

Revista de:



Asociación Cántabra  
de Salud Mental  
(ACSM)



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental

Asociación Castellano Manchega  
de Neuropsiquiatría  
y Salud Mental, (ACMNSM)

Associació Valenciana  
de Neuropsiquiatría  
(AEN-PV)



# NORTE

## DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen IX nº 39 Febrero 2011

N O R T E

Volumen IX nº 39 Febrero 2011



**“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 más 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: Suzie Murphy Larrañaga • susilla\_casillas@hotmail.com**

Mediante esta portada he querido transmitir la idea de exclusión social. A través de la imagen de toda la gente en grupo, y la imagen de la mujer con un rostro serio he querido reflejar lo que sienten algunas personas con enfermedades mentales. Ya que aún estando rodeados de gente, no se sienten como uno de ellos; tanto por su propio problema por cómo la gente los juzga sin tratar de ponerse en su lugar e intentar comprenderlos. • susilla\_casillas@hotmail.com

**Volumen IX**



Nº 39

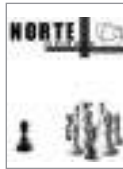
**Volumen VIII**



Nº 33



Nº 34



Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

**Volumen VII**



Nº 27



Nº 28



Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

**Volumen VI**



Nº 22



Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

**Volumen V**



Nº 16



Nº 17



Nº 18



Nº 19



Nº 20



Nº 21

**Volumen IV**



Nº 11



Nº 12



Nº 13



Nº 14



Nº 15

## NORTE de Salud Mental

### Consejo Editorial:

Estévez, Juan  
Lozano, Mari Fe  
Martínez-Azumendi, Óscar  
Martínez de Benito, Roberto

Munarriz, Mikel  
Rodríguez Pulido, Francisco  
Tarí, Antonio  
Vallina, Oscar

### Director:

Markez, Iñaki

### Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	Erkizia, Blas	Huertas, Rafael	Pérez-S, Pau
Álamo, Cecilio	Escudero, Consuelo	Irurzun, Juan Carlos	Polo, Cándido
Álvarez, José M <sup>a</sup>	Esteban, M. Luz	Jimenez Estevez, Juan Fco.	Redero, J. M <sup>a</sup>
Angosto, Tiburcio	Esteban, Ramón	Laespada, Teresa	Rendueles, Guillermo
Aparicio, Victor	Fernández Liria, Alberto	Lamas, Santiago	Retolaza, Ander
Arias, Paz	Ferrera, Beatriz	Lasa, Alberto	Rodríguez, Beatriz
Ayuso, José Luis	Filgueira, José	Lázaro, José	Rotelli, Franco
Ballesteros, Javier	Garnica, Eva	Levav, Isaac	Sagasti, Nekane
Blas Fernández, Luis V.	Gay, Eudoxia	Marín, Mónica	Santander, Fernando
Bravo, Mari Fe	Gracia, Fernando	Marqués, M. José	Saraceno, Benedetto
Berrios, Germán E.	Gil, Eugenia	Marquínez, Fernando	Sepúlveda, Rafael
Caldas d'Almeida, José	Gómez, Chus	Martínez, Ana	Serrano, Javier
Català, Laura	Gómez-Beneyto, Manuel	Meana, Javier	Soler, M <sup>a</sup> del Mar
Chicharro, Francisco	González Brito, Natalia	Medrano, Juan	Susparregui, J. M <sup>a</sup>
Colina, Fernando	González-Pinto, Rodrigo	Meneses, Carmen	Thornicroft, Graham
Collazos, Francisco	González Torres, Miguel Á.	Mezzich, Juan	Tizón, Jorge Luis
Comelles, Josep M <sup>a</sup>	Gracia, Fernando	Molina, Germán	Torrens, Marta
De la Gandara, Jesus	Guimón, José	Morchón, J.	Uriarte, José Javier
De la Rica, José Antonio	Gutiérrez Fraile, Miguel	Moreno, Ana	Villasante, Olga
De la Viña, Pilar	Hernández, Mariano	Olabarría, Begoña	Ylla, Luis
Desviat, Manuel	Hernández Padilla, María	Palacios, Antonio J.	Zuazo, José Ignacio
Elortegi, Izaskun	Hernanz, Margarita A.	Pérez, Fermín	

Acceso disponible en: [www.ome-aen.org/norte.htm](http://www.ome-aen.org/norte.htm) • Correo-e: [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)

NORTE de Salud Mental es accesible también en el Servicio Bibliográfico y Accesos abiertos de:

- Anuario FEAP
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- DOAJ
- IME (Indice Médico Español)
- psiquiatria.com
- Psiquiatria Sur
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental

Vol IX nº 39, Febrero 2011

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

Realización y Administración:

Ekimen-2000 • Apdo. Correos nº 12 • 48950 Erandio. Bizkaia  
[norte@ome-aen.org](mailto:norte@ome-aen.org)

Autora de la portada: Suzie Murphy

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida • Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN

Publicación cuatrimestral no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares. Ejemplar atrasado: 30 euros.

Tarifa anual: Profesionales 100 euros    Instituciones 150 euros

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



- Laboratorios farmacéuticos: Lilly, Rovi.

NORTE de salud mental no tiene conflicto de intereses con las firmas de la industria farmacéutica colaboradoras.

© 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.

ISSN: 1578-4940 • Depósito Legal: 1565/02

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L. • Imprime: Lankopi, S.A.



Norte de salud mental está bajo una licencia de Creative Commons.

Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que apoyan el uso que hace de su obra). No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>

# Sumario

NORTE de salud mental nº 39. Febrero 2011

<b>Editorial</b>	5
• Pasan las décadas y aun no aprendemos sobre la necesaria reforma psiquiátrica.	7
<b>Originales y revisiones</b>	9
• Tratamiento farmacológico en la práctica clínica en el Trastorno Bipolar. <i>Noemí Varela y Nicol Ferrier.</i>	11
• Riesgo del Síndrome de síntomas psicóticos atenuados en DSM-V. <i>Héctor Hueso Holgado.</i>	19
• Comportamientos de riesgo en los varones que pagan servicios sexuales. <i>Carmen Meneses y Antonio Rúa.</i>	27
• El Informe psiquiátrico a petición de terceros para el permiso de conducir. <i>Luis Pacheco y Juan Medrano.</i>	40
• Interculturalidad en los servicios sanitarios, el ejemplo de una policlínica húngara en Dublín, Irlanda. <i>Balazs Endredi.</i>	50
• Salud Mental y Catástrofes: el caso del Rescate de los 33 mineros sepultados en Chile. <i>Darío Páez y otros.</i>	56
• La implantación de las tecnologías de la información en el ámbito de la salud mental de Bizkaia. <i>Enrique G. Arza.</i>	71
<b>Formación Continuada</b>	77
• Nota Clínica: ¿Es la hora de diversificar? <i>Salvador Rodríguez, Marta Roldán.</i>	79
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (X). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	84
<b>Historia</b>	91
• El Greco, Marañón y los locos del Nuncio de Toledo. <i>Oscar Martínez Azumendi.</i>	93
<b>Informes</b>	103
• Consenso sobre Acreditación de dispositivos de salud mental en Competencia Cultural. <i>MG. Morón; A. Muñoz; S. Cebolla; A. Fernández Liria.</i>	105
• Dossier sobre el Hospital Psiquiátrico de Toen (Ourense): <i>Chús Gómez, Alcira Cibeira, José Antonio Campos, Yolanda Castro, Luis Rodríguez Carmona, Moncho Area, Manuela Gil Vázquez, Gonzalo Martínez Sande.</i>	117
- Toén: la historia se repite... muchos años después.	
- Más allá de los discursos minifundistas.	
- Carta al Valedor do Povo.	
<b>In Memoriam</b>	125
• José Ángel Santa Eufemia (Chilis). <i>Jose M<sup>a</sup> Erroteta.</i>	127
<b>Agenda</b>	130
<b>Actualizaciones</b>	131
• “Discursos sobre Salud Mental. Nuevas miradas a la realidad social de la atención psiquiátrica en la provincia de Jaén”. <i>María Hernández Padilla.</i>	133

# Summary

NORTE de salud mental 39. February 2011

<b>Editorial</b>	5
• Time goes by and we still have not learnt about the needed psychiatric reformation.	7
<b>Original and reviews articles</b>	9
• Pharmacological treatment in clinical practice in Bipolar Disorder. <i>Noemí Varela y Nicol Ferrer.</i>	11
• Risk of Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome in DSM-V. <i>Héctor Hueso Holgado.</i>	19
• Risk Behaviours in men paying for sex. <i>Carmen Meneses y Antonio Rúa.</i>	27
• Psychiatric report by request of third parties for the driving licence. <i>Luis Pacheco y Juan Medrano.</i>	40
• Interculturality in the health services, the example of the Hungarian GP Surgery in Dublin, Ireland. <i>Balazs Endredi.</i>	50
• Mental health and disasters: the rescue of 33 buried miners in Chile. <i>Darío Páez et als.</i>	56
• Information and communications technology implantation in Biscay public mental health service. <i>Enrique G. Arza.</i>	71
<b>Continuing Education</b>	77
• Clínicl note: Is time to diversity? <i>Salvador Rodríguez, Marta Roldán.</i>	79
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (X). <i>Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor.</i>	84
<b>History</b>	91
• El Greco, Marañón y los locos del Nuncio de Toledo. <i>Oscar Martínez Azumendi.</i>	93
<b>Report</b>	103
• Consensus on accreditation of device of mental health in cultural competition. <i>MG. Morón; A. Muñoz; S. Cebolla; A. Fernández Liria.</i>	105
• Dossier about Psychiatric Hospital Toen (Ourense): <i>Chús Gómez, Alcira Cibeira, José Antonio Campos, Yolanda Castro, Luis Rodríguez Carmona, Moncho Area, Manuela Gil Vázquez, Gonzalo Martínez Sande.</i>	117
- Toén: the store repeats... many years late.	
- Beyond smallholder speeches.	
- Letter to Valedor do Povo.	
<b>In Memoriam</b>	125
• José Ángel Santa Eufemia (Chilis). <i>Jose M<sup>a</sup> Erroteta.</i>	127
<b>Calendar</b>	130
<b>Book reviews</b>	131
• “Discursos sobre Salud Mental. Nuevas miradas a la realidad social de la atención psiquiátrica en la provincia de Jaén”. María Hernández Padilla.	133

## Pasan las décadas y aún no aprendemos sobre la necesaria reforma psiquiátrica

No es sencillo comprender la locura, sus espacios, sus tiempos y su subjetividad, menos aun cuando, como es habitual, aparecen discursos discrepantes, con frecuencia antagónicos sobre la misma. Proliferen opiniones, juicios (y prejuicios) morales, creencias y actuaciones que se asumen como verdaderas por el mero hecho de estar sostenidas por un presunto *cuerto* ante quienes otros han/hemos determinado carente de “razón”. Se establecen discursos que alegan el poder de la razón cuando en realidad esgrimen la razón del poder. Cuando se ha funcionado así, el poder se apoya en *su* derecho, *su* saber, la norma, cordura o las decisiones *políticamente* adecuadas mientras al otro lado está la ignorancia, la anormalidad, locura o los comportamientos inadecuados. Pareciera esto muy cercano al paralelismo que vemos entre la *certeza delirante* de los psicóticos por un lado, y la *sordera excluyente*, o del *digas lo que digas, nada de nada* por otro.

En el conflicto que se mantiene desde hace unos meses en el Hospital psiquiátrico de Toén, en Ourense, con intereses cruzados, con mucho ruido y distorsión, han llegado a situaciones de no escucha, parece que no se sabe de qué se habla y por qué en este momento. Sobre Toén, todas las partes, instituciones (Xunta, Diputación, ayuntamientos de la zona,...), profesionales, partidos, asociaciones, trabajadores, sindicatos, vecinos, etc., todos aceptan que desde hace tiempo es un hospital muy deteriorado, sin adecuadas condiciones hosteleras, aislado, que fomenta la exclusión y el estigma... y aceptan también la necesidad de un espacio acogedor, digno, saludable, cercano a la comunidad; que sea un recurso en tránsito hacia la adaptación social de sus moradores, con sus peculiaridades, sin duda, como ocurre con el resto de los mortales.

Sin embargo ¿por qué la virulenta resistencia al cambio? ¿Porqué la coexistencia, también aquí, de discursos presentes en los psiquiátricos: el de buena parte del personal no clínico y el de los clínicos, aunque no sea homogéneo en ambas partes.

Dicen que hay factores que se mezclan y se superponen: la proximidad de las elecciones municipales, y las sindicales, muy presentes las referencias a gobiernos pasados y sus proyectos que proyectaron la construcción de un hospital para crónicos psiquiátricos en los terrenos en donde está el hospital de Piñor), al que ahora quieren trasladar a trabajadores y pacientes. De la locura poco se discute. Más de terrenos en los que se asienta el hospital, que pertenecen al pueblo de Toén, por cesión para la construcción del psiquiátrico, que regresarían a la comunidad, con lo que ello supondría su pérdida para el Servicio Gallego de Salud.

El hospital de Toén iba para leprosería y después para hospital antituberculoso, y se quedó en hospital psiquiátrico, inaugurado en el año 1959 por Cabaleiro Goás, allá en la cima de un monte aireado y aislado, muy apropiado para el tratamiento de clásicas enfermedades que han sufrido el estigma y la exclusión social: la lepra, la tuberculosis y la locura, con hospitales monográficos hoy ya desterrados, excepto para la locura que aun se mantiene alejada y oculta.

En 1996 se inauguró la unidad de agudos de psiquiatría en el hospital general con la oposición también de los vecinos, puesto que ese traslado supuso el cierre de camas en Toén. Desde aquellas fechas del traslado de la unidad de agudos al hospital general se instala un deterioro progresivo en las instalaciones y en el discurso del centro,

que poco a poco se va degradando: desatención, dejadez y cierta miseria existencial.

Hoy el traslado de la unidad de agudos también divide a los trabajadores entre los partidarios de modificar un viejo modelo de atención psiquiátrica, dispuestos a apostar por un cambio de modelo asistencial, y las posiciones inmovilistas que permanecen en el psiquiátrico. Es como si en el psiquiátrico se quedara lo viejo, lo inservible y lo crónico. Enfermos y trabajadores y todo se va deteriorando al tiempo. A cambio el manicomio oferta una serie de prebendas laborales que son un motivo encubierto. Para justificarlo se accede a un discurso rancio y moralista, que reproduce los estigmas en relación a la locura, y fomenta y reivindica la segregación, y se ampara en las supuestas virtudes que la naturaleza y el aislamiento proporcionan al loco que estará en su *hábitat natural*.

La mayoría de los trabajadores del hospital de Toén se oponen a ser trasladados a al hospital de Piñor y los de Piñor a dejar ese centro y ser reubicados en el hospital general de Ourense (CHOU). La Gerencia de este hospital, ha ofertado como resolución de la situación del deterioro del psiquiátrico de manera urgente, el traslado de las unidades psiquiátricas que estaban en Toén al Hospital de Piñor, hospital cercano, en condiciones sanitarias, hosteleras y de confort adecuadas y con un entorno parecido, a excepción de las dimensiones.

Traslado que se realiza con el malestar de algunos profesionales y de familiares, porque las instalaciones restan calidad asistencial a los pacientes. Una nueva dicotomía, al confrontarse los pacientes de psiquiatría con los pacientes de medicina interna, el servicio de psiquiatría con el servicio de medicina interna, el hospital de Piñor con el hospital de Toén.

De nuevo, se trata de silenciar la locura y su atención. En vez de atención digna a personas con enfermedad mental se ponen sobre la mesa la política, los intereses creados, viejas rencillas, servidumbres... para, de nuevo, mantener el manicomio. Principios que hace años aprendi-

mos que debían vertebrar la reforma psiquiátrica como la integración de los servicios de salud mental en una red única, en conexión con la atención primaria, cambios en la organización asistencial para desplazar el eje de la atención a los equipos comunitarios, democratización de los equipos, la comunidad como agente partícipe en el proceso de planificación y generadora de recursos, criterios de salud pública (diagnóstico comunitario, discriminación positiva, trabajo con poblaciones en riesgo, continuidad de cuidados), y la consideración de la hospitalización como un momento excepcional del tratamiento, ahora se ven claramente cuestionados.

Como escribía no hace mucho Manuel Desviat (\*), se trata de reconocer que no todo vale, que no podemos defender un modelo comunitario si practicamos la misma clínica que aquellos que denostamos, que más allá de las palabras, la defensa de un modelo comunitario supone un compromiso diario clínico, ético y por tanto político.

Iñaki Markez

---

(\*) Manuel Desviat. Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social* Vol. 23 (2010): 253-263.

# Tratamiento farmacológico en la práctica clínica en el trastorno bipolar

## *Pharmacological treatment in clinical practice in bipolar disorder*

Noemí Varela Gómez<sup>1</sup>, Nicol Ferrier<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psiquiatra, CSM de la RSM de Bizkaia.

<sup>2</sup>Psiquiatra, Jefe del Departamento de Psiquiatría del Royal Victoria Infirmary, Newcastle University, Newcastle Upon Tyne, England.

**Resumen:** El trastorno bipolar es una enfermedad crónica, siendo su tratamiento adecuado esencial para disminuir recaídas y mejorar el pronóstico de este trastorno, no tan benévolo como se describió inicialmente. El objetivo es analizar el tratamiento farmacológico recibido en pacientes con trastorno bipolar en la práctica clínica.

**Metodos:** Se realiza un estudio descriptivo de una muestra de 93 pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar del programa Regional Affective Disorder Service of Newcastle Upon Tyne (England), durante el periodo de 2007 a 2009. Variables sociodemográficas, clínicas y tratamiento farmacológico recibido en el momento de derivación fueron registrados, analizándose los datos con el programa estadístico SPSS y comparándose con las recomendaciones aportadas *British Association for Psychopharmacology*.

**Resultados:** El 14% de los pacientes estaba recibiendo monoterapia farmacológica. Respecto al tratamiento con estabilizadores del ánimo, el 84% estaban recibiendo este tratamiento, el 60% recibía más de 2 de estos fármacos, el 4% recibía litio únicamente y el 32%, antiepilépticos, siendo el más frecuente el valproato (55%). El 54% estaban recibiendo tratamiento antidepresivo, más frecuentemente los ISRS, siendo combinados con estabilizadores del ánimo en el 78%. Respecto al tratamiento antipsicótico, el 58% recibía este tratamiento, principalmente atípicos y mayoritariamente quetiapina.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes con trastorno bipolar recibe tratamiento con estabilizadores del ánimo de acuerdo a las recomendaciones clínicas, aunque, en contra de estas recomendaciones, un importante porcentaje de pacientes recibe tratamiento con antidepresivos. Positivamente, el tratamiento con antipsicóticos como quetiapina, con efectos antidepresivos y estabilizadores, es objetivado en un porcentaje importante de pacientes.

**Palabras clave:** tratamiento, bipolar, guía.

**Abstract:** Bipolar disorder is a chronic disease, which treatment is essential to reduce relapses and improve its prognosis, not as benevolent as it was initially described. The aim of this study is to analyze the pharmacological treatment received in clinical practice in patients diagnosed of bipolar disorder.



**Methods:** A descriptive study was carried out using a sample of 93 patients with diagnosis of bipolar disorder who had been referred to the Regional Affective Disorder Service of Newcastle Upon Tyne (England) during the period from 2007 to 2009. Sociodemographic, clinical variables and treatment received at the moment of referral were analyzed using the statistical program SPSS and being compared with recommendations of the British Association for Psychopharmacology.

**Results:** 14% patients were on monotherapy. In regards of mood stabilizers, 84% were on this treatment, 60% were on more than two drugs of this kind, only 4% were receiving lithium alone and 32% were on anticonvulsants, being the most prescribed valproate (55%). 54% were taking antidepressants, most frequently SSRIs, being combined with mood stabilizers in 78% cases. Related with antipsychotics, 58% receive this treatment, mostly atypical ones, and being quetiapine the most prescribed.

**Conclusions:** Most bipolar disorder patients receive treatment with mood stabilizers according to recommendation of guidelines, although against many of these recommendations, a great amount of patients are on antidepressants. Positively, the treatment with antipsychotics as quetiapine, with antidepressant and mood stabilizer action, is objectivated in an important percentage of patients.

**Key words:** treatment, bipolar, guidelines.

## Introducción

El trastorno bipolar se caracteriza por fluctuaciones patológicas del estado de ánimo, interfiriendo estos episodios de forma significativa en la vida cotidiana del paciente y en su entorno, con importante repercusión en su salud, en su funcionamiento y en su calidad de vida.

La prevalencia del trastorno bipolar tipo I se sitúa entre el 0,5 al 2,4% (1, 2), mientras que en trastorno bipolar tipo II, 0,2 al 5% (3); al valorar la prevalencia en el espectro bipolar, definiéndose como síntomas maníacos subsindrómicos, está aumentada (3-6,5%) (4). Tras haberse señalado históricamente su mejor pronóstico respecto a la esquizofrenia, y la idea de un menor deterioro, actualmente se señala una significativa incapacidad y un impacto negativo en la calidad de vida de estos pacientes (4, 5), situándose este trastorno en la sexta causa de incapacidad según la Organización Mundial de la Salud en el rango de edad de 15-44 años (6). Así, al ser comparados con sujetos sanos, los pacientes bipolares presentan mayores dificultades en la realización del trabajo, actividades de ocio así como en las interacciones sociales o familiares (4, 7).

Distintos factores pueden influir en esta disminución de su capacidad de vida y en el pronóstico de

esta patología. Así, por ejemplo se ha detectado un retraso en el diagnóstico del trastorno bipolar (8, 9), pudiendo llevar a un diagnóstico equivocado a un tratamiento equivocado o una ausencia de éste, repercutiendo en el pronóstico de la patología. Además, en estudios de seguimiento en el trastorno bipolar tipo I se detectan síntomas afectivos predominantemente depresivos en aproximadamente el 47% de los trastornos bipolar tipo I, sucediendo en el 54% en el trastorno bipolar tipo II (10, 11). Es importante señalar que estos síntomas subsindrómicos se han relacionado con una mayor tasa de recaídas y un empeoramiento de la calidad de vida. También se ha asociado este trastorno con una mayor comorbilidad con el abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad así como con los trastornos de personalidad (12). Por lo tanto, un tratamiento encaminado a un adecuado tratamiento de estos síntomas y de estas comorbilidades influirá sobre el pronóstico de la enfermedad y calidad de vida de estos pacientes.

Dentro del grupo de los trastornos bipolares II, la percepción que puede existir entre los clínicos de una menor gravedad frente a los bipolares tipo I, puede explicar los resultados obtenidos en estudios de seguimiento de este grupo, como un menor tratamiento farmacológico a largo plazo. Sin embargo también se observan

periodos asintomáticos más breves, así como una probable mayor suicidabilidad, haciéndonos cuestionar esta percepción y haciéndonos considerar la necesidad de ser más estrictos en el tratamiento de estos pacientes(10).

El enfoque en el tratamiento del trastorno bipolar ha cambiado en los últimos años, el tratamiento con antipsicóticos típicos se ha visto desplazado por el de los atípicos, los antiepilépticos han ganado importancia y el papel de los antidepresivos se ha cuestionado, señalándose la posibilidad de producir inestabilidad afectiva y provocando ciclos rápidos o episodios mixtos (13, 14). Se han realizado distintas guías que recogen las opciones adecuadas de tratamiento según los resultados obtenidos en múltiples estudios, como las guías NICE, CANMAT o las recomendaciones de British Association for Psychopharmacology. El valorar en qué grado las nuevas evidencias terapéuticas son seguidas en la práctica diaria, será importante para detectar en qué grado podemos estar influyendo en esta enfermedad.

El objetivo de este estudio es analizar en una muestra de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar el tratamiento farmacológico recibido, valorando la adecuación de estos tratamientos según las recomendaciones de the British Association for Psychopharmacology.

## Material y métodos

Este estudio se realizó en el servicio terciario, Regional Affective disorder Service, Newcastle University, en la región de Newcastle and North Tyneside, del norte de Inglaterra. A este programa son derivados pacientes con patología afectiva que no están respondiendo a los tratamientos ofertados por los centros de salud mental o al tratamiento recibido en hospitales psiquiátricos. Se recogió una muestra de 94 pacientes durante el periodo comprendido entre el 2007 y 2009, con diagnóstico de trastorno bipolar (TAB I, II y no especificado) según criterios diagnósticos del DSM-IV, excluyéndose aquellos pacientes con diagnóstico de depresión unipolar, trastorno esquizoafectivo o psicosis no afectivas. Además de recogerse las variables sociodemográficas y clínicas, se recogió el tratamiento farmacológico que el paciente estaba recibiendo en el momento de ser recibido en este servicio.

Se realizó un estudio descriptivo de esta muestra, siendo analizado mediante el programa estadístico SPSS 16.0.

Para comparar nuestros resultados con las recomendaciones de las guías terapéuticas usamos como referencia la guía para el tratamiento de este trastorno de *the British Association for Psychopharmacology*(15).

## Resultados

Respecto al tratamiento con estabilizadores del estado de ánimo, considerándose dentro de este grupo, litio, antiepilépticos, olanzapina y quetiapina, 78 (84%) de los pacientes estaban recibiendo este tipo de tratamiento, estando los pacientes en tratamiento con antiepilépticos más frecuentemente (32% de los pacientes con estabilizadores). Los pacientes que estaban en tratamiento con litio, frecuentemente lo recibían junto con otros estabilizadores como antiepilépticos (14%), con antipsicóticos (6%) o con ambos a la vez (16%), recibiendo tratamiento con litio solo como estabilizador del estado de ánimo en el 4% de los casos. Al considerar el tratamiento con litio, solo el 34% del total de pacientes recibía este tratamiento frente al 69% que estaban en tratamiento con antiepilépticos, siendo el más frecuente dentro de este grupo el ácido valproico (43% del total de pacientes), posteriormente la lamotrigina sería el segundo más usado y solo el 11% de los pacientes estarían en tratamiento con carbamazepina.

En relación al tratamiento con antipsicóticos, 54 (59%) estaban recibiendo este tipo de fármaco, dentro de este porcentaje, el 16% recibían tratamiento con antipsicóticos típicos, siendo en el 17% de los casos con clorpromazina, y el 78% recibían tratamiento con atípicos, siendo el más usado la quetiapina (37%), seguida de la olanzapina (35%). Un porcentaje de pacientes se encontraba en tratamiento con típicos y atípicos simultáneamente.

Respecto al tratamiento con antidepresivos, se encontró que 50 (53%) pacientes estaban tomando antidepresivos. A la hora de analizar el tipo de antidepresivos recibidos, 27(43%) de los pacientes estaban tomando ISRS, siendo el citalopram el más usado, 14(22%) duloxetine o venlafaxina, 15 (25%) estaban en tratamiento con trazodona,



mirtazapina y reboxetina y 7(10%) de los pacientes estaban en tratamiento con tricíclicos. Es importante señalar que 12 pacientes (13%) estaban en tratamiento con más de un antidepresivo simultáneamente. Finalmente al analizar el modo de prescripción de estos antidepresivos encontramos que el 22% de los pacientes no estaban recibiendo tratamiento concomitante con estabilizadores del estado de ánimo.

Al valorar la frecuencia de tratamiento con terapia electroconvulsiva, 12 (32%) pacientes diagnosticados de trastorno bipolar tipo I habían recibido este tipo de terapia, en el caso de los pacientes con diagnóstico de BAD II esto sucedía en 9 (20%) de los casos.

## Discusión

Numerosas guías se han escrito con la intención de ayudar al clínico en el tratamiento de esta patología. Indicaciones que años previos se admitían sin duda hoy se cuestionan, influyen en el tratamiento que se da en la práctica diaria.

Así por el ejemplo el litio, se ha señalado como muy útil en el trastorno bipolar, siendo un tratamiento de elección y ha sido fuertemente recomendado en las guías terapéuticas (16). Entre sus ventajas, se ha señalado su capacidad para prevenir el riesgo de suicidio (17), y se ha observado su eficacia tanto frente a la manía como frente a la depresión (17). Sin embargo, entre las desventajas del litio, nos encontramos con el retraso en su comienzo de acción, alrededor de las 3 semanas, el desarrollo de refractariedad al litio tras el abandono de la medicación (18) y así mismo su menor efecto en episodio mixtos o de manía disfórica, ciclación rápida, abuso concomitante de sustancias o trastornos de personalidad y un amplio rango de complicaciones tanto agudas como crónicas (19). El litio, según las recomendaciones de *British Association for Psychopharmacology*, actualmente no es considerado tratamiento de primera elección en el tratamiento agudo de episodios de manía, recomendándose el tratamiento en esta fase con antipsicóticos o ácido valproico, reservándose el litio para casos de tratamiento agudo de un episodio de manía moderada o de mantenimiento. Entre nuestros resultados, el porcentaje de pacientes que se reciben tratamiento con litio (34%), se podría considerar menor de lo

que podríamos esperar, sin embargo el porcentaje de pacientes en tratamiento con antiepilépticos (69%) es mayor, siendo el más frecuente dentro de este grupo el ácido valproico, reflejando estos resultados las recomendaciones de dicha guía.

El ácido valproico ha demostrado una mayor rapidez de acción (20), frecuentemente dentro de las dos semanas, así como una mayor efectividad en ciclación rápida y episodios mixtos, siendo señalado como tratamiento de elección en estos casos (15, 21). Su eficacia en la manía es clara, considerándose de elección en casos de manía grave según esta guía, en la depresión, su eficacia ha sido observada en un estudio (22). Respecto a la carbamacepina, parece ser eficaz en manía pero poco eficaz en depresión, estudios han demostrado su inferioridad respecto al litio (23, 24), y así mismo sus efectos secundarios (19, 25) y su interacción con otros medicamentos mediante inducción del metabolismo de éstos como antidepresivos, antipsicóticos u otros antiepilépticos dificulta su utilización dado el bajo porcentaje de pacientes con esta patología que se encuentran en monoterapia (19), en nuestro estudio solo el 14% de estos pacientes se encontraban en monoterapia.

La lamotrigina, que en algunos artículos se ha considerado eficaz en cualquier tipo de episodio (26), en otros artículos o guías se recomienda solo eficaz en el caso de la depresión, siendo de elección en casos de episodio depresivo tanto a en fase aguda como de mantenimiento (15).

Nuestros resultados reflejarían en cierta forma las indicaciones de guía como *British Association for Psychopharmacology*, siendo el ácido valproico el antiepiléptico más usado, el litio es relativamente poco utilizado y la lamotrigina, presenta un porcentaje importante de utilización siendo superior a la carbamacepina.

Es importante señalar que a pesar de las indicaciones de la necesidad de tratar a estos pacientes con estabilizadores del estado de ánimo (15), incluyéndose dentro de este grupo el litio, antiepilépticos, la olanzapina y la quetiapina, continúa existiendo un porcentaje del 16% que no los reciben. Podríamos plantearnos como causalidad de este dato, la posibilidad de diagnósticos erróneos con el consiguiente retraso en el diagnóstico de trastorno bipolar o el interés en el tratamiento

exclusivamente del episodio por el que se acude a tratamiento, siendo el más frecuente el episodio depresivo (27). Es importante señalar la posibilidad de influir en el pronóstico del trastorno bipolar con este tipo de manejo.

Respecto al tratamiento antipsicótico, en los últimos años el tratamiento con antipsicóticos atípicos ha ganado importancia en el tratamiento del trastorno bipolar. Se ha probado el efecto estabilizador en el caso de la olanzapina y quetiapina, así como el efecto de este último en el tratamiento de la depresión. El efecto de ambos junto con el aripiprazol o la risperidona también ha sido demostrados en la manía (20). Así mismo, los antipsicóticos típicos fueron considerados tradicionalmente de primera línea en el tratamiento de la manía aguda, especialmente en Europa, así por ejemplo el haloperidol se ha usado frecuentemente dado que parece actuar más rápidamente que los estabilizadores del estado de ánimo, aunque también se ha hablado de la posibilidad de inducir episodios depresivos en este grupo de tratamiento. En las guías actuales los antipsicóticos atípicos son considerados preferibles al uso de los típicos, alegándose un perfil de efectos secundarios más favorable, especialmente a nivel motor y su eficacia como agente antimaniacos (15). En nuestro estudio obtenemos porcentajes altos de utilización de antipsicóticos (58%), siendo los atípicos más usados y dentro de este grupo la quetiapina sería el más utilizado (37%), seguido de la olanzapina (35%), nuestros datos reflejarían por lo tanto la tendencia al seguimiento de dicha guía de referencia en este aspecto.

Finalmente en relación al tratamiento de los antidepresivos en este trastorno una menor eficacia de estos respecto a la depresión unipolar ha sido señalado, así mismo se ha señalado que este grupo de fármacos puede inducir un cambio de fase a manía, hipomanía, episodios mixtos o ciclación rápida, creando una desestabilización anímica (13, 14). Se plantea que esta capacidad para cambiar de fase, sería mayor en el caso de los tricíclicos y los antidepresivos duales (13, 14), y en el desarrollo de ideación suicida (28). En guía *British Association for Psychopharmacology* se recomienda para el tratamiento de episodios depresivos como primera elección la lamotrigina y la quetiapina, en episodios moderados o leves, considerándose la opción de antidepresivos junto con un

estabilizador del estado de ánimo en los episodios moderados, no considerándose la opción del tratamiento con tricíclicos. Así mismo, no se recomienda el uso de antidepresivos sin utilizar estabilizadores, dado los riesgos previamente comentados. Respecto a la duración del tratamiento antidepresivo se recomienda la discontinuación del tratamiento antidepresivo tras 12 semanas de remisión de los síntomas. Junto con la lamotrigina y la quetiapina, el uso de fluoxetina y olanzapina en combinación también ha demostrado por la FDA en el tratamiento de la depresión bipolar (29). La sintomatología depresiva es especialmente frecuente en este grupo de pacientes, así por ejemplo, la sintomatología depresiva subsindrómica es hasta 3 veces más frecuente que la maniaca (30, 31), buscando dos o tres veces más frecuentemente el tratamiento cuando presentan sintomatología depresiva (27). También se ha señalado que un 20% de los pacientes presentan una fase depresiva de forma crónica (32), además la sintomatología depresiva subsindrómica se ha asociado con una menor funcionalidad de estos pacientes (33). En los pacientes con ciclación rápida los episodios depresivos han mostrado ser más resistentes al tratamiento que los episodios maniacos o hipomaniacos (34). Los resultados que obtenemos reflejarían que hoy en día, a pesar de las indicaciones de las guías, un porcentaje de pacientes recibe tratamiento con antidepresivos (54%), no recibiendo de forma concomitante estabilizadores del estado de ánimo en el 22%, además antidepresivos como los tricíclicos o los duales se utilizan de forma importante en la práctica diaria, 10 y 22% respectivamente de los pacientes tratados con antidepresivos. Por lo tanto, a la hora de tratar la sintomatología depresiva en la práctica clínica no se siguen las recomendaciones de las guías, pudiendo esto repercutir en el pronóstico de esta patología al generar mayor ciclación rápida, cambios de fase... Podríamos valorar la posibilidad que estos datos o la forma de prescribir en los episodios depresivos se ve relacionada con esta mayor repercusión en la funcionalidad del paciente, esta mayor demanda de tratamiento por parte del paciente y esta mayor resistencia al tratamiento que en los episodios maniacos o hipomaniacos.

El concepto del trastorno bipolar así como su tratamiento ha ido cambiando a lo largo de los años, su pronóstico no tan benigno como se



señaló previamente así como unos menores periodos asintomáticos como se ha detectado actualmente, influyen en los costes que esta patología puede tener el paciente. La necesidad de un adecuado tratamiento, enfocando este no solo en la necesidad de respuesta a corto plazo,

si no en la evolución a largo plazo, puede ayudar a mejorar el pronóstico de esta patología. Por lo tanto la aplicación de las indicaciones basadas en la evidencia, en nuestra práctica clínica será necesaria, en orden a influir positivamente en el pronóstico de este trastorno.

**Contacto:**

Noemí Varela Gómez • C S Mental de Barakaldo, La Felicidad, 9 • 48901-Barakaldo  
Tel. 946 007 835 • noemivarelag@gmail.com

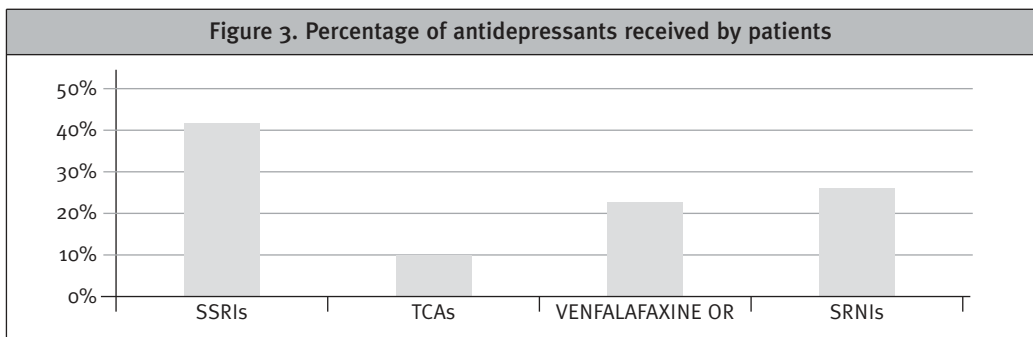
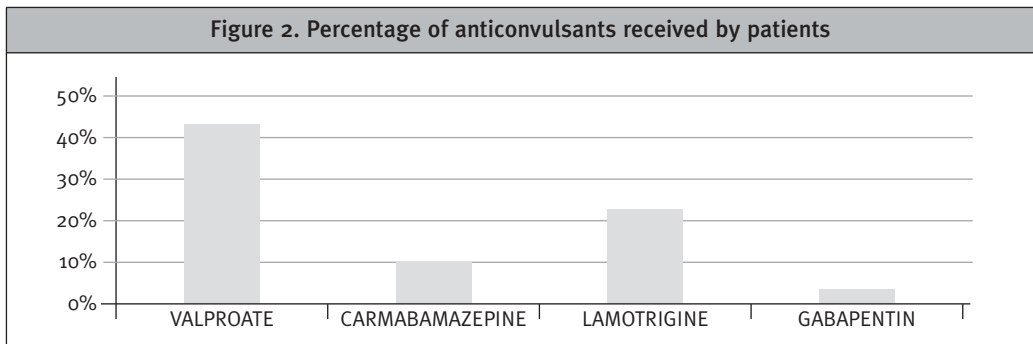
**Bibliografía**

1. Bourdon KH, Rae DS, Locke BZ, Narrow WE, Regier DA. Estimating the prevalence of mental disorders in U.S. adults from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Public Health Rep* 1992 Nov-Dec;107(6):663-8.
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994 Jan;51(1):8-19.
3. Weissman MM, Broadhead WE, Olfson M, Sheehan DV, Hoven C, Conolly P, et al. A diagnostic aid for detecting (DSM-IV) mental disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1998 Jan;20(1):1-11.
4. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord* 2003 Jan;73(1-2):123-31.
5. Parikh SV, Wasylenki D, Goering P, Wong J. Mood disorders: rural/urban differences in prevalence, health care utilization, and disability in Ontario. *J Affect Disord* 1996 Apr 26;38(1):57-65.
6. Murray CJ, Lopez AD. Evidence-based health policy—lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science* 1996 Nov 1;274(5288):740-3.
7. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Reed M, Davies MA, Frye MA, Keck PE, et al. Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample. *J Clin Psychiatry* 2003 Apr;64(4):425-32.
8. Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, Reed M, Davies MA, Frye MA, et al. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry* 2003 Jan;64(1):53-9.
9. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994 Aug;31(4):281-94.
10. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, Maser J, Coryell W, Solomon D, et al. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003 Jun; 6(2):127-37.
11. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, Coryell W, Leon AC, Maser JD, et al. Residual symptom recovery from major affective episodes in bipolar disorders and rapid episode relapse/recurrence. *Arch Gen Psychiatry* 2008 Apr; 65(4):386-94.
12. Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A, Benabarre A, Reinares M, Gasto C. Bipolar II disorder and comorbidity. *Compr Psychiatry* 2000 Sep-Oct;41(5):339-43.
13. Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes T, McElroy SL, Keck PE, Jr., et al. Risk of switch in mood polarity to hypomania or mania in patients with bipolar depression during acute and continuation trials of venlafaxine, sertraline, and bupropion as adjuncts to mood stabilizers. *Am J Psychiatry* 2006 Feb;163(2):232-9.
14. Moller HJ, Bottlender R, Grunze H, Strauss A, Wittmann J. Are antidepressants less effective in the acute treatment of bipolar I compared to unipolar depression? *J Affect Disord* 2001 Dec;67(1-3):141-6.
15. Goodwin GM. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition—recommendations from the British Asso-

- ciation for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2009 Jun;23(4):346-88.
16. Vieta E, Nolen WA, Grunze H, Licht RW, Goodwin G. A European perspective on the Canadian guidelines for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005;7 Suppl 3:73-6.
  17. Grunze H, Kasper S, Goodwin G, Bowden C, Moller HJ. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders, part III: maintenance treatment. *World J Biol Psychiatry* 2004 Jul;5(3):120-35.
  18. Post RM, Leverich GS, Altshuler L, Mikalaukas K. Lithium-discontinuation-induced refractoriness: preliminary observations. *Am J Psychiatry* 1992 Dec;149(12):1727-9.
  19. Faedda GL, Baldessarini RJ, Tohen M, Strakowski SM, Waternaux C. Episode sequence in bipolar disorder and response to lithium treatment. *Am J Psychiatry* 1991 Sep; 148(9):1237-9.
  20. Fountoulakis KN, Vieta E, Siamouli M, Valenti M, Magiria S, Oral T, et al. Treatment of bipolar disorder: a complex treatment for a multi-faceted disorder. *Ann Gen Psychiatry* 2007;6:27.
  21. Yatham LN, Kennedy SH, O'Donovan C, Parikh S, MacQueen G, McIntyre R, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. *Bipolar Disord* 2005;7 Suppl 3:5-69.
  22. Davis LL, Bartolucci A, Petty F. Divalproex in the treatment of bipolar depression: a placebo-controlled study. *J Affect Disord* 2005 Apr; 85(3):259-66.
  23. Lerer B, Moore N, Meyendorff E, Cho SR, Gershon S. Carbamazepine versus lithium in mania: a double-blind study. *J Clin Psychiatry* 1987 Mar; 48(3):89-93.
  24. Ballenger JC, Post RM. Carbamazepine in manic-depressive illness: a new treatment. *Am J Psychiatry* 1980 Jul;137(7):782-90.
  25. Blackburn SC, Oliart AD, Garcia Rodriguez LA, Perez Gutthann S. Antiepileptics and blood dyscrasias: a cohort study. *Pharmacotherapy* 1998 Nov-Dec;18(6):1277-83.
  26. Grunze H, Kasper S, Goodwin G, Bowden C, Baldwin D, Licht RW, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders, Part II: Treatment of Mania. *World J Biol Psychiatry* 2003 Jan;4(1):5-13.
  27. Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ, Cluss PA, Houck PR, Stapf DA. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *J Clin Psychiatry* 2002 Feb;63(2):120-5.
  28. Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P, Cottrell D, Cotgrove A, Boddington E. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet* 2004 Apr 24;363(9418):1341-5.
  29. Brown EB, McElroy SL, Keck PE, Jr., Deldar A, Adams DH, Tohen M, et al. A 7-week, randomized, double-blind trial of olanzapine/fluoxetine combination versus lamotrigine in the treatment of bipolar I depression. *J Clin Psychiatry* 2006 Jul;67(7):1025-33.
  30. Post RM, Denicoff KD, Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes TM, et al. Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH life chart method. *J Clin Psychiatry* 2003 Jun;64(6):680-90; quiz 738-9.
  31. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002 Jun;59(6):530-7.
  32. Keller MB, Lavori PW, Coryell W, Andreasen NC, Endicott J, Clayton PJ, et al. Differential outcome of pure manic, mixed/cycling, and pure depressive episodes in patients with bipolar illness. *JAMA* 1986 Jun 13;255(22): 3138-42.
  33. Yatham LN, Lecrubier Y, Fieve RR, Davis KH, Harris SD, Krishnan AA. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disord* 2004 Oct;6(5): 379-85
  34. Calabrese JR, Shelton MD, Bowden CL, Rappport DJ, Suppes T, Shirley ER, et al. Bipolar rapid cycling: focus on depression as its hallmark. *J Clin Psychiatry* 2001;62 Suppl 14:34-41.

