

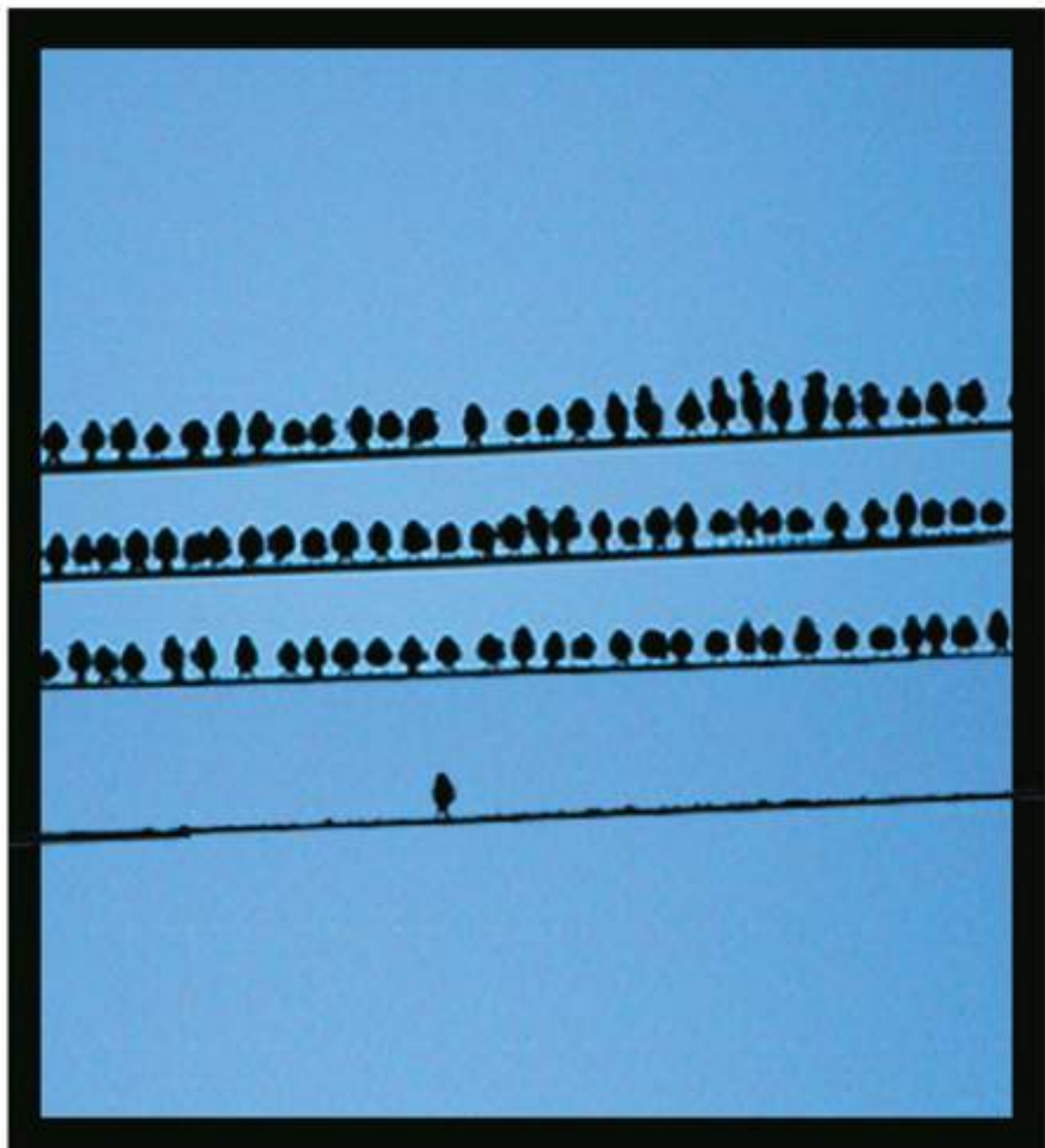
# NORTE

## DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen VII N°32 Octubre 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: Mireia Quintana**

### **Desconexión**

*Esta imagen de la portada pretende reflejar la discriminación basada en prejuicios que sufren los enfermos mentales con respecto a la sociedad.*

*He elegido la imagen de una banda de pájaros posados sobre varios cables eléctricos. Por un lado está el grupo mayoritario de pájaros, que representa a la sociedad, y como nos comportamos ante el objeto de prejuicio. Por contra está el pájaro solitario, discriminado por los demás (aunque sea uno más y se encuentre en el mismo contexto que el grupo). La imagen refleja a la perfección como el ser humano necesita pertenecer a un grupo, sentirse arropado y reconocido por los demás; de esta manera se siente más fuerte y capaz de excluir a quienes consideran diferentes.*

### **Volumen VII**



N°27



N°28



N°29



N°30



N°31



N° 32

### **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)
- Asociación Española de Neuropsiquiatría, (AEN)

Consejo Editorial:

Francisco Chicharro  
Oscar Martínez-Azumendi  
Germán Molina  
Fernando Santander  
Pilar de la Viña

Fernando Colina  
Juan Medrano  
Ander Retolaza  
José J. Uriarte

Director  
Revista NORTE:

Iñaki Markez

Consejo Asesor  
y de Redacción:

Alvarez, JM.  
Arias, P.  
Ayuso, JL.  
Berrios, G.  
De la Rica, JA.  
Elortegi, I.  
Esteban, R.  
Filgueira, J.  
Gonzalez-Pinto, R.  
Gutierrez Fraile, M.  
Hernanz, M.A.  
Laespada, T.  
Levav, I.  
Marín, M.  
Marquínez, F.  
Morchón, J.  
Pardo, N.  
Rendueles, G.  
Susparregui, JM.  
Vega, A.  
Ylla, L.

Aparicio, V.  
Ayerra, JM.  
Ballesteros, J.  
Candina, A.  
Desviat, M.  
Erkizia, B.  
Fernández Liria, A.  
Garnica, E.  
Guimón, J.  
Hernández, M.  
Irurzun, JC.  
Lasa, A.  
Marijuan, M.  
Marina, P.  
Martínez, R.  
Palomo, Ch.  
Redero, JM.  
Sanchez, A.E.  
Thornicroft, G.  
Verdejo, M.  
Zuazo, JI.

Sede Social: Apdo. Correos 12, 48950 - Erandio. Bizkaia.

[www.ome-aen.org/norte.htm](http://www.ome-aen.org/norte.htm) • [norte@ome-aen.org](mailto:norte@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.

Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: [www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org)

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 nº32, Octubre 2008  
[www.ome-aen.org/norte.htm](http://www.ome-aen.org/norte.htm)

© Copyright 2008 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.  
E-mail: [norte@ome-aen.org](mailto:norte@ome-aen.org)

Autora de la portada:  
**Mireia Quintana**

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 Castellano Leonesa de Salud Mental



ASOCIACIÓN DE SALUD MENTAL  
Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA  
[www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org)



Profesionales  
de  
Salud Mental

[www.aen.es](http://www.aen.es)

# S U M A R I O

## EDITORIAL

<b>Rehabilitación, Salud Mental y Dependencia</b> .....	6
Jose J. Uriarte	

## ORIGINALES Y REVISIONES

<b>Craving: concepto, medición y terapéutica</b> .....	9
Ioseba Iraurgi y Nieves Corcuera	
<b>Interacciones en la Historia Clínica Digital</b> .....	23
Enrique G. Arza, Pablo Legido, Marta Prieto, Iratxe Regidor	
<b>Perspectiva ética de la práctica de Rehabilitación psicosocial</b> .....	31
Xabier Etxeberria	

## PARA LA REFLEXIÓN

<b>Efectos Metabólicos de los Antipsicóticos Atípicos</b> .....	37
MT. Amboage Paz, J. A. Díaz Peromingo	
<b>Evolución de las necesidades de alojamiento en pacientes desinstitucionalizados hace dos décadas</b> .....	41
Margarita M. Herranz	
<b>Profesiones, formación y competencias: entre las rivalidades de los profesionales y la torpeza de la Administración</b> ..	48
Juan Medrano	
<b>La inmigración en la encrucijada de la adaptación</b> .....	61
Nabil Sayed-Ahmad Beirut	

## METÁLOGOS

<b>La Otra Psiquiatría. Entrevista a Chus Gómez</b> .....	71
Iñaki Markez	

## FORMACIÓN CONTINUADA

<b>Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación razonada (IV)</b> .....	81
Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor	
<b>Violencia de Estado y revolucionaria en la Argentina. Transmisión transgeneracional del trauma migratorio. Consecuencias clínicas</b> .....	87
Roberto Losso, Cristina Buceta, Pedro Horvat, Susana Leive, Irma Morosini, Ana Packciarz, Olga Schapiro	

## IN MEMORIAM

<b>Pat de Maré</b> .....	92
Oscar Martínez Azumendi, Juan Campos	

## CARTAS AL CONSEJO EDITORIAL

<b>Carlos Cela</b> .....	94
--------------------------	----

## AGENDA

<b>Próximas citas</b> .....	95
-----------------------------	----



# 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**: [norte@ome-aen.org](mailto:norte@ome-aen.org)  
Apdo. 12, 48950 Erandio. Bizkaia.

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

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

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

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

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

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



## Normas de publicación

### Artículos de revistas

#### Artículo normal

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

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

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

#### Autor institucional

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

#### Sin nombre de autor

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

### Libros y otras monografías

#### Indicación de autores personales

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

#### Indicación de directores de edición o compiladores como autores

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

#### Indicación de una organización como autor y editor

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

#### Capítulo de un libro

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

#### Actas de congresos

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

#### Original presentado en un congreso

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

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

#### Tesis doctoral

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

### Material electrónico

#### Artículo de revista en formato electrónico

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



# Rehabilitación, Salud Mental y Dependencia

**José J Uriarte Uriarte**

Presidente de la Federación Española de Asociaciones  
de Rehabilitación Psicosocial-FEARP

**T**ras aceptar escribir algo sobre rehabilitación para *Norte*, mi primera tarea ha sido la de releer mi editorial “Rehabilitación y Psiquiatría: ¿Eterna Promesa, o Pasada de Moda?”, publicada en esta mismas páginas (*NORTE de salud mental* N° 22, 2005: 6–10). Y la verdad es que tres años después, se me ocurren pocas cosas nuevas que decir o que matizar a lo escrito entonces. Indudablemente las cosas van cambiando, y en general para bien, pero no estoy muy seguro de que dichos cambios sean siempre en la dirección adecuada, o de que siquiera exista una dirección concreta en lo que concierne a las políticas asistenciales que afectan a la realidad cotidiana de las personas que padecen enfermedades mentales graves. En este sentido, una de las novedades que mayor expectativa ha generado ha sido la llamada Ley de Dependencia o Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, publicada en el BOE en diciembre de 2006. El reconocimiento del derecho de las personas con discapacidad de cualquier origen a ver atendidas sus necesidades es un paso trascendental y de grandes repercusiones políticas, económicas y sociales. Y como tal ha sido recibida. En el caso de las personas con enfermedad mental grave y de los propios profesionales que las atienden, la ley ha

sido vista como un camino a la financiación de los necesarios recursos sociosanitarios, una vía regia hacia la pieza más precaria del puzzle asistencial. Pero existen varias razones que pueden poner en entredicho el que la Ley de Dependencia vaya a suponer una diferencia tangible para nuestros pacientes, al menos si no se tienen en cuenta algunas cuestiones. Para empezar, habrá que competir con una legión de personas con necesidades más visibles y más fácilmente valorables.

Lo más obvio, y ya reiteradamente señalado, es la idoneidad del sistema de evaluación de la discapacidad para las personas con enfermedad mental grave. Por un lado, la insuficiencia del propio baremo; por otro, la de los baremadores, que afrontan con su instrumento situaciones personales en extremo complejas, cuya realidad sólo conocen de verdad los equipos asistenciales que atienden a dichas personas, a menudo durante muy largos periodos de tiempo. La realidad es que la equiparación de la discapacidad psiquiátrica a otros tipos de discapacidades sólo puede dar lugar a confusión y a medidas ineficaces, tanto en la atención individual, como en el desarrollo de los servicios necesarios. La discapacidad asociada a las enfermedades mentales graves es indisoluble de la evolución de la propia enfermedad, de sus sín-



tomas, y de las circunstancias sociofamiliares de la persona en cuestión, dando lugar a un complejo conjunto de dificultades y necesidades extraordinariamente heterogéneas y cambiantes a lo largo del tiempo, de manera escasamente predecible. Esta circunstancia convierte la tarea de planificar y desarrollar los servicios necesarios en algo más complejo que aportar recursos de alojamiento, centros de día o plazas en centros de empleo. La adecuada atención de las necesidades asistenciales de las personas afectadas solo puede afrontarse desde la perspectiva de equipos capaces de generar planes individuales que contemplen de forma conjunta las necesidades sanitarias y sociales, de aplicarlos y revisarlos, y de responder de forma inmediata a los cambios y situaciones de crisis, sin demoras ni vacíos en la continuidad asistencial. Esto ya está inventado, y es el eje de la asistencia comunitaria de salud mental. Digo bien, de salud, porque me parece indudable que la responsabilidad asistencial, la gestión del caso, es y debe ser sanitaria, independientemente de quien aporte los recursos.

En este sentido, parece que la única manera en que la Ley de Dependencia puede traducirse en mejoras reales de la situación de nuestros pacientes más graves es a través de su supeditación a los servicios de salud mental, tanto en la valoración de las necesidades como en la gestión de los recursos. Y que para ello será necesario el desarrollo de políticas socio-sanitarias específicas para esta población, que contemplen la creación de recursos específicos en un modelo organizativo asistencial integrado, pero en el que la responsabilidad sanitaria esté clara. Una vez más es necesario repetir que la mejor manera de mejorar la autonomía de las personas con enfermedades mentales graves es proporcionarles un tratamiento adecuado por parte de los servicios de salud mental, con acceso a todos los recursos necesarios, a intervenciones adecuadas y técnicamente correctas, en un medio lo más normalizado posible. Y es a este modelo al que la Ley de la

Dependencia deberá aportar los recursos necesarios complementarios, no viceversa. Tanto la AEN (Documento “La Ley de la Dependencia y las Personas con Enfermedad Mental”) como la FEARP (“Documento Técnico Modelo de Atención a las Personas con Enfermedad Mental Grave”, editado por IMSERSO) han abundado en estas consideraciones, aunque no parece sencillo desarrollar un modelo común que tenga en cuenta estas consideraciones, máxime teniendo en cuenta la dispar situación y modelos organizativos y asistenciales en las diversas comunidades autónomas. Este es quizás otro de los elementos más relevantes en estos tiempos; la inexistencia de un modelo asistencial concreto y la diversidad de recursos y políticas asistenciales no siempre fundadas en aspectos diferenciales o idiosincrásicos de una población concreta. La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, publicada en diciembre de 2006, es un esfuerzo en este sentido, pero es dudoso que vaya a dar lugar a cambios relevantes en la situación, enfrentada a fuerzas centrífugas superiores. La Estrategia consagra, por cierto, la responsabilidad sanitaria sobre la rehabilitación, en un marco asistencial comunitario.

En otro orden de cosas, el pasado junio celebramos en Bilbao el II Congreso Nacional de la Federación de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial, que fue también Congreso Regional Europeo de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. Un éxito, tanto científico como de asistencia; más de 450 inscritos, docenas de actividades distintas con sesiones plenarias, talleres, comunicaciones, póster, exposiciones... Quizás lo que más se echaba en falta eran precisamente psiquiatras. Es posible que la Rehabilitación esté en auge, que realmente se asuma que es el único modelo sobre el que se puede basar una política asistencial sensata, capaz de una visión integrada, esperanzada, técnicamente avanzada, y que lidere el necesario encuentro sociosanitario bajo la batuta y la responsabilidad de la salud mental. Pero si es así, una parte muy importante de mis



colegas no se han enterado. Supongo que es fácil leer entre líneas cuando reclamo el liderazgo de la salud mental, y por qué no, de la psiquiatría, en el campo de la rehabilitación, esto es, en la atención integral, desde una perspecti-

va biopsicosocial y comunitaria, de las personas que padecen enfermedades mentales graves.

**José J Uriarte Uriarte**

jota.jota@telefonica.net

josejuan.uriarteuriarte@osakidetza.net



---

## BIBLIOGRAFÍA

- Rehabilitación y Psiquiatría: ¿Eterna Promesa o Pasada de Moda?. Norte de Salud Mental 2005. 22: 6-10. [http://www.ome-aen.org/norte/22/NORTE\\_22\\_020\\_6-10.pdf](http://www.ome-aen.org/norte/22/NORTE_22_020_6-10.pdf)
- Ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia. BOE núm. 299. 15 de diciembre de 2006  
<http://www.boe.es/g/es/boe/dias/2006/12/15/sumario.php>
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud  
[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)
- Documento Técnico Modelo de Atención a las Personas con Enfermedad Mental Grave. IMSERSO, 2007.  
<http://www.seg-social.es/imserso/documentacion/atenenfermental.pdf>
- Declaración de la Asociación Española de Neuropsiquiatría: La Ley de Dependencia y las Personas con Enfermedad Mental.  
[http://www.aen.es/web/docs/DecAEN\\_Dependencia\\_08.pdf](http://www.aen.es/web/docs/DecAEN_Dependencia_08.pdf)
- II Congreso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial. Congreso Regional Europeo de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. Ponencias y material adicional. <http://www.fearp.org/Indice.html>

# Craving: concepto, medición y terapéutica

Ioseba Iraurgi Castillo<sup>1</sup> y Nieves Corcuera Bilbao<sup>2</sup>

<sup>(1)</sup> Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde

<sup>(2)</sup> Dirección de Drogodependencias – Gobierno Vasco

**Resumen:** El deseo o ansia por el consumo de drogas (craving) constituye un concepto nuclear en la comprensión, valoración y tratamiento de las adicciones. No obstante, existe controversia respecto a su conceptualización, habiéndose ofrecido distintos modelos explicativos. Del mismo modo, su importancia en la clínica hace necesario contar con herramientas factibles que permitan su medición. El presente artículo de revisión hace un recorrido por la evolución histórica del concepto del craving, expone las hipótesis etiológicas de los modelos conductual, cognitivo y neuroadaptativo, presenta las estrategias de medición del craving y los instrumentos desarrollados para su mensuración, y, finalmente, se exponen las técnicas propuestas para su abordaje terapéutico.

**Palabras clave:** Craving, Trastornos Adictivos, Medición, Evaluación, Terapéutica.

## Craving: Concept, measurement and therapeutic

**Summary:** The desire or urge for the consumption of drugs (craving) constitutes a nuclear concept in the compression, valuation and treatment of the adictions. Nevertheless, controversy exists regarding its conceptualization, there being offered different explanatory models. In the same way, its importance in the clinic makes necessary to have feasible tools that allow its mensuration. The present review paper makes a journey for the historical evolution of the concept of craving, it exposes the etiological hypotheses of the behaviour, cognitive and neuroadaptative models, it presents the measurement strategies of the craving and the instruments developed for its mensuración, and, finally, are exposed the techniques proposed for its therapeutic boarding.

**Key words:** Alcoholism. Mental health. Treatment. Outpatients programme for care.

El concepto de 'Craving' ha resurgido con fuerza en la investigación y clínica de las drogodependencias en los últimos años. Si bien es un concepto que apareció hace poco más de medio siglo, no ha conseguido, por una parte, aglutinar una definición única —habiendo diferentes modelos teóricos para su conceptualización— y, por otra parte, la traducción del

término anglosajón al castellano no siempre consigue una correcta adecuación.

El craving por drogas ha sido conceptualado como 'querencia' o 'apetencia' por reexperimentar los efectos de una droga, como un fuerte 'deseo' subjetivo, como un deseo o 'ansia' irresistible, como un pensamiento o 'requeri-

**N.R.:** El presente artículo es un desarrollo de la ponencia que con el mismo título fue presentada en el II Simposium sobre Alcoholismo y Ludopatía (Vitoria-Gasteiz, 2007).



miento obsesivo', como la 'búsqueda de alivio' ante las sensaciones de un síndrome de abstinencia, como un 'incentivo motivacional' para la auto-administración de drogas, como 'expectativas' hacia los efectos positivos, o como un 'proceso cognitivo no automático'. Tal diversidad de acepciones, cuanto menos, nos dice que es un concepto polisémico, y ante la dificultad de encontrar un término homólogo en castellano, seguiremos utilizado el de 'Craving' (mal que nos pese).

En lo que si parece haber consenso es en considerarlo como un componente importante de la dependencia de drogas dado que se le atribuye un papel relevante en las recaídas y la continuidad del consumo posterior, bien tras largos periodos de abstinencia como durante el tratamiento. Como señala Sánchez-Hervás (2001, 2002), existen una serie de elementos comunes entre los diferentes posicionamientos conceptuales:

- a) El deseo o craving a drogas forma parte de la adicción.
- b) El deseo se intensifica si el individuo se expone a señales asociadas al consumo de drogas.
- c) Es fundamental enseñar a los pacientes a analizar y afrontar cognitivamente sus deseos y observar como desaparecen sin necesidad de consumo.

Aunque resulta difícil encontrar una definición única de craving, adoptaremos, al menos de forma provisional, la propuesta por el grupo de consenso europeo (Plinius Maior Society) que define el craving como un estado emocional y motivacional de sentimientos subjetivos de deseo o necesidad de consumir sustancias psicoactivas.

En cualquier caso, ha de asumirse que la utilización o no del término como concepto científico, pasa por la definición adecuada del constructo que permita su medición objetiva, y que de ello se derive una ganancia en capacidad explicativa de los modelos de conducta adictiva y en sus aplicaciones clínicas (Arce, Bernaldo y Labrador, 1994).

## Evolución histórica y Modelos conceptuales explicativos del Craving

Aunque ya en 1948 Wikler lo definió como la urgencia intensa y agobiante para el uso de opiáceos durante la abstinencia, el concepto de craving y su desarrollo posterior aparece inicialmente ligado al problema del alcohol. Ya entonces, la utilización que se venía haciendo del término era ya lo bastante imprecisa como para que en 1954 la OMS realizase un simposio constituido por un 'Comité de Expertos en Salud Mental y Alcohol' (WHO, 1955). Mardones, uno de los miembros del comité, planteaba que el deseo del alcohol consiste en 'un deseo abrumador y urgente, con motivaciones psicológicas tales como alivio de sentimientos desagradables y motivaciones fisiológicas referidas al alivio de síntomas de abstinencia y la adquisición de fuentes de energía'. Por su parte, Isbell, otro de los formantes del grupo, diferenciaba dos tipos de craving:

- a) El 'físico' o 'no simbólico', precipitado por el síndrome de abstinencia, que aparecía en personas que habían bebido en grandes cantidades durante largos periodos de tiempo. Éste se manifestaba por síntomas de abstinencia y estaba atribuido a alteraciones fisiológicas, poniendo de manifiesto un concepto hoy estudiado, como es el hecho de si el síndrome de abstinencia contribuye a la aparición del craving.
- b) El 'psicológico' o 'simbólico', posterior al síndrome de abstinencia, que ocurriría en personas que han estado abstinentes durante un tiempo y después de que los síntomas de abstinencia desaparecieran. En resumen, el resultado más relevante del Comité fue la distinción entre «deseo físico» frente a «deseo simbólico» y la conclusión de recomendar la no utilización del término 'craving' debido a su ambigüedad y su contaminación conceptual por su utilización popular. Se propuso la sustitución de estos términos por los de 'dependencia física' y 'deseo patológico', respectivamente.



En 1960 Jellinek, miembro del anterior comité, desatiende las recomendaciones y vuelve a utilizar el término haciendo la doble distinción y proponiéndolo como clave explicativa del alcoholismo, utilizado para explicar la iniciación, mantenimiento y la recaída. Su modelo parte de un episodio de bebida elicitor de la pérdida del control y la recaída consecuente. Pérdida de control, en el modelo, significa que un consumo inicial de alcohol pone en marcha una reacción en cadena vivida por el sujeto como una necesidad física de alcohol.

Edward y Gross en 1976, lo definieron como un deseo irracional o conciencia subjetiva de compulsión, entendida como necesidad imperiosa, significando un conflicto entre el querer consumir y la abstinencia. Reconocieron la importancia de los estímulos medioambientales, el estrés y los estados afectivos como factores de influencia en el craving.

Rankin, Hodgson y Stockwell (1979, 1983) reformularon el concepto de craving que Jellinek había medicalizado y que había reducido a los síntomas físicos o a la respuesta de bebida incontrolada tras una primera dosis. Cambian el término craving o 'desire' por 'disposition to drink' (disposición para beber), y lo entienden como un sistema de repuesta multidimensional que comprende correlatos subjetivos, conductuales, fisiológicos y bioquímicos, en un claro paralelismo con otras respuestas de tipo multidimensional, como puede ser el miedo.

Marlatt, una vez formulado su modelo cognitivo de la recaída y prevención de recaídas (1985), matiza sus primeras formulaciones sobre el craving en una contestación a un artículo de Kozlowski y Wilkinson (Marlatt, 1987), dónde define el craving como un estado subjetivo mediado por las propiedades de incentivo de las consecuencias positivas esperadas; un estado motivacional asociado con un fuerte deseo por un resultado positivo esperado (Marlatt, 1987). En este mismo artículo realiza una distinción entre 'craving' (deseo subjetivo

por los efectos de la droga) y 'urge' (intención conductual de comenzar una conducta consumatoria específica). Ambos, craving y urge (o impulso), aparecen en respuesta a señales externas y no por un estado endógeno.

De forma paralela a la propuesta de Marlatt, Hovarth (1988) también hace una distinción entre craving y urge (impulso). Así, la realización de un deseo y el paso a la culminación del mismo, dependen del acto consumatorio, del cual forman parte a) el craving, como sensación subjetiva de deseo, necesidad, arousal físico y emocional para conseguir el estado psicológico inducido por las drogas, y b) el impulso, como determinante conductual de búsqueda y consumo de la sustancia. El impulso sería la consecuencia instrumental del craving, o sea, la intención conductual de verse implicado en una conducta consumatoria. Así, el objetivo del impulso sería la reducción del estado que lo ha instigado, es decir, del craving. Además, Hovarth proponía que el craving y los impulsos tienden a ser automáticos y llegan a ser autónomos, siendo capaces de continuar aunque la persona intente suprimirlos.

En los años 90, Tiffany (1990; 1995) plantea una definición que remite la concepción del craving como categorización cognitiva de un estado motivacional. Lo entiende como un epifenómeno no relacionado causalmente con el consumo, de modo que cuestiona el papel central del craving en la explicación del consumo de sustancias subordinándolo a variables de tipo cognitivo.

Por otra parte, la nosología psiquiátrica se han hecho eco del uso del concepto de craving introduciéndolo como criterio diagnóstico para el uso de sustancias en el DSMIII-R (APA, 1987), y como criterio general para el abuso de sustancias en el DSM-IV (APA, 1994); siendo también es considerado un criterio diagnóstico fundamental en el cuadro de dependencia de sustancias en la CIE-10 (OMS, 2001).

Tabla I.- Modelos conceptuales explicativos del Craving

Modelos teóricos subyacentes	Propuestas de Modelos	Referencias
1. Condicionamiento	1a. Modelo de condicionamiento apetitivo y de incentivo condicionado de Stewart 1b. Teoría de la abstinencia condicionada de Wikler 1c. Teoría de la respuesta compensatoria o teoría de tolerancia condicionada	Koob (2000) Lowman et al (2000) Siegel (1979)
2. Cognitivas	2a. Modelos cognitivo-conductuales o de aprendizaje social 2a1. “ de etiquetado cognitivo 2a2. “ de expectativa de resultado 2a3. “ de regulación dinámica de las recaídas 2b. Paradigma de la ciencia cognitiva 2b1. Modelo de doble afecto 2b2. “ de procesamiento cognitivo del craving	Tiffany (1999, 2000) Larimer et al (1999) Niaura (2000) Baker et al (1987) Tiffany et al (2000)
3. Neuroadaptativas	3a. Modelo fenomenológico de Antón 3b. “ de sensibilización de incentivo 3c. “ de desajuste homeostático 3d. “ de regulación tónico-fásico del sistema dopaminérgico	Antón (1999, 2000) Robinson et al (1993, 2000) Koob et al (1997) Grace (2000)

Una revisión de todos los modelos expuestos puede encontrarse en el monográfico realizado por Addiction (2000; 95: Supl 2), o en el trabajo de Jiménez, Graña y Rubio (2002).

Como puede apreciarse, el camino de la conceptualización del craving ha sido dilatado en tiempo y profuso en alternativas. En la actualidad no se dispone de un modelo conceptual único que permita comprender el papel que los diferentes factores que constituyen el craving cumplen en el desarrollo de la adicción. Hasta el momento sólo se ha logrado identificar modelos parciales que, aunque relacionados entre sí, explican únicamente características muy específicas. Entre ellos destacan los fundamentados en los modelos teóricos del condicionamiento (basados en que el consumo lleva a una recompensa hedónica o refuerzo positivo y a la evitación de la abstinencia o refuerzo negativo); los inspirados en la psicología cognitiva (en los cuales se propone que el craving es producto de funciones mentales superiores); los modelos fenomenológicos (basados en la observación clínica de los síntomas y conductas asociadas), y los apoyados en los modelos psicobiológicos y neuroadaptativos (basados en el estudio de la neuroanatomía y neuroquímica

cerebrales) (Gómez y Conde, 2004). En la Tabla I se sintetizan el conjunto de modelos y propuestas explicativas que desde cada uno de los paradigmas teóricos referenciados se han planteado hasta el momento. Abordarlos todos aquí excedería el espacio que nos han propuesto para la confección de los capítulos, más aún cuando se puede acudir a varios trabajos de revisión donde se desarrollan todos estos modelos de forma satisfactoria. Para quien quiera adentrarse en su comprensión y domine el inglés, recomendamos los monográficos sobre craving que en 1999 y 2000 publicaron el NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) en su revista *‘Alcohol Research and Health’* (de acceso libre en la página web: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-3/oc23-3.htm>) y *‘Addiction’* (2000, Vol 95: suplemento 2), respectivamente. Para quienes prefieran hacerlo en castellano, pueden consultar los trabajos del grupo de Sánchez-Hervás (2001, 2002); Jiménez, Graña y Rubio (2002), Bañuls (2005), y Chesa y colaboradores (2006).



## Tipos de craving

Existen tantas definiciones de craving como modelos teóricos, pero la mayoría de las conceptualizaciones lo refieren como una experiencia subjetiva de deseo intenso de consumir, o de necesidad imperiosa, de autoadministrarse una determinada sustancia adictiva (Tiffany y Conklin, 2000). Al igual que hay diversidad de definiciones, también algunos autores (Beck et al, 1993, 1999; Sánchez-Hervás, 2001) proponen la existencia de distintos tipos de craving:

1. Respuesta a los síntomas de abstinencia. Las personas con una tasa y frecuencia alta de consumo, suelen experimentar una disminución en el grado de satisfacción que encuentran en el uso de la sustancia, pero con un incremento de la sensación de malestar interno cuando dejan de consumirla. En estos casos, el craving toma la forma de 'necesidad de sentirse bien de nuevo' (refuerzo negativo, alivio de síntomas de abstinencia).
2. Respuesta a la falta de placer. Implica los intentos de los pacientes por mejorar sus estados de ánimo de la forma más rápida e intensa posible. Se trata de una forma de «automedicación» para aquellos momentos en que el individuo se encuentra aburrido, decaído o no tiene habilidades para afrontar distintas actividades (búsqueda de refuerzo positivo).
3. Respuesta condicionada a las señales asociadas a la sustancia. Los pacientes que han abusado de sustancias, han aprendido a asociar algunos estímulos que en principio serían considerados neutros, con la intensa recompensa obtenida con el consumo. Estos estímulos son capaces de inducir craving de forma automática.
4. Respuesta a los deseos hedónicos. Los pacientes experimentan en ocasiones el inicio del craving cuando desean aumentar una experiencia positiva. En su historia de consumo han desarrollado comportamientos (p.ej.: sexo y droga) con gran nivel de satisfacción, la posibilidad de repetir tales

experiencias puede precipitar el craving (procesos de condicionamiento).

Otros autores como Early (1991) conceptualizan y distinguen de forma similar cuatro tipos de deseo o querencia de droga que aparecerían en distintos momentos del proceso adictivo:

1. Uso reforzado, aparecería durante la fase de consumo y desaparecería al abandonarlo.
2. Interoceptivo, aparecería en el mes posterior al cese del consumo y se desencadenaría por síntomas corporales o pensamientos.
3. Encubierto, hasta dos meses después del cese del consumo y caracterizado por inquietud y un sentido falso de confianza de que ya no se desea la droga.
4. Condicionado a señales externas e internas, permanecería hasta dos años después del cese del consumo y estaría desencadenado por estímulos externos (señales visuales, olfativas, sonidos) e internos (pensamientos, sensaciones).

En resumen, y como concluyen Jiménez y colaboradores, el 'craving puede reflejar diferentes aspectos del consumo, como reforzamiento, dependencia, tolerancia y abstinencia aguda o crónica, y puede depender tanto de cogniciones como del comportamiento observable, ser desencadenado por la presencia de estímulos relacionados con el alcohol, estímulos interoceptivos o estados internos, y situaciones previamente asociadas con el consumo. Puede ser influido por la disponibilidad real o percibida de la sustancia. Puede ocurrir bajo circunstancias en las que el individuo no ha consumido desde hace mucho tiempo y por lo tanto depender de mecanismos distales de memoria más que de factores biológicos / neurofarmacológicos próximos relacionados con el consumo reciente y la abstinencia. Los mecanismos del procesamiento de la información como la atención selectiva, la deseabilidad social y los sesgos optimistas relacionados con el riesgo podrían modular el craving. Los inves-

tigadores han sugerido que el craving podría incluso existir sin conciencia o bajo procesos controlados' (Jiménez et al, 2002). Por lo tanto, todavía estamos en el proceso de encontrar un modelo conceptual holístico que puede explicar adecuadamente el fenómeno, permita diseñar métodos de medida psicométricamente satisfactorios y desarrollar tratamientos más eficaces e individualizados.

### Medición del craving

Como se ha venido planteando, el craving es un fenómeno complejo en el que inciden una gran diversidad de aspectos situacionales, motivacionales, cognitivos, emocionales, conductuales, de personalidad y biológicos. Por todo ello, resulta difícil de evaluar o medir por tratarse de un fenómeno subjetivo multidimensional complejo (Guardia et al, 2004), si bien se han probado diferentes aproximaciones a su mensuración (Tiffany, 1997; Drobos y Thomas, 1999; Sayette et al, 2000; Mezinis et al, 2001).

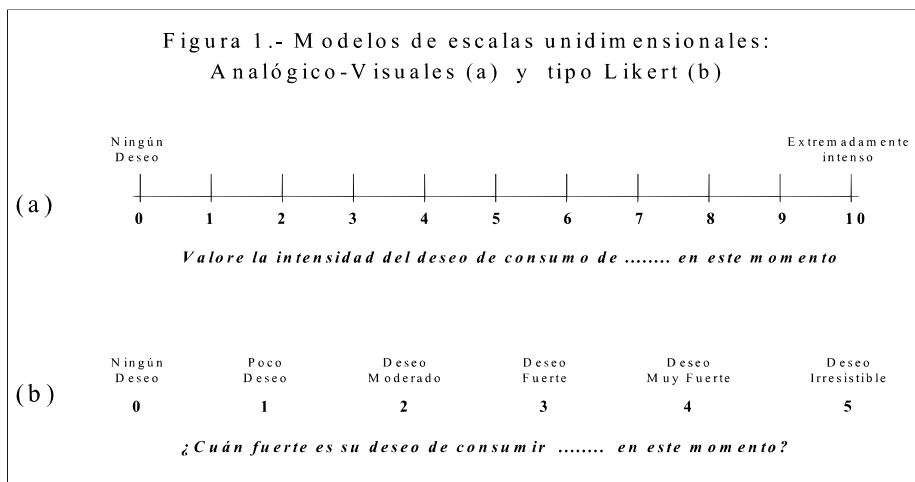
La reconceptualización operativa del craving realizada por Rankin, Hodgson y Stockwell (1979), marca el punto de partida para la medida objetiva del constructo. Los autores proponen como medida conductual la velocidad de ingesta de alcohol, que puede ser un correlato motor de un estado central de deseo que guía la conducta de búsqueda de alcohol. En sus tra-

bajos (Rankin et al, 1979, 1983) también tenían en cuenta variables fisiológicas (temperatura, pulso, niveles de alcohol en sangre y temblor) y subjetivas (ansiedad, deseo de beber y dificultad para resistirse a beber, puntuadas en escalas de cinco puntos). En el caso del tabaco, se ha utilizado la propia conducta de consumo (número de cigarrillos, frecuencia, cadencia de succión, ...) como medida indirecta del deseo, así como escalas y cuestionarios como el *Shiffman-Jarvik Smoking Withdrawal Questionnaire* (West y Schneider, 1987), y el *Questionnaire of Smoking Urges* (Tiffany y Drobos, 1991).

Entre las medidas de autoinforme desarrolladas se encuentran un conjunto de escalas y cuestionarios que pueden clasificarse en:

- 1) Instrumentos unidimensionales, frecuentemente de un ítem.
- 2) Cuestionarios multidimensionales, formados por varios ítems capaces de evaluar diversos aspectos del mismo.
- 3) Cuestionarios de sintomatología teóricamente relacionada con el deseo.

