en el camino.

Palabras Clave: Dependencia, Enfermedad Mental Grave, Ley de Promoción de la Autonomía Personal, Centros de Salud Mental.

El fenómeno de la dependencia y su atención no son cuestiones nuevas: situaciones de dependencia se han dado siempre y en cualquier momento de la vida. Sí es nueva, en cambio, la forma de afrontar la dependencia, el hecho de considerar su abordaje como una parte integrante de los derechos sociales y universales: algo que hasta hace poco era considerado un asunto privado, como una lotería que podía tocar a cualquier familia y a la que había que enfrentarse con abnegación, ahora se convierte en una situación que genera derechos, exigibles por ley.

La aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a la Dependencia tiene que ver con el aumento de

la esperanza de vida de la población, pues no hay que olvidar que el colectivo mayoritario al que va dirigida son las personas mayores. Y éstas son las que nos hacen extensivo el problema, pues todos corremos el riesgo de convertirnos en cuidadores. La dependencia de las personas mayores es más predecible y por tanto más planificable que la dependencia de las personas con discapacidad; ésta suele tener un origen no previsto. Este factor sorpresa desestabiliza bruscamente el entorno de la persona, requiere un tiempo de maduración que permita la asunción de una nueva situación tanto por parte de la persona como de su familia. En general, nos sitúa ante escenarios más complejos y de más largo recorrido.

¹ Texto de la Ponencia presentada en las X Jornadas de Rehabilitación Psicosocial del H. de Zamudio. Bilbao, 23 de Noviembre de 2008



La incorporación de las personas con enfermedad mental grave en el marco general de las prestaciones por dependencia se ha realizado en un segundo momento, y para ello se ha realizado una adaptación de los baremos: además de la tabla general se configura una tabla específica para valorar tanto la enfermedad mental como la discapacidad intelectual. Se añade como nueva actividad a valorar la capacidad para “realizar tareas domésticas”. En el cuestionario de valoración participa otra persona que tenga un buen conocimiento de la situación, y se valora también la necesidad de apoyo y supervisión. Esta incorporación, en principio, supone un paso decisivo para que los servicios sociales garanticen la atención social de las personas con enfermedad mental grave.

Teniendo en cuenta que el Estado tiene competencias en materia de Seguridad social, se pensaba que éste era el marco idóneo para actuar en el ámbito de la dependencia; sin embargo, el gobierno ha decidido sustentar la atención a la dependencia en el ámbito de los servicios sociales, con el riesgo y la dificultad que supone la necesidad de garantizar la coordinación entre los servicios sanitarios de salud mental, los servicios sociales generales y los servicios de apoyo social específicos. Por tanto, dado que estamos condenados a entendernos (algo difícil pero de ninguna manera negativo), puede ser conveniente hacer hincapié en los principios elementales comunes que comparten dichos sistemas. Teniendo en cuenta que trabajamos para y con las mismas personas, cada uno desde nuestro ámbito deberíamos esforzarnos en caminar en la misma dirección.

El primer punto de convergencia son los derechos civiles, el derecho a la igualdad de oportunidades y el derecho a pensar y decidir. El otro punto es el derecho a ser reconocido individualmente: desde los servicios sanitarios hablamos de atención centrada en el paciente o cliente; desde los servicios sociales y la discapacidad se contempla el concepto de diversidad, esto es, las necesidades sociales son tan

variadas como las personas y sus entornos. Con estos principios y en esta confluencia tenemos que trabajar.

La Ley de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia se ha popularizado como “ley de dependencia”. La dependencia se define como el “estado de carácter *permanente* en el que se encuentran las personas por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad ligada a la *falta o pérdida* de la autonomía física, mental, psíquica o sensorial y precisan atención de otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria”. En este contexto el término dependencia resulta ingrato, pues pone el énfasis en la limitación, acentúa la visión tradicional que gira en torno al déficit; es en la parte de la Promoción de la Autonomía Personal donde nos hemos de situar, desde el sistema de salud en general y la atención extrahospitalaria en particular.

La discapacidad, término acuñado por los servicios sociales, es un atributo unido a la Dependencia, y supone una valoración general sobre el estado funcional de base de una persona. Es un concepto más estático. Cuando hablamos de enfermedad, nos situamos en un concepto más dinámico, la enfermedad es mutante, con avances y retrocesos, brotes, recaídas, mejorías, episodios, ingresos, altas...

Y son precisamente las capacidades quienes van a sustentar el proyecto de atención que se va a aplicar, que tiene que ser individualizado y en el que el usuario tiene que participar. Desde este punto de vista se nos obliga a un trabajo más riguroso en cuanto a un mejor conocimiento y determinación de las necesidades y en cuanto a la eficacia de nuestra intervención terapéutica y en cuanto a la coordinación. De este modo, poniendo el acento en la asistencia sanitaria hemos de diseñar los apoyos de forma individualizada, conjugada, entrelazada y consensuada. Apoyos entendidos en un sentido amplio como toda aquella persona, objeto, relación, entorno, actividad o servicio que respon-



de a una necesidad en un momento dado y le ayuda a cumplir sus objetivos y su participación social. De este modo la Dependencia no se valora en función del grado de limitación, sino en función del número e intensidad de apoyos que necesita la persona para acortar la distancia que media entre sus propios recursos, sus expectativas, y las exigencias del entorno, tanto en el ámbito personal como comunitario, laboral, familiar, etc. Acometer este proyecto es algo más complejo que planificar servicios colectivos basándonos en categorías.

Cuando generalizamos no sólo corremos el riesgo de meter en un mismo saco a personas con necesidades muy diferentes sino que además tendemos a visualizar a la persona como un problema más que por sus características como persona y esto reduce sus posibilidades de disfrutar de un reconocimiento ciudadano.

Las personas con enfermedad mental grave tienen una serie de alteraciones funcionales que incluyen:

- Los propios síntomas, en muchas ocasiones persistentes.
- Restricciones en la actividad: en el área de autocuidados, de la autonomía personal como gestión del dinero, de la vivienda, conductas inadecuadas....
- Restricciones en la participación social: en las relaciones interpersonales, dificultades en el acceso a los diferentes recursos...

Estas dificultades crean necesidades heterogéneas, no explícitas en muchas ocasiones, que deben hacerse visibles y abordarse, y nos obliga a contemplar el fenómeno de la dependencia más allá de las limitaciones derivadas del concepto más tradicional, desde un punto de vista más heterogéneo y complejo.

Los Centros de Salud Mental y la Ley de Dependencia

La realidad es que la Ley ha levantado muchas expectativas en nuestro entorno asis-

tencial y ha aumentado en gran medida la demanda, pero las mejoras en el ámbito que nos ocupa no se perciben aún. Hoy por hoy esto no es un reproche; era de esperar esta demora, que parece lógica en tanto en cuanto la prioridad inicial son las personas con gran dependencia. Se sobreentiende que las personas que se mantienen en el medio habitual con tratamiento ambulatorio no tendrán prioridad en ser valoradas.

El mundo que nos ha tocado vivir está impregnado de velocidad e impaciencia. Las noticias en la prensa sobre la dependencia ocupan un papel preponderante y transmiten el mensaje de que el grado de dependencia se traduce en ayudas económicas y servicios. Sin decir mentiras, se obvia la verdad completa y se favorece una peligrosa carrera en la competencia por ver quién está peor o qué centro tiene más dependientes, cuando aún está por ver en qué se traduce la ley, hablando en términos de prestaciones y servicios.

Los Centros de Salud Mental ocupan un lugar privilegiado para detectar necesidades de este colectivo dado que atienden a la persona y sus familias en su propio medio y recogen y centralizan información clínica y social de su entorno asistencial, independientemente del recurso que se esté utilizando a otros niveles de atención. Además, garantizan la continuidad de cuidados articulándose con la Atención Primaria y con el apoyo temporal de las Unidades de Hospitalización, y son conocedores de la comunidad en la que trabajan y en la que confluyen al mismo tiempo los sistemas social y sanitario. Por esta razón, nos toca a los servicios sanitarios y en particular a los centros de salud mental la tarea de proporcionar datos rigurosos sobre las personas con enfermedad mental grave tratadas en cada centro, proporcionar conocimiento sobre sus problemas y sus especificidades. Y a los servicios sociales les toca escucharnos y trabajar con flexibilidad. Tanto unos como otros hemos de conocer más y mejor a las personas con enfermedad



mental grave de nuestra comunidad y juntos establecer canales de comunicación para compartir las tareas.

En esta tarea un requisito fundamental es la relación. La relación que se establece entre nosotros, los profesionales, la persona que padece la enfermedad y su familia es la primera herramienta básica de la que disponemos. Recuerdo el mensaje que daba recientemente en una jornada de Trabajo Social una compañera con la que estoy plenamente de acuerdo. Ante la situación-problema, en este caso el de una persona con una enfermedad mental, a la hora de diseñar un proyecto de trabajo hay que contar en primer lugar con los recursos personales de que dispone el paciente y la familia, en segundo lugar con nuestros propios recursos, de los profesionales y en tercero con los que ponen en marcha la relación que establecemos.

La importancia de la relación no resta un ápice a la necesidad de recursos. Tan importantes como éstos son los momentos en los que se proponen; hay que buscar con sutileza los tiempos de toma de decisiones, de avances y retrocesos. Pero es un hecho que disponer de los recursos necesarios dentro de una trayectoria determinada es lo que puede marcar la diferencia entre el éxito y el fracaso.

Con el mismo cuidado se debe abordar el campo de la dependencia, un ámbito sutil, y más desde la Salud Mental Extrahospitalaria. Por un lado no podemos permitir que una persona no acceda a los recursos a los que tenga derecho, pero por otro tampoco podemos olvidar que tradicionalmente hemos usurpado a estas personas su capacidad de tomar decisiones. Antes se daba bajo un tono paternalista el “no se preocupe” “yo sé lo que le conviene”. Ahora, en estos días, existe el riesgo de que en un afán cuidador, volvamos a recortarles ese derecho. Es algo sabido que tratándose de personas con antecedentes de enfermedad mental grave, pueden estar en una situación de vulnerabilidad ocasional en cuanto a derechos y a la toma de

decisiones, precisamente por la calidad de su discapacidad. En ocasiones se aborda judicialmente esta capacidad sin haber dotado previamente a las personas de los recursos necesarios para llevar una vida lo más independiente y por tanto satisfactoria posible.

Solo me resta dar una serie de pinceladas de por dónde se debe continuar y esperar a ver cómo se desarrolla este proceso, dado que existe el peligro de que haya muchos comensales para poca tarta.

Desde los servicios de atención sanitaria yo invito a no dejarse llevar por las soluciones fáciles y rápidas, tales como:

- Responder a la demanda de un paciente o de su familia diciendo sin más que no es competencia nuestra, sino de los servicios sociales. Competencia nuestra es entendernos y saber defender a nuestros usuarios en los servicios sociales.
- Solicitar un determinado recurso basándose en que es el que tenemos a mano o que tiene menor la lista de espera, sabiendo que no va a ser adecuado para las necesidades del paciente en ese momento. Por ejemplo si derivamos a una estructura de día en la que hay personas funcionalmente menos capaces a una persona más capaz en ese momento, es posible que abandone el recurso, dado que a todos nos gusta estar incluidos en grupos con personas a las que vemos igual o mejor que nosotros. Por tanto no será adecuado y no podremos hablar del fracaso del paciente.
- Solicitar un ingreso en un centro, o una incapacitación jurídica o cualquier otra decisión de mayor entidad, sin haber tomado en consideración y haber ofrecido otras opciones más cercanas y mecanismos de control anteriores. Y digo haber ofrecido en serio porque frecuentemente se ha intentado pero sin los recursos adecuados.
- Ante las decisiones complejas que tienen que tomar las personas con enfermedad mental y sus familias, en aras de la autonomía del paciente decirle “decide tú”, o “lo que



tú quieras” también es ponerles una pequeña trampa. El paciente tiene la última palabra pero nosotros somos profesionales y tenemos que asumir el riesgo de hacer indicaciones y tomarnos la molestia de consensuarlo.

- Bajo el amparo de la Ley de Dependencia y su desarrollo, en el que compromete de forma manifiesta a los servicios sociales en la atención integral a las personas con enfermedad mental no debemos dejar caer como competencia de los servicios sociales todo lo que no es estrictamente médico. El concepto de salud es más amplio que el mero control de síntomas y desde la sanidad tenemos que buscar canales de participación con los servicios sociales sin que suponga una dejación de parcelas de tareas propias del ámbito sanitario aunque no sean específicamente médicas y me refiero con esto a que la rehabilitación y la actuación multiprofesional tienen que seguir siendo garantizada y crecer en la medida de las necesidades.

Desde los servicios sociales también se pueden dar actuaciones del mismo tipo:

- Las valoraciones las hacen equipos externos, y por mucho que nos esforcemos todos, los resultados no van a tener los matices que queremos resaltar los que tenemos una relación establecida con las persona que padece una enfermedad mental, pues de entrada van a dar una calificación estática que aunque intentemos responda a la situación de base de la persona siempre va a ser poco flexible, o se puede limitar a la mera mención de recursos necesarios, dentro de una realidad dinámica.
- Queda pendiente cómo se va a desarrollar a más largo plazo este itinerario que compartimos muchos actores. Es por ello que no hago hincapié en los plazos, vamos a resolver la grieta que se puede dar entre un sistema y otro.
- Rogaría también no confundir la calidad con la cantidad, es posible que ante casos extremadamente complejos nos veamos tentados a valorar mayor “cantidad de servicio” cuando lo que requeriría sería un cambio cualitativo de prestación.
- Los servicios sociales tienen que diversificar su oferta, flexibilizar su funcionamiento y

trabajar en red. Como profesionales, definiendo un papel de equilibristas conjugando la realidad cotidiana cambiante con la siempre presente posibilidad de mejora; para ello no podemos darnos la espalda.

También las familias caen a veces en errores:

- “Los familiares de enfermos ven escasa la ayuda de la ley de dependencia”, éste era un titular de prensa, yo diría que nunca una ley va a dar respuestas inmediatas a las necesidades complejas de las personas con enfermedad mental.
- No deseo cobrar por cuidar al enfermo, sino que esté bien atendido en un centro. ¿qué centro? ¿ha pedido él un centro? Escuchar a la persona que padece la enfermedad mental e involucrarla en el tratamiento, puede parecer difícil. Pero si estuviéramos bien dotados de estructuras intermedias, de cobertura diaria, en horarios amplios y con profesionales en buena disposición a la escucha y a la negociación se reduciría la demanda de recursos más específicos. Y cualquier decisión a tomar sería una consecuencia lógica dentro del proceso terapéutico, por ello más consensuada y menos traumática.

La Ley de promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia puede suponer una oportunidad y cómo se gestione puede convertirse en pieza clave para proporcionar a los ciudadanos los recursos que necesitan para poder vivir una vida lo más plena posible.

Será en este punto en el que podremos valorar si ha supuesto una mejora importante para todos y además de darse una política de servicios se da también una política de derechos.

Marian Larrinaga Vélez

Trabajadora Social de los Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia.