- Recibido: 18-12-2010.
- Aceptado: 26-1-2011.

Figure 1. Percentage of drugs received by patients	
	All cases (n=93)
Male(Female)	30 (32%) : 63 (68%)
Age (SD)	47 (13%)
Monotherapy	13 (14%)
Combination therapy	76 (82%)
Antidepressants	50 (53,6%)
SSRI	27 (43%)
TCA	7 (10%)
Venlafaxine or duloxetine	14 (22%)
SRNI	15 (25%)
With mood stabilizers	39 (78%)
Mood stabilizers	78 (84%)
Lithium alone	4 (5%)
Lithium	32 (34%)
Anticonvulsants alone	25 (32%)
Anticonvulsants	64 (69%)
Anticonvulsants+antipsychotics	16 (21%)
Antipsychotics	54 (58%)
Typicals	20 (21%)
Atipycals	47 (49,5)
Quetiapine	21 (21,5%)
Olanzapine	19 (20%)



# Riesgo del síndrome de síntomas psicóticos atenuados en DSM-V

## *Risk of Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome in DSM-V*

**Héctor Hueso Holgado.**

Médico Psiquiatra USM La Vera- Tenerife y Psicoanalista Asociado de la Asociación Venezolana de Psicoanálisis: IPA y FEPAL.

**Resumen:** El Grupo de Trabajo para el desarrollo del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) está aún evaluando la evidencia para incluir el Síndrome de Síntomas Psicóticos Atenuados (Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome (APSS)) ya sea en el Manual o en un Apéndice para futuras investigaciones. Quienes defienden estas propuestas señalan la importancia terapéutica, pronóstica y el beneficio para el paciente que ello supone. Sin embargo, diversos profesionales destacan los riesgos y perjuicios que también podrían acarrear. El presente artículo se propone revisar las ventajas y desventajas, concluyendo que aún no hay evidencias que avalen su inclusión como diagnóstico.

**Palabras clave:** Síndrome de Síntomas Psicóticos Atenuados; Pródromo; Esquizofrenia; Síntomas precoces de esquizofrenia; Prevención de psicosis.

**Abstract:** The Working Group for development of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) is still assessing the evidence to include the Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome (APSS) in either the manual or in an appendix for future research. Advocates of these proposals point to the therapeutic and prognosis importance, and the benefit to the patient involved. However, many professionals highlight the risks and losses that may also ensue. This article aims to review the pros and cons, concluding that there is still no evidence to support its inclusion as a diagnosis.

**Keywords:** Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome; Prodrome; Schizophrenia; Early symptoms of schizophrenia; Prevention of psychosis.

### Introducción

Originalmente presenté una versión previa de este artículo en julio de 2010, en una sesión clínica del Hospital Nuestra Señora de Candelaria en Tenerife, con el título “Riesgo del Síndrome de Riesgo de Psicosis en DSM-V (SRP)” pero a poco de terminar de escribirlo, el Grupo de Trabajo para el desarrollo del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)

decidió cambiarle el nombre por el de Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome, por tanto decidí hacerle algunas modificaciones.

Sorprende la velocidad con la que se cambió el nombre -aunque sin modificar los criterios de inclusión- y es evidente el interés por incluirlo en el DSM-V, pero ¿responde esto al peso de la evidencia; al deseo de seguir investigándolo con

criterios validados; o a otros intereses (incluyen- do el de los laboratorios farmacéuticos)?

Los creadores del APSS insisten en la importan- cia del diagnóstico y tratamiento precoz, pero como veremos, ni la validez del primero, ni el beneficio del segundo están demostrados.

Hay poco que discutir sobre la importancia de la prevención en medicina y todos coincidiríamos en el beneficio indiscutible de diagnosticar y tratar precozmente cualquier enfermedad. Los proble- mas empiezan al considerar los límites difusos entre enfermedad mental y normalidad y continúan cuando se pretende hacer prevención en patologías como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, puesto que la primera pregunta que habría que hacerse es si estos diagnósticos correspon- den realmente a dos enfermedades claramente definidas o si son síndromes heterogéneos.

Por otra parte, si pensamos en la esquizofrenia o el trastorno bipolar como pensaríamos en una enfermedad como la polio, cabría poca duda sobre la importancia de desarrollar tratamientos preventivos (como una vacuna que impidiera su aparición) o la reducción del daño futuro gracias a intervenciones precoces que lo limiten. Pero nuevamente nos encontraremos con la dificultad de evaluar tratamientos o intervenciones para entidades que no estén claramente definidas, con etiología poco clara (probablemente polige- nética y multifactorial), y menos aún para síndro- mes prodrómicos aún menos claros.

En este sentido, habitualmente la clasificación del DSM ha enfatizado más en lograr la “fiabili- dad” (o sea, que distintos clínicos hagan un mismo diagnóstico) que en lograr la “validez” (o sea, que lo que diagnostiquen exista como enti- dad y sea válido). En el caso del APSS esto no ha sido distinto, puesto que no hay evidencia sufi- ciente que sustente que el diagnóstico sea válido y los criterios ambiguos limitan la fiabilidad.

En primer lugar se revisará la proposición para incluir el Síndrome de Síntomas Psicóticos Atenuados (APSS) que hace el Grupo de Trabajo para el desarrollo del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) (1), para des- pués comentar los beneficios y riesgos de éste tipo de categorizaciones y las críticas que se le hacen.

## **Criterios diagnósticos propuestos para el DSM-V**

Se deben cumplir los seis criterios siguientes:

- A. Síntomas característicos: se presenta al menos uno de los siguientes en forma aten- uada, con juicio de realidad conservado, pero con la severidad y/o frecuencia sufi- ciente como para que no puedan ser olvida- dos o ignorados:
  1. Delirios.
  2. Alucinaciones.
  3. Lenguaje desorganizado.
- B. Duración y frecuencia: los síntomas que cumplen el criterio A deben presentarse con una frecuencia promedio de al menos una vez a la semana en el último mes.
- C. Progresión: los síntomas que cumplen el criterio A deben haberse iniciado o empeo- rado significativamente en el último año.
- D. Malestar clínico / Disfunción / Búsqueda de tratamiento: los síntomas causan malestar clínico significativo y/o disfunción socio- laboral al paciente y/o padres/cuidadores como para llevar a buscar ayuda.
- E. Los síntomas psicóticos atenuados caracte- rísticos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental del DSM- V, incluyendo los trastornos relacionados con sustancias.
- F. Nunca se han cumplido criterios diagnósti- cos para cualquier otro trastorno psicótico.

Respecto al APSS, no deja de sorprender que sólo haya cambiado el nombre y ninguno de los criterios, y que estos aún sean igual de ambi- guos que para el SRP. ¿No es ambiguo un criterio que habla de síntomas atenuados, con juicio de realidad conservado, pero con la severidad sufi- ciente?, ¿qué es atenuado y cuál es la severidad suficiente? Y cuando luego señala que deben estar presentes en el último mes, pero haberse iniciado o empeorado en el último año?, ¿qué es lo que debe haberse iniciado en el último año y qué en el último mes?

## Justificación y racionalidad según el Grupo de Trabajo del DSM-V

Lo que sigue a continuación es lo que señala el Grupo de Trabajo del DSM-V (y tampoco ha cambiado un ápice respecto al SRP):

“Es posible identificar a los jóvenes con riesgo de manifestar en el futuro un trastorno psicótico. En estudios de seguimiento se ha establecido que los signos y síntomas precoces de esquizofrenia están presentes años antes de que se hiciera el diagnóstico (por ejemplo, estudio longitudinal de Haffner) y puede ser predecible incluso en niños (estudio de películas caseras de Walker). Sin embargo, la evidencia de la efectividad de detectar individuos en riesgo proviene del trabajo de múltiples grupos de investigación en varios países en los últimos 15 años”.

“Se han publicado datos sobre la validez de los criterios para identificar estos individuos (2). Se ha publicado una aproximación en este sentido para el DSM-V (3 y 4). También se ha debatido ampliamente (ver las presentaciones y discusiones del Schizophrenia Research Forum)”.

“Los aspectos críticos a considerar incluyen: sensibilidad, especificidad, poder predictivo positivo y poder predictivo negativo, evidencia de la efectividad de la intervención y aspectos relacionados al estigma y al daño potencial del tratamiento excesivo”.

“El beneficio potencial de establecer una nueva categoría involucra la evidencia de que la enfermedad psicótica es tratada con más eficacia en el inicio y puede producir un beneficio duradero que no se alcanza con las intervenciones más tardías. Además, como se ha señalado en un reciente reporte del IOM, la prevención requiere de su aplicación y parece razonable anticipar que se desarrollaran intervenciones en prevención primaria y secundaria en diversos trastornos mentales”.

“Hay preguntas por responder como, por ejemplo, si los usuarios comunes del DSM-V podrán identificar los casos de manera válida y confiable en los lugares habituales de trabajo. Cualquier avance en ésta proposición dependerá de la respuesta afirmativa a esta pregunta en los estudios de campo. Un segundo problema se relaciona con la ausencia de intervenciones

basadas en la evidencia que demuestren beneficios en reducir la conversión a psicosis. Finalmente, se necesita más información en relación al potencial efecto negativo en los falsos positivos. Estos aspectos deben ser sopesados para lograr valorar el balance daño/beneficio al avanzar en esta proposición”.

## Beneficios de la intervención en pródromos de psicosis

Antes de revisar lo que considero los riesgos del diagnóstico de SRP, veamos algunos de los argumentos propuestos a favor de la intervención en pródromos de esquizofrenia y trastorno bipolar. En tal sentido, en las “Segundas jornadas científicas: Encuentros en psiquiatría” el 26 y 27 de marzo de 2010, desarrolladas en el Zucker Hillside Hospital de New York, Celso Arango señaló los siguientes puntos a favor (luego veremos sus razones en contra) (5):

1. Al inicio de la enfermedad ya están presentes los cambios.
2. Déficits cognitivos.
3. Disminución de la sustancia gris cerebral.
4. Deterioro de las relaciones y habilidades sociales.
5. Comportamiento extraño notorio (y el estigma que conlleva).
6. Si no es efectivo en prevención primaria, el comienzo del tratamiento puede retrasar el comienzo del cuadro psicótico o que sea menos grave.

Es indudable y no tiene discusión que sea beneficioso el diagnóstico precoz y detección de pródromos en psicosis, pero para ello tendrían que estar respondidas las siguientes preguntas que, con rigor y honestidad se hacen Correll y col (6):

1. ¿Pueden las intervenciones tempranas mejorar los estados prodrómicos?
2. ¿Se pueden reducir las tasas de manifestación de la enfermedad?
3. ¿Pueden retrasarse las manifestaciones de la enfermedad?
4. ¿Cuáles son las intervenciones más apropiadas?

5. ¿Difieren las intervenciones para reducción de síntomas vs prevención?
6. ¿Las intervenciones son específicas para la fase de la enfermedad (temprana vs tardía)?
7. ¿Por cuánto tiempo tienen que prolongarse las intervenciones prodrómicas?
8. ¿Cuáles son los predictores de respuesta de los síntomas, de conversión a psicosis y de evolución?
9. ¿Puede modificarse la evolución sintomática de la enfermedad completa?
10. ¿Puede modificarse el curso y responsividad de la enfermedad completa?
11. ¿Se relaciona la respuesta exitosa del pró-dromo con la prevención de la enfermedad?
12. ¿Se relaciona la respuesta exitosa del pró-dromo con la evolución de la enfermedad?

### **Abriendo la caja de Pandora.**

#### **La subjetividad de lo pre-psicótico**

“Abriendo la caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM-V”, así se titula un reciente artículo de Allen Frances (editor y jefe de Grupo de Tareas del DSM-IV). Frances hace una seria crítica al modo en que se está trabajando en la nueva clasificación. Cuestiona la pobre e inconsistente redacción; las tasas más altas de trastornos mentales (debido a la inclusión de más trastornos y los umbrales diagnósticos más bajos); la insensibilidad al posible mal uso como parámetros forenses; y los nuevos diagnósticos problemáticos, entre los cuales el SRP le parece el más preocupante. Aunque la cita sea larga vale la pena reproducirla con sus palabras:

*“El Síndrome de Riesgo de Psicosis es ciertamente la más preocupante de las sugerencias hechas para el DSM- V. La tasa de falsos positivos sería alarmante, del 70 al 75% en la mayoría de los estudios más cuidadosos y aparentemente mucho más alta una vez que el diagnóstico sea oficial, para el uso general, y se convierta en un blanco para las compañías farmacéuticas. Cientos de miles de adolescentes y jóvenes adultos (especialmente, según parece, aquellos incluidos en MedicAid) recibirían una innecesaria prescripción de antipsicóticos atípicos. No hay prue-*

*ba de que los antipsicóticos atípicos prevengan de episodios psicóticos, pero definitivamente sí causan gran y rápido aumento de peso (ver la reciente advertencia de la FDA) y están asociados a la reducción de la expectativa de vida, por no decir nada sobre su alto costo, otros efectos colaterales y estigmas-. Esta sugerencia podría llevar a una catástrofe de salud pública y no hay prueba de campo posible que pueda justificar esta inclusión como un diagnóstico oficial. El intento de identificación temprana y tratamiento de individuos en riesgo es bien intencionado, pero peligrosamente prematuro. Debemos esperar hasta que haya un test de diagnóstico específico y un tratamiento seguro” (7).*

Creo que Frances es bastante elocuente y concuerda con los estudios holandeses de Van Os y col. que muestran que los síntomas psicóticos leves o “atenuados” son frecuentes en la población normal (8 y 9). Pero además concuerda con los resultados de una investigación suiza en que se siguieron por un año 72 pacientes con alto riesgo de psicosis (según la escala de ultra-high risk (UHR)) y se encontró que en el 59,2% había remitido el criterio de UHR y sólo 13,5% habían desarrollado una psicosis completa (10).

Pero no solo lo pre-psicótico es problemático, sino que incluso el propio concepto de psicosis ya lo es. Como señalé en otra parte (11) y ha sido comentado también por Jibson y col. (12) -entre otros- la subjetividad de la definición de psicosis se hace patente si la aplicamos a patologías cuyos síntomas pueden parecer psicóticos, como algunos trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos de alimentación, episodios disociativos, flash-backs postraumáticos, fobias sociales extremas, trastornos dismórficos, y algunos trastornos de personalidad.

Ante las dificultades que plantea el diagnóstico por categorías del DSM-IV, el DSM-V propone para la esquizofrenia y algunos trastornos la opción de “diagnósticos dimensionales”. Reconoce la diversidad del fenómeno psicótico, la gran heterogeneidad de los síntomas psicóticos y que la investigación va demostrando que las fronteras entre las entidades nosológicas parece no ser tan categorial como sugirió Kraepelin.

Estos hallazgos parecen ir apuntando hacia el modelo de la macedonia o ensalada de frutas de Julio Sanjuán. A continuación veremos a qué me refiero.

### **Modelo de la cebolla, el melocotón o la macedonia**

En las citadas jornadas del Zucker Hillside Hospital, en la discusión de la ponencia del Anil Malhotra sobre “la genética de la psicosis”, Julio Sanjuán (13) destacó que en general los hallazgos genéticos en psicosis siguen siendo inconsistentes. Señaló que una de las dificultades reside en la esencia de la esquizofrenia, dependiendo del modelo que realmente tenga, puesto que sería distinto si la enfermedad se parece al melocotón, en cuyo caso al ir quitando la pulpa finalmente se llegaría al hueso. Mientras que si se pareciera a la cebolla, se podría ir quitando capa a capa hasta descubrir que en el centro no habría nada. Pero incluso cuando observamos el solapamiento que hay entre patologías como la esquizofrenia, la bipolar, la ansiedad, el pánico, el TOC, etc., podría resultar que el modelo más correcto sería el de la macedonia de frutas, lo cual equivaldría al modelo de continuum entre distintos trastornos. Y considero que esto no sólo es válido para la genética, sino para la clínica.

En el mismo evento, Correll (6) preguntó a la audiencia qué harían si a la consulta llega un niño o adolescente que ha dejado los estudios; presenta malestar clínico significativo y disfunción social; comenta que a veces ve sombras de reojo; cree que en ocasiones la gente lo mira mal y últimamente está muy interesado por la vida extraterrestre. Las respuestas fueron diversas, por lo que explicó que precisamente sus preguntas buscaban mostrar lo difícil que resulta tener intervenciones claras, pero a la vez subrayar que tampoco podemos quedarnos de brazos cruzados hasta que se haga presente la enfermedad y que hay que aportar alguna respuesta y solución al paciente y su familia.

Retomando los modelos de frutas de Sanjuán, ¿cómo se puede estar seguro del SRP si ni siquiera estamos seguros si hablamos de una cebolla, un melocotón o una ensalada de frutas? Por otra parte, Correll había destacado que aunque su programa estaba diseñado para detectar esquizofre-

nia, lo que estaban encontrando eran pródromos de psicosis en general, por tanto, no sabemos si los pródromos determinan patologías específicas o simplemente la posibilidad de enfermar.

Además, si hoy en día se hace tanto énfasis en el concepto de resiliencia (en la posibilidad del niño y adolescente de evolucionar a partir de crisis) tal vez la disyuntiva no esté entre medicar o no hacer nada, sino en la observación expectante y la atención psicoterapéutica, que como veremos después, se ha demostrado efectiva.

### **Tratamiento del Síndrome de Síntomas Psicóticos Atenuados**

En cuanto al tratamiento en síntomas prodrómicos de psicosis, lo primero a considerar es si está realmente probado, como se repite con insistencia en muchos ámbitos, que el tratamiento precoz previene la aparición de la psicosis y/o la “neurotoxicidad”. Recordemos que según dice el grupo de trabajo del DSM-V “*el beneficio potencial de establecer una nueva categoría involucra la evidencia de que la enfermedad psicótica es tratada con más eficacia en el inicio y puede producir un beneficio duradero que no se alcanza con las intervenciones más tardías*” (1).

Si revisamos los estudios realizados vemos que esta aseveración no se sostiene y que los estudios son poco concluyentes e incluso contradictorios. Por ejemplo, McGlashan y col (14) compararon 31 pacientes que recibieron Olanzapina en dosis de entre 5 a 15 mgrs./día con 29 que recibieron placebo y encontraron diferencias a favor de Olanzapina pero no estadísticamente significativas. Tampoco fue concluyente el estudio de McGorry y col (15) con 59 pacientes en el que se comparó la “intervención basada en la necesidad” con otro tratamiento que combinaba dosis promedio de Risperidona de 1,3 mgrs/día y terapia cognitivo-conductual, pues aunque pareció que el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico más específico reducía el riesgo de psicosis, la contribución relativa de cada uno no pudo ser determinada.

Por otra parte, en el estudio prospectivo de Cornblatt y col (16) con 48 adolescentes con este tipo de clínica, 12 de los que recibieron antipsicóticos de segunda generación desarrollaron un trastorno psicótico, mientras no suce-

dió en ninguno de los tratados con antidepresivos (log-rank  $\chi^2(2) = 7.36$ ,  $df = 1$ ,  $p = .007$ ). Y dado que el pensamiento desorganizado no mejoró con ninguno de los tratamientos, sugieren que puede ser preferible iniciar el tratamiento con antidepresivos y avanzar hacia antipsicóticos cuando los síntomas se intensifiquen.

En relación al tratamiento psicoterapéutico, en el estudio controlado y aleatorizado de Morrison y col (17) que comparó terapia cognitiva durante seis meses con "tratamiento usual", en 58 pacientes con riesgo ultra-alto (ultra-high risk) de desarrollar un primer episodio de psicosis, se demostró que la terapia cognitiva redujo significativamente la progresión hacia un trastorno psicótico e incluso mejoró los síntomas positivos durante 12 meses.

Correll (6) comentó que hay estudios en Alemania que demuestran la mejoría de los pródromos de esquizofrenia con terapia cognitiva. Sin embargo, algunos hallazgos sobre los antipsicóticos atípicos generan cierta duda pues se ha visto casos en los que al suspenderlos aparecían síntomas psicóticos, lo cual podría significar que, o bien el uso del fármaco haya producido la expresión de la enfermedad, o bien que contenía los síntomas hasta que se suspendió. Pero curiosamente no sucedía cuando se habían usado antidepresivos.

### **Validez y fiabilidad del diagnóstico de esquizofrenia y del APSS**

Si se están tratando de definir criterios válidos y fiables para los pródromos, deberíamos partir de la base de que lo son para la propia psicosis, pero ¿cumple la esquizofrenia con estos criterios? Pues no los cumple, según un interesante y bien documentado libro llamado "Modelos de locura", publicado en 2004 entre 23 profesionales de la salud mental. Uno de ellos, John Read (18), cuestiona la fiabilidad (o sea, el que distintos clínicos estén de acuerdo en clasificar a un sujeto como esquizofrénico; por tanto se cumplan los requisitos para determinar que exista el concepto) pues usando el DSM-IV, tomando grupos de dos personas, se producen 15 combinaciones distintas con las que diagnosticar esquizofrenia a individuos sin que tengan nada en común. Además, cita la investigación de Herron (1992) que utilizó 16 sistemas para clasificar esquizofre-

nia en 248 sujetos, encontrando que el número de pacientes diagnosticados al aplicar cada uno de estos sistemas variaba entre 1 y 203.

Read señala que si la fiabilidad no es demostrable no tiene sentido la validez (o sea, que varios especialistas coincidan en hacer un diagnóstico y éste sea correcto; por tanto que el diagnóstico resulte útil para comprender algo), pues no se podrán valorar las propiedades de la esquizofrenia al ser distinta la población estudiada por diferentes investigadores. Incluso cita un estudio en el que las personas con trastorno de identidad disociativo tuvieron más síntomas de esquizofrenia que aquellos diagnosticados de ésta. Concluye que para que existan fiabilidad y validez, más que categorías diferenciadas, es mejor construir categorías en términos de dimensiones.

### **Riesgos de la intervención en pródromos de psicosis**

El discutiendo de la ponencia de Correll fue Arango. Antes vimos los beneficios que propuso para la intervención en pródromos de psicosis, ahora veamos los riesgos que señaló (5):

1. Falsos positivos [recordemos que para Frances (7) pueden ser de 70 a 75%].
2. Criterios no establecidos.
3. Curso prodrómico no bien caracterizado.
4. No están definidos los cuidados óptimos.
5. Baja especificidad, por ejemplo, para diagnosticar manía en niños.
6. Muchos síntomas son comunes a varias patologías.

Creo que son bastante evidentes los riesgos que se asumen con tratamientos farmacológicos, teniendo en cuenta el potencial de producir efectos secundarios graves como el aumento de peso y el síndrome metabólico, así como el estigma y las consecuencias que tienen para un joven y su familia el suponer que desarrollará un trastorno psicótico sin haber suficientes evidencias.

### **Evolución de los pródromos y de las psicosis breves**

Otro problema a considerar es si estamos en conocimiento de cuál es la evolución real de los pródro-

mos. Para ello podríamos recurrir a los estudios sobre la evolución de otro modelo como el de las psicosis breves o las cicloides o las histéricas (entidades tampoco bien delimitadas).

En una publicación anterior sobre la psicosis histérica (11), hice referencia a su variable evolución. En ese sentido, Mojtabai (19) en el Tratado de psiquiatría de Kaplan y Sadock, refiriéndose a la psicosis histérica, señala que los pocos estudios de uno a cuatro años después del episodio, reportan cifras distintas. Por ejemplo, el danés y el realizado en New York encuentran otros diagnósticos de psicosis en la mitad de los casos en seguimiento; mientras el estudio alemán y el de la India encontraron otros diagnósticos en un 16 a 27% y en su mayoría fueron trastornos del humor. A mi modo de ver, la diferencia de resultados también se debe a la falta de criterios comunes para diagnosticar diversos episodios psicóticos agudos y no zanján la duda sobre si la psicosis histérica es una entidad en sí misma.

Por otra parte, el DSM-IV-TR señala que el Trastorno Psicótico Breve se presenta más frecuentemente en países menos desarrollados (influencia socio-cultural) y hay estudios que señalan que entre un 50 a 80% no evolucionan hacia trastornos más graves, como esquizofrenia o bipolar.

Todo ello apunta a la dificultad de precisar la evolución de un episodio psicótico breve, más o menos definido y en una sociedad específica, por tanto qué decir de la evolución de un pródromo no suficientemente precisado.

## Conclusiones

Considero que de la lista de 12 preguntas que se hacen Correll, Kane y cols. puede concluirse que el número de ellas aún por contestarse respecto al APSS son tantas y profundas que sería un riesgo altísimo incluir este diagnóstico en el DSM-V. Ello no significa que no sea muy valioso investigar en el campo de los pródromos, al contrario. Pero poner a disposición general un diagnóstico

incierto, posiblemente estigmatizante y desmoralizante, con tratamientos no probados y potencialmente peligrosos (sin excluir la posibilidad de iatrogenia de la propia psicoterapia), no creo que ayude ni a la ciencia ni a los pacientes. Quizás ubicarlo en un apéndice para futuras investigaciones, podría tener utilidad desde ese punto de vista.

La cuestión del daño que sería privar a una persona de un posible tratamiento que le ahorre mucho sufrimiento presente y futuro, no creo tenga que ver realmente con lo que se discute (la validez de este diagnóstico, sus intervenciones y si se incluye en el DSM-V) puesto que cotidianamente cada clínico se encuentra frente a pacientes que le presentan retos de este tipo y, basándose en sus conocimientos, experiencia y en el paciente en particular, toma decisiones y se responsabiliza de sus acciones u omisiones.

Una cosa es no hacer nada frente a una persona que presenta la clínica que propuso Correll en la pregunta que hizo a la audiencia (ver antes) y otra afirmar categóricamente (y sin bases suficientes) que presenta un pródromo de una enfermedad grave como lo son las psicosis, con las consecuencias que tendría para esa persona y sus allegados la expectativa incierta de llegar o no a sufrirlas. Cosa distinta es reconocer que lo que presenta requiere atención, vigilancia o incluso medicación, para evitar la posibilidad de que se convierta en algo más serio, pero que también podría ser sólo una crisis vital que se supera (siempre atendiendo a la individualidad del caso).

Antes hice referencia a la escasez de información confiable sobre la evolución de los pródromos y psicosis breves, por tanto seguimos sin evidencia clara que nos permita decirle a un paciente que presenta el pródromo de una enfermedad grave o que tenemos información suficiente que apoye el uso de medicaciones con importantes efectos secundarios. Considero que se abre un campo amplio de investigación pero habrá que esperar a conocer más al respecto, antes de codificar y clasificar.

**Contacto:** Héctor Hueso Holgado • email: hhuesoh@hotmail.com

• Aceptado: 4-10-10.

## Bibliografía

1. Psychosis Work Group. Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome. Proposed revision. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Washington, DC, American Psychiatric Association, 2010. <http://www.dsm5.org>
2. Scott W. Woods, Jean Addington, Kristin S. Cadenhead, Tyrone D. Cannon, Barbara A. Cornblatt, Robert Heinssen, Diana O. Perkins, Larry J. Seidman, Ming T. Tsuang, Elaine F. Walker, and Thomas H. McGlashan. Validity of the Prodromal Risk Syndrome for First Psychosis: Findings From the North American Prodrome Longitudinal Study *Schizophr Bull* 2009 35: 894-908.
3. Heckers, S. Who Is at Risk for a Psychotic Disorder? *Schizophr Bull* 2009 35: 847-850.
4. Carpenter, W. Anticipating DSM-V: Should Psychosis Risk Become a Diagnostic Class? *Schizophr Bull* 2009 35: 841-843.
5. Arango, C. Pródromos e intervención temprana en esquizofrenia y trastorno bipolar (discutor). "Segundas jornadas científicas: Encuentros en psiquiatría". Zucker Hillside Hospital. New York, 26 y 27 de marzo de 2010
6. Correll, C. Pródromos e intervención temprana en esquizofrenia y trastorno bipolar (ponente). "Segundas jornadas científicas: Encuentros en psiquiatría". Zucker Hillside Hospital. New York, 26 y 27 de marzo de 2010.
7. Frances, A. Abriendo la caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM-V. *Psychiatric Times*. En: [www.psychiatristimes.com/display/article/10168/1522341?pageNumber=1&verify=0](http://www.psychiatristimes.com/display/article/10168/1522341?pageNumber=1&verify=0)
8. Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Vollebergh W. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58: 663-668.
9. Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med*. 2009; 39:179-195.
10. Simon AE, Umbricht D. High remission rates from an initial ultra-high risk state for psychosis. *Schizophr Res*. 2010;116: 168-172.
11. Hueso, H. Psicosis Histérica o Trastorno Disociativo Psicótico. El Problema de la Nosología Psiquiátrica. Citar: Psicosis Histérica o Trastorno Disociativo Psicótico. El Problema de la Nosología Psiquiátrica <http://caibco.ucv.ve> VITAE N° 34 Enero - Marzo de 2008 <http://vitae.ucv.ve/?module=articulo&rv=42&n=1283>
12. Jibson, M., Glick, I., Tandon, R. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: Clinical psychiatry self-assessment programs. Esquizofrenia. American Psychiatric Association. Ed. Medical trends. SL, 2006, 149-165.
13. Sanjuán, J. Genética de la psicosis. (discutor). "Segundas jornadas científicas: Encuentros en psiquiatría". Zucker Hillside Hospital. New York, 26 y 27 de mar 2010.
14. McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D, et al. Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *Am J Psychiatry*. 2006;163:790-799.
15. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:921-928.
16. Cornblatt BA, Lencz T, Smith CW, et al. Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. *J Clin Psychology* 1992; 68:546-557.
17. Morrison AP, French P, Walford L, et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2004;185: 291-297.
18. Read, J. ¿Existe la esquizofrenia? En: Modelos de locura. Ed. Herder. 2006, 51-66.
19. Mojtabai, R. Acute and transient psychotic disorders and brief psychotic disorders. En: Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 8 Edition. Lippincott, Williams and Wilkins. 2005, 1512-1522.

# Comportamientos de riesgo en los varones que pagan servicios sexuales

## *Risk Behaviours in men paying for sex*

Carmen Meneses Falcón\*, Antonio Rúa Vieites\*\*

\* Doctora en Antropología Social y Cultural. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad P. Comillas. Madrid.

\*\* Doctor y Ldo. en Ciencias Físicas y Ldo. en CC. y Técnicas Estadísticas. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad P. Comillas.

**Resumen.** Objetivos: examinar la asociación entre el consumo de drogas y la desprotección en hombres que pagan por servicios sexuales. Metodología: se ha utilizado un cuestionario a una muestra de 138 varones, recogida principalmente en Madrid, que pagan por servicios sexuales, contactando en diferentes entornos (calle, saunas, locales, apartamentos). Resultados: el 45% de los varones encuestados consiguieron alguna vez relaciones sexuales pagadas sin protección. El consumo de alcohol y cocaína en el contextos de prostitución es considerable comparado con población general (en el último año el 63,8% alcohol y el 34,1% cocaína), existiendo relación entre el consumo de cocaína y los servicios sexuales. Se ha encontrado que obtener sexo sin protección alguna vez es 9 veces más probable si se paga más, casi 2 veces si se ha consumido cocaína y de 3 a 4 veces si se practica sexo anal. Conclusiones: la población de varones que paga servicios sexuales debe ser objetivo de programas de prevención para la salud y de nuevas líneas de investigación socio-sanitaria.

**Palabras clave:** Clientes de prostitución, uso de drogas, protección, preservativo, comportamientos sexuales de riesgo.

**Abstract.** Objective: To examine the association between drug use and unprotected men who pay for sexual services. Methodology: A questionnaire to a sample of 138 men who pay for sexual services has been used, mainly in Madrid and in different places (street, saunas, apartments and brothels). Results: 45% of the polled males obtained unsafe sexual relations at some time. The consumption of alcohol and cocaine in contexts of prostitution is considerable compared with that of the general population (63.8% alcohol and 34.1% cocaine last year), so there is a relationship between cocaine consumption and sexual services. It has been found that obtaining sex without any protection is three times more probable if you pay more, almost three times more if there is cocaine consumption and three or four times more if anal sex is practiced. **Conclusions:** The population of males who pay for sexual services must be an aim of health prevention programs and new socio-health research.

**Key Words:** Clients of Prostitution, Drug Use, Protection, Condoms, Sexual Behaviour.

## Introducción

Desde el surgimiento y extensión del VIH/SIDA, y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), se ha incrementado el interés por el estudio de las personas implicadas en la prostitución, siendo un objetivo de los programas de intervención y prevención socio-sanitaria, que permitan mejorar sus condiciones de salud y eviten el contagio de VIH y ITS. El estudio de los comportamientos de riesgo ha sido ampliamente estudiado entre las personas que ofertan servicios sexuales y escasamente entre los varones que pagan o demandan estos servicios, pues se estima que solo alrededor del 1% de los estudios e investigaciones realizadas sobre prostitución corresponde a los clientes, estando la mayoría centrados en las personas que ejercen la prostitución<sup>1</sup>.

Los estudios sobre clientes de prostitución se han centrado en tres áreas principales: la primera, sobre la proporción de varones que pagan servicios sexuales<sup>2</sup>, encontrándose ratios muy diversas dependiendo de los países y sistemas culturales. La segunda sobre las características psicosociales de estos varones y su comparación con aquellos que no pagan estos servicios<sup>3</sup>, indicándose que los clientes de prostitución presentan con mayor frecuencia comportamientos de riesgo y actitudes de búsqueda de sensaciones<sup>4</sup>. Por último, se ha centrado sobre comportamientos sexuales y salud<sup>5</sup>.

Se han asociado dos tipos de comportamientos de riesgo en los contextos de prostitución: el consumo de drogas y la desprotección en las prácticas sexuales, e incluso se ha relacionado escasamente estos comportamientos de forma conjunta<sup>6</sup>, cuando pueden estar muy relacionados. Ambos comportamientos de riesgo se han asociado con los varones que pagan servicios sexuales<sup>7,8</sup>.

Respecto al primer comportamiento, se ha señalado que las mujeres que ejercen la prostitución utilizan mayoritariamente el preservativo con sus clientes<sup>9</sup>, si se comparan con las transexuales y los varones, que muestran comportamientos de desprotección con mayor frecuencia<sup>10,11,7</sup>. Sin embargo, son escasos los trabajos centrados en los clientes y sus comportamientos de desprotección, tanto en el sexo comercial como en sus relaciones de parejas. Por otra parte, en numero-

sos trabajos se ha puesto de relieve la persistente demanda de los varones a no usar el preservativo cuando negocian y pagan por servicios sexuales<sup>12</sup>.

En diferentes estudios encontramos que en las relaciones sexuales comerciales los comportamientos de desprotección oscilan entre el 5% y el 59%, entre los clientes, tal y como mostramos en la tabla 1, en la recopilación de estudios realizado.

Esta desprotección resulta más prevalente en ciertas prácticas sexuales, como el sexo oral, pues los varones demandan este servicio sin protección al considerarlo de menor riesgo y con mayor beneficio sin usar el preservativo<sup>12,13</sup>. Otra circunstancia relacionada con la desprotección es la rotura del preservativo, evento que ha sido mencionado principalmente por las personas que ejercen la prostitución y en menor medida por los clientes, situándose en estos últimos alrededor del 20%<sup>14,15</sup>. También se ha mencionado que los hombres casados tienen una menor desprotección que los que no lo están<sup>16</sup>, que dependiendo del tipo de prostitución (calle o locales) el uso del preservativo es mayor o menor<sup>16,17</sup>, o que los jóvenes lo usan menos frecuentemente<sup>5</sup>. Los motivos que se relacionan con la desprotección son muy diversos: aumentar el placer<sup>18</sup>; familiaridad y tipo de relación con la persona que ejerce la prostitución, es decir, ser un cliente habitual y tener un mayor grado de confianza hace disminuir la percepción de riesgo<sup>19,20</sup>; no disponer de protección en el momento de tener sexo comercial también se ha referenciado, pues se considera que son las personas que ofertan los servicios sexuales las que deben disponer de ellos<sup>21</sup>; o no usarlos se relaciona con una mayor virilidad. Parece que la responsabilidad del uso del preservativo recae en mayor medida entre las personas que ejercen la prostitución que entre los clientes<sup>14</sup>. Se ha mencionado que dentro de la industria del sexo, existen locales o establecimientos que facilitan la no utilización del preservativo para satisfacer la demanda de los clientes<sup>17</sup>.

En cuanto al segundo comportamiento, se ha asociado el consumo de drogas (especialmente cocaína, alcohol, Poper y hachís) con los servicios sexuales pagados, tanto en las personas que ofertan estos servicios como en aquellas que los pagan<sup>22</sup>. El uso de alcohol y cocaína en los entornos de prostitución no es algo reciente,

sino que podemos encontrar referencias desde principios del siglo XX<sup>23</sup>. Sin embargo, ha sido estudiado, nuevamente, en mayor medida entre las personas que ofertan los servicios sexuales.

Algunos estudios han puesto de relieve que los varones que pagan por servicios sexuales muestran un mayor consumo de alcohol, o en exceso, que otros varones<sup>24,5</sup>. El alcohol desinhibe a los clientes de prostitución y les facilita el ejercicio de poder sobre las personas que se prostituyen<sup>8</sup> e incrementa el deseo sexual y suprime el sentimiento de vergüenza<sup>25</sup>. El uso de drogas se puede producir en todas las fases de adquisición de los servicios sexuales, es decir, en la búsqueda, selección, negociación y realización de los servicios sexuales<sup>26</sup>. También se ha puesto de relieve que los clientes usan diferentes drogas y en diferente frecuencia dependiendo del sector de prostitución en el que adquieren los servicios sexuales<sup>27</sup>. Se ha mencionado que existe una

presión de grupo entre los varones en sus momentos de ocio sobre el consumo de alcohol y sobre la adquisición de servicios sexuales pagados, a veces dicha presión se realiza conjuntamente ante ambos comportamientos<sup>28</sup>.