Las escalas unidimensionales están compuestas usualmente por un solo ítem del tipo: *¿Cuán fuerte es su deseo de... (fumar, beber, consumir heroína, cocaína, ...)?*, y entre ellas destacan las del tipo analógico visual (puntuación marcando un punto en una línea) y las de tipo Likert (puntuación por categorías discretas) (Figura 1). Son





de gran comodidad en el contexto clínico, ya que son muy intuitivas y de rápida ejecución, e ideales en los casos que han de aplicarse de manera repetida. No obstante, la limitación a un solo ítem para estimar un concepto que se define como multicomponente, reduce de forma importante sus condiciones de bondad psicométrica.

Este tipo de escalas unidimensionales se han utilizado con bastante frecuencia en el contexto de la experimentación de respuestas condicionadas, en las que el sujeto ha de puntuar su situación en diferentes dimensiones tales como deseo, síndrome de abstinencia, respuestas agonistas y dificultad para resistirse al consumo. Por ejemplo, Teasdale (1973), en un estudio pionero utilizó una escala de craving y el *Psychiatric Out-Patient Mood Scale* (POMS, de McNair y Lorr, 1964) con el fin de medir cambios en el estado de ánimo. Legarda, Bradley y Sartory (1990) han utilizado escalas de uno a diez puntos para valorar el deseo y la dificultad para resistirse al consumo, así como el POMS al principio y al final de la sesión experimental. Powell y colaboradores (1990) utilizaron una lista de estímulos condicionados específicos para el sujeto, listas de su estado físico y afectivo, el POMS, escalas de autovaloración de respuestas agonistas y antagonistas, y una escala de craving de cero a ocho puntos. Por último, Kasvikis y col (1991) utilizaron una valoración del deseo en una escala igualmente de cero a ocho puntos, cada minuto, durante la realización de una tarea de exposición en el laboratorio y en vivo. En cocaína, el grupo de O'Brien (1990), utilizaron el mismo modelo de trabajo que el utilizado en sus investigaciones en opiáceos, midiendo con tres escalas de autovaloración los niveles de deseo, síndrome de abstinencia y respuestas agonistas. Negrete y Emil (1992) utilizaron una evaluación del deseo durante la última semana con datos sobre su frecuencia (nada-ocasional-diario) e intensidad (ausente-media-fuerte), y durante la sesión y a las 24 horas. Recientemente han aparecido dos escalas para la evaluación específica del deseo de

consumo de cocaína: La *Minnesota Cocain Craving Scale*, de Halikas y Crosby (1991) y otra más corta y sencilla de Voris, Elder y Sebastian (1991).

Por su parte, los instrumentos multidimensionales parten de la consideración de que el fenómeno del craving se entiende mejor como un continuo que como una medida dicotómica. Autores como Tiffany y colaboradores (1991, 1993) proponen un modelo multidimensional de craving en el que coexisten hasta 5 factores o dimensiones:

- 1) El deseo de consumir.
- 2) La intención y planificación del consumo.
- 3) La anticipación de efectos tanto físicos como emocionales positivos del consumo.
- 4) La anticipación de una disminución del malestar físico y afectivo como consecuencia del consumo (mejoría en el estado de abstinencia por el consumo).
- 5) La anticipación de la dificultad de evitar beber si hay droga disponible o, dicho de otro modo, la pérdida del control por el consumo.

En este contexto, el grupo de Tiffany desarrolló el *Questionnaire of Smoking Urges* [QSU] (Tiffany y Drobes, 1991) y el *Cocaine Craving Questionnaire* [CCQ] (Tiffany et al, 1993) y el *Alcohol Craving Questionnaire* [ACQ] (Singleton, Tiffany y Henningfield, 1995), de 32, 45 y 47 ítems, respectivamente. Todos ellos son de tipo autoadministrado y se tarda aproximadamente entre 10-15 minutos en responderse. El ACQ, por ejemplo, mide el deseo y la intención de beber, la falta de control y la anticipación a los efectos positivos del consumo y a los negativos de la abstinencia. Existe una versión abreviada, el ACQ-Now-SF-R, que consta de 12 ítems y tarda en aplicarse 5 min. El QSU, por su parte, mide el deseo de fumar y mide cuatro dimensiones: deseo de fumar, intención de fumar, anticipación de consecuencias positivas y anticipación de alivio de emociones negativas o abstinencia. También cuenta con una escala abreviada de 10 ítems.

Otros instrumentos multidimensionales para la valoración del craving de alcohol son el *Alcohol Urge Questionnaire* [AUQ] (Bohn, Krahn y Staeheler, 1995), mide el deseo de beber durante su administración, la anticipación a los efectos positivos del consumo y la imposibilidad de rechazar el alcohol si éste estuviera presente. Consta de 8 ítems, es autoadministrado y tarda en aplicarse aproximadamente 1 min. La *Penn Alcohol Craving Scale* [PACS] (Flannery, Volpicelli y Pettinati, 1999) mide durante la semana previa a su administración la frecuencia, intensidad y duración del deseo de beber y la imposibilidad de rechazar el alcohol si éste estuviera presente. Consta de 5 ítems, es autoadministrado y tarda en aplicarse 3 min.

Por último, entre los instrumentos dedicados al craving de alcohol, resaltar un instrumento generado en nuestro país, lo cual asegura la idoneidad cultural respecto a los otros

cuestionarios que requieren un proceso de adaptación y estudio de validación en el nuevo contexto. En el año 2004 el grupo de Guardia presentó la *Escala Multidimensional de Craving de Alcohol* [EMCA] con buenos resultados psicométricos (Guardia et al, 2004). A partir de un total de 34 ítems la EMCA fue reducida a una versión final de 12 ítems representativos de cinco factores teóricos: 1) la desinhibición conductual o falta de resistencia al consumo, 2) el deseo de consumo, 3) obsesión/intención y planificación del consumo, 4) anticipación de efectos positivos, y 5) anticipación de una mejoría de la abstinencia o malestar. Finalmente, a partir de los doce ítems seleccionados obtienen una solución bifactorial que da razón de las dimensiones 'deseo de consumo' y 'desinhibición conductual' con buenos índices de consistencia interna y replicabilidad, y una adecuada validez de criterio al compararla con la CCOCB.

**Tabla 2.- Instrumentos de Medida del Craving**

Sustancias	Nombre del instrumento	Nº ítems	Administración	Localización en Castellano
Alcohol	• Y-BOCS-hd – Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for heavy drinkers	10	15'	Modell et al (1992)
	• OCDS – Obsessive Compulsive Drinking Scale	14	5-10'	Anton et al (1995)
	• CCOCB – Versión española del OCDS	14	5-10'	Rubio y López (1999) *
	• ACQ – Alcohol Craving Questionnaire	47 (12)	15' (5')	Singleton et al (1995-6)
	• AUQ – Alcohol Urge Questionnaire	8	3-5'	Bohn et al (1995)
	• PACS – La Penn Alcohol Craving Scale	5	2-3'	Flannery et al (1999)
	• EMCA – Escala Mutidimensional de Craving de Alcohol	12	5-10'	Guardia et al (2004) *
Cocaína	• CCQ – Cocaine Craving Questionnaire	45	15-20'	Tiffany et al (1993) **
	• CAC – Clinical Assessment of Craving	5	5-10'	Weiss et al (1995-97) **
	• Y-BOCS-cd – Escala de Componentes Obsesivo-Compulsivos de la Dependencia de Cocaína de Yale-Brown (adaptación de la Y-BOCS-hd para la cocaína)	10	15'	Tejero y Trujols (2003)
	• MCCS – Minnesota Cocaine Craving Scale	1	1'	Halikas et al (1991) **
	• STCCRR - Simple Test of Cocaine Craving and Related Responses	1	1'	Voris et al (1991) **
Tabaco y otras	• QSU – Questionnaire of Smoking Urges	32 (10)	15' (5')	Tiffany y Drobos (1991)
	• TCQ – Tobacco Craving Questionnaire	47	15-20'	Heishman et al (2003)
	• MCQ – Marijuana Craving Questionnaire	47	15-20'	Heishman et al (2001)
	• BCQ – Benzodiazepine Craving Questionnaire	20	10-15'	Mol et al (2003)
	• HCQ – Heroine Craving Questionnaire	45	15-20'	Heinz et al (2006)
	• Escalas analógico-visuales adaptadas a la sustancia específica	1	1'	

\* - Referencia para la localización del instrumento en castellano.

\*\* - Instrumento que puede localizarse en Tejero y Trujols (2003).



Respecto a los instrumentos de medida del craving en cocaína, ya se ha comentado más arriba el CCQ de Tiffany, siendo también de destacar los siguientes:

- 1) El *Inventario de Situaciones Relacionadas con el Consumo de Drogas (IDTS)* de Annis y Turner (1997).
- 2) El *Cuestionario de Situaciones de Alto Riesgo para el Consumo de Cocaína (CHRSQ)* de Michalec y colaboradores (1992).
- 3) La *Escala de Predicción de la Recaída (RPS)* de Beck y colaboradores (1993).
- 4) Las *Escalas Analógico-visuales de valoración del Craving de Cocaína (MCCS, STCCR)* (Halikas et al, 1991; Boris, Elder y Sebastián, 1991).
- 5) El *Clinical Assessment of Craving* de Weiss y colaboradores (1995, 1997).
- 6) La *Escala de Componentes Obsesivo-Compulsivos de la Dependencia de Cocaína de Yale-Brown* (Antón, 2000, Tejero, Trujols y Siñol, 2003). Todos estos instrumentos, entre otros dedicados a la valoración de otras áreas de la adicción, están recogidos en una monografía sobre instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína (Tejero y Trujols, 2003), por lo que se remite a dicha obra para la obtención y mejor descripción de estos instrumentos.

En la Tabla 2 se han listado algunos de los cuestionarios que se han comentado previamente, y también se detallan algunos otros de nuevo desarrollo sobre otras sustancias que no abordaremos aquí por no extendernos demasiado.

Un último grupo de instrumentos a los que se ha hecho referencia previamente también utilizados en la evaluación del craving son los referidos a cuestionarios de sintomatología. Incluyen preguntas relacionadas con la sintomatología supuestamente asociada a la aparición del deseo subjetivo (Lowman et al, 2000). Entre ellos podemos destacar: la *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale for heavy drinkers*

[Y-BOCS-hd] (Modell et al, 1992) que fue resultado de una adaptación al caso del alcohol de la *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*. Valora la obsesión (pensamientos) y la compulsión (comportamientos), consta de 10 ítems y tarda en aplicarse de 15 a 30 min. La *Obsessive Compulsive Drinking Scale [OCDS]* (Antón, Moca y Latham, 1995) está basada en la escala anterior y evalúa tanto pensamientos obsesivos y conductas compulsivas relacionados con el beber, como la interferencia de dichos pensamientos y la resistencia ante el deseo de beber. Esta escala ha sido validada en nuestro país con el nombre de *Cuestionario sobre los Componentes Obsesivo-Compulsivos de Bebida [CCOCB]* por Rubio y López (1999). La medición se realiza durante la última semana o quincena, consta de 14 ítems, es autoadministrada y tarda en aplicarse de 5 a 10 min.

Debido a la multidimensionalidad del craving, cada instrumento puede ser más apropiado para medir aspectos diferentes, así el AUQ mide mejor niveles muy recientes, mientras que el OCDS mide el deseo experimentado a lo largo de una semana. Flannery y colaboradores (2001) comparan tres cuestionarios (PACS, OCDS y AUQ) para determinar su utilidad y predecir el consumo durante el tratamiento. Comprueba que los tres proporcionan información útil para la predicción, aunque el PACS y el OCDS son mejores predictores con relación al resultado de tratamiento. También sugiere que el recuerdo retrospectivo del deseo puede ser más útil que las medidas de autoinforme de deseo actual. Por otra parte considera el AUQ más adecuado para la autoadministración en situaciones experimentales y para estudios de reactividad a estímulos.

En general, la mayoría de los enfoques teóricos están de acuerdo en que a través de medidas verbales autoinformadas (instrumentos multidimensionales, de forma preferente), y una vez tenidas en cuenta sus limitaciones, se puede acceder, en parte por lo menos, a la experiencia subjetiva del craving. Su evaluación



repetida y su monitorización tienen además una elevada relevancia clínica, tanto para obtener información sobre la evolución del paciente como para la toma de decisiones terapéuticas (Antón, 1999; Guardia et al, 2004).

## Terapéutica

Si, como se ha planteado, el craving está considerado como uno de los obstáculos más importantes para la recuperación de los pacientes con problemas adictivos y uno de los factores que más contribuyen a la cronicidad de la dependencias (Guardia et al, 1994), resulta perentorio discernir los mecanismos y procesos implicados (tanto fisiológicos, como cognitivos y conductuales) en aras a planificar estrategias terapéuticas para su confrontación.

Cada uno de los modelos conceptuales que han abordado el estudio del craving ha propuesto medidas para su valoración y para su tratamiento terapéutico. Así por ejemplo, los modelos subsumidos en el paradigma cognitivo proponen que las intervenciones terapéuticas no van dirigidos a aliviar la experiencia de craving sino a incrementar las probabilidades de que el paciente pueda bien evitar o bien bloquear la ejecución de las respuestas automáticas de consumo de la sustancia (Bañuls, 2005). Así para Tiffany y Conklin (2000), las intervenciones psicológicas efectivas para el craving deben:

- 1) Centrarse en los estímulos que desencadenan las rutinas automáticas de consumo, teniendo en cuenta que evitarlas siempre es imposible.
- 2) Trabajar para incrementar los recursos del paciente para impedir la ejecución de las conductas automáticas de consumo. Tiffany parte de la idea de que cuando las capacidades de procesamiento controlado del paciente se encuentran sobrecargadas este es más vulnerable a la activación de las rutinas automáticas de consumo. Por tanto, proponen intervenciones dirigidas a disminuir las demandas sobre las capacidades de

procesamiento controlado del paciente. En esta línea se inscriben las técnicas de manejo del estrés y de las emociones pues cuando el paciente se encuentra en un estado de estrés intenso o de malestar emocional sus recursos de procesamiento controlado están sobrecargados haciéndolo más vulnerable a la recaída (Tiffany y Conklin, 2000).

Por otro lado, el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Colaboradores (1985, 1987), dio origen al modelo cognitivo conductual de tratamiento de los trastornos adictivos. Para el abordaje terapéutico del craving el autor propone dos tipos fundamentales de intervenciones; unas de tipo cognitivo:

- Registro y análisis de las situaciones en que se produce el craving.
- Análisis de las expectativas del paciente sobre los efectos de consumir la sustancia en las diferentes situaciones de riesgo.
- Reestructuración de las creencias del sujeto sobre el craving promoviendo una visión de este como un fenómeno normal, cuya aparición no implica que se haya de realizar necesariamente un consumo y que desaparecerá con el tiempo, si no se cede a la tentación de consumir.
- Hacer presentes en el momento en que aparezca el craving las consecuencias negativas a largo plazo del consumo.

Y otras intervenciones de tipo conductual:

- La ejecución de estrategias de afrontamiento adecuadas en las situaciones de alto riesgo.
- Evitación, control de estímulos.
- Distracción y realización de actividades alternativas.
- Exposición a estímulos.

Por otro lado, el modelo psicobiológico, que explica los mecanismos de neuroadaptación del craving, ha recogido suficiente evidencia que ha permitido el desarrollo y puesta a prueba de la eficacia de distintas estrategias farmacológicas entre las cuales han destacado el uso de antagonistas opiáceos (naltrexona), los análogos de



**Tabla 3.- Tratamientos propuestos para el Craving**

FARMACOLÓGICOS: Naltrexona, Acamprosato, Topiramato, Ácido Valproico, Carbamazepina, ISRSs, etc.	
PSICOLÓGICOS:	<p>Análisis Funcional : Registro y análisis de las situaciones en las que se produce el craving</p> <p>Evitación, control estímulos : a) Detención o parada del pensamiento, b) Técnicas de Distracción: Realización de actividades alternativas, Derivación atencional</p> <p>Técnicas de imaginación: a) Reenfoco con imaginación, b) Sustitución por imagen negativa, c) Sustitución por imagen positiva, d) repaso mediante imagen, e) adquisición de dominio mediante imaginación.</p> <p>Entrenamiento en auto instrucciones / autoafirmaciones</p> <p>Exposición a estímulos: a) Desensibilización sistemática, b) Prevención de respuestas a la exposición a estímulos</p> <p>Reestructuración cognitiva: a) Análisis de las expectativas sobre los efectos del consumo y b) discusión de ideas irracionales (TRE - Terapia Racional Emotiva)</p> <p>Entrenamiento en relajación: a) Progresiva de Jacobson, b) Autógena, etc.</p> <p>Manejo del estrés y la respuesta emocional para reducir la vulnerabilidad a la activación de las rutinas automáticas de consumo.</p> <p>Entrenamiento en Habilidades: Ejecución de estrategias de afrontamiento adecuadas en las situaciones de alto riesgo</p>
PSICOSOCIALES	Control y programación de actividades Cambio de rutinas y ambientes de riesgo

la homotaurina (acamprosato) y algunos agentes que actúan sobre los mecanismos serotoninérgicos.

En la tabla 3 se recogen, a partir de las tres líneas posibles de intervención (farmacológica, psicología o psicosocial) algunas de las técnicas actualmente utilizadas. En el caso de las técnicas psicológicas, tanto las de tipo conductual como las de tipo cognitivo, han demostrado ser ampliamente efectivas en el tratamiento de otras patologías específicas relacionadas con la ansiedad (Caballo, 1998). Por tanto, dada la naturaleza del craving, es ampliamente factible la efectividad de estas estrategias en el manejo del mismo (Marlatt y Gordon, 1985; Beck et al, 1993). Se observa también, que en muchos de los casos, dichas estrategias no están aisladas, sino que en ocasiones se complementan para ser más eficaces, por lo cual se sugiere adoptar una visión más amplia, en vez de pretender hacer uso de una sola (Graña, 1994; García-González, 2001; Sánchez-Hervás, 2002, 2006; González-Salazar, 2004;).

Hacer notar que la mejor estrategia para la elección del tratamiento apropiado pasa necesariamente por una adecuada evaluación de cada caso particular. Es esencial que previo al manejo de las técnicas o métodos terapéuticos disponibles, se determine la naturaleza y características de expresión del craving que el paciente presenta para hacer la elección adecuada en función de las necesidades del paciente y de sus características y recursos personales (González-Salazar, 2004). Asimismo, la evidencia recogida no permite designar una modalidad de tratamiento como de primera elección, sino que aboga por una utilización combinada de las diferentes técnicas y modalidades de intervención (Sánchez-Hervás, 2006).

**Consideraciones finales**

Haciendo nuestras las conclusiones de Arce y colaboradores (1994), 'durante la larga historia del concepto de craving, éste ha pasado, como se ha visto, por diferentes momentos en su utilización y aceptación. Los modelos con-



ductuales permitieron rescatar el constructo de aproximaciones mentalistas y medicalizadas, y posibilitaron su operativización en los tres niveles de respuesta [fisiológico, conductual y cognitivo]. Si bien existen aún importantes puntos oscuros entre los diferentes modelos conductuales que explican el deseo de consumo (craving) de droga, las recientes aportaciones de modelos cognitivos, y el descubrimiento de bases neurofisiológicas para estos procesos resultan prometedoras. Es más, la importancia de los modelos cognitivos puede ser determinante, pues no hay que olvidar que, a fin de cuentas, y por mucha operativización y medida objetiva lograda, el craving alude a la experiencia fenomenológica del adicto y su peculiar relación con la sustancia fruto de una historia de aprendizaje. Se quiera o no, el fenómeno experiencial continuará ahí; se podrá negar o no considerarlo, pero parece mucho más adecuado el tenerlo en cuenta y operativizarlo de forma que sea utilizable, lo que implica su definición, objetivación y medida. Los trabajos más recientes corroboran esta postura: olvidan las polémicas terminológicas y se esfuerzan en la búsqueda de correlatos conductuales y psicofisiológicos a los datos de autoinforme, con vistas a lograr aplicaciones prácticas en la evalua-

ción y el tratamiento. Estas investigaciones incluyen el desarrollo de técnicas efectivas de extinción de las respuestas condicionadas a drogas mediante procedimientos de exposición sistemáticos...'; o bien la aplicación de estrategias de bloqueo en la ejecución de respuestas automáticas, o bien mediante la acción sobre mecanismos bioquímicos implicados en la respuesta neuroadaptativa asociada al craving. 'Desde esta perspectiva, el craving puede ser entendido, bien como un constructo operativo de alto nivel que engloba los tres sistemas de respuesta mencionados; o bien, de forma más restringida, aquel aspecto cognitivo y fenomenológico al que sólo tenemos acceso directo con el autoinforme utilizando escalas específicas, pero que mantiene claros correlatos con componentes fisiológicos y conductuales. Ambas posturas son compatibles y complementarias, y su continuidad dependerá del grado de utilidad que aporten a la investigación en el campo de la conducta adictiva' (pp. 373).

#### Contacto:

Joseba Iraurgi Castillo  
Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde  
Camilo Villabaso 24 Isonja – 48002 BILBAO  
iraurgi@telefonica.net



---

## BIBLIOGRAFÍA

- Annis HM, Turner NE, Sklar SM. (1997). Inventory of Drug Taking Situations (IDTS): User's guide. Toronto: Addiction research foundation of Ontario.
- Annis H. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. En: Miller VW, Heather N, eds. Treating addictive behaviors: process of change. New York: Plenum.
- Anton RF. (1999). What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol Research and Health*; 23: 165–73.
- Anton RF. (2000). Obsessive–compulsive aspects of craving: development of the Obsessive Compulsive Drinking Scale. *Addiction*; 95(Suppl 2): 211–7.
- Anton RF, Moka DH, Latham P. (1995). The obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behaviour. *Alcohol Clin Exp Res*; 19: 92–9.
- Anton R, Moak D, Latham P. (1996). The obsessive–compulsive drinking scale. A new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies. *Arch Gen Psychiatry*; 53: 225–31.
- Arce F, Bernaldo M, Labrador F. (1994). El concepto de deseo de consumo por la droga. *Psicothema*; 6: 367–374.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (1987). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM–III–R. Madrid: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA). (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM–IV. Madrid: Masson.
- Baker T, Morse E, Sherman J. (1987). The motivation to use drugs: a psychobiological analysis of urges. *The Nebraska Symposium on Motivation: alcohol use and abuse*, 257–323. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Bañuls E. (2005). Concepto y evaluación del craving: Aplicaciones en el trastorno por dependencia de cocaína. *Interpsiquis*; <http://www.psiquiatria.com/congreso/2005/adicciones/articulos/20317/>.

- Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press. Traducción al castellano (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Ed Paidós.
- Bohn MJ, Krahn DD, Staeheler BA. (1995). Development and initial validation of a measure of drinking urges in abstinent alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*; 19: 600–6.
- Caballo VE. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo/conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Chesa D, Elias M, Fernández E, Izquierdo E, Sitjas M. (2006). El craving, un componente esencial en la abstinencia. *RevAEN* 89: 2911–2930.
- Clark D, James N, Petry N, Exner A, Williams A, Norman P. (1996). The development and validation of a questionnaire on cravings and urges for alcohol.
- Drobes DJ, Thomas SE. (1999). Assessing craving for alcohol. *Alcohol Res Health*; 23: 179–86.
- Early P. (1991). *The cocaine recovery book*. Londres: Sage Publications.
- Edwards G, Gross M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*; 1, 1058–1061.
- Flannery B, Roberts A, Cooney N, Swift R, Anton R, Rohsenow D. (2001). The Role of Craving in Alcohol Use, Dependence, and Treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25: 299–308.
- Flannery BA, Volpicelli JR, Pettinati HM. (1999). Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcohol Clin Exp Res*; 23: 1289–95.
- Garbutt JC, West SL, Carey TS, Lohr KN, Crews FT. (1999). Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence. *JAMA*; 281: 1318–25.
- García-González R. (1993). Algunas intervenciones psicológicas orientadas a la abstinencia en los dependientes del alcohol. *Anales de Psicología*; 9: 43–51.
- Gómez A, Conde A. (2004). Craving y alcoholismo. *Med Clin (Barc)*; 123: 222–223.
- González-Salazar I. (2004). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *RET – Revista de Toxicomanías*; 41: 27–32.
- Graña J. (1994). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Grace A. (2000). The tonic/phasic model of dopamine system regulation and its implications for understanding alcohol and psychostimulant craving. *Addiction*; 95 (Suppl 2): 119–28.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. (1989). The Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*; 46: 1012–6.
- Guardia I, Segura L, Gonzalvo B, Trujols J, Tejero A, Suárez A, Martí A. (2004). Estudio de validación de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol. *Med Clin (Barc)*; 123: 211–6.
- Halikas JA, Kuhn KL, Crosby RD, Carlson G, Crea F. (1991). The measurement of craving in cocaine patients using the Minnesota Cocaine Craving Scale. *Compr Psychiatry*; 32: 22–27.
- Heather N, Tebbutt JS, Mattick RP, Zamir R. (1993). Development of a scale for measuring impaired control over alcohol consumption: a preliminary report. *J Stud Alcohol*; 54: 700–9.
- Heinz AJ, Epstein DH, Schroeder JR, Singleton EG, Heishman SJ, Preston K. (2006). Heroin and cocaine craving and use during treatment: measurement potential relationships. *Journal of Substance Abuse Treatment*; electronic publication.
- Heishman SJ, Singleton EG, Liguori A. (2001). Marijuana Craving Questionnaire: Development and initial validation of a self-report instrument. *Addiction*; 96: 1023–1034.
- Heishman SJ, Singleton EG, Moolchan ET. (2003). Tobacco Craving Questionnaire: reliability and validity of a new multifactorial instrument. *Nicotine and Tobacco Research*; 5: 645–654.
- Horvath A. *Cognitive therapy and the addictions*. *Int Cogn Ther* 1988; 4: 6–7.
- Jellinek EM. (1960). *The Disease concept of Alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press.
- Jellinek E, Isbell H, Lundquist G, Tiebout H, Duchene H, Maredones J, et al. (1995). The craving for alcohol. *Q J Stud Alcohol*; 16: 34–66.
- Jiménez M, Graña JL, Rubio G. (2002). Modelos teóricos de conceptualización del craving. *Trastornos Adictivos*; 4: 209–215.
- Jiménez M, Monasor R, Rubio G. (2003). Instrumentos de evaluación en el alcoholismo. *Trastornos Adictivos*; 5: 13–21.
- Kasvikis Y, Bradley B, Powell J, Marks L, Gray JA. (1991). Postwithdrawal exposure treatment to prevent relapse in opiate addicts: a pilot study. *International Journal of the Addictions*; 26: 1187–1195.
- Koob G. (2000). Animal models of craving for ethanol. *Addiction*; 95(Suppl 2): 73–82.
- Koob G, Le Moal M. (1997). *Drug Abuse: Hedonic Homeostatic Dysregulation*. Science; 278: 52–58.
- Kozlowski LT, Wilkinson DA. (1987). Use and misuse of the concept of craving by alcohol, tobacco and drug abusers. *British Journal of Addiction*; 82: 31–36.
- Kozlowski LT, Wilkinson DA, Poulos CX. (1989). Cravings are ambiguous: ask about urges or desires. *Addictive Behaviours*; 14: 443–445.
- Larimer ME, Palmer RS, Marlatt A. (1999). Relapse Prevention. An overview of Marlatt's Cognitive–Behavioral Model. *Alcohol Research and Health*; 23: 151–60.
- Legarda JJ, Bradley BP, Sartory G. (1990). Effects of drug-related cues in current and former opiate users. *Journal of Psychophysiology*; 4: 25–31.
- Lowman C, Hunt W, Litten R, Drummond C. (2000). Research perspectives on alcohol craving: an overview. *Addiction*; 95(Suppl 2): 45–54.
- Ludwig A, Wikler A. Craving and relapse to drink. *Q J Stud Alcohol* 1974;35:108–30.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Décima Clasificación Internacional de las enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Marlatt GA. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model, 3–67. En: Marlatt GA, Gordon JR. *Relapse prevention*. New York: Guilford press.
- Marlatt GA, Gordon, JR. (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- Marlatt GA. (1987). Craving notes. *British Journal of Addiction*; 82: 42.
- McNair DM, Lorr M, Droppelman LF. (1971). *Profile of Mood States Manual*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Mezinkis JP, Honos-Webb L, Kropp F, Somoza E. (2001). The measurement of craving. *J Addict Dis*; 20: 67–85.
- Michalec E, Zwick WR, Monti PM, Rohsenow DJ, Varney S, Niaura RS, et al. (1992). A Cocaine High-risk Situations Questionnaire: Development and psychometric properties. *J Subst Abuse*; 4: 377–91.
- Modell J, Glaser F, Moutntz J, Schmalz S, Cyr L. (1992). Obsessive and compulsive characteristics of craving for alcohol in alcohol abuse and dependence: quantification by a newly developed questionnaire. *Alcohol Clin Exp Res*; 16: 266–71.
- Mol AJJ, Oude Voshaar RC, Gorgels WJM, Breteler MHM, van Balkom AJLM, van de Lisdonk EH, van der Ven AHGS, Zitman FG. (2003). Development and psychometric evaluation of the Benzodiazepine Craving Questionnaire. *Addiction*; 98: 1143–1152.
- Negrete JC, Emil S. (1992). Cue-evoked arousal in cocaine users: a study of variance and predictive value. *Drug and Alcohol Dependence*; 30: 187–192.
- Niaura R. (2000). Cognitive Social Learning and related perspectives on drug craving. *Addiction*; 95 (Suppl 2): 155–63.
- O'Brien CP, Childress AR, McLellan AT, Ehrman R. (1990). Integrating systematic cue exposure with standard treatment in recovering drug dependent patients. *Addictive Behaviors*; 15: 355–365.
- Powell J et al. (1990). The effects of exposure to drug-related cues in detoxified opiate addicts: a theoretical review and some new data. *Addictive Behaviors*; 15: 339–354.
- Ramos J, Tejero A, Trujols J. (1998). ¿Craving como elemento central o cómo epifenómeno en las conductas adictivas? Una revisión de la propuesta de Tiffany. *Addiciones*; 10: 217–22.
- Rankin H, Hodgson R, Stockwell T. (1979). The concept of craving and its measurement. *Behav Res & Therapy*; 17: 389–396.
- Rankin H, Hodgson R, Stockwell T. (1983). Cue exposure and response prevention with alcoholics: a controlled trial. *Behav. Res & Therapy*; 21: 435–446.



- Robinson TE, Berridge KC. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*; 18: 247-91.
- Robinson TE, Berridge KC. (2000). The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. *Addiction*; 95(Suppl 2): 91-118.
- Rubio G, López M. (1999). Validación del cuestionario sobre los componentes obsesivo-compulsivos de bebida en alcohólicos españoles. *Adicciones*; 11: 7-16.
- Rubio G, Urosa B, Santo-Domingo J. (1998). Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA). *Psiquiatría Biológica*; (supl. 1)5: 44-7.
- Sánchez-Hervás E, Gradoli T. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos Adictivos*; 3: 21-27.
- Sánchez-Hervás E, Molina Bou N, del Olmo Gurrea R, Tomás Gradolí V, Morales Gallús E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*; 3: 237-243.
- Sánchez-Hervás E. (2002). Estrategias para el manejo del craving (a drogas). *An Psiquiatría*; 18: 27-34.
- Sánchez-Hervás E. (2006). Tratamientos combinados en la adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*; 8: 42-52.
- Sayette M, Shiffman S, Niaura R, Martin C, Shadel W. (2000). The measurement of drug craving. *Addiction*; 95(Suppl 2): 189-210.
- Shachter S, Singer J. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychol Rev*; 84: 127-90.
- Siegel S. (1979). The role of conditioning in drug tolerance and addiction. En Keehn J. (ed). *Psychopathology in animal: research and treatment implications*. New York: Academic Press.
- Singleton EG, Henningfield JE, Tiffany S. (1994). *Alcohol Craving Questionnaire: ACQ-Now: background and administration manual*. Baltimore: NIDA Addiction Research Centre.
- Singleton EG, Tiffany ST, Henningfield JE. (1995). Development and validation of a new questionnaire to assess craving for alcohol. *Problems of Drug Dependence*, 1994. Volume II: Abstracts. NIDA Research Monograph 153. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Singleton EG, Gorelik D. (1998). Mechanism of alcohol craving and their clinical implications. En: Gallanter I, ed. *Recent developments in alcoholism*. New York: Plenum Press.
- Stockwell TR, Sitharthan T, McGrath D, Lang E. (1994). The measurement of alcohol dependence and impairment control in community samples. *Addiction*; 89: 167-74.
- Swift RM. (1999). Medications and alcohol craving. *Alcohol Res Health*; 23: 207-13.
- Teasdale J. (1973). Conditioned abstinence in narcotic addicts. *International Journal of Addictions*. 8: 273-283.
- Tejero A, Trujols J. (2003). Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína. Barcelona: Ars Médica.
- Tejero A, Trujols J, Siñol N. (2003). Evaluación del Craving de Cocaína. En Tejero A, Trujols J. *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína*, 23-50. Barcelona: Ars Médica.
- Tiffany ST. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*; 97: 147-168.
- Tiffany ST. (1995). The role of cognitive factors in reactivity to drug cues. In Drummond DC, Tiffany ST, Glastier SP, Remington B (eds). *Addictive Behaviour: Cue Exposure, Theory and Practice*, 137-165. Chichester, England: John Wiley.
- Tiffany ST. (1997). New perspectives on the measurement, manipulation and meaning of drug craving. *Huma Psychopharmacol*; 12: 103-13.
- Tiffany ST. (1999). Cognitive Concepts of craving. *Alcohol Research and Health*; 23: 215-24.
- Tiffany ST, Conklin CA. (2000). A Cognitive Processing Model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction*; 95(Suppl 2): 145-53.
- Tiffany ST, Drobes D J. (1991). The development and initial validation of a questionnaire on smoking urges. *British Journal of Addiction*; 86: 1467-1476.
- Tiffany ST, Singleton E, Haertzen CA, Henningfield IE. (1993). The development of a cocaine craving questionnaire. *Drug Alcohol Depend*; 34: 19-28.
- Turner NE, Annis HM, Sklar SM. (1997). Measurement of antecedents to drug and alcohol use: Psychometric properties of the inventory of drug taking situations (IDTS). *Behav Res Ther*; 35: 465-83.
- Voris J, Elder I, Sebastian P. (1991). A simple test of cocaine craving and related responses. *J Clin Psychol*; 47: 320-3.
- Weiss RD, Griffin ML, Hufford C. (1995). Craving in hospitalized cocaine abusers as a predictor of outcome. *Am J Drug Alcohol Abuse*; 21: 289-301.
- Weiss RD, Griffin ML, Hufford C, Muenz LR, Navajits LM, Jansson SB, et al. (1997). Early prediction of initiation of abstinence from cocaine: Use of a craving questionnaire. *Am J Addict*; 6: 224-31.
- Weiss RD, Griffin ML, Mazurick C, Gallop R, Berkman B. (2003). The relationship between cocaine craving, psychosocial treatment, and subsequent cocaine use. *Drug Alcohol Depend*; 160: 1320-5.
- West R, Schneider N. (1987). Craving for cigarettes. *British Journal of Addiction*, 82: 407-415.
- WHO - Expert Committee on Mental Health and Alcohol. (1955). The 'craving' for alcohol. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*; 16: 33-66.
- Wikler A. (1948). Recent progress in research on the neurophysiological basis of morphine addiction. *American Journal of Psychiatry*; 105: 329-338.

# Interacciones en la Historia Clínica Digital

**Enrique G. Arza**

Técnico en Informática. Hospital Zaldibar. Bizkaia

**Pablo Legido**

Médico Internista. Hospital Zaldibar

**Marta Prieto**

Farmacéutica. Hospital Zaldibar

**Iratxe Regidor**

Técnica de Calidad

## Resumen:

**OBJETIVOS:** Desde 1999 el Hospital Zaldibar orienta su política hacia la Excelencia. En 2005 con la incorporación de ISO 9001:2000 y la gestión por procesos, surge la necesidad de disponer de una aplicación que permita la interacción entre los profesionales. Nuestro objetivo es presentar la experiencia de la interacción informática en la Historia Clínica.

**METODOLOGÍA:** La adaptación de los programas corporativos mediante interconexiones definidas por un equipo multidisciplinar.

**RESULTADOS:** La simplicidad de la solución, así como su integración dentro de las herramientas habituales han facilitado su aceptación por los colectivos, logrando la mejora en dos aspectos: la seguridad a través de la disminución de errores, y la confidencialidad.

**CONCLUSIONES:** El trabajo interdisciplinar ha permitido la incorporación de la gestión por procesos mediante la conexión de los datos generados por diferentes profesionales a través de sus respectivas herramientas informáticas, lo que redundará en aspectos fundamentales de la atención al paciente.

## Summary:

**OBJECTIVES:** Since 1999 Hospital Zaldibar directs its policy towards Excellence. In 2005 with the introduction of ISO 9001:2000 and management processes, arises the need to have an application that allows interaction between professionals. Our objective is to present the experience of interaction in computerized Clinic History.

**METHODOLOGY:** The adaptation of corporate programs through interconnections defined by a multidisciplinary team.

**RESULTS:** The simplicity of the solution, as well as their integration into the usual tools have enabled its acceptance by the collectives, achieving improvements in two areas: security through the reduction of errors, and confidentiality.