Ronda, 4, 2ª planta. 48005 Bilbao

Tfno: 94 600 69 48; Fax: 94 600 69 62;

e-mail: marian.larrinagavelez@osakidetza.net





BIBLIOGRAFÍA

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Disponible en: <http://www.cde.ua.es/boe/20061215.htm>
- Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco de la Dependencia. Publicaciones del IMSERSO, 2005. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/libro-blanco-dependencia.html>
- REAL DECRETO 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/04/21/pdfs/A17646-17685.pdf>
- Reflexiones en torno a la figura del asistente personal para la vida independiente y la autonomía de las personas con diversidad funcional (discapacidad) Alejandro Rodríguez-Picavea Matilla. Foro de vida independiente. *Zerbitzuan* 2002, nº 41. Disponible en: <http://www.siiis.net/documentos/zerbitzuan/zerbitzuan41.pdf>
- “Cuidadoras de personas con enfermedad mental en el ámbito familiar”. I. Markez, C. Romera, M. Póo y otros. *Zerbitzuan* 2001, 39: 29–37.
- Ley 10/2000 de Carta de Derechos sociales BOPV nº 249 de 30 de diciembre de 2000. Disponible en: http://www.euskadi.net/cgi-bin_k54/ver_c?CMD=VERDOC&BASE=B03A&DOCN=000030308&CONF=bopv_c.cnf
- Ante la Dependencia: reflexionando desde la pluralidad, debatiendo para el compromiso. Indicadores para la calidad. Fernando Fantova. Disponibles en: <http://www.fantova.net/presentacion.asp>
- “Las personas con autismo ante la futura ley De Promoción de la Autonomía Personal”. Domingo García Villamizar, Frances Cuxart, Cipriano Luis Jiménez Casa. Revista del Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.mtas.es/Publica/revista/default.htm>
- Boletín documental sobre servicios sociales e Intervención Social Servicios de apoyo a los cuidadores de personas dependientes Gizarte.doc. Disponible en: <http://www.siiis.net/bolgizarte.php?tema=0>
- La entrevista en el Trabajo Social como instrumento al servicio de la ciudadanía” Teresa Rossell. Estudios de trabajo social I Jornadas de Trabajo Social y Ciudadanía en Madrid. 2004.
- Prevención de la Dependencia y promoción de la autonomía: estudio sobre el incremento de necesidades y el descenso de calidad de vida en el proceso de envejecimiento prematuro de las personas con discapacidad. 2005–2006. Antonio-león Aguado Díaz, Mª Ángeles alcedo Rodríguez, Yolanda Fontanil López y otros. Oviedo 2006.
- Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.seg-social.es/imserso/documentacion/atenenfermental.pdf>



2008: SMEB

Ander Retolaza

Psiquiatra

CSM de Basauri-Galdakao

La red centros de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia (SMEB) está en fase de transición. Desde hace tiempo se viene especulando sobre su futuro y parece que existen dudas sobre qué forma viable dar a esta estructura asistencial y organizativa en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

El reciente acceso del responsable de SMEB durante muchos años a la Jefatura del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Galdakao ha dejado, por el momento y sin que se sepa por cuánto tiempo, descabezada a esta organización de servicios. Hasta la fecha (y han pasado ya más de seis meses) se ignora si Osakidetza tiene previsto nombrar un nuevo responsable para esta plaza. Tampoco tenemos noticias sobre hipotéticos planes de introducir variaciones en la actual sectorización. Se habla de la posible desaparición de SMEB como organización de servicios, pero nadie conoce a ciencia cierta los detalles (algunos de ellos muy trascendentes) de un necesario plan de reestructuración y reordenación de los servicios de salud mental, particularmente en Bizkaia. Se avecinan tiempos de confusión si no se pone pronto remedio a esta indefinida situación.

Y es que corremos el riesgo de perder algunos de los activos acumulados por SMEB durante una difícil singladura de más de veinte años en los que, a pesar de las dificultades, se han conseguido algunos avances. Recordemos que estamos hablando de una organización de

servicios que engloba a unos 250 trabajadores altamente especializados (entre los que destacan psiquiatras, psicólogos, diplomados en enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc), con servicio y programas diferenciados para psiquiatría de adultos e infanto-juvenil, atención a drogodependencias y hospitales de día entre otros. SMEB viene contando con una dotación presupuestaria aproximadamente igual, o ligeramente superior, a la que tienen los tres servicios de psiquiatría en hospital general de Bizkaia (Basurto, Galdakao y Cruces) juntos, y que realizó aproximadamente 500.000 consultas a unos 50.000 pacientes durante el año 2006.

Pero conviene que recapitemos un poco sobre algunas de las claves de la actual situación. El vigente Plan Estratégico para la asistencia psiquiátrica y la salud mental en la CAPV (2004-2008), en su Objetivo Genérico I, titulado *La reorganización de la red*, dice textualmente: “La Red estructurará por áreas/zonas sanitarias sus dispositivos intra y extrahospitalarios en una organización integral, flexible y coordinada articulándose mediante Unidades de Gestión Clínica



con sus responsables y presupuestos correspondientes que garanticen la accesibilidad y la continuidad de cuidados”. A continuación se añade que esta estructura organizativa se configurará sobre la base de sectores que contengan todos los dispositivos asistenciales necesarios, tanto hospitalarios como ambulatorios, que se establecerá una jefatura/dirección por sectores y —en el caso de Bizkaia— un responsable territorial, manteniéndose la figura de responsable en el ámbito de la Comunidad Autónoma. Los sectores que se definen en el Plan son los siguientes:

- Sector de Araba (todo el territorio)
- Sector de Gipuzkoa (todo el territorio)
- 4 sectores en Bizkaia (Uribe, Ezkerraldea–Enkarterri, Bilbao e Interior)

También se dice que “Cada jefe/director de sector procurará el establecimiento de una red asistencial integradora de los diferentes recursos existentes y la promoción de aquellos otros aún por configurar, en el que la interdependencia bajo la forma de trabajo por procesos entre **servicios y organizaciones** sea una característica definitoria que se refleje en los indicadores de resultados establecidos en el modelo de contrato de gestión”.

De lo que antecede se pueden deducir algunas cosas:

- 1) Que la reorganización de servicios no excluye la persistencia de SMEB, puesto que se habla de interdependencia de servicios y organizaciones, por lo que se sobreentiende que éstas pueden coexistir en su estructura actual u otra que se decida en su momento.
- 2) Que la Jefatura de Sector no tiene por qué estar necesariamente en manos de un jefe de servicio hospitalario. Aunque esta alternativa parece a primera vista la más lógica no está citada de manera expresa y no parecen descartadas otras posibilidades.
- 3) Que la forma idónea de realizar la integración de servicios se entiende que es a través de Unidades de Gestión Clínica sectoriales y con una metodología de gestión por procesos.

- 4) Que cada Unidad Sectorial deberá contar con sus propios responsables y presupuestos.

Por empezar por la última de las citadas —que probablemente contiene la clave de bóveda de todo el proceso— diremos que mediante una simple jerarquización (a la manera de cualquier otra especialidad) habría serias dificultades para gestionar con autonomía los presupuestos del sector. Ya que salvo cambios de gran envergadura —y poco esperables— en los modos tradicionales de gestionar los presupuestos, se supone que éstos irían a parar a la dirección o gerencia del hospital general de que se tratase en cada caso y no podrían ser manejados en exclusiva por el servicio de psiquiatría correspondiente. Tampoco sería fácil de entender por parte de otras especialidades hospitalarias que esa partida presupuestaria, en manos de la gerencia de un hospital general, fuera dirigida de manera finalista a los servicios de salud mental. Lo lógico es que hubiera que competir por esos presupuestos (o al menos por una parte de los mismos) con el resto de los servicios del hospital en vez de disponer de partidas presupuestarias ya logradas y asignadas en origen. Lo que finalmente conllevaría una pérdida financiera casi segura. Otra manera de proceder supondría una auténtica revolución en los usos y costumbres de nuestra empresa pública. Por no hablar de las dificultades para arbitrar un posible procedimiento mediante el que se repartiría, de manera equitativa entre cuatro sectores la dotación económica, el personal administrativo y de gestión en la actualidad asignado a SMEB. Todo esto se puede hacer de una manera adecuada, pero exige unas dosis de liderazgo, innovación y capacidad de gestión hasta ahora inéditas en Osakidetza y no parece que estemos en el mejor momento para desarrollarlas. Quedaría —además— por resolver, qué se hace con los hospitales psiquiátricos de carácter monográfico, cuya estructura autónoma como organización de servicios, empezando por la gestión de sus propios presupuestos, quedaría —en prin-



cipio— fuera de una reestructuración entendida como una jerarquización sin más. A no ser que fueran los hospitales psiquiátricos quienes jerarquizaran a los dispositivos extrahospitalarios, alternativa en la que nadie está pensando.

El Plan Estratégico habla de potenciación de estructuras comunitarias, entendiendo por éstas, servicios residenciales no hospitalarios y centros de día, como alternativa a la hospitalización de larga estancia. También menciona el necesario impulso a los programas de rehabilitación desde una asistencia comunitaria mejor coordinada, donde todos los dispositivos —incluidos los de rehabilitación dependientes de hospitales— funcionen en red. Pero no especifica cuáles serían las competencias que cada jefe/director de sector tendría sobre la red de hospitales psiquiátricos (tres en Bizkaia, dos de ellos ubicados en la Comarca Interior, aunque prestan atención también a otros sectores de la provincia). Parece más bien que éstos conservarían su actual autonomía. Otra posibilidad es que el responsable de la red de salud mental en Bizkaia, cuya figura el Plan sí menciona, tuviera poder ejecutivo también sobre los hospitales psiquiátricos, lo que no parece fácil de articular desde una figura única, requiriendo, quizá, un grupo que tomara decisiones de forma colegiada. La autonomía de los servicios de psiquiatría en hospital general, por lo menos respecto a una posible red única de salud mental, resulta aún mayor, ya que no cabe pensarlos fuera de la gerencia y dirección médica de cada hospital en exclusiva y —hasta hoy— nadie sabe en qué puede consistir una coordinación efectiva de dispositivos extra e intrahospitalarios cuando los compromisos derivados de los organigramas son sólo funcionales y en realidad no obligan a nadie. Todo depende de la buena voluntad y de las ganas de trabajar en equipo, ambas tan escasas como efímeras cuando se observa un poco la realidad. Aquí es donde se espera que los contratos programa, la metodología del trabajo por procesos y las Unidades de Gestión Clínica (que tendrían que ser mixtas extra–intra) solucionen los problemas.

En lo tocante a la reordenación del medio hospitalario —que aquí mencionaremos sólo de pasada— el Plan establece entre sus vías principales la reconversión de recursos hospitalarios en estructuras alternativas a la hospitalización. Se refiere sobre todo a los hospitales psiquiátricos tradicionales, que también solemos llamar monográficos. Parece lógico pensar que esta reconversión en estructuras alternativas, que no cabe concebir más que como comunitarias, debiera contar con una adecuada articulación con la actual red de SMEB en lo que toca tanto a infraestructuras como a recursos humanos y programas. Pero nadie ha sido capaz desde los inicios de la reforma psiquiátrica en Bizkaia de conseguir dar ese difícil paso. Entre otras cosas porque organizaciones de servicios separadas y presupuestos independientes parecen haber condicionado —hasta la fecha— la falta de una adecuada organización asistencial en este sentido. En este punto es preciso recordar que los presupuestos de los hospitales psiquiátricos vienen suponiendo en los últimos años aproximadamente la mitad de todos los destinados a salud mental, es decir, suman tanto como la red de centros de salud mental y las unidades de hospital general juntas.

Durante 2008 los primeros centros ambulatorios de la red vizcaína de salud mental cumplirán 25 años (caso de los Centros de Salud Mental de Uribe, de Santurtzi y de la Comunidad Terapéutica de Manu–Ene). SMEB ha llegado ya a una fase de madurez que puede rendir buenos frutos si, entre todos, sabemos apuntalar las fortalezas y minimizar las debilidades, la más importante de las cuales se relaciona con la dispersión de la red, que condiciona no sólo distancia física sino también excesiva variabilidad de formas de trabajo. En la actualidad se está empezando a extender por los servicios (y, probablemente, está a punto de hacer masa crítica) la metodología de la gestión por procesos, avalada por una cruz de plata de Euskalit a la calidad obtenida en 2006. Los compromisos y la calidad en la docencia MIR y PIR, incluida la de los médicos de familia, que resulta estratégica para el futuro, son cre-



cientes. Falta —como en la mayor parte de organizaciones de servicios de Osakidetza— un suficiente desarrollo de la investigación, un auténtico impulso al trabajo en equipo y una gestión que prime de manera efectiva en su estrategia el compromiso con pacientes y usuarios. Como no podía ser de otra manera este último es uno de los objetivos centrales del Plan de Gestión, pero también es uno de los más fácilmente manipulables, tan presente en los discursos como obviado en la práctica.

Teniendo en cuenta lo anterior, algunas claves que podrían servir para asegurar una adecuada reestructuración de la red podrían ser las siguientes:

- 1) Creación de una comisión de técnicos que informe con independencia sobre la situación actual de SMEB y del resto de la red de salud mental, asesorando también sobre su desarrollo futuro.
- 2) Mantener dentro de estructuras específicas de gestión, con experiencia en salud mental, el control presupuestario y administrativo de la red de SMEB.
- 3) Considerar la creación de unidades de gestión y administración completas para cada sector (incluyendo presupuestos propios, gestión de personal, contrataciones, edificios y programas asistenciales), con poder sobre todas las estructuras existentes en el mismo, incluidos los hospitales monográficos.
- 4) Crear una oficina o agencia de coordinación y promoción de la salud mental en cada territorio histórico, o al menos, para el Conjunto de la CAPV.
- 5) Crear un mapa de recursos y servicios socio-sanitarios de salud mental en cada sector, o como mínimo, en cada territorio que serviría de base para una adecuada planificación de recursos.
- 6) Aplicar el principio de discriminación positiva, y no el de contención de costes,

a la planificación y asignación de recursos en salud mental.

El nombramiento en los últimos meses de un nuevo responsable de Salud Mental para el conjunto de la CAPV con buen conocimiento de la red vizcaína y —muy recientemente— la Orden del Departamento de Sanidad para la creación de un Consejo Asesor sobre Salud Mental en Euskadi (BOPV del 8 de Noviembre de 2007), cuyos componentes ya han sido nombrados (BOPV del 4 de Enero de 2008) son dos buenas noticias que podrían indicar que se están dando los primeros pasos en la dirección adecuada. Esperemos que la senda, si por fin ha sido efectivamente iniciada, se mantenga en la línea correcta y que las recomendaciones tanto del Plan, a punto de acabar ya su andadura en este año y absolutamente desfasado en el cronograma comprometido, como del Consejo Asesor (varios de cuyos componentes estuvieron ya en el equipo que diseñó aquél) sean tenidas en cuenta. No hay que olvidar que el carácter del Consejo es meramente asesor (y quizá así deba ser) por lo que sus recomendaciones no necesariamente son vinculantes para quien tome las decisiones últimas que serán —como debe ser— los cargos políticos del Departamento. Esperemos que esta vez no se posterguen las decisiones y que éstas sean acertadas. Hay que hacerlo ya porque probablemente no va a haber muchas oportunidades más antes de que las cosas empiecen a deteriorarse. En un asunto como éste se entiende que haya intereses de muchos tipos que deben ser tenidos en cuenta y respetados, pero finalmente deben primar el interés general y la visión de futuro.