Se ha relacionado el consumo excesivo de alcohol y cocaína con la desprotección en las prácticas sexuales<sup>29</sup>. Los clientes demandarían en la negociación no usar protección incrementando el precio del servicio para conseguirlo<sup>30</sup>. Los clientes embriagados o intoxicados no desean usar el preservativo, dado que les costaría más conseguir la eyaculación y perderían sensibilidad.

El objetivo de este trabajo es examinar la asociación entre el consumo de drogas, especialmente el uso de cocaína y alcohol en los contextos de prostitución, y la desprotección de las relaciones sexuales entre varones que pagan por servicios sexuales.

**Tabla I.** Comportamientos sexuales desprotegidos en diferentes estudios sobre clientes de prostitución

Estudio	Año	Muestra	Desprotección
Leonard <sup>21</sup>	1990	50 clientes. New Jersey (Camden)	59%
Freund et al <sup>31</sup>	1991	101 clientes. New Jersey (Camden)	42%
Morse et al <sup>26</sup>	1992	15 clientes. New Orleans	53,3%
De Graaf et al. <sup>16</sup>	1992	91 clientes. Holanda	12%
Mckeganey <sup>32</sup>	1994	70 clientes. Glasgow	17%
Faugier et al <sup>14</sup>	1995	120 clientes. Manchester (RU)	23%
Mckeganey et al <sup>17</sup>	1996	143 clientes. Glasgow	11,8%
De Graaf <sup>25</sup>	1996	559 clientes. Alemania	14%
Thorpe et al <sup>18</sup>	1997	100 clientes. Indonesia	27%
Xantidis et al <sup>4</sup>	2000	66 clientes. Melbourne	18%
Gomes y Etheredge <sup>33</sup>	2003	1.140 clientes. Dakar (Senegal)	23,8%
Woodward et al <sup>30</sup>	2004	200 clientes. Queensland	10% 17% pago extra para no usar
Ward et al <sup>34</sup>	2005	Muestras nacionales de hombres entre 16 y 44 años, en 1990 (n=6.000) y 2000 (n=4762) Reino Unido	35%
Nguyen et al <sup>15</sup>	2008	292 clientes. Vietnam	5,5%
Belza et al <sup>5</sup>	2008	Muestra nacional representativa hombres de 18 y 49 años en España en 2003(n=5153)	5%

## Material y metodos

Los participantes fueron todos hombres que acudían a solicitar servicios sexuales pagados en apartamentos, clubs y saunas, en cuatro ciudades españolas, aunque el número mayor de cuestionarios fue recogido en Madrid (70%). Se recogieron 143 cuestionarios auto-administrados, de los que fueron descartados cinco, ya que solo cumplimentaron los datos personales y no respondieron adecuadamente al resto de preguntas. Por tanto la muestra de clientes fue de 138 hombres. Para el diseño del cuestionario y las variables implicadas en el mismo se tuvo en cuenta algunos estudios internacionales realizados previamente<sup>17,4, 35</sup> y entrevistas abiertas a cinco clientes. Una vez diseñado el cuestionario se pasó una breve prueba pre-test a otros cinco clientes para comprobar su comprensión y dificultad al rellenarlo. El cuestionario constaba de características sociodemográficas, motivos de solicitar y obtener sexo pagado, prácticas sexuales que se solicitan, consumo de drogas y protección en las prácticas sexuales. El análisis sobre los motivos de pagar sexo han sido publicado en otro lugar<sup>36</sup> (Meneses, 2010).

La población de clientes de prostitución es desconocida en España, ya que se trata de una población oculta e invisible y por tanto resulta muy complejo obtener muestras para el estudio de este colectivo. El contacto con los clientes se produjo mediante: a) miembros de una Asociación que realiza programas preventivos de salud en los entornos de prostitución. Estas personas tienen contacto con clientes y personas que ejercen la prostitución y solicitaron a los clientes que conocían que rellenasen el cuestionario; b) las personas encargadas de pisos, saunas o apartamentos en donde se realiza la prostitución también solicitaron a sus clientes que rellenasen el cuestionario; y por último, c) algunas mujeres que ejercían la prostitución le plantearon a sus clientes que colaboraran en la investigación completando el cuestionario. Todas estas personas por su ocupación están en continua interacción con los clientes que pagan servicios sexuales y les pidieron la colaboración en la investigación, instruyéndolas en la misma previamente. Se pidió la colaboración para rellenar el cuestionario a aquellos clientes que

eran conocidos por las encuestadoras, obteniendo un porcentaje de rechazo pequeño (10%). Todos los cuestionarios, una vez rellenos por el encuestado, debían ser introducidos en un sobre cerrado que le permitiera cierta garantía de anonimato. Gran parte de los varones que han respondido fueron clientes habituales, o conocidos por las personas que colaboraron, ya que fueron ellos con los que tenían más confianza para solicitarle la realización del cuestionario. Muchos cuestionarios fueron rellenos en la propia sauna, apartamento o club. Este modo de proceder ha sido realizado y señalado en otros estudios como una de las formas metodológicas más adecuadas para acceder a una población oculta como los varones clientes de prostitución<sup>14</sup>. Los cuestionarios fueron recogidos de septiembre a noviembre del 2006.

Las variables principales de estudio agrupadas en cuatro grupos de interés, junto con sus concreciones en paréntesis cuando procede, son las siguientes:

- a) **Variables sociodemográficas.** Dentro de este grupo se ha preguntado al cliente por su edad; país de nacimiento; nivel de estudios terminado (Estudios primarios, Estudios secundarios (ESO/ EGB), Bachiller / Formación profesional, Diplomado universitario, Licenciado universitario); estado civil (Soltero, Casado, Separado/divorciado, Viudo, Pareja estable); si tiene o no hijos y su ocupación (Trabajadores no cualificados, Trabajadores cualificados, Trabajadores autónomos, empresa familiar, capataces, jefe taller..., Pequeños empresarios, titulados universitarios medios (enfermeros, maestros...), Empresarios, directivos, titulados universitarios superiores (abogados, médicos...)); Tipo de pareja sexual en los seis meses anteriores (No he tenido pareja, Solo pareja casual, Pareja estable y pareja casual, Solo pareja estable); Ingresos netos mensuales aproximados (Menos de 750?, Entre 750-2000?, Más de 2000?), Edad primera vez sexo pagado y Orientación sexual (Heterosexual, homosexual, bisexual)
- b) **Frecuencia y características de la solicitud de servicios sexuales.** Dentro de este grupo se analiza la frecuencia de la solicitud de

sexo pagado, el gasto en dichos servicios, con qué tipo de personas y con qué frecuencia, dónde y con qué frecuencia hace uso de servicios sexuales pagados, así como el tipo y frecuencia de prácticas sexuales demandadas. Se ha medido esto a través de las respuestas a preguntas como son el nº de veces que ha tenido sexo pagado en el último año, la frecuencia de uso servicios sexuales pagados (Semanalmente, Menos de 5 veces/mes, Más de 5 veces/mes, Menos de 10 veces/año, Más de 10 veces/año); gasto servicios sexuales pagados; la frecuencia (Siempre, Alguna vez, Nunca) de servicios sexuales con mujeres, transexuales o varones; Dónde (En la calle, Apartamentos, Saunas, Clubs, Por anuncios, Por contactos, En bares) y frecuencia (Siempre, Casi siempre, Casi nunca, Nunca) de solicitud de servicios sexuales; Frecuencia (Siempre, Casi siempre, Casi nunca, Nunca) de prácticas sexuales (Sexo oral, Sexo anal receptivo, Sexo anal insertivo, Sexo vaginal-coito, Masturbación, Con juguete sexual, Sexo-Sado, Sexo con puño, Sexo-dominación, Sexo con sumisión, "Lluvia dorada", Sexo en trío/duplex, Sexo con violencia, Coprofilia/excrementos).

**c) Solicitud y Obtención de estos servicios sin protección.** Dentro de este apartado se pregunta al cliente si ha solicitado (Siempre, Alguna vez, Nunca), si ha conseguido (Siempre, Alguna vez, Nunca) y cómo (Pagando mas (sí, no), era conocida (sí, no), con persuasión (sí, no), porque le atraigo (sí, no)) sexo sin preservativo

**d) Consumo de alcohol y cocaína durante la obtención de servicios sexuales.** Dentro de este grupo se ha indagado si el cliente consume alcohol o cocaína de forma habitual durante la obtención y disfrute del servicio sexual. Así se ha preguntado si ha consumo alcohol en el último mes y año durante la obtención de servicios sexuales pagados y con qué frecuencia (Siempre, Alguna vez, Nunca); por tipo de bebida alcohólica (Cerveza, Licores, Combinados (cubatas), Vino, Champán o cava) y frecuencia (Siempre, Casi siempre, Casi nunca, Nunca) consumida durante los servicios sexuales; el Motivo

(Para alternar, Para desinhibirse, Para invitar a la chicas-os, Para pasarlo mejor, Para tener mejor sexo, Para excitarme) y frecuencia (Siempre, Casi siempre, Casi nunca, Nunca) por los que se ha consumido alcohol en los servicios sexuales; si ha consumo cocaína en el último mes y en el último año durante la obtención de servicios sexuales y con que frecuencia (Siempre, Alguna vez, Nunca); Frecuencia consumo de cocaína (Solo en los servicios sexuales pagados; Esporádicamente, Habitualmente, Diariamente, Excepcionalmente, Alguna vez); Uso de cocaína (Esnifada; Fumada, Inyectada, Otras vías), Cómo afecta el uso de la cocaína a los servicios sexuales (No me afecta, Positivamente, Negativamente); y Motivos (Para alternar, Para desinhibirme, Para invitar a las chicas/os, Para pasarlo mejor, Para consumir en compañía, Para excitarme, Para obtener mejor sexo, Mayor duración del orgasmo) y frecuencia (Siempre, Casi siempre, Casi nunca, Nunca) por los que ha consumido cocaína en los servicios sexuales

En el cuestionario también se incluía una batería de preguntas relacionadas con los motivos de pagar sexo, habiendo sido publicado los resultados en otro lugar (Meneses, 2010).

Al realizar los análisis pertinentes hemos encontrado que la categoría "Siempre" presentaba una baja frecuencia, lo que provocaba inconsistencias a la hora de realizar los correspondientes test de asociación. Esto ha llevado a tener que recodificar las concreciones de las variables afectadas. Así, aquellas variables que presentaban las tres categorías "Siempre", "Alguna vez" ó "Nunca" se han recodificado en dos "Nunca" y "Alguna Vez", y las variables que presentaban las cuatro categorías "Siempre", "Casi siempre", "Casi Nunca" y "Nunca", se han recodificado también en las dos siguientes categorías, "Nunca o casi nunca" y "Casi Siempre o siempre". Esto ha permitido concentrar mejor las respuestas y facilitar los análisis bivariados y multivariados realizados en este trabajo

A parte de los correspondientes análisis de distribución de frecuencias asociados a la mayoría de las variables cualitativas, y de la estimación de los estadísticos de tendencia central, dispersión

y forma de las correspondientes variables cuantitativas, se ha llevado a cabo un análisis de asociación bidimensional entre aquellas variables cualitativas de mayor interés, mediante las tablas de contingencia y el estadístico<sup>2</sup> como prueba de independencia, la V de Cramer (V) para valorar la magnitud de la significación, y Gamma para determinar el sentido de la asociación; así como una estimación del riesgo relativo y la razón de ventajas en variables dicotómicas con las que se ha pretendido determinar la asociación entre un factor desencadenante y un desenlace. Los factores desencadenantes considerados (que se verán en los resultados) han sido algunas de las variables que han presentado una asociación significativa con el desenlace considerado, esto es, la obtención de sexo sin protección.

El procesamiento de los datos se realizó con la ayuda del programa informático SPSS 14.0

## Resultados

La edad media de los clientes fue de 38,3 años (DS=11,07) y la mediana de 36 años, el cliente más joven tenía 19 años y el mayor 68 años, ajustándose a una Normal con un grado de confianza del 90%. La edad media en la que solicitaron por primera vez sexo pagado fue de 21,80 años (DS=6,32) y la mediana 20 años, en un rango de 14 a 42 años. En el último año, tuvieron sexo pagado una media de 30,35 veces (DS=40,81), con una mediana de 15 años y un recorrido comprendido entre una y doscientas cincuenta veces, si bien el 75% de los clientes han tenido sexo pagado menos de 30 veces en el último año, lo que pone de manifiesto una alta asimetría positiva de esta variable.

Algunas de las características sociodemográficas encontradas las exponemos a continuación: el 64,5% nació en España; casi uno de cada cuatro clientes de la muestra tenía estudios universitarios y un 53% estudios secundarios; el 44,9% estaba soltero y el 21,7% casado, si bien el 67,4% de los clientes que han acudido a solicitar sexo pagado no tiene pareja en el momento de la encuesta; el 47,1% tenía hijos; respecto a su ocupación profesional el 13% eran trabajadores no cualificados, el 37% cualificados, el 18,8% autónomos, 14,5% técnicos medios y el 13% empresarios y directivos; en

relación a su orientación sexual la mayoría se declaró heterosexual 63,8% y el 9,4% homosexual y el 17,4% bisexual; en cuanto al tipo de pareja que tuvo en los seis meses anteriores: el 18,1% no tenía pareja, el 29,7% era una pareja casual, el 29,7% indicó pareja casual y pareja estable, y el 19,6% paraje estable.

Los varones que pagaron sexo comercial lo obtuvieron en diferentes sectores de prostitución, sin ser exclusivo ninguno de ellos. De esta forma, el 6,5% señaló que casi siempre o siempre es la calle el lugar de contacto y negociación, el 18,1% los apartamentos, el 39,1% las saunas, el 47,1% los clubs, el 14,5% usa los anuncios, el 13,8% otros contactos y el 14,5% los bares.

Hemos encontrado una relación significativa entre la orientación sexual y alguno de los lugares en donde se suele solicitar el sexo comercial. De esta forma, son significativas las diferencias en el contacto mediante apartamentos ( $\chi^2=6,216$ ;  $V=0,336$ ),  $p=0,045$ ), dado que el 54,5% de los heterosexuales señalan este sector casi siempre o siempre frente al 10% de los homosexuales y el 41,7% de los bisexuales. Esta misma dirección la encontramos en los clubs ( $\chi^2=18,598$ ;  $V=0,491$ ,  $p=0,000$ ), puesto que el 90,2% de los heterosexuales lo señalan casi siempre o siempre frente al 30% de homosexuales y 68,8% de bisexuales. Las saunas son los lugares principales casi siempre y siempre para personas con orientación homosexual (100%) y Bisexual (100%) comparados con las heterosexuales (66,7%), con diferencias significativas ( $\chi^2=11,752$ ;  $V=0,435$ ,  $p=0,003$ ). No encontramos diferencias en las demás modalidades de contacto. Para el resto de lugares de contacto no se ha encontrado una asociación significativa con la orientación sexual.

Las prácticas sexuales demandadas casi siempre o siempre fueron: 68,1% sexo oral, 59,4% sexo vaginal, 33,3% masturbación, 22,5% sexo anal insertivo, 21,7% sexo anal receptivo, 16,7% sexo en tríos, 12,5% juguete sexual, 6,5% lluvia dorada, 5,8% sadomasoquismo, 4,3% sexo dominación, 2,9% sexo con violencia y 2,2% sexo sumisión.

El 66,7% indicó que en el último mes había consumido alcohol en el contexto de prostitución, y el 63,8% en el último año. Respecto al

consumo de cocaína en el contexto de prostitución fue señalado por el 37,7% en el último mes, y el 34,1% en el último año. Hemos encontrado una asociación significativa entre el gasto anual en sexo pagado y el consumo de cocaína en el último mes ( $\chi^2 = 26,337$ ;  $p=0,000$ ;  $V=0,501$ ) y el último año ( $\chi^2 = 13,166$ ;  $p=0,001$ ;  $V=0,378$ ). Así, entre los que afirmaron consumir cocaína en el último mes el 40,8% paga más de 2000 euros anuales en sexo comercial, mientras que tan sólo el 1,8% de los que afirman no consumir cocaína ha pagado más de 2000 euros al año por sexo comercial. Y entre los que consumieron cocaína en el último año el 28,3% ha pagado más de 2000 euros, mientras que entre los que no han consumido cocaína en el último año, sólo el 2,2% ha realizado un desembolso superior a los 2000 euros anuales en sexo comercial.

No hemos encontrado relación significativa entre el consumo de cocaína en el último año y las prácticas sexuales demandadas y realizadas, ni en el último mes, salvo en el caso del sexo anal insertivo ( $\chi^2 = 4,601$ ;  $p=0,032$ ;  $V=0,275$ ), puesto que entre los que consumieron en el último mes cocaína el 64% tuvieron sexo anal insertivo, mientras que entre los que no consumieron cocaína en el último mes sólo un 36,1% realizó dicha práctica. Tampoco encontramos relación entre el consumo de alcohol en el último año y el último mes y las prácticas sexuales realizadas, salvo en el caso del consumo de alcohol en el último mes y la práctica de sexo oral ( $\chi^2 = 14,959$ ;  $p=0,000$ ;  $v=0,412$ ), ya que el 94,7% que consumió alcohol en el último mes en el contexto de prostitución tuvo sexo oral pagado, frente al 58,3% que no consumió alcohol.

Centrándonos en las variables de mayor interés en este trabajo, esto es, solicitud y obtención de sexo pagado sin preservativo, los resultados ponen de manifiesto que el 6,2% ( $n=8$ ) de los clientes siempre ha solicitado los servicios sexuales sin preservativo, el 46,5% ( $n=60$ ) alguna vez y el 47,3% ( $n=61$ ) nunca. El cuanto a obtener estos servicios sin protección encontramos que el 2,5% ( $n=3$ ) de los clientes lo ha obtenido siempre, el 50,4% ( $n=59$ ) lo ha conseguido alguna vez y el 47% ( $n=55$ ) nunca.

Como es lógico, haber solicitado sexo pagado alguna vez está claramente asociado con haberlo

obtenido ( $\chi^2 = 85,169$ ;  $p=0,000$ ;  $V=0,861$ ,  $\text{Gamma}=0,989$ ), puesto que el 92,1% que lo solicitó lo consiguió. No encontramos asociación entre estas variables y las variables sociodemográficas excepto en la variable tener hijos. El solicitar y obtener sexo sin preservativo está asociado significativamente ( $\chi^2 = 6,617$ ;  $V=0,228$ ;  $\text{Gamma}=0,435$ ;  $p=0,01$  y  $\chi^2 = 8,900$ ;  $V=0,279$ ,  $\text{Gamma}=0,519$ ;  $p=0,003$  respectivamente) con tener o no hijos. Así, el 64,1% de los clientes que han solicitado sexo sin preservativo y el 66,1% de los que lo han obtenido tenían hijos.

Aquellos que indicaron que consiguieron sexo sin protección señalaron que lo consiguieron de las siguientes formas: el 24% pagando más, el 14,5% porque eran personas conocidas, el 8% con persuasión y el 13% por ejercer cierta atracción.

En la tabla 2 aparecen las distribuciones de frecuencias marginales (perfiles columna) asociadas a las dos variables de interés, solicitar y conseguir sexo pagado sin protección, con otras variables para las cuales se ha detectado una asociación significativa.

Así, se ha encontrado asociación entre solicitar servicios sexuales pagados sin preservativo con el gasto anual en sexo pagado ( $\chi^2 = 9,779$ ;  $V=0,287$ ), en general un mayor gasto implica una mayor probabilidad de solicitud de servicios sexuales sin protección, y al revés. También se ha encontrado asociación con pagar más por el servicio como modo de lograr obtener sexo sin protección ( $\chi^2 = 8,481$ ;  $V=0,444$ ). En cuanto a las prácticas sexuales demandadas se ha encontrado una asociación significativa entre solicitar sexo sin preservativo y haber tenido sexo anal receptivo ( $\chi^2 = 5,608$ ;  $V=0,285$ ) y sexo anal insertivo ( $\chi^2 = 9,959$ ;  $V=0,394$ ). También se encuentra asociación con el consumo de cocaína el último mes ( $\chi^2 = 8,639$ ;  $p=0,003$ ;  $V=0,283$ ), y también el último año ( $\chi^2 = 7,864$ ;  $p=0,005$ ;  $V=0,285$ ). No se encuentra, sin embargo asociación entre esta variable con los otros modos analizados para lograr obtener sexo sin protección, ni con que la persona que ejerce la prostitución sea una conocida o conocido ( $p=0,184$ ), ni por la persuasión ejercida del cliente ( $p=0,382$ ) ni por atracción del cliente ( $p=0,419$ ). Tampoco se encuentra asociación las demás prácticas sexuales demandadas, como sexo oral ( $p=0,301$ ), ni vaginal ( $p=0,306$ ), ni el con-

sumo de alcohol en el último mes ( $p=0,213$ ), ni el último año ( $p=0,988$ ).

Respecto a conseguir sexo sin protección se ha asociado a: gasto anual en sexo pagado ( $\chi^2=10,018$ ;  $V=0,305$ ), pagar más por el servicio sin usar protección ( $\chi^2=7,500$ ;  $V=0,433$ ), o por ser personas conocidas ( $\chi^2=5,577$ ;  $V=0,424$ ); haber tenido sexo anal receptivo ( $\chi^2=5,038$ ;  $V=0,281$ ), y anal insertivo ( $\chi^2=6,466$ ;  $V=0,331$ ), el consumo de cocaína en el último año ( $\chi^2=4,149$ ;  $V=0,214$ ). Sin

embargo, no se relaciona con haber tenido las prácticas de sexo oral ( $p=0,233$ ), ni vaginal ( $p=0,326$ ), ni con el consumo de alcohol en el último mes ( $p=0,329$ ), ni en el último año ( $p=0,633$ ) ni consumo de cocaína en el último mes ( $p=0,149$ ).

Se han efectuado análisis de asociación con todas las demás variables pero no se han encontrado asociaciones significativas con un grado de confianza del 95%.

**Tabla 2.** Variables asociadas con solicitar y obtener sexo pagado sin protección

	Solicitar sin protección			Conseguir sin protección		
	Nunca	Alguna vez	p	Nunca	Alguna vez	p
<b>Gasto anual en sexo</b>						
Menos 750	68,5	40,0	<b>p=0,008</b>	38,3	68,8	<b>p=0,007</b>
750-2.000	16,7	35,4		36,7	16,7	
Más de 2.000	14,8	24,6		25,0	14,5	
	100%	100%		100%	100%	
<b>Modos de obtención</b>						
<b>Pagando más</b>						
SI	37,5	87,5	<b>p=0,004</b>	37,5	84,4	<b>p=0,006</b>
NO	62,5	14,3		62,5	15,6	
	100%	100%		100%	100%	
<b>Ser conocido</b>						
SI				0,0	63,00	<b>p=0,018</b>
NO				100,0	37,0	
				100%	100%	
<b>Prácticas sexuales</b>						
<b>Sexo anal receptivo</b>						
SI	25,0	53,7	<b>p=0,018</b>	38,3	68,8	<b>p=0,025</b>
NO	75,0	46,3				
	100%	100%		100%	100%	
<b>Sexo anal insertivo</b>						
SI	23,1	63,2	<b>p=0,002</b>	29,2	62,9	<b>p=0,011</b>
NO	76,9	36,8		70,8	37,1	
	100%	100%		100%	100%	
<b>Consumo cocaína último mes</b>						
Alguna vez	29,2	57,4	<b>p=0,003</b>			
Nunca	70,8	42,6				
	100%	100%				
<b>Consumo cocaína último año</b>						
Alguna vez	31,8	60,4	<b>p=0,005</b>	36,8	58,5	<b>p=0,042</b>
Nunca	68,2	39,6		63,2	41,5	
	100%	100%		100%	100%	

Por último vamos a centrar nuestra atención en las estimación de índices de riesgo relativo y odds ratio o razón de ventaja para las variables obtención de sexo y las variables dicotómicas con las que hemos encontrado un mayor grado de asociación, esto es, pagando más, sexo anal insertivo y receptivo y consumo de cocaína. En la tabla 3 aparecen los cálculos de los índices de riesgo y sus respectivos intervalos de confianza, a partir de la cual pueden extraerse las siguientes conclusiones:

- Desde una perspectiva retrospectiva, hacia atrás o posible diseño caso-control se puede afirmar que entre los clientes que han logrado obtener sexo sin protección alguna vez es 9 veces mas probable si han pagado mas alguna vez para lograr tal objetivo que si no lo han hecho, es casi dos veces mas probable si han consumido cocaína en el último mes que si no la han consumido, es 3,3 veces más probable si demandan y practican sexo anal receptivo que si no, y 4,1 veces más probable si deman-

dan y practican sexo anal insertivo que si no. En definitiva el riesgo de obtener sexo sin protección tiene una mayor probabilidad de lograrse como desencadenante de haber pagado mas, haber consumido cocaína, o haber solicitado la practica de sexo anal.

- Según los intervalos de confianza, en todos los casos, excepto para el consumo de cocaína en el último mes, concluimos que el riesgo es significativamente mayor que 1, al no estar comprendido dicho valor en ninguno de los intervalos estimados.
- Desde una perspectiva prospectiva o de cohortes, el riesgo de obtener sexo sin protección es 1,8 veces mayor entre los clientes que han pagado alguna vez para intentar obtenerlo que entre los que no han pagado nunca, 1,3 entre los que consumen cocaína en el último mes que entre los que no, 1,6 veces mayor entre los que practican sexo anal receptivo y 1,75 veces mayor entre los que practican sexo anal insertivo que entre los que no.

**Tabla 3.** Estimaciones de riesgo relativo y *odds ratio* para las variables significativas

Estimaciones de riesgo	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Superior	Inferior
<b>Estimación de riesgo pagando más</b>			
Razón de las ventajas para pagando más (no / si)	9,000	1,611	50,275
Para la cohorte Obtener sexo sin preservativo = Nunca	5,000	1,448	17,271
Para la cohorte Obtener sexo sin preservativo = Alguna vez	,556 (1,8)	,296	1,044
Nº de casos válidos	40		
<b>Estimación de riesgo consumiendo cocaína último mes</b>			
Razón de las ventajas para cocaína ultimo mes (no/si)	1,813	,806	4,077
Para la cohorte Obtener sexo sin preservativo = Nunca	1,406	,874	2,262
Para la cohorte Obtener sexo sin preservativo = Alguna vez	,776 (1,29)	,550	1,094
Nº de casos validos	99		
<b>Estimación de riesgo practica anal receptivo</b>			
Razón de las ventajas para anal receptivo (no/si)	3,353	1,142	9,843
Para la cohorte Obtener sexo sin preservativo = Nunca	2,111	1,036	4,303
Para la cohorte Obtener sexo sin preservativo = Alguna vez	,630	,419	,945
Nº de casos válidos	64		
<b>Estimación de riesgo practica anal insertivo</b>			
Razón de las ventajas para anal insertivo (no/si)	4,110	1,347	12,543
Para la cohorte Obtener sexo sin preservativo = Nunca	2,348	1,146	4,809
Para la cohorte Obtener sexo sin preservativo = Alguna vez	,571 (1,75)	,361	,903
Nº de casos válidos	59		

## Discusión

Los resultados principales de este trabajo revelan que una gran mayoría de los varones que pagan por servicios sexuales y solicitan estos servicios sin protección lo obtienen. Consiguieron alguna vez sexo sin protección el 45% de los varones encuestados. Comparado con los estudios consultados, se ha hallado un porcentaje relativamente alto de desprotección. Mientras que el trabajo de Belza et al<sup>5</sup> la desprotección se halló alrededor del 5%, siendo una muestra representativa, los datos encontrados en este trabajo son superiores. Esto es posible debido al tipo de muestra, que como han planteado algunos trabajos<sup>20</sup>, con clientes habituales la desprotección del sexo comercial puede ser mayor que con clientes ocasionales. Las razones de estas circunstancias se relacionan con la percepción del riesgo, ya que queda mediatizada por la familiaridad que se establece con los clientes y la valoración del riesgo que se realiza<sup>37</sup>. Nuestros datos no confirman lo que han planteado otros trabajos<sup>16,47</sup>, que el no uso del preservativo sea más prevalente en el sector de prostitución de calle que en locales o apartamentos. En la muestra de varones estudiada solo el 6,5% contactaba en la calle. Esto puede indicar nuevamente que no sea tanto el sector de prostitución como la relación que se establece en el sexo comercial. También puede suceder que en ciertos locales, o apartamentos, sea normativo satisfacer la demanda del cliente y no usar protección en ciertas prácticas sexuales o en todas<sup>17</sup>. Por otra parte, se ha hallado que existe 9 veces más posibilidades de que pagando más se consiga sexo sin protección, es decir, el mayor riesgo encontrado ha sido incrementar el precio de los servicios cuando no se quiere usar el preservativo. Este dato es relevante y confirma lo planteado en otros trabajos<sup>4,6,21</sup>. Esto puede relacionarse con la necesidad de muchas personas que ejercen la prostitución de aceptar a estos clientes siempre que sean habituales, pues el riesgo a perder el cliente es alto, así como a la pérdida de importantes ingresos<sup>6,26</sup>. La solicitud y demanda de sexo comercial sin protección indica un comportamiento de riesgo que, como encontró Xantidis y McCabe<sup>4</sup>, se relacionaba con la búsqueda de sensaciones, pudiendo ser más prevalente entre los varones que pagan por sexo comercial que en otros hombres.

Las prácticas sexuales más demandadas fueron el sexo oral y el vaginal señalado en más de la mitad de la muestra. No hemos encontrado relación significativa entre estas variables y obtener sexo sin protección. Sin embargo, la hemos hallado en las prácticas sexuales anales (tanto receptivo como insertivo), dado que es 4 veces más probable el sexo sin protección con estas prácticas sexuales. Nuestros resultados no reflejan lo planteado en otros trabajos<sup>21</sup>, que suele ser la demanda de sexo oral la que conlleva una mayor desprotección.

Hemos hallado una relación significativa entre el uso de cocaína y conseguir sexo sin protección, habiendo más probabilidades o riesgo de obtenerlo cuando se ha consumido cocaína. Cabe señalar que el consumo de alcohol, y especialmente el de cocaína informado, supera los porcentajes de población general (Véase las encuestas del PNSD). En el caso del consumo de alcohol puede estar relacionado porque la mayoría de la muestra contacta en los clubs de alterne, lugares donde el consumo de alcohol es previo y casi obligatorio a los servicios sexuales<sup>6</sup>. Es posible que un uso moderado no conlleve la petición y obtención del sexo sin preservativo, dado que se ha relacionado con el uso excesivo de alcohol<sup>8</sup>. Sin embargo, el alto porcentaje de consumo de cocaína encontrado nos confirma como un uso común en los servicios sexuales, tal y como se ha señalado en otros trabajos<sup>8,22,29</sup>.

Este trabajo presenta una serie de limitaciones: no es posible generalizar los resultados obtenidos a todos los varones que pagan servicios sexuales. Por otra parte, un posible sesgo de la muestra utilizada es que corresponda a clientes habituales, dadas las circunstancias del reclutamiento para rellenar el cuestionario. Es posible que los resultados no sean aplicables a clientes ocasionales o con otras características. Por otra parte, la mayoría de los clientes contactaba y negociaba con las personas que ejercen la prostitución en el sector privado u oculto, puesto que el contacto en la calle encontrado fue minoritario. Futuras investigaciones deberían profundizar en mayor medida que en este trabajo en los excesos del consumo de alcohol o cocaína y su repercusión en la protección de las prácticas sexuales, comparándolos con otros varo-

nes que no sean clientes de prostitución. Se ha prestado poca atención a los consumo sde droga tanto en personas que ejercen la prostitución como en los varones clientes de sexo comercial y es preciso disponer de mayor información para orientar mejor las actuaciones preventivas.

### Conclusiones

Resulta sorprendente los escasos estudios realizados sobre los varones que pagan servicios sexuales en España desde todos los puntos de vista, pero principalmente desde el socio-sanitario. Llama la atención este hecho cuando en el Senado y el Congreso se han realizado Comisiones específicas para tratar diversas cuestiones relacionadas con la prostitución, y cuando la demanda es mucho mayor que la oferta. Necesitamos profundizar sobre las percepciones, significados y actitudes de los varones ante la prostitución y ante la desprotección de los servicios sexuales pagados. En una de las entrevistas realizadas a un cliente de prostitución, cuando preguntábamos sobre el no uso del preservativo, nos daba su opinión de una de las motivaciones que había detrás de no usarlos: *“El sexo sin condón es como un premio más. Como ya ser el sumen del amante. –Que la tía ahh... estaba tan caliente que no le importo que no me pusiera condón-. Que hay gente que va allí a ser el (súper). Pues es por eso, eso es*

*otro mérito más. Se siente ya felices con un solo mundo y su hombría.”*. Si obtener sexo sin protección es valorado como un mérito y no una irresponsabilidad necesitamos preparar mensajes específicos para estos varones. Muy probablemente no sea posible dirigirse exclusivamente a la población de varones que paga por servicios sexuales, pues resulta una población difícil de identificar. Quizás sea más factible que los objetivos y mensajes preventivos respecto al contagio de ITS y VIH se dirijan a todos los hombres, para que puedan asumir el compromiso de protegerse en las relaciones sexuales comerciales, siendo consciente de las repercusiones en su salud y, secundariamente, en la de sus parejas. Mientras que las personas que ejercen la prostitución pueden ser altamente móviles, la mayoría de los varones que demandan sexo pagado son estables y esta circunstancia puede ser aprovechada para reducir los comportamientos de riesgo.

### Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a todas las personas que han colaborado esta investigación: a los miembros de la Asociación APRAMP, que llevaron cuidadosamente toda la recogida de datos; así mismo a todas las personas que realizan la prostitución o desempeñan ocupaciones alrededor de la misma y que colaboraron con gran interés en la recogida de los datos. Este trabajo ha sido subvencionado por el Plan Nacional sobre Drogas.

#### Contacto:

Carmen Meneses Falcón

Universidad P. Comillas de Madrid

c/ Universidad Comillas 3 • 28049-Madrid

Tel. 91 734 39 50 • cmeneses@chs.upcomillas.es

## Bibliografía

1. Perkins R. Working girls: Prostitutes, their life and social control. Canberra: Australian Institute of Criminology, 1991.
2. Carael M, E Slaymaker RL, S Sarkar. Clients of sex workers in different regions of the world: hard to count. *Sex Transm Infect* 2006; 82:26-33.
3. Monto M, McRee MN. A Comparison of the Male Customers of Female Street Prostitutes With National Samples of Men. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2005; 49(5).
4. Xantidis L, McCabe MP. Personality Characteristics of male clients of female commercial sex worker in Australia. *Archives of Sexual Behavior* 2000; 29:165-76.
5. Belza MJ, de la Fuente L, Suárez M, Vallejo F, García M, López M, Barrio G, Blea A, and The Health And Sexual Behaviour Survey Group. Men who pay for sex in Spain and condom use: prevalence and correlates in a representative sample of the general population. *Sex. Transm. Inf.* 2008; 84: 207-211.
6. Meneses C. Usos y abusos de drogas en contextos de prostitución. *Revista Española de Drogodependencias*. 2010; 35(3): 329-344.
7. Schei B, Hein Stigum. A study of men who pay for sex, based on the Norwegian National Sex Surveys. *Scand J Public Health* 2010; 38:135-40.
8. Li Q, L Xiaoming, S Bonita. Alcohol Use Among Female Sex Workers and Male Clients: An Integrative Review of Global Literature. *Alcohol and Alcoholism* 2010; 45(2):188-99.
9. Barrasa A, GRUPO EPI-VIH et al. Prevalencia de VIH entre las personas de ocho ciudades españolas que se realizan la serología tras exposiciones heterosexuales, 1992-2003. *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 2004, vol.78, n.6 [citado 2011-01-16], pp. 669-677. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272004000600002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000600002&lng=es&nrm=iso) ISSN 1135-5727
10. Iniciardi JA, Surratt HL. Male Transvestite Sex Workers and HIV in Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Drug Issues* 1997; 27(1):135-46.
11. Belza MJ, Llácer A, Mora R, Morales M, Castilla J, De la Fuente L. Sociodemographic characteristics and HIV risk behaviour patterns of male sex workers in Madrid, Spain. *AIDS CARE* 2001; 13(5):677-82.
12. Leonard T. Behaviour of Clients of Prostitutes. *American Journal of Public Health* 1989; 79(9):1309-10.
13. Monto MA. Why men seek out prostitutes. Weitzer R. Sex for sale. Prostitution, pornography and the sex industry. 1 edition. Londres y Nueva York: Routledge, 2000: 67-84.
14. Faugier J, Cranfield S. Reaching Male Clients of Female Prostitutes: The Challenge for HIV Prevention. *AIDS Care* 1995; 7(suplement 1, Feb):S21-S32.
15. Nguyen NT, Nguyen HT, Trinh HQ, Mills SJ, Detels R. Clients of female sex workers as a Bridging population in Vietnam. *AIDS Behav.* 2009; 13(5):881-891.
16. de Graaf R, Vanwesenbeeck I, Van Zessen G, Straver CJ, Visser JH. Condom use and sexual behaviour in heterosexual prostitution in the Netherlands. *AIDS* 1992; 6(10):1223-6.
17. McKeganey N, Barnard M. Sex Work on The Streets. Prostitutes and Their Clients. Buckingham: Open University Press, 1996.
18. Thorpe L, Ford K, Fajans P, Wirawan DN. Correlates of condom use among female prostitutes and tourist clients in Bali, Indonesia. *AIDS Care*. 1997; 9(2):181-198.
19. Plumridge E, Chetwynd J, Reed A. Control and condoms in commercial sex: client perspectives. *Sociology of Health & Illness* 1997; 19(2): 228-43.
20. Cusick L. Non-Use of Condoms by Prostitute Women. *AIDS CARE* 1998; 10(2):133-46.
21. Leonard T. Male Clients of female street prostitutes: Unseen partners in sexual disease transmission. *Medical Anthropology Quarterly* 1990; 4(1):41-55.
22. Minichiello V, Marifo R, Khan MA, Browne J. Alcohol and drug use in Australian male sex workers: its relationship to the safety outcome of the sex encounter. *AIDS CARE* 2003; 15(4):549-61.

23. Meneses C. Consumo de drogas en el ejercicio de la prostitución. *Crítica*. 2010; 967:45-49.
24. Rissel Ch, Richters J, Grulich A, de Visser R, Smith MA. Sex in Australia: Experiences of commercial sex in a representative sample of adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2003; 27(2): 191-197.
25. de Graaf R, Van Zessen G,. Segmentation of heterosexual prostitution into various forms:A barrier to the potential transmission of HIV. *AIDS Care* 1996; 8(4):35-47.
26. Morse EV, Simon PM, Balson PM, Osofsky HJ. Sexual Behavior Patterns of Customers of Male Street Prostitutes. *Archives of Sexual Behavior* 1992; 21(4):347-57.
27. Lever J, Dolnick D. Clients and call girls: seeking sex and intimacy. Weitzer R. Sex for sale. Prostitution, pornography and the sex industry. 1 edition. Londres y Nueva York: Routledge, 2000: 85-102.
28. Ford K, Chamrathirong A. Migrant seafarers and HIV risk in Thai communities. *AIDS Educ Prev*. 2008; 20:454-463.
29. Meneses C. Consecuencias del uso de cocaína en las personas que ejercen la prostitución. *Gac Sanit*. 2007; 21:191-6.
30. Woodward CH, Fischer J, Najman JM, Dunne M. Selling sex in Queensland 2003. Queensland: Prostitution Licensing Authority. Queensland Government. 2004.
31. Freund M, Lee N, Leonard T. Sexual Behavior of Clients with street prostitutes in Camden. *Journal of Sex Research* 1991; 28:579-91.
32. McKeganey N. Why do men buy sex and what are their assessments of the HIV- related risks when they do? *AIDS Care* 1994; 6:1-14.
33. Gomes do Espitito Santo M, Etheredge GD. How to reach clients of female sex works: a survey "by surprise" in brothels in Dakar, Senegal. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80(9):709-13.
34. Ward H, C H Mercer, K Wellings, K Fenton, B Erens, A Copas and Johnson AM. Who pays for sex? An analysis of the increasing prevalence of female commercial sex contacts among men in Britain. *Sex Transm Infect* 2005; 81:467-71.
35. Pitts M, Smith A, Grierson J, O'Brien M, Misson S. Who pays for sex and why? An analysis of social and motivational factors associated with male clients of sex workers. *Archives of Sexual Behavior* 2004; 33(4):353-8.
36. Meneses C. Factores motivacionales en una muestra de hombres españoles que pagan por servicios sexuales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2010; 30(107):393-407.
37. Rhodes T, Gerry VS. What is the relationship between drug taking and sexual risk? Social relations and social research. *Sociology of Health and Illness* 1994; 16(2):209-28.