**CONCLUSIONS:** The interdisciplinary work has allowed the incorporation of management processes by connecting the data generated by different professionals through their respective software tools, improving aspects of patient care.

## Palabras clave:

Integración, interacción, innovación, seguridad, confidencialidad, gestión por procesos.



## Introducción

En el año 1999 el Hospital Zaldibar alineó su política con la Calidad Total a través de la puesta en marcha de diversos proyectos, como la orientación a procesos y la identificación de los líderes. En el 2005 la Dirección aprobó el plan estratégico (2005–2008) y con él se marcaron las líneas de avance hacia la excelencia a través de cinco objetivos clave:

1. La mejora de la satisfacción de pacientes y familias.
2. La mejora de la satisfacción de toda la plantilla.
3. La mejora de nuestra eficiencia.
4. Mejora de la calidad en la gestión.
5. Desarrollo e innovación del modelo comunitario.

Con la incorporación a principios de 2005 de la metodología ISO 9001:2000 y con ella la gestión por procesos en los servicios asistenciales, surgió la necesidad de aprovechar la potencialidad de las diferentes herramientas informáticas que se estaban implantando en el Hospital para la interacción entre los diferentes profesionales. Estos programas informáticos corporativos permiten disponer del flujo de información necesario para el desempeño de la actividad según los requisitos de calidad definidos.

En enero de 2007 el Hospital Zaldibar decidió adherirse al proyecto “la seguridad como punto crítico en la gestión del proceso asistencial” (dependiente del Sistema Nacional de Salud y gestionado desde la Subdirección de Calidad de Osakidetza). Esta iniciativa reforzó aún más la necesidad de informatización de la Historia Clínica, dado el avance que suponía la prescripción electrónica en la seguridad del paciente.

Paralelamente a nuestro proyecto, la Subdirección de Informática de la Organización Central de Osakidetza trabaja en el desarrollo de una aplicación corporativa, en su deseo de

superar el marco de aplicaciones informáticas aisladas, con una visión integradora de todas ellas a través de e-Osabide. Se trata de un proyecto ambicioso que requiere de tiempos y fases, y en el que los hospitales psiquiátricos no suponen una prioridad. Ante la inexistencia de una fecha para su implantación en nuestro centro, y ante la disyuntiva de esperar o progresar, este Hospital decidió avanzar en el camino de la integración.

¿Por qué? por la necesidad de mejora de nuestro sistema de gestión; y ¿para qué? para “prestar la mejor atención psiquiátrica posible a la población asignada, al mejor coste posible, en un ambiente de satisfacción generalizada entre todos los que componemos la plantilla, refiriendo para ello todas nuestras acciones al Modelo Europeo para la Gestión de la Calidad” (Misión del Hospital Zaldibar).

Si nuestra Misión está enfocada a la persona que necesita nuestros servicios, como no podía ser de otra manera, era lógico concluir en que la Historia Clínica debería ser el punto donde convergiese toda la información que el Hospital generara en el ámbito de su misión, incluyendo tanto la directamente asistencial (colectivo médico, psicología, enfermería) como la de apoyo, asistencial o no, (farmacia, trabajo social, terapia ocupacional, cocina).

Y si debíamos realizarlo “en un ambiente de satisfacción generalizado entre todos los que componemos la plantilla”, era necesario estructurar todo el sistema haciendo participe al mayor número posible de profesionales en su desarrollo, así como atender a sus demandas concretas. Se creó en el Hospital un equipo multidisciplinar compuesto por el informático, el médico internista, la farmacéutica y la técnica de calidad, y se comenzó a trabajar. Una de las mayores barreras era la existencia de programas para todo, por lo que nuestra apuesta fue una herramienta por colectivo que contuviese lo necesario para su actividad diaria:



Médicos psiquiatras	PCH Hospitalización
Medicina interna	PCH Hospitalización
Psicóloga clínica	PCH Hospitalización
Trabajo Social	PCH Hospitalización
Terapia Ocupacional	PCH Hospitalización
Enfermería	ZAINERI
Farmacia	Módulo UNIDOSIS (AS/400)
Cocina	Módulo Cocina (AS/400)
Admisión	Módulo Admisión (AS/400)

Para alcanzar los objetivos se requería que las herramientas disponibles adquiriesen el rango de Historia Clínica Informatizada estableciendo la comunicación de datos entre ellas, pues es lo que daría unidad al conjunto (en este punto aparece la Integración). Éste es el valor añadido de la propuesta de nuestro centro, la interconexión de todos y cada uno de los diferentes programas para lograr la interacción total del trabajo entre los diferentes colectivos, haciendo del mismo un todo orientado a proporcionar “la mejor atención psiquiátrica posible” al cliente de nuestro sistema.

## Material y métodos

En la primera acepción la Real Academia define integrar como “Dicho de las partes: Construir un todo”. En nuestra realidad esto supuso analizar por un lado la información que se generaba, y por otro, identificar aquellas necesidades de cada colectivo para desempeñar su trabajo diario bajo los requisitos de calidad definidos.

De la confluencia de ambos aspectos surgió la necesidad de establecer comunicación entre los sistemas de información.

### a) Gestión de dietas y menús

Agentes: enfermería, admisión y cocina.

La informatización se realizó en dos fases:

- Integración de dietas, menús y especiales. Desde ZAINERI se conectó la ventana de

Dietas y Menús con el AS/400 (módulo cocina) por lo que los cambios que realiza la enfermera surten efecto inmediato en los datos de dicho módulo, y por consiguiente se trasladan dichos cambios al servicio de cocina, tanto en el número de menús como en las observaciones.

- Menús a servir. Un Hospital psiquiátrico tiene un elevado número de permisos de salida al exterior para los pacientes, lo que origina diariamente un constante cambio de cantidades de menús a servir. Es por ello, que a ZAINERI se le añadió un botón de permisos, el cual es activado por la enfermera generando un traslado al exterior en la Admisión del Hospital. Como las cantidades a servir vienen condicionadas por la estancia o no en el hospital, los pacientes que tienen el traslado no figuran como demandantes de menús. Con el regreso del paciente al Hospital tras el permiso, enfermería pulsa el botón de fin de permiso, generándose una vuelta del exterior a su cama habitual y dieta anterior.

### b) Lectura de evolutivos y constantes de enfermería desde PCH Hospitalización

Agentes: colectivo médico y enfermería.

ZAINERI permite el registro de los evolutivos y constantes que enfermería recoge de su actividad diaria con el paciente, con PCH Hospitalización y su conexión con ZAINERI se dio a los facultativos la posibilidad de consultar estos datos, lo que se convirtió en un importante factor atrayente del profesional hacia una herramienta informática que le solucionaba una necesidad real de acceso a la información.

### c) Realización de evolutivos y anamnesis

Agentes: colectivo médico (psiquiatras e internista), psicología, trabajo social y terapia ocupacional.

Se propuso que todos los evolutivos que se generaran en el Hospital por los diferentes



colectivos se integraran en PCH, solicitando a la empresa desarrolladora del programa, Ibermática, la incorporación de un evolutivo diferenciado del de los médicos psiquiatras. Con ello, se concentró en un mismo programa a cinco tipos de profesionales: psiquiatras, internista, psicóloga, trabajadoras sociales y terapeuta ocupacional, completando además la aplicación, con el diseño específico de dos anamnesis: una de los médicos psiquiatras y otra para el médico internista.

Con este paso cerramos una fase del proyecto, puesto que todo el personal implicado en la atención al paciente contaba con su hueco informático.

#### **d) Lecturas de registros médicos desde ZAINERI**

Agentes: enfermería, colectivo médico (psiquiatras e internista).

Mediante un botón añadido a ZAINERI, enfermería puede acceder desde los datos del paciente a los registros incluidos en PCH a modo de lectura, a través de una llamada a un módulo propio de PCH. Para este colectivo es una funcionalidad más de ZAINERI.

Con ello logramos que todos los colectivos que trabajan con el paciente lo hicieran en la historia clínica informatizada, y cada uno de ellos desde su propia aplicación.

#### **e) Prescripción electrónica**

Agentes: colectivo médico (psiquiatras e internista), enfermería y farmacia.

PCH dispone de un módulo de prescripción electrónica, que hasta la fecha ningún hospital venía utilizando pues no se ajustaba a los requerimientos necesarios. Desde Zaldibar se apostó por sustituir el tránsito continuo de papel entre las Unidades y Farmacia por este módulo, para lo cual se hizo imprescindible trabajar en su adecuación a nuestras necesidades.

La fase de adaptación fue larga, pero muy fructífera.

El proceso de prescripción electrónica incluye tres fases:

- Solicitud de tratamiento farmacológico por parte del médico.

El médico puede añadir, modificar o dar de baja una prescripción. En el caso de añadir una prescripción, selecciona el medicamento, la vía, la cantidad y la frecuencia, todos ellos datos actualizados en UNIDOSIS, así como observaciones. Una vez completadas todas las órdenes que considera necesarias, hace clic en el botón solicitar.

- Recepción y validación en Farmacia.

En Farmacia desde una opción de menú añadida a su programa UNIDOSIS, la farmacéutica recibe de forma automática las órdenes para su validación. Una vez evaluada la farmacoterapia se comunica al médico cualquier cambio o recomendación a través del campo "observaciones" del programa UNIDOSIS y se valida.

- Recepción en la Unidad de Enfermería.

La Unidad recibe por la impresora la nueva prescripción por lo que se evita transcribir la orden del médico.

De esta forma se integra la información de UNIDOSIS en PCH, a la vez, que el botón de acceso a los datos de PCH incluido en ZAINERI permite consultar en todo momento a enfermería las prescripciones realizadas por el médico, así como reducir los errores en todo el proceso de administración de medicamentos.

#### **f) Conexiones con el exterior**

Laboratorio.

Agentes: enfermería, colectivo médico (psiquiatras e internista).

La incorporación del CIC (Código de Identificación Corporativo), así como la estructura



de comunicaciones de Osakidetza han permitido que desde el módulo de laboratorio de PCH se pueda acceder a los resultados de los análisis que enviamos a realizar al Laboratorio del Hospital Galdakao.

Desde PCH y por consiguiente, también desde ZAINERI, se puede acceder a estos resultados, así como realizar peticiones al laboratorio. En estos momentos estamos en proceso de desarrollo de las pruebas a solicitar, por lo que, una vez definidas, procederemos a implantar todo el proceso que incluye: petición, extracción y consulta de resultados.

Global Clinic.

Con el acceso desde el PCH a esta herramienta, los profesionales del Hospital Zaldibar podrán consultar toda la información relevante que disponga el paciente en cualquier Hospital de la red. Se trata de un futuro, que a juzgar por el avance del proyecto, no será muy lejano.

## Resultados

La simplicidad de la solución aportada, así como su integración dentro de las herramientas que tradicionalmente han utilizado los diferentes colectivos profesionales, han permitido que la implantación se haya desarrollado con normalidad y plena aceptación por el personal.

Los resultados han sido muy positivos y nos permiten hablar actualmente de mejora en dos aspectos fundamentales de la atención al paciente, eje fundamental sobre el que gira la gestión del centro y objetivo de nuestra misión, prestar la mejor atención psiquiátrica posible. Estos dos aspectos son:

### a) Seguridad del paciente

En 2007 el Hospital Zaldibar tomó parte en el proyecto corporativo “la seguridad como punto crítico en la gestión del proceso asistencial”, liderado por la Subdirección de Calidad de la Organización Central de Osakidetza y con la financiación del Ministerio de Sanidad y

Consumo. La Subdirección realizó labores de asesoramiento a todos los hospitales que se adhirieron al proyecto, a través de sesiones de información–formación, y de seguimiento de los planes a ejecutar en los distintos centros.

Para ello se creó en el Hospital un grupo de trabajo multidisciplinar (personal médico, de enfermería, de farmacia y de calidad) y el objetivo con el que se comenzó a trabajar fue el diseño de un proceso de gestión farmacoterapéutica más seguro, a través de:

- El análisis del proceso para detectar las diferentes posibilidades de error y realizar una propuesta de implantación de medidas orientadas a su reducción.
- La sensibilización del personal en materia de seguridad del paciente, con objeto de crear una cultura que facilite la notificación de errores y la puesta en marcha de mejoras orientadas a su reducción, tras el análisis de sus causas (aprender de ellos).

Durante el primer semestre del año 2007 el equipo estuvo trabajando en el análisis del proceso de gestión farmacoterapéutica mediante la herramienta AMFE (Análisis Modal de Fallos y Errores). El equipo elaboró un plan de acción compuesto por una serie de medidas a adoptar para la eliminación y/o disminución de los errores, y se lo presentó a la Dirección del centro como recomendación de mejora, quien lo aprobó.

El plan de mejora (aprobado por la Dirección) con el que concluyó el primer semestre del año incluía tres propuestas fundamentales, las cuales se han llevado a la práctica y en este momento nos permiten medir resultados. Éstas son las siguientes:

- Implantación de un programa de notificación de errores facilitado por la Subdirección de Calidad de Osakidetza como herramienta de registro para cualquier profesional, que garantiza el anonimato de la persona que notifica.
- Creación de un órgano de trabajo denominado Comité de Seguridad del Paciente,



con participación del médico internista del hospital, la farmacéutica, representación del colectivo de enfermería y la técnico de calidad, con competencia para analizar de forma periódica las causas de los errores y proponer medidas para disminuirlas, cuya aprobación recaerá finalmente en la Dirección.

- Concluir la fase de implantación de la prescripción electrónica a través del programa PCH.

Actualmente trabajamos en el Hospital con dicho sistema de notificación, el Comité de Seguridad está operativo, y la fase de implantación de la prescripción electrónica a través del programa PCH está concluida. Con ella el proceso de hospitalización ha logrado la eliminación de multitud de fallos y efectos de los mismos, adquiriendo un grado mayor de seguridad para el paciente y permitiendo a nuestros profesionales desarrollar su actividad con mejores niveles de garantía y eficacia.

**b) Confidencialidad de la Historia Clínica**

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal (LOPD) obliga a una organización a adoptar las medidas de índole técnica y organizativas necesarias que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado. Distingue varios niveles de protección a desarrollar según el tipo de datos, y en nuestro caso toda la información contenida en la Historia Clínica responde al 3, el nivel más alto.

El panorama a describir antes de la informatización e interconexión de la Historia Clínica difiere enormemente del que tenemos actualmente en los aspectos marcados en la ley:

- Hemos pasado de una situación de difícil control de acceso a los registros del Historial por parte del personal (tanto autorizado como no autorizado), dada la ubicación e incluso la necesidad de movimiento del propio dossier, a una situación donde el control de acceso es total.

FALLOS	EFECTOS
No verificar el médico que enfermería conoce el cambio de prescripción	Administración incorrecta
Lectura incorrecta de la prescripción por ilegibilidad	Administración incorrecta
Fallos de comunicación entre enfermería y farmacia	Administración incorrecta
Fallos en el envío y recepción de las órdenes médicas tratamiento farmacológico	Administración incorrecta
Falta de identificación del paciente en la orden médica tratamiento farmacológico	Administración incorrecta
Identificación incorrecta del paciente en la orden médica tratamiento farmacológico	Administración incorrecta
No firma por parte del médico de la orden médica tratamiento farmacológico	Administración incorrecta
No identificar unidad del paciente en la orden médica tratamiento farmacológico	Administración incorrecta
Identificar unidad incorrecta en la orden médica tratamiento farmacológico	Administración incorrecta
Dispensar desde farmacia sin orden médica de tratamiento farmacológico	Incumplimiento legal



- Además, hemos mejorado notablemente en las condiciones de conservación de los documentos, que han dejado de estar sometidos al deterioro físico e inevitable por el paso del tiempo.

Tanto el sistema de autenticación del personal para acceder a las aplicaciones que conforman la Historia Clínica, como el registro de accesos (log) con el que cuentan los diferentes programas, permiten el rastreo de las entradas, actuaciones y salidas en las diferentes herramientas informáticas y esto ha supuesto una verdadera mejora en la confidencialidad y seguridad de la información de nuestros pacientes.

## DISCUSIÓN

Un análisis DAFO proporciona un punto de partida en cualquier iniciativa, y esta metodología de análisis conduce al éxito si va acompañada de una reflexión orientada a defender cada amenaza, explotar cada oportunidad, detener cada debilidad y aprovechar cada fortaleza. En este sentido, creemos que el desarrollo y desenlace de este proyecto es un buen ejemplo de ello.

## ANÁLISIS EXTERNO

### Amenazas

- Son muchas las empresas que gestionan los diferentes programas corporativos de Osakidetza, cada una de ellas con sus peculiaridades y objetivos (EJIE, Ibermática, Bilbomática...).

La superación de esta amenaza se ha llevado a cabo con paciencia, talante, y sin establecer tiempos excesivamente prematuros, es decir, permitiendo que las decisiones siguieran su curso.

- Posiblemente, el ser un hospital psiquiátrico nos ha hecho perder prioridad frente a las necesidades de los grandes hospitales generales, para la Organización Central.

Esta amenaza, el no contar con fecha señalada para formar parte del proyecto corporativo e-Osabide, es lo que nos impulsó a buscar una solución interna que nos abriera camino hacia la mejora.

### Oportunidades

- La existencia de herramientas corporativas ya existentes en Osakidetza y compatibles entre ellas.

La solución más fácil hubiera sido la contratación de un programa informático nuevo, pero ante la falta de presupuesto (siguiente debilidad) se decidió reutilizar las herramientas informáticas corporativas existentes a través de pequeñas interconexiones entre ellas.

## ANÁLISIS INTERNO

### Debilidades

- Una debilidad importante es la falta de un presupuesto propio del Hospital para implicarnos en la innovación tecnológica, lo cual significa una excesiva dependencia de la Organización Central, tanto en hardware como en software.

La falta de presupuesto se suplió con ingenio y reciclaje de lo ya existente.

- La disponibilidad de recursos humanos en un hospital de estas características obliga a una adaptación constante ante los cambios de personal en los diferentes puestos de trabajo.

Esto se ha superado estableciendo metas a más largo plazo y dejando que los pasos respetaran los tiempos que la realidad nos ha permitido establecer.

### Fortalezas

- El grupo humano que conforma este Hospital es su principal valor. La cercanía entre los diferentes colectivos permite un trato más directo, lo que contribuye a una implicación mayor que redunde en el éxito de los proyectos que se inician.

Esta es una fortaleza que hemos aprovechado al máximo, utilizando el potencial de todos nuestros compañeros.

- Una estructura organizativa menos compleja (si bien tampoco es sencilla) que la de un gran Hospital permite abordar su problemática con una mayor cercanía tanto a los profesionales como a su realidad diaria.



Esto es algo que también nos ha ayudado y de lo que nos hemos servido.

- La propia dimensión del Hospital hace que los proyectos sean asumidos por todos como algo propio, y que la implicación sea importante.

En este proyecto cada uno ha aportado su visión, su experiencia y su entusiasmo personal.

El 2008 es el año de la Innovación en Euskadi (Berrikuntza Urtea) y creemos que nuestra experiencia es un ejemplo que cumple con este reto por varias razones:

- Por la metodología de trabajo utilizada, la creación de un equipo interdisciplinar en el que ha confluído lo asistencial y lo no asistencial, y diversas visiones de lo mismo que han enriquecido enormemente tanto el trabajo como el resultado.
- Por la opción elegida, la del reciclaje de las herramientas existentes, que ha logrado eficiencia, pero también eficacia y sencillez.

Hemos economizado dos cosas, presupuesto, y tiempo y esfuerzo de los profesionales a quienes se ha permitido mejorar con lo ya operativo, sin tener que poner en marcha nuevos programas.

- Por los resultados obtenidos que han permitido mejorar la atención al paciente en dos aspectos: seguridad lograda a través de la disminución de errores y mayor confidencialidad de la Historia Clínica.
- Por la novedoso de la iniciativa, la interconexión de la Historia Clínica Digital, todavía no concluido a nivel corporativo, y que tras la implantación en este centro ya se ha transferido a otras dos organizaciones de la red.

#### Contacto:

Enrique G. Arza (Informático)  
arza@osakidetza.net; Tlf: 946 032 800  
Hospital Zaldibar  
Avda. Bilbao s/n. 48250 Zaldibar



---

## BIBLIOGRAFÍA

- Plan Estratégico 2003/2007 de Osakidetza. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2003.
- Plan Estratégico 2004/2008 de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2003.
- Plan Estratégico 2005/2008 del Hospital de Zaldibar. Hospital de Zaldibar, 2005.
- Plan Estratégico 2008/2012 (de la excelencia a la innovación) de Osakidetza. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 2008.
- UNE-EN ISO 9001. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. ISO 9001:2000. AENOR, 2000.
- UNE-EN ISO 9001. Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario. ISO 9000:2000. AENOR, 2000.
- UNE-EN ISO 9001. Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora del desempeño. ISO 9004:2000. AENOR, 2000.
- Modelo EFQM de Excelencia. EFQM, 2003.
- Guía de Gestión por procesos e ISO 9001:2000 en las organizaciones sanitarias. Subdirección de Calidad Asistencial Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, 2004.
- Diccionario de la lengua española, 22.ª ed., Madrid, Espasa, 2001.
- G. Arza E, Grandes G. ¿Podemos superar las dificultades de acceso a la información científica en atención primaria?. Actas de las Primeras Jornadas Nacionales de Internet en la Salud; 1998 marzo 24-27; Madrid.



# Perspectiva ética de la práctica de Rehabilitación psicosocial

**Xabier Etxeberria Mauleon**

Catedrático de Ética de la Univ. de Deusto

Presidente del CEA del Hospital de Cruces. Bilbao

Miembro del CEA de FEAPS. Profesor del Master de Bioética de la UCM

La presente reflexión<sup>1</sup> está guiada por dos tesis básicas, que deben hacerse realidad en una circularidad virtuosa:

- a) La rehabilitación es una práctica con componentes técnicos que exige *por ella misma* que sean enmarcados en la ética —frente al neutralismo moral del profesional—.
- b) La rehabilitación es una práctica motivada por la ética que precisa encarnarse en unas técnicas adecuadas —frente a la ingenuidad moral del inexperto—. Lo implicado en estas tesis es que la ética no es un plus externo a la rehabilitación sino una dimensión *interna* a ella. En lo que sigue pretendo precisar su contenido y alcance.

En el corazón de esta perspectiva ética, el profesional (y la sociedad en lo que le corresponde) debe situar a la persona enferma que le interpela en su condición de *sujeto de dignidad* que está en circunstancias de una *fragilidad* específica. Es fundamental que viva la síntesis de la interpelación, no la parcialidad de la segunda parte.

No debe darse por sentado que a quien padece una enfermedad mental se le reconoce *coherentemente* su dignidad. Es, por eso, necesario, comenzar recordando algunas obviedades morales en relación con ella.

- El que la persona con enfermedad mental tenga fragilizada su autonomía racional, la característica que tendemos a resaltar para definir lo específicamente humano, puede arrastrar el que le fragilicemos su dignidad, que, recordemos, es intangible. La lógica moral es la contraria: precisamente porque la persona con enfermedad mental es digna, se impone afianzar todo lo posible, a través de las prácticas profesionales adecuadas, su autonomía racional, tanto en su proyección privada (persona que se autorrealiza) como pública (ciudadano participativo).
- Ser digno significa ser fin en sí, valer por sí mismo, por lo que se es en cuanto humano. Quien es digno no puede ser tratado como puro medio (valer para otra cosa, ser instrumentalizado), ni ser marginado (no valer para nada). La práctica de la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental, en la medida en que se enfrenta tanto a procesos de instrumentalización como de exclusión —no sólo sociales sino también terapéuticos—, encuentra aquí su fundamento moral decisivo. Desarrolla, además, el mero respeto pasivo a la dignidad en empatía activa.

Puede reasumirse de otro modo lo precedente resaltando que la dignidad de la persona

<sup>1</sup> Este texto es la síntesis de una ponencia impartida en el “II Congreso Nacional de FEARP”, que tuvo lugar en Bilbao, del 5 al 7 de junio de 2008.



con enfermedad mental reclama el *reconocimiento* de su condición digna. Vivenciamos la dignidad en la relacionalidad del reconocimiento. Emerge, así, la gran riqueza de la intersubjetividad. Pero también el horizonte de un grave riesgo: el del mal reconocimiento. El que «la constitución de los sujetos sea una constitución mutua mediante la “opinión”», implica la «amenaza de una existencia especular y casi fantasmática; esa posibilidad de no ser ya más que una frase del otro»<sup>2</sup>.

- Se trata de una amenaza ante la que es especialmente vulnerable quien está en circunstancias de fragilidad psíquica. Ello hace evidente que la actitud básica del profesional que pretende la rehabilitación tiene que ser precisamente la del buen reconocimiento. Sólo sustentándose en él, las prácticas se hacen buenas prácticas.
- Es, además, en esta exigencia moral de reconocimiento adecuado en donde hay que situar el «poder social» del que se habla en la rehabilitación: el que la recuperación no dependa sólo del esfuerzo del enfermo y del profesional sanitario sino de la acogida de la comunidad. Ésta sólo es real y positiva cuando se sustenta en ese reconocimiento adecuado, el que borra de raíz el estigma. Desde este punto de vista, el profesional está llamado a convertirse, a través de lazos organizativos e institucionales, en un «luchador social» contra las estigmatizaciones y prejuicios sociales que bloquean el buen reconocimiento.

Si hacemos un repaso a lo planteado hasta ahora, vemos que, en realidad, han ido emergiendo subliminalmente los clásicos principios de la ética médica, que también deben informar las prácticas de rehabilitación, pero con una perspectiva especial:

- Queda totalmente manifiesto que encuentran, no sólo su fundamento sino su orientación básica, en la dignidad de la persona enferma.
- El principio de justicia se nos muestra inicialmente como deber de reconocimiento de la dignidad del enfermo frente a toda minusvaloración y todo estigma. Desbordando en sus exigencias al personal sanitario, se extiende a toda la sociedad.
- El que estemos considerando a personas con autonomía racional fragilizada pero enmarcada en su dignidad, empuja antes que nada al respeto de la autonomía que ya es y al trabajo de sanación a favor de la autonomía que puede ser. El principio de autonomía imbrica así, de hecho, tres autonomías: la del paciente, la del profesional, la de la comunidad, que se tienen que armonizar orientándose al horizonte de posibilidades de autodeterminación del enfermo.
- En una autonomía así concebida hemos incluido ya la acción benefactora, pero en la forma de acogida de quien siendo digno es frágil, sufriente, paciente. Una acción benefactora que, en el caso de la enfermedad mental, se visibiliza decisivamente como acción por la autonomía. Ese es su sentido decisivo. Ese es el bien interno, por usar una categoría de MacIntyre<sup>3</sup>, de la práctica rehabilitadora. Toda orientación a expresar la beneficencia del profesional como mantenimiento en la «seguridad» —con frecuencia, sobre todo de la sociedad— de la fragilidad de autonomía del enfermo, resulta moralmente espuria. Esto nos recuerda que así como para ciertas enfermedades la metáfora decisiva de su proceso sanitario no puede ser el «taller mecánico», para la enfermedad mental en modo alguno puede ser el «espacio enclaustrado», que recuerda demasiado a la «cárcel».

2 P. Ricoeur, *Finitud y culpabilidad*, Madrid, Trotta, 2004, 138. [El texto original en francés es de 1960].

3 La presenta en su obra *Tras la virtud*, Barcelona, Crítica, 1987, 223. Habla de que en toda práctica hay un bien interno o inherente a la misma, que es precisamente el que la define y justifica socialmente, pudiendo haber además bienes externos, aquellos que se consiguen con ocasión del ejercicio de ella (por ejemplo, dinero, fama o poder). El criterio más básico de la ética pide, a este respecto, no subordinar los bienes internos de las prácticas a los externos.



- En la imbricación que se acaba de esbozar de autonomía del paciente y beneficencia del profesional<sup>4</sup>, volvemos a encontrarnos con la justicia, pero ahora en forma de justicia social, de derecho de acceso a todos aquellos recursos y servicios que se precisan para que la rehabilitación se logre, así como de exigencia para el profesional de una equitativa administración de los mismos.

La reasunción adecuadamente articulada y contextualizada de los principios precedentes por parte del profesional, puede ser sintetizada en el principio de *responsabilidad*. Permítanme, de todos modos, precisarlo de otro modo acudiendo a Ignacio Ellacuría (que, inspirado en Zubiri, pone los tres primeros pasos que voy a mencionar<sup>5</sup>) y Jon Sobrino (que le completa con un cuarto). La actitud responsable ante la realidad —aquí la implicada en la práctica rehabilitadora— supone, según esto, el siguiente proceso:

- Hay que comenzar por «hacerse cargo de la realidad» de las personas con enfermedad mental, estando activamente en esa realidad y no sólo intelectualmente. Al profesional se le presupone esta actitud. Pero no se le supone a la sociedad, algo decisivo, como vivimos. Y además, también el profesional puede fallar: cuando olvida la singularidad de cada ser real enfermo, y, por ejemplo, aplica mecánicamente protocolos farmacológicos contra la enfermedad.
- En segundo lugar, hay que «cargar con la realidad» de los pacientes que estamos contemplando aquí, asumir en carne propia las dificultades que puede suponernos. Pero no como una especie de condena, sino como expresión de solidaridad empática. Esto vale para el profesional sanitario, pero vale también para la sociedad.
- En tercer lugar, hay que «encargarse de la realidad», es decir, hacer lo posible por

transformarla en dirección a la justicia y la plenitud humana. Esto es, ni más ni menos, lo que pretende la labor de rehabilitación y recuperación.

- Por último, hay que «dejarse cargar por la realidad», es decir, dejar que la realidad de las personas con enfermedad mental, gracias a los procesos relacionales que establecemos con ellas, nos transforme. Como profesionales y como sociedad. Luego retomaré este aspecto. De momento me contento con subrayar que sólo se da algo al otro fecundamente —aquí, ayuda profesional— cuando en el propio dar se recibe, cuando la actividad de la iniciativa es de tal calidad que está abierta a ensamblarse con la «pasividad» de la receptividad.

He aplicado este proceso de responsabilidad a los profesionales y a la sociedad. También cabe aplicarlo al paciente. Desde este punto de vista, el esquema precedente se convierte en una especie de guía de la acción benefactora del profesional (y la sociedad), de orientación para los cursos de ayuda que debe realizar a fin de lograr que el enfermo: se vaya haciendo lúcidamente cargo de su realidad; cargue positivamente con ella como peso que no le abruma; se encargue de ella para hacerla evolucionar, con su iniciativa y su colaboración, hacia la recuperación; se deje cargar por la realidad transformadora de quienes se insertan positivamente en su proceso.

Al introducir antes la responsabilidad, he adelantado que supone la aplicación *contextualizada* de los principios de la ética médica. Esto implica, concretamente, remitirse al referente *prudencial* en las prácticas de rehabilitación.

- La prudencia, para empezar, es la virtud de los juicios y las decisiones morales en circunstancias de incertidumbre, en las que

4 Hay que reconocer que, en la práctica rehabilitadora, ensamblar adecuadamente el respeto a la autonomía y la iniciativa benefactora es una tarea delicada. Pueden encontrarse diversas orientaciones al respecto en A. García Nieto, “La rehabilitación psicosocial como principio ético”, *Rehabilitación psicosocial*, 4 (2007) 37-40.

5 En “Hacia una fundamentación filosófica del método teológico latinoamericano”, *Estudios Centroamericanos*, 322-323 (1975).



varios cursos de acción son posibles. Situaciones de este tipo, bastante comunes en la práctica médica en general, resultan especialmente manifiestas en las prácticas de rehabilitación psicosocial. José Antonio de la Rica, teniendo presente a Anthony, resalta que el número de elementos que se interrelacionan en estas últimas son tantos, que delimitan un sistema de extrema complejidad. Ante él sólo se puede avanzar, añade, mediante la *apuesta* por una praxis eficaz, en la conciencia de que tendrá que enfrentarse a múltiples derivas y elementos aleatorios, no todos previsible<sup>6</sup>. Con esta advertencia se nos sitúa de lleno en la responsabilidad mediada por la prudencia.

- Puede aducirse que en la consideración que se nos acaba de hacer se habla de «apuesta» y no de prudencia. Ciertamente, la apuesta que gusta del riesgo por el riesgo no es prudencial. Pero, por otro lado, la prudencia que realiza la responsabilidad no es la timoratería o pusilanimidad, ni siquiera la actitud precavida que huye sistemáticamente del riesgo. Estas vivencias son, por decirlo en lenguaje aristotélico, uno de sus extremos viciosos. Es prudente el que arriesga con cordura en vistas al bien. La prudencia *moral* es un «término medio» que no expresa mediocridad, sino *areté*, «excelencia». Supone, por eso, un arte delicado que debe abrirse a la invención, a la innovación, la audacia, cuando la situación lo requiera. En él: hay que saber remitirse al sistema de bien y de principios adecuado, hay que saber conocer las circunstancias en juego, hay que intuir las consecuencias —anticiparse— para hacerse cargo de ellas, pero también hay que tener en cuenta las experiencias pasadas —hacer memoria—, hay que ser capaces de imaginar soluciones novedosas, de afrontar riesgos lúcidos, etc. Y acabar sintetizando todo ello en un juicio

moral en situación, paso previo para la decisión de la voluntad y la acción que acaba realizando la moralidad responsable.

- Las prácticas de rehabilitación psicosocial están llamadas a impregnarse profundamente de prudencia, de sabiduría práctica, en este sentido. Algo que no sucede cuando lo que domina es la pusilanimidad que se aferra compulsivamente a la seguridad. A la seguridad respecto al propio paciente, al que, por evitarle riesgos, se le mantiene en la infantilización y se le bloquean las evoluciones positivas. A la desmesura de afán de seguridad de la sociedad, a la que, por evitarle la mínima posibilidad de riesgo que podría ocasionarle el paciente en libertad, se le ofrece el enclaustramiento clásico del enfermo, sellando de este modo su dura instrumentalización, el no reconocimiento de su dignidad. Es cierto que la prudencia no es temeridad, su otro extremo vicioso, y a ello habrá que estar también atentos en la práctica de rehabilitación. Pero sin que se confunda a la temeridad con la audacia de la que aquí se ha hablado.

El lenguaje que ha dominado en las consideraciones precedentes es el de la razonabilidad moral. Es muy importante y nos ha aportado pistas decisivas para la toma de decisiones y el diseño de estrategias. Pero para que sea humanamente plena debe imbricarse adecuadamente con la *sentimentalidad* moral. Las prácticas de rehabilitación no implican sólo decisiones, implican también relaciones personales mantenidas en el tiempo, esto es, afectos. Y hay que tratar de que sean afectos morales. Abrimos con ello un panorama que es amplísimo y complejo, y que aquí no pretendo explorar sino sólo desvelar a través de ligeros apuntes y en forma interrogativa.

- El sentimiento moral que emerge espontáneamente ante la interpelación del otro frá-

6 En "Recuperación: el poder social", ponencia no publicada, presentada en el Primer Congreso Nacional de FEARP.

7 En *La compasión. Apología de una virtud bajo sospecha*, Barcelona, Paidós, 1996, 145.



gil es el de la *compasión*, el padecer con él a causa del sufrimiento de él, acompañado del impulso de aliviar su pesar o desgracia. La piedad se manifiesta, como dice muy bien Arteta, en la percepción solidaria de «la tensión entre la desdicha del hombre y su vocación de excelencia»<sup>7</sup>. ¿No convendría que fuera éste un sentimiento presente en los profesionales que gestionan la práctica de rehabilitación?

- Puede objetarse que la compasión corre el grave riesgo de su enmarque en la superioridad humillante. Y es cierto. De él debe alejarnos, para empezar, la plena conciencia de la *grandeza* del otro enfermo, en cuanto sujeto de dignidad. Pero también la conciencia de nuestra común fragilidad constitutiva. E, igualmente, el que conexionemos la compasión con otro sentimiento importante: el de la *admiración*. ¿Tener disposición para admirar cualidades y conductas del enfermo mental? ¿Para aprender de él? ¿Para cultivar la correspondiente atención a él? De eso se trataría. Por supuesto, en la afinada conciencia de la realidad global del paciente. De la compasión emanaba la iniciativa hacia el otro. La admiración estimula la receptividad al don del otro. Estoy seguro de que todo buen profesional de la práctica de rehabilitación tiene experiencias significativas en este sentido.
- A quien vive esta compasión y admiración, ante determinados comportamientos de las instituciones y de la sociedad, marginadores de los enfermos y negadores de sus derechos, le surge el sentimiento de *indignación*, poderoso y moralmente delicado. Porque puede desbocarse en ira, furor y rabia. Pero puede igualmente alimentar el coraje para denunciar esas situaciones de injusticia por vías que no suponen injusticias. Es precisamente entonces cuando el sentimiento se

hace moral. La compasión se dirigía hacia el paciente, la indignación hacia quien no es justo con él. Unidos los dos sentimientos, tienen una fuerza poderosa. ¿Por qué no postularla para las personas que intervienen en las prácticas de rehabilitación? ¿Precisamente, además, como afianzamiento decisivo del buen ser de esas prácticas?