Bilbao, Enero de 2008

Contacto: Ander Retolaza

Jefe de Unidad de Salud Mental

(CSM de Basuri-Galdakao)

ander.retolazabalsategui@osakidetza.net



BIBLIOGRAFÍA

- Osakidetza/Servicio Vasco de Salud: Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Plan Estratégico 2004–2008.



Teoría del ciclo del óxido nítrico: ¿Explicará el Síndrome de la Fatiga Crónica, la Fibromialgia y otras “enfermedades inexplicadas”?

Entrevista con el Dr. Martin L. Pall*

Martin L. Pall, PhD, está generando mucha expectativa en las comunidades científicas de todo el mundo con su teoría que un mecanismo bioquímico “estresor–iniciado”. El ciclo óxido nítrico/peroxinitrito (NO/ONOO) podría ser responsable del Síndrome de la Fatiga Crónica (SFC), la fibromialgia (FM) y otros síndromes.

La atención empezó cuando publicó su nuevo libro *“Explaining ‘Unexplained Illnesses’: Disease Paradigm for Chronic Fatigue Syndrome, Multiple Chemical Sensitivity, Fibromyalgia, Post–Traumatic Stress Disorder, GulfWar Syndrome and Others”*.*

En la siguiente rueda de preguntas, el Dr. Pall, Profesor de Bioquímica y Ciencias Médicas Básicas en la Universidad Washington State, explica su teoría en términos de laicos especialmente para nuestros lectores. Dicho en palabras simples, el Dr. Pall propone que el complejo ciclo NO/ONOO, el que describe, podría resultar en altos niveles de oxidantes, que afectan a diferentes tejidos en diferentes individuos, siendo así culpable de una “aplastante” variedad de síntomas. Dr. Pall también cree que un régimen de suplementos antioxidantes pueden ayudar al cuerpo a “regular a la baja” la bioquímica del ciclo de NO/ONOO.

P: *Dr. Pall, Ud sugiere los casos del síndrome de fatiga crónica (SFC), fibromialgia (FM), sensibilidad química múltiple (SQM) y el desorden de estrés post-traumático (SSPT) podrían comenzar todos (ser “iniciados”) por mecanismos similares. ¿Qué le ha llevado a esta conclusión?*

Dr. Pall: Hay casos de cada uno de estos que son iniciados por ciertos estresores a corto plazo. Estos incluyen infecciones, tanto bacterianas como virales en SFC y FM, exposición a tres tipos de pesticidas o a disolventes orgánicos en SQM, a traumas físicos en FM o SSPT, o a severo estrés psicológico en SSPT o en cualquiera de los otros. Hay otros hasta un total de 12 o 13 estresores.

Cada uno de estos diversos estresores puede incrementar el nivel de un compuesto químico llamado óxido nítrico en el cuerpo. Por esto propuse que el óxido nítrico probablemente tenga un papel en el comienzo de una enfermedad crónica.

P: *¿Entonces cómo actúa el óxido nítrico para iniciar una enfermedad crónica?*

Dr. Pall: Esta es una pregunta muy importante. Propuse que el óxido nítrico, actuando vía su producto peroxinitrito, un potente oxidante, actúa para iniciar un ciclo vicioso bioquímico que es la causa de la enfermedad.

* N. de la R.: Gracias al Dr. Pall y a ProHealth's CFS Health Watch Treatment and Research News www.ImmuneSupport.com Permiso para reproducir la entrevista concedido por ProHealth el 20 de junio del 2007. Traducción: **Cathy van Riel**. ImmuneSupport.com – 11–06–2007.



Este ciclo, al que ahora llamamos el NO/ONOO —(pronunciado no, oh no!) debido a la estructura del óxido nítrico (NO) y el peroxinitrito (ONOO)— está basado en muchos mecanismos bioquímicos bien documentados, y la combinación de tales mecanismos es un complejo ciclo vicioso que se puede propagar con el tiempo, produciendo una enfermedad crónica.

Así, para cada uno de estos casos de enfermedad, tenemos una causa inicial, uno o más estresores, y una causa en curso, el mecanismo del ciclo NO/ONOO. La pronunciación no, oh no! refleja tanto el papel de ambos productos químicos, como la forma en que se sienten las personas que sufren estas enfermedades.

P: *¿Qué más puede explicar sobre estas enfermedades?*

Dr. Pall: Casi todo:

- Cuántos de los síntomas son generados,
- Por qué estos síntomas son variables de un individuo al otro,
- Por qué estas enfermedades a menudo ocurren juntas en las mismas personas,
- Por qué también ocurren a menudo con enfermedades como asma, migraña, cefaleas, tinnitus, lupus o artritis reumatoidea,
- Y cómo se deben tratar.

P: *Ud ha descrito cinco principios que resumen el mecanismo del ciclo NO/ONOO como modelo de enfermedad. Por favor descríbalos.*

Dr. Pall:

- El primer principio que hemos discutido es que las enfermedades del ciclo NO/ONOO son iniciadas por estresores que pueden subir el nivel del óxido nítrico u otros elementos del ciclo.
- El 2° principio es que la enfermedad crónica es causada por el ciclo NO/ONOO y que por eso las personas enfermas tienen un alto nivel de varios elementos del ciclo.

- El tercero es que los síntomas y signos de la enfermedad tienen que ser generados por los elementos del ciclo.

- El 4° es que el mecanismo básico es local. Esta naturaleza local está causada por el hecho de que los tres productos químicos que tienen un papel central en el ciclo NO/ONOO, el óxido nítrico, peroxinitrito y un tercero —superóxido— todos tienen una vida media corta en los tejidos biológicos, y por eso no se desplazan muy lejos desde donde son producidos hasta donde son destruidos. Y los mecanismos del ciclo actúan a nivel de las células corporales individuales.

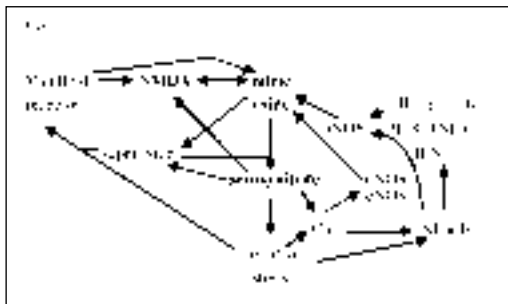
Las consecuencias de estos principios son que una persona puede tener afectada ciertos tejidos de su cuerpo con esta bioquímica del ciclo local de NO/ONOO, pero otra persona con la misma enfermedad puede tener afectados otros tejidos diferentes, lo que lleva, a su vez, a mucha variación de síntomas entre una persona y otra con la misma enfermedad.

Esta gran variedad de los síntomas es uno de los mayores rompecabezas de este grupo de enfermedades, y esto se puede explicar fácilmente con este modelo.

- El quinto principio, del que la mayoría de enfermos y de médicos tratantes opinarán que es el más interesante, es cómo tratar estas enfermedades. Las debemos tratar bajando (infra-regular) la bioquímica del ciclo NO/ONOO. En otras palabras, tenemos que tratar la causa de la enfermedad, no solamente los síntomas.

P: *Volveremos a la terapia más adelante. Ud sugiere que la complejidad del ciclo es el aspecto más difícil del tratamiento efectivo de estas enfermedades. ¿Porqué?*

Dr. Pall: El ciclo implica al menos 22 mecanismos diferentes, por lo que un elemento del ciclo lleva a un incremento de otro elemento del ciclo. Es la combinación de estos mecanismos que forman un diagrama de flechas en la Figura I de mi sitio web y de mi libro.



El ciclo también disminuye la habilidad de fabricar energía en forma de ATP, debido a los ataques del peroxinitrito en las proteínas y en los otros componentes de las mitocondria.

P: *¿Cómo explica esto lo que tenemos que hacer para una terapia efectiva?*

Dr. Pall: Es la complejidad del ciclo que hace que el tratamiento sea un reto tan grande.

Yo comento muchos "agentes" (o sustancias) de los que se sabe que bajan la bioquímica del ciclo de NO/ONOO en el capítulo de mi libro sobre la terapia (el capítulo más largo del libro). Doce o 13 tales agentes han mostrado que producen mejorías significantes en SFC, FM, o SQM en estudio clínicos y otros agentes también pueden ser útiles, aunque aún se necesita más evidencia.

Los agentes individuales, sin embargo, producen solamente mejorías modestas.

Hay cinco médicos tratantes que han producido complejos protocolos de tratamiento con 14 o más agentes (o sustancias) para infraregular la bioquímica del ciclo NO/ONOO, y estos protocolos resultan ser mucho más efectivos que los agentes individuales. Son estas combinaciones complejas de agentes que son los más prometedores para tratar estas enfermedades. La mayoría de estos agentes son nutricionales, pero algunos son productos farmacéuticos convencionales y algunos son "herbales."

P: *Este abordaje de tratamiento parece ser casi lo contrario de lo que se suele utilizar en la medicina moderna ¿Es así?*

Dr. Pall: Tiene razón, este abordaje es el revés del abordaje actual. El abordaje predominante hoy en día comenzó con el desarrollo de los antibióticos de espectro amplio en los años 1940 y 1950. Este abordaje "la receta mágica" todavía es muy efectivo para tratar muchas infecciones bacterianas agudas. Pero ha fallado con la mayoría de enfermedades crónicas, que raras veces son curadas; y a menudo ni siquiera pueden ralentizar mucho su progresión.

La evidencia sugiere que podemos conseguir una buena respuesta clínica con este grupo de cuatro enfermedades. En mi opinión, nuestra meta debería ser conseguir una cantidad sustancial de curas y espero que, a medida que mejoremos este abordaje, lo consigamos.

P: *Comprendemos que Ud ha diseñado un protocolo disponible sin receta médica, ¿es esto correcto?*

Dr. Pall: Si, he diseñado...un abordaje para regular a la baja la bioquímica del ciclo NO/ONOO que solamente implica suplementos sin receta. [Ver "Antioxidant Suggestions for Down-Regulation of the NO/ONOO- Cycle from Dr. Martin Pall, PhD".] http://www.immunesupport.com/library/showarticle.cfm?id=8075&T=CFIDS_FM

Deje que le diga que soy doctor en bioquímica y no doctor en medicina, y no se debe ver esto como consejo médico, y que los suplementos incluidos en el protocolo no se venden como tratamiento o cura para cualquier enfermedad.

P: *Ud argumenta, y lo tomamos del título del libro, que estas 4 patologías son verdaderas enfermedades y que el ciclo NO/ONOO es un mecanismo de enfermedad.*



Dr. Pall: Exactamente. Propongo que el ciclo NO/ONOO sea el décimo paradigma de la enfermedad humana, añadiéndolo a los nueve paradigmas patológicos bien-aceptados en el Capítulo 14 de mi libro.

Es inusual, sin embargo, sobre todo debido a que la naturaleza local del ciclo lleva a una gran variedad de síntomas de cada una de estas enfermedades, dependiendo de qué tejidos están impactados por el ciclo, y cuán severamente son impactados. Se trata aquí del SFC, el SQM, la FM y el SSPT, un enorme espectro de enfermedades, con una asombrosa cantidad de variaciones en diferentes personas.

P: *¿Propone algún otro progreso importante en su libro?*

Dr. Pall: Un progreso muy importante es que hay otras enfermedades que son buenos candidatos para la enfermedad del ciclo NO/ONOO. Sugiero 14 adicionales enfermedades/patologías que parecen ser buenos candidatos para enfermedad del ciclo NO/ONOO, incluyendo enfermedades como esclerosis múltiple, tinnitus, Alzheimer, Parkinson, esclerosis amiotrófica lateral y asma.

En cada una de estas seis enfermedades hay una implicación del ciclo NO/ONOO en diferentes tejidos. Otra enfermedad candidata como enfermedad del ciclo NO/ONOO es el autismo, donde el comienzo temprano y el impacto del ciclo en el desarrollo del cerebro pueden producir las propiedades características del autismo. El autismo también es una enfermedad con una gran variedad de manifestaciones.

Los criterios de otras enfermedades/patologías candidatas de ser incluidas en el paradigma del ciclo NO/ONOO el que cumplan con los cinco principios que mencioné antes.

La posibilidad de que este mecanismo por sí solo pueda explicar muchas enfermedades diferentes es realmente aplastante. Pero esto no debería ser completamente sorprendente. Hay docenas de enfermedades que son enfermedades inflamatorias crónicas, y el ciclo NO/ONOO implica la bioquímica inflamatoria, una bioquímica muy parecida a la que ocurre en la inflamación. O sea que el ciclo NO/ONOO puede explicar muchas enfermedades que son tan predominantes en la medicina.

P: *¿Cuál ha sido la respuesta de la comunidad científica a su teoría?*

Dr. Pall: La respuesta ha sido realmente asombrosa. Acabo de volver de Europa donde he impartido cinco conferencias, dos en el Reino Unido y tres en España. Y la respuesta a cada una de estas conferencias ha sido extraordinaria. En ambos países me han vuelto a invitar para dar más charlas. Tengo planeadas en México y otras cinco en los EEUU. Mi libro se agotó en una semana, y se ha programado una segunda impresión. Tengo que decir que estoy asombrado de lo positiva que ha sido la respuesta hasta ahora, especialmente teniendo en cuenta lo conservadora que suele ser la ciencia y lo difícil que suele ser conseguir la aceptación de nuevos paradigmas científicos.

Muchas gracias, Profesor Pall, por sus respuestas a nuestras preguntas y esperamos oír más sobre su trabajo incesante.

N. R.: Para interesados/as en leer una sinopsis más detallada del concepto del ciclo NO/ONOO del Dr. Pall –incluyendo un esquema que detalla posibles mecanismos para los diferentes signos y síntomas asociados con enfermedades multisistémicas, desde la fatiga y la disfunción de la memoria hasta el dolor crónico y el SCI puede visitarse la web: http://molecular.biosciences.wsu.edu/Faculty/pall/pall_main.htm



* *El libro de Dr. Pall, Explaining 'Unexplained Illnesses': Disease Paradigm for Chronic Fatigue Syndrome, Multiple Chemical Sensitivity, Fibromyalgia, Posttraumatic Stress Disorder, Gulf War Syndrome and Others (Haworth Press, 2007) está disponible en Amazon.com.*



Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (2)

Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz

Damos continuidad a esta sección de **Formación Continuada en Psiquiatría Clínica** que de modo permanente aparecerá en esta revista. Se pretende que quien lo desee pueda autoevaluarse en áreas clave con un formato de pregunta tipo MIR en los que cada ítem es comentado y soportado bibliográficamente. Este es el segundo de los tres números de *NORTE de salud mental* que versarán sobre Trastornos de Ansiedad elegidos como debutantes en la sección por su prevalencia elevada y su impacto clínico entre las personas que los padecen.