# El informe psiquiátrico a petición de terceros para el permiso de conducir

## *Psychiatric report by request of third parties for the driving licence*

Luis Pacheco Yáñez (1) y Juan Medrano Albéniz (2)

(1) Psiquiatra y Especialista Universitario en Psiquiatría Forense.

Centro de Salud Mental B. Echániz. S. Vasco de Salud-Osakidetza. Bilbao.

(2) Psiquiatra y Máster en Psiquiatría Legal.

Centro de Salud Mental Gasteiz-Centro. S. Vasco de Salud-Osakidetza. Vitoria.

**Resumen:** Se expone una relación de los principales problemas que encuentran los autores a la hora de realizar un informe para el permiso de conducir en pacientes psiquiátricos. Se realiza una revisión de la legislación actual en España, deteniéndose específicamente en los aspectos relacionados con la enfermedad mental y el permiso para conducir vehículos a motor.

**Palabras clave:** Permiso de conducir, pacientes psiquiátricos, legislación española.

**Summary:** This paper highlights the problems faced to make a written report on psychiatric patients' fitness to drive. A review of current Spanish legislation is made focusing especially on those issues related to mental illness and fitness to drive.

**Key Words:** Fitness to drive, psychiatric patients, Spanish legislation.

### Introducción

El presente trabajo es una ampliación de la ponencia presentada en las III Jornadas de Psiquiatría y Derecho (1), organizadas en Bilbao de manera conjunta por los Departamentos de Sanidad y Consumo y Justicia del Gobierno Vasco, en 2010. Su realización obedece al interés de los autores por un tema que resulta cada vez más constante en las consultas psiquiátricas ambulatorias, como es la petición -por parte de terceros- de un informe sobre un paciente que ha solicitado la obtención o renovación del permiso para conducir vehículos a motor; un terreno donde, además, la legislación ha sido modificada muy recientemente. Nuestra intención es contribuir a aclarar una frecuente situación en la que el psiquiatra se encuentra muchas veces sin el suficiente soporte teórico para realizar dicho informe de una manera adecuada y además

entendemos que no debería siquiera hacerlo. Los aspectos que vamos a comentar quedan acotados a la patología psiquiátrica no relacionada con el consumo de alcohol y otros tóxicos, salvo un breve comentario sobre el tema, debido a que nuestro ámbito de actuación en la práctica clínica excluye este tipo de patologías.

### Algunos aspectos legales y normativos básicos

La legislación española actualmente más relevante está recientemente renovada y se basa, fundamentalmente, en las siguientes normas:

1. Real Decreto (RD) 818/2009, por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores (2). Este RD se refiere a la normativa específica para poder conducir vehículos a motor y está en vigor desde el 8-12-2009.

2. Real Decreto (RD) 170/2010, por el que se aprueba el Reglamento de Centros de Reconocimiento destinados a verificar las aptitudes psicofísicas de los conductores (3). Este RD afecta a las normas que deben cumplir los centros de reconocimiento de conductores (CRC), que emitirán el correspondiente informe de aptitud de los conductores de vehículos y se encuentra en vigor desde el 3-5-2010. Según esta última reglamentación, la composición de personal “mínima” con la que tienen que estar dotados los centros es la siguiente:

- El titular de la autorización.
- El Director y -en su caso- director facultativo.
- El equipo facultativo, que estará compuesto por:
  1. Un médico general.
  2. Un oftalmólogo (que puede concertarse, en lugar de estar fijo en la plantilla).
  3. Un psicólogo.

Además, este RD especifica, en su artículo 3, que: “Los centros de reconocimiento destinados a verificar las aptitudes psicofísicas de los conductores *realizarán las pruebas y exploraciones necesarias* para verificar que los interesados en obtener o prorrogar la vigencia del permiso o de la licencia de conducción *reúnen las aptitudes psicofísicas necesarias y que no están afectados por alguna de las enfermedades o deficiencias que pueden suponer incapacidad para conducir* o la necesidad de establecer adaptaciones, restricciones u otras limitaciones, de acuerdo a la normativa vigente...”.

En nuestra opinión queda claro, por tanto, que son estos CRC los encargados de valorar la capacidad de los conductores y, por lo que expondremos posteriormente, entendemos que la presencia obligatoria de un médico y un psicólogo resulta clave -de acuerdo a la legislación- para entender de quién es la responsabilidad básica a la hora de emitir el correspondiente informe de aptitud. Todo ello, sin perjuicio de que el solicitante tiene la obligación legal de acudir a estos centros para solicitar la expedición de su permiso de conducir y además, debe abonar una tarifa monetaria por dicha expedición.

Paralelamente a esta legislación y de manera más específica para los psiquiatras que trabajamos en un centro ambulatorio de salud mental del Servicio Vasco de Salud -al menos en Vizcaya-, cabe recordar que la cartera de servicios de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia del año 2005 (4), en su apartado 7, denominado: “Actividades excluidas de los Centros de Salud Mental”, señalaba como la primera de ellas la: “*elaboración de informes y pruebas analíticas para fines no terapéuticos*” ( *carnet de conducir, permisos de armas, etc.*)...” (La cursiva es nuestra). Esta normativa sigue las indicaciones realizadas en su día -y actualizadas posteriormente- por la regulación de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) con ámbito nacional y aplicación a todos los servicios del SNS -no sólo los de salud mental- que reiteradamente señala que: “...no se incluirán en la cartera de servicios comunes... la realización de reconocimientos y exámenes o pruebas biológicas voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de terceros...” (La cursiva es nuestra) (5). Es decir, según dicha normativa está excluida la realización de estas pruebas, con lo que cabe preguntarse incluso que si al realizarlas en contra de la norma dictada, se podría estar incurriendo en algún tipo de responsabilidad administrativa, por contravenir la reglamentación.

Lo habitual hasta ahora y con la normativa anterior es que, en muchos casos y desde los centros de reconocimiento de conductores, cuando una persona solicitaba la obtención o renovación del permiso de conducir y manifestaba encontrarse en tratamiento psiquiátrico, se le indicara (al paciente) que solicitase un informe de su situación al psiquiatra correspondiente. Estas peticiones solían venir estandarizadas y, como ejemplo, transcribimos literalmente una de las enviadas a nosotros por uno de los CRC en Bilbao:

“En cumplimiento del RD 772/97 se solicita:

- *Informe psiquiátrico de antecedentes relacionados con “cualquier” trastorno mental y de conducta.*
- *Diagnóstico clínico y tratamiento actual, así como evolución del proceso desde su inicio.*
- *Valoración actual del cuadro clínico, así como su posible incidencia en la conducción de vehículos (o, en otras ocasiones: ...valoración, según su criterio, de la capacidad para conducir vehículos...)”.*

Debe recordarse que la obtención del informe de aptitud es una obligación impuesta al ciudadano por la normativa y que la misma señala expresamente que dicho informe debe obtenerse en los CRC especialmente acreditados, los cuales son de carácter privado y al ciudadano se le cobra una cantidad de dinero por la obtención de dicho informe y las pertinentes pruebas previamente hechas para realizarlo. Bajo nuestro punto de vista, resultan -cuanto menos - cuestionables, por tanto, las peticiones por parte de los CRC a los servicios de salud pública.

Pero, dejando al margen tan espinoso tema, sí quisiéramos señalar que, en el ejemplo mencionado, se solicitan datos que entendemos no tienen por qué ser relevantes para el informe. De esta manera, creemos que los antecedentes de “cualquier” trastorno mental y de conducta pueden resultar en muchos casos no relevantes para la capacidad actual del paciente a la hora de conducir y, sin embargo, sí pudiera resultar punible la divulgación de esta situación por nuestra parte. Por otro lado, se nos pregunta a los psiquiatras, de manera específica, sobre nuestra opinión respecto a la capacidad del sujeto para conducir, o a la posible incidencia de su cuadro clínico en dicha actividad. Es decir, se presupone que el psiquiatra debe conocer estos extremos y nuestra opinión es que, en la mayoría de las situaciones y salvando casos muy concretos, el psiquiatra no tiene una idea adecuada de esto, salvo que haya acompañado al paciente en alguno de sus viajes en coche. Obviando el aspecto humorístico, creemos que esto es un ejemplo más de la creencia de la población general en la supuesta omnipotencia del psiquiatra respecto a aspectos que no tienen que ver con la patología psiquiátrica per se. Los psiquiatras debemos fiarnos, en la mayoría de los casos, de la información que nos suministra el paciente en este y otros temas, salvo que resulte obvia la incapacidad de hacerlo, pero en este caso también tendría que resultar obvia para los profesionales del centro de reconocimiento. En todo caso, y de acceder a hacer el informe y en las condiciones que estamos relatando, no estaría de más que solicitásemos el consentimiento previo del paciente, antes de emitir la información, dado que de no hacerlo podría incumplirse la guarda del secreto profesional.

## Factores relevantes en psiquiatría para el permiso de conducir

Podemos señalar varios factores relevantes, según tres situaciones distintas:

1. *Paciente con enfermedad mental diagnosticada pero sin quererse someter a tratamiento:* Entendemos que no deberían existir problemas a la hora de negarnos a realizar el informe, no siendo habitual tampoco que el paciente siga en consultas si no desea ningún tratamiento y creemos que no debería exigírnos un informe favorable si no acepta el mismo. En todo caso, el protocolo a seguir sería el mismo que en el resto de los casos, como comentaremos posteriormente.
2. *Psicofármacos que toma el paciente:* Respecto a los psicofármacos, que pueden suponer por sí mismos un factor de influencia relevante en la capacidad de conducir independiente de la enfermedad mental, debería cuestionarse, antes de nada, si los mismos ayudan o perjudican al paciente psiquiátrico a la hora de conducir vehículos. Se supone que la enfermedad psiquiátrica tiende a mejorar con los tratamientos establecidos (respecto a no tratarla), por lo que debe inferirse que las capacidades mentales del sujeto serán más adecuadas bajo tratamiento. El tema principal por el que se convierten en factor de influencia independiente serían los posibles efectos secundarios de los psicofármacos sobre la capacidad de conducir.
3. *Paciente con enfermedad mental diagnosticada y tratada:* En esta situación concurren tanto la posible influencia de la situación de la enfermedad mental, como el uso de los psicofármacos en la capacidad de conducción. En todo caso, entendemos que resulta muy difícil que una enfermedad mental tratada, - salvo alguna de ellas y en el caso de que estuviese muy descompensada o cursase con muchas secuelas defectuales - pueda afectar de manera relevante (salvo por los posibles efectos secundarios de los fármacos que esté tomando) a la capacidad de conducir.

Es discutible que las “enfermedades mentales” (o si se quiere, los trastornos mentales), en sentido amplio, tengan una influencia negativa en la conducción de vehículos. La inmensa amplitud del concepto, la transitoriedad de muchas de sus variantes y lo extendido de los diagnósticos psiquiátricos en la población, hacen que la patología psiquiátrica per se y sin ninguna otra matización pueda aceptarse como un motivo de exclusión para la obtención o la prórroga del permiso o licencia de conducción. De hecho, el RD 818/2009 contempla que excepcionalmente pueda considerarse aptos para la obtención del permiso o su prórroga a pacientes con patologías como la demencia.

Pero incluso, la suposición de que la enfermedad mental en sentido restrictivo (es decir, en sus formas más graves) impide la conducción de vehículos, supone estigmatizar -más aún- a priori, al paciente afectado. Paradójicamente, ciertos trastornos de personalidad (antisociales, narcisistas, límites, etc.), que además no suelen medicarse, así como los trastornos del control de impulsos, que son patologías ligadas a la personalidad, más que puramente enfermedades psiquiátricas, suelen tener -por su forma de conducir- mucha más propensión a la conducción temeraria y, por tanto, a los accidentes de tráfico. En palabras de un experto autor al respecto de estas personalidades y la conducción de vehículos “...al fin y al cabo, se conduce como se vive...” (6).

### Psicofármacos y conducción de vehículos

Más que las enfermedades mentales en sentido amplio, los psicofármacos pueden tener una clara influencia negativa en la conducción de vehículos. Resultaría imposible establecer, de manera inequívoca para todos los pacientes, una categorización de los efectos secundarios de los psicofármacos sobre en la capacidad para conducir vehículos a motor, ya que deberían considerarse numerosas variables no siempre controlables, tales como la propia enfermedad psiquiátrica, el tiempo de evolución de la misma y sus síntomas (no siempre estos son los mismos, ni de igual gravedad en todos los pacientes que padezcan la misma enfermedad), la mayor o menor tolerancia del sujeto a los

medicamentos, la hora en que se toman los fármacos respecto a la hora en que se conduce, la mayor o menor habilidad y experiencia en la conducción de vehículos, la interacción con otros fármacos que pudiera estar tomando, etc. Por todo ello, resultan encomiables todos los intentos que se realicen en este sentido, como pueda ser, por ejemplo, el esfuerzo progresivo que hace años viene realizando el Consejo Internacional sobre Alcohol, Drogas y Seguridad de Tráfico (ICADTS, en sus siglas en inglés) una de cuyas áreas ha estado presidida muchos años por el farmacólogo español Javier Álvarez, de la Universidad de Valladolid (7). Este organismo intenta clasificar los psicofármacos según su equivalencia aproximada a la concentración de alcohol en sangre, para hacerse una idea del grado de afectación que los mismos pudieran tener sobre la conducción de vehículos. En la Tabla I se expone un intento de síntesis sobre este tema, basado fundamentalmente en informes del ICADTS (7,8) y otros trabajos (9,10,11) entre los que destaca la excelente actualización de Ozcoidi y cols.(12). Queda dicho que es un intento de aproximación y no puede tomarse como algo aplicable inequívocamente, y menos de manera legal, a todos los sujetos por las salvedades indicadas. Aunque pueda cuestionarse por los clínicos, dicho intento de clasificación es el mejor ejemplo que hemos encontrado sobre esta cuestión.

Es curioso que la normativa europea obliga a que todos los medicamentos registrados desde el 1 de Enero de 1992 han de clasificarse en alguna de las tres categorías expuestas en la Tabla I (9). Sin embargo, parece que, de los 4000 medicamentos que están registrados actualmente en España, solo unos 300 tienen especificada esa obligación (11).

Por último, cabe destacar que el efecto de los psicótrópos sobre la conducción no siempre es perjudicial. La idea de que reducen la rapidez de reacción o la coordinación motora tal vez provenga de su estudio en voluntarios sanos, porque al menos en una investigación, muy rigurosa, se pudo comprobar que la mejoría clínica mediante un adecuado tratamiento psicofarmacológico se asocia, en un pequeño grupo de pacientes, a un mejor rendimiento en los tests que miden la capacidad de conducción (13).

Tabla 1. Intento de clasificación de los psicofármacos en relación a su posible influencia en la conducción de vehículos

Categoría	Grado de afectación adversa	Equivalencia aproximada de alcohol en sangre	Posible ubicación de los diferentes psicofármacos: Síntesis de varios autores
I	Presumiblemente seguro o de afectación improbable	0,5 g/l	<b>Ansiolíticos:</b> Buspirona (para algunos merecería el grado II). <b>Antidepresivos:</b> Fluoxetina, paroxetina, venlafaxina (para algunos, grado II), citalopram, fluvoxamina, sertralina, reboxetina, moclobemida. <b>Estimulantes:</b> Metilfenidato, pemolina.
II	Producen efectos leves o moderados	0,5-0,8 g/l	<b>Ansiolíticos:</b> Clobazam, clonazepam, zolpidem, zopiclona. <b>Antidepresivos:</b> Viloxacina, Clomipramina, imipramina, nortriptilina, maprotilina, tranilcipromina. <b>Eutimizantes:</b> Carbamazepina, ácido valproico, lamotrigina, pregabalina, litio. <b>Antipsicóticos:</b> Flufenazina, perfenazina, flupentixol, zuclopentixol, haloperidol, sulpiride, tiapride, clotiapina, pimozide, clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina. <b>Estimulantes:</b> Anfetamina.
III	Producen efectos graves o potencialmente peligrosos	0,8 g/l	<b>Ansiolíticos:</b> Alprazolam, bentazepam, bromazepam, clordiazepóxido, Diacepam, flurazepam, flunitrazepam, ketazolam, loprazolam, loracepam, lormetazepam, midazolam, nitrazepam, triazolam, meprobamato y barbitúricos. <b>Antidepresivos:</b> Amitriptilina, trimipramina, doxepina, mianserina, mirtazapina, trazodona. <b>Antipsicóticos:</b> Levomepromazina, clorpromazina, pipotiazina, tioproperazina y trifluoperazina.

### Aptitudes psicofísicas en las enfermedades mentales según el Real Decreto 818/2009

Este RD regula, a través de unos criterios que tienen como esquema nosológico de partida la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10<sup>a</sup>-OMS), las condiciones en las que se puede obtener o renovar el permiso de conducir, clasificados según el permiso se refiera al Grupo 1 o al Grupo 2 de conductores. La reglamentación señala (art. 45) como “**Grupo 1**” de conductores (que pudiéramos denominar “no profesionales”) a los que obtienen los denominados permisos AM: “Ciclomotores de 2 o 3 ruedas y cuatriciclos ligeros”; permiso A1: “Motocicletas con una cilindrada máxima de 125 cc. y una potencia máxima de 11 KW”; permiso A2: “Motocicletas con potencia máxima de 35 KW”; permiso A: “Motocicletas y triciclos de motor”; permiso B: “Automóviles cuya masa máxima autorizada no exceda de 3.500 Kg. que estén diseñados y construidos para el transporte de no más de 8 pasajeros además del conductor. Dichos automóviles podrán llevar engan-

chado un remolque cuya masa máxima autorizada no exceda de 750 Kg.” (Es decir, se refiere al permiso mayoritariamente solicitado por los ciudadanos), también a “conjuntos de vehículos acoplados compuestos por un vehículo tractor de los que autoriza a conducir el permiso de la clase B y un remolque cuya masa máxima autorizada exceda de 750 Kg., siempre que la masa máxima autorizada del conjunto no exceda de 4.250 Kg.” y a los “triciclos y cuatriciclos a motor”. Finalmente, el permiso B+E, que autoriza a conducir “conjuntos de vehículos acoplados compuestos por un vehículo tractor de los que autoriza a conducir el permiso de la clase B y un remolque o semirremolque cuya masa máxima autorizada no exceda de 3.500 Kg.”. El resto de los permisos de conducción están englobados en el denominado **Grupo 2**, que englobaría a los que pudieran denominarse “conductores profesionales”.

En la Tabla II exponemos los mencionados criterios a propósito de los “Trastornos Mentales y de

Conducta” para los Grupos 1 y 2 de conductores. La aplicación de dichos criterios debe realizarse por los CRC destinados a verificar las aptitudes psicofísicas de los conductores, que a su vez están regulados, como ya se ha señalado, por el Real Decreto 170/2010 y deben contar necesariamente con un médico y un psicólogo. Remitimos al lector interesado en lo que respecta a las condiciones del consumo perjudicial de alcohol y otras sustancias, al apartado 11 del RD (Págs. 48140-48141), denominado “Trastornos relacionados con sustancias”, que -como se ha señalado en la introducción- no van a ser objeto de este trabajo. Sin embargo, sí creemos interesante señalar lo mencionado en el epígrafe 11.4 de dicho apartado, que se refiere al “consumo habitual de drogas y medicamentos” y por eso lo hemos añadido al final de la Tabla II. En este caso, el informe favorable que se precisaría corresponde a un informe “médico”, sin que se especifique ninguna especialidad del mismo.

Por otro lado, resulta relevante señalar que el RD 170/2010 introduce una modificación -en su Anexo III, denominado “Modelo de historia clínica”, al comienzo de la misma- que, creemos, no

existía en la legislación anterior sobre este tema y que trata de la obligación, por parte del sujeto, de realizar una declaración (hasta donde nosotros entendemos, no se especifica que la misma tenga que ser “jurada”) sobre las enfermedades que padece y que, literalmente reza así: “*El interesado declara no haber desfigurado la verdad ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto en el reconocimiento psicofísico al que ha sido sometido*” (La cursiva es nuestra). Señalamos esto porque no es infrecuente oír a nuestros pacientes confesar, tras haber pasado el reconocimiento, que no han manifestado la medicación que tomaban ni la enfermedad que padecían para no tener problemas en la renovación del permiso, y los estudios que han analizado esta cuestión confirman que muchas personas en tratamiento psiquiátrico ocultan esta circunstancia en los reconocimientos (14, 15). Entendemos que, con esta declaración obligada, la situación de ocultar datos podría, incluso, conllevar serios problemas a la hora de que el seguro del vehículo tuviese que hacerse cargo de responsabilidades, por lo que parece aconsejable indicar a los pacientes que no omitan que están en tratamiento.

Tabla 2. Aptitudes psicofísicas requeridas para los trastornos mentales y de conducta según el RD. 818/2009

Enfermedad	Criterios de aptitud para obtener o prorrogar permiso o licencia de conducción ordinarios		Aplicaciones, restricciones y otras limitaciones en personas, vehículos o de circulación en permiso o licencia sujetos a condiciones restrictivas	
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
<b>10.1 Delirium, Demencia, Trastornos amnésicos y otros Trastornos cognoscitivos</b>	No deben existir supuestos de delirium o demencia. Tampoco se admiten casos de t. amnésicos u otros trastornos cognoscitivos que supongan un riesgo para la conducción.	No se admiten	Cuando, excepcionalmente, y con dictamen favorable de un <b>neurólogo o psiquiatra</b> , no impidan la obtención o prórroga, el período de vigencia del permiso o licencia será como máximo de 1 año.	No se admiten
<b>10.2 Trastornos mentales debidos a enfermedad médica no clasificados en otros apartados</b>	No deben existir Trastornos catatónicos, cambios de personalidad, particularmente agresivos, u otros trastornos que supongan un riesgo para la seguridad vial.	No se admiten	Cuando, excepcionalmente, y con dictamen favorable de un <b>neurólogo o psiquiatra</b> , no impidan la obtención o prórroga, el período de vigencia del permiso o licencia será como máximo de 1 año.	No se admiten
<b>10.3 Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos</b>	No debe existir esquizofrenia o Trastorno delirante. Tampoco se admiten otros trastornos psicóticos que presenten incoherencia o pérdida de la capacidad asociativa, ideas delirantes, alucinaciones o conducta violenta, o que por alguna otra razón impliquen riesgo para la seguridad vial.	Ídem grupo 1	Cuando, excepcionalmente, y con dictamen favorable de un <b>psiquiatra o psicólogo</b> , no impidan la obtención o prórroga, el período de vigencia del permiso o licencia será como máximo de 1 año.	No se admiten



	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
<b>10.4 Trastornos del estado de ánimo</b>	No deben existir trastornos graves del estado de ánimo que conlleven alta probabilidad de conductas de riesgo para la propia vida o la de los demás.	Ídem grupo 1	Cuando, excepcionalmente, exista dictamen de un <b>psiquiatra</b> o <b>psicólogo</b> favorable a la obtención o prórroga, se podrá reducir el período de vigencia del permiso o licencia según criterio facultativo.	Ídem grupo 1
<b>10.5 Trastornos disociativos</b>	No deben admitirse aquellos casos que supongan riesgo para la seguridad vial.	Ídem grupo 1	Cuando, excepcionalmente, exista dictamen de un <b>psiquiatra</b> o <b>psicólogo</b> favorable a la obtención o prórroga, se podrá reducir el período de vigencia del permiso o licencia según criterio facultativo.	Ídem grupo 1
<b>10.6 Trastornos del sueño de origen no respiratorio</b>	No se admiten casos de narcolepsia o trastornos de hipersomnias diurnas de origen no respiratorio, ya sean primarias, relacionadas con otro t. mental, enfermedad médica, o inducidas por sustancias. Tampoco se admiten otros trastornos del ritmo circadiano que supongan riesgo para la actividad de conducir. En los casos de insomnio se prestará especial atención a los riesgos asociados al posible consumo de fármacos.	Ídem grupo 1	Cuando, excepcionalmente, exista dictamen <b>facultativo</b> favorable la obtención o prórroga, se podrá reducir el período de vigencia del permiso o licencia según criterio facultativo.	Ídem grupo 1
<b>10.7 Trastornos del control de los impulsos</b>	No se admiten casos de trastornos explosivos intermitentes u otros cuya gravedad suponga riesgo para la seguridad vial.	Ídem grupo 1	Cuando, excepcionalmente, exista dictamen de un <b>psiquiatra</b> o <b>psicólogo</b> favorable a la obtención o prórroga, se podrá reducir el período de vigencia del permiso o licencia según criterio facultativo.	Ídem grupo 1
<b>10.8 Trastornos de la personalidad</b>	No deben existir trastornos graves de la personalidad, en particular aquellos que se manifiesten en conductas antisociales con riesgo para la seguridad de las personas.	Ídem grupo 1	Cuando, excepcionalmente, exista dictamen de un <b>psiquiatra</b> o <b>psicólogo</b> favorable a la obtención o prórroga, se podrá reducir el período de vigencia del permiso o licencia según criterio facultativo.	Ídem grupo 1
<b>10.9 Trastornos del desarrollo intelectual</b>	No debe existir retraso mental con cociente intelectual inferior a 70.	No debe existir retraso mental con un cociente intelectual inferior a 70	No se admiten.	No se admiten
	En los casos de retraso mental con cociente intelectual entre 50 y 70, se podrá obtener o prorrogar si el interesado acompaña un dictamen favorable de un <b>psiquiatra</b> o <b>psicólogo</b> .	No se admiten	Cuando el dictamen del <b>psiquiatra</b> o <b>psicólogo</b> sea favorable a la obtención o prórroga, se podrán establecer condiciones restrictivas según criterio facultativo.	No se admiten

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
<b>10.10 Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador</b>	No deben existir trastornos por déficit de atención cuya gravedad implique riesgo para la conducción. Tampoco se admiten casos moderados o graves de trastorno disocial u otros comportamientos perturbadores acompañados de conductas agresivas o violaciones graves de normas cuya incidencia en la seguridad vial sea significativa.	Ídem grupo 1	Cuando, excepcionalmente, exista dictamen de un <b>psiquiatra</b> o <b>psicólogo</b> favorable a la obtención o prórroga, se podrá reducir el período de vigencia del permiso o licencia según criterio facultativo.	No se admiten
<b>10.11 Otros trastornos mentales no incluidos en apartados anteriores</b>	No deben existir trastornos disociativos, adaptativos u otros problemas objeto de atención clínica que sena funcionalmente incapacitantes para la conducción.	Ídem grupo 1	Cuando exista dictamen de un <b>psiquiatra</b> o <b>psicólogo</b> favorable a la obtención o prórroga, se podrá reducir el período de vigencia del permiso o licencia según criterio facultativo.	Ídem grupo 1
<b>Trastornos relacionados con sustancias</b>				
<b>11.4 Consumo habitual de drogas y medicamentos</b>	No se admite el consumo habitual de sustancias que comprometan la aptitud para conducir sin peligro, ni el consumo habitual de medicamentos que, individualmente o en conjunto, produzcan efectos adversos graves en la capacidad para conducir.	Ídem grupo 1	Cuando excepcionalmente y con informe <b>médico</b> favorable, el medicamento o medicamentos indicados en el grupo 1 no influya de manera negativa en el comportamiento vial del interesado se podrá obtener o prorrogar permiso o licencia, reduciendo en su caso el período de vigencia según criterio facultativo.	No se admiten

### Comentarios finales

Para los psiquiatras que trabajamos en el SNS resultaría muy relevante que se acordara, explícita y normativamente, hasta qué punto y de qué manera, tenemos la obligación legal de realizar el informe a petición de terceros. En la práctica cotidiana resulta evidente que -en la mayor parte de los casos- acabamos realizando la petición, toda vez que el no hacerlo coloca al paciente en una situación de indefensión ya que, si no lo aporta, suele ser habitual que en los centros de reconocimiento donde se lo han solicitado, no le realicen un informe favorable simplemente por no aportarlo.

Las cuestiones principales que queremos matizar, de acuerdo al RD 818/2009 son las siguientes (ver Tabla II):

1. En los casos de Demencia, Delirium, Trastornos cognoscitivos y enfermedades cerebrales en general (apartados 10.1 y 10.2), queda claro que se precisa el informe de un **“neurólogo”** o un **“psiquiatra”**.

Sin embargo, creemos que el informe del psiquiatra no es estrictamente necesario en el resto de los casos porque:

2. En los casos que impliquen los posibles efectos secundarios de un medicamento

(apartado 11.4), se precisa un informe **“médico”**, sin mayor especificación.

3. En los casos de “Trastornos del sueño de origen no respiratorio” (apartado 10.6) se precisa un informe de un **“facultativo”**. En nuestra opinión, esto designa a un médico, pero no necesariamente a un “psiquiatra”. Incluso no está de más recordar que, al menos en el S. Vasco de Salud, los psicólogos tienen reconocida la categoría de “facultativos”, al igual que los psiquiatras.
4. En el resto de los casos mencionados en el RD, se pide informe de **“psiquiatra o psicólogo”**, con lo cual resulta obvio que bastaría con el del psicólogo.

Y nuevamente recordamos la obligatoriedad de los CRC de tener en su plantilla un **“médico y un psicólogo”**, por lo que entendemos deberían ser estos profesionales quienes realizaran los mencionados informes, no sólo porque la Ley lo permite y lo expone así, sino porque al ser una obligación del ciudadano acudir exclusivamente a los CRC para obtener el informe y abonar un dinero por ello, no cabe -en nuestra opinión- parapetarse en un informe emitido en la sanidad pública, al margen de que -como ya hemos señalado- la sanidad pública

excluye la realización de estas actividades en su cartera de servicios.

No obstante, si es el paciente quien instado a ello solicita el informe, no hay duda de que en aplicación de la normativa sanitaria tiene derecho a que “se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud” (Art. 22 de la Ley 41/2002). Puede discutirse si la información sobre los aspectos referentes a la aptitud de conducir puede englobarse en el concepto de “estado de salud”, pero a nuestro entender no tiene mucho sentido polemizar al respecto cuando el paciente está apremiado para obtener el permiso o su prórroga. Con todo, es evidente que el clínico carece de información suficiente para emitir juicios sobre la capacidad de conducción, mucho más objetivable con los tests y el aparataje disponible en los CRC. Por este motivo proponemos que el informe emitido por el clínico y solicitado por el paciente sobre la aptitud para conducir debería contener estos elementos:

1. Declaración de que el paciente está en tratamiento y desde cuándo lo está. La referencia al tiempo de tratamiento es importante porque da idea de la perspectiva temporal con la que cuenta el clínico para emitir su valoración.
2. Diagnóstico, si se solicita expresamente, y mención a si recibe o no tratamiento psicofarmacológico.
3. El clínico, siempre que sea así, no conoce en el caso particular del paciente conflictiva especial en relación con la conducción de vehículos
4. No existen en el momento actual elementos clínicos que permitan augurar un riesgo especial para sí o para otros, derivado de la conducción de vehículos.
5. Si el paciente recibe tratamiento psicofarmacológico, indicar si se percibe o no una merma significativa de sus velocidad de reacción y coordinación psicomotora, remarcando que esa circunstancia, en relación con la conducción de vehículos, debería ser valorada con las debidas técnicas complementarias que por motivos obvios no se incluyen en la asistencia sanitaria a los pacientes.

El reparo de los profesionales a facilitar datos sobre esta cuestión, en todo caso, podría tener

que revisarse a la luz del futuro Plan Estratégico sobre Seguridad Vial, un documento en el que trabajan los Ministerios de Sanidad, Justicia y Trabajo y sobre el que se están elaborando y desarrollando sucesivos borradores. El último que ha trascendido establece que se preste una atención especial a los conductores ancianos en los CRC, al tiempo que indica que deberán considerarse desde el ámbito sanitario las situaciones de riesgo relacionadas con estas personas, de forma que los médicos de atención primaria aconsejen a quienes hayan perdido sus habilidades que no conduzcan (16). Sin embargo, en versiones previas se insinuaba que las familiares y los médicos de los conductores de edad avanzada mayores deberían comunicar las posibles pérdidas de facultades de estos a la Dirección General de Tráfico (17).

No queremos dejar de comentar el artículo 21 del RD 170/2010, que se refiere al “Contraste y discrepancia de informes de aptitud psicofísica”, tanto por lo que nos pudiera competir al respecto a los psiquiatras, como porque -sinceramente- nos resulta extremadamente confuso. Dice así: “Los informes emitidos con resultado de no apto podrán ser contrastados a petición del interesado, a su costa, mediante el reconocimiento por la autoridad sanitaria correspondiente, pudiendo aportar cuantos informes o certificados médicos o psicológicos estime conveniente, a fin de acreditar la aptitud y que no carece del requisito que presuntamente no posee. En caso de discrepancia entre informes se estará a lo que resuelva la autoridad sanitaria correspondiente al domicilio del interesado...”

Entendemos que, en principio, los CRC deben realizar todos los informes. Solo en caso de “no apto”, el sujeto puede solicitar informe psiquiátrico (pero, insistimos, a posteriori de ser calificado como no apto y no antes de calificarlo). En este caso y en nuestra opinión, al ser una circunstancia equivalente a una pericia, consideramos que dicho informe debería ser solicitado en el sector privado. Ahondando en lo señalado en el artículo, sólo en caso de discrepancia y suponiendo -lo cual se nos antoja mucho suponer, aunque igual es así- que fuéramos la “autoridad sanitaria correspondiente al domicilio del interesado”, nos respondería realizar el informe. Pero, en este caso, entenderíamos también que prevaleciera lo que nosotros indicásemos en el mismo. Es decir, tal como se plantea en el texto

legal, sería nuestra opinión la que condicionaría o no la obtención del permiso, sin discusión y habría que plantearse si realmente un dispositivo asistencial está en condiciones objetivas de valorar al paciente para esta cuestión.

Finalmente y para insistir en la pertinencia del problema, nos planteamos la siguiente cuestión, cuya respuesta dejamos abierta al lector:

¿Se ha pensado en la posibilidad -y en las consecuencias que esto podría conllevar- de que, en caso de daños, las compañías de seguros intentasen repercutir contra el profesional que ha realizado el informe, la responsabilidad derivada del mismo?

Contacto: Luis Pacheco Yáñez • CSM de Bº Etxaniz. Bilbao • LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.net

## Bibliografía

- Pacheco Yáñez, L. La responsabilidad en el informe psiquiátrico para el permiso de conducir. Comunicación a la Mesa redonda sobre "Responsabilidad Penal y Civil del médico: Especial referencia al Psiquiatra". III Jornadas de Psiquiatría y Derecho. Departamentos de Sanidad y Consumo y Justicia. Gobierno Vasco. Bilbao. 5-6 de Mayo. 2010.
- Real Decreto 818/2009, de 8 de Mayo. BOE nº 138. 8 de Junio de 2009.
- Real Decreto 170/2010, de 19 de Febrero. BOE nº 54. 3 de Marzo de 2010.
- Osakidetza. Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia. Actividades excluidas de la actividad de los C.S.M. Accesible en: [www.osakidetza.euskadi.net/v19-smeb0003/es/contenidos/informacion/smeb\\_cartera\\_de\\_servicios/es\\_smeb/sme\\_bizkaia.html#excluida](http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-smeb0003/es/contenidos/informacion/smeb_cartera_de_servicios/es_smeb/sme_bizkaia.html#excluida)
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización. IMGRAF IMPRESORES S. L. Madrid. 17-18. 2009.
- Galindo Menéndez A. Trastornos mentales y de la conducta. En: Manual sobre aspectos médicos relacionados con la capacidad de conducción de vehículos. (JC González y M Álvarez-Mon, coordinadores). Dirección General de tráfico. Ministerio del Interior. Ed. Doyma. Madrid. 2001:147-156.
- Álvarez J, de Gier H, Mercier-Guyon Ch, Verstraete A: ICADTS Working group. Categorization system for medicinal drugs affecting driving performance. Icadts List. Version June 26 th. 2007. Accesible en: [www.icadts.nl/reports/medicinaldrugs1.pdf](http://www.icadts.nl/reports/medicinaldrugs1.pdf)
- ICADTS Working group. Categorization system for medicinal drugs affecting driving performance. Icadts List. Version June 26 th. 2006. Accesible en: [www.icadts.org/reports/medicinaldrugs1.pdf](http://www.icadts.org/reports/medicinaldrugs1.pdf)
- Bonafont Pujol, X. Medicamentos y conducción de vehículos. *Butlletí d'informació terapèutica*. 2005. 17; 7: 37-40.
- Estallo, JA. La incidencia de la medicación en la accidentabilidad. 27-9-2007. Centre Fórum Hospital del mar. Accesible en: [www.bcn.cat/infotransit/pacte/jornada-270907/psicofarmacos-conduccion.ppt](http://www.bcn.cat/infotransit/pacte/jornada-270907/psicofarmacos-conduccion.ppt)
- González-Correa, JA. Implicaciones para el médico. Ponencia a la Jornada sobre medicamentos y efectos en la conducción: Nuevo pictograma de advertencia en los medicamentos. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Madrid, 8-6-2009. Accesible en: [www.aemps.es/actividad/actCongresos/docs/2009/conduccion\\_may09/JAG.Correa\\_conduccion\\_may09.pdf](http://www.aemps.es/actividad/actCongresos/docs/2009/conduccion_may09/JAG.Correa_conduccion_may09.pdf)
- Ozcoidi M, Valdés E, Simón ML, González JC. Patología médica y conducción de vehículos. Guía para el consejo médico. Dirección General de tráfico. STM Editores, S.A. Madrid. 2002.
- De Las Cuevas C, Ramallo Y, Sanz EJ. Psychomotor performance and fitness to drive: the influence of psychiatric disease and its pharmacological treatment. *Psychiatry Res* 2010; 176: 236-41.
- De Las Cuevas C, Sanz EJ. Fitness to drive of psychiatric patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008; 10: 384-90.
- De las Cuevas Castresana C, Sanz Álvarez EJ. Enfermedad mental y seguridad vial. *Actas Esp Psiquiatry* 2009; 37: 75-81.
- Anónimo. El Plan de Seguridad Vial contempla promover la conducción acompañada. Europa Press, 21 de enero de 2011. Accesible en: [www.europapress.es/motor/seguridad00643/noticia-plan-seguridad-vial-contempla-promover-conduccion-acompanada-20110121135022.html](http://www.europapress.es/motor/seguridad00643/noticia-plan-seguridad-vial-contempla-promover-conduccion-acompanada-20110121135022.html)
- Anónimo. Los médicos de Atención Primaria ven difícil decir quién no debe conducir. Gaceta Online SEMERGEN 2010;34. Accesible en: [www.semergen.es/semergen/contentFiles/13580/es/Gaceta34.pdf](http://www.semergen.es/semergen/contentFiles/13580/es/Gaceta34.pdf)

# Interculturalidad en los servicios sanitarios, el ejemplo de una policlínica húngara en Dublín, Irlanda

## *Interculturality in the health services, the example of the Hungarian GP Surgery in Dublin, Ireland*

**Balazs Endredi**

Doctorando PhD. de Economía de la Salud.  
Universidad Pannonia. Veszprem, Hungría.

**Resumen:** Con la fundación de la Unión Europea la gente ya puede moverse libremente en Europa y también puede elegir su lugar de residencia. Sin embargo todas las naciones tienen su propia cultura que afecta muchas costumbres y servicios, así los servicios sanitarios también son diferentes en los países.

En mi investigación yo he estudiado una situación especial en una policlínica húngara en Dublín, Irlanda. En esta policlínica ofrecen servicios principalmente para húngaros residentes en Irlanda. La situación es especial, porque la policlínica está en Irlanda pero ofrece servicios a pacientes húngaros. La realicé basándome en un cuestionario y una entrevista con los pacientes de la policlínica húngara. El principal resultado es que los inmigrantes tienen un gran afecto personal a los médicos de su propia nación y la causa principal es la diferencia cultural que existe entre los países y entre los servicios en estos países.

**Palabras clave:** factores culturales, inmigrantes, médico de cabecera

**Abstract:** People can choose their residence and workplace since the formation of the European Union freely. All nations, however, have a unique, own culture affecting many customs and services including the health services in the different countries as well. In my research work I studied a special situation at a Hungarian GP Surgery in Dublin, Ireland. This surgery offers services primarily for Hungarian patients residing in Ireland. It is a special situation because the surgery is located in Ireland but the patients are Hungarians.

My research is based on questionnaires and interviews with patients of the Hungarian Surgery. The most important result is as follows: The immigrant people have a strong personal affection for doctors from the same nation due to the cultural identity and differences of customs in health services in the countries.

**Key Words:** Cultural factors, immigrants, GP.

Existen muchos estudios sobre el funcionamiento y el efecto de los servicios sanitarios internacionales. Hoy en día con la ayuda de los resultados de dichos estudios podemos comparar sistemas sanitarios de los países. Está claro que existen muchos tipos de comparaciones, por ejemplo se puede hacerlos según los datos económicos o

según la satisfacción de los médicos o los pacientes o incluso según los resultados de la salud pública. En mi estudio yo he investigado los sistemas sanitarios de dos países, Hungría e Irlanda, desde el punto de vista de los pacientes. He analizado principalmente los factores culturales ya que la cultura influye mucho en los servicios

sanitarios. Esta investigación ha sido realizada en una policlínica húngara en Dublín, Irlanda, donde ofrecen servicios sanitarios, principalmente, para pacientes húngaros residentes en Irlanda. Esta situación es muy especial porque la policlínica tiene que cumplir las normas y las leyes del sistema sanitario irlandés, pero también tiene que considerar las expectativas y costumbres de los pacientes de otra nación, acostumbrados a otro sistema, exactamente al sistema húngaro. Para aclarar la importancia de la comparación de los sistemas de dos países miembros de la Unión Europea voy a resumir también la actuación y la regulación de la Unión Europea respecto a este tema.