- Si sentimientos como los precedentes concretan la cara positiva de la sentimentalidad moral, otros como el desprecio, la indiferencia o el miedo pueden expresar, para el caso de la relación con las personas con enfermedad mental, su cara negativa. Me limito simplemente a señalarlo y a advertir que pueden afectar, descarada o sutilmente, tanto a los profesionales como a la sociedad. Ni que decir tiene que suponen bloqueos decisivos para los procesos de rehabilitación, por lo que debe hacerse todo lo posible por superarlos.

El título de estas líneas promete presentar una perspectiva ética global de la rehabilitación. Para dar cumplimiento a ello falta abordar una última categoría, que considero especialmente relevante y que hoy tiende a arrinconarse en la ética médica: la de la virtud. Está muy unida a la de la sentimentalidad moral, porque la mayoría de las virtudes suponen en la práctica sentimientos morales, transidos de razonabilidad, que se han interiorizado en el «carácter» de la persona de tal modo que generan hábitos de comportamiento acordes con ellos (en bastantes casos, hasta las llamamos por el mismo nombre, como la virtud de la compasión; en otros casos, por ejemplo, en la paciencia, la virtud sintetiza complejos sentimientos).

Dadas las limitaciones temporales de esta ponencia no voy a entrar en ello<sup>8</sup>. Me limito por eso a resaltar dos tesis, sin desarrollarlas:

8 He hecho una reflexión totalmente centrada en la categoría de virtud pero aplicada al caso de los cuidados paliativos, en: "Virtudes éticas: una necesidad en cuidados paliativos". Ver Azucena Couceiro (ed.) *Ética en cuidados paliativos*, Madrid, Triacastela, 2004, 49–62. Por supuesto, las prácticas propias de esta situación y las prácticas de rehabilitación psicosocial son muy diferentes, pero el lector interesado, consultando lo dicho para el primer caso, puede hacerse una idea significativa de lo que convendría plantearse para el segundo.



- a) El trato cotidiano con las personas con enfermedad mental sólo adquiere densidad moral cuando se expresa como práctica de virtudes tales como la esperanza, la humildad, la paciencia, la confianza, la constancia, la fortaleza, etc.
- b) La rehabilitación a la que estamos apuntando tiene en esta práctica de las virtudes una de sus condiciones significativas de posibilidad, de realización.

Esta mención de las virtudes relacionales, totalmente personalizadoras del otro, me per-

mite acabar con una breve referencia al enfermo mental como *persona singular* que instaura una relación singular con el profesional. Allá donde hay singularidad no debe haber mera ciencia —de sanación— aplicable serialmente, debe haber «arte», concebido como exquisita y con frecuencia «intuitiva» atención y acomodación a la persona concreta. De cara a este objetivo la orientación ética de la práctica de la rehabilitación, tal como ha sido presentada, es un aliado decisivo.



---

## BIBLIOGRAFÍA

- P. Ricoeur. *Finitud y culpabilidad*, Madrid, Trotta, 2004.
- MacIntyre. *Tras la virtud*, Barcelona, Crítica, 1987.
- A. García Nieto, "La rehabilitación psicosocial como principio ético", *Rehabilitación psicosocial*, 4 (2007) 37-40.
- I. Ellacuría. "Hacia una fundamentación filosófica del método teológico latinoamericano", *Estudios Centroamericanos*, 322-323 (1975).
- J.A. De la Rica. "Recuperación: el poder social", ponencia no publicada, presentada en el Primer Congreso Nacional de FEARP.
- A. Arteta. *La compasión. Apología de una virtud bajo sospecha*, Barcelona, Paidós, 1996.
- A. Couceiro (ed.) *Ética en cuidados paliativos*, Madrid, Triacastela, 2004.



# Efectos Metabólicos de los Antipsicóticos Atípicos

## Metabolic Effects Associated to Atypical Antipsychotics

M.T.Amboage Paz, \*J.A. Díaz Peromingo

Institución: Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña;

\*Servicio de Medicina Interna. Hospital da Barbanza. Riveira

### Resumen

Se ha relacionado el uso de antipsicóticos atípicos con un incremento del riesgo cardiovascular de los pacientes que los reciben de forma habitual. Un aspecto importante a tener en cuenta es la mayor prevalencia de algunos factores de riesgo cardiovascular en la población psiquiátrica. Sin embargo, varios estudios apuntan a un papel importante en la génesis o empeoramiento de dicho riesgo por parte de los fármacos antipsicóticos atípicos. También parece claro que no todos estos fármacos son iguales en términos de aumento del riesgo tanto desde el punto de vista del metabolismo hidrocárbónico como del lipídico. Así, olanzapina y clozapina tienen un perfil de riesgo mayor que quetiapina y risperidona y en el lado opuesto se encuentran aripiprazol, sertindol y ziprasidona.

### Palabras clave

Síndrome metabólico, antipsicóticos atípicos, esquizofrenia, metabolismo glucídico.

### Summary

The use of atypical antipsychotics has been related to an increase in cardiovascular risk in patients taking such medications. An important issue is the greater prevalence of some cardiovascular risk factors in the psychiatric population. Nevertheless, some reports point to atypical antipsychotics as causative agents in the developing and worsening of cardiovascular risk. It seems that not all antipsychotics play the same role in terms of lipid or glucose disturbances. In this sense, olanzapine and clozapine show a worse metabolic profile as compared to quetiapine and risperidone whereas aripiprazole, sertindole or ziprasidone show the best profile.

### key words

Metabolic syndrome, atypical antipsychotics, schizophrenia, glucose metabolism.

## Introducción

En la actualidad, existe controversia sobre el posible incremento del riesgo cardiovascular que pueden producir los llamados fármacos antipsicóticos atípicos y ha generado una gran cantidad de trabajos científicos y comentarios editoriales en los últimos años. Además, en este sentido, Agencias Reguladoras de distintos países han hecho recomendaciones sobre su uso y las precauciones que se debían seguir en

pacientes que iban a recibir dichos fármacos, en especial en tratamientos prolongados (1-3).

Por otro lado, es bien conocido que los pacientes diagnosticados de ciertas enfermedades mentales como la esquizofrenia, tienen una expectativa de vida más reducida que la de la población general. Para tratar de explicar esta situación, se han involucrado varias causas



siendo las más importantes la mayor prevalencia y pero pronóstico de enfermedades cardiovasculares, enfermedades infecciosas y del aparato respiratorio (4). Dada la enorme prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en la población general de los países industrializados, las variables metabólicas asociadas, que pueden influir en el peor pronóstico de los pacientes psiquiátricos cobran un elevado interés. En el presente trabajo vamos a referirnos pues a los componentes metabólicos que componen el cluster de los factores de riesgo cardiovascular en relación con el uso de fármacos antipsicóticos atípicos tratando de dilucidar las diferencias existentes entre los distintos fármacos en términos de riesgo cardiovascular.

### **Riesgo metabólico y enfermedad mental**

En el campo metabólico, estrechamente ligado a las enfermedades cardiovasculares, se ha visto que existen tanto en la población general como en los enfermos psiquiátricos, factores de riesgo modificables. En este sentido, la población psiquiátrica tiende a tener una mayor prevalencia de consumo de tabaco, sedentarismo o falta de ejercicio físico y una dieta más rica en grasas saturadas que son las más aterogénicas (5). Del mismo modo se ha visto también que otros factores de riesgo cardiovasculares, algunos auténticas entidades nosológicas de por sí, como son la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2 y la hiperlipemia son más habituales en los pacientes esquizofrénicos que en la población general (6). Todos estos factores unidos han llevado a una elevada prevalencia de un cluster de anomalías metabólicas en los pacientes con ciertas patologías psiquiátricas que llevan a que cumplan los criterios diagnósticos del síndrome metabólico (7) tanto si se usan los criterios diagnósticos del National Cholesterol Education Program, 3<sup>rd</sup> Adult Panel Treatment (NCEP-ATP III) (8) como de la International Diabetes Federation (IDF) (9).

En lo que se refiere al peso, los pacientes con enfermedades mentales tienen una prevalen-

cia de sobrepeso y obesidad de 2 a 3 veces mayor que la de la población general (10). Las causas de esta mayor prevalencia no están totalmente claras y se han involucrado desde la mayor presencia de un estatus socioeconómico más bajo a un estilo de vida menos saludable pasando por el uso de fármacos antipsicóticos (11).

### **Antipsicóticos atípicos y síndrome metabólico**

Los desórdenes esquizofreniformes son muy complejos y suelen precisar en ocasiones la instauración de tratamientos a largo plazo. Por ello, monitorizar frecuentemente el riesgo cardiovascular puede ser particularmente importante en estos pacientes si existen fármacos potencialmente lesivos a dicho nivel. Habitualmente, los pacientes con esquizofrenia presentan un patrón de dislipemia denominado mixto con un incremento en los niveles de triglicéridos por un lado y una reducción en los de colesterol HDL o ligado a lipoproteínas de alta densidad (12). Además, estos pacientes presentan con mayor frecuencia alteraciones en el metabolismo glucídico que la población general tales como glucemia basal alterada, intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus tipo 2 con una prevalencia estimada de dichas alteraciones del 15–18% representando un incremento aproximado de 3 veces lo esperado para la población general (13).

En común, estos desórdenes metabólicos llevan a una prevalencia estimada del síndrome metabólico del 37% en pacientes con esquizofrenia en comparación con el 24% de la población general suponiendo un incremento de 4 veces el riesgo de padecer síndrome metabólico tras ajustar por edad y sexo, siendo los componentes aislados del síndrome más frecuentes la obesidad abdominal y la hipertrigliceridemia (14).

### **Efectos concretos de los antipsicóticos atípicos**

El incremento del peso corporal es el efecto adverso más común relacionado con el uso



de antipsicóticos atípicos. Este incremento se observa ya tras las primeras semanas de tratamiento con una progresión posterior durante varios años (15). Diferentes estudios han mostrado que la clozapina y la olanzapina inducen un mayor incremento del peso corporal que la risperidona (16), quetiapina (17) o ziprasidona (18). A nivel del metabolismo hidrocarbonado, se ha comunicado que la olanzapina incrementa los parámetros de resistencia a la insulina tales como el HOMA (HOMeostasis Model Assessment) (18). En el estudio CATIE, el que ha incluido hasta la fecha el mayor número de pacientes con esquizofrenia (19) los pacientes que recibían antipsicóticos atípicos mostraron un incremento del peso corporal medio del 7% tras 18 meses, presentando los mayores incrementos los pacientes que recibían olanzapina. Olanzapina también presentó el mayor aumento en cifras de glucemia basal y hemoglobina glicosilada A1c. La ziprasidona es el antipsicótico atípico que muestra el perfil glucémico menos negativo. El colesterol total y los triglicéridos también aumentan en pacientes que reciben olanzapina y quetiapina y en algunos estudios disminuyeron ligeramente en aquellos pacientes a tratamiento con risperidona y sobre todo con ziprasidona (20).

Probablemente, la mayor parte de estos cambios en el perfil lipídico se puedan explicar por el incremento en el peso corporal. Con aripiprazol esto es diferente posiblemente porque produce menor incremento ponderal (21). Reversibilidad de cuadros de diabetes mellitus de reciente comienzo en pacientes recibiendo antipsicóticos y detectada tempranamente, ha sido observada tras cambiar el tratamiento previo con otro antipsicótico atípico por aripiprazol (22). Amisulpride produce probablemente también escaso incremento de peso corporal y baja incidencia de hiperlipemia si lo com-

paramos con otros antipsicóticos atípicos como clozapina y olanzapina (23). Un perfil similar en términos de un moderado incremento de peso se ha asociado también a uso de sertindol (24).

## CONCLUSIÓN

El uso de fármacos antipsicóticos atípicos se ha extendido en los últimos años a la par que la aparición del un mayor riesgo cardiovascular en los pacientes afectos de determinadas patologías psiquiátricas. Si bien el estilo de vida juega un papel fundamental, existe controversia sobre el impacto de dichos fármacos en pacientes con tratamientos prolongados y sobre su papel en términos de incremento de los niveles de colesterol y alteración del metabolismo glucídico. Si bien no existe suficiente evidencia hasta la fecha se puede afirmar que, en términos de alteraciones metabólicas e incremento de peso, olanzapina y clozapina son los fármacos que más producen estas alteraciones seguidos por risperidona y quetiapina. Si bien hay menos estudios, parece que ziprasidona, aripiprazol y sertindol tienen un papel mucho menos importante en la génesis de estas alteraciones.

Los médicos responsables del cuidado de estos enfermos deberían estar atentos a la aparición de estas anomalías para cambiar de tratamiento cuando es posible o tratar estas alteraciones si el paciente está controlado con el antipsicótico atípico pautado.

## Correspondencia:

María Teresa Amboage Paz.  
Servicio de Psiquiatría,  
Complejo Hospitalario Juan Canalejo.  
15000 A Coruña.  
e-mail: maampaz@hotmail.com





## BIBLIOGRAFÍA

1. Medwatch. The FDA Safety Information and Adverse Event Reporting Program. 2003 Safety-Alert Risperdal (risperidone). Dear healthcare professional letter. 2003. Web address: <http://www.fda.gov/medwatch/SAFETY/2003/risperdal.htm>. Acceso: 13/01/2008.
2. Committee on Safety of Medicine, London, DoH. Atypical antipsychotic drugs and stroke. 2004. Web access: <http://www.mhra.gov.uk>. Acceso: 13/01/2008.
3. Bullock R. Treatment of behavioural and psychiatric symptoms in dementia: implications of recent safety warnings. *Curr Med Res Opin.* 2005; 21: 1-10.
4. Casey D. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. *Am J Med* 2005; 118: Suppl 2: 15S-22S.
5. Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, Bierer M, Duckworth K, Sacks FM. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66: 183-194.
6. Hennekens CH. Increasing global burden of cardiovascular disease in general populations and patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2007; 68 (suppl 4): 4-7.
7. Newcomer JW. Antipsychotic medications: metabolic and cardiovascular risks. *J Clin Psychiatry.* 2007; 68 (suppl 4): 8-13.
8. Ford ES. Prevalence of the metabolic syndrome defined by the International Diabetes Federation among adults in the U. S. *Diabetes Care.* 2005; 28: 2745-2749.
9. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. [www.idf.org](http://www.idf.org)
10. Holt R. Obesity, an epidemic of the 21 first century: an update for psychiatrists. *J Psychopharmacol.* 2005; 19 Suppl: 6-15.
11. Susce MT, Villanueva N, Díaz F, De León J. Obesity and associated complications in patients with severe mental illnesses. A cross sectional survey. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66: 167-173.
12. Kato M, Currier M, Villaverde O, González Blanco M. The relation between body fat distribution and cardiovascular risk factors in patients with schizophrenia. A cross sectional pilot study. *J Clin Psychiatry.* 2005; 7: 115-118.
13. Bushe C, Paton C. The potential impact of antipsychotics on lipids in schizophrenia: is there enough evidence to confirm a link? *J Psychopharmacol.* 2005; 19 Suppl 6: 76-83.
14. Taylor D, Young C, Mohamed R, Paton C, Walwyn R. Undiagnosed impaired fasting glucose and diabetes mellitus amongst inpatients receiving antipsychotic drugs. *J Psychopharmacol.* 2005; 19 Suppl 6: 182-186.
15. Allison DB, Casey DE. Antipsychotic-induced weight gain: a review of the literature. *J Clin Psychiatry.* 2001; 62 Suppl 7: 22-31.
16. Allison DB, Mentore JL, Heo M, Chandler LP, Cappelleri JC, Infante MC, Weiden PJ. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *Am J Psychiatry.* 1999; 156: 1686-1696.
17. Bobes J, Rejas J, García-García M, Rico-Villademor F, García-Portilla MP, Fernández I, Hernández G; EIRE Study Group. Weight gain in patients with schizophrenia treated with risperidone, olanzapine, quetiapine or haloperidol: results of the EIRE study. *Schizophr Res.* 2003; 62: 77-88.
18. Simpson GM, Glick ID, Weiden PJ, Romano SJ, Siu CO. Randomized, controlled, double-blind multicenter comparison of the efficacy and tolerability of ziprasidone and olanzapine in acutely ill inpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry.* 2004; 161: 1837-47.
19. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK; Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med.* 2005; 353: 1209-23.
20. Newcomer JW, Haupt DW. The metabolic effects of antipsychotic medications. *Can J Psychiatry.* 2006; 51: 480-91.
21. McQuade RD, Stock E, Marcus R, Jody D, Gharbia NA, Vanveggel S, Archibald D, Carson WH. A comparison of weight change during treatment with olanzapine or aripiprazole: results from a randomized, double-blind study. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65 Suppl 18: 47-56.
22. De Hert M, Hanssens L, van Winkel R, Wampers M, Van Eyck D, Scheen A, Peuskens J. A Case Series: Evaluation of the Metabolic Safety of Aripiprazole. *Schizophr Bull.* 2007; 33: 823-830.
23. Rettenbacher MA, Ebenbichler C, Hofer A, Kemmler G, Baumgartner S, Edlinger M, Hummer M, Lechleitner M, Fleischhacker WW. Early changes of plasma lipids during treatment with atypical antipsychotics. *Int Clin Psychopharmacol.* 2006; 21: 369-72.
24. Baptista T, Kin NM, Beaulieu S, de Baptista EA. Obesity and related metabolic abnormalities during antipsychotic drug administration: mechanisms, management and research perspectives. *Pharmacopsychiatry.* 2002; 35: 205-19.



# Evolución de las necesidades de alojamiento en pacientes desinstitucionalizados hace dos décadas

**Margarita M. Hernanz**

Psiquiatra. Responsable del Servicio de Rehabilitación Comunitaria de Álava

## INTRODUCCIÓN

El Servicio de rehabilitación Comunitaria (SRC) de Álava dependiente de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud es una estructura intermedia que presta soporte comunitario y seguimiento psiquiátrico tanto a pacientes que se externalizaron del antiguo hospital psiquiátrico de Vitoria entre los años 1982 y 1991, como a los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) que se le han derivado desde esa época. El modelo actual de trabajo comparte características de los definidos como Centros de Rehabilitación Psicosocial y de Tratamiento Asertivo Comunitario con el objetivo de lograr la integración en la comunidad y mejorar el desempeño psicosocial de los pacientes que atiende.

Los objetivos del siguiente artículo son dar a conocer la situación actual de pacientes con relación a su alojamiento, comparar los datos de su lugar de residencia a finales de la desinstitucionalización y en la actualidad y enunciar las necesidades futuras.

## DESCRIPCIÓN HISTÓRICA

Los pacientes que provenían de la desinstitucionalización hospitalaria, una vez integrados en la comunidad, pasaban a residir en una red de alojamientos supervisados por el Servicio de Rehabilitación Comunitaria, constituida por

pisos alquilados o pensiones que facilitaban el alojamiento de aquellos pacientes que carecían de familia o que no podían convivir con la misma.

Inicialmente el Hospital Psiquiátrico (dependiente de Diputación) fue quien se hizo cargo de costear los alojamientos. A lo largo del tiempo y con los cambios normativos, es el propio paciente quien se costea el alojamiento con la gestión de las ayudas pertinentes en cada caso (antes de la promulgación de la llamada coloquialmente “Ley de Dependencia”): pensiones de invalidez, jubilación, no contributivas, emergencia social, etc.

A lo largo de la desinstitucionalización no se forzó a los pacientes a residir en pisos compartidos si el paciente deseaba un alojamiento más tutelado como las pensiones, aceptando sus preferencias dentro de los recursos disponibles.

A pesar de las reticencias iniciales por parte tanto de familiares como de la comunidad en general, en estos años no hay que señalar problemas importantes de convivencia o quejas reiteradas por parte del vecindario.

## TIPOS DE ALOJAMIENTO

Los Programas de Rehabilitación psicosocial enfatizan la necesidad de que los pacientes



con Trastornos Mentales Graves puedan elegir, acceder y mantenerse en viviendas lo más normalizadas posible y que se articulen programas individualizados de entrenamiento en habilidades, sistemas de apoyo y soporte ágiles, flexibles y continuadas que ayuden al usuario a desenvolverse con la mayor autonomía posible en su vivienda. Se trata de ir articulando una especie de escalera de recursos con alojamientos comunitarios para enfermos psiquiátricos que ofrezcan respuesta a sus diferentes necesidades y niveles de funcionamiento y les preparen progresivamente para ir avanzado en su autonomía personal.

Carling y Rideway desarrollan el concepto de “continuum residencial” en 1985, estructurándolo en torno a la restricción, la supervisión e intensidad de la misma, presencia de personal técnico y normalizado o la especialización del dispositivo.

A la hora de intentar nominar los alojamientos nos encontramos que hay diversas terminologías relacionadas con la “supervisión ofertada” que se proporciona. Por ejemplo en la terminología inglesa se habla de de “casas a medio camino” (half way houses) cuando la supervisión ofertada fuera del recinto hospitalario es de 24, muy similares a los hogares post-cura de la psiquiatría de sector francesa. Los “apartamentos supervisados” como el conjunto de alojamientos fuera del Hospital, uno de los cuales es ocupado por el personal y el resto por los enfermos reinsertados, o mini residencias de 20–30 plazas, los pisos supervisados y las pensiones concertadas de la experiencia madrileña o las casas hogar como recursos supervisados, los recursos asistidos las 24 horas o el apoyo domiciliario para pisos, pensiones, domicilio de la práctica andaluza.

Pasamos a describir los tipos de alojamientos que utilizan los pacientes del SRC —basado en la nomenclatura utilizada en el documento del Gobierno Vasco sobre directrices y recomendaciones para la reubicación de personas ingre-

sadas en disposición favorable para ser reinsertados— así como el nivel de supervisión con el que cuenta cada uno de ellos para poder detallar a continuación la situación residencial de los mismos:

**Alojamientos residenciales supervisados:** son gestionados y atendidos por Asociaciones la mayoría con convenio con Servicios Sociales. El tamaño es variable entre 6 y 30 camas. Prestan servicios hosteleros, se ocupan del ocio y tiempo libre de los residentes y de la supervisión 24 horas por personal no cualificado. Los pacientes con TMG que se alojan en estas residencias tienen un nivel medio de autonomía, sin grandes dependencias físicas. Por parte de los monitores del SRC se realizan labores de coordinación directa con los monitores del alojamiento para supervisar las necesidades y la continuidad de cuidados que precisan los pacientes, la intervención del monitor referente y del monitor de guardia del SRC puede ser solicitada siempre que la situación lo requiera.

**Pensiones supervisadas,** por lo general prestan servicios de limpieza, lavandería y alimentación. La supervisión se centra en la administración de la medicación, el cumplimiento de horarios, higiene personal, la detección de problemas de convivencia, de síntomas prodrómicos de recaída o de enfermedad somática. Lo habitual es una supervisión intermitente (horas de las comidas) y falta de supervisión sobre todo por la noche. Desde el SRC se realiza la coordinación con los patronos para el seguimiento de los pacientes.

**Piso supervisado:** alquilado por un grupo de pacientes o propiedad del usuario. Requiere un alto nivel de autonomía, las mujeres realizan ellas mismas la mayor parte de las tareas domésticas, los hombres precisan ayuda complementaria de empleada de hogar para limpieza y comida. El grado de supervisión o apoyo por parte de los monitores del SRC depende del nivel de autonomía de los pacientes, va desde la asistencia diaria (menos de 7 horas) a



la semanal/quincenal programada con los propios pacientes en la vivienda para evaluar todo lo referente al funcionamiento del piso y las relaciones interpersonales.

**Domicilio personal:** “familiar o particular” el usuario convive con su familia o vive solo en este caso se requiere un alto nivel de autonomía y precisa exclusivamente supervisión de forma puntual.

**Otros alojamientos** para algunos pacientes que acuden al SRC se encuentran ingresados en Unidades de Media estancia o Rehabilitación Hospitalaria y están participando de programas de preparación alta, donde reciben la supervisión necesaria.

## PROGRAMA DE ALOJAMIENTO EN EL SRC

El **Programa de Alojamiento** desarrollado por el SRC tiene como finalidad ayudar en la búsqueda, mantenimiento y supervisión del lugar de residencia habitual del paciente para que viva dignamente y con arreglo a sus necesidades de cuidados y dependencia.

Incluye las siguientes **áreas de trabajo:**  
Búsqueda del alojamiento más idóneo, solicitud y cumplimentación de la documentación necesaria, gestión de las ayudas necesarias para costearlo, supervisión de las habilidades necesarias para mantener el alojamiento como limpieza, orden, compras, almacenamiento, alimentación, horarios, etc.; gestión con los propietarios para formalizar contratos, gestión de gastos generales y reparaciones, relación con el vecindario, resolución de conflictos con otros compañeros de vivienda, en el caso de que el alojamiento tenga supervisión por otra entidad, se realiza la coordinación con los monitores y la supervisión de que en su domicilio se lleva a cabo el programa de intervención psicosocial diseñado para el paciente. Atención continuada en programa Asertivo Comunitario las 24 horas mediante un monitor de guardia.

Se utilizan los alojamientos antes descritos: Alojamientos residenciales supervisados, Pensiones de patronos, Domicilio familiar o particular, Unidad de Hospitalización, residencia de ancianos, etc.

### Descripción de los alojamientos utilizados por pacientes desinstitucionalizados (1989)

Tipo de alojamiento	Supervisión alojamiento	Supervisión monitor SRC	Nº personas	%
Piso familiar	Familia	Indirecta	6	5
Piso propio	Apoyo familia	Según necesidad	3	2.5
2 Caseríos rurales	Patronos	No	2	1.5
9 Pensiones supervisadas	Intermitente	Indirecta	58	30
8 Pisos supervisados	Según necesidad	Diaria a quincenal	33	51
1 Residencia supervisada	< 8 horas	< 8 horas	11	10
<b>Total</b>			<b>113</b>	<b>100</b>



### Criterios generales para el Alojamiento Alternativo en 2007

Cuando se detecta una imposibilidad para la convivencia en el medio habitual de residencia del paciente, por lo general con su familia de origen o familia creada por él mismo, se procede a la derivación a un alojamiento alternativo en el que se tienen en cuenta las necesidades de supervisión y tutelaje, el grado de autonomía del paciente, sin olvidarnos de los recursos económicos que posee para poder hacer frente a los gastos del mismo.

La derivación de los usuarios a pensiones y pisos alquilados con supervisión variable se gestiona directamente desde el SRC. Para ser admitido en los alojamientos concertados con Servicios Sociales se requiere la cumplimentación del dossier de solicitud y la aceptación por la comisión mixta de servicios sociales y salud mental correspondiente (antes de la aplicación de la llamada abreviadamente Ley de Dependencia). El año 2007 ha supuesto un periodo de transición en el cual, debido a la implantación de la valoración de dependencia, no se ha adjudicado ninguna plaza de residencia supervisada.

Los criterios generales de derivación son:

#### I. Criterios generales para el alojamiento en pisos supervisados:

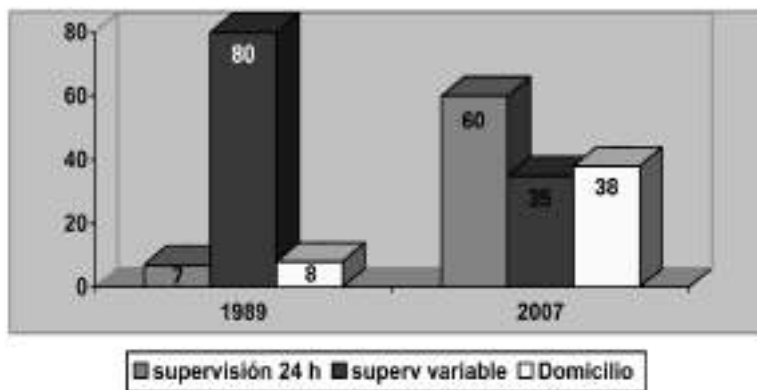
- ✓ Diagnostico de Trastorno mental Grave y en tratamiento en el SRC.

- ✓ Mayor de 18 años.
- ✓ Estabilizado psicopatológicamente y sin alteraciones conductuales graves que impidan la convivencia.
- ✓ Ausencia de familia o imposibilidad de convivencia con ella.
- ✓ Funcionamiento social aceptable con autonomía personal y social suficiente como para poder cuidar de sí mismo.
- ✓ Necesidad parcial de tutelaje o apoyo en las actividades de la vida cotidiana.
- ✓ Capacidad para convivir con otros usuarios
- ✓ Abuso de tóxicos esporádico o inexistente.

#### 2. Criterios generales para el alojamiento en pensiones o residencias supervisadas

- ✓ Además de los criterios anteriormente descritos.
- ✓ Riesgo de descompensaciones frecuentes
- ✓ Alteraciones conductuales que requieran supervisión, pero no menoscaben la convivencia.
- ✓ Leves complicaciones somáticas asociadas: diabetes, hipertensión, dietas, pequeños cuidados de enfermería, etc.
- ✓ Algún nivel de deterioro somático o psíquico.
- ✓ Necesidad de tutelaje o apoyo medio para su funcionamiento.
- ✓ Necesidad de supervisión en la toma de medicación o en habilidades y hábitos de la vida cotidiana.

### COMPARACIÓN DE DATOS DE ALOJAMIENTO 1989 y 2007





## DESCRIPCIÓN de los ALOJAMIENTOS UTILIZADOS por PACIENTES del SRC (2007)

Tipo de alojamiento	Tiempo de Supervisión	Supervisión monitor SRC	Nº personas	%
Domicilio familiar	Por familia	Indirecta**	55	29
Domicilio propio	Apoyo familia	Según necesidad+	16	9
Piso supervisado	< 4 horas	Diaría a mensual+	29	15
Pensión supervisada	< 12 horas	Indirecta**	20	11
Residencia supervisada	24 horas	Indirecta**	50	27
Hospitalización	24 horas	No	8	4
Otros	Variable	Según necesidad*+	10	5
<b>Total</b>			<b>188</b>	<b>100</b>

(+) La supervisión reseñada se realiza directamente por los monitores del Servicio de Rehabilitación en el caso del domicilio propio, pisos supervisados, siempre en función de las necesidades del paciente, menos de 7 horas y de forma decreciente hasta llegar a un apoyo mensual.

(\*\*) La supervisión reseñada en las pensiones y residencias es la ofertada por los propios alojados o personal contratado a tal fin sin titulación específica y con coordinación por parte del equipo del SRC según las necesidades y demandas.

### ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LOS DATOS

En número de pacientes atendidos en el SRC ha aumentado a lo largo de sus años de funcionamiento, pasamos de 102 pacientes en 1989, a 188 en el año 2007.

Llama la atención el cambio en el patrón de utilización de alojamientos entre ambos periodos:

- Ha crecido notablemente el número de pacientes que residen en su hogar (domicilio propio o familiar) pasamos de 7.5% en 1989 a 38% en 2007
- La supervisión diurna y nocturna ha aumentado también de forma importante, en 1989 sólo el 7% residía en alojamientos con supervisión completa mientras que en 2007 el 60% recibía cuidados continuos en su domicilio.

- Los alojamientos con grados de supervisión variable se han reducido notablemente en este intervalo de tiempo, pasando del 80% de pacientes que residían en pensiones y pisos con diversos grados y tipos de supervisión al 35% en el año 2007

Este cambio se ha producido por el crecimiento de alojamientos residenciales con supervisión concertados por Servicios Sociales y paralelamente la disminución de las tradicionales pensiones que han ido cerrando sus puertas.

Las prestaciones que ofertan a los usuarios son mejores y pueden acoger pacientes con mayores necesidades de supervisión y cuidados.

- El número de personas que reciben supervisión directa por monitores del SRC se ha



mantenido en número similar aunque la proporción varía debido al incremento de pacientes atendidos. La supervisión indirecta (a través del personal de los alojamientos que tienen supervisión o de la propia familia) sin embargo ha aumentado en 2007

## CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE NECESIDADES FUTURAS

La aplicación de La Ley de Dependencia esta suponiendo un tiempo largo de espera tanto para la adjudicación de las plazas de alojamientos concertados como para la adecuación de los alojamientos a las necesidades de los usuarios. Esperamos que la valoración de dependencia permita conocer las necesidades reales de supervisión que tienen de los pacientes con TMG según sus necesidades de cuidados y el número de plazas que se precisan para que todos puedan acceder a esos alojamientos.

Podemos aventurar que el envejecimiento de la población diagnosticada de TMG y atendida en el SRC de Álava, el envejecimiento de los cuidadores naturales como padres, las complicaciones somáticas sobreañadidas producidas por el estilo de vida, por los tratamientos y por sus características personales nos van a hacer precisar alojamientos con características distintas a los actuales.

Así los problemas detectados en nuestra área geográfica con relación a las necesidades de alojamiento de pacientes con TMG que no se han cubierto en la actualidad se relación a con estos tres grandes grupos:

1. Necesidades de alojamiento con supervisión total para personas con problemas somáticos:

La tasa de comorbilidad somática y TMG en pacientes tratados ambulatoriamente alcanza a tasas entre el 23 y el 43% según los autores. El 43% de los pacientes que fueron desinstitutionalizados y siguen en tratamiento en el SRC padecen problemas físicos de alguna relevancia como patologías cardiovasculares, endocrino-

lógicas, osteo-articulares o respiratorias, tumorales crónicas propiciadas por el estilo de vida sedentario, los síntomas negativos y la disfunción cognitiva de los pacientes con TMG.

Los alojamientos supervisados actuales carecen en su mayoría de una supervisión de enfermería suficiente y de las características necesarias para adaptarse a este tipo de usuarios. Sin barreras arquitectónicas, con estructuras adaptadas a sus necesidades actuales y futuras.

2. Necesidades de alojamiento con supervisados y de baja exigencia para pacientes con patología dual asociada con consumo de tóxicos, alcohol, o trastornos de conducta importantes.

Los pisos o pensiones con supervisión mínima no son útiles para las personas con patología dual, ya que carecen de rutina de horarios, hábitos de vida cotidiana necesarios para su autocuidado, habilidades para la organización de las tareas domésticas y la resolución de problemas de convivencia o un nivel de autonomía aceptable para residir en ellos, lo que hace necesaria la creación de otro tipo de alojamientos supervisados.

3. Necesidades de alojamientos con distintos niveles de supervisión para personas con TMG con diferentes niveles de discapacidad y edad.

Pacientes compensados psicopatológicamente pero que presentan delirios crónicos que interfieren de alguna forma en su convivencia, con déficit cognitivos relacionados con su enfermedad, que abandonan reiteradamente la medicación, con alteraciones conductuales que dificultan la convivencia, etc. La coordinación servicios sociales y servicios de Salud Mental se hacen imprescindibles y la formación y especialización de parte del personal que atiende el alojamiento para saber actuar en cada momento y según las necesidades de los usuarios.



Si la ley de Dependencia contemplara la evaluación de aspectos relevantes para determinar las capacidades y déficits de las personas con TMG podría ser un instrumento que permitiera determinar las necesidades reales de los usuarios y prever las características y nive-

les de supervisión de los que deberían dotarse los alojamientos evitando la sobrecarga familiar, el uso inapropiado de la hospitalización y las dificultades de integración en la comunidad de diversos colectivos más desfavorecidos.

**Contacto:**

M. M. Hernanz.  
mmhernanz@sma.osakidetza.net



---

## BIBLIOGRAFÍA

- Abrahamson D *Housing and deinstitutionalization: Theory and practice in the development of a resettlement service*. In MPI Weller, M Muijen (comps) Dimensions of community care. London Sounders Co. 1993.
- Carling P, Ridway P *A psychiatric rehabilitation approach to housing* In M D Farkas, WA Anthony, Psychiatric rehabilitation: Putting theory into practice, 28–33, 69–80, Baltimore J Hopkins U. Press, 1989.
- Cristina Gisbert Aguilar *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del Trastorno Mental Severo*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003.
- Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia BOE págs. 44142 y 44156.
- Hernanz MM, Montoya B “Seguimiento de los pacientes desinstitucionalizados hace dos décadas” *Interpsiquis* 2005.
- Hernanz MM, Montoya B “Evolución del Servicio de Rehabilitación Comunitaria de Álava en sus 20 años de existencia” *Interpsiquis* 2002.



## Profesiones, formación y competencias: entre las rivalidades de los profesionales y la torpeza de la Administración

**Juan Medrano**  
Médico psiquiatra

El mundo sanitario vive una época especialmente convulsa, en la que la masificación asistencial, la sobrecarga del sistema y de sus profesionales y las dudas sobre el modelo de gestión (más acusadas en algunas autonomías) están a la orden del día. Aunque son muchos los factores que influyen en la situación actual, este articulillo quiere llamar la atención sobre uno en particular: la formación y las competencias de los profesionales sanitarios, junto con los notables vaivenes que su regulación por parte de la Administración, que han contribuido significativamente a un desorden cada vez más apreciable.

En los últimos meses hemos asistido a catastróficas predicciones sobre la futura disponibilidad de médicos en España. La prensa profesional, e incluso la general (un tanto despectivamente llamada “*lega*” en los siempre excelsos medios médicos) se hacen eco de la carestía de profesionales que existe ya en algunos lugares del país y que se prevé castigará a otros en un plazo breve.

Con una cierta perspectiva histórica, esta situación no deja de ser chocante. Hasta finales de los años 70 no existió un *numerus clausus* que limitase el acceso a las facultades de Medicina, lo que se tradujo en una sobreabundancia de médicos. En aquellos años se implantó el sistema MIR, con un número de plazas tan insuficiente que impedía la especialización de un

muchos nuevos licenciados. A causa de este tapón, y pese al exceso de médicos generales, los servicios sanitarios, en un crecimiento y desarrollo continuado, no contaban con personal especializado y hubieron de recurrir a médicos no especialistas. El cuello de botella del MIR dejó en el camino a muchos médicos que tuvieron que buscar otras alternativas laborales o emigrar a otros mercados sanitarios que les ofrecieran mejores oportunidades.