I. TRASTORNOS DE ANSIEDAD (parte 2)*

• Fobia específica

Pregunta 10:

Señale de entre las siguientes respuestas la afirmación que considere FALSA sobre la epidemiología de las fobias específicas.

- A) Es el trastorno mental más común entre las mujeres.
- B) Tiene una prevalencia a 6 meses entre el 15-20%
- C) La proporción mujer-hombre es de 2: 1, (1:1 en el subtipo sangre-inyección-daño).
- D) Entre los 5-9 años se inician los subtipos ambiental y sangre-inyección-daño.
- E) Sobre los 20 años se inician las del subtipo situacional.

Pregunta 11:

Señale de entre las siguientes fobias específicas la que NO corresponde al subtipo “otros tipos”.

- A) El miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.
- B) Miedo a situaciones que pueden conducir al atragantamiento, y al vómito.
- C) Miedo a situaciones que pueden conducir a la adquisición de una enfermedad.
- D) Miedo a la visión de la sangre o de las heridas.
- E) Miedo a los “espacios”, miedo a caerse si no hay paredes o medios de sujeción.

* Respuestas en página 106 y siguientes



• **Fobia social**

Pregunta 12

De entre los siguientes principios activos ¿cuál ha demostrado poseer mayor eficacia en el tratamiento de la fobia social?

- A) Clonidina.
- B) Pregabalina.
- C) Atomoxetina.
- D) Paroxetina.
- E) Mirtazapina.

Pregunta 13

Solamente uno de los siguientes principios activos posee indicación autorizada para su empleo el tratamiento de la fobia social:

- A) Fluoxetina.
- B) Escitalopram.
- C) Alprazolam.
- D) Sertralina.
- E) Citalopram.

• **TOC**

Pregunta 14

Debido a su naturaleza compleja, el TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo) es objeto de investigación interdisciplinaria. Señale, de entre las siguientes, la proposición que considere FALSA:

- A) Los psicoanalistas están preocupados por los contenidos agresivos y sexuales de las ideas obsesivas y el simbolismo de los rituales.
- B) Los conductistas se centran en cómo los rituales encajan en un modelo de aprendizaje de disminución de la ansiedad.
- C) Los biologicistas han observado que el TOC tiene en la fobia social la comorbilidad más importante.
- D) Los neurólogos han descubierto que lesiones específicas del cerebro pueden producir conductas compulsivas.
- E) Los neuropsicólogos se han interesado por la posibilidad de que exista déficit de atención o memoria en pacientes con ideas obsesivas.

Pregunta 15

Señale, de entre las siguientes la afirmación que considere FALSA sobre la epidemiología del TOC:

- A) El 2-3% de la población general padece en algún momento de su vida un TOC.
- B) Los solteros se afectan con mayor frecuencia que los casados.
- C) Los pacientes de raza negra se afectan con una frecuencia menor que los blancos.



- D) Los hombres y las mujeres adultos tienen la misma probabilidad de verse afectados.
- E) La edad media de inicio es de 24 años, aunque las mujeres tienen una edad de inicio ligeramente inferior.

Pregunta 16

Señale, de entre las siguientes la afirmación que considere VERDADERA y que mejor describe el curso del TOC:

- A) Inicio insidioso, sin desencadenante previo, con curso con frecuencia progresivo.
- B) Inicio insidioso, con un suceso estresante desencadenante previo, con curso crónico.
- C) Inicio insidioso, con un suceso estresante desencadenante previo, con un curso fásico y tendente en la mayoría de los casos a la remisión completa.
- D) Inicio agudo, sin desencadenante previo, con un curso fásico y tendente en la mayoría de los casos a la remisión completa.
- E) Inicio agudo, con suceso estresante desencadenante previo, con curso crónico en la mayoría de los casos.

Pregunta 17

Señale de entre las siguientes, la proposición que considere VERDADERA y que mejor describa los mecanismos de defensa clásicos señalados desde la teoría psicoanalítica en el TOC:

- A) Aislamiento, ambivalencia, negación, represión y autopunición.
- B) Aislamiento, anulación, formación reactiva, regresión y ambivalencia.
- C) Anulación, ambivalencia, regresión, represión y negación.
- D) Anulación, autopunición, negación, inversión y sublimación.
- E) Ambivalencia, disociación, regresión, autopunición y proyección.

Pregunta 18

Señale, de entre las siguientes, la afirmación que considere FALSA sobre el tratamiento farmacológico del TOC:

- A) Los inhibidores de recaptación de serotonina son el tratamiento de primera elección a dosis de moderadas a altas.
- B) Como estrategia de potenciación se utiliza el haloperidol y pimocida con tícs o personalidad esquizotípica concomitante.
- C) Como estrategia de potenciación el pindolol ha resultado eficaz en ensayos abiertos.
- D) Trazodona y litio tienen eficacia demostrada como fármacos de segunda elección.
- E) El clonacepan ha demostrado eficacia en ensayos abiertos y con ansiedad muy intensa concomitante.



RESPUESTAS y COMENTARIOS

Pregunta 10. Respuesta correcta: B

Comentario: La **fobia específica** es el trastorno mental más común entre las mujeres y el segundo más frecuente en los hombres después de los trastornos inducidos por sustancias. La fobia específica tiene una prevalencia a 6 meses entre el 5–10%. La proporción mujer–hombre es de 2 a 1 pero en el *subtipo sangre–inyección–daño* es de 1 a 1. La edad de inicio para las fobias de subtipo *ambiental* y de *sangre–inyección–daño* oscila entre los 5 y 9 años. Por el contrario, la edad de inicio más frecuente para las fobias de subtipo *situacional* (excepto el miedo a las alturas) es sobre los 20 años, una edad de inicio más parecida a la de la agorafobia.

Por último, en las **fobias específicas**, las situaciones o los objetos temidos (enumerados en orden descendente según la frecuencia de aparición) son animales, tormentas, alturas, enfermedades, heridas y muerte.

Bibliografía: Kaplan HI, Sadok BJ: Sinopsis de Psiquiatría. Trastornos de ansiedad. 8ª Edición. Pag 682–3. Editorial Masson. 2002.

Pregunta 11. Respuesta correcta: D

Comentario: La característica esencial de la **fobia específica**, antes llamada **fobia simple**, es un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos, un temor acusado y persistente, que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. Los subtipos de la fobia específica son 5:

1. *Tipo animal:* hace referencia a animales o insectos, y suele iniciarse en la infancia.
2. *Tipo ambiental:* hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios y agua, y suele iniciarse en la infancia.
3. *Tipo sangre–inyecciones–daño:* hace referencia a la visión de la sangre o de las heridas o a recibir inyecciones u otras intervencio-

nes médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y se caracteriza por una respuesta vasovagal intensa.

4. *Tipo situacional:* hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche —amoxafobia— o recintos cerrados.
5. *Otros tipos:* el miedo hace referencia a otros tipos de estímulos, entre los que se encuentran las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vomito o al miedo a contraer una enfermedad; igualmente miedo a los “espacios” —fobia espacial— es decir, el individuo tiene miedo a caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción y que es más frecuente en personas de edad avanzada; y por último el miedo que los niños sienten ante sonidos altos o a personas disfrazadas.

Bibliografía: Trastornos de ansiedad. DSM IV–R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Pag 494–7. Editorial Masson. 2002.

Pregunta 12. Respuesta correcta: D

Comentario: La **paroxetina** tiene la aprobación de la FDA para los siguientes trastornos: depresión mayor, TOC, T. por crisis de angustia, fobia social, TEPT (estrés postraumático), TAG (ansiedad generalizada) y T. disfórico premenstrual.

Paroxetina fue comercializada por primera vez en Gran Bretaña en 1991. En España empezó a distribuirse en septiembre de 1992. Desde entonces paroxetina ha sido testada en innumerables ensayos demostrando eficacia importante para la mayoría de las indicaciones aprobadas. Una opinión personal del autor de la pregunta es que paroxetina puede ser de entre todos el mejor fármaco para tratar el trastorno pánico.

En el tratamiento de la **fobia social** la posología de paroxetina oscila entre 20–50 mgs/día. Si se consigue la mejoría esperada se aconseja mantener la dosis durante al menos 1 año.



Bibliografía: Salazar M., Peralta C., Pastor J. Paroxetina. En Salazar M., Peralta C., Pastor J., Manual de Psicofarmacología. Ed. Médica Panamericana 2005. Pag: 319–325.

Pregunta 13. Respuesta correcta: B

Comentario: De entre los principios activos enumerados sólo **escitalopram** tiene indicación aprobada para su uso en el tratamiento de la *fobia social*.

A pesar de que existe un alto grado de consenso que respalda usos no autorizados, la realidad es que en todos los países esta práctica conlleva un riesgo legal para el prescriptor. Los protocolos y las guías, si están amparados por sociedades científicas, representan la referencia más tangible de la *lex artis* y ofrecen cierta cobertura al clínico en las demandas de responsabilidad profesional.

La normativa española sobre medicamentos, como en otros países, no prohíbe explícitamente el uso de fármacos en indicaciones no autorizadas, pero sí establece los pasos necesarios para dar amparo y cobertura a dicho uso denominado *uso compasivo*.

Para el lector interesado sobre este tema es obligado consultar la obra de Pacheco Yáñez L., y Medrano Albéniz J., referenciada en la bibliografía de este ítem.

Bibliografía: Pacheco Yáñez L., Medrano Albéniz J. Guía para el uso autorizado de los psicofármacos a en España 2005. Editorial GLOSA 2005.

Pregunta 14. Respuesta: C

Comentario: Hasta la fecha, ningún punto de vista único proporciona una explicación completa sobre el **TOC**. Si embargo, es estimulante que los recientes abordajes interdisciplinarios hayan ofrecido resultados prometedores en varios subgrupos de pacientes con TOC.

Los biologicistas han observado que el TOC se acompaña a menudo de depresión. Algunos autores, apuntan que la prevalencia a lo largo de la vida —comorbilidad— de un trastorno depresivo mayor en pacientes con TOC es de

un 67% y de fobia social un 25%. El resto de las afirmaciones son correctas.

Bibliografía: Jenike M, Baer L, Minichiello W: Visión general del trastorno Obsesivo–compulsivo, en Trastornos Obsesivo compulsivos. Manejo Práctico. Tercera Edición. Editorial Harcourt. Pag 10. 2001.

Pregunta 15. Respuesta: E

Comentario: La edad media de comienzo de los síntomas es de 20 años, aunque en los varones es ligeramente inferior. El resto de las afirmaciones es correcta.

La prevalencia del **TOC** es del 2–3%, por tanto mayor que la de la esquizofrenia, siendo el cuarto diagnóstico psiquiátrico más común, después de las fobias, los trastornos relacionados con sustancias y el trastorno depresivo mayor.

Hombres y mujeres adultos tienen la misma probabilidad de verse afectados, aunque entre los adolescentes es mayor la probabilidad de varones.

Dos tercios de los pacientes presentan síntomas antes de los 25 años y menos de un 15% lo hace después de los 35.

Los solteros se afectan con mayor frecuencia que los casados, y los pacientes de raza negra en menor frecuencia que en la raza blanca.

Bibliografía: Kaplan HI, Sadok BJ: Sinopsis de Psiquiatría. Trastornos de ansiedad. 8ª Edición. Pag 690–3. Editorial Masson. 2002.

Pregunta 16. Respuesta: A

Comentario: El trastorno suele iniciarse en la adolescencia o principios de la edad adulta. En la mayoría de los casos no ha existido ningún suceso estresante que desencadenase la aparición de los síntomas y tras un inicio insidioso, el trastorno sigue un curso crónico y con frecuencia progresivo.

No obstante algunos pacientes describen algún inicio súbito, fenómeno particularmente descrito en pacientes con una base neurológica del trastorno (p. ej; **PANDAS** —*Pediatric*



Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections—).

Los estudios recientes sobre el curso natural de la enfermedad sugieren que entre el 24–33 % de los pacientes siguen un curso fluctuante, el 11–14% un curso fásico con periodos de remisión completa y el 51–63% un curso constante o progresivo. Aunque tradicionalmente el pronóstico del TOC se ha considerado malo, el desarrollo de nuevos tratamientos lo ha mejorado considerablemente.

Bibliografía: Hollander E, Simeon D.: Trastornos de ansiedad, en Tratado de Psiquiatría. Hales R, Yudofsky S. The American Psychiatric Press. Editorial Masson, pag 582–594. Cuarta Edición. 2004.

Pregunta 17. Respuesta: B

Comentario: El *aislamiento* consiste en el intento de separar, los sentimientos o el afecto, de los pensamientos, fantasías o impulsos asociados a ellos (por ejemplo, un paciente describe una fantasía horrible, pero niega la asociación de cualquier sentimiento de ansiedad).

La *anulación* es un intento de revertir mágicamente un suceso. Con la *formación reactiva* un impulso inconsciente inaceptable se sustituye por el opuesto. En el TOC se ha teorizado sobre una posible *regresión* de la fase genital edípica a la fase anterior pregenital.

En el desarrollo normal del ser humano, los impulsos agresivos son neutralizados y predominan los sentimientos afectuosos hacia los objetos significativos. En el TOC se cree que vuelven a surgir fuertes impulsos agresivos hacia los objetos queridos, lo cual produce un

desplazamiento hacia la ambivalencia y las dudas que paralizan al paciente.

Bibliografía: Hollander E, Simeon D.: Trastornos de ansiedad, en Tratado de Psiquiatría. Hales R, Yudofsky S. The American Psychiatric Press. Editorial Masson pag 582–594. Cuarta Edición. 2004.

Pregunta 18. Respuesta: D

Comentario: El *litio* y la *trazodona* han resultado ineficaces para el tratamiento del TOC en ensayos controlados.

Los *inhibidores de recaptación de serotonina* (ISRS) son el tratamiento de primera elección. Fluoxetina, fluvoxamina y sertralina tienen eficacia demostrada en grandes ensayos controlados. Paroxetina y citalopram son igualmente eficaces.

La *clomipramina* tiene eficacia demostrada en múltiples ensayos controlados, pero no suele utilizarse hasta que han fracasado 2 ISRS debido a su perfil de efectos secundarios.

Los pacientes que además de padecer un TOC presenten tics o personalidad esquizotípica, como patología concomitante, pueden ser tratados con *pimocida* y *haloperidol* como estrategia de potenciación, y aquellos pacientes con ansiedad muy intensa concomitante con *clonacepan*.

Sobre los inhibidores de la monoaminoxidasa apenas hay pruebas.

Bibliografía: Hollander E, Simeon D.: Trastornos de ansiedad, en Tratado de Psiquiatría. Hales R, Yudofsky S. The American Psychiatric Press. Editorial Masson, pag 582–594. Cuarta Edición. 2004.