Viajando por varios países en la Unión Europea vemos que en muchos ámbitos todavía siguen existiendo diferencias. Todas las naciones tienen su propia cultura que les afecta a muchas costumbres y muchos servicios también. Los habitantes extranjeros en un país extranjero generalmente quieren conservar algunas de sus propias costumbres. Los servicios sanitarios también son diferentes en los diferentes países de la Unión Europea y esa diferencia no surge solo de la diferencia del sistema, sino también de las costumbres de la nación.

En los últimos años se nota que los ciudadanos de la Unión Europea tienen una vida más larga y con mejor salud que las generaciones anteriores, sin embargo entre los estados miembros existen grandes diferencias en el área de salud. Hay que mencionar que no sólo la economía y el sistema sanitario del país afectan a la salud del pueblo, sino también las costumbres, las comidas principales e incluso los deportes favoritos. En general los factores culturales tienen mucha influencia en la salud de los ciudadanos, por eso vale la pena hacer un estudio sobre la sanidad basando en las diferencias culturales.

Considero importante saber que todos los países miembros de la Unión Europea tienen su propio sistema sanitario, ya que el establecimiento del sistema sanitario y la asistencia sanitaria es su obligación y derecho. Hablando de los servicios sanitarios hay muchas áreas en las que la actuación de los países es insuficiente o ineficaz, así en éstas se necesita una regulación comunitaria.

Ahora veamos cuáles son los motivos de la necesidad de la regulación comunitaria.

- Cada vez crece más la migración dentro de la Unión Europea. Existe migración entre los trabajadores de todas las profesiones, así que no pueden faltar los médicos y los trabajadores sanitarios tampoco. Con la migración de los médicos y los trabajadores sanitarios, llegan nuevos trabajadores del sector de la sanidad a los países y esos trabajadores evidentemente darán servicios en su nuevo lugar de residencia.
- Con la migración de trabajadores y jubilados surge una necesidad de los servicios sanitarios en su nuevo lugar de residencia. Estos habitantes extranjeros muchas veces buscan médicos de su propia nación.
- Dentro de la Unión Europea por el derecho de libre movimiento de gente y de los servicios, los habitantes de un país miembro pueden contratar servicios sanitarios en otro país miembro. Eso no puede funcionar sin la regulación comunitaria.
- Existe una gran diferencia entre los servicios sanitarios de los países miembro de la UE. La diferencia no surge sólo de la diferencia estructural y financiera, sino muchas veces de la cultura del país. Por ejemplo existen diferencias en el tratamiento y en los medicamentos utilizados también.

Para entender la interculturalidad que existe en la salud pública dentro de la Unión Europea tenemos que conocer un poco el sistema actual y el proceso de la regulación de esta área. Después del Tratado de Maastricht (1992) llegó a ser muy importante la regulación de la salud pública en la Unión Europea, porque desde entonces la UE empezó a ocuparse de temas no exclusivamente económicos. Sin embargo la oposición de los países miembros impidió la unificación del derecho sanitario.

El Tratado de Amsterdam (1997) se centró en cuestiones nuevas de la sanidad. Los dos temas principales eran la seguridad alimentaria y la protección del consumidor, pero el tratado prescribía que en todas las políticas y actuaciones comunitarias tienen que esforzarse para la protección de la salud de los ciudadanos.

Después del Tratado de Amsterdam los países seguían teniendo el derecho de establecer sus propios sistemas sanitarios. Después del Tratado tampoco alcanzaron obtener la unificación del derecho sanitario, y de esta manera no podemos hablar de un solo sistema de salud pública a nivel europeo. Sin embargo este Tratado tiene una consecuencia de gran peso: se ha establecido un principio fundamental en la Unión Europea según el cual en todos los ámbitos de la vida siempre hay que tener en cuenta la salud de los ciudadanos.

Desde 1998 la Comisión Europea empezó a dedicarse a la formación de una Estrategia Europea para la Salud Pública. Su labor comenzó con una iniciativa, aprobada por el Parlamento Europeo en 2003. La iniciativa contenía afirmaciones que servían como origen para las acciones y medidas posteriores. He aquí las afirmaciones más importantes:

- Una de cada cinco personas no supera los 65 años, por llevar una vida insana o por accidentes.
- La aparición de nuevas epidemias y pandemias constituyen nuevos factores de riesgo.
- Siguen existiendo grandes diferencias en el nivel socioeconómico de los ciudadanos.
- El envejecimiento de la sociedad causa el aumento de las enfermedades de la tercera edad.

En la estrategia lo más destacado es el Programa de Salud Pública de la Unión Europea. El objetivo principal del programa es la protección, el desarrollo y el mejoramiento de la salud de los ciudadanos europeos. El segundo período del Programa tiene validez desde 2008 hasta 2013. Los tres temas básicos del Programa son: información-salud, factores peligrosos para la salud y factores influyentes en la salud.

En 1999 la Comisión Europea fundó la Dirección General de la Sanidad y Consumidores (DG SANCO), cuya función es dedicarse a la salud, la protección de los consumidores y la seguridad alimentaria europea. Con este paso se realizó el mejoramiento de la salud pública comunitaria y el mejoramiento de la cooperación entre los países miembros.

En la Unión Europea surgieron varias leyes, decretos y directivas para asegurar el libre movimiento y empleo. Para el libre movimiento de los trabajadores profesionales de la sanidad era un paso muy importante la directiva 2005/36/EC relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. En el área de la sanidad, el movimiento de los médicos y trabajadores profesionales ayuda a los trabajadores estar donde se los necesite más. Pero el trabajo en otro país comunitario podría tener otras causas también: mejores posibilidades de carrera o incluso mejor salario.

Me he centrado en una situación particular en el que un médico en el extranjero ofrece servicios a gente de su propia nación en este país extranjero. En esta situación he podido analizar las expectativas de los pacientes y he podido comparar los dos sistemas sanitarios (el de su país de origen y de su nuevo país de residencia) desde el punto de vista de los pacientes. He hecho la investigación en Dublín, Irlanda, en una policlínica húngara, donde médicos húngaros proporcionan servicios, mayoritariamente, a personas húngaras residentes en Irlanda. La situación es especial, porque la policlínica está en Irlanda pero ofrece servicios a húngaros. La policlínica tiene que cumplir las normas y reglas del país donde se encuentra (Irlanda), pero los pacientes son húngaros y ellos tienen sus propias expectativas que generalmente surgen de las costumbres húngaras y la policlínica tiene que tener en cuenta las expectativas de sus clientes.

Esta investigación la realicé basándome en un cuestionario (con unos 200 pacientes) y una entrevista a otros 30 pacientes en la policlínica húngara en Dublín. (Tabla 1).

La muestra entrevistada, según el género y la edad, el 71,5% son mujeres y el 28,5% son varones. Según la edad el 9,7% son menores de 25 años, el 47,3% son de 25-30 años, el 41,2% son 31-40 años y sólo el 1,8% son mayores de 41 años.

El resultado en base a la edad no muestra nada extraño, porque coincide con el motivo principal del traslado de los húngaros a Irlanda, el 85% de los húngaros llegaba a Irlanda para trabajar en el país. Claro que las personas entre 25 y 40 años están dispuestas a trabajar en otro país, ya que generalmente esa generación tiene

conocimientos de lengua extranjera además de una cualificación adecuada para trabajar. Los resultados referentes al sexo son un poco extraño, porque entre los cuestionados casi la ? parte es mujer. Para comprender esta cifra tenemos que conocer un poco el sistema sanitario de Irlanda y dentro de eso las tareas de los médicos de cabecera. En Irlanda los médicos de cabecera atienden mujeres embarazadas e incluso ofrecen tratamientos para los bebés.

De ahí que el sistema mismo explica el gran número de las mujeres, pero por otro lado no podemos tampoco olvidarnos de otros factores. El factor más importante a parte del anterior mencionado es el factor psicológico. Según mi estudio son las mujeres que visitan a los médicos con más frecuencia y aún con enfermedades ligeras. Los hombres muchas veces acuden al consultorio sólo si consideran inevitable. También tenemos que ver la diferencia de la situación laboral que existe entre las mujeres y los hombres. El empleo atípico (cómo el empleo de tiempo parcial o empleo temporal) es muy común en Irlanda. Este tipo de empleo es muy popular entre las mujeres, ya que por ejemplo las mujeres quieren trabajar en tiempo parcial después del parto. Además, las empresas son más flexibles con las mujeres a la hora de emplearlas. Todos estos motivos conllevan que las mujeres tengan más posibilidades para acudir al médico.

En el cuestionario también se preguntaba sobre el lugar adonde acudían los pacientes húngaros antes del verano de 2008, fecha de la inauguración de la policlínica húngara.

El resultado más importante –que está principalmente relacionado con la cultura– es que el 63,5% de los pacientes utilizaban los servicios del médico de cabecera sólo en esta policlínica húngara. Sólo el 6,2% visitaba otro médico húngaro, ya que antes de que se abriera esta policlínica húngara no trabajaban médicos húngaros privados en Irlanda, sólo trabajaban algunos como empleados en policlínicas irlandesas. El 27,8% de los húngaros visitaba una policlínica irlandesa cerca de su casa.

Los periodos de permanencia en Irlanda de las personas entrevistadas eran diferentes. El 76,5% de los húngaros vive en Irlanda desde

hace menos de 4 años (es decir se trasladaron en 2006 en adelante). Está claro que después de la entrada de Hungría en la UE (2004) los húngaros han tenido más posibilidades y también es más fácil trabajar y vivir en otro país miembro. Sin embargo, tenía que pasar algún tiempo para que las personas realmente puedan darse cuenta y aprovecharse las posibilidades ofrecidas de la Unión Europea. Esta es la causa por la que podemos notar que gran parte de los húngaros han llegado a Irlanda en los últimos 4 años, de 2006 en adelante. Sólo el 5,5% vive en Irlanda desde hace más de 5 años.

Conviene que veamos conjuntamente los dos factores descritos anteriormente (el de la visita antes de la apertura de la policlínica y el del tiempo de permanencia de los húngaros en Irlanda) y así descubrimos otros resultados muy interesantes. Del 63,5% que sólo visitaban la policlínica húngara, podemos ver que el 42% vive en Irlanda desde hace más de 2 años, es decir estas personas se trasladaron antes de que se abriera la policlínica. Este dato nos demuestra que casi la mitad de las personas que visitaba sólo la policlínica húngara en Irlanda, se trasladó antes de que se abriera la policlínica. Esto pudo ocurrir porque gran parte de estos pacientes prefiere una asistencia médica con personal sanitario húngaro y en caso de que en su país de residencia no haya un médico de cabecera de su propia nación entonces opta por no visitar un consultorio. La raíz de ello podemos encontrar que la propia cultura de la nación afecta mucho los servicios sanitarios. Por un lado los pacientes de misma nación tienen unas expectativas más o menos comunes relativas a los servicios sanitarios y por otro lado tienen un gran afecto personal a los médicos de su nación.

Para demostrar el gran afecto que se sienten los húngaros (y normalmente las otras naciones también) hacia los médicos y trabajadores profesionales de su propia nación, he estudiado el tiempo que necesitan los pacientes para llegar a la policlínica y junto con eso la diferencia que existe entre el tiempo que necesitan en Irlanda y el que necesitaban en Hungría. (Tabla 2)

El tiempo medio que tarda un paciente en llegar al consultorio del médico de cabecera en Hungría era menos de 30 minutos (el 89% de los

pacientes llegaba en menos de 30 minutos). En Irlanda para llegar a la policlínica húngara el tiempo general oscila entre 10 y 45 minutos (el 73% de los pacientes llega entre 10 y 45 minutos). Sin embargo es muy importante que en Irlanda el 18% viaja más de 45 minutos y el 9% viaja más de una hora. Mientras tanto en Hungría sólo 2% de los pacientes viaja más de 45 minutos.

De la comparación de los tiempos que se necesita en Irlanda y que antes se necesitaba en Hungría para llegar al consultorio, se puede observar que el 4,9% necesita menos tiempo en Irlanda que en Hungría. Ellos son los afortunados que viven cerca de la policlínica húngara, es decir ellos viven en el centro de Dublín donde se halla la policlínica. El 30,2% necesita el mismo tiempo en Irlanda que en Hungría. Pero el resultado más importante que el 64,9% es capaz de viajar más para ser asistido en la policlínica en Irlanda que en Hungría. Ellos dicen que vale la pena de gastar más en llegar al consultorio de un médico húngaro.

Está claro que las personas no rompen los lazos definitivamente con su país de origen. Este es el caso en los servicios sanitarios también. Podemos ver que el 80% de los pacientes húngaros residentes actualmente en Irlanda utilizan servicios sanitarios en Hungría en vez de utilizarlos en Irlanda.

Los servicios más utilizados en Hungría son los servicios del dentista y de los ginecólogos. Existen varios motivos de ello. Primero los servicios en general son más baratos en Hungría que en Irlanda, segundo -y lo más importante- son los hábitos personales o sea las diferencias culturales. Desde este punto de vista cobran importancia la lengua utilizada (la misma que del médico), el conocimiento del médico, el conocimiento de los procesos durante el tratamiento y además el conocimiento de la función de los hospitales.

En el estudio de la frecuencia de las visitas del médico no se encontró grandes diferencias. La mayor parte de los pacientes en Irlanda y en Hungría también visitan al médico si tienen alguna queja y no regularmente. En Irlanda el 85% y en Hungría el 95% contestó que no tiene una regularidad fija en las visitas del médico. En Irlanda existen más pacientes (con 10% más) que visitan con alguna regularidad el médico

porque necesitan algún tratamiento. Esta diferencia se debe al funcionamiento de los sistemas sanitarios de estos países, ya que en Irlanda el médico de cabecera presta servicios para mujeres embarazadas por lo que las mujeres son obligadas a visitar al médico con una regularidad fija.

En resumen, durante mi estudio la pregunta ha sido si existe alguna diferencia en la visita al médico de cabecera después de trasladarse a un país extranjero. Además he estudiado si existe diferencia comparando sus visitas en su país de origen y cuál es la raíz de ello. Incluso he estudiado que la llegada de un médico de su misma nación afecta a sus costumbres de utilizar los servicios sanitarios. Para realizar mi investigación sobre el tema tenía una buena oportunidad de observar el funcionamiento de una policlínica húngara en Dublín. Ahí pude sacar varios resultados muy interesantes pasando cuestionarios y entrevistas a los pacientes.

## Conclusión

Puedo afirmar que los factores que influyen en las diferencias son básicamente factores culturales. Es por eso que puedo afirmar que valdría la pena estudiar aún más detalladamente los factores culturales relacionados con los servicios sanitarios ya que de esta manera podríamos entender mejor por qué los países miembros de la Unión Europea tienen sistemas sanitarios distintos y tal vez se aferran a ellos por ese motivo.

## Bibliografía

- Wallis Jeremy: *A Guide to Working in Healthcare*, Heinemann, 2001.
- Nolan Brian: *Charging for Public Health Services in Ireland, why and how?*, Dublin, Economic and Social Research Institute, 1993.
- Peter C. Smith: *Reforming Markets in Healthcare*, Open University Press, 2000.
- Padraig O'Morain: *The health of the nation, the Irish healthcare system 1955-2007*, Dublin, Gill and Macmillan, 2007.
- Mihályi Péter: *Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába*, Vezsprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém, 2003.

Borbás Ilona, Kincses Gyula: Egészségügyi rendszerek az Európai Unió régi tagállamaiban, 2007, Bp-Eri.

Tratado de Amsterdam, URL: <http://eur-lex.europa.eu/es/treaties/dat/11997D/htm/11997D.html>

Tratado de Maastricht, URL: <http://eur-lex.europa.eu/es/treaties/dat/11992M/htm/11992M.html>

**Contacto:**

Balazs Endredi

Universidad Pannonia (Veszprem, Hungría)

Teléfono: +36 20 521 35 80 • E-mail: [endredi@pannonmail.hu](mailto:endredi@pannonmail.hu)

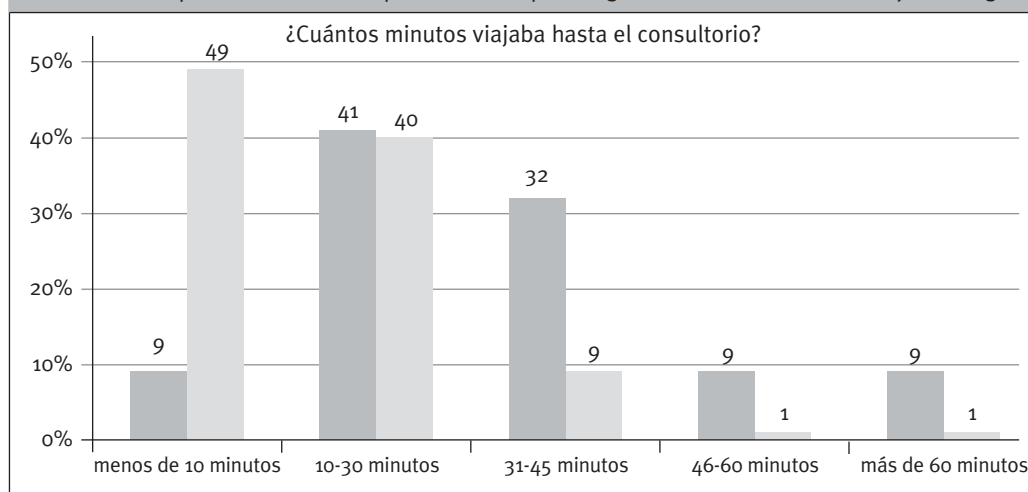
- Aceptado: 26-01-2011.

**Tabla I.** Porcentaje de personas entrevistadas según sexo y edad

¿Su sexo? / ¿Su edad?						
		¿Su edad?				Total
		menos de 25	25-30	31-40	41-55	
¿Su sexo?	mujer	9,1	35,2	26,7	0,6	71,5
	hombre	0,6	12,1	14,5	1,2	28,5
<b>Total</b>		<b>9,7</b>	<b>47,3</b>	<b>41,2</b>	<b>1,8</b>	<b>100</b>

- Investigación propia.

**Tabla II.** Comparación de los tiempos utilizados para llegar al consultorio en Irlanda y en Hungría



- Investigación propia.

# Salud Mental y Catástrofes: el caso del Rescate de los 33 mineros sepultados en Chile



**Resumen:** Este artículo incluye una introducción y cuatro conjuntos de textos que describen el trabajo de psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales en el rescate de los 33 mineros chilenos que vivieron 70 días atrapados a centenas de metros de profundidad de Agosto a Octubre del 2010. Una serie de líneas centrales de apoyo psico-social en catástrofes se presentan concretamente en este testimonio de “buena práctica”. Las orientaciones centrales son la importancia de una actitud positiva de no abandonar las tareas de rescate hasta que haya información fehaciente de que no hay nada que hacer, el trabajo regular orientado al contacto con las personas y no a cumplir tareas y objetivos administrativos y reglas burocráticas, la participación activa de los afectados en las tareas de rescate, el refuerzo a su capacidad de auto-determinación y eficacia, el apoyo a formas de cooperación y afrontamiento colectivo, el mantenimiento de comunicaciones fluidas con sus familiares, el refuerzo de formas de negociación de los conflictos, el mantenimiento de rutinas y de los ciclos circadianos, el refuerzo de rituales de conmemoración, glorificación y espirituales, la inducción de emociones positivas individuales y colectivas de esperanza, humor, y calma, que amortigüen la ansiedad, así como la preparación para afrontar el acoso mediático a la salida. Ilustra la aplicación de los estudios sobre emociones positivas y procesos psico-sociales en el caso de catástrofes.

**Palabras clave:** Catástrofe; Trauma; Salud Mental; Apoyo Psico-social; Psicología Positiva.

**Abstract:** This article includes an introduction and four texts describing the work of social workers, psychologists and psychiatrists in the rescue of 33 Chilean miners – living 70 days trapped in a mine from August to October 2010. As an example of “good practice” in mental health this intervention suggests a set of orientations and norms in the case of catastrophes, like a positive and pro-active attitude in the rescue efforts, focus on persons and not on administrative work, active participation of persons affected by the catastrophe in rescue tasks, reinforcement of self-determination and efficacy, support to cooperative and collective coping, fluid communication with family and relatives, reinforcement of conflict management mechanisms, maintenance of circadian cycles and daily routines, reinforcement of positive, commemoration and spiritual rituals, induction of hope, humor and calm, tuning anxiety, and preparation to cope with mass media bullying after the rescue. These texts show the application of studies on positive emotions and psychosocial processes to catastrophes.

**Key words:** Catastrophe; Trauma; Mental Health; Psycho-social Support; Positive Psychology.

## Introducción

D. Páez, A. Mendiburo

Grupo Consolidado Cultura, Cognición y Emoción  
Facultad de Psicología, UPV/EHU • San Sebastian/Donostia

La catástrofe de la mina San José en Agosto del 2010 en Chile fue un suceso mediático y el exitoso rescate a mediados de Octubre después de estar 70 días atrapados provocó un impacto internacional muy importante. En este dossier queremos presentar materiales sobre la intervención en salud mental en esta catástrofe. Hemos agregado en cursiva y entre paréntesis «traducciones» de los giros coloquiales e información contextual. Tanto estos como la selección de textos son de nuestra exclusiva responsabilidad.

Primero va un comunicado de la asociación de Psicólogos Voluntarios. En él se pone de manifiesto el problema estructural de lo ocurrido: la pequeña y mediana minería basan su competitividad en bajos costes y malas condiciones de trabajo, lo que provoca que cada año mueren más mineros que los 33 rescatados por accidentes laborales – en diez años ha habido 350 muertos en la minería. Como ilustración del déficit en seguridad laboral se puede mencionar que el Convenio 176 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Salud y Seguridad Minera no fue ratificado por los Gobiernos de centro-izquierda de los pasados 20 años, pese a que la extracción minera representa una (sino la más) de las fuentes de ingreso más fuertes del país.

Este texto también plantea la debilidad institucional de la intervención chilena en catástrofes. Primero, la empresa de la mina desapareció totalmente del mapa y el rescate fue organizado por el Estado. Segundo, dada la ausencia de un organismo sobre catástrofes o un fuerte servicio nacional de salud, el Gobierno debió invertir grandes recursos e improvisar un equipo –se calcula que el rescate costó al menos 15 millones de dólares. El ministro de Minería y el de Salud fueron los que coordinaron el trabajo, desarrollado en gran medida por trabajadores de la empresa estatal de Minería Codelco, con apoyo de máquinas y especialistas de empresas nacionales e internacionales, incluyendo la NASA. Este texto también plantea la problemática de un asistencialismo y un exceso de cobertura mediática en el suceso.

En este primer texto y en el segundo, una publicación de la Universidad Católica de Santiago de Chile (UC), se describe que alrededor de 16 asistentes sociales y psicólogos de ayuntamientos y otras entidades estatales fueron convocados por un cargo estatal (el psicólogo J. Carvallo) y organizados para atender a los familiares de los mineros enterrados – se denominó COAF (Centro de Orientación y Atención Familiar) a este grupo. Fue con relación al COAF que se planteó un conflicto: para evitar que los familiares enviaran información que estresara a los mineros, se quiso censurar y eliminar parte de los textos que los familiares enviaban desde la superficie a los mineros enterrados. Esta medida fue adecuadamente corregida. Sin embargo, se censuró un mensaje de los 33 de apoyo a la huelga de hambre de un grupo de presos mapuches que reclaman por problemas ambientales y queda la impresión de un control férreo por el Gobierno de quién y cuándo hablaba sobre la catástrofe. Además en este texto se constata que no hubo aplicación de instrumentos estandarizados y que este grupo de la UC, dirigido por un psiquiatra de la Aviación de guerra local, orientaba sólo globalmente y supervisaba a la distancia al equipo de salud mental.

El tercer texto es un conjunto de materiales (descripción evaluación final, claves de intervención, protocolos, manuales y una entrevista) facilitados por Alberto Iturra, psicólogo laboral y comunitario residente en la zona, quién se ofreció como voluntario y asumió con un contrato temporal desde la ACHS (Asociación Chilena de Seguridad) y por disposición del Ministro de salud, la dirección del área psicológica del rescate. La entrevista ilustra tanto el carácter de «buena práctica» de la intervención, como la necesidad de manejar una serie de decisiones más orientadas a las relaciones públicas que a la intervención eficaz. También muestra las limitaciones de las intervenciones “verticales” en catástrofes. Participó durante todo el rescate aunque después finalizó su colaboración con la ACHS. La ACHS es una especie de mutual privada y juega un rol de

cobertura médica y social y el encargado médico del rescate, Dr. Jorge Díaz, pertenece a ella. La información sugiere un menor apoyo institucional al trabajo psicológico – Alberto ya no trabaja para la ACHS. En cambio el mismo Dr. Díaz sigue apareciendo a cargo del seguimiento médico y se ha asegurado a los rescatados seis meses de acompañamiento psiquiátrico –aunque se ha amenazado con retirársela si los mineros no acuden a los controles regulares, cosa que algunos de ellos no hacen porque atienden a viajes y conferencias en Chile y por el mundo.

El cuarto texto se compone de extractos editados del libro del psicólogo Claudio Ibáñez sobre la intervención psico-social en el rescate desde la perspectiva de la Psicología Positiva. Psicólogo de recursos humanos, director del Instituto Chileno de Inteligencia Emocional ([www.psicologiapositiva.cl](http://www.psicologiapositiva.cl)) y miembro de la Asociación Internacional de Psicología Positiva, Claudio apoyó el trabajo de A.Iturra y estuvo directamente en varias ocasiones en el lugar del rescate. Los dos actuaron como equipo, se coordinaban dos veces al día y Claudio reemplazó a Alberto alrededor de una semana.

Tanto sobre el terreno como en los medios de comunicación de masas, Ibáñez e Iturra plantearon una actitud positiva, de confiar en que se podía hacer algo, que los mineros eran capaces de salir adelante y que la mayoría de las personas sale adelante de los hechos negativos, en contraposición con la postura de “excepcionalidad” de aquellos que afrontan con éxito. Así, esto fue un importante contrapunto a la visión de que se centraba en el estrés, la depresión, trauma y malestar, visión que domina en muchos profesionales de la salud mental (entrevista a A. Iturra e Ibáñez, 2010, p.55). Ahora bien, afortunadamente la visión de que sólo una minoría de los afectados por traumas se ve fuertemente alterada (un 20% como media), que la mayoría de los afectados en catástrofes sale adelante (Echeburúa, 2010) y que los mineros eran un grupo resiliente logró imponerse, como se manifiesta en el segundo texto entre otros.

La intervención de Iturra y sus colaboradores insistió en “involucrar a los mineros activamente en su propio rescate”, que se sintieran útiles y ocupados con actividades con sentido. Es decir,

se reforzó la autodeterminación y control por los mineros de una serie de acciones concretas, como seleccionar con quien hablar, etc., lo que reforzó la auto-eficacia (Ibáñez, 2010, pp.24-25)

Los mineros organizaron su sobre-vida y mostraban esperanza (Ibáñez, 2010, pp.34 y 37-38) aunque la desesperación los afectó fuertemente en los primeros días. Comprensiblemente se dieron ansiedades, miedos y problemas de convivencia (Ibáñez, 2010, p. 43 y entrevista a Alberto Iturra).

El manejo del ciclo circadiano (horas de dormir y apoyo técnico con luces para ello) y el mantenimiento de rutinas regulares fue también otro aspecto central (Ibáñez, 2010, pp.46 y 53). También otro aspecto relevante fue el apoyo a los cumpleaños, a los rituales de cantar, bailar, comunicar, rezar, leer las cartas y contestarlas etcétera– “mantener actividades días especiales” (Ibáñez, 2010, p.74).

La preparación de la salida y de lo que iban a enfrentar también fueron otros elementos importantes de la intervención (Ibáñez, 2010, pp. 82-83).

Aunque los mineros se auto-regulaban y organizaban solos, mostrando una gran resiliencia, el equipo (mediante el contacto regular) estableció una relación de respeto con ellos, amortiguando las demandas del Gobierno y medios de comunicación. Reforzaron la asertividad de los mineros (que se negaron a contestar un cuestionario sobre su experiencia en los primeros días, por sus implicaciones para las posteriores demandas laborales a la empresa), los apoyaron emocional e instrumentalmente, y sobre todo, reforzaron la estructura del liderazgo y una actividad colectiva coordinada, evitando la baja cohesión y el individualismo competitivo (véase entrevista y los textos de A Iturra).

Los materiales aquí presentados presentan una serie de orientaciones concretas para la intervención en catástrofes, basadas en este caso ejemplar y en evaluaciones clínicas sistemáticas, sí bien no en instrumentos estandarizados, dificultad comprensible dada la urgencia temporal, las dificultades de comunicación y la ausencia de un grupo estructurado estable de intervención e investigación. También muestran el potencial de aplicar los estudios básicos de Psicología de las

emociones y de Psicología social a problemáticas concretas— desde una perspectiva de crecimiento personal y grupal (para una perspectiva latina y española de la Psicología Positiva véase Casullo, 2008; Vázquez y Hervas, 2008; 2009; Salanova y López Zafra, en prensa; para una revisión reciente del crecimiento post-estrés y post-trauma, que incluye instrumentos y baremos “ibero-americanos” véase Páez, Vázquez, Bosco, Gasparre, Iraurgi & Sezibera, 2011).

Desde nuestro punto de vista personal, el indudable y exitoso esfuerzo del rescate se ve empañado por el énfasis en el orgullo y cohesión nacional chilena, y las referencias religiosas permanentes, que no se corresponden con la realidad social. Al menos uno de los mineros era boliviano y suponemos que algunos no serían creyentes. Reflejando las fuertes diferencias de clases y étnicas características de América Latina y en cierta medida de Chile, entre los altos cargos los fenotipos y nombres son europeos no castellanos (el ministro de minería, Lawrence Golborne, el ingeniero André Sougarret o el presidente de la ACHS, Eugenio Heiremans) mientras que entre los mineros predomina el aspecto mestizo y los apellidos castellanos. Los estudios muestran que los mineros ganan alrededor de 300 euros, mientras que los directivos ganan salarios más de diez veces superiores. La fuerte y orgullosa identificación con el país no son homogéneas ni dominantes, sin negar la atmósfera emocional de solidaridad, orgullo y alegría que provocó el rescate. Al respecto, un reciente estudio encontró tres tipos de identidad colectiva chilena; un tercio aproximadamente que siente orgullo, fuerte identificación y comparte creencias positivas, que caracteriza a las personas de mayores ingresos y educación; otro tercio de personas presentan una identidad chilena ambivalente, que tiene menores ingresos; y un último tercio de personas que tienen una visión crítica y negativa de su nación y sienten enojo hacia ella, que corresponden al sector de menores ingresos y educación (PNUD, 2002).

Finalmente quisiéramos agradecer a A. Iturra, quién envió este rico conjunto de materiales; a C. Ibáñez que aceptó que se diera a conocer extractos de su interesante libro; a la psicóloga M. País, quien nos envió información esencial;

a nuestro colega de la UPV E. Echeburua, quien envió los materiales sobre catástrofe de la Revista de Psicología Clínica chilena, incluyendo su artículo en ella publicado; a Carmelo Vázquez que revisó la versión final, así como a Francisco Peregil, corresponsal de El País en Chile y América Latina, autor de un libro sobre el rescate de los 33, que es el complemento perfecto al de C. Ibáñez (allí narra cómo los mineros quedaron atrapados a centenares de metros, a 30-35 grados y 98% de humedad, deshidratados y por 17 días aislados, la convergencia de 500 medios y cerca de 1500 periodistas del mundo en el lugar del rescate, los conflictos que se dieron, etc.), quién por su interés e intercambio de opiniones me motivó a hacer este dossier. Nuestra motivación también se explica porque el segundo autor es un doctorando chileno de la UPV y el primero tiene doble nacionalidad chileno-española. Aunque lleva viviendo aquí 27 años y trabajando casi los mismos en la UPV, nació y vivió en Chile 21 años hasta 1974 y sufrió la experiencia de la dictadura militar. Además, la cercanía al tema era mayor el año 2010, ya que el primer autor estuvo el primer semestre académico del 2010 en la UC de Lima y pasó en Chile dos semanas, constatando el impacto del terremoto natural (tsunami) y sociopolítico (Gobierno conservador después de 20 años de dominio de la centro-izquierda). Al final pero no al último, el primer autor, Claudio y Alberto fueron compañeros en la Escuela de Psicología de la Universidad de Chile, institución que lucha por recuperarse por la regresión en recursos e investigación que sufrió con la dictadura y que aún la marca. Compartimos estudios durante “nuestros años 68”, los de los 70 y la intensa experiencia del Gobierno de Allende. Por la red organizada por Claudio estuvimos al tanto del intercambio de materiales con los que los compañeros de esos años apoyaron en la medida de lo posible a Alberto, quién realizó una labor ejemplar junto con el equipo que él coordinó. Finalmente agradecemos la amabilidad e interés del equipo editorial de la revista *Norte de salud mental* ante esta iniciativa, en particular de nuestro colega Iñaki Markez.

Enero de 2010.

## Bibliografía

- Casullo, M.M. (2008). *Prácticas en Psicología Positiva*. Bs. Aires: Lugar Editorial.
- E. Echeburúa (2010). El desafío de la prevención en estrés postraumático: ¿cómo sobrevivir a un desastre? *Terapia Psicológica*. Monográfico Psicología y Desastres Naturales. 28, 2, 147-154.
- Ibáñez, C. (2010). *Los 33 de Atacama y su rescate: Psicología positiva en acción y algunas historias no contadas*. Santiago de Chile: Origo Ediciones.
- Páez, D., Vázquez, C., Bosco, S., Gasparre, A., Iraurgi, I. & Sezibera, V. (2011). Crecimiento Post-estrés y Post-Traumático. En Páez, C. Martín Beristain, J.L., González, N. Basabe & J. De Rivera (Coords.). *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz*. Pp.311-339. Madrid: Fundamentos.
- Peregil, F (2011). *El Rescate de los 33 mineros*. Madrid: Temas de Hoy. (Título provisional).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2002). *Desarrollo Humano en Chile. Nosotros los chilenos: un desafío cultural*. Santiago: PNUD-Chile. Extraído el 20 de abril de 2010 de <http://www.desarrollohumano.cl/indice.htm>
- Salanova, M. & López Zafra, E. (en prensa). Monográfico sobre Psicología Positiva. *Revista de Psicología Social*.
- Vázquez, C., y Hervás, G. (2008). (Eds.), *Psicología Positiva aplicada*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Vázquez, C. y Hervás (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sitios Internet sobre Psicología Positiva:  
[www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/](http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/)  
[www.psicologiapositiva.org](http://www.psicologiapositiva.org)

## I. Psicólogos Voluntarios de Chile y el rescate de los 33 mineros

### Equipo de Psicólogos Voluntarios

21 octubre, 2010

Comunicado Psicólogos Voluntarios de Chile:

Psicólogos Voluntarios de Chile, ha querido hoy manifestarse respecto a lo que ha estado aconteciendo desde el día 5 de Agosto de 2010 en Copiapó, específicamente en la Mina San José y Campamento Esperanza. ...en esta última catástrofe se han identificado algunas responsabilidades importantes en cuanto a condiciones laborales, que facilitan la ocurrencia de este tipo de accidentes y que nos muestran una realidad pocas veces conocida o quizás más lejana para el común de la población. Queda en evidencia la falta de regulaciones a nivel de seguridad y responsabilidad empresarial hacia sus trabajadores en este rubro tan peligroso, lo que no debería pasarse por alto, siendo éste uno de los grandes aprendizajes de esta historia. Aun sabiendo que estos hechos no son predecibles, consideramos que, ambos, han dejado en evidencia la escasa capacidad de prevención y de preparación para enfrentar este tipo de circunstancias, a nivel nacional.

Durante todo este periodo, fuimos testigos del sufrimiento de nuestros compatriotas, de la angustia sufrida y de la desesperanza, las cuales se veían algo disminuidas con la firme esperanza de las familias de los mineros atrapados por encontrarlos vivos y luego, por la enorme valentía y fortaleza de los mineros al recibir ese papel escrito con letras rojas (mensaje en el que decían *Estamos bien el refugio los 33*)... Hoy, somos un ejemplo para el mundo, partiendo por el tipo de catástrofe acontecida, pero más aún, por el intenso trabajo y preocupación de todas las personas que colaboraron con un granito de arena para que todo culminara con este final feliz. Esta actitud permite paliar las faltas antes mencionadas, pues nos da la fortaleza para enfrentar los acontecimientos que no pudimos prevenir, o dándonos el espíritu necesario para tolerar sus consecuencias. Esto nos engrandece tanto como país, como de manera individual.

Nosotros como Institución ligada a la intervención en emergencia y desastres, fuimos llamados por el Gobierno antes de que se encontrara a los mineros, para hacernos partícipes del operativo psicológico que se llevaría a cabo con los familiares y posiblemente con los accidentados. Sebastián Chacón, director de nuestra organización, acudió al llamado, y participó con expertos en el tema, como los son Humberto Marín y Rodrigo Figueroa (*psicólogo y psiquiatra de la UTEG de la UC*). Su participación se caracterizó por entregar herramientas que facilitarían la relación con las familias, la comunicación entre los equipos encargados del rescate y éstas, permitiendo guiar, de alguna manera, el enfoque que según la Psicología de la Emergencia, debía tener un acontecimiento como este.

De esta forma, se logró generar ciertos cambios, basados en esta perspectiva, que hicieron más fácil la espera de los familiares, la labor de los trabajadores involucrados en el rescate y las autoridades. Pero también fue posible advertir ciertos riesgos en la forma de sobrellevar esta crisis, que se daban siempre desde la buena intención y la solidaridad, pero que, desde nuestra opinión, no solucionaban el problema real de las personas ni eran un aporte para la superación emocional de una crisis como esta.

Desde un comienzo se podía dar cuenta de una especie de asistencialismo con las familias, llegando a la sobreintervención, lo cual nos parecía peligroso en el sentido que esto no permite que las personas se posicionen activamente frente a sus necesidades y al mismo tiempo muestra una intención de querer reemplazar, ocultar, un sufrimiento que era inevitable y, de cierto modo, necesario en ese momento, pues el asumirlo permite enfrentarlo y superarlo.

Al surgir posibilidades más concretas respecto al rescate, también pudimos observar grandes donaciones, gratificaciones y premios, tanto a las familias como directamente a los mineros atrapados aún, que seguían en la misma lógica mencionada anteriormente e incluso bajo la lógica de una ganancia secundaria, en términos de publicidad, por ejemplo. Es esto lo que nos dejaba en claro el vacío que hay en nuestro país, en términos profesionales, para enfrentar

las consecuencias psicológicas de los desastres a los que nos vemos expuestos. Fue esto mismo lo que frente a un terremoto y tsunami, nos movilizó a crear esta Organización, pues parte importante de los daños que genera una catástrofe o accidente pasa por el aspecto emocional y no se repara, solamente, a través de la ayuda material. Se hace necesario generar un dispositivo terapéutico e intervenciones comunitarias que permitan la elaboración de la vivencia traumática.

Respecto al manejo mediático del accidente, podemos decir que éste fue muy importante desde el comienzo ya que informa al país de la calidad del suceso ocurrido, y también nos permite salir al mundo con esta noticia. Las ventajas inmediatas son, por un lado, que todo un país fuera testigo de un Operativo de esta magnitud, siendo partícipes todos de una experiencia a este nivel, generando unidad nacional y entregando esperanzas, aquellas que nos decían que era posible hacer frente a los efectos de un accidente o catástrofe.

A pesar de los beneficios de esto, hay un tema comunicacional relacionado con la ética que ha quedado muy de lado, el de la privacidad de los familiares participantes en este hecho. Hoy tenemos, como organización, la experiencia que avala nuestra opinión, para insistir en la importancia de la privacidad y de la intimidad en el momento que hoy enfrentan los mineros y sus familias para poder tramitar las posibles consecuencias traumáticas de lo vivido. Es posible que esto no ocurra en las 33 familias, pero sabemos la importancia de respetarlas si en algún momento lo exigen. Es necesario que todo lo mediático que este acontecimiento ha movilizó sea enfocado de manera muy profesional, abordando los temas estrictamente necesarios y sólo relacionados con este hecho, evitando “*farandulizar*” (*transformar en espectáculo del corazón o de famosos*) un acontecimiento que tiene un valor mucho más alto que eso.