En los últimos 25 años se ha producido el desarrollo, lento, cansino, pero por fin, parece que más o menos definitivo, del sistema MIR, y con él, un aumento del número de plazas para especialización. El embudo, ahora, lleva tiempo desplazado a la entrada a las facultades y está dando lugar a una carestía de médicos que hace temer por la capacidad de renovación de las plantillas, en las que cada vez son más necesarios los profesionales extranjeros. De pronto, España ha pasado de exportar médicos a importarlos, en un fiel reflejo del cambio de nación de emigrantes a receptora de inmigrantes que ha traído consigo la bonanza económica de la última década. Aunque según la prensa *lega*, en los últimos tres años España ha homologado a 4.000 médicos foráneos (1), son necesarios todavía más profesionales, por lo que algunas autonomías, como Navarra (2), reclaman que se aligeren los trámites para la homologación, y Andalucía ha contratado a 110 médicos foráneos sin homologar, en una medi-



da respaldada por el Tribunal Supremo siempre que sea temporal y transitoria y se aplique en casos de necesidad (3). La Organización Médica Colegial (OMC) calculaba a primeros de 2008 que unos 3000 los médicos extranjeros estaban trabajando en España sin homologación (4).

La adaptación de los médicos foráneos puede ser compleja, no sólo por el lógico choque cultural o idiomático (la autonomía que más insiste en que se simplifique su contratación es precisamente la que exige el máximo uso de su lengua local en el ámbito sanitario), sino también por los requisitos y trabas burocráticas que deben cumplir para la homologación de sus titulaciones de origen. En las últimas semanas se ha sabido que el Ministerio de Sanidad ha entregado a las comunidades autónomas el borrador de un futuro decreto que prevé que los aspirantes a la homologación tendrán que realizar un periodo de prácticas para demostrar que, además de la formación académica recibida en sus países de origen, tienen las competencias y habilidades necesarias para ejercer en el Sistema Nacional de la Salud (5). El periodo previsto puede ser en forma de prácticas con contrato laboral, remuneradas, durante un tiempo máximo de 3 meses y con una jornada equivalente a la del resto de los especialistas del centro, o mediante una formación complementaria, no retribuida, que puede durar hasta 9 meses, durante la cual *“no habrá vinculación laboral alguna con la entidad titular del centro donde se lleve a cabo”*. En este segundo caso los candidatos tendrán la consideración de *“personal en formación”* y un horario similar al de los MIR, y podrán desempeñar labores asistenciales. Asimismo, deberán tener un seguro de responsabilidad civil. A lo largo de las prácticas (remuneradas o no) se valorará el aprovechamiento del candidato antes de concederle la habilitación profesional. Tal y como se plantea la cuestión parece que los médicos extranjeros en vías de homologación se van a convertir en los nuevos parias del sistema...

A propósito de estas cuestiones merece la pena comentar la curiosa política que hemos presenciado en los últimos 30 años en el marco de la formación de profesionales y de su capacitación. Tres décadas en la que la Administración ha hecho sus tareas con una exasperante parsimonia, contribuyendo con sus decisiones y sus parches posteriores a malentendidos y disputas entre las diferentes profesiones y a muchos dramas personales.

La **Ley 41/2003**, de 21 de noviembre, de **Ordenación de las Profesionales Sanitarias** (en adelante, LOPS), es la norma que establece el marco general para el ejercicio de las mismas en sus diferentes niveles (licenciados, diplomados, Titulados del área sanitaria de Formación Profesional), y unas normas y principios, como los referentes a la formación pregrado, especialización, formación continuada, etc. Posteriormente, y con un paso más bien lento y cansino, se han ido desarrollando estas previsiones mediante reales decretos o disposiciones autonómicas. Mucho antes, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, de 1985 (6), había formulado la recomendación de que se modificaran los programas de formación postgraduada de los médicos de familia y de atención primaria, los especialistas en Psiquiatría y enfermería psiquiátrica, al tiempo que planteaba la necesidad de la creación de un programa de formación postgraduada de Psicología Clínica.

En aquella época la formación de especialistas en Psiquiatría estaba ya regida por el **Real Decreto 127/1984**, de 11 de Enero **en el que se regula la formación especializada y la vía para la obtención del título de especialista**. Este texto derogó otro previo, el **Real Decreto 2015/1978**, que creaba la vía MIR. Con un notable retraso, se crearon y regularon las comisiones de docencia con la **Orden de 22 de Junio de 1995**, que recogía (habrá que decir que por fin) los requisitos y funciones de los tutores y los sistemas de evaluación de la formación de médicos especialis-



tas. Un año después, en abril de 1996, fue aprobada la guía de formación de especialistas en Psiquiatría. Para entonces habían pasado más de 10 años desde el Informe de la Comisión Ministerial y habían concluido su formación unas 15 promociones de mires. La acreditación de centros docentes y la creación de plazas para especialización ha sido muy lenta. Y la ordenación de las condiciones de trabajo y de la formación del residente, aún lo ha sido más. Hubo que esperar mucho hasta el **Real Decreto 1146/2006**, de 6 de octubre, **por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud** que, como su extenso nombre indica, aborda los aspectos laborales, y hasta el muy reciente (y de título aun más largo) **Real Decreto 183/2008**, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las **especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada**, que establece líneas generales a desarrollar por los diferentes servicios autonómicos, con lo que puede decirse que 30 años después de su creación del sistema MIR aún no se ha terminado de configurar. Pero parece que ya vamos en el buen camino...

En paralelo, la Administración ha debido dar respuesta, con sucesivos parches para corregir su imprevisión y su indolencia, a la situación de profesionales que han trabajado en la atención en Salud Mental sin seguir la vía MIR. Paradójicamente, el proceso ha acabado siendo lesivo para quienes se especializaron mediante residencia, que al menos en nuestro entorno más inmediato ven cómo en las OPEs no les sirve de nada haber superado el examen de acceso o haber completado el periodo formativo de la especializada, ya que los tribunales conceden por sistema los puntos de especialización tanto a los antiguos mires como a quienes no lo fueron. Al mismo tiempo, los exmires han de resignarse a que los años de servicios prestados como residentes no se consideren méritos profesionales o, como se expresaba hace esca-

sos días en la prensa local, no puntúen para la carrera profesional (7).

En el campo de la Enfermería, en la recta final del régimen anterior, el **Decreto 3193/1970** creó la especialidad de Psiquiatría para Ayudantes Técnicos Sanitarios. Casi 10 años después, en el curso 1978-79 se implantaría la Diplomatura en Enfermería, sin que se modificara el concepto de que las especialidades existentes (además de Psiquiatría, las de Asistencia Obstétrica, Radiología y Electrología, Pediatría y Puericultura, Neurología, Análisis Clínicos y Urología y Nefrología) se referían a Ayudantes Técnicos Sanitarios. Para parchear la contradicción se autorizó transitoriamente a los nuevos enfermeros (que ya eran diplomados) a cursar las dichas especialidades (concebidas para ATS). A finales de los años 80 se extinguió la paradójica vía de la especialización de los Diplomados como si fueran ATS, lo que dejó a cohortes de profesionales sin la oportunidad de especializarse y en un cierto limbo administrativo, ya que compartían quehaceres, responsabilidades y salarios con enfermeros especialistas, pero no podían acreditar en modo alguno sus conocimientos o su formación paralela.

Para que apareciera el concepto de enfermero (que no ATS) especialista hubo que esperar mucho, hasta el **Real Decreto 992/1987**, de 3 de Julio, por el que se regula la **obtención del título de enfermero especialista**, pero aún hubo que esperar más para que se desarrollasen las especialidades, hasta que en 1994 comenzó su formación la primera promoción de matronas (y aún 5 años más para que terminaran su formación las primeras profesionales formadas como especialistas en Salud Mental). Finalmente, una **Orden Ministerial de 24 de Junio de 1998** desarrolló el Real Decreto 992/1987 (¡once años después...!), estableciendo las condiciones para obtener el título de Enfermera especialista y, ya en junio de 1998, se estableció el perfil profesional del diplomado universitario en Enfermería especia-



lista en Salud Mental, y se aprobó un programa formativo provisional de la especialidad. La provisionalidad parece haber llegado a su fin con **Real Decreto 450/2005, de 22 de abril**, que estableció las especialidades de Enfermería Obstétrica–Ginecológica (Matrona), Enfermería de Salud Mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo, Enfermería de Cuidados Médico–Quirúrgicos, Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Pediátrica. Asimismo, anulaba las especialidades de Ayudante Técnico Sanitario y permitía su reconversión en las nuevas categorías (por ejemplo, de especialistas en Psiquiatría a especialista en Salud Mental), marcando un procedimiento para ello. Pese a todo este recorrido, tras 10 años de formación reglada de especialistas, el caso general es que los servicios sanitarios autonómicos no dispongan de la categoría laboral de Enfermero Especialista en Salud Mental, aunque en la OPE de Osakidetza de 2006 se convocaron plazas con esa categoría, y Galicia ha creado también plazas con ese epígrafe.

Como exponente del desajuste entre la realidad asistencial y la profesional, ha habido que resolver la situación de los muchos diplomados en Enfermería que desempeñan su tarea en servicios de Salud Mental sin disponer de la titulación de especialista. Para ello, el **Real Decreto 450/2005**, de 22 de abril, **sobre especialidades de Enfermería** estableció una vía extraordinaria que permitía acceder al título de especialista a quienes pudieran acreditar haber ejercido como enfermero las actividades propias de la especialidad durante un período mínimo de cuatro años o, alternatively, haber ejercido como enfermero las actividades propias de la especialidad durante un período mínimo de dos años, siempre que, además, aportasen una formación continuada acreditada de al menos 40 créditos en el campo de la especialidad. Los créditos necesarios se reducían a 20 créditos (o 200 horas) si correspondían a un título de posgrado de carácter universitario que incluyera una formación relacionada con la especialidad. Los aspi-

rantes debían cumplir esos requisitos antes del 4 de agosto de 1998. Sin embargo el reciente **Real Decreto 183/2008**, en su Disposición adicional cuarta, amplía el tiempo para cumplir estos requisitos hasta la fecha de entrada del anterior Real Decreto, lo que implica prorrogar el plazo hasta abril de 2005. Conozco a enfermeros que trabajaban en plazas de Salud Mental y que al no poder acreditarse con el límite de 1998, optaron por la especialización, a la que, tras superar un difícil examen de acceso, han dedicado un año de su vida profesional (que no tendrá reconocimiento en la carrera profesional) en el que su salario ha sido muy inferior al que habrían recibido de mantenerse en sus plazas. Lógicamente, cuando se amplió el plazo para la obtención del título por la vía de los servicios profesionales, estos enfermeros se tiraron de los pelos.

Continuando con las diferentes profesiones, hay que referirse al psicólogo clínico. Aunque ya en los primeros años 80 existían experiencias formativas aisladas con un esquema de residencia, y hubo plazas de formación mediante la vía PIR desde los primeros años 90, fue necesario esperar al **Real Decreto 2490/1998**, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el **título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica**, un texto que fue infructuosamente recurrido por la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Es interesante el dato de que la Disposición Adicional Tercera de este texto, que gira en torno a los *“Efectos de la creación del título de Psicólogo Especialista en relación con otros profesionales”*, afirma literalmente que *“la creación del título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y la realización por estos titulados de diagnósticos, evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico, se entenderá, sin perjuicio de las competencias que corresponden al médico o al especialista en psiquiatría, cuando la patología mental atendida exija la prescripción de fármacos o cuando de dicha patología se deriven procesos biológicos que requieran la intervención de los citados profesionales”*. Por lo tanto, se defi-



ne como de paso el cometido de otra profesión (la de Médico Especialista en Psiquiatría) y lo hace de una forma estrecha, que limita sus funciones a la prescripción y a los procesos biológicos, como si la especialización en Psiquiatría no facultase para abordajes psicoterápicos o de patologías y problemas sin asiento biológico conocido o figurado. A uno no le maravilla en sí esta disposición (que se mantiene en vigor tras el **Real Decreto 183/2008**), sino la mínima o nula importancia que le han dado los médicos psiquiatras.

Más adelante, la **LOPS** delimitó la intervención en el ámbito sanitario a los Licenciados en Psicología con la especialidad en Psicología Clínica, lo que fue muy criticado por un amplio sector de la profesión, que no disponía de ella (recordemos que las condiciones en que se creó habían hecho además difícilísimo conseguir la especialización). No sólo quedaban privados de la posibilidad de acceder al servicio sanitario público, sino que incluso podían incurrir en una ilegalidad en el ejercicio privado de su actividad. En la protesta y disputa jugaron un papel importante las organizaciones colegiales y (no tiene nada de extraordinario) las estructuras universitarias.

Otro texto con trascendencia para la profesión de Psicología fue el **Real Decreto 1277/2003**, de 10 de octubre, por el que se establecen las **bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios**. Esta norma definía entre los distintos tipos de establecimiento sanitario las consultas médicas, las consultas de otros profesionales sanitarios (que no sean médicos u odontólogos), los centros polivalentes (en los que profesionales sanitarios de diferentes especialidades ejercen su actividad atendiendo a pacientes con patologías diversas), los Centros de Reconocimiento Médico y los Centros de Salud Mental. El texto era muy desfavorable para los psicólogos en varios aspectos. Por ejemplo, definía a los Centros de reconocimiento Médico como “centros sanitarios donde

se efectúan las revisiones médicas e informes de aptitud a los aspirantes o titulares de permisos o licencias, o para la realización de determinadas actividades, y para su renovación”, lo que descartaba la contribución de los profesionales de la Psicología en forma de estudios y valoraciones psicotécnicas. Y los centros de salud mental se definían como los “centros sanitarios en los que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades mentales”, en una terminología posiblemente restrictiva y medicalizada. Finalmente, la Unidad Asistencial de Psicología Clínica era aquella “en la que un psicólogo especialista en Psicología clínica, dentro del campo de su titulación, es responsable de realizar diagnósticos, evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico de aquellos fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en la salud de los seres humanos”.

Para corregir estas disfunciones tres años después se promulgó la **Orden SCO/1741/2006**, de 29 de mayo, por la que se **modifican los anexos del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios**. En virtud de este texto, los previamente denominados “Centros de reconocimiento Médico” pasaban a ser “Centros de reconocimiento”, en cuya descripción se incluyen los “reconocimientos médicos y psicológicos para determinar las condiciones físicas y psicológicas de los aspirantes o titulares de permisos o licencias, o para la realización de determinadas actividades y para su renovación”. Igualmente, los Centros de Salud Mental eran redefinidos como pasan los “centros sanitarios en los que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades y trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento”, un concepto más amplio que da cabida a las funciones de otros profesionales sanitarios que trabajan en dichos dispositivos. Y también se modificó el concepto de la Psicología Clínica como la “unidad asistencial en la que un psicólogo especialista en Psicología clínica es



responsable de realizar el diagnóstico, evaluación, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento”. A la luz de esta definición parece que el legislador considera que el ámbito de intervención del psicólogo clínico es más amplio que el del psiquiatra, ya que para el Real Decreto 1277/2003 la unidad asistencial de Psiquiatría es aquella “en la que un médico especialista en Psiquiatría es responsable de realizar el estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento”.

Además, el punto 5 del artículo único de la Orden SCO/1741/2006 ofrecía una vía para la apertura de consultas de Psicología por licenciados que no dispongan de la especialidad. En concreto, cambiaba la definición de la categoría del servicio sanitario “**Otras unidades asistenciales**”, para convertirlas en “*unidades bajo la responsabilidad de profesionales con titulación oficial o habilitación profesional que, aun cuando no tengan la consideración legal de ‘profesiones sanitarias tituladas y reguladas’ en el sentido previsto en el artículo 2.1 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, llevan a cabo actividades sanitarias que no se ajustan a las características de ninguna de las unidades anteriormente definidas, por su naturaleza innovadora, por estar en fase de evaluación clínica, o por afectar a profesiones cuyo carácter polivalente permite desarrollar, con una formación adecuada, actividades sanitarias vinculadas con el bienestar y salud de las personas en centros que tengan la consideración de sanitarios*”. En otros términos, se planteaba una vía alternativa discordante con lo dispuesto en la **LOPS**.

Por otra parte, la Orden SCO/1741/2006 daba un protagonismo importantísimo al compartimento universitario, al establecer que se autorizaría la apertura de consultas a quienes “*aun no ostentando el título de especialista en Psicología Clínica*” pudieran acreditar “*haber cursado los estudios de la licenciatura de Psicología siguiendo un itinerario curricular cualificado por su vinculación con el área docente de Personalidad,*

*Evaluación y Tratamiento Psicológicos o con la Psicología Clínica y de la Salud*” o, alternativamente, “*una formación complementaria de posgrado relativa a dichas áreas, no inferior a 400 horas, de las que al menos 100 deberán ser prácticas tuteladas por psicólogos especialistas en Psicología clínica, en centros, instituciones o servicios universitarios de psicología donde se realicen actividades de atención a la salud mental, o en consultas o gabinetes de psicología clínica, debidamente autorizados*”. Así pues, se desplazaba la capacitación, bien al pregrado, bien al postgrado, pero en esencia se concedía un desmesurado papel al compartimento universitario.

El Consejo General de Colegios de Médicos recurrió esta orden, y la Sección Cuarta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo (8) anuló este último apartado de la Orden Ministerial por no adecuarse a lo dispuesto por la **LOPS**, algo, por cierto, parece inexplicable que no fuera apreciado por los juristas del Ministerio.

Por último, recordaremos que los trabajadores sociales, que han asumido históricamente funciones asistenciales, no son calificados como profesionales sanitarios por la **LOPS**, ni se prevé la creación de una especialidad que faculte a estos profesionales para una actividad directamente sanitaria.

### La prescripción enfermera

Como se ha visto, las disposiciones normativas yerran pertinazmente en lo que tiene que ver con la formación y los contenidos de las diferentes especialidades. Pero existe para captar más finamente la torpeza de la Administración en esta materia (las sospechas sobre segundas intenciones son libres y las dejo a gusto del lector) merece la pena detenerse en la llamada “prescripción enfermera” (PE).

En la época en que se incubaba la **Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios** se planteó la posibilidad de que



otras profesiones diferentes de la de médico u odontólogo pudieran prescribir medicamentos, a lo que se opusieron frontalmente las organizaciones médicas. Finalmente, la propuesta no salió adelante, de modo que el Art. 77.1 de la citada ley establece que el médico y el odontólogo son los *“únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos”* de uso humano. Hay que reseñar que ateniéndonos al Art. 8 de la Ley, medicamento es *“toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico”*.

Pese a ello, en ese colorista y parcheante tramo final de disposiciones de variada naturaleza que caracteriza a nuestras leyes, se incluyó una Disposición Adicional Duodécima que preveía que en el plazo de un año *“el Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá la relación de medicamentos que puedan ser usados o, en su caso, autorizados para estos profesionales, así como las condiciones específicas en las que los puedan utilizar y los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos”*. Al concluir el plazo fijado por la Ley se ha suscitó de nuevo polémica respecto de la PE. Las organizaciones colegiales y sindicales de la Enfermería expusieron su preocupación, ya que la amplia y generosa que la Ley 29/2006 hace de medicamento introducía una inseguridad jurídica en el ejercicio de la profesión cuando se utilizan algunos productos que habitualmente ha manejado la Enfermería de manera totalmente autónoma (por ejemplo, todos los medicamentos usados en las curas).

El Ministerio intentó resolver el entuerto con un Proyecto de Orden para desarrollar la disposición indicada, según cuyo anexo III los

profesionales de Enfermería podrían indicar y en su caso autorizar productos sanitarios relacionados en gran medida con curas (algodones, gasas, vendas, apósitos, irrigadores, cánulas, absorbentes, bolsas de ostomía, etc.). Asimismo, podrían emplear medicamentos no sometidos a prescripción médica recogidos en un anexo (entre los que no figuraba ningún psicofármaco, y sí antiácidos, antiinflamatorios y antirreumáticos orales, preparados tópicos para dolores musculares y articulares, anestésicos locales y antipiréticos y analgésicos no opiáceos). Asimismo, se preveía el uso o autorización de medicamentos *“en el marco de los principios de atención integral de salud y para la continuidad asistencial”* en los supuestos de *“aplicación de protocolos institucionales de elaboración conjunta y en planes de cuidados estandarizados, autorizados por las autoridades sanitarias”* y de *“seguimiento protocolizado de los tratamientos que se establezcan con base en una prescripción médica individualizada”*.

A este proyecto se opusieron diversas organizaciones médicas (OMC, colegios, sindicatos), que veían bien la idea del seguimiento protocolizado pero que entendían que otros aspectos conculcaban la propia Ley 29/2006 o de la **LOPS**. En el mes de marzo, la OMC y el Consejo General de Enfermería (CGE) llegaron a un acuerdo gracias a la desaparición del Anexo III del proyecto de Orden, en el que aparecían los productos sanitarios no sometidos a prescripción médica —laxantes, antiinflamatorios y analgésicos—, que, a juicio de los médicos, concedía demasiada independencia al colectivo enfermero. Pero la situación cambió cuando en abril de 2008 el BOE publicó una **“corrección de error”** que modificaba la redacción original de la Disposición Adicional Duodécima de la Ley 29/2006, que pasaba así a enunciar que *“en el plazo de un año el Ministerio de Sanidad y Consumo revisará la clasificación de los medicamentos de uso humano que han de dispensarse con o sin receta médica”*. Con esta nueva redacción se omitía la referencia indirecta a la posibilidad de prescripción por otras



profesiones y se remitía a un futuro listado de fármacos dispensables sin receta que por ello mismo podrán ser recomendados y administrados por Enfermería y por cualquier otra profesión o tal vez ciudadano. No deja de llamar la atención que se descubriera un error y se corrigiera a destiempo (más de año y medio después de la promulgación de la Ley), pero según me aseguran personas que saben de estas cosas, ésta es una práctica habitual en España para modificar a posteriori leyes ya promulgadas.

A finales de mayo, y por lo tanto, después de la “corrección de error”, el Consejo de Estado decidió por unanimidad rechazar el proyecto de Orden Ministerial por la que se desarrolla la disposición adicional duodécima de la Ley 29/2006 de julio, con el que el Ministerio pretendía regularizar la prescripción (9). Según el dictamen de dicho órgano (10) *“no procede aprobar en su redacción actual el proyecto de Orden remitido a consulta”*. El Consejo de Estado abordaba también la corrección del error publicada en el mes de abril en el BOE, señalando que tras la misma, el Ministerio de Sanidad y Consumo no puede permitir a enfermeros y podólogos usar, indicar o autorizar medicamentos sometidos a prescripción médica, con o sin protocolos, ya que, de nuevo, según la Ley 29/2006 tan sólo médicos y odontólogos poseen *“la facultad de poder ordenar la prescripción de medicamentos”*. Como alternativa, el dictamen proponía que el Ministerio de Sanidad y Consumo elabore *“un nuevo proyecto de Orden en el que, excluido —por ser contrario a la Ley 29/2006, de 26 de julio— el uso, indicación o autorización de medicamentos sometidos a prescripción médica por parte de enfermeros o podólogos, se circunscribiesen las competencias de tales profesionales sanitarios a los medicamentos no sujetos a receta médica”*. Esta propuesta satisfizo al CGE (11), por cuanto del dictamen se sigue que la prescripción ha de tener rango normativo y por ello no se construirá a base de parches y chapuzas en forma de disposiciones adicionales, correcciones de error y las diversas

formas de nota-al-pie y letra pequeña legislativa que venimos comentando en estas líneas.

En los meses transcurridos da la impresión de que la ampliación competencial de la enfermería va adelante. No sólo, para desolación de las organizaciones médicas, el Ministerio parece entusiasmado con la idea (12), sino que Andalucía prepara un decreto que permitirá a Enfermería manejar antiinfecciosos, antisépticos, antiácidos, laxantes, preparados para heridas y úlceras, callicidas, analgésicos y antipiréticos, además de productos como sondas, vendas o gasas (13). En Cataluña, entre tanto, una comisión mixta formada por miembros de los consejos de las profesiones médica y enfermera debate la cuestión del el traspaso de competencias médicas a la enfermería familiar y comunitaria (14). La medida se presenta como una actuación para mitigar la presión asistencial en la atención primaria y el déficit de facultativos. A este respecto, el *Metges de Catalunya* ha elaborado un informe que justifica su oposición a *“una asistencia médica sin médicos”*, con fórmulas como la video-consulta, la promoción del *“enfermo experto”* o la gestión de la demanda médica por parte de profesionales no médicos. Los autores de dicho documento invocan diversas revisiones Cochrane realizadas entre 1966 y 2002 que descartan que la atención por Enfermería a la patología banal aguda alivie la carga asistencial de los médicos, al tiempo que afirman que las valoraciones clínicas de esa atención, al centrarse en los resultados obtenidos en la asistencia a la patología menor, no tienen en cuenta las consecuencias que puede tener la falta de detección de casos serios por parte de los enfermeros.

Aunque en las disposiciones ministeriales no se mencione la posibilidad de la dispensación de psicofármacos, existen documentos que van presentando esta posibilidad. El documento de consenso del Servicio Cántabro de Salud sobre **“Prescripción Enfermera 2008”** (15), define a ésta como *“la capacidad de la enfermera/o, en la planificación de los cuidados*



de enfermería, de seleccionar, guiados por el criterio profesional, diferentes productos sanitarios, accesorios y medicación encaminados a satisfacer las necesidades de salud del paciente y la población, apoyados por el juicio clínico enfermero y administrados en forma de cuidados”, y prevé diversas formas de prescripción. Entre ellas, la “Prescripción colaborativa estandarizada / protocolizada”, se describe como la realizada por la enfermera “en situaciones clínicas determinadas dentro de los términos de un protocolo de actuación, consensuado con el equipo multidisciplinar para la atención de la salud de la población”. Tal podría ser, según el documento, la forma de PE de benzodiazepinas, hipnóticos, miorrelajantes y anticonvulsivantes. A su vez, el Informe del Consejo de Colegios de Diplomados en Enfermería de Cataluña titulado “**La prescripción enfermera**” (16), plantea la posibilidad de utilización autónoma de diazepam oral en las “situaciones donde el abordaje terapéutico para la seguridad física y mental de la persona requiere del uso del mismo después de haber comprobado que otras estrategias terapéuticas no han estado eficaces (escucha, contención, relajación...)” y del lorazepam, en situaciones análogas, que no hayan podido ser contenidas con “relajación, pautas de higiene del sueño...”, lo que sugiere que se prevé el uso de este último fármaco como hipnótico. Por cierto, que al definir este documento la PE como “la capacidad de seleccionar e indicar técnicas, productos sanitarios y fármacos en beneficio y satisfacción de las necesidades de salud de las personas sujeto de nuestros cuidados durante nuestra práctica profesional, bajo criterios de buena práctica clínica y juicio clínico enfermero que les son otorgados por sus competencias”, puede también proponer el uso autónomo de una técnica sanitaria, no siempre bien considerada, como es la contención mecánica, en las “situaciones en las cuales se requiere de la inmovilización parcial o total de la persona por riesgo de autoagresión y/o heteroagresión”. Es llamativo, en todo caso, que no se planteen intervenciones psicoterápicas autónomas.

La disputa en torno a las competencias de Enfermería y la supuesta suplantación de los médicos por este colectivo se da también a otros lugares, y muy recientemente, el *British Medical Journal* le ha dedicado su atención (17). También en el ámbito internacional, el traspaso de funciones a la Enfermería tiene como fundamento aliviar la carga asistencial de los médicos. En como el Reino Unido, las enfermeras en funciones médicas (“Dr Nurse” o —¡qué bonito neologismo!— “Noctors”) no sólo asumen funciones en Atención Primaria, sino prácticas más complejas como la endoscopia y, en el campo psiquiátrico, asumen algunas técnicas psicoterápicas estructuradas. Por cierto, que allí a nadie se le caen los anillos por expresar en voz alta y clara otra motivación para la prescripción enfermera no explicitada en nuestro medio, como es la contención de gastos, toda vez que, hoy por hoy, el salario de una enfermera es claramente inferior al de un médico. Sea como fuere, los defensores de los “noctores” destacan su capacidad para el manejo de la patología menos grave o los programas con enfermedades crónicas, señalando la mayor satisfacción del usuario, ya que las enfermeras en función médica dedican más tiempo y dan más explicaciones que los facultativos (18). Los detractores, por su parte, apuntan que a la larga la atención de los “noctores” es peor, ya que no tienen capacidad ni conocimientos para reconocer y afrontar las situaciones complejas que puedan surgir, solicitan muchas más pruebas complementarias (lo que reduce el ahorro) y tal vez pierden demasiado tiempo en la interacción con los pacientes (19).

Y para rizar el rizo, el contraste de pareceres entre médicos y enfermeros puede haber encontrado un nuevo argumento. Una buena parte de la sobrecarga asistencial de la Atención Primaria se debe a la creciente burocracia que deben asumir y emitir los sufridos médicos, y que ha llevado al Grupo Antiburocracia de Madrid a emitir una declaración al respecto (20) y ha suscitado que se defina agríamente al Médico de Familia como “un burócrata de bata



*blanca para todo*” y *“el administrativo mejor pagado del Sistema Nacional de Salud*”, ya que ocupa hasta el 40% de su tiempo en el papeleo que generan las recetas, los informes y los certificados (21). Ante esta situación, la Asamblea General de la OMC ha exigido la creación de un nuevo perfil de profesional sanitario —el auxiliar de consulta— para ayudar a desburocratizar las consultas de Atención Primaria, una propuesta que ha desatado las críticas del SATSE, que la define como *“lamentable y obsoleta”* y denotadora de *“un intolerable desconocimiento de la ley y el funcionamiento”* de la Atención Primaria, en la que *“el médico no es el único protagonista”*. Para el sindicato, *“ese nuevo perfil de técnico auxiliar de consulta médica invade las competencias actuales del profesional de enfermería al otorgarles funciones asistenciales propias y además atenta contra la LOPS”* (22).

Toda esta historia sugiere algunas reflexiones. Permítaseme empezar por el final: la reacción de las enfermeras representadas por SATSE evoca la humana tendencia a ampliar nuestro espacio y defendernos con uñas y dientes de los eventuales invasores. Es tan humana que resulta empaticable por inevitable, y por lo tanto me abstendré de criticarla y me limitaré a señalarla como una simpática paradoja.

En segundo lugar, sorprende que las disposiciones actuales o futuras concedan al farmacéutico la capacidad recomendar fármacos, mientras que los enfermeros, profesionales clínicos que pueden (re)conocer mejor las circunstancias de los pacientes y a sus problemas de salud, no puedan hacerlo. En este sentido, a uno le parece que no sería absurdo que la enfermería pudiera tener libertad de uso de medicamentos, aunque fuera limitada (pongamos por caso, los medicamentos más sintomáticos usados en Psiquiatría: los ansiolíticos o hipnóticos). No hay que olvidar que los enfermeros españoles tienen una altísima capacitación teórica y técnica, fruto de un programa de formación muy exigente. Y con las posibilidades

de titulaciones superiores que abre el próximo Espacio Europeo de Educación Superior habrá que pensar en que los enfermeros, o al menos algunos de ellos, asuman nuevos roles y responsabilidades, entre las cuales no sólo debe figurar el uso de fármacos o de técnicas de contención, sino también ciertas formas de psicoterapia.

Pero todas estas cuestiones van más allá de las peleas y tiquismiquis entre profesiones más o menos contrapuestas. El contenido de cada profesión, las técnicas que le son propias o que puede ejecutar, es importantísimo desde el punto de vista medicolegal, y subyace a muchas demandas contra el sistema sanitario o contra los profesionales. Y en este terreno, la Enfermería está un tanto expuesta por no constar de una manera precisa las técnicas que puede o debe asumir. Puede resultar absurdo, pero este mismo año el Tribunal Superior de Justicia de Madrid ha tenido que sentenciar que las enfermeras están facultadas para extraer taponos óticos, siempre que exista un protocolo que lo prevea, y se haga *“bajo la supervisión de un médico, con personal habilitado para ello y existiendo un consentimiento verbal”* (23). Asimismo, nada menos que el Tribunal Supremo tuvo que decidir si las matronas están facultadas para retirar el catéter, en una sentencia que establece que *“las matronas deben auxiliar al médico y seguir sus instrucciones, controlar la normal evolución de la clínica de las parturientas y avisar al médico de cualquier anomalía, aplicar los tratamientos que el médico ordene, incluida la medicación parenteral y poner en conocimiento de los superiores las anomalías que observen”* (24). En un ámbito más cercano, un dictamen jurídico intentó clarificar el significado del término *“médico responsable”*, entre otras cuestiones para determinar su aplicabilidad a otros profesionales sanitarios (25).

La Enfermería de Salud Mental, en este contexto, se encuentra en una lamentable indefinición, por cuanto no existe un consenso sobre las técnicas que le son propias más allá de for-



mulaciones referidas a ciertos cuidados específicos para la atención de pacientes psiquiátricos. Los equipos asistenciales, en especial comunitarios, delegan tradicionalmente en las enfermeras actuaciones concretas, lo que podría exponerlas a un riesgo profesional importante. La **LOPS**, que define al Equipo de Profesionales como la *“unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos”*, prevé la delegación de actuaciones en otros profesionales del equipo. Pero según esta norma, la delegación no es posible sin que previamente se hayan establecido las condiciones que la regulen y la distribución de actuaciones (de ahí la importancia, que habrá intuido el lector, de los protocolos previamente diseñados, ya sea para dispensar fármacos, ya sea para extraer tapones). Ahora bien: para esa delegación o distribución del trabajo también se exige que quien la reciba disponga de una capacidad objetivable, *“siempre que fuere posible, con la oportuna acreditación”*. En otros términos: no existe traba para que pueda delegarse en Enfermería la atención y el seguimiento de un paciente, pero sería necesario saber de antemano que la profesional en cuestión está capacitada para aplicar las técnicas que el caso reclame. En ese sentido, y al margen de los clásicos saberes de la profesión de Enfermería, sería importantísimo que los planes de especialización en Salud Mental recogieran, entre otros aspectos, el entrenamiento en técnicas diversas, bien psicofarmacológicas, bien psicoterápicas o incluso, de categorías diferentes a lo que puede imaginar quien suscribe con la formación parcial y sesgada que ha recibido como médico especialista en Psiquiatría. A la luz de la lentitud y torpeza con la que la Administración ha regulado la formación de especialistas sanitarios, uno tiene pocas esperanzas en que lleguen a definirse algún día con claridad las técnicas específicas de la Enfermería en Salud Mental y el recorrido formativo que requieren.

Para —por fin— terminar, y más allá de los celos y rivalidades entre las diferentes profesiones sanitarias e incluso más allá de la ominosa ineficacia de la Administración y de los muchos desaguisados y malentendidos que ha causado en este terreno, me permitiré recoger una reflexión de José López Guzmán y Ángela Aparisi Miralles en las conclusiones de su trabajo “La Intervención de farmacéuticos y enfermeros en la prescripción: una aproximación ético-legal” (26): *“si se pretende incorporar innovaciones en el sistema de prescripción vigente, hay que tener en cuenta factores muy diversos: la necesidad o conveniencia del cambio a introducir, el grado de aceptabilidad del sistema de acogida, la oportunidad del momento elegido para llevarlo a cabo, la transitoriedad en la incorporación de la nueva práctica... [...], la potenciación de la cooperación entre los distintos miembros que integran los equipos de salud resulta siempre beneficiosa para un sistema sanitario. En consecuencia, las propuestas de modelos de prescripción asentadas en patrones de colaboración entre los profesionales —prescripción dependiente o compartida—, presentan mas efectos positivos que los sistemas excluyentes —prescripción independiente— [...] cualquier propuesta de innovación en este campo debe tener en cuenta diversos factores. Entre ellos, estarían la obtención del máximo beneficio —eficacia/eficiencia— para los sistemas nacionales de salud, y el mejor aprovechamiento de las competencias y habilidades propias de cada profesión. Por encima de estos importantes elementos, se situaría una idea central: el incremento en la seguridad del paciente, su mejor acceso a las medicinas, en definitiva, la mejora de la atención al enfermo. Tal incremento debe entenderse de manera integral, presuponiendo la unidad y dignidad del ser humano”*.

A pesar de las trampas que nos pone la Administración y de las rivalidades que tenemos tan a flor de piel, habrá que concluir, por lo tanto, que a lo que estamos, pues.