Uribe Costa en un decenio tormentoso Génesis y evolución de un reto asistencial*

José Guimón

Catedrático de Psiquiatría de la UPV/EHU

Resumen:

La reestructuración de la Asistencia psiquiátrica en el País Vasco se inició en un periodo extraordinariamente delicado, el situado a caballo entre los últimos años del franquismo y la nueva democracia española. El contexto ideológico y político que enmarcó la experiencia condicionó cada uno de los pasos. El llamado “Consortio Uribe–Costa de Salud Mental” sirvió de banco de pruebas para el proyecto transformador y se inspiró en las tendencias progresistas psiquiátricas por entonces en boga en los países occidentales más avanzados. Lo que sigue es una reflexión personal, forzosamente subjetiva y limitada sobre su génesis y sus primeros años de evolución. Cito en este texto a muy pocas personas, tanto políticos como profesionales y administrativos, que he considerado indispensable procurado mencionar para hacerlo más riguroso, pero fueron muchos los que contribuyeron a esta aventura, a quienes ruego me excusen por omitirlos.

Se expone en primer lugar las circunstancias que motivaron el encargo de evaluación del Sistema Asistencial Psiquiátrico del País Vasco y de modificarlo para adaptarlo al de Psiquiatría de Comunidad que se juzgó más adecuado. Se describe luego los proyectos de docencia y de investigación que desarrollaron por entonces en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco en buena parte en conjunto con el Consortio Uribe Kosta y que influyeron en el diseño del plan asistencial y en la formación de los profesionales de la Salud mental de la zona. Se termina esbozando algunas predicciones sobre el futuro de la Asistencia psiquiátrica en esa comarca y en el País Vasco, a la luz de la evolución observada en el cuarto de siglo transcurrido desde entonces.

Palabras Clave:

Salud mental, Consortio Uribe Kosta, Psiquiatría comunitaria, reforma psiquiátrica.

La reestructuración de la Asistencia psiquiátrica en el País Vasco se inició en un periodo extraordinariamente delicado, el situado a caballo entre los últimos años del franquismo y la nueva democracia española. El contexto ideológico y político que enmarcó la experiencia condicionó cada uno de los pasos. El llama-

do “Consortio Uribe–Costa de Salud Mental” sirvió de banco de pruebas para el proyecto transformador y se inspiró en las tendencias progresistas psiquiátricas por entonces en boga en los países occidentales más avanzados. Se partió de una situación caótica y se evolucionó hacia un “orden” demasiado rígido como

* XXV Aniversario del Consortio Uribe Kosta de Salud Mental. Getxo, 24 de enero de 2008. Copyright: CORE Academic, Madrid.



consecuencia de la progresiva burocratización de Osakidetza que, al globalizarse, ha perdido buena parte de su frescor y creatividad inicial (f.1).

Lo que sigue es una reflexión personal forzosamente subjetiva y limitada sobre su génesis y sus primeros años de evolución. Cito en este texto a muy pocas personas, tanto políticos como profesionales y administrativos que he considerado indispensable, pero fueron muchos más los que contribuyeron a esta aventura a quienes ruego me excusen por omitirlos. He optado por exponer, en primer lugar, las circunstancias que motivaron el encargo de evaluación del Sistema Asistencial Psiquiátrico del País Vasco y de modificarlo para adaptarlo al modelo de Psiquiatría de Comunidad que se juzgó más adecuado. Describiré luego los proyectos de docencia y de investigación que se desarrollaron por entonces en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco (en buena parte en conjunto con el Consorcio Uribe Costa) y que fueron decisivos en el diseño del Plan asistencial y en la formación de los profesionales de la Salud mental de la zona. Terminaré este artículo esbozando algunas predicciones sobre el futuro de la Asistencia psiquiátrica en esa comarca y en el País Vasco, a la luz de la evolución observada en el cuarto de siglo transcurrido desde entonces.

1. La oposición al macroproyecto de la Diputación de Vizcaya

1.1. Los antecedentes asistenciales

Aunque el Dr. López Albo promovió antes de la Guerra Civil española la construcción de un Hospital Psiquiátrico en Derio para centralizar la Asistencia psiquiátrica en la provincia de Vizcaya, dispersa por entonces en los manicomios de Zaldibar y Bermeo, el proyecto fue abandonado, en parte por razones políticas, y el edificio fue dedicado a Seminario.

Los primeros intentos de modernización de la Asistencia psiquiátrica en el País Vasco surgieron en Vizcaya, provincia en la que la Diputación había tradicionalmente mostrado interés por estos pacientes desde su política de Beneficencia. El Dr. Mariano Bustamante Burón (f.2) propició, como Jefe de los Servicios Psiquiátricos Provinciales, la creación del Instituto Neuropsiquiátrico Nicolás Achúcarro der Zamudio, de concepción por entonces vanguardista, para pacientes agudos de ambos sexos (allí fui uno de los primeros internos) y un Consultorio Psiquiátrico ambulatorio en la calle Arbieta de Bilbao, en cuyos inicios en 1968 tuve la ocasión de colaborar con él. Por lo demás, funcionaban en la provincia un dispensario de Higiene mental, principalmente para niños y tres consultas de Neuropsiquiatría de la Seguridad Social con dos horas diarias de atención.

DEL CAOS AL ORDEN	ÍNDICE
<p>Chaos Chaos Chaos Order</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■1. Oposición al macroproyecto de la Diputación ■2. Democratización de la Asistencia ■3. Programas formativos dinámicos ■4. Vicisitudes del modelo comunitario ■5. El futuro

f.1. Del Caos al orden



f.2. El Dr. Mariano Bustamante.

La adscripción del Dr. Mezquita a la dirección del Psiquiátrico de Bermeo supuso un intento de modificación de ese centro (1)!. Otro fenómeno de interés fue la creación de 1971 con Mary Iturriaga, de la fundación OSA-BIDE, que se destinamos a la creación de hogares intermedios para los pacientes psiquiátricos y que, tras un lento, modesto y espinoso inicio de asistencia en un hogar de Sondica, fue fraguando en centros más consolidados, como el Hogar Izarra (2).

El quinquenio siguiente (1971–1976) fue marcado por el intento de poner en práctica los dispositivos asistenciales intermedios (Hospital de Día, etc.), los recursos terapéuticos sofisticados (3) y las actividades formativas propuestas por el modelo norteamericano de la Psiquiatría de Comunidad, al que nos fuimos haciendo afines varios de los miembros del Departamento de Psiquiatría de la Universidad (4).

En 1973 se inauguró el Servicio de Psiquiatría en el Hospital Civil de Basurto (f.3), con secciones de consultas extrahospitalarias, Psiquiatría Infantil y Psiquiatría de enlace. En 1974 se inició un programa de formación en psicoterapia de grupo, dirigido por especialistas de distintos lugares de España y de otros países (5–9). A finales del 76 se iniciaron las actividades previas a la constitución del Hospital de Día de Basurto, inaugurado en 1977. Este dispositivo fue el primero de este tipo en funcionar en España junto con el puesto en marcha por el Dr. Esteban Acosta en la Cruz Roja de Madrid y adoptó una orientación psicodinámica.



f.3. Hospital de Basurto.
 Pabellón de hospitalización (Escuza) e inauguración de las consultas externas.



1.2. El encargo del Colegio de Médicos

Se inició en 1975 el período de democratización abierto tras la muerte de Franco. La Diputación de Vizcaya atravesaba una grave crisis derivada de la inminencia de una transición política que se adivinaba pero que se dilataba, originando, entre otras dificultades, una seria reticencia por parte de los políticos y de los administradores a tomar decisiones y una casi sistemática contestación de la autoridad a todos los niveles^{II}. La crisis económica era importante y la actividad terrorista creciente, lo que originaba una situación social caótica.

La Diputación de Vizcaya consignó, tras negociaciones con Madrid, un crédito de tres mil millones de pesetas y se mostró dispuesta a poner en marcha un plan de reestructuración de sus servicios psiquiátricos, con un presupuesto de quince mil millones. Tal plan preveía la concentración de los centros asistenciales en terrenos aledaños al Hospital de Zamudio hasta disponer de un gran número de camas, con la intención de hacer desaparecer los hospitales de Bermeo y Zaldívar. La Diputación se vio forzada a consultar su proyecto con el Departamento de Psiquiatría de la Universidad y con el Colegio de Médicos.

Por entonces empezaron a participar democráticamente en los planes de salud y en concreto en los de Psiquiatría diversas entidades locales. La Asociación Vasco-Navarra de Neuro-Psiquiatría votó en una junta ordinaria la realización de una ponencia sobre Asistencia psiquiátrica propuesta por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Bilbao y la Asociación Argibide, que fue leída en el congreso de Pamplona, y en la que se abogaba por una Asistencia psiquiátrica sectorial^{III}. El presidente del Colegio de Médicos de Vizcaya encargó a nuestro Departamento de Psiquiatría la elaboración de un informe sobre las posibilidades de reestructuración de la Asistencia psiquiátrica^{IV} que esa corporación adoptó como propio. En las reuniones de representantes del Colegio de

Médicos y del Departamento de Psiquiatría con la Diputación se llegó (muy a pesar de los representantes de esa corporación) a la conclusión de la necesidad de realizar una evaluación del Sistema antes de tomar decisiones que pudieran hipotecar el futuro cambio asistencial.

2. La democratización de la Asistencia: El Plan de Reforma Psiquiátrica

Se constituyó por entonces una Asamblea de Psiquiatras de Vizcaya (cuya corta vida alguien debería escribir) para cooperar en la elaboración de un Plan psiquiátrico^V. En 1978, la Consejería de Sanidad del llamado “Consejo General Vasco”^{VI}, de acuerdo con las Diputaciones vascas, encargó a los doctores Ajuria-guerra (f.4), Guimón y Cristóbal el estudio de la situación asistencial en el País Vasco. En la primera reunión de ese equipo se decidió incorporar a un representante de la provincia de Álava, el Dr. Arzamendi. Se encargó a la fundación OMIE (puesta a punto para realizar los estudios necesarios^{VII}, coordinados por el sociólogo Agustín Ozamiz) la elaboración del estudio en Vizcaya y Guipúzcoa, y a otra sociedad el estudio en Álava. Los trabajos se realizaron durante 1978 y se entregaron en 1979. Para comentar y discutir los resultados se celebraron 3 symposia sobre los problemas más graves^{VIII}. Las conclusiones de estas reuniones nos llevaron a realizar estudios más extensos^{IX}. Buena parte de los estudios fueron realizados en la comarca Uribe Costa, subvencionados por los representantes de los ayuntamientos, impulsados de forma entusiasta por el Dr. López Arostegui y coordinados por Agustín Ozamiz y Enrique Sacanell^X.

En 1983 concluyó la redacción de un plan definitivo, que fue publicado y ampliamente difundido (10). El Plan, en definitiva, suponía una asistencia descentralizada, sectorial, con continuidad de cuidados del mismo equipo al mismo paciente, desviando el centro de gravedad institucional antes centrado en el Hospital Psiquiátrico hacia el Hospital General y hacia la comu-



f. 4. El Prof. Julián Ajuriaguerra coordinador del Plan de Asistencia.

nidad^{XI}. Las Comisiones de Psiquiatría Infantil, Psicogeriatría, Legislación Psiquiátrica y Psiquiatría de la Adolescencia realizaron poco después sus informes.

Durante todos esos años los principales asesores del proyecto fueron los Dres. Ajuriaguerra, Trujillo, Rojas Marcos y Henderson. En el campo de los programas de formación los principales asesores fueron los Dres. Arroyave, Campos y Malcom-Pines.

Decidimos realizar un proyecto piloto en un área de Vizcaya que permitiera ensayar los programas y dispositivos que luego se generalizarían a todo Euskadi. Las características socio-demográficas variadas y la entusiasta colaboración de los Ayuntamientos de la Comarca llamada “Uribe Costa” nos hicieron escogerla para este fin, creándose un “Consortio” como figura administrativa para vehicularlo^{XII}. Esta figura resultó ser clave para el buen funcionamiento del proyecto porque la proximidad de los representantes les permitió, bajo la presidencia el Dr. López Aróstegui, una participación muy creativa^{XIII}.

3. Los programas formativos dinámicos

La gestación del Plan psiquiátrico del País Vasco no se comprendería sin tener en cuenta las experiencias formativas que se desarrollaron desde los años setenta estrechamente en contacto entre los profesores responsables del Departamento de Psicología y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Bilbao creada por entonces y los primeros psiquiatras responsables de Uribe Kosta, los Drs. Ayerra y Lasa^{XIV}.

La mayoría de los profesionales que colaboraron en Uribe Kosta se formaron en los cursos de Psiquiatría de Comunidad, centrados sobre todo en la enseñanza de distintas formas de Psicoterapia y que constituyeron un programa de Residencia en Salud Mental, en aquella época en que no existía todavía una formación nacional reglada para los especialistas^{XV}.

La ideología que flotaba en el ambiente era “dinámica” Los autores que influyeron más por sus obras en los programas que impartimos fueron, en relación con los pacientes graves entre otros, Bion, Searles, Menninger, Meltzer, a través de sus obras y García Baradacco y

Barenblit a través de su contacto personal. Eran todos ellos psiquiatras clínicos que habían tratado pacientes en situación hospitalaria con métodos dinámicos aportando cada uno su especificidad.

La práctica se vio alentada ya desde durante varios años antes del proyecto de reforma psiquiátrica del País Vasco por la de la “Psiquiatría de comunidad”, con muchos elementos (iniciados en el hospital de día de Basurto) de las comunidades terapéuticas psicoanalíticas (f.5)



f.5. García Badaracco.

En lo que se refiere a la Psiquiatría infantil, las influencias fueron también predominantemente psicoanalíticas, provenientes de la Escuela de Ginebra, sobre todo de Ajuriaguerra, Manzano y Palacios, pero también de algunos autores británicos como Bowlby y Winnicott.

Todas estas actividades numerosas y prolongadas en el tiempo hicieron que la transformación de la Asistencia psiquiátrica en el País Vasco fuera, a mi modo de ver, menos traumática que la que sufrió el resto de España. Bien es verdad que la situación asistencial de partida era ya mejor en el País Vasco, donde las Diputaciones habían prestado tradicionalmente más interés y más medios a la Psiquiatría que en el resto del Estado.

En cualquier caso, lo cierto es que, hasta 1970 no existía en el País Vasco ningún profesional del campo de la Salud mental que contara con cierta experiencia en psicoterapia analítica, excepto Bustamante, que se había psicoanalizado en Madrid con Garma y Bruno Rueda, instalado en Vitoria, que había tenido cierta formación en Suiza. A partir de ese año, algunos psiquiatras más, comenzaron a interesarse por esa orientación terapéutica^{XVI}.

Yo había realizada un inicio de formación psicoanalítica en Ginebra en 1969 y, en 1974, motivado por la constatación del auge las técnicas en los EE. UU durante mi estancia allí, a mi regreso entré en contacto con tres terapeutas de grupo residentes en Madrid que colaboraron entusiastamente en organizar un programa de psicoterapia de grupo para profesionales que ejercían en el sector público o en el privado en el campo de la Salud mental^{XVII}. Desde 1980 se realizaron anualmente seminarios experienciales intensivos con diferentes psicoterapeutas internacionales^{XVIII}. Algunos profesionales que habían participado en nuestros programas comenzaron su formación psicoanalítica en Madrid^{XIX}. El programa incluía formación teórica y práctica durante un mínimo de tres años, aunque la mayoría de los candidatos emplearon cinco o más años.