Pensamos que siendo cuidadosos con estos temas expuestos, culminaremos este proceso de la mejor manera que podría culminar. Lo importante en todo lo que ha pasado es que han sido rescatados estos 33 hombres, que nos han dado una enseñanza de vida a todo un

país e incluso el mundo, que se realizó una labor de rescate con un gran profesionalismo, que nuestras autoridades supieron responder frente a este accidente de tal manera que una misión que a momentos parecía imposible fue realizada con éxito, pero más aún: todos los involucrados en este acontecimiento nos enseñaron y nos obligaron a no perder las esperanzas, a afectarnos por la realidad del otro y a compartir su dolor.

## II. Profesionales de la *Unidad de Trauma, Estrés y Desastres* del Dpto. Psiquiatría de la Universidad Católica apoyaron la salud mental de los mineros y sus familias

Sus primeras tareas fueron capacitar al personal de salud del Gobierno Regional de Atacama, asesorar a las autoridades del gobierno central en su manejo comunicacional (un tema sensible para la salud mental de los afectados) y apoyar la implementación de un Centro de Orientación y Apoyo a los Familiares (COAF), que consistió en tres containers con espacios para efectuar asistencia social, contención emocional y difusión de información acerca de los avances del rescate para los familiares de los mineros, con presencia permanente de dos trabajadores sociales y tres psicólogos. Dos semanas después, con el feliz hallazgo de los 33, el Dr. Figueroa fue convocado nuevamente a la mina San José; pero esta vez la asesoría se centró en el apoyo a la salud mental de los propios mineros, amenazada por el largo confinamiento.

“Para todos los que nos dedicamos a la salud mental en emergencias y al trauma colectivo, esta situación nos parece un caso particularmente desafiante, ya que confluyen casi todos los agentes de agresión psicológica que se pueden dar en estos casos: privación de recursos básicos, como aire, agua y alimentos; privación de sustancias, como nicotina o melatonina; privación de información sensorial y del entorno; desajuste de rutinas y ciclos circadianos (por ejemplo, sueño-vigilia); problemas de hacinamiento y falta de privacidad; desprotección médica; desconexión con figuras de apego; cambio de roles (de sujeto anónimo a celebridad) e inseguridad.

## Bibliografía

Equipo de Psicólogos Voluntarios de Chile (2010). *Rescate de los 33 mineros*. Extraído el 5 de Enero del 2011 de [www.psicologosvoluntarios.cl/2010/.../rescate-del-los-33-mineros/](http://www.psicologosvoluntarios.cl/2010/.../rescate-del-los-33-mineros/)

Aquí, las amenazas psicológicas no sólo son simbólicas, sino también concretas”, señala el Psiquiatra Figueroa, explicando por qué la oportunidad de entregar esta asesoría fue particularmente desafiante.

Tras la experiencia, el psiquiatra contó que lo que más le sorprendió fue la fortaleza y el sentido del humor de los mineros. “Desde los primeros días en que se tomó contacto con ellos, mandaban chistes a la superficie, lo que es un signo de salud mental y de resiliencia. Toda esta experiencia me ha llenado de admiración hacia ellos y me ha confirmado, una vez más, la inmensa capacidad del ser humano para adaptarse incluso a las peores circunstancias”. El Dr. Figueroa y su equipo no tuvieron participación, posteriormente, en la etapa de la extracción de los mineros ni su manejo post-rescate. Sin embargo, él junto a otros miembros de la Unidad de Traumas e intervención en Desastres se encuentran realizando “un análisis técnico y bioético, basado en la evidencia”, acerca de la intervención efectuada en el ámbito de la salud mental en esta emergencia, con el fin de sacar provecho de las lecciones que deja este caso.

## Bibliografía

*Interconsulta* Septiembre 2010. Facultad de medicina UC. Extraído el 5 de Enero del 2011 de [decontacto.med.puc.cl/.../interconsulta\\_sept\\_2010.html](http://decontacto.med.puc.cl/.../interconsulta_sept_2010.html)

### III. Una experiencia de intervención psicológica en catástrofes: el caso de los 33 mineros chilenos.

Psicólogo Alberto Iturra • Rodríguez 465, Copiapó- Chile  
alberto.iturra@gmail.com

Mi experiencia en el rescate de los 33: evaluación final, claves, protocolos, manuales y entrevista

#### III.1. Evaluación final

En los tres días de hospitalización a los mineros se les hizo un estudio completo, previamente a darles el alta. Se les hicieron todos los exámenes que permitieran certificar su nivel de salud física y psíquica y están las fichas clínicas que lo reportan. Los resultados de esos estudios respaldaron y confirmaron las opiniones e hipótesis que sostuvimos durante el rescate. Con ese respaldo parte el siguiente trabajo de los equipos ACHS.

#### III.2. Claves de la intervención

En nuestro diseño de trabajo y praxis hubo claves significativas:

1. Los mineros lograron resolver acertadamente 17 días sin ayuda, hay que respetar esa experticia y acompañarlos en el proceso que sigue. Y por ende los mantuvimos desde lo psicológico al frente de su proceso (la iniciativa la tenían ellos en cuanto a que pudiesen pedir o plantear necesidades antes que se les satisficieran y siempre en un esquema progresivo que fue de menos a más).
2. El eficaz equilibrio conseguido por un grupo (heterogéneo y dispar), que no eran voluntarios, ni seleccionados, ni entrenados para esta misión requería moverse con el mismo cuidado que se necesita al desplazarse en un bote pequeño. Fue un trabajo de empatía, fineza, sugerencias y colaboración, mas que dirección.
3. Nunca trabajé sólo, siempre tuve algún psicólogo en compañía directa en la mina: en tareas específicas conté con Daniela López (una semana), Claudio Ibáñez (dos y cinco días), Julia Carrasco, y Daniela Morales el resto del tiempo. Todos de sol a sol y muy claros en los principios y urgencia del proceso.
4. Las tensiones internas del grupo era mejor que se orientaran hacia los psicólogos antes que

explotaran internamente o hacia otros actores del rescate: ingenieros, autoridades, o familia. Como lo muestran los procesos descritos por Rogers en los grupos de encuentro la aparición del conflicto con los facilitadores muestra un avance y un aumento de confianza con los mismos si la relación perdura sin resentimiento. Ello implícitamente dice que puedes confiar y que el facilitador confía en ti y tus recursos aunque existan percepciones diferentes. Esto se dio tal como estaba descrito.

5. Con respecto a la acción de psicólogos de emergencia:

En mis reflexiones (compartidas en la pagina del Colegio de Psicólogos de Chile A.G. con motivo del reconocimiento que el gremio me otorgó por la validación del rol) respecto al psicólogo en emergencia y su ética indico que los psicólogos no podemos generar un sistema de trabajo en emergencia y luego cederle la responsabilidad a jefaturas varias (políticos, administradores, instituciones) ya que bordeamos la practica irresponsable.

El Coaf excelente en su concepto se fue transformando en una serie de prácticas de control hacia las persona de los familiares. El concepto de contención fue evolucionando al orientado a evitar problemas prácticos, posponer, y a defender imágenes de eficacia. ( de una u otra forma ubicado en lo que llamo estructura del miedo. El miedo desde mi percepción inhibe comportamientos y prepara la defensa justificando la agresión y muy negativo para la evolución positiva de las persona y el enfrentamiento constructivo de crisis). Los psicólogos institucionales asignados a estas tareas y dirigidos por un político (que aun teniendo buenas intenciones creía saberlo todo en cuanto a psicología y sociología... parece ser un referente de la política por lo menos nacional ya que me toco vivirlo desde las izquierdas y las derechas y los centros) se turnaban una vez a la semana y tenían prohibición de hablar

con prensa, Nos tocó ver a colegas y otros profesionales limpiando containers, ordenando bodegas, o sentarse a esperar por si alguien venía a pedir apoyo. Las familias no asistían pues los procesos de derivación y seguimiento no se cumplían con eficacia.

Tuvimos que hacer un trabajo paralelo con las familias ya que por estar permanentemente en la mina éramos más asequibles para mediar, abrir, acompañar y cerrar procesos. Nuestro compromiso era con las personas y no con las instituciones que nos mandaban personal un día a la semana o cada quince días sin disminuir la carga laboral de los servicios habituales.

Para la estadística Coaf se considera también atención el recibir y anotar el flujo de cartas y encomiendas (otra forma de control y buscar transparencia porque la desconfianza se había instalado) y ello consumía el tiempo que era necesario a las personas.

En resumen los psicólogos deberían entrar a la temática del rescate y permanecer allí hasta completar tareas o procesos (lo otro es un seudo aporte). Y además hacerse cargo de la dirección de estos procesos en los que el entrenamiento les hace más competentes sin subordinarse en lo técnico ni a políticos ni a jefaturas administrativas que tienen otros intereses y valores que terminaran buscando satisfacerse por sobre el sentido de urgencia o servicio.

6. En nuestros protocolos buscamos anticipar situaciones y abrir alternativas. Ejemplos de ellos son los manuales para el regreso a casa, y algunas indicaciones de lo que puede aparecer y como enfrentarlo desde lo natural del proceso en lugar de ubicarlo como un fenómeno enfermo. Adjunto más abajo van párrafos y escritos a los mineros.

### III.3. Protocolos

#### a. Primer Contacto escrito

Buenos días Don Luis y turno mina

Soy Alberto Iturra psicólogo y mi tarea es acompañarlos a seguir haciéndolo bien en la medida que lo necesiten.

Pronto, estaremos en condiciones de poder implementar un sistema de mensajes grabados de la familia y de ustedes.

Después, vendrán las comunicaciones directas. Eso cuando se establezca el proceso y se llegue con una cabina telefónica a zona segura donde los seres importantes para ustedes puedan acceder sin riesgo.

Es muy importante que sepan que Uds. se han convertido en un símbolo para el país, un ejemplo para los niños en las escuelas, una esperanza, y un modelo para mucha gente en el mundo. En la medida de la recuperación del proceso alimentario y la organización de los servicios generales les iremos haciendo llegar dichos testimonios.

Le cuento a Ud. y a los mineros que el Lema y grito de batalla que sus familiares han contagiado al mundo es FUERZA MINERO. Ese es el grito de todos y en ese espíritu estamos todos sin arrugar.

Ojalá que en cada mensaje a sus familias y al mundo cada uno logre testimoniar esta unidad, decisión y espíritu de entereza con los que nos han inyectado fuerza para esta tarea en la que estamos con ustedes.

Por ahora quiero decirles que todos tenemos días mejores que otros y que los estados de ánimo no son parejos. Pero no importa el estado en que estemos, seguiremos trabajando con ustedes y aprenderemos al igual que ustedes a superarlos y manejarlos.

Cada problema que aparezca o que estemos enfrentando ordenadamente será una oportunidad de usar las capacidades que tenemos. Ustedes nos irán dando los elementos para resolver exitosamente.

#### b. Ultimo mensaje escrito

AMIGO MIO (documento que recibieron al interior de la mina tres días antes del rescate y que solo pudimos trabajar con ellos en el hospital ya que nos cortaron la comunicación audio visual con los mineros en los días previos. básicamente para manejar el tema con ellos comunicacionalmente aunque el equipo de

salud se mantuvo firme y se aplicaron los protocolos que protegían la integridad. Técnicamente se otorgó privilegio al tema cobertura del rescate y el equipo de salud tuvo que fortalecer la postura para que se aplicaran los protocolos que protegían la integridad del minero – un par de ejemplos: la presencia de la camilla -para algunos excesiva- para ellos fue un recurso fundamental ya que el colapso normal en estos casos quedo cubierto por el protocolo medico y evitó que su debilidad se manifestará en toda su intensidad, cuidando así su salud e identidad de fortaleza)

Tu has vivido la más amenazante situación que un ser humano puede enfrentar y la superaste de manera exitosa.

Algunas veces soñarás y podrán aparecer pesadillas. Los sueños traen mensajes que podemos explorar y entender. No los evites, convérsalos y se irán tornando más positivos y amigables.

Muchas veces recordarás los sucesos de esos días como cosas malas o buenas, y cada vez ellos te traerán emociones, sin embargo cuando descubras lo que aprendiste eso será siempre positivo. En ese momento te pondrás sereno porque habrás conseguido la experiencia que te hace más sabio.

Algunas veces encontrarás temores. Te cuento que el temor es como la puerta que te encierra y te impide avanzar.

A veces parece que te protege, pero cuando logras abrirla encuentras otro mundo y la mayor parte de las veces resultará beneficioso.

Hay una vida nueva a tu disposición. No esperes que la gente te comprenda.

Ellos, tu familia y amigos te encontrarán extraño. No pierdas tiempo explicando lo que no tiene palabras. El que no lo ha vivido no tiene ninguna posibilidad de entenderlo.

Muchos tratarán de dirigirte (probablemente padres y esposas) y tu no estarás dispuesto a renunciar a tu libertad, en estos casos diles exactamente lo que quieres. Y si no lo consigues tráelos y buscaremos una manera de que te acepten sin sentirse rechazados.

Cuídate y date espacio y tiempo, manteniendo tus ritmos y necesidades satisfechos.

Cada vez que necesites algo o simplemente quieras conversar cuenta conmigo. Ya me acostumbre a estar dispuesto a trabajar contigo y acompañarte. Aquí estaré.

### III..4 Manual de vuelta a la familia

Para terminar presentamos un par de textos del manual de vuelta a la familia. Este fue un tema no menor y que en los reportes posteriores me han señalado que constituyo una buena anticipación y pudieron manejar situaciones difíciles sin angustia. También se trabajaron paralelamente los temas con la familia a la que iban a retornar.

#### • Con los padres

Ellos querrán mostrarle su preocupación y cariño y muchas veces se comportarán incluso infantilmente para requerir su atención

En general necesitarán que usted les muestre su agradecimiento por estar con Ud. y luego fije con firmeza y cariño los límites de la nueva relación que tendrá en el futuro. Esto le asegurará comodidad a Ud. y tranquilidad con respecto a sus sentimientos.

No se agote pretendiendo que lo comprendan a Ud. o que cambien su manera de pensar o actuar.

Quiéralos como son y Ud. viva su vida tranquilo.

#### • Adolescentes y Jóvenes

Pudieran tener sentimientos similares a los suyos: alegría, entusiasmo, resentimiento, alivio, ira.

Las dificultades en el ajuste generalmente se reflejan primero en la escuela: malas notas, problemas de conducta.

Las hijas adolescentes puede que se aferren más al padre y busquen que le preste atención; los varones adolescentes puede que establezcan cierta competencia con el padre. Todo esto pasará en breve.

#### • El principal mensaje que debe transmitir a su esposa e hijos: “Estoy orgulloso de ustedes”. Expréselo clara y frecuentemente.

### III.5. Entrevista

“Ellos eligieron la vida: Los mineros son ejemplo de supervivencia, no modelos de vida”. Versión corregida y ampliada por A Iturra de una entrevista publicada en Octubre del 2010 en la prensa local chilena

El psicólogo Alberto Iturra llegó a la mina San José el 12 de agosto, el día 7 de la tragedia, con una convicción marcada a sangre y fuego. A diferencia de muchos, asegura, él siempre tuvo la esperanza de encontrar a los 33 mineros con vida.

- “¿Por qué? Los psicólogos no trabajamos con muertos. ¿Te contesto con eso?”, aclara con tono desafiante. “Estoy al borde de la ternura. Me siento como un padre orgulloso”, agrega, esta vez muy amablemente, el responsable de mantener la estabilidad emocional de los mineros.

- ¿Cuál fue su primera misión?

Uno de mis trabajos principales fue generar protocolos para el momento del encuentro. Qué pasaba si estaban todos vivos, si había sanos y enfermos. El primer contacto era: “Atento turno, aquí Pablo Ramírez, el jefe del turno alterno”. Una voz conocida que les daba el primer mensaje y la primera recepción. No se hizo.

- ¿Se molestó por ese cambio?

No. Aprendí muy rápido que si me hacían la pega (*chilenismo por trabajo*), mejor para mí. Trabajamos en miles de cosas así. Pero se empezó a generar una suerte de competencia por quién es quién, que metió mucho ruido. Se perdió la mística de este evento histórico por egos. En algún minuto se publicó que yo era el encargado de estar con los mineros y sus familias cuando se encontraran. De pronto me dijeron que no lo haría yo, sino la primera dama (*mujer del Presidente*). Muy bien, me parece una persona muy digna para que lo hiciera (*orientadora familiar tenía experiencia en asistencia social, aunque obviamente su designación es política*).

- ¿Dónde estaba usted?

Antes de la primera conversación, yo estaba con la doctora Devia en un camión.

Empezamos a tomar notas de las imágenes. Cuando llegó el papel “Estamos bien los 33”

yo dije, déjale, a lo mejor no están los 33 y se trata de un pacto.

- ¿Y qué hizo después?

Después de la conversación de Golborne (*ministro de Minería del Gobierno conservador chileno a cargo del rescate*), cuando le pudimos quitar el teléfono, les mandamos una encuesta con una pregunta que me interesaba mucho. ¿Quién la lleva en el grupo, quién ordena las cosas? Todos dijeron Luis Urzúa (*encargado del turno*). Fue una tremenda herramienta de diagnóstico. Resulta mucho más fácil trabajar con uno que con tres grupos.

- ¿Por qué Yonni Barrios y Jimmy Sánchez (*dos de los 33 mineros*) dicen que el líder era Sepúlveda?

Yonni se sintió más cercano a Mario. Pero eran distintos tipos de liderazgo. Urzúa puso la estructura. Sepúlveda, como líder social y afectivo lo hizo fantástico, levantando a sus compañeros, siendo insoportablemente pintamonos (*chilenismo por payaso, persona acaparadora de atención, centro de mesa...*). En algún minuto lo asumieron (el liderazgo) Juan Illanes, un tremendo líder, cognitivo, ordenado en su discurso, pausado. José Henríquez, en la parte espiritual y ocasionalmente muchos otros aportaron en la dirección: Zamora, Segovia, Bustos. Sin estructura, hubiera habido caos.

- ¿Cuál fue su primer diagnóstico?

Hice una evaluación psicológica sin hacer ni una pregunta. Más que lo que se dice es cómo se dice, cuán entera se escucha la voz. Todos hablaban con voz entera, sentías la vida fluyendo desde su guata (*chilenismo por estomago, metáfora de hablar desde las entrañas*). Nos hablaron con mucha tranquilidad sobre sus problemas: Tengo unos daños en la piel. Se me rompió un diente. Me cayó una piedra en la cabeza. Tengo tapados los oídos.

Terminamos esa vuelta, nos miramos con el doctor Jorge Díaz (*encargado médico del rescate*) y nos dijimos: ¡Están todos sanos! No había depresión ni manías. Respondían rápida y lógicamente a todo.

- ¿Hubo peleas entre los mineros?

Seguro. ¿Por qué no? Medié muchas veces entre las familias y algunos mineros. Abajo, tenían un sistema de resolver conflictos que resultó muy eficiente. Hubo diferencias sustanciales, incluso religiosas. Usaron un sistema en que nadie pierde, conversaban y conversaban hasta llegar a un acuerdo.

- ¿Algunos de ellos sufrían problemas de alcoholismo o drogas?

Probablemente los había en el pasado. Ahora llevan dos meses de abstinencia. ¿Que algunos bebieron las primeras noches fuera de la mina? Eso no es nada. Los que tenían alguna historia previa están absolutamente chantados (*han dejado radicalmente de beber*). Están enfrentando su problema y solicitaron la ayuda respectiva.

- ¿Sufrieron de síndrome de abstinencia?

El síndrome de abstinencia no lo vimos. Ese síndrome se produce en los primeros 10 días. Ellos estaban tratando de salvar sus vidas. La abstinencia estaba muy abajo en su orden de prioridades. La estadística hablaba de 0,02% de encontrarlos con vida, de al menos un 50% con daños, de que alguno debió morir en el proceso de rehidratación.

- ¿Dónde está la estadística? ¿Dónde está la ciencia?

Estos tipos no han respetado nada. Muchos debieran tener estrés postraumático y quedar marcados. Pero ellos lo enfrentaron con éxito.

- ¿Pensaron en el suicidio?

Todos hemos pensado en algún minuto que no vale la pena seguir viviendo porque el amor no fue correspondido, porque no nos valoraron, porque la carga es muy dura o porque no queremos seguir adelante. El día más jodido fue cuando la sonda pasó de largo. **Pero ellos eligieron vivir.**

- ¿Qué otros momentos complejos vivió?

Los mayores problemas que tuve fue de temas que metieron autoridades por hacer cosas sin consultarme. Trataron de modificarme los diseños, creyendo que sabían. Está comproba-

do que el exceso de entretención rompe el grupo. Sin embargo, alguien dio la orden de meter televisión todo el rato. De abajo nos pidieron que la sacáramos porque algunos ya no trabajaban. Alguien mandó música (individual) y eso los dividió, porque ya no conversaban. Había un diseño psicológico que hacer y que manejar. Querían que salieran los 33 marchando con banderas. Y eso yo no lo iba a permitir. Si se podían sacar en dos minutos, se debían sacar en dos minutos. El huinche pasaba de 2 a 2,4 y a 3,8 metros por segundos. Eso te daba 2,05 minutos de salida.

- ¿El héroe fue Golborne?

Los únicos héroes son los 33 mineros, ejemplos de sobrevivencia, pero no modelos de vida.

Como si se tratara de un guión perfecto, en medio de la entrevista, suena el teléfono celular de Alberto Iturra. Es Mario Sepúlveda.

¡Marito! Supe que ayer estabas comiendo ostiones. Ustedes están matando en este minuto.

Estoy como papá chocho (*embelesado con hijo*), viendo cómo se están manejando (...). Qué bueno. Tú sabes que te queremos un montón. Pronto nos vamos a ver -dice Iturra, sonriente y feliz.

En tanto, el suplemento The Mail on Sunday, del diario británico Daily Mail, publicó una entrevista a Sepúlveda. El minero revela que el mensaje "Estamos bien en el refugio, los 33" fue escrito cuando ya no tenían esperanzas de que los encontraran. Recordó que pasaron 15 días sin sentir ruidos que indicaran un rescate, y que dos días después oyeron una perforación a la distancia, pero que se detuvo. Creyeron que se había dado por terminada la búsqueda y que morirían allí. Pero la perforación se reinició y comenzaron a caer algunas piedras, lo que provocó tanta alegría en el grupo que incluso comenzaron a bailar.

## Bibliografía

CEME (2010). Dossier sobre el Rescate de los 33 mineros. Extraído el 15 Diciembre del 2010 de [www.archivochile.com/carril\\_c/cc2010/2010c0106.pdf](http://www.archivochile.com/carril_c/cc2010/2010c0106.pdf)

## IV. Psicología Positiva y catástrofes: el caso del rescate de los 33 mineros en Chile

Psicólogo Claudio Ibáñez

Instituto Chileno de Inteligencia Emocional

General Holley 2363 - Of. 1205 – Providencia • Santiago - Chile

Cis@enhancingpeople.com

Extractos de “Los 33 de Atacama y su rescate: Psicología positiva en acción y algunas historias no contadas” C. Ibáñez y prólogo de A. Iturra. 2010. Santiago de Chile: Origo Ediciones. En este libro Claudio describe desde su óptica el rescate, así como su colaboración con él y en particular con A. Iturra. El libro que es muy ameno esta disponible en las grandes librerías virtuales como Amazon.

### “Fundamentos psicológicos del rescate”

El componente más importante de manejar durante una transición (*los 3-4 meses que se estimaba que duraría el rescate después que se les contactara 17 días después de estar aislados*) es la espera ociosa y la incertidumbre...la mente no ocupada comienza ser invadida por pensamientos pesimistas...el paso del tiempo se hace más lento y las personas comienzan a ponerse intranquilas, ansiosas y desesperarse... El antídoto para lo anterior es que las personas ocupen activamente su mente... Esto se puede lograr haciendo que los mineros participen activamente en las tareas de rescate, desarrollando actividades coordinadas con los expertos de superficie. No es bueno considerarlos como pasivos receptores. Hay que involucrarlos activamente en su destino...” (pp.23-24).

“Decodificación del video” y diagnóstico cualitativo de predominio de emociones positivas y resiliencia (*comentario del video que los mineros enviaron a la superficie después del primer contacto alrededor de tres semanas después de quedar atrapados y unos días después de ser contactados*).

“El bienestar físico y emocional era claro y evidente en el video. Recorrían y mostraban con orgullo las dependencias en que se encontraban, saludaban a sus familiares, relataban lo que hacían y todo con una dosis importante de humor...”

• En primer lugar, un elemento metacomunicacional: el hecho mismo de haber producido un

video...hablaba muy bien de ellos. Tan sólo se les hizo llegar una mini cámara y fueron capaces de organizarse...

- Un segundo aspecto es que todos hablaron... los mineros que aparecieron fueron capaces... de enviarles un comentario tranquilizador a sus familias...
- El dominó es una tercera clave relevante. La confección de este juego (*los mineros construyeron un dominó casero*) habla de la preocupación constructiva por ocupar el tiempo...
- Un cuarto elemento notable y notorio es el sentido del humor... Mantener el sentido del humor revela que se está tomando distancia de la situación negativa, que la tragedia está siendo puesta sabiamente en perspectiva y, como consecuencia, las personas no se están sintiendo aplastadas ni abrumadas por ella...
- El liderazgo distribuido es un quinto elemento...Luis Urzúa es el líder formal, el jefe de Turno, y probablemente más orientado a la tarea, a la estrategia para volver a la superficie y a la organización. Mario Sepúlveda, el conductor del video, impresiona como el líder que trata con cuidado, cariño, afecto y humor... (*véase la entrevista a A. Iturra para una visión complementaria esta*)... también aparece un liderazgo espiritual, en manos de José Henríquez, y varios de ellos ejercen un liderazgo emocional destinado a incrementar las emociones positivas...
- Un sexto elemento destacable... es el orden, la limpieza y el auto cuidado, así como el interés que demuestran para que eso se sepa... Claramente muestran que no se han abandonado, que no han tirado la esponja...
- Un séptimo marcador de salud mental es que mantienen el contacto con la realidad... (*enviando recados para afrontar problemas concretos fuera*).

- El octavo elemento positivo es que conocen sus capacidades y confían en ellas... Relatan que cuentan con un eléctrico y un topógrafo para ayudar en su rescate...
- Un noveno elemento positivo es que ellos se han organizado, tienen turnos, trabajan, planifican, dibujan planos topográficos, responden a las solicitudes de información, hacen asambleas diarias para tomar decisiones, manejan las palomas (*Sondas de contacto e intercambio de víveres e información con la superficie*).
- Finalmente, el himno nacional y el (*grito nacional*) ceachef demuestran que el grupo está de pie y que está luchando con la moral muy alta..." (pp. 37-38).

### La NASA se hace presente

"Producto de una gestión iniciada por el ministro de Salud, el 31 de agosto llega a Chile una comitiva de la NASA para asesorar al equipo de rescate. La comitiva está integrada por JM Duncan, sub-jefe médico de la NASA, AW Holland Dr. en Psicología y experto en manejo de personas en situación de aislamiento, JM Polk, jefe de la División de Medicina Espacial y C Cragg, ingeniero jefe del Centro de Ingeniería y Seguridad, experto en logística... Lo que más resaltó Holland- continuó Alberto- fue el tema de los ritmos circadianos. Hay como 20 sistemas del cuerpo condicionados por la luz del día y de la noche... se pueden evitar muchos estados de ánimo negativos si se regulan bien esos ritmos. Así que se van a encargar unas luces especiales... para crear las condiciones ambientales allá abajo...

Qué dijeron los de la NASA

"Que las cosas se están haciendo muy bien" (pp.46-47).

### El rol de los Psicólogos (*entrevista periodística a Ibáñez*)

"...Los mineros están muy ocupados no les sobra el tiempo, ellos están trabajando, tienen tres turnos y un programa diario de actividades. Todo organizado por ellos mismos. Mantienen su campamento, manejan las palomas, se recrean, se alimentan y duermen...

- ¿Y cómo les hacen las psicoterapias?

Estamos hablando de personas sanas... de manera que no se requieren... El rol del equipo de psicólogos es monitorear y apoyar a este grupo de personas para que se mantengan psicológica y emocionalmente arriba. Ellos fueron capaces de salir airosos solos y sin ninguna ayuda exterior, de lo peor que les tocó enfrentar: el derrumbe y 16 días son contacto con la superficie...

- ¿Cómo solucionan los conflictos?

Ellos mismos han diseñado un mecanismo... Cartas sobre la Mesa. Todos los días, a las 6 de la tarde, hacen una reunión colectiva donde conversan, liman asperezas, adoptan acuerdos y, sobre todo, son muy disciplinados en respetarlos.

- ¿Uds. les señalaron proceder así?

No, lo meritorio es que es una iniciativa de ellos y que la vienen realizando ya por bastante tiempo..." (pp.60-61).

**Mail de la NASA** (*enviado por A Holland el 20 de Septiembre y que corrobora las orientaciones antes descritas*).

"Cuando se aproxime el rescate (*que se realizó a mediados de Octubre*) la moral del grupo se elevará increíblemente. Sin embargo mientras eso llega, sugerencias como las siguientes serán útiles para mantener la moral en alto.

1. Es necesario que los mineros se sientan útiles y se mantengan ocupados positivamente.
2. Mantener las comunicaciones por video entre los mineros y sus familiares.
3. Tener una segunda persona ayudándote.
4. Facilitarles acceso a la TV y noticias.
5. Mantener una lista de los días especiales de los mineros y de los miembros de sus familias, como cumpleaños, aniversario de bodas, etc." (p.74).

### Preparación post-rescate

"Con los valiosos aportes (de dos periodistas y/o psicólogas, así como abogados) de todos estos

profesionales estructuré tres documentos. El primero lo denominé “Post rescate. Propuesta de sugerencias”... el probable escenario público... Será de mucho asedio y presión periodística para obtener de uds., como grupo e individualmente primicias, declaraciones, testimonios... Esto tiene un lado positivo...que refleja la atención y el reconocimiento nacional y mundial que han despertado con esta gesta heroica.

El negativo es que pueden ver entorpecida la tranquilidad personal y familiar por largo tiempo. Algunos medios pueden empujarlos a que esta experiencia se transforme en un reality show... También les puede ocurrir que faciliten que los medios obtengan cuantiosas ganancias sin que ello los beneficie a uds. Pueden incurrir en declaraciones que entorpezcan aspectos legales que deseen accionar a raíz del derrumbe que los dejó atrapados. Sus declaraciones pueden generar rencillas entre uds. o entre uds. y los rescatistas o entre uds. y sus familiares. Pueden ser ventiladas en la prensa y en los medios situaciones personales y familiares privadas”

*Se recomendó designar un vocero para la prensa y un Comité directivo para gestionar las publicaciones, invitaciones y pagos por ellas – cosa que los mineros han hecho, aunque se han visto asediados por la prensa.*

“El segundo documento...” Posibles preguntas a enfrentar... era un cuestionario de 45 preguntas (*elaboradas por A. Mertens y G. Bade*) que el periodista y gerente regional de la ACHS... usó para preparar a los mineros los días previos al rescate.

El tercer documento “Sugerencias para el manejo con la prensa” ...contenía las siguientes sugerencias, preparadas por Alejandra (*Mertens, periodista y psicóloga*).

Ud. es completamente libre para decidir si quiere dar una entrevista o responder las preguntas de un medio de comunicación: Nadie puede obli-

garlo... Todo lo que Ud. diga puede ser publicado. Una vez dada la entrevista, el material informativo es propiedad del periodista.

Cuando lo llamen para un reportaje, averigüe en que programa saldrá, de que se tratará el reportaje, quienes serán entrevistados, qué preguntas le harán, etc. De esta forma evitará sorpresas desagradables... Piense bien en lo que va a decir antes de dar una entrevista. Un buen ejercicio es definir dos o tres ideas centrales. Si hay algún error, los medios ofrecen rectificaciones, pero el espacio suele ser menor que del reportaje.

Si la entrevista es en radio o TV, especialmente si es en directo, Ud. puede pedir que le envíen las preguntas previamente, para que se sienta más cómodo y preparado.

Antes de que lo entrevisten, puede definir ciertos temas sobre los que no hablará. Por ejemplo, sobre su familia o sobre temas legales (*la TV populista se ensañó con el caso de un minero que tenía dos parejas por ejemplo*).

Finalmente les decía “Queridos amigos, el minuto de la fama pasa muy rápido y no deben hacer depender de este minuto pasajero lo que sigue en la vida de cada uno de uds. Lo más probable es que pasadas algunas semanas después del rescate la prensa, los medios y todos los empiecen a olvidar... porque vendrán otras noticias... qué cubrir. La vida es así y cada uno la tiene que retomar para mejor... transformando esta tragedia en una gran oportunidad para vivir mejor como personas, como familias y como grupo” (pp.82-84).

## Bibliografía

Ibáñez, C. (2010). *Los 33 de Atacama y su rescate: Psicología positiva en acción y algunas historias no contadas*. Santiago de Chile: Origo Ediciones.

### Contacto

**Darío Páez** Grupo Consolidado Cultura, Cognición y Emoción. Facultad de Psicología, UPV/EHU • Avda de Tolosa, 70, San Sebastián 20018, España • [www.ehu.es/pswparod](http://www.ehu.es/pswparod) • [dario.paez@ehu.es](mailto:dario.paez@ehu.es)

• Aceptado: 24-1-2011.

# La implantación de las tecnologías de la información en el ámbito de la salud mental de Bizkaia

## *Information and communications technology implantation in Biscay public mental health service*

Enrique G. Arza.

Jefe de Informática de la Red de Salud Mental de Bizkaia.

**Resumen:** En el momento actual la llegada de la Historia Clínica Digital única para todo el ámbito geográfico del País Vasco (Osakidetza), ha hecho necesario que se realice un despliegue de aplicaciones que son la base de esta HCD en todos los dispositivos asistenciales de la Red de Salud Mental de Bizkaia. Todo reto es una oportunidad para la innovación, y en estos momentos de cambio y génesis de la Red de Salud Mental de Bizkaia es necesario que la adopción de estas tecnologías de la información, estén acompañadas de una evaluación del impacto que están teniendo en nuestros profesionales y en la calidad de la asistencia sanitaria que ofrecemos. Pues sólo así estaremos en condiciones de aportar mejoras y nuevas soluciones que permitan incorporar toda la potencialidad de la sociedad de la información a nuestro trabajo diario. Y esto no es una opción, es una exigencia que la sociedad en la que estamos inmersos nos demanda.

**Palabras clave:** Evaluación, Historia Clínica Digital, Salud Mental.

**Abstract:** At present, the arrival of the Digital Medical Record unique for the entire territory of the Basque Country (Osakidetza), has made it necessary to perform an array of applications that are the basis of the HCD in all of the assistive devices of the Mental Health Network of Biscay. Every challenge is an opportunity for innovation, and in these times of change and genesis of the Mental Health Network of Biscay is necessary that the adoption of these information technologies are accompanied by an evaluation of the impact they are having on the quality of the health care we offer. Because only then will we be able to provide improvements and new solutions that incorporate all the potential of the information society in our daily work. And this is not an option but a requirement that the society in which we are immersed demands.

**Key words:** Evaluation, Electronic Health Records, Mental Health.

### Introducción

Tradicionalmente la llegada de la informática al ámbito sanitario ha sido con un retardo en comparación a otros ámbitos de la sociedad. Dicha llegada en muchos casos ha estado impuesta por el modelo organizativo que se deseaba

implantar en los centros sanitarios. No obstante, en el momento actual la llegada de la Historia Clínica Digital única para todo el ámbito territorial del País Vasco, ha hecho necesario que se realice un despliegue de base para que dicha HCD sea una realidad. Programas corporativos

como eOsabide (módulos de admisión, prescripción farmacéutica, etc.), Sistema Informado Berria SIB, Zaineri, etc son la base necesaria para la llegada de la HCD.

Los objetivos que se marca cualquier sistema sanitario público son ambiciosos y por lo menos recogen los siguientes puntos:

- Orientación al servicio al paciente en su tránsito por el sistema sanitario.
- Acceso a la información del paciente desde cualquier punto de atención sanitaria.
- Máxima garantía de confidencialidad con un control exhaustivo de accesos y seguridad.
- Capacidad para soportar de forma estructurada toda la información y los conocimientos clínicos generados por al atención primaria de la CAV.
- Constituirse en el punto de referencia para la integración de los procesos de atención especializada.
- La mejora continua de la calidad del servicio que se ofrece al ciudadano.

En un entorno de trabajo normal, la velocidad de los cambios a los que el profesional sanitario se enfrenta, y que requieren un cambio de mentalidad para adoptar nuevas maneras de trabajo, resta tiempo para el análisis detallado de lo que se está haciendo, y así poder responder a ciertas cuestiones que nos permitan valorar el trabajo y orientar las aplicaciones que se implantan para optimizar su utilización por parte del colectivo asistencial, investigador y de gestión sanitaria.

Cuestiones como:

- Actitudes y expectativas de los profesionales ante estas nuevas herramientas de trabajo.
- Grado de aceptación de la utilización de programas informáticos.
- Interferencia con el trato al paciente.
- Mejora de los procesos facilitadora de disminución de errores.
- Utilidad en su actividad diaria.
- Entornos amigables y facilitadores.
- Especificidades necesarias para el ámbito de la salud mental.

- Grado de conformidad del profesional sanitario con la herramienta.
- Etc.

Son preguntas a las que es necesario responder a través de evaluaciones cualitativas en las que los profesionales y los usuarios de los servicios sanitarios transmitan sus inquietudes ante el resto que supone la adopción de las tecnologías de la información en su ámbito diario.

### La Red de Salud Mental de Bizkaia

La Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB) es una Organización de Servicios (OS) de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud). Constituida el 22 de marzo de 2010 a partir de la integración organizativa de los dispositivos de salud mental del Territorio Histórico de Bizkaia (Hospitales de Zaldibar (1), Bermeo y Zamudio; y Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia). En total, tres hospitales de salud mental y aproximadamente 40 dispositivos no hospitalarios (Centros de Salud Mental, Hospitales de Día, Tratamiento Asertivo Comunitario).

Esta nueva OS tiene un **marco metodológico** sobre el que se desarrolla el proyecto, Gestión por Procesos (2) y el modelo EFQM(3). Por lo que para que esta gestión y modelo sean plenamente adaptados a nuestro entorno, necesitamos que los diferentes dispositivos y colectivos tengan las herramientas informáticas que permitan el intercambio de información. Por otra parte, la llegada en el 2011 de **Osabide Global (Historia Clínica Digital)** hace necesario que los dispositivos de la Red tengan la base tecnológica que permita el despliegue de dicha herramienta. Y por último, el marco legal de la **LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos)** nos obliga a la utilización de herramientas corporativas (de uso en todo Osakidetza) que cumplan los requerimientos de dicha Ley.

Con la descripción aportada se puede observar que unos de los principales retos que tiene la RSMB es la dispersión geográfica que abarca todo el territorio histórico de Bizkaia. Y en la que aunamos centros hospitalarios con otros dispositivos extrahospitalarios, es decir, bajo una misma organización tenemos dos dispositivos asistenciales que tradicionalmente están separa-

dos en dos organizaciones de servicios diferentes (por ejemplo: hospital, atención primaria).

El gran reto es superar esa dispersión geográfica y organizativa, conformando una lógica de red que permitan las prácticas colaborativas formalizadas o no, pero que sean asumidas como parte integrante del inconsciente colectivo de los que conformamos la RSMB. Con lo que podremos lograr unos resultados positivos en nuestra misión, que no es otra que ofrecer un servicio asistencial de calidad a la población de Bizkaia.

Pero para alcanzar este objetivo es necesario, por un lado desarrollar un marco metodológico claro para alcanzar los objetivos que tenga como parte fundamental la evaluación continua de las implantaciones organizacionales y tecnológicas que se pongan en marcha. Sin esta evaluación, cualquier acción será incompleta al no permitir una mejora continua.

#### **Visión histórica de la evaluación del impacto de la informatización en la sanidad (4)**

Este tipo de análisis se ha realizado en entornos asistenciales que tienen una mayor tradición en la implantación de herramientas informáticas, como es el caso de la atención primaria, donde su impacto analizando diversos aspectos relacionados con la calidad/cantidad de los datos, la incidencia en la relación con el paciente, e incluso las actitudes y expectativas de los profesionales.

En algunos estudios la información almacenada en el ordenador es valorada con respecto a un doble registro en la historia clínica en papel, en una etapa en la que conviven ambos modelos, y que por ello, genera una sobrecarga de trabajo en el profesional que debe duplicar la información a registrar (5). La validez y fiabilidad de estos resultados pueden ser cuestionadas, al no encontrarse en un modelo ideal de trabajo donde la información es introducida en un único formato.

Otros autores definen la calidad de los datos como un aspecto fundamental en la toma de decisiones del profesional, y a través de muestras representativas de registros digitales y en papel se realiza una comparación del grado de cumplimentación de diferentes campos de la

historia clínica y sus características (presencia o ausencia, nº de palabras, utilización de abreviaturas, de símbolos, legibilidad, validez...). Los resultados concluyen que la HCD no resulta un empobrecimiento respecto al modelo anterior y analizados éstos, en varios aspectos se podría decir que ha supuesto un progreso (6).