#### Contacto:

Juan Medrano  
juan.medranoalbeniz@osakidetza.net





## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Anónimo. España homologa a 4.000 médicos foráneos en 3 años. *La Opinión*, 21 de julio de 2008 (Accesible en: [http://www.laopinion.es/secciones/noticia.jsp?pRef=2008072100\\_9\\_160302\\_Sociedad-homologa-4000-medicos-foraneos](http://www.laopinion.es/secciones/noticia.jsp?pRef=2008072100_9_160302_Sociedad-homologa-4000-medicos-foraneos))
- 2.- Sánchez M. Navarra demanda que se acelere la homologación de médicos extranjeros. *Diario de Navarra*, 5 de junio de 2008 (Accesible en: <http://www.diariodenavarra.es/20080605/navarra/navarra-demanda-acelere-homologacion-medicos-extranjeros.html?not=2008060502025957&idnot=2008060502025957&dia=20080605&seccion=navarra&seccion2=sociedad&chnl=10>)
- 3.- Yagüe AM. Andalucía ya ha contratado a 110 médicos foráneos sin homologar. *El Periódico*, 4 de junio de 2008 (Accesible en: [http://www.elperiodico.com/default.asp?idpublicacio\\_PK=46&idioma=CAS&idnoticia\\_PK=515524&idseccio\\_PK=1021](http://www.elperiodico.com/default.asp?idpublicacio_PK=46&idioma=CAS&idnoticia_PK=515524&idseccio_PK=1021))
- 4.- Anónimo. Unos 3.000 médicos foráneos sin título homologado podrán trabajar en España. *El Confidencial*, 27 de julio de 2008 (Accesible en: [http://www.elconfidencial.com/cache/2008/02/16/86\\_medicos\\_foraneos\\_titulo\\_homologado\\_podran\\_trabajar.html](http://www.elconfidencial.com/cache/2008/02/16/86_medicos_foraneos_titulo_homologado_podran_trabajar.html)).
- 5.- Goiri F. Los extracomunitarios podrían llegar a ejercer gratis 9 meses. *Diario Médico*, 17 de septiembre de 2008 (Accesible en: [http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/profesion/es/desarrollo/1165444.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/profesion/es/desarrollo/1165444.html))
- 6.- Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica. Abril 1985. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985 (Accesible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/opsc\\_est15.pdf.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf))
- 7.- Gorrotxategi P. Anti profesional (carta al director). *El Correo*, 25 de septiembre de 2008 (Accesible en: <http://www.elcorreoedigital.com/vizcaya/20080925/opinion/anti-profesional-20080925.html>)
- 8.- Sentencia de 26 de septiembre de 2007 de la Sección Cuarta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo anuló este último apartado de la Orden Ministerial (accesible en <http://www.portalsaludmental.com/pdf/Sentencia.Orden%201741-2006-Psic%F3logos.pdf>)
- 9.- Rodríguez, Alonso I. El Consejo de Estado dictamina que "no procede aprobar en su redacción actual" el proyecto de Orden Ministerial sobre prescripción enfermera. *El Médico Interactivo* (disponible en: [http://www.elmedicointeractivo.com/noticias\\_ext.php?idreg=17876](http://www.elmedicointeractivo.com/noticias_ext.php?idreg=17876))
- 10.- Resolución del Consejo de Estado de 22 de mayo de 2008 (Accesible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/dictamen5.pdf>)
- 11.- Tocón M. La "prescripción enfermera" exige hacer una ley específica. *Diario Médico*, 3 de junio de 2008 (Accesible en: [http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/politica\\_sanitaria/es/desarrollo/1129680.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/politica_sanitaria/es/desarrollo/1129680.html))
- 12.- Tocón M. Soria tiene entre manos el futuro de la prescripción. *Diario Médico*, 4 de junio de 2008 (Accesible en: [http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/politica\\_sanitaria/es/desarrollo/1130426.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/politica_sanitaria/es/desarrollo/1130426.html))
- 13.- Anónimo. Andalucía autoriza a Enfermería la prescripción de medicamentos. *Acta Sanitaria*, 14 de julio de 2008 (Accesible en: [http://www.actasanitaria.com/actasanitaria/frontend/desarrollo\\_noticia.jsp?idCanal=10&idContenido=8845](http://www.actasanitaria.com/actasanitaria/frontend/desarrollo_noticia.jsp?idCanal=10&idContenido=8845))
- 14.- Fernández C. La prescripción enfermera se debate formalmente. *Diario Médico*, 18 de septiembre de 2008 (Accesible en: [http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/profesion/es/desarrollo/1165448.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/profesion/es/desarrollo/1165448.html)).
- 15.- VVAA. La prescripción enfermera. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 2008 (Accesible en: [http://www.actasanitaria.com/filesset/doc\\_43712\\_FICHERO\\_NOTICIA\\_348.pdf](http://www.actasanitaria.com/filesset/doc_43712_FICHERO_NOTICIA_348.pdf))
- 16.- Cuxart Ainaud N (directora). La prescripción enfermera. Informe del Consejo de Colegios de Diplomados en Enfermería de Cataluña. Julio de 2007 (Accesible en: <http://212.9.72.18/uploads/BO/Noticia/Documents/DEF%20CASTELL%C3%80%20LA%20PRESCRIPCI%C3%B3N%20ENFERMERA%2001.09.07.PDF>)
- 17.- Coombes R. Dr Nurse will see you now. *BMJ* 2008; 337: 660-662
- 18.- Sibbald B. Should primary care be nurse led? Yes. *BMJ* 2008; 337: 658 (accesible en: [http://www.bmj.com/cgi/section\\_pdf/337/sep04\\_2/a1157.pdf](http://www.bmj.com/cgi/section_pdf/337/sep04_2/a1157.pdf))
- 19.- Knight R. Should primary care be nurse led? No. *BMJ* 2008; 337: 659 (accesible en: [http://www.bmj.com/cgi/section\\_pdf/337/sep04\\_2/a1157.pdf](http://www.bmj.com/cgi/section_pdf/337/sep04_2/a1157.pdf))
- 20.- Grupo Antiburocracia. Declaración del Grupo de Antiburocracia de Madrid, 2008. (Accesible en: [http://www.actasanitaria.com/filesset/doc\\_45083\\_FICHERO\\_NOTICIA\\_10052.pdf](http://www.actasanitaria.com/filesset/doc_45083_FICHERO_NOTICIA_10052.pdf))
- 21.- Rodríguez MC. Un burócrata de bata blanca para todo. *Diario Médico*, 29 de julio de 2008 (Accesible en: [http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/mi\\_dm/atencion\\_primaria/profesion/es/desarrollo/1150926\\_01.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/mi_dm/atencion_primaria/profesion/es/desarrollo/1150926_01.html))
- 22.- Anónimo. Satse se opone al "auxiliar de consulta" que reclama la OMC. *Diario Médico*, 19 de septiembre de 2008 (Accesible en: [http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/profesion/es/desarrollo/1166317.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/profesion/es/desarrollo/1166317.html))
- 23.- Esteban M. La extracción de tapones óticos puede hacerse desde enfermería, dice un fallo. *Diario Médico*, 19 de marzo de 2008 (Accesible en: [http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/normativa/es/desarrollo/1102034.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/normativa/es/desarrollo/1102034.html))
- 24.- De Santiago G. El TS incluye retirar el catéter entre las tareas de la matrona. *Diario Médico*, 9 de febrero de 2007 (Accesible en: [http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/normativa/es/desarrollo/737509.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/normativa/es/desarrollo/737509.html))
- 25.- Asesoría Jurídica de Osakidetza. Informe jurídico sobre significado médico responsable. 2006.
- 26.- López Guzmán J, Aparisi Miralles A. La Intervención de farmacéuticos y enfermeros en la prescripción: una aproximación ético-legal. *DS* 2006; 14: 169-204 (accesible en: <http://www.ajs.es/RevistaDS/VOLUMEN%2014/Vol142-02.pdf>)





# La inmigración en la encrucijada de la adaptación

**Nabil Sayed-Ahmad Beiruti**

Psiquiatra. Equipo Salud Mental Roquetas.  
Unidad de Gestión Clínica de S. Mental-Hospital Torrecárdenas-Almería.  
Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.  
Presidente de la Sección «Migración y Cultura en Salud Mental»  
de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.

*“La identidad también contiene una complementariedad del pasado  
y del futuro tanto en el individuo como en la sociedad:  
une la actualidad de un pasado viviente  
con la de un futuro prometedor.”  
(Erikson, Erik H. 1977).*

## I. Inmigración

La emigración está motivada fundamentalmente por dos tipos de factores: los macroestructurales, es decir económicos, políticos, conflictos bélicos, la globalización, la influencia de los medios de comunicación, etc.; y los microestructurales, como la presión de la familia (economía familiar precaria) y la existencia de las redes sociofamiliares en el país destino de la emigración, que actúan como un efecto llamada, porque reducen el costo de los desplazamientos, y la incorporación de los nuevos inmigrantes procedentes del mismo sitio de origen (Sánchez, R., 2005).

“La migración ha sido en la historia la gran válvula de escape de los desheredados. Hoy el mundo está lleno” (Bauman, Z. 2005): por

tanto, los flujos migratorios son inevitables, mientras permanezcan las diferencias en el reparto del Producto Interior Bruto (PIB), entre los países desarrollados y ricos por una parte, y los en desarrollo y pobres por otra.

Emigrar es más que simplemente moverse de un lugar a otro, es un acto que afecta profundamente al individuo, a la familia, al entorno y a las sociedades emisoras y receptoras. Implica, a nivel individual y familiar, dejar un “modo de vida” y de identidad para incorporar otro “nuevo”, y a nivel social (en ambas sociedades) cambios estructurales en el ámbito socioeconómico y político.

La inmigración, por tanto, es un fenómeno complejo y multifacético, que abarca factores



económicos, políticos, psicológicos, sociales y culturales. Involucra tanto a los individuos inmigrantes como a la sociedad receptora. Es una oportunidad por, el intercambio de valores culturales, el conocimiento de costumbres y hábitos, la pérdida del miedo a lo desconocido y al otro; que posibilita el conocimiento recíproco y facilita la aceptación y el respeto a la diferencia y la diversidad. El proceso de socialización e individuación, nuestra autoconciencia, depende del proceso de comunicación y la interrelación entre el Yo y el Otro, como dice Hora (citado en Watzlawick, P, & otros, 1981) “para comprenderse a sí mismo, el hombre necesita que otro lo comprenda. Para que otro lo comprenda, necesita comprender a otro”. Este continuo proceso de ajuste, de actualización de la información acerca de la persona y su interrelación con el mundo, lleva a la adquisición de habilidades apropiadas y, eventualmente, aumenta las posibilidades de las personas de adaptación a su entorno. Así también incrementa las posibilidades de mejora de la convivencia y el intercambio de valores entre los distintos colectivos de inmigrantes y la sociedad receptora, evitando de ese modo el aislamiento y la exclusión social, consecuencia de actitudes de rechazo por el miedo al otro desconocido.

El fenómeno migratorio se caracteriza por una serie de situaciones generadoras de estrés<sup>1</sup>, que se asemejan al duelo y que conlleven como característica común la ambivalencia<sup>2</sup>, que se extiende a lo largo de todo el proceso de inmigración. Las características y el grado de elaboración de esta ambivalencia, tanto por el inmigrante como por la comunidad receptora, van a definir el nivel de adaptación y/o integración vincular, considerada ésta

como la relación de integración y de aceptación mutua inmigrante–comunidad receptora.

## 2. La integración intercultural

La adaptación es la capacidad que tiene el ser humano para acomodarse, aclimatarse e integrarse en su entorno físico y cultural que está en continuo cambio, que a lo largo de su historia ha tenido que afrontar y superar, entre estos cambios está el fenómeno migratorio.

El proceso de adaptación, es un proceso dinámico y bilateral, implica por igual a la población inmigrante y a la sociedad receptora, con progresos y retrocesos, pérdidas y ganancias. Es bio–psico–social, abarca los tres niveles que configuran al sujeto:

- 1) El biológico: el organismo y sus relaciones ambientales, los cambios climáticos y alimentarios, etc.
- 2) El psicológico: las relaciones objetales (de objeto), las capacidades de adaptación, la personalidad, las vivencias, las emociones y habilidades, etc.
- 3) El sociocultural: las interacciones interpersonales, tipo de educación, la influencia de la cultura en el sentido de la identidad y en los valores, etc.

Los cambios que, este proceso, produce en el sujeto abarcan sus relaciones externas e internas, así como la estructura de su personalidad (identidad); la persona inmigrante, al llegar a la nueva sociedad, su modo de vida se hace distinto y esto le lleva a situaciones de inseguridad, de miedo e inestabilidad emocional, debido al cambio brusco, a la búsqueda de un nuevo continente para sus emociones ambivalentes, y

1 Estrés, es la respuesta fisiológica y psicológica del sujeto ante un estímulo (estresor), que puede ser un factor interno (pensamientos, recuerdos, etc.), o factor externo (un evento, una persona o cualquier estímulo ambiental) que ocasiona que una persona se sienta tensa o excitada. Fue Hans Selye en 1936, quién utilizó este término de la física en el campo de la biología, psicología y medicina.

2 Ambivalencia: Es un término que fue creado por Bleuler en 1911, al estudiar la esquizofrenia, que la consideró en tres planos: 1) el volitivo, el individuo quiere y no quiere algo al mismo tiempo; 2) intelectual, el sujeto expresa simultáneamente una proposición y su contraria; 3) afectivo, ama y odia al mismo objeto en el mismo tiempo. Es la Presencia simultánea, en la relación con un mismo objeto o una situación, de tendencias, actitudes y sentimientos opuestos.



al esfuerzo por el mantenimiento de lo esencial de su identidad. La capacidad de seguir siendo la misma persona a través de la sucesión de cambios a lo largo de la vida del individuo, es lo que caracteriza básicamente la experiencia emocional de la identidad (Grinberg, L. y Grinberg, R., 1980). Este proceso no está exento de reacciones de angustia y de depresión, debido a la ruptura de los vínculos que se traduce en una serie de duelos, y promueve la necesidad de su elaboración. En la sociedad receptora, se crea la necesidad de modificar conceptos, valores y actitudes, para superar las ambivalencias, los miedos a la pérdida de la identidad social y la “pureza” cultural, que inicialmente genera el fenómeno migratorio.

La persona inmigrante inicia el proceso de adaptación en el momento de tomar la decisión de emigrar, que le obliga a poner en marcha los mecanismos psicológicos necesarios para la adaptación, incluso antes de iniciar el viaje migratorio. Sin embargo, a nivel social el inicio es más tardío y está sujeto a las ganancias y pérdidas que supone la migración para ambas sociedades (emisora y receptora), así como a la magnitud del “precio” que tienen que pagar a cambio de cubrir sus necesidades y resolver sus problemas. En la sociedad receptora, influye además de la magnitud de la población inmigrante, su composición cultural y socioeconómica.

Existe una relación estrecha entre el proyecto migratorio, el grado de consecución de los objetivos, el apoyo social, la elaboración del duelo y el proceso de adaptación. Es decir a mayor éxito en la consecución de los objetivos del proyecto migratorio, mejor elaboración del duelo migratorio y por consiguiente mejor adaptación a la nueva situación, y viceversa.

**2.1. Etapas.-** El proceso de adaptación, se puede dividir en varias etapas, esta división es artificial y no está nítidamente delimitada ni es lineal y solo sirve para la observación, el estudio y exposición del mismo (Sayed–Ahmad, N., 2006/a).

2.1.1. *De preparación y toma de decisión:* Se caracteriza por la presencia de sentimientos ambivalentes, de culpa, de pena y de ilusión, además de ansiedad y de estrés, como resultado de las renunciaciones y elecciones que supone el proceso de toma de decisión, y también por el miedo a lo desconocido y al fracaso. Durante este periodo se elabora el proyecto migratorio, que influye positivamente en la toma de decisión a favor de emigrar, y lleva en su seno el germen de la ilusión y también del duelo migratorio. Proyecto cuya característica común es la vuelta a corto, medio o largo plazo, es decir, en la mayoría de los casos, no está contemplada la permanencia definitiva en el país de acogida, hecho que va a determinar e influir en el proceso de asentamiento y adaptación.

2.1.2. *De llegada o asentamiento:* Se caracteriza por ser una situación paradójica, por la presencia de la ambivalencia emocional (alegría por haber conseguido llegar, tristeza por lo que acaba de abandonar), de sentimientos de miedo y de confusión. Al principio el sujeto se encuentra inmerso en una situación que puede ser calificada de *anómica* (conflicto entre normas y/o ausencia de las mismas) con el riesgo de importantes crisis emocionales y de identidad. En esta fase es substancial tener en cuenta la importancia, para las personas recién llegadas, de:

- a) El papel de *acomodador*, de las instituciones públicas y privadas de la sociedad receptora, que consiste en facilitar el acceso al trabajo, vivienda, documentación, educación, sanidad, etc.
- b) De la acogida, el apoyo, solidaridad y la orientación que realiza la colonia de inmigrantes de su propio país.

Basadas en el principio de reciprocidad (Sánchez, R., 2005), estas redes facilitan la adaptación de los recién llegados al orientarles y explicarles las normas sociales, culturales, legales y el funcionamiento de las instituciones; así también por ayudarles en la búsqueda de vivienda, trabajo y todo lo necesario para iniciar su nueva vida.



2.1.3. De *adaptación/integración intercultural*: es la fase de adaptación propiamente dicha, las anteriores podrían ser consideradas de preparación para la adaptación, inicia una vez resueltos los problemas económicos y sociales (trabajo, vivienda, etc.). Se caracteriza por ser:

- a) *Heterogénea*, depende de las diferencias culturales, lingüísticas, religiosas, de género, de edad, de factores económicos, etc.
- b) *Bilateral* (bidireccional/ interdependiente), depende de la interacción entre inmigrantes y sociedad de acogida y entre inmigrantes y su entorno sociofamiliar. Es decir tanto la persona como la sociedad se tienen que adaptar a la nueva situación, afrontar y elaborar el duelo debido a los cambios, mestizajes, pérdidas y ganancias que genera el hecho migratorio.

2.1.4. De *encrucijada*<sup>3</sup>: durante esta etapa se vivencian situaciones ambivalentes entre dos culturas, dos sociedades y dos identidades. Aunque estas vivencias pueden manifestarse a lo largo de todo el proceso de inmigración. Durante esta etapa, es aconsejable que la persona procure mantener lazos y contactos con su sociedad de origen, para desmitificar algunas idealizaciones sobre su cultura y sociedad, producto de la lejanía y la nostalgia, para que de esta forma pueda elaborar mejor el duelo migratorio, y así lograr mejor grado de adaptación. Como señala Calvo, F. (1977), “en el proceso de asentamiento—adaptación—integración el emigrante se ha de enfrentar a diario con la añoranza siempre presente y los deseos de volver a su tierra y con sus dudas sobre la conveniencia o no de seguir por el camino de la permanencia definitiva y la integración”.

### 3. Heterogeneidad del proceso de adaptación

Como se ha dicho anteriormente, el proceso de adaptación es heterogéneo, es decir

depende de diferentes factores culturales, de género, y de edad.

3.1. *Factores culturales*, la cultura no es un producto finalista sino es algo dinámico, diacrónico y sincrónico, por tanto no es estático y depende de la interacción de los individuos entre sí, con su entorno y sus circunstancias, por ende pertenece al ser humano. Desde el punto de vista culturalista, podrían existir diferencias en el proceso de adaptación entre las distintas culturas, en relación a la cercanía o lejanía entre la cultura de origen y la de acogida, es decir la *distancia entre las culturas o el espacio intercultural compartido*, en el sentido de que a mayor o menor espacio intercultural compartido, menor o mayor es el esfuerzo que se tiene que realizar por parte de la población inmigrante y la sociedad de acogida. Por tanto, el proceso de adaptación no es lo mismo si se pertenece a una sociedad con valores culturales semejantes o cercanos a los de la sociedad receptora, o tener el mismo idioma o si pertenece a otra muy diferente (hispanoamericanos, europeo, o norteafricanos).

3.2. *El género*, la adaptación y la salud mental de las mujeres inmigrantes no sólo depende de sus factores individuales de personalidad y de las diferencias culturales, sino de las condiciones de trabajo, del grado de apoyo social y de la posibilidad de poder conciliar sus papeles de madres y trabajadoras (Sayed—Ahmad, N.; Río, M<sup>a</sup> J.; Fernández, G., 2007). Pueden padecer más que los hombres situaciones de estrés y dificultades psicológicas, no por ser más débiles o tener menos recursos personales, sino por la posibilidad de sufrir peores situaciones sociales, económicas y laborales por su condición de mujer; como por ejemplo tener menos recursos económicos y por consiguiente menor autonomía y mayor dependencia del hombre; por sufrir mayor explotación laboral y aislamiento social, porque el trabajo mayor-

3 Encrucijada es el “lugar de donde parten varios caminos en distintas direcciones”, y/o “situación difícil en que no se sabe que conducta seguir” (Moliner, M. 1981).



mente es menos cualificado y doméstico. Otros factores estresores podrían ser, el esfuerzo que tienen que realizar por tener que combinar su trabajo fuera de casa con las tareas domésticas y el cuidado de los hijos, el riesgo de ser acosadas y explotadas sexualmente, y también la soledad ante potenciales situaciones de malos tratos por carecer del adecuado soporte sociofamiliar.

Por otro lado destacar que los procesos de deslocalización industrial conllevan cada vez menor necesidad de mano de obra extranjera para las actividades del Norte, puesto que los procesos de producción se trasladan al Sur. Así los inmigrantes han dejado de cumplir su papel de mano de obra industrial para pasar a cubrir los empleos en el sector servicios. La migración de mujeres del Sur al Norte responde a esa demanda creciente de mano de obra en el sector servicios para ocupar empleos abandonados por las autóctonas, las tareas productivas más desvalorizadas socialmente: el servicio doméstico, los servicios de cuidado personal y los servicios sexuales (Bonelli, E., 2001).

3.3. *La edad*, dentro de esta heterogeneidad de la adaptación resulta elemental tener en cuenta la edad de la inmigración. Hasta este momento se ha hablado de la adaptación del adulto que decide emigrar con su proyecto migratorio, más o menos perfilado y asumido, pero no es así en el caso de los ancianos, niños y adolescentes.

3.3.1. *Los ancianos*, emigran generalmente por reagrupación familiar, por tanto carecen de proyecto migratorio, con pocas expectativas de futuro debido a que el tiempo vivido es mayor del que queda por vivir. Hechos, entre otros, dificultan enormemente su adaptación, con el riesgo de padecer importantes cuadros depresivos.

3.3.2. *Los hijos de los inmigrantes*, “la segunda generación”, como he señalado anteriormente, el sentirse en una encrucijada forma parte del proceso de adaptación, pero en el caso de los

niños y adolescentes, esta vivencia es más intensa debido, entre otras cosas, a la ausencia de una identidad de base fuerte. La necesidad de sentirse amado y de pertenecer a la comunidad les lleva a someterse a dos culturas y dos sistemas de valores, en ocasiones muy diferentes, lo cual les coloca en una situación de confusión, que podría generar en ellos estrés y ansiedad que provocarían sentimientos de inseguridad y ambivalentes hacia sí mismos y su entorno. No obstante suelen adaptarse con bastante éxito a las dos culturas, y tienden a desarrollar múltiples identidades externas según los contextos.

El ser humano empieza por ser y sentirse elemento integrante de un grupo y después va separándose del mismo, para ir conquistando la conciencia de una singularidad. Por esto, es especialmente delicada la situación de los adolescentes por encontrarse inmersos en el proceso de metamorfosis que supone el cambio de niño a adulto, y porque viven doble crisis de identidad (Pechévis, M., 1995):

- 1) La propia de cualquier adolescente.
- 2) La derivada de los conflictos en la adaptación debido al desarraigo y rechazo por su situación social de inmigrante o hijo de inmigrantes. Es decir se encuentran en el cruce de dos edades y de dos culturas. Los adolescentes, por tanto, son los que presentan mayores dificultades de adaptación y socialización debido a las posibles actitudes negativas de la sociedad, a la falta de apoyo y la carencia de una “pandilla” intercultural de semejantes, que resulta necesaria para el normal proceso de socialización e individuación.

Es conveniente a la hora de abordar la situación de los hijos de inmigrantes, diferenciar entre dos grupos (Sayed-Ahmad, 2006/b):

- 1) Los hijos emigrados con sus padres desde sus países de origen, teniendo en cuenta su edad de emigrar.
- 2) Los hijos nacidos en la sociedad receptora de los padres. El denominador común es la ausencia de proyecto migratorio propio, las



vivencias emocionales ambivalentes e incluso paradójicas a las que se enfrentan al largo de su proceso de socialización. No obstante, existen rasgos específicos de cada uno de estos subgrupos.

Las mayores dificultades las presentan los adolescentes inmigrados debido a que el proceso de socialización está ya cerca de ser completado, y que el aprendizaje de nuevos mecanismos culturales resulta difícil una vez pasada la época de la plasticidad infantil. Las probables actitudes negativas de la sociedad receptora, las dificultades de promoción, la interrupción de un proyecto vital existente en el país de origen y la ausencia de proyecto migratorio propio en la mayoría de los casos, son factores que entorpecen aun más la integración de estos adolescentes.

En el caso de los nacidos en el país de acogida de sus padres, viven en el país de nacimiento, no han emigrado, por lo cual, a mi juicio, se comete el error de considerarles como “segunda generación” de inmigrantes por parte de la sociedad, y no considerarles como ciudadanos suyos, actitud que conlleva rechazo y xenofobia, que junto a las posibles exigencias de sus padres de acuerdo a su cultura (idealizada, reificada y atemporal), podrían dificultar la adquisición de una identidad sólida y estable. Su conflicto consiste en que ellos viven en la sociedad de nacimiento, han adquirido ampliamente la cultura de su sociedad asistiendo a la escuela, además han tenido la influencia de su familia o barrio (habitualmente viven en barrios de inmigrantes), encontrándose entre dos culturas diferentes, a veces divergentes. Por último, mencionar la problemática, un tanto particular y poco estudiada, de los hijos/as nacidos de matrimonios mixtos, que con frecuencia se sienten simultáneamente iguales y diferentes al resto de sus compañeros y compañeras, pero

además en reiteradas ocasiones se les hace sentir desiguales e incluso extraños; hechos que podrían influir en su socialización y sentimiento de pertenencia entre otros aspectos. “Yo nací español hasta que me convencieron que no lo era” (El Chojin, rapero hijo de padre africano y madre española).

En general, la calidad de la integración y adaptación de los padres, y la elaboración del duelo migratorio, influyen en el proceso de adaptación y socialización de sus hijos. Partiendo del hecho de que la buena elaboración del duelo migratorio “permitirá integrar de manera discriminada los dos países, los dos tiempos, el grupo de antes y el grupo actual, que dará lugar a la reorganización y consolidación del sentimiento de identidad, que corresponderá a alguien que sigue siendo el mismo a pesar de los cambios y remodelaciones” (Grinberg, L.; Grinberg, R., 1984). La salud mental de los inmigrantes y de sus familiares responde a un conjunto complejo e indisoluble de factores individuales, sociales, económicos y culturales que remiten necesariamente al estatus del trabajador inmigrado en la sociedad industrial (Pechervis, M., 1995.)

#### 4. Bilateralidad del proceso de adaptación

El proceso de adaptación además de ser heterogéneo, es bilateral, o sea requiere la superación, por ambas partes (inmigrantes y sociedad receptora) de la actitud multicultural y la aceptación de la actitud intercultural. La pluralidad cultural<sup>4</sup> es un hecho, una realidad, mientras el interculturalismo es una ideología sobre las relaciones entre las culturas, una actitud, una teoría y no una realidad, implica una interacción y relación. La interculturalidad debe entenderse como el encuentro y diálogo de culturas, que no se limita al estudio de los ele-

4 A mi juicio es preferible el uso del término “pluralidad/pluralismo cultural” y no “multiculturalismo”, para no confundir una realidad con una actitud; además de este modo se está en consonancia con la realidad sociopolítica de la mayoría de los países receptores de inmigración; realidad cuya característica esencial es la pluralidad democrática, cultural, económica, política, etc.



mentos culturales de identidad de cada grupo, sino también se fija en los aspectos socioeconómicos como principales determinantes de las desigualdades culturales.

El Interculturalismo presenta un doble plano (Soriano, R., 2004):

- 1) El ético, es decir las culturas tienen el mismo valor en el intercambio cultural.
- 2) El sociológico o sea la igualdad de todas las culturas en su interacción y la búsqueda de puntos comunes entre sus creencias, valores y comportamientos. “Todas las culturas están en relación unas con otras, ninguna es única y pura, todas son híbridas heterogéneas, extraordinariamente diferenciadas y no monolíticas” (Said, E., 2001). Adoptar la actitud intercultural, tiene efectos positivos para el proceso de integración mutua (inmigrantes y autóctonos), supone no sólo la aceptación y el respeto de la diferencia y la diversidad sociocultural, sino, y esto es lo elemental, la superación de las mismas y dar el paso a la búsqueda activa de lo común que tienen las culturas (mucho más de lo que se quiere admitir), creando, de ese modo, puentes de comunicación y de encuentro que producirán nuevos modos de convivencia positiva y creadora.

Cuando la relación entre las culturas es asimétrica, basada en el rechazo, la desigualdad y la exigencia para que el sujeto renuncie a los valores propios y asuma los de la sociedad receptora, se produce lo que se llama *asimilación*, lamentablemente es la actitud mayoritaria de las sociedades receptoras, con el consiguiente riesgo de la desadaptación, marginación y exclusión social que pueden generar estrés y ansiedad, así como devenir en problemas en la salud mental de las personas. Así también, cuando son las personas inmigrantes quienes rechazan la cultura del país de acogida y se muestran reacias a la integración, se produce lo que podríamos llamar *automarginación* con consecuencias muy similares a las antes mencionadas.

El pluralismo cultural, como un hecho innegable en las sociedades receptoras de flujos migratorios, no se debe confundir con el multiculturalismo, confusión que conduce a malentendidos y riesgos que conviene aclarar. El multiculturalismo, además de señalar la pluralidad cultural, es una actitud que, bajo la apariencia de la objetividad (constatación del hecho del pluralismo), de la aceptación y el respeto a las diferencias culturales, con frecuencia se viene enmascarando actitudes de xenofobia y racismo culturales, que además clasifica las distintas culturas en “asimilables” y “no asimilables”; instigando a las “no asimilables” a que vivan en “su territorio” bien delimitado, sin ningún tipo de mestizaje con la sociedad receptora, e incluso entre ellas, buscando a lo sumo la coexistencia, en algunos casos la tolerancia, siempre y cuando no haya más contactos que los “necesarios”. Incluso aquellos colectivos, bien intencionados, y defensores del multiculturalismo, al limitarse a defender la aceptación y el respeto a las diferencias culturales, corren el riesgo de promover la separación en “guetos”, es decir obtienen el mismo resultado final. Todo ello genera aislamiento, muros de incomunicación, desconfianzas y tensiones, dificultando enormemente el proceso de adaptación. Esta actitud no es solo patrimonio de la sociedad receptora, sino podría existir también en algunos colectivos de inmigrantes; pero estos colectivos son minoría, dentro de la minoría, y además fragmentada, por esto la actitud de la sociedad receptora adquiere más importancia y preponderancia en el proceso de adaptación intercultural, por ser mayoría y sustentar el poder político, económico y sociocultural, por tanto podemos concluir que:

- I. La actitud excluyente de la sociedad, que obliga a los inmigrantes a vivir en barrios marginales (guetos) y a ocupar los lugares más bajos en la escala social, reduce las oportunidades de promoción y participación en la vida colectiva, manteniéndoles en situación de aislamiento social, cultural y lingüístico, impidiéndoles el acceso a los ideales culturales predominantes, posibili-



tando así la fusión de las imágenes negativas e identidades que cultivan tanto su grupo cultural como la sociedad donde viven (Erikson, E. H., 1977). Esto convertiría a estos barrios en “ollas a presión”, por estar constantemente sometidos al estrés generado por el rechazo, marginación y frustración de expectativas, etc.

2. La actitud homogeneizante y totalizadora de la sociedad hacia los inmigrantes, no viéndoles como individuos diferenciados sino como un todo uniforme (“todos los ... son...”), dificulta la adquisición y conquista de la conciencia de singularidad, resultado de una integración positiva, sobre todo en el caso de niños y adolescentes, al negarle a cada uno el derecho de ser y sentirse como individuo diferente y único, obligándole al anonimato y a la existencia amorfa y no diferenciada dentro de su colectivo de origen.
3. La actitud de la sociedad que exige la asimilación a los inmigrantes, les obliga a elegir entre la asimilación, o la marginación y exclusión social; con sus efectos nocivos sobre el desarrollo psicológico y social de los individuos, y sobre la estabilidad de las relaciones sociales y de producción.

Como sostienen muchos autores (Grinberg, L. y Grinberg, R., 1980; Castilla, C., 1980/a; Argyle, M., 1983; Watzlawick, P. & otros, 1981; y otros) la identidad del individuo está en continuo cambio, se forma mediante la interacción y las experiencias que esta genera, asimismo por la influencia de los factores socioculturales e históricos. Este proceso de formación de la identidad se realiza fundamentalmente:

- 1) A través del intercambio de imágenes (representaciones) que el sujeto tiene de sí mismo, y de las que tiene de los demás, resultado de experiencias anteriores, es decir lo que piensa de sí mismo, lo que piensa del otro y lo que piensa que el otro piensa de él, etc.
- 2) La interrelación continua de los vínculos de integración socioculturales. La consolidación

del sentimiento de identidad depende tanto de los factores personales internos, como de los factores sociales y económicos externos. Además, las actitudes de confirmación y/o de rechazo de la identidad, que el sujeto sostiene y presenta en la interacción, suponen un factor importante para el afianzamiento o cuestionamiento de la misma. En la situación de inmigración, la mayoría de las veces, estas actitudes están preconcebidas, positiva o negativamente, que pueden obrar facilitando u obstaculizando la formación y la afirmación del sentimiento de identidad, así también del proceso de adaptación.

Como señala Bastide, R. (1978), al principio de la inmigración el sujeto vive una situación de confusión en lo referente a las normas y control social (situación anómica). Con frecuencia muestra comportamientos ambiguos y conflictivos, debido a que se libera de las limitaciones de la sociedad de origen y a que no siente la necesidad de las nuevas limitaciones de la sociedad de acogida por no vivirlas como suyas. A medida que se va adaptando al nuevo medio sociocultural, resulta remodelado por este medio. Esto no supone la destrucción de su antigua educación, sino que en él podrían habitar dos fuerzas que van a luchar en el trasfondo de su ser; por una parte la fuerza que tiende a la divergencia cultural y al mantenimiento de la identidad previa, y otra, la que tiende a la convergencia cultural (interculturalidad) y la integración de los nuevos elementos en su identidad. Es elemental tener en cuenta este momento vital en el que se encuentra el inmigrante, sobre todo el adolescente, para poder comprender mejor la problemática que padece. Es decir cuando el conflicto entre las dos culturas es sentido no ya como un hecho exterior (conflicto entre la personalidad de base y el nuevo medio) sino como algo interior, entre dos partes de sí mismo, sentidas a la vez como suyas y contradictorias, afectando de este modo su equilibrio emocional por la lucha por el que fue y el nuevo ser que se está



naciendo. Estos conflictos pueden manifestarse entonces por:

- 1) La inestabilidad emocional, debida a la lealtad hacia dos grupos antagonistas.
- 2) La ambivalencia de las actitudes.
- 3) La desesperación porque no se pueden seguir dos corrientes a la vez cuando estas corrientes arrastran en dos direcciones opuestas y ante la imposibilidad de realizar una síntesis.
- 4) El acrecentamiento de la emotividad.
- 5) La hipersensibilidad.

De todo lo anterior, se puede concluir que la integración se producirá sólo cuando hay interés por ambas partes, y que adopten la interculturalidad como marco de referencia en su interrelación e interacción. Es decir:

- 1) Que la sociedad receptora considere la pluralidad cultural como un valor positivo.
- 2) La ausencia (o bajos niveles) de rechazo, de xenofobia y de prejuicios.
- 3) La existencia del deseo de ambas partes de contribuir al desarrollo de buenas relaciones de convivencia, mediante el dialogo intercultural y la comunicación que "... es la matriz en la que están enclavadas todas las actividades humanas,..." y que "... cuando una comunicación es exitosa pasa a ser sinónimo de adaptación y vida" (Bateson, G.; Ruesch, J. 1984).

Es necesario tener en cuenta aquellos factores, que podrían favorecer la adaptación de la población inmigrante, como por ejemplo:

- a) Las actitudes proactivas de apoyo y solidaridad por parte de la sociedad de acogida.
- b) El acceso a un empleo digno, una vivienda sana, la educación y la salud.
- c) La agrupación familiar.
- d) Actividades interculturales.
- e) La posibilidad de retorno; etc. El fomento de las asociaciones étnico-culturales por su papel socializador, ayuda al inmigrante a mantener lazos afectivo-culturales con su país de origen, favorece el mantenimiento de cierto estatus social y de identidad. Es también muy importante promover las rela-

ciones con asociaciones locales y ONGs, promoviendo el intercambio y las actividades lúdicas y culturales y evitando el enclaustramiento en la propia cultura. Es preciso impulsar las medidas que ayuden a los inmigrantes a recuperar su posición social, y facilitar su participación activa en todas las actividades productivas, sociales, culturales y políticas; en definitiva ser considerados como ciudadanos con derechos y deberes.