Los organizadores del programa quedamos un tanto decepcionados por la influencia relativamente pequeña que la experiencia había tenido sobre la Asistencia pública de la zona. En efecto muchos de los profesionales se orientaron hacia la práctica psicoanalítica individual en el sector privado. Aunque otros continuaron trabajando en el sector público y, pese a que algunos de ellos llegaron a ocupar posiciones de considerable responsabilidad, la práctica de la psicoterapia dinámica fue excepcional durante aquellos años en los centros públicos de nuestro ambiente.

En 1982 organizamos un seminario en Cestona con el Instituto de Análisis de Grupo de



(f.6): Grupo de formación en Barcelona.

Londres^{XX}. Acudieron 50 profesionales del País Vasco y entre los conductores de los grupos se contó con la presencia del doctor Malcom Pines, por entonces presidente del Institute of Group Analysis^{XXI}. El éxito obtenido nos animó a organizar un programa con ese Instituto en los años posteriores. El programa^{XXII} se viene realizando en Bilbao, en Barcelona y Ginebra (f.6) con notable éxito hasta nuestros días o en forma de seminarios secuenciales. (11)

Por otra parte, en 1975 pusimos en marcha en el Hospital de Basurto con el Departamento de Psiquiatría de la UPV un programa que llamamos la “Psiquiatría de comunidad”, destinado a los médicos generales, médicos de asistencia primaria, a los psicólogos, asistentes

sociales, maestros, y a todas aquellas personas que trabajan en agencias comunitarias susceptibles de tratar con personas con problemas psicológicos. Ese programa tuvo una audiencia y un éxito notables^{XXIII}. A él acudieron buena parte de los futuros profesionales de Uribe Costa. Pronto formó el programa parte del Instituto de especialidades de Basurto y posteriormente se convirtió en el Master de Salud Mental que se sigue impartiendo allí en colaboración con la Fundación OMIE y la Universidad de Deusto y en el que se han graduado varios centenares de profesionales. Todas estas actividades hicieron que, desde OMIE, fuéramos pioneros de la creación de la FEAP, que posteriormente ha tenido un desarrollo importante en España. (f.7).

(f.7) Acto de Fundación de la Federación Europea de Psicoterapia (FEAP), Bruselas



4. Vicisitudes del modelo comunitario

4.1. La transformación del internamiento psiquiátrico

Las dificultades que habían rodeado la instauración de la Psiquiatría comunitaria años antes en los países occidentales se presentaron también, como no podía ser menos, en el País Vasco. Poco a poco se fueron poniendo en práctica algunas de las previsiones del Plan de Reforma Psiquiátrica: se inauguraron unidades de Psiquiatría para estancia corta en los Hospitales de Basurto en Bilbao y Santiago Apóstol en Vitoria, con servicios de urgencias las 24 horas en ambos centros.

En lo que se refiere a Vizcaya, como quiera que, a la espera de la construcción del citado macrosistema asistencial proyectado en su día en Zamudio, los Hospitales de Zaldívar y Bermeo habían sido abandonados en su mantenimiento y se hubieron de cerrar en ellos numerosas dependencias lo que dejó a finales de los años 80 a la provincia con el índice de 0,8 camas por 1.000 habitantes^{XXIV} notoriamente insuficiente. En consecuencia, los efectos que se habían observado en otros lugares con la desinstitucionalización indiscriminada de los enfermos se comenzaron también a observar en nuestra provincia: prolongadas listas de espera de pacientes para ingreso en los hospitales, presencia en la comunidad de enfermos inadecuadamente asistidos, con comportamiento asocial, etc.

Poco a poco se realizaron importantes obras en los tres sanatorios Psiquiátricos de la Provincia para habilitar unidades de estancia corta y nuevas camas bien instaladas que permitieran programas terapéuticos activos de estancia media.

La Diputación no desarrolló las iniciativas propuestas de creación de Centros de atención extrahospitalaria. Los Centros que se crearon con la denominación de módulos fueron impulsados y organizados por los propios profesio-

nales de las zonas afectadas por la carencia asistencial. Pese al entusiasmo con que fueron creados, la ausencia de proyectos claros de funcionamiento y la carencia de una ayuda económica consistente por parte de la Diputación, mermó su eficacia. Más tarde se homogeneizaron y financiaron ya más regularmente los módulos Psicosociales^{XXV}.

El aumento durante esos años del consumo de drogas ilícitas, en particular de la heroína, añadió serios problemas a la ya saturada red asistencial. Se cometió desde el Gobierno el error de crear una red paralela de asistencia a las toxicomanías, lo que mermó la eficacia de la actuación en ese campo. En Uribe Costa (f. 8) se creó un Servicio de toxicomanías dirigido por el Dr. Prendes en los mismos locales que el Servicio de adultos en el que se acabó integrando plenamente al cabo de dos años.



f.8. Vista del edificio inicial en Getxo.

Los dispositivos y programas desarrollados en el servicio de adultos de Uribe Costa^{XXVII} durante aquellos años bajo la dirección del Dr. Ayerra, especialmente el hospital de día orientado como comunidad terapéutica y las reuniones con los médicos de atención primaria resultaron de extraordinaria eficacia para contener esa situación en el área. El servicio de Psiquiatría infantil fue, bajo la dirección del Dr. Albero Lasa^{XXVIII} perfilando y poniendo en práctica programas hasta entonces desconocidos en el País Vasco y en el resto de España.

La estructura se completaba con una Oficina de Información y Actividades comunitarias, dirigida por Enrique Sacanell y unos comoletos Servicios administrativos dirigidos por Gloria Quesada.

Cuando en 1984 el Gobierno Central redactó el informe de la Comisión Interministerial para la Reforma Psiquiátrica^{xxxix}, en el que participé, la Comunidad Autónoma Vasca había avanzado ya un largo camino en las mismas líneas que fueron propuestas por ese informe.

En los años siguientes se presentaron numerosas dificultades administrativas en todo el País Vasco y por descontado en Uribe Costa por la falta de transferencia del Insalud a Osakidetza así como por la insuficiente articulación entre planificación y gestión (reflejada en la dicotomía la Salud Mental de la Consejería Gobierno Vasco y la Salud Mental de Osakidetza). Al principio de 1984 surgió una nueva dificultad, mayor en Uribe Costa que en otros sectores al producirse la necesaria transferencia de los centros psiquiátricos de la Diputación a Osakidetza. La comunicación volvió a hacerse más difícil, la Administración se complicó y, se tardó unos años a superar la confusión que este tipo de cambios administrativos necesariamente produce.

Una Comisión para la Reforma de los Servicios de Salud Mental de la CAPV^{xxx} señaló que, para 1989, aunque la cumplimentación de los objetivos propuestos por el mencionado plan fue más lenta de lo previsto, resultó bastante satisfactoria desde el punto de vista cuantitativo^{xxxi}. En 1992 se había desarrollado la red de consultas ambulatorias. Se habían convertido en mixtas las unidades de corta y media estancia de los hospitales psiquiátricos de Zaldibar y Bermeo. Se habían integrado en Osakidetza los recursos permanentes del INSALUD con lo que la integración de la salud mental era ya prácticamente total, y también se habían integrado desde 1990 casi todos los módulos psicosociales y el Consorcio Uribe Costa. Se

habían creado ya las Juntas de Distrito en todas las comarcas sanitarias y se habían establecido jefaturas de los servicios hospitalarios y de los centros de Salud Mental, así como una dirección colegiada de las comarcas.

Durante esos años se contó con bastantes profesionales más pero con una rotación de colaboradores inadecuada forzada por la política de personal de Osakidetza.

4.2. La sectorización

Como lo proponía el movimiento de Salud mental comunitaria en Uribe Costa se intentó implantar la sectorización, el trabajo en equipo, la participación de la población en las responsabilidades de gestión de los servicios, la prevención, la intervención de crisis. En 1980 se había ya elaborado un proyecto^{xxxii} (12) en el que se enumeraban los siguientes servicios con los que contar la red:

1. Oficina de Información y coordinación en salud mental.
2. Servicio ambulatorio con eventual equipo de intervención en crisis.
3. Hospital de Día.
4. Centro de atención de drogadictos.
5. Unidad médico-pedagógica.
6. Alojamientos protegidos (instituciones de transición).
7. Talleres protegidos.
8. Unidad de hospitalización, que deberá encontrarse, momentáneamente, en el Centro Neuropsiquiátrico Nicolás de Achúcarro de Zamudio. Salvo los alojamientos protegidos, el resto de los servicios estuvieron pronto en funcionamiento.

La sectorización en Uribe Kosta permitió la desinstitucionalización de numerosos pacientes psiquiátricos y evitó la hospitalización de muchos nuevos casos al mejorar la continuidad de la Asistencia entre el ámbito hospitalario y el extra-hospitalario. Se mejoró la accesibilidad, la disponibilidad y la colaboración con otros agentes comunitarios; aumentó la detec-



ción de los pacientes; facilitó la interacción de los servicios; permitió apoyar y educar mejor a las familias y al paciente en grupos multifamiliares; y promovió servicios generales más bien que especializados.

Entre las limitaciones de esa organización, algunos usuarios han señalado que se limitó la elección del servicio y del profesional por parte del paciente (13)^{XXXIII}. No cabe duda que el concepto mismo de «sector» se ha tornado menos evidente en algunas de las localidades de la comarca de Uribe Kosta que se han convertido en pueblos-dormitorio. Muchos usuarios no encuentran ventajas o buscan una asistencia cercana a su domicilio y la prefieren obtener próximas a su lugar de trabajo, en general el casco urbano de Bilbao. Por otra parte, el tamaño de la comarca es demasiado reducido como para que puedan crearse ciertos programas especializados (trastornos de la alimentación, detección de ciertas psicosis precoces, tratamiento específico para patologías poco frecuentes) que deben ser inter-sectoriales.

A pesar de estas dificultades, parece justificado que se continúen con la sectorización inicial, aunque se realiza con cierta flexibilidad, asegurando a la vez la coherencia con los demás sectores a fin de poder, por ejemplo, disponer de una paleta de asistencia homogénea, basada en resultados científicos y no en creencias o actitudes de ciertas escuelas psiquiátricas a las que pueda pertenecer el responsable del sector.

Aunque, en ciertos países, la Psiquiatría geriátrica, la Psiquiatría infantil y la Psiquiatría adulta han obtenido el reconocimiento de subespecialidades con las correspondientes prerrogativas académicas y financieras, en otros países, entre ellos España, se han retenido criterios para el mantenimiento de una única especialidad. Suiza, que reconoce desde hace tiempo las dos especialidades de Psiquiatría y de psicoterapia del adulto y del niño, ha recha-

zado después de largas discusiones, la idea de aceptar otras subespecialidades.

En una época en la que el rol del médico general está en vías de revalorización, después de décadas de una tendencia excesiva a la especialización, consideramos acertada la decisión de los responsables de Uribe Kosta de haber fortalecido el rol de psiquiatra generalista. Salvo los Servicios de Psiquiatría de adultos y de Psiquiatría infantil, pioneros en España, no subsisten más grandes, servicios especializados. El de drogodependencias se integró con el de adultos. Respecto a la psicogeriatría, se realizó un estudio sobre las necesidades que no llevó a la creación de un servicio, pero sí a varias actuaciones, por ejemplo sobre dos residencias de ancianos. Lo mismo se puede decir de un programa recientemente instaurado para trastornos de alimentación.

4.3. La prevención

En Uribe Kosta se estudió, bajo la coordinación de Ozámiz, Guimón y Sacanell, la prevalencia de los síntomas psiquiátricos y del consumo de alcohol y drogas en la población de Getxo. Se realizó también una comparación de la red social de los habitantes de Getxo con un instrumento norteamericano. También se estudió la sintomatología psiquiátrica de pacientes que se atendían en un ambulatorio de Getxo^{XXXIV}; la prevalencia del alcoholismo y las toxicomanías; actitudes sobre la enfermedad mental (15,16); el estado de salud de la población de Getxo (17), y las actitudes ante el consumo terapéutico de psicofármacos (18).

Los datos obtenidos de estas investigaciones permitieron abordar un programa ambicioso. Se realizaron reuniones periódicas con los médicos de atención primaria y maestros. Se hicieron intervenciones sobre varias residencias de ancianos y talleres de niños discapacitados. Se llevaron a cabo reuniones periódicas sumamente útiles con los responsables políti-

cos de los distintos ayuntamientos y algunas campañas de información.

Aunque el paso a Osakidetza disminuyó la independencia del Consorcio, dificultó muchas actividades y disminuyó el entusiasmo, muchas de las acciones preventivas se siguen realizando actualmente y se han introducido nuevos programas como los de intervención sobre las familias de enfermos paliativos y en coma que se realiza en Gorliz.

Aunque las cifras concretas han sido reflejadas en las distintas memorias de los servicios por sus responsables, sin duda puedo afirmar como observador externo al sistema, que es el más completo de los establecidos hasta ahora en España.

4.3. La atención a pacientes graves

Es hoy bien sabido que la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos sólo tiene éxito cuando existen los recursos comunitarios adecuados, puesto que, en caso contrario, puede ser contraproducente por provocar, a la larga, resistencias en la población a la aceptación de estos enfermos en su seno. Entre los años 50 y 80 se llevaron a cabo grandes esfuerzos en el mundo entero para utilizar la psicoterapia dinámica (especialmente la grupal) como un elemento esencial del tratamiento psiquiátrico. El programa puesto en marcha en Uribe Kosta a partir de las iniciativas del Departamento de Psiquiatría siguió esa línea. Con la aparición de los modernos psicofármacos las comunidades terapéuticas hospitalarias, basadas en la mejoría del ambiente terapéutico de las instituciones, que fueron un elemento esencial de la Psiquiatría comunitaria (e inspiraron el hospital de día de Uribe Kosta), cayeron en desuso y se vieron confinadas a las unidades a medio camino y a las comunidades de toxicómanos. Sin embargo, a veces sin reconocer la paternidad, el espíritu de las comunidades terapéuticas ha vuelto al panorama de los cuidados psiquiátricos.

Es de esa forma (si se quiere «descafeinada») que ha persistido en Uribe Kosta. (hoy sólo “Uribe” al anexionarse otros lugares no costeros). Su Servicio de “Hospital de día”, concebido como una comunidad terapéutica de estructura multifamiliar en el sentido de García Badaracco, ha resultado un medio netamente contenedor para los pacientes con patología grave que ha despertado gran interés en España y en otros países.

5. El futuro en una «Psiquiatría gestionada»

5.1. La crisis de la Psiquiatría dinámica

Actualmente, en el mundo entero y tengo la impresión que también en Uribe Costa, los profesionales responsables de las instituciones psiquiátricas (y en general de las médicas) han perdido casi todo su poder político. En los últimos veinte años se impone en todo el mundo una irreversible globalización, un conjunto de procesos sociales, políticos, económicos y culturales que han aumentado la interconexión e interdependencia entre los países llevando a la constitución del mundo en un campo único. En ese proceso los abordajes psicodinámicos no están siendo bien difundidos, en parte por una excesiva prudencia de los psicoanalistas, con lo que su influencia en este poderoso medio es escasa.