Con respecto a la interrelación médico-paciente, se detecta una pérdida en la comunicación, atribuible a la falta de adaptación al ordenador; sin embargo, esta situación es considerada transitoria y superable tras una etapa de adecuación a la nueva herramienta (7), alcanzando tras ella un grado de seguridad y normalidad equiparable al que existía con anterioridad (8).

El tiempo de duración de la consulta tras la informatización es un aspecto debatido a lo largo de la bibliografía, pero los resultados no son totalmente homogéneos, y si bien en algunos casos se afirma el posible aumento de la misma (5), en otros se defiende la no modificación sustancial de esta variable (8), y en cualquier caso, ésta parece ser una cuestión que preocupa más a profesionales que a pacientes (9).

En cuanto a las actitudes y expectativas de los usuarios ante las tecnologías de la información, en varios trabajos se considera necesario y que puede aportarles una mejora en su trabajo diario en aspectos administrativo-burocráticos, siempre y cuando se supere el trasvase inicial de datos. Sin embargo, las perspectivas no se han cubierto plenamente, al detectar carencias significativas en la explotación epidemiológica o el acceso a protocolos o guías de prácticas clínica, que supondrían un impacto más directo en la actividad asistencial (7).

En resumen, podemos decir que la mayoría de las evaluaciones se han realizado en fases iniciales de implantación de la HCD en la consulta, lo que ha podido introducir en los resultados sesgos derivados de: la duplicidad de los datos, rechazo al cambio, limitaciones en el uso de las herramientas informáticas por parte del profesional, etc., que con el tiempo transcurrido estén posiblemente superados. Así mismo, se observa que no existe una norma de referencia que sirva para analizar la calidad de la información (10), los estudios realizados en nuestro entorno son más

bien escasos, y en varios de los mismos se recomienda evaluar los sistemas una vez consolidados. Existe una revisión sistemática “Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas con enfermedades crónicas” (11) en la cual se pretendía determinar cómo tales herramientas podrían afectar a las personas con enfermedades crónicas. Las conclusiones confirmaron diversos aspectos:

- Mejoran el conocimiento de los usuarios.
- Mejoran el apoyo social.
- Mejoran las conductas sanitarias.
- Mejoran los resultados clínicos.
- Y también que mejoren la autoeficacia de los usuarios.

Por el contrario, no fue posible determinar si los PCSI tuvieron efectos sobre los Resultados emocionales o los Resultados económicos.

En entornos especializados de Salud Mental, también se han analizado el funcionamiento y la detección de necesidades de los programas informáticos a través de evaluaciones cualitativas, ofreciendo como resultados que la evaluación de las opiniones de los profesionales es un medio para identificar las deficiencias y permite aplicar las acciones correctivas necesarias (12).

### **Las TIC's y la salud, un paradigma de cambio conductual**

La utilización de Internet en todos los ámbitos de la sociedad ha proporcionado además de una poderosa herramienta de acceso a toda la información existente en la Red, una oportunidad para conseguir información médica y sanitaria y recursos para la comunicación (13). Esta información está accesible, no sólo para el profesional sanitario, si no que también al público general, lo que origina que el usuario de los dispositivos asistenciales sanitarios, sea una persona más informada sobre la salud que le atañe a él o a sus familiares y que requiera del profesional una adecuación de sus recursos a las necesidades crecientes del paciente.

Es cierto que Internet ha facilitado la promoción de la salud (14) y nos ofrece un abanico de posibilidades a los ciudadanos, profesionales e

investigadores que antes era impensable, pero también es cierto que Internet es un mundo al que puede acceder desde organizaciones relacionadas con la salud, hasta otro tipo de entidades que ofrecen información que a primera vista puede ser interesante, pero que pueden esconder otro tipo de intereses no siempre lícitos.

Es por ello, que a parte de saber buscar en la Red, hay que ser capaces de discernir entre lo científicamente relevante de lo meramente especulativo. Este es un problema que no siempre tiene solución y que en muchos casos el usuario no es capaz de diferenciar. Por eso, cuando se analiza una Web hay que ver quien está detrás de ella, que organismo, empresa o persona se encuentra detrás de las afirmaciones que contiene. Esto conlleva un cambio en las funciones y relaciones que se producen en la consulta. El paciente no es una persona pasiva que cede el control sobre su salud al profesional, es parte activa y generalmente más implicado en su salud y su enfermedad, más proactivo y que quiere participar en las decisiones que le afectan (15). Las necesidades del profesional cambian en función del nuevo tiempo que ha introducido las TIC'S, haciendo que requiera una adecuación constante de sus conocimientos a través del acceso a las mismas fuentes que el paciente puede usar, pero también requiere un acceso a la información relevante del paciente a través de una historia clínica electrónica que el sistema sanitario pone en sus manos. No puede substraerse a la necesidad de contar con herramientas que le faciliten el trabajo y le den acceso a la misma información a la que puede acceder también el usuario de sus servicios.

Con todo ello, el profesional de la salud requiere (15): actualización constante, trabajo en equipo multidisciplinar, una sistematización y estándares y adquisición de nuevas habilidades comunicativas y cognitivas.

### **Cambios organizativos y TIC's**

Pero así mismo, la Organización a la que pertenece este profesional de la salud deberá de realizar un esfuerzo importante para reorganizar la asistencia y los servicios que ofrece, sin olvidar la perspectiva de los usuarios de asistencia sanitaria y de los profesionales que la dan.

Esta organización está realizada bajo un marco tecnológico y también metodológico que facilite los modelos relacionales de los distintos agentes de salud (15), todo esto enmarcado en un ámbito superior como es una estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi (16), por qué en el momento actual toma mayor importancia el aprovechamiento de nuevos medios y herramientas tecnológicas, así como marcos de referencia como el modelo EFQM de Excelencia (17) (18) que es un marco de trabajo no-prescriptivo que reconoce que la excelencia de una organización, se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques. Dentro de este marco general no-prescriptivo, existen ocho conceptos fundamentales, que constituyen la base del Modelo y sobre ellos pivota el análisis de la excelencia de cualquier organización:

- Lograr resultados equilibrados.
- Añadir valor para los clientes.
- Liderar con visión, inspiración e integridad.
- Gestionar por procesos.
- Alcanzar el éxito mediante las personas.
- Favorecer la creatividad y la innovación.
- Desarrollar Alianzas.
- Asumir la responsabilidad de un futuro sostenible.

### El reto de la evaluación de los sistemas de información como garantía de futuro

Como hemos visto anteriormente, se han realizado evaluaciones a partir de los años 90 sobre los efectos que han tenido las diversas implantaciones de herramientas informáticas en el ámbito sanitario, pero también lo es que la velocidad de introducción de nuevas aplicaciones, dispositivos y tecnológicas sanitarias hace muy difícil detenerse a pensar y a evaluar sobre los efectos que tiene estos cambios en el trabajo diario de los profesionales sanitarios.

La creación de la Red de Salud Mental de Bizkaia y la apuesta por el modelo EFQM de excelencia hace que los retos que tenemos encima de la mesa deban ser superados en gran medida con la aplicación de las tecnologías de la información que tanto Osakidetza como la Red nos ofrece en

estos momentos. Estas herramientas no son más que eso, herramientas que ayuden a los profesionales a tomar decisiones para superar los retos que les surgen día a día en su misión de ofrecer una asistencia de calidad a la sociedad en la que se encuentran inmersos. Y para que realmente sean útiles es necesario evaluar su funcionamiento, adecuación e impacto que cada implantación tecnológica tiene para comprender realmente lo que aporta al profesional sanitario y como repercute en el usuario de los servicios que ofrecemos.

### Conclusiones

Todo reto es una oportunidad para la innovación. Y en estos momentos de cambio y génesis en la Red de Salud Mental de Bizkaia es necesario que la introducción de los cambios organizativos y las TIC's estén acompañadas de una evaluación del impacto que están teniendo estas herramientas en la calidad de la asistencia sanitaria que ofrecemos. Pues sólo así estaremos en condiciones de aportar mejoras y nuevas soluciones que permitan incorporar toda la potencialidad de la sociedad de la información a nuestro trabajo diario. Y esto no es una opción, es una exigencia que la sociedad en la que estamos inmersos nos demanda.

### Bibliografía

- (1) G. Arza E, Legido P, Prieto M, Regidor I. Interacciones en la Historia Clínica Digital. *Norte de Salud Mental* 2008 Oct 31;(32):23-30.
- (2) AENOR. Norma UNE-EN ISO 9001:2008 Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. Madrid: AENOR; 2008.
- (3) EFQM. Modelo EFQM de Excelencia. Brussels: EFQM; 2010.
- (4) G. Arza E, Regidor I. La informatización en la Sanidad Pública Vasca y su necesidad de evaluación: Historia Clínica Digital. 21-10-2009. Resúmenes del XXVII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Sevilla 2009.
- (5) Quesada M, Prat N, Cardús E, Caula J, Masllorens G. ¿Ganamos o perdemos información con la informatización? *Atención Primaria* 2001 May 1;27(9):649-53.

- (6) Hippisley-Cox J, Pringle M, Cater R, Wynn A, Hammersley V, Coupland C, et al. The electronic patient record in primary care-regression or progression? A cross sectional study. *BMJ* 2009;326:1439-43.
- (7) Calderón C, Rotaeché R, Carrera C, Larrañaga M, Merino J. Aproximación cualitativa a las actitudes y expectativas de los médicos en el proceso de informatización de la atención primaria. *Atención Primaria* 2001 Apr 15; 27(6):380-7.
- (8) Aldanondo JA, Oyarzabal JI, Arboniés JC. ¿Cómo modifican la relación médico-paciente los ordenadores en la consulta? *FMC Formación Médica Continuada* 1999 Nov;6(9): 571-5.
- (9) Roig C, Erra N, Seguer A, Belda S, Juncosa S. Opinión de profesionales y pacientes sobre la introducción de la informática en la consulta. *Atención Primaria* 2005;36(4):194-7.
- (10) Thiru K, Hassey A, Sullivan F. Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. *BMJ* 2003 May 12;325:1070-2.
- (11) Murray E, Burns J, See Tai S, Lai R, Nazareth I. Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas con enfermedades crónicas. *The Cochrane Library* 2008;2.
- (12) Boyer L, Renaud MH, Baumstarck-Barrau K, Fieschi M, Samuelian JC. Establishment of an electronic medical record in a psychiatric hospital: evolution of professionals' perceptions]. *L'Encéphale* 2010 Jun 1;36(3):236-41.
- (13) Acord S, Katz J, Rice R. Redes de salud virtual y transformaciones sociales: expectativas de centralización, experiencias de descentralización. In: *La sociedad Red: una visión global*, editor. Manuel Castells ed. Madrid: Alianza Editorial; 2009. p. 360-89.
- (14) Armayones M, Guillamón N, Hernández E. La intervención en salud en la Red. In: *UOC*, editor. Salud y Red. 1 ed. Barcelona: UOC; 2009.
- (15) Armayones M, Guillamón N, Hernández E. El uso de la Red para la intervención en salud. In: *UOC*, editor. Salud y Red. 1 ed. Barcelona: UOC; 2009.
- (16) Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Bilbao: Eusko Jaurlaritz - Gobierno Vasco; 2010.
- (17) Osakidetza. Guía de autoevaluación EFQM para unidades de gestión, como mejorar la unidad. Vitoria-Gasteiz: 2004.
- (18) Izarzugaza E. ¡La calidad es una enfermedad contagiosa! Modelo de Gestión de Calidad EFQM. *Norte de Salud Mental* 2005 Feb 15;(22): 28-40.

**Contacto:**

Enrique G. Arza  
Red de Salud Mental de Bizkaia  
María Díaz de Haro, 58 • 48010 Bilbao  
Tel.: 688 811 011 • arza@osakidetza.net

# Nota clínica

## ¿Es la hora de diversificar?

### *Is time to diversity?*

Salvador Rodríguez Rus, Médico; Marta Roldán Mesa, D.U.E.

Centro Provincial de Drogodependencias.  
Recinto del Hospitalario Neurotraumatológico. Jaén.

#### Introducción

La dependencia de opiáceos es una enfermedad multifactorial, crónica y con reagudizaciones<sup>1</sup>, pero tratable, en el que se consiguen resultados óptimos aplicando un enfoque que combine intervenciones farmacológicas y psicosociales<sup>2</sup>. Los beneficios del tratamiento integral (psicosocial y fármacos) se manifiestan en términos de reducción de uso de drogas ilegales, de la transmisión de enfermedades asociadas al consumo, de la morbilidad y mortalidad de estos pacientes y de la criminalidad relacionada con las drogas. La OMS incluye buprenorfina y metadona en su lista de medicamentos esenciales y el acceso a estos productos forma parte del derecho humano a la salud<sup>3</sup>.

Las estrategias de tratamiento médico pueden ir orientadas hacia el mantenimiento con agonistas totales o parciales, o al tratamiento del síndrome de abstinencia con agonistas u otros fármacos. El tratamiento de mantenimiento, cuando se combina con intervenciones psicosociales, resulta ser la opción terapéutica más eficaz para los consumidores de ese tipo de drogas. En comparación con un tratamiento de desintoxicación o con ningún tratamiento, los tratamientos con metadona o buprenorfina en dosis altas obtienen resultados significativamente mejores en lo que respecta al consumo de droga, las actividades delictivas, las conductas de riesgo y transmisión del VIH, las sobredosis y la mortalidad global, así como mejores tasas de retención en el tratamiento<sup>4</sup>.

Actualmente, además de metadona, existe en España la posibilidad de diversificar los tratamientos de mantenimiento usando una combinación de buprenorfina y naloxona, comercializada como Suboxone®, en condición de psicotropeo (no estupefaciente). Esta presentación conserva la eficacia, flexibilidad y seguridad demostrada por buprenorfina (agonista parcial), añadiendo la protección frente al mal uso y desviación al mercado ilegal que confiere naloxona (antagonista). Cuando el producto se usa sublingualmente, la naloxona no actúa por su baja disponibilidad por esta vía, y el paciente recibe buprenorfina. Sin embargo, si la combinación se inyecta, la naloxona limita el efecto opioide o incluso desencadena síndrome de abstinencia en determinadas condiciones<sup>5</sup>.

La combinación de buprenorfina/naloxona a dosis adecuadas ha demostrado ser eficaz en el mantenimiento de pacientes dependientes de opiáceos reduciendo el *craving*, el consumo de heroína y los síntomas de abstinencia<sup>6</sup>. También se ha mostrado en ensayos clínicos randomizados<sup>7</sup> tan eficaz como la metadona en términos de retención y orinas libres de drogas, e incluso los datos apuntan a que muestra mejores resultados en términos de calidad de vida<sup>8</sup> y rendimiento cognitivo<sup>9</sup>.

En relación a la seguridad, por ejemplo en Francia, donde buprenorfina tiene un uso muy extendido, metadona se ha asociado con un número de muertes hasta 10 veces mayor que buprenorfina por cada 1.000 pacientes tratados en Francia<sup>10</sup>. Con

buprenorfina se han notificado menos interacciones farmacológicas que con metadona<sup>11</sup>, y gracias a su efecto techo, los pacientes presentan menor riesgo de depresión respiratoria que con otros opiáceos<sup>12</sup>. Respecto a la posibilidad de desviación y mal uso de buprenorfina, la presencia de naloxona reduce significativamente el valor en la calle y las tasas de abuso<sup>13,14</sup>.

Por otra parte, la satisfacción de los pacientes con el uso de buprenorfina/naloxona es muy elevado<sup>15</sup> y estudios fármaco económicos adaptados a la realidad española han demostrado su excelente relación coste/beneficio, por el bajo impacto presupuestario que supone su inclusión en los programas de mantenimiento opiáceo<sup>16</sup>.

### 1. Historia clínica

Paciente varón de 22 años de nacionalidad española, soltero, residente en Jaén. Acude al Centro Provincial de Drogodependencias (CPD) por un trastorno por dependencia de heroína más cocaína y cannabis, sin una clara motivación al cambio, presionado por la familia, realizando una demanda de tratamiento sin especificar. Acude a consulta por indicación de su hermano de 28 años y la pareja de éste que es la que siempre le acompañó en las primeras fases del tratamiento. Nunca ha tenido un empleo estable. Se incorpora al mercado laboral a los 17 años. Es ferrallista de profesión. En la actualidad está en paro, aunque realiza un curso de soldador no remunerado. Habita con sus padres y su abuela materna. No ha tenido relaciones afectivas estables. No tiene problemas judiciales.

### Antecedentes

#### • Familiares

Es el segundo hijo de una familia con 2 varones. Su hermano, una figura clave en la vida del caso clínico, ya conocía nuestro recurso por tener antecedentes de consumo de sustancias (cannabis y cocaína). De hecho, a los 21 años ingresó un mes en prisión preventiva por un delito contra la salud pública. A los 3 meses de este ingreso acudió al CPD por un trastorno por consumo de cannabis, demandando ayuda profesional para abandonar el consumo con el objetivo de obtener beneficios legales. La madre destaca por tener un trastorno distímico y el padre resulta ser un sujeto periférico y ausente en el sistema familiar.

#### • Médico-quirúrgicos

Apendicectomía a los 11 años y varios accidentes de tráfico con hospitalización (lesión residual en mano derecha). No existen antecedentes de alergias medicamentosas.

#### • Exploración y pruebas de laboratorio

En la exploración por órganos y aparatos no aparecen hallazgos destacables. El hemograma y la bioquímica eran normales. Los marcadores hepáticos y el VIH fueron negativos.

#### • Psicopatológicos

Cuando el paciente tenía 5 años, sus padres consultan con un psicólogo y después con un psiquiatra por problemas conductuales: refieren “un niño demasiado inquieto, travieso, un torbellino, no podían con él”. Se considera un fracaso escolar (3º de la ESO sin concluir). Intenta realizar formación profesional pero abandona al inicio del curso. Estos datos hacen sospechar un posible TDAH en la infancia-adolescencia que no fue diagnosticado. El paciente se define como “ágil, pero despistado” y refiere que su hermano y él son “raros”, distintos a los demás

### Dependencias

A los 16 años inicia el consumo de tabaco (10 cigarrillos/día) y también de cocaína esnifada con una frecuencia de 1 ó 2 veces al mes como consumo lúdico, con su grupo de iguales. A los 18 se inicia en el consumo de alcohol con una pauta de 1 caña de cerveza/día (dice no gustarle el alcohol) y cannabis consumo diario de 2 ó 3 porros de marihuana (que él mismo cultiva). Consumo muy esporádico de drogas de diseño con 20 años. Ha consumido benzodiazepinas en 2 ó 3 ocasiones a lo largo de su vida.

### 2. Tratamiento de la drogodependencia

No se refieren tratamientos previos por adicción a sustancias antes de acudir a nuestro centro. El primer contacto del paciente se produce en Mayo de 2008 por consumo de mezcla de heroína y cocaína en pauta de dependencia. Se le prescriben estabilizadores del humor y naltrexona que abandona a los pocos días. El sujeto pierde contacto con el centro.

En la reacogida, en Enero de 2009, refería llevar alrededor de tres meses consumiendo 0,5 gra-

mos diarios de heroína más cocaína inhaladas aunque, hacía 4 ó 5 días, había tomado por primera vez 10 mg de metadona del mercado ilegal.

Se trata de un consumidor de alcohol muy ligero, fuma alrededor de 2-3 cigarrillos al día y presenta un consumo de cannabis de 2-3 porros al día. No consume benzodiazepinas, ni MDMA ni cafeína. Nunca ha tenido consumos por vía parenteral ni intoxicaciones que requirieran atención médica urgente.

### 3. Tratamiento con buprenorfina/naloxona

El paciente tiene unas características óptimas para iniciar un tratamiento con buprenorfina/naloxona: persona con una historia de consumo muy corta, 3 meses, de moderada intensidad y con pocos problemas relacionados, buen estado físico y sin interacciones clínicas a nivel farmacocinético. Los criterios manejados en este caso para la utilización de buprenorfina/naloxona fueron:

1. El fracaso, meses antes, de un programa libre de drogas.
2. La iniciación en el consumo de metadona de la calle.
3. El que no consumiera benzodiazepinas.
4. Sin consumo de alcohol en exceso.
5. Consumo no demasiado elevado de heroína más cocaína.
6. La juventud del sujeto.
7. Su escasa relación con el grupo de adictos de su localidad.
8. Una adecuada implicación familiar.

Además, los ensayos clínicos que comparan la eficacia de metadona y buprenorfina indican que son igualmente eficaces en cuanto a la retención en el programa y en la reducción del consumo de heroína<sup>17</sup>. Interesó en este caso especialmente, dada la juventud del paciente y la corta trayectoria de consumo, aspectos no meramente farmacológicos, como es el menor grado de estigmatización que tienen los programas con buprenorfina<sup>18</sup>.

#### Fase de Inducción

Previo a la inducción se informó al paciente y a su familia de las características del fármaco y de los

objetivos del tratamiento. Para ello se dedicó una consulta y se facilitó material escrito con las características del tratamiento aportado por la empresa que comercializa buprenorfina/naloxona.

Se indicó una fecha óptima para la inducción no cercana al fin de semana (se eligió un miércoles) y la necesidad de permanecer en el centro varias horas para poder monitorizar bien la evolución. Se expidió receta a nombre del paciente para que fuera recogida por su madre en la farmacia.

La inducción fue realizada en el CPD por personal médico y de enfermería. Momentos antes al inicio con buprenorfina se realizó un test rápido de orina mediante tira reactiva que resultó ser positivo a heroína y negativo a metadona. Como es lógico se insistió mucho en los efectos antagonistas de la buprenorfina en caso de consumo reciente de opioides.

Para la evaluación del síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO) se utilizó la Escala Breve de Abstinencia a Opiáceos o Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS)<sup>19</sup>. Este es un instrumento diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología de abstinencia de opiáceos. Se trata de una entrevista semiestructurada de 10 ítems, en los que se evalúan diferentes signos y síntomas relacionados con la abstinencia a opiáceos. Cada signo/síntoma posee una escala de intensidad de 4 puntos. Es un instrumento heteroaplicado. Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 signos y síntomas explorados. En cada signo y síntoma evaluado las puntuaciones oscilan entre 0 y 3, por lo tanto el rango de puntuación oscila entre 0 y 30. No existen puntos de corte establecidos; a mayor puntuación; mayor gravedad del síndrome de abstinencia.

#### Dificultades para la inducción

El primer día se administró una dosis de 2 mg de buprenorfina/naloxona (buprenorfina 2 mg + naloxona 0,5 mg) sublingual a las 11 AM y otros 2 mg dos horas más tarde, a las 13 horas. El paciente refirió una ligera sensación nauseosa y cefalea que remitieron antes de marcharse. Al día siguiente se repitió la administración de 4 mg que el paciente percibió como confortable. No existía deseo de opioides, no hubo insomnio y refería aumento de apetito.

## Fase de estabilización y mantenimiento

Al cuarto día continuaba con la dosis de 4 mg, en la misma situación y quedó establecida la dosis de mantenimiento, en la que se encuentra a día de hoy, 4 meses después. El estado de paciente, por ahora no ha hecho preciso el escalado de dosis y únicamente hay que relatar que a veces el paciente hace coincidir un cigarrillo de hachís con la toma simultánea de buprenorfina/ naloxona lo que le ha provocado náuseas. Se aconsejó que no hiciera coincidir la toma de cannabis con el fármaco y las náuseas han desaparecido.

## Seguimiento del tratamiento

Nuestras primeras experiencias con buprenorfina/naloxona, si se tienen en cuenta sus características diferenciales (agonismo parcial), no representan más dificultad que una inducción con agonistas puros<sup>20,21,22</sup>. Aunque la literatura relata similar eficacia a dosis equivalentes entre metadona<sup>23</sup> y buprenorfina creemos que es pronto para ofrecer datos a poco más de 4 meses de la inducción.

Hasta la fecha, a nivel clínico se aprecia que ha habido una clara mejoría sustentada en las analíticas de detección de opioides y cocaína negativos, en la mejoría del estado general y en la opinión de la familia que refiere satisfacción con el tratamiento. El seguimiento realizado desde la fecha de la inducción ha contado con un mayor número de consultas presenciales tanto médicas (alrededor de 10) como psicológicas (4) y telefónicas, dada la novedad del tratamiento.

El abordaje psicológico, en la fase de mantenimiento, ha tenido como primer objetivo la realización del diagnóstico psicopatológico y se ha iniciado *screening* de trastornos de personalidad y de TDHA mediante los Cuestionarios Salamanca de Trastornos de Personalidad y ASRS-V1.1 respectivamente. La responsabilidad de la administración del fármaco ha sido asumida por la madre. Actualmente el sujeto se encuentra en un ambiente muy controlado desde el punto de vista social y familiar y no se tienen noticias de que haya pasado el fármaco al mercado ilegal.

## 4. Comentarios

A pesar del impacto positivo que sobre la salud pública tienen los programas de metadona (incremento de la expectativa y de la calidad de vida, incremento del cumplimiento y de la adherencia, mejora del funcionamiento social y económico) creemos que ha llegado la hora de iniciar la administración controlada de otros opioides.

Estamos observando que a los dispositivos de drogodependencias acuden personas consumidoras de heroína y cocaína que demandan dosis de metadona casi homeopáticas y que en la primera entrevista sugieren finalizar con gran prontitud el programa, echando por tierra la idea de los programas de metadona a largo plazo y con dosis óptimas, lo que quizás refleje cierto “agotamiento” o “saciación” del mantenimiento clásico. Existen terapias, que conscientes de este desgaste, empiezan a plantearse porqué no utilizar otras sustancias de la misma índole con el objetivo de mejorar la calidad de la oferta asistencial y diversificarla, clave en un abordaje de reducción de daños y riesgos.

## Conclusiones

- La buprenorfina, siempre que como premisa se tenga en cuenta que es un agonista parcial, se muestra como un fármaco de fácil administración cuando se induce y en el mantenimiento.
- No existen diferencias netas con metadona en la percepción del efecto agonista durante la fase de inducción.
- El seguimiento biopsicosocial se puede realizar en condiciones similares a los mantenimientos clásicos con metadona.
- Tanto la inducción como el mantenimiento han precisado de dosis bajas para ser eficaz quizás debido a las características individuales del paciente y a que no se necesitó comentar con él en ningún momento la existencia de dosis en teoría óptimas.
- A lo largo del mantenimiento el fármaco se ha mostrado seguro y eficaz en la mejoría global del sujeto.

### Contacto:

Salvador Rodríguez Rus • Centro Provincial de Drogodependencias  
Recinto del Hospitalario Neurotraumatológico. Jaén • Tel. 686 556 026 • 953 89 46 14

## Bibliografía

- McLellan AT et al. Drug dependence, a chronic medical illness. *Journal of American Medicine Association* Vol 284, October 4, 2000.
- United Nations Office on Drugs and Crime and World Health Organisation. Principles of drug dependence treatment. Discussion paper March 2008.
- Herget G Methadone and buprenorphine added to the WHO list of essential medicines. *HIV AIDS Policy Law Rev.* 2005; 10(3):23-24.
- Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. OMS, 2009.
- Suboxone®, Ficha Técnica.
- Fudala et al. for the Buprenorphine/Naloxone Collaborative Study Group. Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. *N Engl J Med.* 2003; 349:949-958.
- Kamien et al, Buprenorphine-Naloxone Versus Methadone Maintenance Therapy: A Randomised Double-Blind Trial With Opioid-Dependent Patients *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2008; 10(4): 5-18.
- Maremmani et al, Improvement in the Quality of Life in Heroin Addicts: Differences Between Methadone and Buprenorphine Treatment *Heroin Addict Relat Clin Probl* 2008; 10(1):39-46.
- Rapeli et al, Methadone vs. buprenorphine/ naloxone during early opioide substitution treatment: a naturalistic comparison of cognitive performance relative to healthy controls. *BMC Clinical Pharmacology* 2007, 7:5.
- Auriacombe et al.. Deaths attributable to methadone vs buprenorphine (letter). *J Am Med Assoc.* 2001; 285(1):45.
- McCance et al, Drug Interactions of Clinical Importance among the Opioids, Methadone and Buprenorphine, and Other Frequently Prescribed Medications: A Review. *The American Journal on Addictions*, 19: 4-16, 2009.
- Walsh et al. Clinical pharmacology of buprenorphine: ceiling effects at high doses. *Clin Pharmacol Ther.* 1994; 55(5):569-580.
- Alho et al. Abuse liability of buprenorphine-naloxone tablets in untreated IV drug users. *Drug Alcohol Depend.* 2007; 88(1):75-78.
- Degenhardt et al. Injection of medications used in opioid substitution treatment in Australia after the introduction of a mixed partial agonist-antagonist formulation. *MJA.* 2009; 191:161-165.
- Barry et al, Patient Satisfaction with Primary Care Office-Based Buprenorphine/Naloxone Treatment. *Society of General Internal Medicine* 2007; 22: 242-245.
- Martínez-Raga et al. Suboxone® (Buprenorphine/Naloxone) as an Agonist Opioid Treatment in Spain: A Budgetary Impact Analysis. *Eur Addict Res* 2010;16: 31-42.
- Barnett PG, Rodgers JH & Bloch DA . A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. *Addiction.* (2001) 96, 683-690.
- González-Sáiz F, Gutiérrez Ortega J, Bilbao Acedos I, Ballesta Gómez R, Lozano Rojas O. Inducción a buprenorfina sublingual desde metadona: estudio clínico descriptivo en una muestra de pacientes tratados en una comunidad terapéutica. *Trastornos Adictivos.* 2008; 10(1): 49-64.
- García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Parellada M, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2008. 5ª Edición.
- Johnson R, Strain E, Amass L. Buprenorphine: how to use it right. *Drug and Alcohol Dependence* 70 (2003) S59/S77.
- Roncero C, Casas M. Eficacia clínica de la buprenorfina. *Trastornos adictivos.* 2005; 7:23-6.
- Roncero C, Sáez-Francás N, X. Castells X, Casas M. Eficacia y manejo clínico de la buprenorfina. *Trastornos Adictivos.* 2008;10(2):77-87.
- West SL, Oneal KK & Gram. CW. A meta-analysis comparing the effectiveness of buprenorphine and methadone. *Journal of Substance Abuse.* (2000) 12,405-414.

• Aceptado: 8-2-2011.

# Formación Continuada en psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (X)

## 2ª entrega: psicofarmacología

Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz

### Presentación

*Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada* es una sección que de modo permanente aparece 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 avances en psicofarmacología clínica están en continuo proceso de expansión. Nuevos conocimientos clínicamente fundados o no y exuberante información neurocientífica se acumulan a diario. Conocimientos científicos, aparentemente desordenados a veces, van tomando cuerpo a medida que la investigación madura y crece consolidando hipótesis previas. El futuro es prometedor para los clínicos y promisorio para los pacientes porque nuevos y potentes psicofármacos se irán incorporando al arsenal químico que clínicos de todo el mundo utilizarán en su práctica médica habitual.

Tres números de *NORTE de salud mental* (y este es el 2º) versarán sobre **psicofarmacología**. Concretamente se realizará un repaso a aspectos introductorios en farmacología del SNC: orígenes y tendencias futuras en farmacología psiquiátrica, investigación y desarrollo de nuevas psicomoléculas, y vigilancia postcomercialización en psicofarmacología.

### Preguntas

#### Psicofarmacogenética

**Pregunta 84:** Señale de las siguientes afirmaciones acerca de la farmacogenética, la que considere FALSA:

- A) Se estima que la variabilidad genética podría explicar del 20 al 40% de la respuesta individual a los fármacos.
- B) La farmacogenética suele centrarse en las consecuencias de uno o un número limitado de genes.
- C) La farmacogenómica procura tener en cuenta la variación global del genoma o de un número elevado de genes, su interacción y la variabilidad en su expresión.
- D) Los fármacos con margen terapéutico estrecho son menos sensibles a las variaciones genéticas de las proteínas involucradas en su función.
- E) Entre los objetivos de la farmacogenética en psiquiatría destacan la detección de factores que permiten determinar la eficacia de los fármacos y que posibiliten la prevención de acontecimientos adversos.

**Pregunta 85:** Unos de los genes codificantes para enzimas con papel farmacocinético relevante en farmacogenética son los genes del complejo citocromo P-450 (genes CYP). Señale de las siguientes afirmaciones la que considere FALSA:

- A) Se han descrito al menos 350 variantes en al menos 27 genes CYP investigados.
- B) Entre un 5 - 10% de los pacientes psiquiátricos utilizan al menos un fármaco que es metabolizado por CYP2D6.
- C) El CYP1A2 está localizado en el cromosoma 15q24.1 y tiene 15 variantes alélicas.
- D) El CYP2C9 está localizado en el 10q24.1-24.3 y se encuentra implicado en el metabolismo de los antidepresivos, y tiene más de 30 variantes conocidas.
- E) El CYP2D6 es uno de los genes CYP mas estudiados, se encuentra localizado en el cromosoma 22q13.1 y posee hasta 60 variantes alélicas.

### Fármaco vigilancia en psiquiatría

**Pregunta 86:** En el Real Decreto 1344/2007 por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos se introduce como novedad la inclusión de un “triángulo amarillo” en el material promocional de los medicamentos. Señale de entre las siguientes afirmaciones sobre el “triángulo amarillo” aquella que considere FALSA:

- A) Se aplica a medicamentos autorizados a partir del 2 de noviembre de 2007 y que contengan principios activos no autorizados previamente en España.
- B) Se aplica a medicamentos previos a esa fecha siempre y cuando el principio activo se encuentre dentro de los primeros 5 años desde su primera autorización en España.
- C) Se aplica para medicamentos genéricos y para medicamentos autorizados por registro bibliográfico.
- D) El fin del triangulo amarillo es informar a los profesionales sanitarios que los medicamentos marcados con dicho símbolo son nuevos y en consecuencia el conocimiento que se tiene de su seguridad es limitado.
- E) El fin del triángulo amarillo es indicar a los profesionales que la notificación de las sospechas de reacciones adversas constituye una prioridad.

**Pregunta 87:** La “tarjeta amarilla” es el formulario para la notificación de sospechas de reacciones adversas distribuida por los órganos competentes en materia de farmacovigilancia. Señale

de entre las siguientes afirmaciones sobre “la tarjeta amarilla” aquella que considere FALSA:

- A) Es el método más eficiente para la identificación de riesgos de los medicamentos previamente no conocidos.
- B) Los fines son facilitar al profesional la notificación mediante un formulario sencillo, recoger y validar dicha información y registrarla en una base de datos común.
- C) Su principal ventaja es el alto porcentaje de notificaciones y de facultativos que han registrado reacciones adversas.
- D) En todo el proceso se asegura la confidencialidad del paciente y del notificador.
- E) El sistema da prioridad a la notificación de sospechas de reacciones adversas graves y a las que involucran a medicamentos nuevos.

### Los Fármacos genéricos (EFG)

**Pregunta 88:** En España los primeros fármacos genéricos (EFG) fueron comercializados en el año:

- A) 1990.
- B) 1995.
- C) 1997.
- D) 2000.
- E) 2002.

**Pregunta 89:** En relación a los fármacos genéricos es cierto que:

- A) Su implantación tiene como finalidad racionalizar el gasto sanitario.
- B) Deben cumplir por ley requisitos sanitarios y legales.
- C) Están sometidos a un desarrollo clínico simplificado.
- D) Deben demostrar biodisponibilidad *in vivo* en seres humanos sanos.
- E) Todas son ciertas.

**Pregunta 90:** Basándose en los criterios de propiedad titularidad ejercida por los fabricantes, los medicamentos comercializados pueden agruparse en varios tipos. Señale la opción falsa:

- A) EFG (especialidad farmacéutica genérica).
- B) Licencia.
- C) Homeopático.
- D) Copia.
- E) EFP (especialidad farmacéutica publicitaria).

## Trastornos psiquiátricos inducidos por no psicofármacos

**Pregunta 91:** Los corticoesteroides son uno de los grupos de medicamentos más comúnmente relacionados con la inducción de síntomas psiquiátricos. Señale, de entre las siguientes afirmaciones la que considere FALSA:

- A) Los síntomas psiquiátricos asociados al uso de corticoides aparecen en las primeras 2 semanas de tratamiento.
- B) El riesgo es mayor en varones jóvenes y de edad media.
- C) Pueden aparecer cuadros de retirada o abstinencia tras la interrupción de la medicación.
- D) La clínica más frecuente es en forma de cuadros depresivos, pero puede haber también manía, síntomas psicóticos y delirium.
- E) La aparición ocasional de abuso y dependencia de corticoides se ha relacionado con su efecto euforizante.

**Pregunta 92:** La toma de antibióticos y antivirales pueden originar alteraciones psiquiátricas con cierta frecuencia. Señale de entre las siguientes afirmaciones aquella que considere FALSA:

- A) La alteración psiquiátrica y conductual más frecuentemente asociada a estos agentes es la psicosis.
- B) La *penicilina* se ha asociado con sedación, ansiedad y alucinaciones.
- C) Las *cefalosporinas* se han asociado a casos de delirium.
- D) El *cloranfenicol* se asociado a casos de depresión y delirium.
- E) El *ciprofloxacino* se ha asociado de forma poco frecuente a cuadros que incluyen inquietud, irritabilidad, letargia, temblor, insomnio, manía, depresión, psicosis, delirium, convulsiones y catatonía.

## Respuestas

### Respuesta correcta 84: D

**Comentario:** La *variabilidad interindividual* en la respuesta a los fármacos es un problema de primer orden en la práctica clínica. Así mismo los efectos secundarios pueden verse influenciados por diferencias individuales. Las causas de esta variabilidad son múltiples: unas genéticas y

otras ambientales y a menudo entrelazadas en un mismo paciente.

A nivel genético los humanos nos diferenciamos unos de otros por pequeñas variaciones en nuestro genoma. Alguna de estas variaciones puede definir rasgos comunes y otras pueden hacer que el individuo sea más o menos susceptible a sufrir determinada enfermedad. La *variabilidad genética* también influye en la respuesta a los fármacos: se estima que las causas genéticas podrían explicar por sí solas entre el 20 y el 40% de la variabilidad observada en dicha respuesta. De esta manera variaciones los genes que codifican dichas proteínas relevantes para procesos relacionados con los medicamentos se han asociado con la eficacia y toxicidad de los tratamientos farmacológicos.

La **farmacogenética** y la **farmacogenómica** pretenden definir la influencia de factores genéticos en la eficacia y los efectos adversos de los fármacos. Mientras la farmacogenética suele centrarse en las consecuencias de uno o un número limitado de genes la farmacogenómica procura tener en cuenta la variación global del genoma o de un número elevado de genes, su interacción y la variabilidad en su expresión.

Las proteínas implicadas en las acciones de los fármacos pueden dividirse en dos grandes grupos: las relacionadas con la farmacodinámica y las relacionadas con la farmacocinética. Los fármacos con margen terapéutico estrecho son especialmente sensibles a las variaciones genéticas de las proteínas involucradas en su función, ya que pequeños cambios en la concentración plasmática del fármaco o de sus metabolitos pueden suponer la pérdida de eficacia por niveles subterapéuticos o la aparición de toxicidad por acumulación del fármaco.

Entre los objetivos de la aplicación de la farmacogenética en psiquiatría destacan la detección de factores que permiten determinar a priori la eficacia de los fármacos y que posibiliten la prevención de acontecimientos adversos.

## Bibliografía:

Mercader JM, Brunet A, Guillamat R, Valles V: Psicofarmacogenética en Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. 2ª edición.

ción. Pag 50. Editorial Panamericana. Madrid 2010.

### Respuesta correcta 85: B

**Comentario:** El complejo citocromo P-450 está formado por numerosos enzimas codificadas por los genes llamadas CYP. Dichas enzimas tienen un papel fundamental en la detoxificación de más de 30 clases de fármacos, incluidos muchos de los usados habitualmente en psiquiatría. Actualmente se han descrito al menos 350 variantes en al menos 27 genes CYP investigados. Los polimorfismos CYP2D6, CYP2D9, CYP2C19, y CYP1A2 tienen relevancia especial en el metabolismo de numerosos fármacos.

Aproximadamente un 50% de los pacientes psiquiátricos utilizan al menos un fármaco que es metabolizado por CYP2D6.

El CYP1A2 está localizado en el cromosoma 15q24.1 y tienen 15 variantes alélicas. En este gen no se encuentran duplicaciones, pero ciertos alelos resultan en la sobreproducción de esta enzima, produciendo un fenotipo metabolizador ultrarápido.

CYP2C9 es un miembro de una agrupación de genes llamada CYP2C localizada en 10q24.1-24.3, que contiene también genes CYP2C8, CYP2C9, CYP2C18, CYP2C19. CYP2C9 está implicado en el metabolismo de antidepresivos y tiene más de 30 variantes conocidas.

CYP2C19 pertenece también al grupo CYP2C y también está implicado en el metabolismo de antidepresivos y tiene 20 variantes alélicas.