Podemos distinguir dos grados o momentos de adaptación migratoria:

- 1) *Social/normativa*, el sujeto se adapta en primer lugar a las normas sociales y legales de la sociedad receptora, que debe jugar un papel activo mediante su función de acomodador; asimismo, como se ha dicho anteriormente, la labor de las asociaciones de inmigrantes y el conjunto del colectivo de inmigrantes, con la ayuda de las asociaciones y ONGs autóctonas, es elemental para el sujeto en su proceso de comprensión del funcionamiento de la sociedad, sus instituciones y sus leyes. No obstante, la sociedad debería tener el propósito de procurar cambios en sus instituciones y legislación, para adaptarlas a la nueva realidad del pluralismo étnico y cultural, buscando el consenso y la oportunidad de los cambios con el conjunto de la ciudadanía y sus representantes. El éxito o fracaso de esta adaptación es determinante para el logro de una integración sin grandes conflictos y tensiones.
- 2) *Intercultural/psicológica*, en esta el sujeto se implica más en asumir los nuevos valores y roles propios de la sociedad de acogida, sin renunciar a los suyos propios, realizando un mestizaje activo; se trata de un acto más profundo, íntimo, personal y produce cambios en la personalidad del individuo, y que requiere la adopción de actitud intercultural tanto por parte de los inmigrantes como de la sociedad de acogida.

#### Contacto:

elinmigrante@telefonica.net





---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Argyle, Michael. Análisis de la interacción. Amorrortu editores. Buenos Aires. 1983.
2. Bastide, R. Sociología de las enfermedades mentales. Siglo XXI, 4ª edición, México, 1978.
3. Bateson, Gregory; Ruesch, Jurgen. Comunicación, la matriz social de la psiquiatría. Ed. Paidós, Buenos Aires. 1984.
4. Bauman, Zigmunt. Vidas desesperadas. Ed. Paidós 2005.
5. Bonelli, E. Tráfico e Inmigración de Mujeres en España. Colombianas y Ecuatorianas en los Servicios Domésticos y Sexuales. ACSUR – Las Segovias, Madrid, 2001.
6. Calvo, Francisco. Que es ser emigrante. Biblioteca salud y Sociedad. Editorial La Gaya Ciencia, 1977.
7. Castilla del Pino, C. Introducción a la psiquiatría. 2. Psiquiatría general, Psiquiatría clínica. Ed. Alianza Editorial, Madrid, 1980.
8. Erikson, Erik H., Identidad, juventud y crisis. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1977.
9. Grinberg, León y Grinberg, Rebeca. Identidad y cambio. Paidós Ibérica. Barcelona. 1980.
10. Grinberg, L. y Grinberg, R. Psicoanálisis de la migración y del exilio. Alianza editorial. Madrid, 1984.
11. Moliner, M. Diccionario del uso del español. Editorial Gredos, S.A., Madrid, 1981.
12. Pechevis, M., en Lebovici, S.; Diatkine, R.; Soulé, M. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente. Vol. VII, Cap. I, Pág. 19-34. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1995.
13. Said, E. Cultura e Imperialismo. Ed. Anagrama. Barcelona, 2001.
14. Sanchez Molina, Raúl. "Mandar a traer". Antropología, migraciones y transnacionalismo. Salvadoreños en Washington. Ed. Universitas, S.A., Madrid, 2005.
15. Sayed-Ahmad Beirut, Nabil. Inmigración, adaptación y duelo. En cuadernos técnicos 2 de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría: "Inmigración y salud mental". Grupo Salud Mental Transcultural. Nabil Sayed-Ahmad Beirut (Coordinador), capítulo 1, Pág. 8-28. Edita Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría-AEN. I.S.B.N.: 978-84-95827-34-2. Córdoba. 2006/a.
16. Sayed-Ahmad Beirut, Nabil. Los hijos de los inmigrantes, "la segunda generación", en la encrucijada. Publicado en la Página Web del XVI Congreso de la SAMFYC celebrado en Almería del 8 al 10 de mayo de 2006/b. <http://www.samfycalmeria2006.net> <http://www.samfycongresos.com/pdfs/hijosinmigrados.pdf> y en la página Web de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría <http://www.aan.org.es>
17. Sayed-Ahmad Beirut, Nabil; Río Benito, Mª Jesús; Fernández Regidor, Gonzalo. Salud mental, Capítulo VII del "Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Guía para profesionales de la salud". Rafael García Galán (coordinador). Edita: Junta de Andalucía-Consejería de Salud. Sevilla. 2007.
18. Soriano, R., Interculturalismo. Ed. Almuzara. Córdoba, 2004.
19. Watzlawick, Paul; Helmick Beavin, Janet; Jackson, Don D. La teoría de la comunicación humana. Editorial Herder. Barcelona, 1981.



## La Otra Psiquiatría. Entrevista a Chus Gómez

Iñaki Markez

*Queríamos conocer algo más de ese movimiento llamado la Otra psiquiatría y tras contactar con varios de sus miembros, algunos de ellos han delegado en Chus Gómez, psiquiatra muy interesada en y por el psicoanálisis y, actualmente, jefa de sección del hospital Dr. Cabaleiro Goás en Toén, un hospital ahora moderno allá en Ourense.*

*Por esta vez, quizá sea interesante que tú misma realices tu breve presentación... ¿Cómo te iniciaste en este mundo de la salud mental? ¿Qué te parece comenzar situándonos con algunas cuestiones de tu formación y también, como no, sobre tu actividad en la AGSM y en Siso Saude?*

**Respuesta:** Me inicié en la psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico del Rebullón en Vigo. Allí hice mi residencia en el año 92; la elección estaba fundamentada en dos aspectos para mi claves: porque existía una cierta cultura psicoanalítica y trabajaban psicoanalistas y porque era un lugar en donde la docencia era de muy buena calidad; la riqueza clínico-docente que yo encontré en ese momento en ese lugar a día de hoy no la he vuelto a encontrar para un residente inquieto por aprender que busque una inmersión en los distintos saberes que tocan y lindan con la locura y el sufrimiento humano; la diversidad teórica, más allá de que yo ya estuviera muy posicionada teóricamente, era lo realmente enriquecedor; las presentaciones de enfermos realizadas por analistas de la sede de Vigo de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis en colaboración con el jefe de servicio Tiburcio Angosto eran muy buenas y novedosas en ese momento porque permitía ver en

directo una entrevista a un paciente psicótico dirigida por un analista experimentado, cosa totalmente diferente a una entrevista dirigida de otra manera; al finalizar se intentaba buscar la lógica que guiaba el caso y las construcciones que el paciente iba articulando y construyendo para lograr hacer algo con su locura, todo ello animado por un debate fructífero. Esto unido a una gran variedad de seminarios teórico clínicos, con una participación bastante activa de los diferentes profesionales de los diferentes dispositivos hacía del Rebullón una escuela de formación particular, de calidad con “denominación de origen”. La orientación clínica era abierta, orientada por la psiquiatría del sector francesa de la que yo aun pillé los últimos coletazos... hoy creo que esto que comento es ya historia.

En medio de toda esta parte formativa estaba la Asociación Galega de Saúde Mental con



sus jornadas y encuentros; era una época muy viva y dinámica y su revista, *Siso Saude*, que era el trampolín de participación activa para los residentes, el lugar donde hacíamos nuestras primeras incursiones y tomábamos la palabra. Con el tiempo me hice cargo de su dirección y ahí llevo con el resto de compañeros del consejo editorial desde el año 1997 recién aterrizada de mi paso por Cataluña, lugar en el que me estrené como novel psiquiatra.

Actualmente soy analista miembro de la AMP-ELP y secretaria de la Sede de Vigo de la ELP de la cuál formo parte.

**P:** *Tras una breve estancia por Cataluña regresaste a Galicia y hoy día estás en el hospital psiquiátrico de Toén...*

**R:** Desde el Rebullón me voy a Cataluña al Institut Pere Mata de Reus en donde coincidimos un grupo de unos quince psiquiatras de diferentes autonomías a la búsqueda de nuestro primer trabajo. Fueron dos años intensos desde todos los puntos de vista, personal y laboral, en los que fraguaron amistades que todavía hoy conservo. Combinaba mis guardias en el Pere Mata con la atención en los CSM de Vilanova i la Geltrú y en Vilafranca.

En 1997 regreso a Galicia, estuve siete años en el CSM de Monforte de Lemos hasta que en mayo de 2005 consolido mi plaza en el SER-GAS en Ourense y aterrizo en Toén, el hospital inaugurado por Cabaleiro en el año 59.

Esta es ya una etapa diferente en la que la posibilidad de la realización de un cambio de filosofía asistencial, muchos años demorado por motivos complejos y que requerirían un amplio y complejo análisis, se abre con mi nombramiento como responsable clínica en noviembre de ese mismo año. Desde esa fecha y con un cada vez más amplio grupo de profesionales iniciamos un entusiasta proyecto de cambio y de mejora en el que estamos inmersos y encantados, pese a que la tarea es ingen-

te. La introducción de la docencia muchos años abandonada, que ha fraguado en un seminario quincenal de clínica lacaniana en colaboración con analistas de la sede de Vigo de la ELP, con ya tres años de recorrido, al que acuden la práctica totalidad de residentes del área y algunos de otras áreas asistenciales, junto con algún adjunto, ha sido uno de los mayores logros conseguidos, si tenemos en cuenta que Toén no era un lugar deseado ni desde el punto de vista clínico ni desde el punto de vista docente. Eso unido a la dignificación de la asistencia, ha empezado a fraguar el inicio de un trabajo entre varios coordinado por mi orientación psicoanalítica que empieza a dar sus primeros frutos.

**P:** *Y ¿qué es eso de la Otra Psiquiatría? Amigos, estudiosos de la psicopatología, del psicoanálisis y la relación con el loco, vocación docente,... Seguro que es mucho más.*

**R:** Fue en el 2004 cuando convergen el gusto por el estudio de la psicopatología y por el psicoanálisis, y Pepe Eiras de Vigo y yo de Ourense nos sumamos a lo que ya era una tradición en la formación del Villacián a través de sus seminarios de la mano de Ramón Esteban, Fernando Colina y José María Álvarez con los que además nos une la amistad. Entre todos organizamos las que serían las primeras conversaciones Siso-Villacián, con el provocador título de "La curación de la psicosis".

Posteriormente pasaron a renombrarse como *Conversaciones la Otra psiquiatría*, consolidándose de esta manera una red que, partiendo del Pisuerga hacia caudal hacia el Miño y desde ahí hacia Madrid, Teruel, León, Valencia, Baleares... hasta consolidarse como un lugar de encuentro anual para muchos psy y residentes que buscan un saber que no les aporta ni el discurso biologicista ni la terapia cognitivo conductual. Hasta la fecha se han celebrado cinco conversaciones con un éxito en participación y asistencia crecientes.



Algunos participantes en las Conversaciones de *la Otra Psiquiatría* con varios residentes.  
De izquierda a derecha: Ana Castaño, Chus Gómez, Carmen Alonso, Vaccari, Jose María Álvarez, Juan de la Peña, Fernando Colina, Pepe Eiras, Mónica Marín.

**P:** *Actualmente parece que el positivismo científico tiene su peso específico muy elevado en la psiquiatría con la industria farmacéutica determinando los modelos de intervención ¿Cómo ves el estado de salud de la psiquiatría y del discurso psiquiátrico general?*

**R:** En mi opinión la psiquiatría tiene una mala salud de hierro... Me explico: mala desde mi punto de vista de que está quejosa; los clínicos estamos abrumados por la demanda, demanda por otra parte que por definición es imparable e imposible de satisfacer, escorada totalmente hacia el discurso biológico comandado por el amo de las multinacionales que dicta a su antojo las nuevas enfermedades y acuña nuevos términos con guante de seda y mano de hierro abocándonos al desencanto

derivado de la frustración que produce ver, que los psicofármacos que se vislumbraban como la panacea de la sociedad del bienestar, no remedian aquello que tratamos. Además la sociedad del bienestar promete la felicidad como proyecto posible, deseable...y parece que se nos quiera convertir en los nuevos gurús que harán realidad esa posibilidad.

En este panorama el encanto no asoma por ningún lado, y además nos coloca en paradojas de imposible resolución para las que los manuales, protocolos y guías al uso no dan respuesta.

Es decir, asistimos al desencanto de los psiquiatras cada vez más técnicos pero con menos finura clínica...La psiquiatría se ha vuelto como dice el Dr. Colina profundamente inculta al desvincularse de otros saberes como la filosofía, la



lingüística, la literatura, la antropología, el psicoanálisis... que le aportan algo a esos vacíos que ni el psicofármaco ni nada irremediamente arregla... En un afán de hacerse médica, al bajar a la arena de la medicina se ha olvidado de escuchar a la locura.

Desconozco si es posible que el discurso psiquiátrico gire de nuevo hacia una formación más humanística, pero de producirse esa posibilidad no se si el logro sería debido a razones de otro tipo en vez de ser el resultado de la reflexión sobre el fracaso que nos ha llevado a la banalización de lo psiquiátrico, a la psiquiatrización del vivir... con no muy buenos resultados.

**P:** *Y cuál el estado de salud de la psiquiatría comunitaria?*

**R:** La psiquiatría comunitaria también ha vivido mejores tiempos que los actuales, como los que me tocaron a mi en los años de residencia en los que aún coleaba la psiquiatría del sector, modelo que todavía no ha sido mejorado, es más, es una pena que no se retome porque es el único que garantizaba una continuidad terapéutica y una implicación de los profesionales de otro orden. Por otro lado era un momento de un compromiso político inexistente hoy en día que tenía su razón de ser y que hoy parece que no la tiene.

La psiquiatría comunitaria tiene un desarrollo muy desigual según las comunidades de las que hablemos y va paralelo al desarrollo de la reforma psiquiátrica. Su salud no es la deseable porque lo que implica de atención continuada, de toma a cargo, no es homogénea ni totalmente desarrollada, y depende en definitiva de los profesionales del área en cuestión. Su mayor o menor presencia deriva de la predominancia del discurso biologicista que sostiene básicamente que la locura es un desorden cerebral y por tanto deja de lado al sujeto, a su entorno, primando lo farmacológico por encima de cualquier otro aspecto.

Por otro lado parece que ahora ya no hay cosas que reivindicar desde la salud mental, englobados en el discurso médico que parece que cada vez se desentiende más de la locura, que se ha dado en llamar Trastorno Mental Severo, destinando gran parte de los recursos y del tiempo de los profesionales en la atención de la patología del vivir que se ha psiquiatrizado.

Todo esto porque que al fin y al cabo la deriva de los discursos se consolida sobre los síntomas de una época y la que nos toca vivir está marcada por el renacer de la particularidad a ultranza, de la reivindicación de los goces y territorios que cada especie defiende con uñas y dientes; así de esta manera lo que ocurre en el mundo psy no es diferente al resto de la deriva discursiva y es el fiel reflejo de lo que ocurre en el mundo en general. Parece más bien que se trabaja en grupo y que el sentido de lo que implica el concepto equipo está devaluado, circula pero cortocircuitado, y sin estar orientado por una misma manera entre sus participantes de entender que significa la locura por ejemplo. Sin un discurso compartido en ese aspecto, entiendo que se puede trabajar en grupo pero no en equipo, porque el destino final que se busca no coincide. Hoy estamos inmersos en el auge de la egolatría, de la rapidez y de la cuantificación de resultados que pide el amo moderno obsesionado por contar... para enmascarar lo que de incontable, inmodificable y de residuo hay en lo que nosotros atendemos pues tratamos con el resto, con lo que queda en el margen, entre la ciencia y la vida.

**P:** *¿Cómo valoras el estado actual del Psicoanálisis? ¿Cuál es el lugar del psicoanálisis en la clínica actual y en la formación? Aquí, en España y a nivel internacional. Parece que entre los sectores más jóvenes de quienes intervienen en el campo de la salud mental hay menos "vocaciones" que se acogen a la psicoterapia y el psicoanálisis, y sin embargo el grado de productividad de las corrientes psicoanalistas es grande.*



**R:** El psicoanálisis nunca ha sido ni será un discurso dominante en la clínica pero goza de mejor salud de la que suponen aquellos que no tienen relación con él y que trabajan desde otros enfoques. Su discurso contracorriente, reivindicando la particularidad de cada uno y fomentando la responsabilidad subjetiva aboga por un acercamiento diferente, más respetuoso con los inventos que cada uno va elaborando para tratar su malestar o su locura. En la ELP en nuestro país la actividad clínica y formativa es inmensa. En cada sede, en cada comunidad se trabaja de una manera decidida para mantener el discurso psicoanalítico vivo como lo demuestran por ejemplo la apertura de las clínicas psicoanalíticas de consulta y tratamiento abiertas primero en Francia y después aquí en España: Bilbao, Málaga, Barcelona y Madrid además de la Clínica de la Coruña pionera en España pero con un funcionamiento diferente.

En estos centros llamados CPCT se oferta tratamiento psicoanalítico a todos aquellos que deseen hacerlo; su gratuidad temporal y la posibilidad de continuar un análisis si así lo desean ha beneficiado a muchas personas en nuestro país y tiene el reconocimiento de haber sido declaradas de interés público por el Ministerio de Asuntos Sociales, al darse cuenta de los beneficios que la escucha psicoanalítica tiene en la población.

A nivel internacional el trabajo de los diferentes grupos y escuelas psicoanalíticas es importante como siempre lo ha sido, otra cosa es que a nivel oficial eso aparezca o no reflejado.

Como ocurre en muchas cosas en la vida el que haya más o menos decisión por el estudio del psicoanálisis, además de una decisión personal, depende del tipo de encuentros que uno realice en su vida. En Ourense los residentes no tenían mucho interés en él, pensaban como mucha gente y muchos profesionales, que era algo que formaba parte de la historia, que estaba trasnochado, o que su utilidad clínica estaba

por debajo de las posibilidades de los psicofármacos o de otro tipo de terapias.

La introducción de seminarios quincenales en el hospital de Toén dedicados al estudio de los textos y a la presentación de casos clínicos orientados por el discurso lacaniano les ha permitido comprobar su efectividad en la dirección de la cura de los casos, así como también cuestionarse a ellos mismos, a sus intervenciones y concluir que están implicados en el tratamiento y que no es lo mismo actuar de una u otra manera, que su posicionamiento tiene consecuencias. Eso ha abierto interés en su estudio y en su deseo de formación aunque a veces a costa de una pequeña “crisis” inicial personal derivada de la descentralización de la posición de amo, del discurso del “yo se lo que le pasa y se lo que usted tiene que hacer”. Si estamos en este punto se entiende que no es una posición fácil y no baladí al elegir situarse delante del otro que sufre sin el parapeto del discurso de las neurociencias o de lo más puramente biológico.

Sin embargo en los seminarios en muchas ocasiones se han quejado de su impotencia, de su desencanto del tipo de acercamiento en el que habían sido mayoritariamente formados...y de su sorpresa sobre como el psicoanálisis, si bien les parece complejo, les relanzaba el deseo por saber para paliar ese desencanto mecanicista en el que estaban inmersos. Desconozco si esto es algo que se pueda extrapolar a otros lugares, hablo de mi experiencia del lugar en el que estoy y de otros que conozco por compañeros y amigos.

**P:** *Mientras, las posiciones y divergencias entre psicoanalistas crecen por doquier resulta que tu, más pragmática, te dedicaste y sigues invirtiendo tus energías en reflexionar ¿quizá esperando tiempo mejores?*

**R:** Las divergencias de los psicoanalistas son consustanciales a serlo porque ser analista implica a lo más íntimo que en cada uno de



nosotros hay y por tanto las divergencias son las que cabe esperar, y no necesariamente algo negativo. La discrepancia responsable invita al trabajo, a intentar dar cuenta que lo que se defiende tiene una lógica, una causa y unos efectos. Creo que desde fuera del psicoanálisis, nuestras rupturas, crisis o desavenencias son uno de los tópicos fáciles utilizados para intentar desprestigiarlo sin conocerlo, es una resistencia como otra cualquiera.

En cuanto a si espero tiempos mejores, siempre los espero en éste y en cualquier orden de la vida, siempre todo es mejorable como también susceptible de empeorar, pero soy muy optimista en general, porque me encanta lo que hago y me encanta que el psicoanálisis haya sido el encuentro de mi vida.

**P:** *Comentábamos antes que perteneces a la Otra psiquiatría, donde conflúis una serie de psiquiatras y psicólogos de diferentes ámbitos pero sobre todo gentes de los hospitales Villacián y Toén; gentes periféricas que trabajáis en servicios públicos de salud mental con elevado nivel intelectual, pero ¿Crees que es conocida esa Otra psiquiatría? No es una asociación pero hay un sentimiento grupal que unifica u os aproxima. No es una corriente de opinión pero sí aspiráis a generar opiniones diferentes entre los profesionales de la atención a la salud mental. Entonces ¿Qué sois?*

**R:** Si algo define a la Otra psiquiatría es el interés por el estudio de la psicopatología psicoanalítica y el trato con el loco. No es ninguna asociación; no tiene miembros ni socios. Las personas a ella vinculadas somos psicoanalistas, psiquiatras y psicólogos clínicos que trabajamos en servicios públicos de salud mental. Orientados por el psicoanálisis, en especial por la enseñanza de Lacan, hemos apostado por la revitalización y extensión del psicoanálisis partiendo de su práctica en las instituciones públicas sanitarias, sin olvidar que los a ella vinculados tenemos una importante vocación docen-

te puesto que en nuestros Servicios hospitalarios se forman futuros especialistas en Psiquiatría y Psicología clínica.

Desde hace cinco años celebramos de manera alterna en Ourense y en Valladolid unas conversaciones clínicas, que si bien comenzaron llamándose Siso-Villacián, el nombre precipitó en el actual La Otra psiquiatría. El éxito de asistencia ha ido a más cada año y en las dos últimas ediciones hemos decidido acotar el número de inscripciones a cien para garantizar una calidad y participación adecuada. Este año el tema ha estado dedicado a la Histeria y han acudido profesionales desde Castilla-León, Baleares, Canarias, Teruel, Cataluña, Aragón, País Vasco, Madrid, País Valenciá... además de Galicia y de Valladolid, lo cuál da cuenta de que algo de este discurso va calando y resulta atractivo. Además el número de residentes cada vez es mayor y ese es el índice más relevante de que el psicoanálisis les interesa una vez que lo conocen y que allí donde hay clínicos que trabajamos de esta manera, como Ana Castaño y Juan de la Peña en Madrid, De Benito en León... además de en Valladolid y en Toén, la transferencia por el psicoanálisis aparece y produce efectos en el deseo de saber. De esta manera se ha ido constituyendo la red que poco a poco va creando corriente de opinión.

**P:** *La medicalización de la práctica en la salud mental, o mejor la hegemonía de los psicofármacos está siendo determinante. El positivismo y empirismo que la APA plasma en la DSM, tomado como catecismo de los profesionales, está favoreciendo también un mayor "biologicismo" entre los psiquiatras, mientras que, curiosamente, en atención primaria cada vez hay más profesionales que están psicologizando su práctica. ¿Qué opinas al respecto?*

**R:** Bueno es un poco todo lo que he estado comentado hasta ahora, lo que desconozco es la información respecto al interés de los médicos de atención primaria en los aspectos



psicológicos porque trabajo en el psiquiátrico y mi contacto con ellos ahora es menor. Para los médicos de atención primaria los aspectos psicológicos siempre han sido muy tenidos en cuenta, aunque a veces no podían manejarlos como quisieran por falta de formación psicoterapéutica. Además durante unos años la presión y lo que se les vendió fue que los psicofármacos eran la panacea y posiblemente ahora, años después, su práctica diaria les devuelve que eso es un mero parche y que con eso sólo las cosas no van...o, lo que es peor, que a veces pueden empeorar y optan por formarse en psicoterapia.

**P:** *Hay autores que insisten en el error de considerar al enfermo mental como persona irresponsable ¿Qué opinas de la responsabilidad pública de los pacientes mentales respecto de sus actos? ¿Deben responder, por ejemplo, penalmente si llega el caso? ¿Cuáles serían los límites de esta responsabilidad?*

**R:** No solamente todos somos responsables de nuestros actos y en este sentido los pacientes psicóticos no son diferentes a los supuestos cuerdos; es más, la responsabilidad subjetiva es un elemento clave a la hora de tratar con un paciente psicótico, cosa por otro lado que muchas veces ellos demandan explícitamente o a través de un paso al acto, instándonos a tratarles en su condición de sujetos responsables y no de sujetos abocados a no poder hacer nada con su locura al estar determinados por lo genético o lo biológico. Posición ésta desalentadora porque le deja en la posición de “te ha tocado esto y cualquier cosa es posible sin que tu puedas evitarlo porque va en los genes”, situación que me parece terrible porque es como si fuese un títere en manos de algo oscuro que le determina... En la actualidad se dan paradojas tan insensatas como incapacitar legalmente a un sujeto y después pedirle responsabilidades sobre la toma de su tratamiento o de los actos que ha cometido, situación ésta que de ser algo es enloquecedora...

Por otro lado no hay que olvidar que acto no es conducta y que cada caso ha de ser valorado en su particularidad, no hay una respuesta fija y general para esto como no la hay para nada. Recordemos por ejemplo casos como el de Althusser o el de Aimée estudiado por Lacan. En el primero Althusser reivindica el castigo por el asesinato de su esposa, puesto que responder de su acto por muy criminal que éste sea, le convierte en sujeto con capacidad de responder y no le cosifica; en el caso estudiado por Lacan, Aimée después de cometer un intento de asesinato mejora al ser llevada a prisión y poder pagar por dicho acto; en ambos casos es lo mismo. En nuestra clínica situaciones como ésta ocurren pero sin que sus actores hayan pasado a la literatura inmortalizados.

**P:** *Tras los procesos de reforma asistencial en los años 80, ya entonces podía imaginarse ilusiones de un panorama asistencial esperanzador como resultado de las iniciativas y críticas de la época. Veinticinco años después, ¿qué valoración haces de lo logrado? ¿Qué ha merecido la pena y en que no se ha alcanzado aquello idealizado?*

**R:** Soy muy crítica en este punto. Lo que se ha logrado es dignificar el trato a la locura en cuanto a humanización se refiere, mejora de las condiciones hosteleras de los psiquiátricos, disminución de los efectos secundarios de los psicofármacos en algún caso instaurar derechos de los pacientes, que aunque estaban ahí desde siempre en algunos casos eran ninguneados, implicar a instituciones, familiares y la sociedad en general en promover el buen trato, luchar contra el estigma de la locura, etc...pero los psiquiatras sobre todo hemos ido renunciando a determinadas patologías que hemos ido pasándole a los neurólogos aduciendo que eran orgánicas y como dice Colina empeñados a la vez en reivindicar la etiología orgánica para aquellas patologías en las que esto es indemostrable...



Hemos transmitido a la opinión pública un falso mensaje de que todo sufrimiento tiene un tratamiento, hemos descuidado la palabra y la hemos devaluado a la categoría de “charlas” los tratamientos psicoterapéuticos promoviendo así un afán pedagógico que pretende transmitir que conociendo el embrollo del pensamiento en el que uno está puede evitarlo... Así los psiquiatras derivamos a los psicólogos aquellas consultas en las que se demanda hablar, abrumados por las listas de espera sobre todo en los CSM, en los que cada uno trabaja a destajo, a puerta cerrada y contra reloj para aliviar una consulta diaria enturbiada de bajas laborales, complicaciones legales y solicitudes de pensiones... es decir embarcados en una tarea muchas veces exclusivamente burocrática.

A la vez que desencantados por el escoramiento hacia lo médico estricto, nos encontramos peleándonos con otros especialistas que ante un paciente que tenga prescrito un mínimo psicofármaco nos lo pasan con el eslogan “éste es psiquiátrico” produciéndonos estupor, rabia y enfado. Pero hemos sembrado un discurso tecnificado y eso ha creado una cultura que ahora nos sobrepasa. No percibimos que tan preocupados estábamos en reivindicar ser “como ellos” que hemos perdido la transmisión de lo más específico nuestro: la capacidad de atemperar, de remediar mediante la palabra, de dar otra versión de las cosas... ahora eso se nos viene encima.

En vez de reivindicar las psicociencias, por decir de alguna manera, nos empeñamos en ser neurocientíficos y ahí estamos, atrapados en la paradoja como en el caso de las incapacitaciones legales de que hablaba antes. No se puede aplicar la plantilla de la enfermedad biológica a la locura ni a las neurosis porque hace aguas por todas partes, es lo mismo que aplicar el concepto y los estándares de ingreso hospitalario a los ingresos derivados de la patología psíquica, sea ésta la que sea; ni los espacios, ni las necesidades, ni lo que en una unidad de agudos al uso actual ocurre se parece a lo que pasa

en cualquier planta de medicina o cirugía... Por pedir igualdad a toda costa para los pacientes psiquiátricos perdimos la especificidad y se nos devolvió la plantilla de lo estándar.

Se ha perdido en gran medida la finura psicopatológica y descriptiva para devenir en una clínica del bulto, pobre y sin articulación de ningún tipo, hemos perdido el interés por comprender que es lo que se juega en cada caso en cada consulta y para cada uno aun siendo distinto, le devolvemos lo mismo, en un círculo de resolución imposible.

**P:** *Habiéndose diluido ese tipo de objetivos y entusiasmo asociado, junto a la alta competitividad existente, ¿Cómo crees que puede eso incidir sobre el sentimiento de pertenencia e identidad como grupo de los nuevos profesionales?*

**R:** Lo desconozco, no se hacia donde derivará este asunto pero lo que si creo es que es necesario un replanteamiento serio de todo esto y posiblemente plantearse el retomar proyectos y planes de otras épocas actualizados al momento, porque contamos con la experiencia de estos años que permite comparar.

Aunque de lo que se trata quizás sea de concluir que somos seres biológicos pero sobre todo biográficos y eso precisa otra cosa en el trato y en el tratamiento...

**P:** *¿Qué opinas de la Psiquiatría basada en la evidencia (o mejor dicho en pruebas)? ¿Crees que se puede hacer ciencia desde los condicionantes actuales de la práctica psiquiátrica o psicológica.*

**R:** Las evidencias en psiquiatría o en psicología están del lado de lo subjetivo y en ese territorio las evidencias no existen.

No existe la verdad que la ciencia intenta objetivar sino que existe la veracidad subjetiva y eso no es verificable por dichos métodos. La



realidad subjetiva no es demostrable pero tiene efectos biográficos comprobables para el sujeto que la sufre y sólo de él a través de su palabra nos es devuelta su mejoría o su empeoramiento. Él es el que nombra lo que le hace sufrir y lo que le alivia no yo desde fuera con escalas y protocolos.

Hacer ciencia entendida ésta como un paradigma del conocimiento en el que existe una relación causa efecto como en las leyes de la física no es posible...nuestra disciplina es poco o nada científica así entendida aunque se pretenda hacer ciencia de cosas que no lo son... o que se le apliquen dimensiones o tratamientos científicos a estudios que se realizan desde la psiquiatría o desde la psicología para darle ese aspecto, pero eso es el cientifismo y no la ciencia.

Actualmente es como lo que no fuese científico o no estuviese rubricado como tal no tuviese credibilidad, pero éste es uno de los mitos actuales. Estamos en la época en la que la ciencia es el amo moderno y esto queda claro hasta en los anuncios publicitarios en donde ocurre casi lo mismo que en el discurso psiquiátrico.

**P:** *En relación con otro aspecto en boga actualmente ¿Cuáles es tu posición respecto a los desarrollos de la Bioética aplicada a la psiquiatría? En los contextos actuales de trabajo en psiquiatría ¿Crees que es posible ser ético? ¿De qué tipo de ética estamos hablando?*

**R:** Siempre es posible ser ético, es más, hay que serlo, pero no sólo en psiquiatría aunque no siempre eso ocurra. No hablo sólo de ética como conjunto de normas sobre el bien hacer que deben de imperar en la relación y en el tratamiento del otro, que sería lo que constituye la buena praxis como cuerpo de la deontología, sino que me refiero a la posición ética que desde el psicoanálisis está por encima de las profesiones e implica una posición, un deseo y

una decisión en la vida que habla de la dificultad y de la complejidad de las relaciones entre los seres hablantes.

**P:** *En la página web de OME–AEN se plantea la pregunta “¿tiene sentido en el siglo XXI defender el modelo asistencial comunitario en salud mental?”. ¿Cómo responderías a esta cuestión?*

**R:** En un mundo cada vez más complejo como en el que vivimos y teniendo en cuenta que el saber absoluto no existe, ni sobre los padecimientos humanos ni sobre nada, la interdisciplinariedad es una necesidad y si cuando decimos modelo asistencial comunitario, nos referimos a esto, claro que es una posición a defender y una apuesta a realizar, teniendo como principio fundamental el respeto por el trabajo del otro que también tiene sus técnicas para remediar lo que le ocurre.

**P:** *Otros temas, también “comunitarios”, como la cuestión de las drogas, la violencia, la inmigración, las guerras, la marginalidad en general, han sido escasamente abordados. Pudiera parecer que lo que se relaciona más con aspectos de la llamada psiquiatría social, más allá de la enfermedad mental, no están en las agendas a pesar de que sí comienza a ser frecuente en la clínica cotidiana. ¿No habrá que comenzar a tomar medidas? Quizá prepararse capacitándose los equipos, protocolizar situaciones hoy desconocidas, organizar recursos, etc, sean algo urgente ¿no?*

**R:** La vida es muy compleja y la patología de la misma cambiante con las épocas, entendiendo por esto la presentación clínica del sufrimiento. En este sentido, dependiendo del concepto que se tenga de síntoma se va a organizar su tratamiento. Síntoma entendido de manera diferente a la medicina sino como aquello que se repite en la vida de alguien y sobre lo que uno se siente concernido, llámese a esto drogas, violencia, fracaso escolar, laboral



o de pareja por ejemplo. Es la puesta en acto de que la normalidad y el equilibrio son imposibles por ser los humanos, sujetos atravesados por el lenguaje, y el síntoma la respuesta al vacío fundamental.

Establecer protocolos de actuación en el caso de la atención necesaria que los afectados por ejemplo por una guerra deben de recibir, no sólo es importante, es que es una prioridad, entendiendo por esto poner a salvaguardo la vida y su sostén en el inicio de la atención, pero si hablamos de lo subjetivo, estamos en otro territorio, puesto que atreverse a atribuir lo que en cada uno desencadenará algo tan dramático como una guerra, es por definición imposible de protocolizar como lo es hacerlo sobre lo que para cada uno será traumático en la vida. Esto es algo imposible de reglamentar porque está en juego lo más propio que tiene y ahí nos encontramos en el terreno de la excepción y no de la norma. Por poner un ejemplo más fácil que con el tema de las guerras, en el caso de las drogas lo que significa la adicción para cada uno de los consumidores no es algo estandarizable sino particular y ha de ser desde esa dimensión, desde la que podrá

hacer algo con ello si así lo desea. Algo que no sea solamente quedar soldado por un diagnóstico que le deja en la mayoría de las ocasiones del lado de la determinación y de estar a tratamiento con otras drogas aceptadas legalmente si la adicción se interpreta desde lo biológico. Como ves estoy girando siempre sobre el concepto de síntoma, que desde el psicoanálisis es distinto que desde la medicina o la psicología; síntoma que para el psicoanálisis conlleva parejo el concepto de goce, entendido como placer inconsciente, como algo de lo que uno se queja pero que le arrastra a repetir lo sintomático de su vida, es decir que la repetición es la sintomático en juego repetido en automatón con consecuencias indeseables para la vida del sujeto. Con este concepto evidentemente la clínica y el tratamiento se reorganizan de otra manera.

**P:** *Y para finalizar, ¿qué aconsejarías a las generaciones más jóvenes que se acercan al mundo de la salud mental?*

**R:** Sin pretender ser borde, aunque suene así, los consejos están hechos para no ser seguidos tal y como Lacan señaló.

**Contacto:**

Iñaki Markez  
norte@ome-aen.org





# Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (IV)

**Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz**

*Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada* es una sección que de modo permanente aparecerá en *NORTE de salud mental*. Se pretende que la persona que lo desee pueda autoevaluarse en áreas clave siguiendo un formato de pregunta tipo MIR en los que cada ítem es comentado y soportado bibliográficamente. Los tres próximos números de *NORTE de salud mental* considerarán los aspectos más interesantes de los **trastornos del estado de ánimo**, psicopatológicamente serios, con fuerte impacto en el discurrir de la vidas de quienes los padecen, comúnmente comórbidos con otras enfermedades psiquiátricas y con potencial para devenir en irreversible desenlace: el suicidio.

18 septiembre 2008

## Depresión Mayor Unipolar y Trastorno Afectivo Bipolar

### PREGUNTA 28:

Respecto al curso y pronóstico de la Depresión Mayor Unipolar (DMU) es FALSO:

- a) La DMU debuta habitualmente entre los 30–40 años con un pico de máxima incidencia entre los 40–60 años.
- b) La probabilidad de recurrencia de la DMU se incrementa con cada episodio sucesivo y a partir del tercer episodio la recurrencia es la norma.
- c) En la DMU cada nuevo episodio es de naturaleza exclusivamente depresiva.
- d) El episodio depresivo mayor unipolar puede responder al tratamiento únicamente con litio.
- e) Las tasas de cronicidad en la DMU se sitúan en el 25%.

### PREGUNTA 29:

Al hablar de reaparición de síntomas depresivos durante el periodo de recuperación de la enfermedad nos estamos refiriendo a:

- a) Recurrencia.
- b) Recuperación.
- c) Recidiva.
- d) Respuesta.
- e) Remisión.



**PREGUNTA 30:**

El porcentaje de pacientes que padecen depresión mayor y fallecen por suicidio es aproximadamente del:

- A) Menos del 5%.
- B) No más del 7%.
- C) Sobre un 15%.
- D) Aproximadamente del 25%.
- E) 29% y aún mayor.