En algunos países se han tomado, de hecho, medidas restrictivas respecto a la utilización del Psicoanálisis en los servicios públicos. En lo que concierne a los usuarios, la enorme difusión de los métodos de información bibliográfica a través de fuentes de datos difundidas por Internet ha facilitado al público el conocimiento de los diferentes abordajes existentes en salud mental, mitigando las diferencias ideológicas.

Lo cierto es que, para el aproximadamente 5% que padece trastornos psíquicos graves el Psicoanálisis tiene hoy mucho menos eficacia que la Psicofarmacología y que algunas otras



técnicas psicoterapéuticas. Sin embargo para el otro 20% de la población que tiene un sufrimiento psicológico importante pero muchas veces no detectado como de origen psíquico por los profesionales, podría ser de extraordinaria utilidad en formas modificadas breves, grupales, etc. Desafortunadamente una gran parte de esas personas buscan técnicas más o menos esotéricas y pasan de lado de la ayuda dinámica.

Es muy difícil de medir la eficacia del Psicoanálisis entendido como tal pero hay ya unas investigaciones que las prueban y muchos testimonios de pacientes y profesionales que lo confirman de los que no hay por qué dudar. Las psicoterapias dinámicas breves tienen una eficacia notable en algunos trastornos aunque su eficacia sea más difícil de demostrar que la de otras técnicas. En cualquier caso hay que huir del grave error de hablar de técnicas sobre las que no hay "pruebas substanciales" de eficacia (without substantial evidence) como si no tuvieran un "valor substancial" (*without substantial value*)^{xxxv}.

En realidad, para los enfermos psiquiátricos, el Psicoanálisis se revela largo y doloroso. Aun cuando para ciertos diagnósticos el análisis representa una de las mejores indicaciones, los pacientes piden un alivio rápido de su sufrimiento y, para la mayoría de los trastornos, los fármacos y ciertas terapias no-analíticas ofre-

cen resultados sintomáticos más evidentes. Pero no es menos cierto que una actitud informada desde un punto de vista dinámico representa un beneficio para la mayoría de los pacientes psiquiátricos. Ello incluye a los que presentan trastornos graves y crónicos que pueden ser ayudados en medios con ambientes específicos como los existentes en Uribe Kosta y otros dispositivos que se podrían crear.

Creo que en el futuro de la salud el Psicoanálisis será particularmente útil para los profesionales de la atención primaria y Uribe Kosta está en excelente situación para seguir haciendo esa labor. La mayoría de los enfermos van hoy a los servicios públicos para buscar ayuda para alteraciones que provienen de sus dificultades interpersonales aunque disfrazadas de síntomas físicos. Sin embargo, son atendidos por personal que ha recibido muy poco entrenamiento durante su formación en comprender las relaciones interpersonales y menos aún en las relaciones terapéuticas. Están además, si no enfermos psíquicamente, frecuentemente desesperanzados y desilusionados con sus vidas profesionales y con las relaciones que tienen con sus administradores. Paradójicamente no aceptarían que se les recetara medicaciones psicótropas para sus problemas y, en cambio, sí las recetan ampliamente a sus clientes^{xxxvi}. Es indispensable ayudarles psicológicamente y formarles para ser capaces de atender a esas demandas de forma adecuada^{xxxvii}.



BIBLIOGRAFÍA

1. González Roa G, Mezquita J, Guimón J. Evolución de la asistencia en un hospital psiquiátrico. *Archivos de Neurobiología* 1976;39(5):363-394.
2. Cea C. El hogar Izarra. *Psiquis* 1982.
3. González de Mendivil E, Ayerra Balduz JM. Una experiencia de grupo multifamiliar con madres de chicos deficientes y de psicóticos. In: Ávila A, García A, editors. *Aportaciones de la Psicoterapia de Grupo a la Atención pública en salud mental*. Madrid: Quipú ediciones/S.E.G.P.A.; 1994. p. 143-154.
4. Guimón J, Rojas Marcos L. Psiquiatría de comunidad: una visión crítica. *Archivos de Neurobiología* 1976;XXXIX(2).
5. González C, Yllá L, Guimón J. Nuestra experiencia en formación psicoterapia. Formación en psicoterapia grupal. *Actas Luso Española de Neurología y Psiquiatría y Ciencias Afines* 1978;6(5):419-425.
6. Guimón J. Training in Psychotherapy. In: Lopez-Ibor JJ, Saiz J, Lopez-Ibor JM, editors. *General Hospital Psychiatry*. Amsterdam: *Excerpta Medica*; 1983. p. 95-100.
7. Guimón J, Ayerra JM, Sunyer M, Yllá L, Arroyabe F, Campos J. La formación en psicoterapia de grupo en Bilbao: descripción de una experiencia de 11 años. *Revista de Psicología General y Aplicada* 1985; 40(4): 811-820.

8. Guimón J. La formation du psychothérapeute de groupe. In: La formation en psychothérapie de groupe et psychodrame. Ed. Argot; 1986. p. 59–77.
9. Guimón J. Group Psychotherapy in Spain. Review of the International Group Psychotherapy Association 1989.
10. Ajuriaguerra de J, Aizpuri J, Arzamendi AC, Candina A, Cristobal R, Ciganda M, et al. *Plan de asistencia psiquiátrica y salud mental*. In: Colección Informes Técnicos; 1983; Vitoria, 1983: Publicaciones del Gobierno Vasco; 1983.
11. Guimón J, Ayerra JM, Trojaola B, González E, de la Sierra E. Thirty Years Experience of Group Analytic Training in Bilbao. *The European Journal of Psychiatry* 2004; 18(Sup): 27–33.
12. Appel C. Women just fall under the table... Awareness for gender issues among German EAP's. In: 17th Alcohol Epidemiology Meeting Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol; 1991 June 9–14 1991; Sigtuna; 1991. p. 1–17.
13. Hansson L. *Sectorization*. In: Thornicroft G, Szmulker G, editors. Textbook of Community Psychiatry. New York: Oxford University Press; 2001.
14. Thornicroft G, Strathdee G, Phelan M, Holloway F, al. e. Rationale and design: The PriSM Psychosis Study. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173:363–370.
15. Ozamiz JA. *Actitudes hacia las enfermedades mentales en el País Vasco* [Tesis doctoral]. Madrid; 1980.
16. Ylla L, Ozamiz A, Guimón J. Sociedad, cultura y actitudes hacia la enfermedad mental. *Psiquis* 1982;3:30–38.
17. Guimón J, Ozamiz A, Ylla I. Estudio sobre la Salud Mental en la población de Getxo. In: Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría; 1983; Jaca; 1983.
18. Guimón J, Ozamiz A, Viar I. Actitudes de la Población ante el Consumo Terapéutico de Psicofármacos. In: VII Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; 1980; 1980. p. 165–175.
19. Breslow E. Emergency Psychiatric Services. In: Thornicroft G, Szmulker G, editors. Textbook of Community Psychiatry. New York: Oxford University Press; 2001. p. 265–277.
20. Fields S, Weisman GK. Crisis residential treatment: an alternative to hospitalization. *New Directions for Mental Health Services* 1995.
21. Guimón J. Scope and Limitations of Psychoanalysis in Clinical Psychiatry. In: (Eds.) JGSZdF, editor. *Challenges of Psychoanalysis in the 21st Century*. New York: Kluwer Academic; 2001. p. 133–149.

- I El inicio de un trabajo de sector en aquella zona, apoyado por otros psiquiatras (provenientes algunos de fallidas experiencias como la del Hospital psiquiátrico de Oviedo) marca un hito en la política asistencial comunitaria.
- II Pronto surgió la conciencia de que su funcionamiento no se adecuaba a las modernas exigencias asistenciales ni a los cambiantes modos de dinámica sociopolítica. Determinados movimientos espontáneos de la organización (creación de asambleas de trabajadores y de gestoras en las instituciones, nombramientos de nuevos directores, etc.) no lograron modificar su rigidificado funcionamiento y se detectaron pronto las graves deficiencias asistenciales que fueron ampliamente aireadas por la Prensa.
- III En la ponencia que nos encargaron se recogían datos sobre los recursos asistenciales de la provincia de Vizcaya. Los doctores Madoz y Muñoz, por su parte, aportaron los datos epidemiológicos sobre la provincia de Navarra que, por el rigor científico con que habían sido obtenidos y realizados, resultaban pioneros en el Estado español.
- IV El equipo del Plan de Salud de Vizcaya impulsado por el Colegio de Médicos incluyó un estudio sobre la Psiquiatría en su informe en el que también se hacía hincapié en la necesidad de una política sectorial
- V Se vio la necesidad de tal estudio ante la decisión de las diputaciones forales de realizar importantes inversiones económicas para psiquiatría, ante la ausencia de un conocimiento adecuado de los recursos asistenciales y de las demandas de la población que permitiera emplear en forma óptima tales recursos, y para poder evaluar en su día los resultados de tales inversiones.
- VI A través del apoyo entusiasta del Viceconsejero de Asistencia Sanitaria, José Andrés Gorritxo y del Director de Sanidad y Seguridad Social, Ángel Larrañaga.
- VII OMIE funcionó informalmente desde 1980 y, la Ministra de Cultura española Soledad Becerril, le dio el permiso para actuar en 1982 hasta su reconocimiento posterior por el incipiente Gobierno Vasco.
- VIII Se realizaron tres simposios sobre los problemas principales detectados: La Esquizofrenia (Lejona, 1979), Drogodependencia (Fadura, junio 1980) y Psicogeriatría (San Sebastián, 1980).
- IX En primer lugar se realizaron estudios parciales de prevalencia en la población hospitalaria en los hospitales psiquiátricos de nuestra provincia y de las otras provincias vascas.
- X En esos estudios intervinieron Imanol Kerejeta, Javier Ballesteros, Karmelo Araluze, Iñaki Santos, Begoña Iriondo, Ignacio Ayani, Ana Madariaga, Fernando Marquinez, Javier Plorcillo, Itziar Plura, Miren Albizer, Ibon Zorroza, Kristian Amezaga, e Isabel Smith. Se realizó una descripción de la población atendida en los diversos servicios psiquiátricos de Vizcaya procedentes del municipio de Getxo; la descripción de los recursos asistenciales de la zona y un análisis epidemiológico de la población de Getxo incluyendo estudios epidemiológicos sobre alcoholismo y drogadicción, una encuesta acerca de la salud psíquica general y sobre consumo y actitudes ante los psicofármacos.
- XI Se establecían una relación de objetivos a corto y medio plazo en relación con: el logro de una comarcalización de la estructura asistencial; la integración de los dispositivos de salud mental en el sistema sanitario; la elaboración y puesta en marcha de programas asistenciales específicos; el desarrollo de la investigación y de la docencia, etc.
- XII No faltaron críticas al proyecto como el informe presentado por Ernestina Presser.
- XIII Inicialmente, el Consorcio fue subvencionado a mitades entre los Ayuntamientos de la zona y la Diputación de Vizcaya. Al crearse Osakidetza, esta entidad se hizo cargo del 25%, la Diputación de otro 25% y los Ayuntamientos del 50%. El Consorcio fue presidido los dos primeros años por J.M. López Aróstegui y posteriormente, tras la escisión de PNV y EA, por Maite Calzada y por Itziar Araluze, hasta su desaparición con la integración en Osakidetza y el traspaso de competencias del Insalud. Por parte de la Diputación, la Consejería de Sanidad y de Osakidetza las personas más implicadas fueron José M^a Zaldúa, Ángel Larrañaga y José Andrés Gorritxo.