**PREGUNTA 31:**

En los pacientes con enfermedad cardíaca crónica, en caso de depresión mayor, el tratamiento inicial recomendado es:

- A) ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)
- B) Trazodona.
- C) Bupropión.
- D) Venlafaxina.
- E) Nortriptilina.

**PREGUNTA 32**

La depresión bipolar presenta una serie de peculiaridades que a veces permiten distinguirla de la depresión unipolar. ¿Cuál de las siguientes características es más propia de la depresión unipolar?

- A) Mayor riesgo de suicidio.
- B) Afecta por igual a hombres y a mujeres.
- C) Inicio más temprano.
- D) Mayor agitación psicomotora.
- E) Hipersomnia.

**PREGUNTA 33**

En relación con la historia natural del trastorno bipolar: ¿cuál de las siguientes aseveraciones es falsa?

- A) Es una enfermedad episódica que dura toda la vida.
- B) El primer episodio en las mujeres suele ser depresivo.



- C) El primer episodio en los hombres suele ser maniaco.
- D) Un paciente no tratado puede presentar más de 10 episodios en su vida.
- E) El suicidio es más probable durante un episodio depresivo o mixto.

**PREGUNTA 34:**

Para poder diagnosticar trastorno afectivo bipolar subtipo I (TAB I) y según el DSM IV–TR es preciso:

- A) Un patrón evolutivo de depresión–manía–eutimia.
- B) Un patrón evolutivo de manía–depresión–eutimia.
- C) Episodios de únicamente hipomanía.
- D) Ausencia de manía yatrógena.
- E) La presencia previa de, al menos, de un episodio maníaco.

**PREGUNTA 35:**

La aparición de ciclos rápidos puede estar relacionada con diversas circunstancias médicas o farmacológicas. ¿Cuál de las siguientes opciones no se ha asociado con la aparición de estos ciclos?

- A) Hipotiroidismo.
- B) Lamotrigina.
- C) Alcoholismo.
- D) Drogadicción.
- E) Antidepresivos.

**PREGUNTA 36:**

En relación con la manía mixta: ¿cuál de las siguientes aseveraciones es falsa?

- A) Es un cuadro clínico en el que coexisten síntomas maníacos y mixtos.
- B) Tiene peor pronóstico que las manías puras.
- C) La recuperación tiende a ser más lenta que en las manías puras.
- D) El suicidio es más frecuente en las manías mixtas que en las puras.
- E) Los pacientes con manía mixta tienen menos conciencia de enfermedad que los pacientes con manía pura.



## RESPUESTAS y COMENTARIOS con BIBLIOGRAFIA

### Pregunta 28, Respuesta correcta: C

**Comentario:** Se han intentado determinar las características que pueden predecir qué pacientes unipolares cambiarán a bipolares en futuros episodios. Akiskal y cols. (1983) encontraron que los unipolares que siguieron un curso bipolar presentaron mayor retardo psicomotor, más síntomas psicóticos, más episodios postparto, más trastornos afectivos en familiares y más respuestas hipomaniacas a los fármacos antidepresivos, en comparación con los unipolares que se mantuvieron con el diagnóstico estable.

Independientemente de que estén en el primer episodio o no, el porcentaje de pacientes con depresión mayor unipolar (DMU) que presentarán en el futuro fases maníacas, depende del tiempo de observación y del número de episodios sufridos. El porcentaje referido por diferentes estudios oscila entre el 4% y el 39%.

La edad de inicio de los trastornos unipolares es mayor que la encontrada en los trastornos bipolares. En la DMU el pico máximo de incidencia se sitúa entre los 40–60 años.

Parece seguro que la probabilidad de recurrencias se va incrementando con cada nuevo episodio y a partir del tercer episodio de la enfermedad las recurrencias son la norma.

La mayoría de estudios con muestras representativas encuentran en la DMU una tasa de cronicidad entre el 15% y el 25% en bipolares y unipolares respectivamente.

El episodio depresivo mayor unipolar puede responder al tratamiento exclusivamente con litio, si bien es cierto que el litio se utiliza normalmente como potenciador del tratamiento antidepresivo estándar previamente pautado.

### Bibliografía:

- Dubovsky S.L., Davies R., Dubovsky A. N: Trastornos del Estado de Animo. En Tratado de Psiquiatría Clínica 4ª ed. Hales R., Yudofsky S. C. eds. Ed MASSON 2004 pag 510–521.

- George W. Arana . Handbook of Psychiatric Drug Therapy. 4ª ed, pág 126. Editorial L. Williams & Wilkins, 2000.

### Pregunta 29, Respuesta correcta: A

**Comentario:** Durante la recuperación —período posterior a la remisión— no se presentan síntomas depresivos durante más de 8 semanas e indica que el trastorno está en reposo.

La recidiva —recaída es la reaparición de los síntomas durante el período de remisión e implica una continuación del primer episodio.

La remisión se define como el estado en el que se presentan pocos o ningún síntoma depresivo durante al menos 8 semanas.

La recurrencia es la reaparición tardía de los síntomas (durante la recuperación) y sugiere el desarrollo de un nuevo episodio.

Estas distinciones resultan en ocasiones complicadas en la práctica clínica. Por ejemplo los síntomas residuales leves de un episodio inicial o la disfunción psicossocial persistente pueden obviarse o atribuirse a la patología caracterial después de haber mejorado las manifestaciones más exageradas de un episodio; de ahí se puede concluir erróneamente que la reaparición de los síntomas más graves constituye un nuevo episodio, en lugar de una exacerbación del primero.

### Bibliografía:

- Dubovsky S.L., Davies R., Dubovsky A. N: Trastornos del Estado de Animo. En Tratado de Psiquiatría Clínica 4ª ed. Hales R., Yudofsky S. C. eds. Ed MASSON 2004 pag 443.

### Pregunta 30, Respuesta correcta: C

**Comentario:** Diferentes estudios han confirmado que el 15% de pacientes que padecen depresión mayor fallecen por suicidio.

### Bibliografía:

- Dubovsky S.L., Davies R., Dubovsky A. N: Trastornos del Estado de Animo. En Tratado de Psiquiatría Clínica 4ª ed. Hales R., Yudofsky S. C. eds. Ed MASSON 2004 pag 440–441.



### Respuesta correcta pregunta 31: A

**Comentario:** Los ISRS (Inhibidores Selectivos Recaptación Serotonina) son los fármacos recomendados porque no ejercen efecto sobre la conducción cardiaca o la presión arterial.

Los antidepresivos heterocíclicos (ADT) pueden descompensar gravemente un corazón previamente insuficiente. A pesar de ello la nortriptilina podría ser una opción interesante en caso de intolerancia a los ISRS porque presenta menor riesgo de hipotensión arterial que otros ADT y no modifica la fracción de eyección en pacientes depresivos con disfunción ventricular izquierda.

La trazodona puede incrementar la actividad ectópica ventricular.

El bupropión puede ser una alternativa a los ISRS por su seguridad cardiovascular pero a dosis elevadas puede producir incremento de la TA y ectopismo ventricular.

Hasta el 3% de pacientes que toman venlafaxina presentan incrementos de la TA. La hipertensión yatrogénica por venlafaxina es dosis dependiente.

#### Bibliografía:

- Govantes C.A., Oca L., Vázquez M. Manejo de Psicofármacos en Poblaciones Médico-Quirúrgicas Específicas. En Tratado de Psicofarmacología: Bases y Aplicación Clínica. Salazar M, Peralta C., Pastor J., editores. Editorial Médica Panamericana 2005, págs: 190–191.

### Pregunta 32, Respuesta correcta: D

**Comentario:** Las depresiones unipolar y bipolar presentan una serie de peculiaridades que en ocasiones pueden ayudar a su diferenciación, aunque con frecuencia estas distinciones no son tan obvias. La depresión bipolar suele ser de inicio más temprano, de instauración más brusca y cursar con un mayor número de episodios. Otra particularidad es que afecta por igual a hombres que a mujeres, a diferencia de la unipolar que afecta más a mujeres. Los síntomas atípicos como la hipersomnia son más propios de la depresión bipolar. Mayor entecimiento psicomotor y letargo también,

no así la agitación psicomotora, que es más frecuente en la depresión unipolar. Aunque ambos trastornos presentan un riesgo de suicidio elevado, se considera mayor el de la depresión bipolar. Mayor probabilidad de presentar síntomas psicóticos en pacientes más jóvenes, menor eficacia de los antidepresivos, mayor eficacia del litio, e historia familiar de manía y depresión, son otras características más propias de la depresión bipolar.

#### Bibliografía:

- Dubovsky SL, Davies R, Dubosky AN. Trastornos del estado de ánimo. En: Fundamentos de Psiquiatría Clínica. 2ª edición. Hales RE, Yudofsky SC. Edición española. Masson SA, 2006, 266–268.

### Pregunta 33, Respuesta correcta: C

**Comentario:** El trastorno bipolar es generalmente una enfermedad episódica que dura toda la vida del paciente y que muestra una evolución variable. Tanto los hombres como las mujeres tienen una probabilidad más elevada de que su primer episodio sea depresivo, aunque los hombres, en comparación con las mujeres, tienen una probabilidad mayor de sufrir inicialmente un episodio maniaco. Los pacientes con trastorno bipolar no tratado pueden presentar más de 10 episodios de manía y depresión a lo largo de toda su vida, y es frecuente la estabilización de la duración de los episodios y de los períodos entre los mismos tras el cuarto o quinto episodio. El suicidio consumado tiene lugar en aproximadamente el 10–15% de los pacientes con trastorno bipolar. El suicidio es más probable durante un episodio depresivo o mixto (manía disfórica).

#### Bibliografía:

- Hirschfeld, RM, Bowden CL, Gitlin MJ, Keck PE, Perlis RH, Suppes T, Thase ME, Wagner KD. Work Group on Bipolar Disorder. Pacientes con trastorno bipolar: protocolo de práctica clínica para su tratamiento. En: Trastorno bipolar. Focus Apa Lifelons Learning In Psychiatry. Hales DJ, Rapaport MH.



Traducción al español, Medical Trends SL. 2005, 83–84.

**Pregunta 34, Respuesta correcta: E**

**Comentario:** El TAB I se caracteriza por la presencia de episodios maníacos con/sin la presencia de hipomanía. En el TAB II se presentan uno o más episodios hipomaníacos, pero nunca manía. La evidencia de que el TAB I es distinto del TAB II proviene de varias fuentes. Los pacientes con TAB II nunca presentan manía, pese a los múltiples episodios hipomaníacos. Los ciclos rápidos parecen ser más comunes en el TAB II.

**Bibliografía:**

- Dubovsky S.L., Davies R., Dubovsky A. N: Trastornos del Estado de Ánimo. En Tratado de Psiquiatría Clínica 4ª ed. Hales R., Yudofsky S. C. eds. Ed Masson 2004 pág 454.

**Pregunta 35, Respuesta correcta: B**

**Comentario:** Un primer paso importante ante un paciente con ciclos rápidos es evaluar y tratar las enfermedades médicas que pueden estar contribuyendo a la aparición de éstos ciclos, como el hipotiroidismo, el consumo de sustancias o el alcoholismo. Algunos medicamentos, sobre todo antidepresivos, también pueden contribuir a los ciclos rápidos. La lamotrigina no se ha asociado a la aparición de éstos ciclos. Es más, estudios recientes apoyan el uso de la lamotrigina en el trastorno bipolar con ciclos rápidos (especialmente en los pacientes con características depresivas que son la mayoría de los que presentan el trastorno bipolar II de ciclos rápidos) y sugieren que el tratamiento medicamentoso de combinación es a menudo superior a la monoterapia.

**Bibliografía:**

- Hirschfeld, RM, Bowden CL, Gitlin MJ, Keck PE, Perlis RH, Suppes T, Thase ME, Wagner KD. Work Group on Bipolar Disorder. Pacientes con trastorno bipolar: protocolo de práctica clínica para su tratamiento. En: Trastorno bipolar. Focus Apa Lifelons Learning In Psychiatry. Hales DJ, Rapaport MH. Traducción al español, Medical Trends SL. 2005, 100–101.

**Pregunta 36, Respuesta correcta: E**

**Comentario:** La manía mixta es un cuadro de gran complejidad psicopatológica y de especial gravedad, en el que coexisten síntomas maníacos y depresivos. Los estados mixtos tienen peor pronóstico que las manías puras a corto y largo plazo. Comparados con los pacientes maníacos puros, los mixtos muestran un inicio a edades más tempranas y la recuperación de los episodios tiende a ser más lenta. El riesgo de suicidio es comparable por su gravedad y frecuencia al de los pacientes depresivos, siendo una de las implicaciones más graves asociadas a su diagnóstico, que nos obliga a ser especialmente cuidadosos a la hora de identificarlos y tratarlos. Los pacientes con manía mixta tienen más conciencia de enfermedad que los maníacos puros.

**Bibliografía:**

- González–Pinto A, Crespo JM. Curso, pronóstico y tratamiento de los trastornos bipolares. Cap 77. En: Tratado de Psiquiatría. Vallejo J, Leal C Vol II. Psiquiatría Editores SL. 2005, 1197–1198.





# Violencia —de Estado y revolucionaria— en la Argentina. Transmisión transgeneracional del trauma migratorio. Consecuencias en la clínica\*

**Roberto Losso (coordinador), Cristina Buceta, Pedro Horvat,  
Susana Leive de Bonfiglio, Irma Morosini, Ana Packciarz de Losso, Olga Schapiro**

Grupo de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Buenos Aires

## Resumen:

Gran parte de las migraciones se producen a partir de situaciones traumáticas en que la sociedad se vuelve expulsiva por motivos religiosos, económicos y/o políticos y la tierra madre se torna hostil. Este es el caso de la mayor parte de las familias que emigraron desde Europa a la Argentina a fines del siglo XIX y principios del XX. Esta primera generación traumatizada, hizo en general grandes esfuerzos para adaptarse, siendo la segunda generación la que habría de constituir la mayor parte de la clase media argentina. La tercera generación protagonizó los hechos de los años '70 con sus características de violencia, incluso armada (violencia de Estado y violencia revolucionaria).

Establecemos una relación entre la violencia que sufrieron las familias migrantes, tanto en el país de origen como en el de adopción, y los fenómenos de violencia en la Argentina en los tiempos de la tercera generación, además de la aparición de patologías mentales y orgánicas.

Nos preguntamos si la generación de los '70 llevó a un plano de lucha las fantasías de los antepasados inmigrantes, sometidos y denigrados, donde se evidencia lo relegado y la potencia que adquiere al pasar de la fantasía al acto. Planteamos también los obstáculos que surgen en el nivel contratransferencial en el curso de una terapia familiar psicoanalítica, cuando no sólo los pacientes, sino también los analistas pertenecemos a familias de inmigrantes y hemos estado inmersos en el clima de violencia social de los '70 y sus consecuencias.

Presentamos el material clínico de una familia, siguiendo tramos de la historia de varias generaciones, desde la masacre de la guerra civil española hasta la violencia política en Argentina.

## Palabras clave:

Familia, migración, trauma, contratransferencia, transmisión transgeneracional.

## Introducción:

Gran parte de las migraciones se producen a partir de situaciones traumáticas en que la sociedad se vuelve expulsiva por motivos religiosos, económicos y/o políticos y la tierra madre se torna hostil. Este es el caso de la mayor parte de las familias que emigraron

desde Europa a la Argentina a fines del siglo XIX y principios del XX.

En la Argentina, podemos distinguir dos grandes corrientes inmigratorias: la primera, entre fines del siglo XIX y comienzos del XX,

\* Presentado en el III Congreso Internacional de Terapia Familiar Psicoanalítica. Barcelona, 23-26 julio, 2008.



más relacionada con la necesidad de salir de la pobreza. La segunda, signada por las dos guerras mundiales y la guerra civil española, que implicaron la existencia de un trauma diferente, lo que hizo que, entre otras cosas, muchas veces estos inmigrantes no pudieran hablar de su experiencia. Los primeros, al poder contar su historia y hablar de sus orígenes, pudieron hacer el duelo de la tierra de la que provenían. Los segundos, dada la calidad de la situación traumática vivida, tendieron a no hablar, a reprimir lo traumático, y muchas veces, a actuarlo.

Esta primera generación traumatizada, hizo en general grandes esfuerzos para adaptarse, siendo la segunda generación la que habría de constituir la mayor parte de la clase media argentina. La tercera generación protagonizó los hechos de los años '70 con sus características de violencia, incluso armada (violencia de Estado y violencia revolucionaria).

Una forma de procesar hechos y situaciones vividas, es la de volver la mirada para reflexionar sobre ellos un prolongado tiempo después de que éstos hayan ocurrido.

Nosotros, los autores de este trabajo, pertenecemos a la generación que fue la juventud de los años 70 y también somos los hijos y nietos de aquellos padres y abuelos inmigrantes, que llegaron con sus valijas llenas de sueños pero con sus corazones desolados. Entre ambos polos de tiempo y situación, quienes recorrían el camino tenían que construir una nueva identidad, trabajo regido por el apremio real por alcanzar una rápida adaptación al nuevo contexto.

De esas historias de familias separadas, de tierras y tradiciones que sólo van a ocupar espacios de relatos entre padres e hijos, canciones de cuna cantadas en otro idioma, algunas pocas fotos ajadas traídas como soporte en el peregrinaje, darán cuenta de esa otra realidad a la que los ancestros renunciaron, y a cobrar el sentido de tanta nostalgia y dolor. Sentimiento que siembra la idea de soledad y

que acarrea la rebeldía como un llamado, cuya voz sería difícil de acallar: un llamado de voz inaudible a la vez que ineludible. A esa voz responderían las generaciones siguientes, la de los nietos, la de los afincados, la de los nacidos como argentinos.

### **La familia de María y Edmundo**

A partir del caso de la familia de María y Edmundo, tratamos de establecer una relación entre la violencia que sufrieron las familias migrantes, tanto en el país de origen como en el de adopción, y los fenómenos de violencia en la Argentina en los tiempos de la tercera generación, además de la aparición, en esas familias, de patologías mentales y orgánicas.

### **Cuatro generaciones en la familia de María**

La historia de María comienza, para nosotros, dos generaciones atrás, con una familia desmembrada por la guerra civil española, donde lucharon y murieron su abuelo materno y sus dos hijos varones. Su madre alcanza a refugiarse junto a su abuela en una cueva, logrando sobrevivir. Al terminar la guerra, ambas consiguen viajar a Chile, dejando atrás los restos insepultos de sus seres queridos.

En Chile trabajan ambas como domésticas, en la misma casa y con el mismo patrón. La madre de María, que entonces tenía 16 años, es llevada a servirlos a una finca en el Sur del país. Allí, el patrón la viola repetidas veces en el sótano de la casa, amordazándola para sofocar sus gritos. Como resultado de ello queda embarazada y es despedida del trabajo. En el camino de regreso a Santiago para encontrarse con su madre, aborta espontáneamente.

Las dos mujeres se reencuentran y tiempo después viajan a la Argentina

Comienza allí una etapa más tranquila. La joven se casa y tiene a su vez dos hijas. Una de



ellas es María, en la que centramos parte de nuestro relato.

### **Cuatro generaciones en la familia de Edmundo**

Los abuelos de Edmundo, también españoles, vinieron antes a la Argentina. Trabajaron como agricultores y tuvieron diez hijos.

En la secuencia de estos diez hijos, le siguen al mayor, Juan, dos hermanos gemelos, que partirán a luchar a España, al declararse la guerra civil, a pesar de la oposición familiar. Ambos mueren allí. Se repiten los cuerpos no enterrados de hijos que se pierden. Uno de los gemelos se llamaba Edmundo, nombre *que se repetirá* en las generaciones siguientes.

Juan siempre se sentiría culpable porque él, siendo el mayor, no había podido retener a sus hermanos y evitar su muerte.

Se casa, y tiene seis hijos. Al mayor de ellos lo llama Edmundo en memoria de su hermano muerto, pero éste muere a su vez a poco de nacer. Con el segundo hijo repite el nombre y es el Edmundo que hoy conocimos, casado con María. Edmundo carga pues con el nombre de los muertos de dos generaciones.

### **La pareja de María y Edmundo**

María y Edmundo se conocen en la Facultad como activistas políticos militando ambos —en los 70— en un grupo de izquierda. María es detenida, y torturada. Pasa largo tiempo con los ojos vendados, soportando el sufrimiento sin delatar a sus compañeros, entre ellos a Edmundo, quien, gracias a su silencio, puede escapar.

Pasado un tiempo, a ella la liberan, según su relato, *“por una crisis de asma... para que no me les muera ahí”*.

María y Edmundo se casan y tienen tres hijos. Estos hijos (cuarta generación), padecen

hoy serios trastornos psicossomáticos, motivo del inicio de las consultas. José padeció de un tumor mandibular a raíz del cual fue operado en cuatro ocasiones, y finalmente, a causa de una grave infección se le debió extraer el trasplante óseo que se le había efectuado. Mimi padecía de un dolor pertinaz en la articulación témporo-maxilar con deterioro de la densidad ósea y un principio de artrosis en dicha articulación. Padecía asimismo fobias diversas, no deseaba separarse de la madre, y en la escuela secundaria, “no soportaba permanecer en la clase de historia” (era historia de Europa): se sentía mal y pedía retirarse de la clase.

### **Transmisión transgeneracional del trauma y violencia social**

Nos planteamos la hipótesis de una vinculación entre las situaciones traumáticas de las generaciones que migraron a la Argentina y el fenómeno social de violencia que se vivió allí en los años 70.

Consideramos que la generación de los '70 puede haber llevado a un plano de lucha aquello que había quedado escindido, encapsulado en la memoria en relación con el suceso real traumático y la movilización de afectos unidos a él y transmitidos por los antepasados inmigrantes, sometidos y denigrados, donde se pone en evidencia la potencia que éstos adquieren al pasar de la fantasía inconsciente al acto.

En ese sentido, pensamos que, además de la transmisión transgeneracional de las situaciones traumáticas, ha existido una transmisión colectiva del trauma en los grupos sociales. Se trata entonces, de una transmisión que transcurre la que se efectúa en el interior de los grupos familiares.

Dos circunstancias hacen particular este tipo de trauma: la aparición de lo siniestro y la absoluta indefensión de las víctimas, que trae como consecuencia la total incapacidad del yo



de organizar las defensas. La combinación de estos factores deviene en una vivencia catastrófica.

En los casos que comentamos la situación de violencia sufrida por la primera generación no se produjo por catástrofes naturales o sucesos accidentales, sino por la acción concreta de grupos humanos con características particulares organizados para la acción violenta. Esto produce a la vez la internalización de otro real, a la vez semejante y persecutorio.

### **El rol del Estado**

Nos preguntamos cuál es el lugar que el Estado tiene en el psiquismo del individuo y de la familia. El Estado tiene muchas veces (o debería tener) un rol coherente con su papel de sostén de la Ley, y como tal el significado, en el psiquismo de los individuos, de representante de una instancia cuidadora, una suerte de superyó benigno. En los casos que estudiamos, consideramos que, en la primera generación (y, en algunos, como el que presentamos, también en la segunda) el Estado no protege, sino que persigue y mata, y en la tercera será nuevamente traumatizante y perseguidor.

### **Los analistas y la violencia transgeneracional**

Nosotros, los terapeutas, también formamos parte de esta sociedad y cultura y de algún modo estamos incluidos en esta situación traumática: somos en gran parte hijos o nietos de inmigrantes que sufrieron traumas en sus países de origen, sufrieron también por emigrar o quedaron como cuerpos insepultos, vale decir que desde nuestro lugar y función de terapeutas compartimos buena parte de lo mismo que les pasaba a los pacientes. Asimismo vivimos y sufrimos las situaciones de violencia de los 70 en la Argentina y estamos también atravesados por los valores de la época. Lo mismo que nuestros pacientes somos receptáculos de la transmisión colectiva del trauma a nivel social.

El hecho de haber vivido experiencias más o menos comunes nos puede ayudar a funcionar como esas “otras voces”, la polifonía de voces a la que se refiere Kaës como indispensable para la elaboración de esas situaciones, lo que nos puede permitir continuar con la búsqueda de sentido, de un “sentido perdido” al decir de P. Aulagnier. Un intento de evitar que donde faltan palabras surjan amenazantes los actos en el cuerpo o en la realidad.

Nos preguntamos, por otra parte, hasta dónde esta inclusión en la problemática puede transformarse en un obstáculo para la cura, es decir para lograr la historización. Intentamos reconstruir el pasado desde nuestros propios interrogantes del presente, pero allí también podemos vernos atravesados por nuestras propias resistencias. En efecto, puede suceder que a veces no podamos, si la función de nuestro preconsciente está también atacada y paralizada —como sucede en las situaciones traumáticas—, lo mismo que la de nuestros pacientes, funcionar como esas voces. Debemos estar atentos hacia esos “puntos ciegos”. Es bueno saberlo y seguir adelante: esta es nuestra meta. Entonces, nosotros, sus terapeutas y coterráneos de espacio y tiempo podemos desde allí, ampliar la función de ser sus “porta-palabras”.

### **Contacto:**

Roberto Losso

Grupo de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) Buenos Aires  
rhlosso@intramed.net.ar





---

## BIBLIOGRAFÍA

- Altounian, J. (2005): *L'intraduisible / Deuil, mémoire, transmission*, Paris, Dunod.
- Bar de Jones, G. (2001): La migración como quiebre vital. En: *Teoría y clínica de los vínculos*. II Congreso Argentino de Psicoanálisis de Familia y Pareja. Vol. I. p. 473.
- Eguier, A. (2006): Mécanismes compensatoires face au déracinement: fonction du transgénérationnel. En: Eguier, A. et al. *La part des ancêtres*. Paris, Dunod, pp. 135–147.
- Grimberg, L., Grimberg, R. (1984): *Psicoanálisis de la migración y el exilio*. Madrid, Alianza Editorial.
- Kaës, R. (2002): Polifonía del relato y trabajo de la intersubjetividad en la elaboración de la experiencia traumática. Conferencia dictada en la AAPPG, Buenos Aires.
- Kordon, D., Edelman, L. (2002): Impacto psíquico y transmisión inter y transgeneracional en situaciones traumáticas de origen social. En: AA.VV: *Paisajes del dolor, senderos de esperanza. Salud mental y derechos humanos en el cono sur*. Buenos Aires, Polemos, pp. 109–128.
- Losso, R. (2001): *Psicoanálisis de la familia. Recorridos teórico-técnicos*. Buenos Aires, Lumen. trad. it. Psicoanalisi della famiglia. Percorsi teorico-tecnici. Milano, Franco Angeli.
- Losso, R. (2006): Intrapsychic, Interpsychic and Transpsychic Communication. En: *New Paradigms for treating relationships*; (ed. Scharff, J.S. and Scharff, D)— Lanham, MD, Janson Aronson, pp. 33–42.
- Losso, R. y Packciarz Losso, A. (2005): Lo intrapsíquico, lo intersíquico y lo transpsíquico en psicoanálisis de parejas. *Revista de Psicoanálisis*, 42, 4, pp. 937–950.
- Losso, R. y Packciarz Losso, A. (2007): Repetición transgeneracional, elaboración transgeneracional. La fantasía inconsciente compartida familiar de elaboración transgeneracional. Presentado en el panel "Remembering, Repeating and Working Through in Psychoanalytic Family Therapy". 45th. IPA Congress, Berlin. Revista de Psicoanálisis, en prensa.
- Losso, R., Gandolfo, J., Horvat, P., Leive Bonfiglio, S., Packciarz Losso, A. (2005): La migration des enfants: métamorphose familiale, progressive ou défensive. *Le Divan Familial*, n. 14, p. 209–218.
- Nicolussi, F. (1996): Reflexiones psicoanalíticas sobre la migración. *Rev. de Psicoanálisis*, vol. 53, num.1, p.323.



**Patrick de Maré** nació en Londres en 1916 de padres suecos. En 1935, con un grupo de estudiantes de diversas disciplinas, crean la Sociedad de Psicología Creativa, iniciando métodos grupales. Tras terminar la carrera de medicina en 1941, se enrola en el cuerpo médico del ejército en 1942, disolviéndose el grupo. Sigue la formación en psiquiatría militar con Rickman y Bion en el hospital Northfield. Posteriormente, dirigió un centro de recuperación para víctimas de la campaña europea. Al término de la campaña, regresa a Northfield, donde se une a Foulkes y Main en el experimento Northfield.

Después de la guerra, trabajó en el hospital St. George como “consultant”. En 1952 funda la Sociedad Grupo Analítica con Foulkes y posteriormente participa en el inicio del Instituto de Grupoanálisis y la Práctica Grupoanalítica. También trabajó con los Kreeger en una experiencia frustrada de comunidad terapéutica en el hospital Halliwick.

En 1975 inició un grupo grande junto a Robin Piper, que sigue en la actualidad funcionando como grupo mediano. En 1987 inicia la Sección de Grupo Grande de la G.A.S. y en 1992 la Sección de Grupo Mediano.

Patrick de Mare presented the Median Group at the 1999 seminar–dialogue on Humanity. His approach to group process has been made an integral part of the DuVersity's Working Group methodology.

Ha publicado varios libros y numerosos artículos en relación con los grupos y especialmente con los grupos grandes. Ha sido Director Médico de la Asociación de Psicoterapeutas así como Presidente de la Sociedad Grupo Analítica y Editor de la revista *Group Analysis*.

**Oscar Martínez Azumendi**



Patrick de Maré y Oscar Martínez Azumendi en el II Congreso de APAG en Getxo, en noviembre de 1995.

**Pat de Maré** fue el último de miembros Fundadores de la Group Analytic Society (London) en abandonar este mundo. Se fue mientras aún estábamos en el World Trade Center con nuestro MedConf2008.

Allí en Barcelona, sugerí, al final del grupo de reflexión, grupo-analíticamente orientado, dedicarle a él un minuto de silencio. ¡Duró exactamente 32 segundos!... andábamos demasiado implicados en la guerra de lenguajes como para dedicarle más tiempo... no se cerró éste con aplausos como es costumbre... la batalla empezada seguía ¡Creo que le debemos a Pat un homenaje, o por lo menos yo así lo siento! Y este es para mí el mejor de los lugares... por esto es que empecé este correo electrónico con aquel enlace.

Pienso que su mensaje es válido para la década que viene, la segunda de Internet en este Milenio y que bien vale la pena ser leído. Esperemos que con esta lectura aprendamos sobre cómo dialogar.

**Juan Campos**



## Cartas

Muy señor mío:

Deseo se publique esta carta en referencia al artículo del profesor Guimón en el num.30, de febrero de 2008.

Es interesante y agradable una recopilación histórica de los aconteceres vividos en la, al tiempo cercana y lejana, historia de nuestra psiquiatría. Aunque quizás habría que hablar de historias más que de historia. Yo animo a seguir este camino.

Me gusta mucho el estilo del artículo por la indudable maestría del autor, me gustan también sus reflexiones y pensamientos, y muy en especial la resolución final del texto con ese alegato favorable al Psicoanálisis, igualmente severo y lúcido respecto a los colegas y profesionales de la Psiquiatría en sus tratos con los enfermos.

Los detalles e informaciones del transcurrir cotidiano del Consultorio Uribe podían haber sido más apurados y en particular lo que hace referencia al Hospital de Día, que no sé sin con toda razón se quiso situar como el corazón del trabajo clínico.

El Hospital de Día, sería justo decirlo, se puso en marcha por el trabajo y la experiencia de los profesionales que allá estábamos según los criterios teóricos y pragmáticos adquiridos precisamente en el Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto que el Dr. Guimón dirigió en los años anteriores, también por la imprescindible formación psicoanalítica, y por los congresos y sesiones científicas que establecíamos con otros centros pioneros en aquel tiempo; y no bajo la advocación de prosistas como se argumenta; eso vino bastante después y cuando el trabajo ya estaba hecho.

En aquella época hacíamos sabrosas, vehementes y disputadas sesiones clínicas, existía un exceso de entusiasmo con lo que tiene ello de contingencia, y se ofrecía una pugna dialéctica demasiado juvenil en lo cotidiano. Existía un trabajo diario apasionante, premiado con poco sueldo y mucho gasto en formación. Hubo una camaradería que se fue desgastando hasta acabar en abiertas y abruptas desavenencias, como no podía ser menos, amores y odios vehiculados con vestiduras teóricas y a veces dogmáticas. Y todo ello bajo la protección de una administración con un exudado caciquil y sin embargo voluntarioso. Finalmente yo diría que el trabajo clínico fue razonablemente bueno y supuso un hito en la psiquiatría vasca.

Con agradecimiento tanto al Dr. Markez como al Prof. Guimón, reciban mi saludo afectuoso.

**Dr. Carlos Cela**

carloscelae@gmail.com

29 julio 2008



# Agenda

- 2 al 4 de octubre** ..... **Sevilla**  
IX Congreso de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría:  
*Psicopatología del acto e impulsividad*  
[www.aan.org.es](http://www.aan.org.es); e-mail: [aan@aan.org.es](mailto:aan@aan.org.es)
- 9 al 11 de octubre** ..... **Madrid**  
*Psicosis: Cultura, Psicoterapia e Integración social*  
[www.cursoesquizofreniamadrid.com](http://www.cursoesquizofreniamadrid.com)
- 17-18 octubre** ..... **Almagro**  
XXI Congreso Nacional de SEPYPNA:  
*Periodos de transición en el desarrollo e intervenciones terapéuticas.*  
[www.seypna.com](http://www.seypna.com)
- 17-18 octubre** ..... **Hotel AC de Zizur Mayor. Pamplona**  
VII Reunión anual de la Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría:  
*Progresos en Terapéutica Psiquiátrica*
- 23-24 Octubre** ..... **Madrid**  
VIII Congreso de la Asociación Madrileña de Salud Mental (A.E.N.):  
*“Cambio de Tercio. Bases para un nuevo modelo de atención”*  
Salón de Actos Hospital 12 de Octubre
- 22 al 24 de octubre** ..... **Zaragoza**  
XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal  
*Malos tratos y víctimas.* [www.psiquiatrialegal.org](http://www.psiquiatrialegal.org)
- 24 de octubre** ..... **Univ. de Deusto. Bilbao**  
Conferencia Apertura del Curso SCFBI 2008-09 por Hebe Tizio:  
*Cuerpos y castigos: las nuevas modalidades disciplinarias.*
- 24 de Octubre** ..... **Hospital de Galdakao**  
III Jornadas de Drogodependencias. UDE / Servicio de Psiquiatría, Hospital de Galdakao  
Inscripciones vía e-mail: [mariasolesidad.mondragonegana@osakidetza.net](mailto:mariasolesidad.mondragonegana@osakidetza.net)
- 23 y 24 de octubre** ..... **Zaragoza**  
IV Jornadas de la Asociación Aragonesa de Rehabilitación  
y la Sociedad Aragonesa de S. Mental-AEN.  
[www.fearp.org](http://www.fearp.org) y [www.aen.es](http://www.aen.es)
- 30, 31 de octubre, 1 de noviembre** ..... **Segovia**  
XI Congreso Internacional de Grupo, Psicoterapia y Psicoanálisis (SEGPA): *Psicosomático*



- 3 al 7 de noviembre** ..... **Valencia**  
XII Congreso Nacional de Psiquiatría: *Los desafíos de la Psiquiatría: luces y sombras*  
Organizado por la SEP, SEPB y FEPSM. [www.psiquiatriaivalencia08.com](http://www.psiquiatriaivalencia08.com)
- 6 de noviembre** ..... **Universidad de Deusto. Bilbao**  
XVI Symposium "Avances en Drogodependencias": *El modelo de la reducción de daños*.  
Organiza Instituto Deusto de Drogodependencias. [www.idd.deusto.es](http://www.idd.deusto.es); Tfno: 944139083
- 7, 8 de noviembre** ..... **Donostia**  
I Congreso Nacional de Psicoterapia. FEAP: *Psicoterapia y Multiculturalidad*. [www.feap.es](http://www.feap.es)
- 13-15 noviembre** ..... **Sitges, Barcelona**  
V Congreso A.P.A.G. (Asociación Psicoterapia Analítica Grupal).  
"Integrando diferencias, construyendo identidades". [www.apagnet.net](http://www.apagnet.net)
- 14, 15 de Noviembre** ..... **Bilbao**  
VIII Jornadas Internacionales del GPAB  
*Psicopatología Psicoanalítica: Narciso y Edipo en los escenarios del psiquismo*  
Web: [www.gpab.org](http://www.gpab.org); Email: [gpab@euslkanet.net](mailto:gpab@euslkanet.net)
- 13 a 15 de Noviembre** ..... **Las Palmas de Gran Canaria**  
X Jornadas Internacionales de Actualización en Salud Mental. *Crisis y estabilidad en Salud Mental*  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. <http://www.saludmentaldrnegrin.org/>
- 21 de noviembre** ..... **Madrid**  
I Jornadas de la AEN sobre Hospitales de Día (VII Jornadas Nacionales de Hospitales de Día)  
"El papel del Hospital de Día en la red de salud mental" Secretaría: [aen@aen.es](mailto:aen@aen.es)

**3-6 de Junio de 2009** ..... **Cádiz**  
XXIV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN):  
*Nuevas expresiones clínicas en una sociedad cambiante*.  
[www.24congresoAEN.com](http://www.24congresoAEN.com)

# SOLICITUD DE INGRESO

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

La cuota anual es de 80€ para el año 2.008. 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. • norte@ome-aen.org

**SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA (AEN)**  
y en OME (Osasun Mentalaren Elkartea–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