- XIV Inicialmente las actividades formativas se organizaban en el Instituto de Psicoterapia de Bilbao, creado en la calle Manuel Allende, en abril de 1977 por José Guimón, Luis Yllá, Isidoro Delclaux y Miguel Gutiérrez, que previamente habían iniciado sus actividades en la Clínica Guimón. En sus locales se realizaban buena parte de los actos teóricos y prácticos. Sobre psicoterapia breve analítica realizamos algunos cursos con Manuel Trujillo aunque no las incorporamos de forma sistemática a nuestro quehacer clínico. En relación con la terapia familiar realizamos seminarios con profesionales del Instituto Ackerman de Nueva York aunque con orientación más bien sistémica. González de Rivera realizó varios cursos y seminarios de relajación muscular autógena que fue incorporada a las técnicas sobre todo por Pilar Puertas e Isidoro Delclaux aunque posteriormente fueron aplicadas por otros terapeutas en ocasiones precisas con muchos pacientes. Realizamos también seminarios de la terapia de la conducta en el tratamiento de las fobias lo que dio origen a un Symposium sobre neurosis fóbica. Posteriormente, en 1983 las actividades teóricas fueron tomadas a cargo por la Fundación OMIÉ creada por José Guimón, Ricardo Dávila y Agustín Ozámiz y las actividades clínicas quedaron en el Instituto que sería el esbozo del sistema asistencial privado AMSA, fundado por José Guimón, Norberto Mascaró, José Mariano Galletero e Iñaki Eguiluz, a quienes se unió posteriormente Iñaki Zabala.
- XV En 1973 habíamos creado en el departamento de Psicología de Lejona una unidad de psicodiagnóstico infantil con Karnele Atucha en la que colaboraban Asunción González-Pinto, Socorro Martín y Charlotte Crawford y otra de diagnóstico de adultos con Diego Luna, Miguel Gutiérrez, Isabel Zuloaga y Agustín Ozámiz. El equipo inicial de 1973 se dividió en 1975 y una parte se trasladó al Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto, creado por entonces. Otra parte se quedó en Lejona y con Asunción González-Pinto al frente y continuó trabajando en psicodiagnóstico hasta 1982 en que Asun González Pinto y otros se incorporaron al servicio de Psiquiatría infantil de Uribe Costa, bajo la dirección de Alberto Lasa.
- XVI Aproximadamente por esa época, se realizaron experiencias de tratamiento de pacientes alcohólicos en un contexto grupal, una de ellas psicoanalíticamente orientada, destinada a mujeres que previamente habían permanecido ingresadas por corto tiempo en el Instituto Neuropsiquiátrico Nicolás Achúcarro de Zamudio, recién inaugurado por entonces.
- XVII Luis Yllá graduado en técnicas de grupo en Berlín, comenzó a acudir semanalmente a Bilbao donde inició un grupo de psicoterapia de dos sesiones, realizadas en días consecutivos, a la que asistieron 10 colaboradores del Departamento de Psiquiatría. Desde 1976 a 1978, el doctor Carlos González comenzó a viajar a Bilbao y organizó un nuevo grupo de profesionales. Su trabajo fue continuado durante dos años más por el doctor Pacho O'Donnell, de Buenos Aires, quien, adicionalmente, realizó seminarios experienciales de psicodrama.
- XVIII Como el doctor Walter Schindler de Londres, la doctora Olga Silverstein de Nueva York, la doctora Nina Fieldsteel de Nueva York, etc.
- XIX En 1979 actuamos como ponentes en la reunión anual de la Sociedad Española de Psicoterapia Analítica de Grupos recogiendo abundante documentación sobre la experiencia. El programa fue objeto asimismo de una comunicación al Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría celebrado en Barcelona y de una revisión de conjunto.
- XX Durante los años anteriores, algunos de nosotros habíamos participado en diversos seminarios intensivos sobre técnicas grupales (reuniones anuales de la A. G. P.A. seminarios del Post Graduate Center for Mental Health de Nueva Cork, seminarios en el Institute of Group Analysis de Londres, etc). Juan Campos organizó en 1979 en Castelldefels un primer seminario intensivo de Group Analysis al que acudieron varios de los terapeutas de Bilbao.
- XXI Durante la reunión anual de la Sociedad de Group Analysis, en abril de 1982 proyectamos con el doctor Pines la realización en Bilbao, a partir de octubre de ese año, de un curso Introductorio al Trabajo Grupal según las líneas del realizado anualmente por el Instituto de Londres y de 4 seminarios de fin de semana distribuidos a lo largo del año.
- XXII El Primer curso se inició en septiembre de 1982, con la participación de 80 profesionales de la Salud Mental que se encontraban trabajando en aquel momento en los Servicios Públicos de la Comunidad Autónoma Vasca. El Curso se realiza desde entonces los viernes por la tarde en 2 sesiones de hora y media cada una.
- XXIII Tanto el Curso Introductorio al Trabajo Grupal como los seminarios secuenciales fueron inicialmente certificados conjuntamente por el Institute of Group Analysis de Londres y el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad del País.
- XXIV Ello unido a la negativa de otros Hospitales de fuera de la Provincia a recibir nuevos pacientes de Vizcaya, originó un serio déficit de camas psiquiátricas.
- XXV En lo que se refiere a la Comarca Uribe Kosta, existió, desde 1981 un Módulo Psicosocial en Erandio para la población del Txori Herri, coordinado por el Dr. Iñaki Markez, que se integró plenamente al resto de la organización al incorporarse todos los dispositivos en Osakidetza a finales de los años 90. Desde entonces es el CSM de Erandio.
- XXVI En ese Servicio colaboraron, por entonces, entre otros profesionales Juan A. Abejón, Imanol Querejeta, Sagrario García Marroquín, Julien Ariño, Javier Ballesteros y Juan A. Zaratiegui. Norberto Mascaró introdujo en 1984 la terapia familiar en los tratamientos de los pacientes toxicómanos.
- XXVII Entre los profesionales que se integraron por aquellos años en el servicio de adultos figuran Iñaki Viar, Carlos Cela, Fernando Urizar, Karmelo Araluze, José I. Mendezona, José L. López Atienza, Oscar Martínez Azumendi, Isabel Trigales, Jon Legarda, Carmen Aguirreburualde, Laura Garitacelaya, Asun Echanove, Jesús Elejebarrrieta, Isabel Quesada y J. Arriola, entre otros. Norberto Mascaró fue contratado en 1984 como asesor y supervisor y participó en la reestructuración de Hospital de día hacia una comunidad terapéutica de estructura multifamiliar como la de García Badaracco que había dirigido hasta entonces.
- XXVIII En el Servicio de Psiquiatría infantil colaboraron en aquellos años, bajo la dirección de Alberto Lasa, Asun Gz. Pinto, Manuel Hernanz, Ana Gumucio, Matilde Umaran, Ana Araluze, Laura Garitacelaya, y Maite Bárcena.
- XXIX La Comisión, creada por Orden de 27 de julio de 1983, presentó su informe al Ministro de Sanidad y Consumo Sr. Lluç, éste lo asumió en abril de 1985. A lo largo del documento, se señala que la hospitalización es un instrumento técnico importante en el conjunto del proceso terapéutico pero que sólo se puede recurrir a él cuando aporte al enfermo mayor beneficio terapéutico que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar y social. Se establece que los ingresos han de ir realizándose progresivamente en el hospital general, pero se dice que los hospitales psiquiátricos podrán recibir ingresos en determinadas condiciones. Se habla de una progresiva reducción en el número de las camas en los hospitales psiquiátricos y no de una utópica desaparición de éstos. Se menciona la necesidad de residencias apropiadas con medios humanos y técnicos para la atención y rehabilitación de pacientes con patología de larga evolución, que no requieren del confinamiento en un hospital psiquiátrico.
- XXX Para hacer un seguimiento del grado de cumplimiento del Plan y debatir la política general en salud mental, por Orden del Departamento de Sanidad y Consumo de fecha 1 de octubre de 1987 se creó, con carácter consultivo, la Comisión para la Reforma

de los Servicios de Salud Mental de la CAPV (BOPV no 189, de 8 de agosto). Los datos se recogen en los anexos 2-A y 2-B del informe que en 1992 publicó el Ararteko quien nos lo había encargado a la Fundación OMIÉ.

- XXXI En 1989 se habían creado consultorios de salud mental, hospitales de día y unidades de psiquiatría en hospitales generales en varias poblaciones. Se estaban remodelando varios de los hospitales psiquiátricos y se habían creado dos granjas de rehabilitación de toxicómanos. Se habían integrado los servicios ambulatorios y de hospitalización dependientes de las distintas instituciones, aunque quedaban por integrarse el Consorcio de Uribe Costa y los llamados módulos psicosociales, que habían ido surgiendo en la comunidad por iniciativas varias. Se había logrado la integración de los servicios del antiguo DAK en Osakidetza. Por el contrario, no se habían creado talleres protegidos, no se había acometido la integración de pacientes de larga estancia en la red de servicios sociales, ni se habían puesto en marcha programas de psicogeriatría. La coordinación de la asistencia y de los servicios de urgencia seguía siendo deficiente, y tan sólo en Álava se habían iniciado programas de rehabilitación de pacientes crónicos. Por otra parte, seguía (y sigue) sin solucionarse la integración de los pacientes crónicos en la red de servicios sociales, y sin diferenciar servicios específicos para los oligofrénicos. Los principales problemas de la atención a pacientes agudos seguían residiendo en las urgencias psiquiátricas. Las dificultades en la estancia corta habían sido prácticamente superadas pero se evidenciaban dificultades en las estancias medias y prolongadas. Los pacientes judiciales continuaban siendo un problema sin resolver. Aunque la creación de la Unidad de Toxicomanías del Hospital de Galdakao había mejorado la asistencia en el proceso de desintoxicación de estos pacientes, persistían problemas en las urgencias de toxicómanos y en los programas de tratamiento prolongado, en especial en los pacientes con doble diagnóstico. Por otra parte, se detectaban problemas puntuales en la atención a pacientes con trastornos conductuales derivados de traumatismos craneoencefálicos graves.
- XXXII Elaborado por el equipo consultor y firmado por el Dr. Marquinez, entonces jefe de los servicios psiquiátricos extrahospitalarios el 26 de Agosto de 1980.
- XXXIII El estudio PRiSIM (14), que evalúa la introducción de equipos de salud mental en un sector atendido por el Maudsely Hospital mostró que estas formas de tratamiento comunitario resultaron algo más eficaces que los servicios orientados hacia el hospital y no se observaron efectos negativos importantes. Funcionar con un solo equipo para los pacientes agudos y para los crónicos, era casi tan eficaz y claramente menos costoso que el utilizar dos equipos subespecializados. Los beneficios globales de la experiencia fueron, sin embargo, algo menores que los que se había obtenido en algunos estudios piloto experimentales («efecto de dilución»).
- XXXIV Pinilla y Salceda, con el G.H.Q vieron que el 63 % de las personas que acudían al médico general y que no estaban diagnosticados de enfermedades psiquiátricas, tenían un trastorno psíquico, en cifras parecidas a las del resto de Europa.
- XXXV Fonagy, P., & Target, M.. The Outcome of Psychoanalysis: The Work of the Anna Freud Centre. In J. Guimón & S. Zac de Filc, *Challenges of Psychoanalysis in the 21st Century*. (pp. 157–179). New York: Kluwer.
- XXXVI Martindale, B.. The Paradoxes of Seeking “Psychoanalytic” Help for Private Matters in Public Places. In J. Guimón & S. Zac de Filc, *Challenges of Psychoanalysis in the 21st Century*. (pp. 117–123). New York: Kluwer.
- XXXVII Eizrik, C. (2001). A Psychoanalytic Perspective of the Future of Mental Health: Current Challenges. In J. Guimón & S. Zac de Filc Guimón, J. (2001). Training General Practitioners in the Psychoanalytical Aspects of Mental Health.



Cartas a un aprendiz de brujo **Daniel Padró Moreno**

Colección Rara Avis. Ediciones Irreverentes.
174 págs.

Daniel Padró, psiquiatra y psicoterapeuta desde hace un cuarto de siglo, profesional con gran experiencia clínica, conocedor de las principales corrientes psiquiátricas y psicoterapéuticas y amante de la filosofía, reflexiona sobre la identidad y el oficio del psiquiatra. Para ello, utiliza un intercambio epistolar entre Jauma, un psiquiatra maduro y experimentado, buen conocedor de la profesión y Goa, mir de psiquiatría y por tanto, aprendiz de brujo.

A través de 54 cartas, Jaume y Goa dialogan y reflexionan sobre múltiples aspectos de la identidad y del quehacer psiquiátrico y psicoterapéutico. Jauma identifica al psiquiatra en su origen como el chaman o brujo de la tribu, inmerso en el pensamiento mítico-mágico que posteriormente evolucionará hacia el logos: del mythos al logos, siendo Platón y Aristóteles los principales protagonistas de este paso. Ambos propician la curación por la palabra, pero la llegada de Hipócrates, padre de la medicina orienta a ésta hacia la Physis. Mucho después, Freud recupera la palabra como parte del método terapéutico. Jauma deja claro a Goa que en el

hombre moderno siempre quedan restos del pensamiento mítico-mágico o de chamanismo en el psiquiatra.

Este intercambio epistolar crea una amistad entre Jauma y Goa que da pie a una reflexión sobre el amor, la pasión, la sexualidad y la pareja. Dificultades de Goa en torno al manejo del deseo llevan a Jauma a hablar de psicoanálisis y a hacer una crítica de éste, reconociendo sus aportaciones y señalando sus limitaciones. Orienta a Goa hacia un psicoterapeuta sensible y afable con el que pueda conectar y reflexionar sobre sus problemas. Jauma profundiza en esta crítica al psicoanálisis hablando de ciencia y modernidad: desde Descartes, Newton y Kant que creen poder controlar al objeto en su totalidad y en los que se basa el saber de la ciencia en la época de Freud hasta Einstein y la mecánica cuántica que trastoca ese modelo científico. En definitiva, dice Jauma, el pensamiento occidental actual es consecuencia de dos cambios paradigmáticos: el paso de mythos al logos y el “yo pienso, luego existo” de Descartes. “Tal vez pueda añadirse dice, un



tercer paradigma, el de la posmodernidad, con la aparición de la mecánica cuántica y algunos movimientos contraculturales” (pág. 62) aunque considera discutible ya que es demasiado reciente como para que seamos conscientes de su importancia.

Reflexionan también sobre el pensamiento oriental de cara a incorporarlo frente a la ilusoria esperanza de poseer el objeto propio de nuestra civilización amparada en el conocimiento científico-técnico. Alude Jauma al Tao diciendo que en éste “el ser no puede ser poseído ni utilizado, es realmente influyente y cambiante y el hombre no puede interrumpir su curso” (pág.81). Goa responde: “si fuéramos capaces de integrar los conocimientos derivados de la nueva física con las intuiciones freudianas y ese saber oriental que apuntas, estaríamos ante una nueva teoría. Pero no conozco teorías que sinteticen tal saber y dudo que existan” (pág. 84).

La subjetividad y la verdad en psiquiatría y la psiquiatría y lo social, dan pie a la presentación de un caso clínico, a la reflexión sobre la actitud del psicoterapeuta y a la crítica del modelo psicoanalítico y otras teorías psicológicas.

Jauma dice a Goa que para construir su identidad como psiquiatra debe “digerir” todos los modelos psicoterapéuticos, discutir y refle-

xionar con otros y supervisar, si es posible, con alguien que sepa filosofía (Germán).

Al chaman lo llevamos dentro; somos herederos del chamán y el pensamiento mítico-mágico está dentro de nosotros (los psiquiatras) y de los otros (los pacientes).

Chamanismo, Physis, logos, psicoanálisis y otras teorías psicológicas, mecánica cuántica, pensamiento oriental, diálogo reflexivo y supervisión, a ser posible desde la filosofía, constituyen la identidad del psiquiatra que Jauma trasmite a Goa y que enriquece a ambos.

Daniel Padró sintetiza lúcidamente y con lenguaje sencillo su mirada filosófica a la psicología y a la psiquiatría. No es nuevo en eso: ya antes había publicado junto a Nicanor Ursua “Filosofía de la ciencia y psiquiatría: hacía una visión de la praxis psiquiátrica” obra que es la base del libro. Como escribía Rafael Redondo hace unas semanas en un periódico local “Cartas a un aprendiz de brujo” es un bello libro donde el saber se muestra arte y sabiduría, un obra cuya claridad formal y sabio contenido han de beberse a sorbos cortos y saborearse en cada recodo.

Rodrigo González-Pinto





Agenda

- 28 de febrero al 2 de marzo** **Barcelona**
 III Conferencia Regional del Mediterráneo, IAGP y XXXV Symposium de la SEPTG
 Para más Información sobre la III Conferencia de la IAGP: www.prrc-iadp2008.org
 International Association for Group Psychotherapy and Group Processes (IAGP): www.iagp.com/
 Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (SEPTG): www.septg.org/
- 3, 4, 5 de abril** **Salamanca**
 I Jornadas Universitarias de Psicoanálisis Aplicado y Clínica Psicosocial
 Información: 923.2944500 ext.4500; <http://www.usal.es/psicoanalisis>
- 5-9 April 2008** **Niza (France)**
 AEP 16th European Congress of Psychiatry
 Information: send an e-mail to aep@kenes.com; <http://www.kenes.com/aep/>
- 25 y 26 de abril** **Málaga**
 V Curso de Actualización en Psiquiatría: *Actualización en Esquizofrenia: de la prevención a la recuperación.*
 Fundación Castilla del Pino www.fundacioncastilladelpino.org; Tel/fax: 957 48 05 75
- 11-15 de mayo** **Barcelona**
 19º Congreso de IHRA (Asociación Internacional Reducción del Daño):
 “Hacia un Enfoque Global”. Palacio de Congresos/Fira de Barcelona
www.ihraconferences.net
- 22, 23, 24 de mayo** **Girona**
 XXII Jornadas estatales de la AEN: *Integrar, Innovar y Cuestionar en Salud Mental*
www.asoc-aen.es
- 5, 6, 7 de junio** **Bilbao**
 II Congreso de la federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial
 World Association for Psychosocial Rehabilitation European Regional Congress
Puentes y túneles en Rehabilitación Psicosocial
 Organiza: ASVAR y FEARP
- 2, 3, 4 de octubre** **Huesca**
 XVI Reunión de la Sdad. Española de PsicoGeriatría (SEPG)
 Secretaría: 91 352 15 26; www.sepg.es

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 2.008. 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. Magallanes, 1, sótano 2. 28015 Madrid. Tfno: 636 725 599 / Fax: 91 847 31 82.

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