CYP2D6 es uno de los genes CYP más estudiados. Está localizado en el cromosoma 22q13.1 y constituye una de las isoformas de CYP más polimórficas: hasta 60 variantes alélicas, desde CYP2D61A hasta CYP2D659. Además puede estar duplicado y se han descrito hasta 13 copias de CYP2D6 en un solo cromosoma. El efecto de la duplicación de esta enzima depende del alelo duplicado en cuestión, proporcionando una enorme variabilidad en el fenotipo metabolizador según el genotipo del gen CYP2D6.

### Bibliografía:

Mercader JMF, Brunet A, Guillamat R, Valles V: Psicofarmacogenética en Tratado de Psicofar-

macología. Bases y aplicación clínica. 2ª edición. Pag 53-4. Editorial Panamericana. Madrid 2010.

### Respuesta correcta 86: C

**Comentario:** En el Real Decreto 1344/2007 de 11 de octubre, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano, se introduce como novedad la inclusión de un pictograma constituido por un triángulo amarillo con el vértice hacia arriba en todos los catálogos, materiales promocionales y cualquier otro tipo de material para difusión a los profesionales sanitarios.

La aplicación de esta obligación se realiza a medicamentos autorizados a partir del 2 de noviembre del 2007 y que contengan principios activos no autorizados previamente en España y a los medicamentos autorizados antes de esta fecha siempre y cuando el principio activo o principios activos que contenga se encuentren dentro de los primeros 5 años desde su primera autorización en España. Para medicamentos centralizados se aplicara la fecha de autorización dada por la Comisión Europea.

El pictograma se podrá omitir a partir de la renovación de autorización del primer medicamento que contenga el principio activo, salvo que la Agencia Española de Medicamento y productos Sanitarios proponga el mantenimiento del mismo por un periodo adicional.

No será de aplicación para medicamentos genéricos, para medicamentos autorizados por registro bibliográfico, para medicamentos tradicionales a base de plantas medicinales registrados por el procedimiento simplificado, ni para los productos homeopáticos registrados por el procedimiento simplificado especial. En cambio si será aplicable a medicamentos biosimilares.

En el caso de asociaciones de medicamento, al ser la asociación como tal un medicamento nuevo se aplicaría en los 5 años siguientes a la primera autorización de la asociación.

El fin del triángulo amarillo es informar a los profesionales sanitarios que los medicamentos marcados con dicho símbolo son nuevos y en consecuencia el conocimiento que se tiene de su seguridad es limitado y indicar a los profesionales que la notificación de las sospechas de reacciones



adversas asociados a productos marcados con el triángulo amarillo constituye una prioridad.

#### Bibliografía:

www.aemps.es Instrucciones sobre la inclusión del “triángulo amarillo” en el material promocional de los medicamentos. Ministerio de Sanidad y Consumo.

#### Respuesta correcta 87: C

**Comentario:** Se considera que la notificación espontánea sistematizada de sospechas de reacciones adversas por parte de los profesionales sanitarios (**tarjeta amarilla**) es el método más eficiente para la identificación de riesgos de los medicamentos previamente no conocidos.

Los fines de este sistema son el facilitar a los profesionales la notificación mediante un formulario sencillo, que contenga todos los aspectos informativos relevantes, recoger y validar dicha información y registrarla en una base de datos común que posibilite la generación de señales.

En todo el proceso se asegura la confidencialidad del paciente y del notificador. Entre las ventajas destacan la sencillez y su carácter universal, ya que potencialmente abarca a toda la población, a todas las reacciones adversas y a todos los medicamentos desde el comienzo mismo de la comercialización. *El inconveniente principal es la infranotificación.* Así, por ejemplo, en el Reino Unido, el número de médicos que notifican no supera el 10% y en algún estudio en España se ha visto que solo el 4% de los casos de ingreso hospitalario asociado a medicamentos fue espontáneamente notificado al centro de Farmacovigilancia correspondiente. Esta circunstancia hace que, por definición, el número de casos registrados de una asociación medicamento-reacción represente solo una pequeña parte de la que existe en realidad.

El sistema da prioridad a la notificación de sospechas de reacciones adversas graves y a las que involucran a medicamentos nuevos (primeros 5 años desde su autorización), sin que por ello rechace las que no cumplen estas condiciones. Por otra parte es importante señalar que al profesional sanitario únicamente se le pide la sospecha de que el medicamento ha podido participar en la aparición de cualquier cuadro clínico. El Centro de Farmacovigilancia se encargará de evaluar el grado de relación causal.

#### Bibliografía:

Aguirre A, García MM, Ruiz B: Farmacovigilancia en Psicofarmacología. Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. 2ª edición. Pag 66. Editorial Panamericana. Madrid 2010.

#### Respuesta correcta 88: C

**Comentario:** Los fármacos genéricos o especialidad farmacéutica genérica (EFG) nacen en España al amparo de la Ley de Medidas Fiscales Administrativas y de Orden Social de diciembre de 1996. La política de implantación tiene por finalidad racionalizar el gasto sanitario. En nuestro medio los primeros EFG fueron comercializados en 1997.

#### Bibliografía:

Salazar M.A., Pastor J., Peralta C., Muñoz P. Los Fármacos Genéricos. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág 73.

#### Respuesta correcta 89: E

**Comentario:** la política de implantación de fármacos genéricos tiene por finalidad racionalizar el gasto sanitario. Para ser autorizados deben cumplir por ley **requisitos sanitarios** (idéntica composición cualitativa y cuantitativa en principio activo y forma farmacéutica que el original, ser seguros y eficaces, aportar estudios de bioequivalencia y estar debidamente identificados con las siglas EFG) y **requisitos legales** (haberse agotado el plazo de patentes o período de exclusividad y/o haber sido autorizados como genéricos en otro país de la Unión Europea). Se considera que se les puede aplicar la experiencia correspondiente al original, por lo que están sometidos a un desarrollo clínico simplificado. Legalmente deben demostrar sólo biodisponibilidad *in vivo* en seres humanos sanos de ambos sexos, que no padezcan enfermedad alguna, con edades comprendidas entre los 18-55 años y con oscilaciones no superiores al 15% del peso corporal ideal. Previamente se realiza un estudio de disolución *in vitro*.

#### Bibliografía:

Salazar M.A., Pastor J., Peralta C., Muñoz P. Los Fármacos Genéricos. En: Salazar, Peralta,

Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág 73-76.

### Respuesta correcta 90: C

Comentario: Los EFG (especialidad farmacéutica genérica) los puede comercializar y fabricar cualquier laboratorio. En España se comercializan distinguidos por la DOE (Denominación Oficial Española), el nombre del fabricante y etiquetados con el acrónimo EFG. Licencia es cuando un laboratorio cualquiera bajo licencia del laboratorio innovador, fabrica y comercializa con nombre e fantasía una réplica exacta del original. Copia es cuando un laboratorio cualquiera fabrica con variaciones y comercializa con nombre de fantasía una copia de la molécula original. Esta situación tiene su origen en la patente de procedimiento por la cual en nuestro medio y hasta 1992 no se podían patentar productos pero sí el procedimiento. Las copias pueden no haber pasado las pruebas de bioequivalencia, ni tener licencia del laboratorio innovador. En la actualidad no se pueden comercializar nuevas copias. Los EFP (especialidad farmacéutica publicitaria) son especialidades de libre uso y dispensación sin receta empleadas para el alivio y tratamiento de síntomas menores.

### Bibliografía:

Salazar M.A., Pastor J., Peralta C., Muñoz P. Los Fármacos Genéricos. En: Salazar, Peralta, Pastor. Tratado de Psicofarmacología. 2ª edición, Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2009, pág 73.

### Respuesta correcta 91: B

Comentario: Los corticoides son uno de los grupos de medicamentos más ampliamente prescritos en múltiples condiciones clínicas. Son también uno de los grupos de fármacos más comúnmente relacionados con la inducción de síntomas psiquiátricos: se ha descrito que hasta un 18% de los pacientes que reciben una dosis diaria continuada de corticoides superior a 80mg/día desarrollan síntomas psiquiátricos de entidad.

Los síntomas psiquiátricos más comúnmente inducidos son de tipo afectivo, fundamentalmente manía e hipomanía, pero también se han descrito depresión y psicosis. En general, los sínto-

mas psiquiátricos asociados a corticoides aparecen en las primeras 2 semanas de tratamiento, y se resuelven reduciendo la dosis o interrumpiendo la medicación. En los casos en los que esto no sea posible puede ser necesario el tratamiento con antipsicóticos y/o estabilizadores del humor. El riesgo es mayor en mujeres y en los pacientes con antecedentes psiquiátricos, especialmente psicosis y trastornos afectivos.

También pueden aparecer cuadros de retirado o abstinencia tras la interrupción de la medicación. Aunque su manifestación más frecuente es en forma de cuadros depresivos, puede haber también manía, síntomas psicóticos y delirium. La aparición ocasional de abuso y dependencia de corticoides se ha relacionado con su efecto euforizante.

### Bibliografía:

Malo P, Uriarte JJ, Medrano J: Trastornos psiquiátricos inducidos por no psicofármacos en Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. 2º edición. Pág 81. Editorial Panamericana. Madrid 2010.

### Respuesta correcta 92: A

Comentario: Los antibióticos y antivirales pueden originar alteraciones psiquiátricas con cierta frecuencia. La alteración psiquiátrica y conductual más frecuentemente asociada a estos agentes es el delirium.

La penicilina y otros antibióticos relacionados se han asociado con sedación, ansiedad y alucinaciones. Se han descrito casos de delirium asociado al uso de cefalosporinas, especialmente en pacientes con función renal comprometida.

Quinolonas, como el ciprofloxacino y *el* oxoflacinolona se han asociado de forma poco frecuente, a cuadros psiquiátricos diversos que incluyen inquietud, irritabilidad, letargia, temblor, insomnio, manía, depresión, psicosis, delirium, convulsiones y catatonía.

Se han descrito casos de depresión y delirium asociados al uso de cloranfenicol. El uso de claritromicina se ha asociado de forma consistente con cuadros de delirium y manía.

La isoniazida es uno de los antibióticos que más frecuentemente se ha relacionado con síntomas

psiquiátricos como delirium, manía, depresión y psicosis. Otros antituberculosos como la etionamida se asocian a sedación, irritabilidad, depresión y psicosis.

Se han descrito casos de depresión, insomnio e irritabilidad con el uso de dosis elevadas de tetraciclinas. Las sulfonamidas pueden causar delirium, y síntomas psicóticos, especialmente cuando se utilizan en combinación con trimetropin.

#### **Bibliografía:**

Malo P, Uriarte JJ, Medrano J: Trastornos psiquiátricos inducidos por no psicofármacos en Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. 2ª edición. Pag 78. Editorial Panamericana. Madrid 2010.

#### **Fe de erratas:**

En el artículo de Coll-Planas y Missé del anterior número de la Revista Norte de salud mental nº 38, se hacía referencia al Dr.Zucker , director del Sexual and Gender Identity Disorders Work Group. El Dr. Zucker es uno de los médicos pioneros en terapias reparativas a niños con roles de género variantes y no como se dice el artículo, pionero en "terapias con electroshock a homosexuales" (p.45).

# El Greco, Marañón y los locos del Nuncio de Toledo

## *El Greco, Marañón and the madmen of the Nuncio's Hospital in Toledo*

Oscar Martínez Azumendi

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría.  
Hospital de Basurto. Osakidetza, Bilbao.

**Resumen:** Uno de los principales intereses a lo largo de la vida del gran médico y humanista Gregorio Marañón fue la figura del Greco, de quien publicó varios trabajos. Marañón sostuvo en un primer momento la teoría de que el pintor tomó por modelos a los judíos de Toledo, precisamente por su hábito asténico, para posteriormente defender la idea de que algunos otros serían los enfermos mentales asilados en el Hospital del Nuncio toledano. Para demostrarlo, en 1954, tras pedir a la dirección del hospital que dejara crecer el pelo y barba a un puñado de ellos, los retrató disfrazados de apóstoles al estilo de los cuadros del Greco. Marañón alegó que fue Cossío, gran estudioso del pintor, quien primero sugirió la hipótesis, algo que algunos autores reproducen actualmente. En el trabajo, tras presentar el experimento de Marañón, se recogen diacrónicamente algunos de sus escritos en torno a los supuestos modelos del Greco para finalmente desestimar, en base a las referencias citadas habitualmente, que los escritos de Cossío realmente sugieran que él creyera en la hipótesis de los locos como modelos reales para el Greco.

**Palabras clave:** Gregorio Marañón, El Greco, fotografía, representación de la enfermedad mental.

**Abstract:** A major interest of the great physician and humanist Gregorio Marañón was the figure of Greco, of who he published several essays. Marañón, at first, thought that the painter took for models the Jews of Toledo, precisely because of their astenic constitution, later had the idea that some others models would be mentally ill inmates in the Nuncio's Hospital in Toledo. To demonstrate this, in 1954, after requesting permission to the hospital management to leave grow the hair and beard in a handful of them, he photographed them dressed up as apostles in the style of El Greco's paintings. Marañón alleged that Cossio, great researcher of the painter, who first suggested the hypothesis, which some authors currently support. In this work, after explaining Marañón's experiment, some of his writings about the Greco model assumptions are presented. Finally, based on the most commonly discussed references, it is rejected that Cossio's writings suggest that he really believed in this hypothesis for the models of El Greco.

**Key Words:** Gregorio Marañón, El Greco, photography, representation of mental illness.

## El Greco, Marañón y los locos del Nuncio de Toledo

Gregorio Marañón (Madrid, 1887 – Madrid, 1960), gran médico, académico por excelencia, profundo conocedor del alma humana y enamorado de Toledo, dejó tras de sí un ingente legado escrito sobre sus investigaciones científicas y amplios intereses humanistas<sup>1</sup>. Entre ellos, sus publicaciones sobre Doménikos Theotokópoulos, el Greco (Candía, 1541 – Toledo, 1614), no son de menor importancia. Nada partidario de buscar motivos patológicos en el genial pintor (astigmatismo visual, supuesta locura...) para explicar su inconfundible alargamiento en las figuras que pintaba, sin embargo sustentaba una peculiar teoría sobre el origen de sus modelos: judíos de Toledo y locos del Nuncio, el viejo manicomio toledano. Y si la primera posibilidad no sería nada improbable, al menos en algunos casos, aquella otra que apunta a que los Apóstoles fueron retratados de entre los pobres asilados del frenocomio se antoja especialmente chocante y poco plausible. Sin embargo, esta hipótesis parece inquietó a Marañón durante muchos años, para finalmente realizar un inesperado experimento en el propio manicomio, que llegó a trascender fronteras y recabar la atención mediática internacional.

El Hospital de la Visitación de Nuestra Señora la Virgen María, fue el primer hospicio y manicomio de Toledo, siendo conocido popularmente como “Hospital del Nuncio”, o “Nuncio” a secas. Fundado en 1483 por Francisco Ortiz, a la sazón nuncio apostólico del papa Sixto IV, lo que explica tan peculiar apodo para una institución similar, también recibió otras denominaciones algo más inquietantes como “los alberguillos de Toledo”, en alusión a las celdas o jaulas en que se encerraba a los locos furiosos. Famoso ya desde épocas cervantinas, fue el lugar donde Don Quijote, en sus aventuras apócrifas, recalca durante un tiempo. A ello alude Cervantes en la segunda parte de su genial obra: “*pero no se que me diga: que osaré yo jurar que le dejo metido en la casa del Nuncio, en Toledo, para que le curen, y agora remanece aquí otro don Quijote, aunque bien diferente del mío!*”.

Con el paso del tiempo, este “Nuncio Viejo” fue relevado por otro edificio, el denominado “Nuncio

Nuevo” diseñado por Ignacio Haan entre 1789-90, considerado uno de los ejemplos más interesantes de arquitectura hospitalaria del S. XVIII en Europa, específicamente concebido para atender enfermos mentales. En la actualidad y desde 1985 el edificio alberga diversos servicios administrativos del gobierno autonómico.

### El experimento

Durante décadas Marañón estuvo convencido de que el Greco había utilizado a los alienados del Viejo Nuncio como modelos para sus pinturas, especialmente sus Apostolados. Sería a finales de 1953 cuando se decidió a ensayar esa posibilidad de forma empírica y comprobar visualmente si alguno se los entonces asilados se parecía a alguno de los Apóstoles pintados por el Greco. Con la ayuda del director del Hospital, Virgilio Sánchez García Mora, se seleccionó a una veintena de enfermos, quienes tendrían rapado su pelo como era la práctica habitual, para dejarles crecer pelo y barba durante un par de meses largos. Pasado ese tiempo, durante los primeras semanas de 1954 y al menos en dos ocasiones, los enfermos fueron conducidos al patio, disfrazados con túnicas y proveídos de diversos adminículos que les diera un mayor aire apostólico. Allí, en una de las más inusitadas aplicaciones de la fotografía en el ámbito psiquiátrico<sup>2</sup>, menos en el caso de dos de los pacientes que al parecer se negaron a ello, fueron retratados por tres fotógrafos: Pardo Bea, Pablo Rodríguez y José María Lara, bajo la atenta mirada de Don Gregorio, que se ocupaba de que el atrezzo apostolar presentara su mejor aspecto. Mientras tanto, el artista Sebastián Miranda se entretenía en recoger algunos bocetos en su cuaderno (fotos 1 a 4).



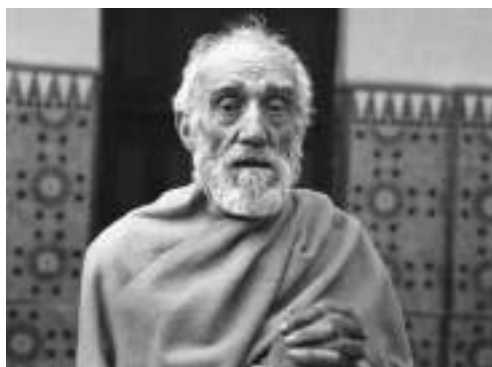
Marañón disfrazando de Apóstol a un enfermo del Nuncio, mientras Sebastián Miranda aboceta su figura, (Archivo Histórico Provincial de Toledo - AHPT).

Parece evidente que la intención de Marañón, al menos en ese momento, era la de mantener el experimento con la mayor reserva y discreción posible. Así lo podemos inferir de una nota suya a uno de los fotógrafos firmada el 25 de febrero de 1954. “*Querido Rodríguez. Están muy bien las fotografías. Sin embargo no son más que un ensayo que espero dejemos terminado el próximo domingo. Le ruego que no se las enseñe a nadie pues es un asunto delicado*”<sup>3</sup>.

### La repercusión mediática

El disimulo duró poco ya que, ese mismo año, el periódico *El Alcázar* anunciaba “*Marañón cree que El Greco se inspiró, para sus personajes, en los locos del manicomio de Toledo*”, dando a continuación cumplida cuenta del experimento y de la existencia de las fotografías que, adelantaba, Marañón presentaría en su discurso de ingreso a la Academia de Bellas Artes de San Fernando<sup>4</sup>, para la que había sido elegido miembro numerario en 1953.

A partir de ahí, lo que pudiera haber quedado como una mera astracanada de un genial pensador, por algún motivo, que seguramente fue precisamente lo extravagante de la puesta en escena, trascendió el ámbito local y tuvo una gran resonancia en los medios de comunicación, tanto dentro como fuera de nuestras fronteras.



Enfermo disfrazado de “Lágrimas de San Pedro”, (AHPT).

Al año siguiente, mucho antes de la divulgación por el propio Marañón de las fotos realizadas, un cierto número de publicaciones europeas y americanas se hicieron eco de la noticia como resultado de su distribución por una misma fuente informativa que suministró las mismas imágenes

y texto, en este caso impreso en diferentes idiomas. En abril, algunos de los retratos tomados en el Nuncio fueron publicados en la revista alemana *Munich*, incluyendo además una imagen de su fachada y al mismo Marañón supuestamente explicando su teoría al periodista alemán Hans Hubmann<sup>5</sup> frente al cuadro de San Juan Evangelista. Poco después, la revista francesa *Noir et Blanc*<sup>6</sup>, bajo el título “*Une étonnante révélation, Le Greco prenait des fous pour modèles*”, publicaba la noticia a doble página acompañada de varias de las fotografías tomadas en Toledo contrapuestas, como dobles, a aquellos Apóstoles a los que se parecerían (foto 5) y de las que al día siguiente se hacían eco también otras publicaciones<sup>7</sup>. En el texto se incluyen unas supuestas declaraciones de Marañón en las que asevera, sin referencia alguna a autores previos, que la idea se le ocurrió al contraponer a la visión cristiana de los locos como endemoniados imperante en aquella época, la perspectiva árabe de ser elegidos de Dios. Suponiendo que el cretense participaría de esa segunda opinión y tras, según se dice en el texto, haber reconocido registrado al pintor en uno de los libros de visitas de la institución, pudo sentar entonces las bases de su teoría y encontrar entre los alienados “*los rasgos de espiritualidad y éxtasis que el pintor reprodujo*”. En cualquier caso, estas aseveraciones habría que tomarlas con la mayor precaución si tenemos en cuenta una de las notas aclaratorias que Marañón incluyó en su libro<sup>8</sup>, en ella explica: “*no tiene interés enumerar los periódicos y revistas de todo el mundo que espontáneamente han reproducido las fotografías de los ‘inocentes’ de Toledo; naturalmente fue sin un solo comentario mío; a pesar de lo cual varios articulistas o conferenciantes han impugado lo que ellos se figuraban que yo había dicho, pero que no había dicho*”.

Poco más tarde, la norteamericana *Life Magazine*<sup>9</sup> publicaba un par de páginas que resumía en el índice como “*un experto en arte trata de probar con fotografías que El Greco utilizó locos como modelos para sus pinturas*”. El artículo, con el explícito título de “*Los locos de El Greco. Una nueva teoría sugiere que utilizó locos como modelos*”, presentaba esa posibilidad como alternativa al supuesto astigmatismo del pintor o su creatividad derivada de un posible y enfermizo



frenesí místico. Junto al texto, se reproducen de nuevo las imágenes publicadas en las revistas anteriormente citadas. En la página de créditos, se atribuyen las imágenes al fotógrafo alemán Hanns Hubmann de B.S. (corresponsal de *Life* en Europa), un detalle improbable para las que reproducen a los asilados disfrazados, posiblemente debido a que el fotógrafo trabajara como periodista para la agencia de noticias que distribuyó la información por todo el mundo.

De rebote, la publicación del reportaje en *Life* resonó en diferentes medios españoles, curiosamente incluso antes de la llegada de la propia revista desde América. Así, en base a una ambigua nota de la agencia Efe (fecha el 3 de agosto), y de la que no se desprende que las fotos de *Life* son precisamente algunas de las que tomara Marañón, ABC<sup>10</sup> publicó el 5 de agosto (cuando todavía no había llegado una copia de la revista a la península) una nota apoyándose en la opinión del Dr. Escardó. Este defendía allí la plausibilidad del punto de vista marañoniano apoyándose en la teoría constitucionalista, por la que las figuras pintadas por Domenico Theotocopuli presentaban precisamente aquellas características asténicas que predisponían a la esquizofrenia. Parece ser que la noticia dio para sus dimes y diretes, siendo *La Vanguardia*<sup>11</sup> la que, muy pocos días después, se hacía eco de la polvareda levantada entre un público sediento de noticias veraniegas: “*El reporte sobre esto publicado en ‘Life’ a trascendido a la prensa de Madrid y hoy se habla de los locos de Marañón como otros días del equipo del Madrid, y del Greco como de ‘Chamaco’*”.

Pero la cosa no acabó ahí y, ya en octubre, vemos la noticia reproducida en el *Nuevo Zig Zag*<sup>12</sup> de Santiago de Chile, donde se publican las mismas fotos y texto traducido al español del artículo aparecido previamente en *Noir et Blanc*. En noviembre, *El Impulso de Barquisimeto*<sup>13</sup> venezolano publica una entrevista donde el genial médico reconoce su agrado por la repercusión mediática de sus experimentos visuales, si bien puntualiza que sus planteamientos no habían sido bien entendidos: “*Yo nunca dije que los personajes del Greco fueran unos lunáticos o unos pobres exaltados mentales, de lo que se desprendería, naturalmente, que los apóstoles, pongamos por ejemplo, y las figuras que*

*comprenden la obra mística del pintor, corresponderían a unos pobres dementes, afectados de taras psicopáticas... El que se observen características de esta índole en muchas de las figuras del Greco no quiere decir que se atribuyan globalmente a sus representaciones y que haya, por tanto, que llevar sus consecuencias desastrosas que de tales suposiciones provendrían, hasta extremos que yo nunca pensé y que no se encontraban en el fondo de mis estudios y observaciones en torno a esta interesante cuestión en la obra del excelso pintor toledano*”. Las declaraciones, realizadas con ocasión de una visita al Instituto de Cultura Hispánica, parecen desilusionar en cierto sentido al reportero, quien escribe a continuación: “*en cierto modo (las declaraciones) vienen a restar interés a las palabras pronunciadas con anterioridad*”, quizás deseoso de una mayor contundencia y sensacionalismo en la interpretación de las pinturas.



Enfermo disfrazado de San Judas Tadeo, (AHPT).

### Las explicaciones de Marañón

Llegado 1956, el 20 de mayo, en su discurso de ingreso en la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando, Don Gregorio Marañón abordó el tema de “*El Toledo del Greco*”. Hizo entonces una extensa referencia al debate suscitado por los locos modelos, a la vez que se inhibía de responsabilidad alguna en la publicación de las fotos. Alegando que antiguamente los locos eran designados como “*inocentes*”, conjeturó que esa inocencia pudiera ofrecer al espectador transcendencias sobrehumanas imposibles de sentirse o fingirse siendo “*personas normales*”. Motivo que hubiera llevado al pintor a buscar ese fuego espiritual, la expresión de santidad o heroísmo, entre las paredes del Nuncio en aquellos que se creían héroes o santos<sup>14</sup>. Explicaciones que vemos

incluidas en su espléndida obra “*El Greco y Toledo*”, donde además leemos:

*“Yo, y otro cualquiera, hubiera podido hacer un número de ‘cuadros vivos’ disfrazando a locos y a cuerdos con el pergeño y vestidos de los Apóstoles... Esto es justamente lo que no me interesaba, sino tratar de encontrar en los enajenados del Toledo actual, vistos sin artificio indumentario y teatral alguno, o quizá con muy leve adobo cosmético... la expresión de arrebatado misticismo de los modelos del gran pintor... En cuanto al otro aspecto del sencillo experimento, éste evidenció también la agudeza del Greco, si, como el estudio de sus lienzos hace probable eligió, en efecto, como modelo de algunos de sus santos a los enajenados; quizá dejándoles crecer barbas y cabellos, como yo también lo hice, pues entonces no sólo estaban los dementes pelados al rape como ahora, sino afeitados a navaja la cabeza y la cara, lo mismo que los galeotes, según nos cuenta Tirso de Molina”. Un leve adobo cosmético, que más adelante denomina pasatiempo, que le permite concluir: “El Greco pintaba locos, no me cabe duda, porque tenía la intuición de la proximidad del desvarío a la santidad... Claro es que esta hipótesis es compatible con que en otros casos pudieran ser hombres o mujeres normales los modelos de sus figuras hagiográficas... Nótese que los modelos de locos se utilizan para los santos varones y no para las santas mujeres; y así debe ser, porque el paso del genio a la locura es mucho más frecuente en el varón que en la mujer; en ésta, la locura, como la borrachera, tiene muchas más veces un sentido de enfermedad lamentable y sin la posible grandeza que en el varón”.*

El texto incluye en sus páginas algunas de las ya famosas fotografías, entre ellas a “*un inocente del Nuncio que piensa que es San Pedro*”, imagen especular de “*Las lágrimas de San Pedro*” (seleccionadas igualmente para ilustrar la sobrecubierta del libro, tal fue la importancia de la idea propuesta), junto a tres láminas con unos mosaicos compuestos por retratos alternantes de los Apóstoles del Greco y algunos enfermos mentales “*toledanos de hoy, huéspedes del Nuncio*”, de quienes asegura no haber “*querido disfrazar de Apóstoles... sino mostrar que son los mismos en la morfología y en la exaltación expresiva*”. Un objetivo sin duda visualmente

cumplido, pero que no llegó a convencer a todo el mundo<sup>15</sup>.

A modo de descargo, posiblemente ante la abrumadora atención mediática, “*hiperetésica publicidad de hoy*” la califica, sobre sus propuestas y experimentos, Marañón se disculpa y justifica en el libro. Aclara primero que la primacía de la hipótesis pertenecía exclusivamente a Manuel Bartolomé Cossío (Haro, 1857 – Madrid, 1935), gran estudioso del candiota que en 1908 había publicado una magnífica obra sobre su biografía y producción artística<sup>16</sup>. Añade seguidamente que él había sido ajeno a la publicación de las fotografías, dando en ese momento excusas semejantes a las que, tal como redacta Marañón, parecería haber dado Cossío años antes.

### El origen de la idea

Para justificar la atribución de la idea a Cossío, Marañón se refiere a un par de comentarios en el libro del primero acerca del aspecto e impresión que le daban algunos de los personajes reproducidos por el pintor. Cossío, sin explicitar en ninguna de esas citas que los modelos del Greco fueran realmente asilados del Viejo Nuncio, utilizó calificativos como “*aires de enajenados*” para algunas de las figuras de sus cuadros y al referirse a sus “Apostolados” (fueron varias las series de apóstoles pintadas por el cretense) escribía: “*el límite máximo de excitación, desequilibrio y anormalidad, en cuanto a figuras aisladas, ha de buscarse en el apostolado de San Pedro Mártir ... Del obsesionante y aterrador San Bartolomé... no cabe decir más que es un loco furioso, escapado del antiguo y célebre Hospital del Nuncio, allí vecino, porque es imposible traducir con más verdad que lo hace aquel alucinado Apóstol el completo extravío de las facultades mentales*”. Descripción en la que Marañón va más allá, quizás dejándose llevar por el entusiasmo retórico, al incluir en la misma el aspecto del pequeño demonio que le acompaña (“*también enajenado y sujeto con cadenas como los locos del Nuncio*”). Pero de la contemplación desinteresada del cuadro no podemos dejar de preguntarnos en qué podría basarse alguien para hacer una aseveración similar, no revistiendo característica alguna desde nuestro conocimiento actual de la psiquiatría para tal diagnóstico, sin duda más poético que clínico. En cualquier caso, si fueron solo esas las

pruebas que tenía Marañón acerca de lo que pensaba Cossío, no parecen suficientes para asegurar nada en este sentido, ya que parecería más se trata de expresiones literarias que realmente sugestivas de que Cossío considerara que el Greco tomara por modelos de carne y hueso a los enajenados del Nuncio.



Enfermo disfrazado de Apóstol, (AHPT).

Así lo aclararía también Marañón, aparentemente de forma contradictoria, al decir en otro lugar que Cossío en este tema “*hizo una sugestión delicada y no ninguna afirmación*”. Aún así, aunque la mayoría de críticos internacionales no consideran y ni siquiera citan como posibilidad la hipótesis de los locos como modelos<sup>17</sup>, son varios los autores posteriores<sup>18,19,20</sup> que parecen mantener que Cossío también creía en esa directa relación basándose exclusivamente en las citas dadas por Marañón en “*El Greco y Toledo*”. Referencias que a veces se reproducen incluso citando como fuente documental lo que no es más que una errata aparecida en el libro de Marañón. La referencia a la página 280 del tomo II de la obra de Cossío (cuando realmente debiera ser a la página 380 del tomo I), dificulta contrastar el párrafo original citado por Marañón, obviamente al no encontrarse en el lugar en que se busca. Solo cambiando de tomo y página podemos aclararnos de que las fotografías a las que aludíamos un poco antes y por las que Cossío se habría excusado en 1908 según Marañón, realmente no tuvieron nada que ver con ningún tipo de experimento similar al de los locos disfrazados (algo que podíamos suponer erróneamente por el contexto en el que inserta la cita Marañón). Realmente la referencia es a una nota a pie de página, en la

que Cossío anuncia la circulación liberal y publicación en revistas nacionales y extranjeras de algunas fotografías, realizadas por primera vez en aquellos años a alguno de los cuadros del cretense precisamente para el libro.

Descartado que Cossío hiciera experimentos fotográficos similares a los de Marañón, volvamos de nuevo a la teoría de los locos como modelos. Una hipótesis que generalmente se pasa por alto venía de mucho antes de la realización de sus polémicas fotografías en 1954.

Ya en 1927, en el que es probablemente su primer trabajo publicado sobre el Greco<sup>21</sup>, Don Gregorio relaciona el aspecto de las figuras pintadas por el cretense con un tipo constitucional asociado a determinadas enfermedades mentales. “*Este canon corresponde exactamente a lo que en medicina se llama el hábito asténico*”, explica, “*un modelo que sin duda tenía casi siempre delante y copiaba con detalles de una delectación realista, que recuerda, a veces, las láminas de los libros de patología*”. Y con referencia a los psiquiatras de la época y su terminología recuerda los tipos constitucionales de Krestchmer conjeturando: “*¿Quién era ese ser asténico y espiritado que tenía el pintor tan metido en sus ojos?... en Toledo, en el barrio de la Judería, estaba en contacto, seguramente, con muchedumbre de seres asténicos, flacos, espiritados, leptosómicos... Es preciso recordar que entre los judíos se da con gran frecuencia este tipo*”. Pero aún da un paso más allá para interrogarse por la psicología de aquellos sujetos retratados que le impresionan o bien de “*inmovilidad estática, catatónica*”, o bien “*de agitación, de inquietud, de frenesí, de dinamismo atormentado*”, precisamente características psicológicas de la mayoría de los asténicos, remedando “*arquetipos esquizoides puros*”. De aquí, convencido como vemos de que el Greco dispondría de numerosos modelos donde inspirarse en su entorno inmediato, prosigue añadiendo posibilidades médicas, como el hipertiroidismo, para explicar no solo el hábito somático sino otras características como la inquietud motora o la exagerada afectividad. Juventud hipertiroidea que Marañón identifica especialmente en algunas de las mujeres (Vírgenes, Santas...) retratadas. Dicho esto, Marañón aclara que la tipología del Greco tuvo que ser debida a “*una reacción...*”

*ante un ambiente de tipos reales”, pero en ese primer escrito muy alejados de poder ser considerados los inquilinos del temido Nuncio, calificando a el Greco de pintor “de un tipo y de un carácter humano, no patológicos, sino situados en esa zona... que se cumpia entre la normalidad y la patología”.*

Pero no tuvo que pasar mucho tiempo para que tanto Marañón, como el Greco y unos desafortunados locos, vieran cruzarse sus destinos en 1930. A finales de ese año<sup>22</sup>

*“...en la sala de locos del hospital Provincial de Madrid alguien levantó la vista sobre la miseria humana que la habita, y topó en las alturas de un muro con un viejo cuadro, desgarrado, sucio, lamentablemente maltrecho, que, más bien que a un santo, parecía representar a un energúmeno, a modo de recuerdo iconográfico de algún loco que hubiese paseado hace siglos su quimérica actividad por este mundo. Tal piltrafa pictórica interesó a médicos y visitantes, y entre los primeros el doctor Marañón diagnosticó certeramente qué el sujeto representado no era ningún loco, sino más bien un San Jerónimo pintado por el Greco, el extraño artista cretense, que en opinión del vulgo fue un lunático, y para los doctos un genial revolucionario de la técnica y de la estética de su tiempo”<sup>23</sup>.*

Con ocasión del descubrimiento, Don Gregorio fue invitado a dar su opinión, siendo en una de esas entrevistas<sup>24</sup>, realizada de forma apresurada en su domicilio, cuando Marañón descubre al entrevistador su peculiar teoría, añadiendo a los judíos a los locos como modelos del pintor. Además, y de forma muy pertinente para el tema que nos ocupa, sugiere la utilización de técnicas fotográficas para cotejar su proposición como posibilidad.

- *Se ha encontrado... (el cuadro), al hacer las obras. La luz ha animado á San Jerónimo, le ha mostrado tal como era, como nunca se le supo encerrado en sombras, con la presencia de críticos de arte tan extraños como eran los que allí entraban: los locos del Hospital.*

*Marañón se convoca á sí mismo, piensa un momento y dice:*

- *Claro que donde mejor podía estar era entre locos.*

- *¿Y eso?*
- *¡Ah, eso es, ni más ni menos que una teoría!. Verá usted; Yo tengo la evidencia de que el Greco pintaba locos. Sus modelos fueron casi todos los locos del Nuncio de Toledo. La cosa es clara: contra lo que era frecuente en los artistas de la época, el Greco se interesaba por los intravertidos, por los que se vierten hacia dentro y tienen la vida del espíritu; lo contrario que Rubens, por ejemplo, que buscaba los tipos extravertidos, la alegría y opulencia de las formas.*
- *¿De modo que usted cree que los modelos...?*
- *Locos y judíos. Judíos de Toledo. Allí quedan aún tipos estupendos, con sangre judía; tipos que cogiéndolos con una máquina fotográfica reproducirían exactamente modelos del Greco. Aquí, en Madrid, yo tengo en cartera á un portero formidable. La cabecita pequeña, el cuerpo espirituado... Nada más le vi, le pregunté si era de Toledo. Era, en efecto, de La Puebla de Montalbán. Si se le pusiera una mitra, resultaría el auténtico San Bernardino...*

*... El doctor Marañón va á un estante de su biblioteca y saca un libro. Busca en él, y me dice, mostrándome unas fotografías de esas médicas, pavorosas y enfermizas de placa, fotografías de galería de hospital ó de texto de criminología.*

- *¿Qué le recuerdan estas figuras?*
- *Apóstoles del Greco... afeitados. Es el mismo tipo.*
- *¡Naturalmente! Mire usted la disimetría facial, la cabecita pequeña... No pintaba así por capricho, sino porque aquellos seres existían, tenían una realidad evidente... Y estas fotografías del libro son de los mismos tipos asténicos que él buscaba y prefería...”*

Y de forma premonitory para décadas venideras el reportero concluía:

*“Esta media hora con el ilustre é inquieto -iqué pocas veces se aúnan estos adjetivos!- doctor Marañón tiene el valor de una promesa. La teoría suscitada con motivo de la aparición del nuevo*



Apóstoles y sus dobles, tal y como fueron publicados en diversas revistas internacionales.

*Greco del Hospital debería ser ampliada y formalizada por él”*

Sin poder descartar en el fondo de su pensamiento que fuera la lectura del Cossío (aunque no lo cita en la entrevista, atribuyéndose entonces a él mismo la teoría) lo que le inspirara para dar el paso desde los modelos “asténicos-normales” a la inclusión de aquellos “asténico-enajenados” inquilinos del Nuncio, comprobamos que ya en 1930 intuía el experimento fotográfico que llevó a cabo años después y tanta notoriedad alcanzó. Para entonces, comprobamos que ya decía tener “la evidencia de que el Greco pintaba locos” y de que “sus modelos fueron casi todos los locos del Nuncio de Toledo”. De igual forma que junto a ellos seguía incluyendo también a los judíos, pobladores de Toledo en tiempos del pintor. Es bien conocida la afición y cariño que Don Gregorio profesaba a esa ciudad, donde pasó largas temporadas de su vida, y de la que escri-

bió un encendido ensayo: “Elogio y nostalgia de Toledo”, cuya primera edición publicada en 1941 no incluía referencia al ilustre pintor entre sus páginas<sup>25</sup>. Sin embargo, en la segunda edición<sup>26</sup> de 1951 vemos añadido un capítulo, titulado “El Greco y Toledo”, firmado en Buenos Aires en 1939 cuatro años después del fallecimiento de Cossío. Y ahí le cita como inspirador de su punto de vista:

*“...Los ojos de Theotocópuli eran, sin duda, normales. Y también su cerebro. No estaba loco... Amaba, sin duda, a los locos y era capaz de comprenderlos. Pero esto les sucede a todos los hombres que son, en verdad, razonables. Los locos también le amaban a él, a través de sus cuadros, como el del San Jerónimo del Hospital Provincial...Es para mí segurísimo, como Cossío pensaba, que los modelos de sus Apóstoles fueron, más de una vez, los inquilinos forzosos del manicomio toledano, del Nuncio, que aún sirve de asilo a estos seres, no*

*siempre infelices, a dos pasos de la casa que habitara el pintor. Aún están allí, vivos, con sus mismas barbas blancas, con sus manos expresivas y secas, con sus caras asimétricas y su orejas desiguales, algunos locos venerables y dignos, que parecen los mismos que transformó el pincel de Theotocópuli en arquetipos admirables de San Juan o de San Lucas. Modelos insuperables, porque estos simpáticos dementes a lo mejor estaban y están convencidos de que eran Apóstoles de verdad. Pero el pintor, a trueque de sus aires extravagantes, fue el hombre más cuerdo de este mundo. Si tuvo alguna manía, fue la de pleitear; y es ésta, precisamente, ejemplo de la manía razonadora”.*

Encontramos en esas líneas, redactadas como expatriado en el último año de la Guerra Civil, referencia explícita a Cossío como artífice de la idea de los locos como modelos del cretense, una hipótesis que en 1930 se atribuía a él mismo

y que años después desarrolló más en extenso en su monografía sobre el pintor. En ese libro, junto a los Apóstoles, también otras obras se atribuían a modelos seleccionados entre los enfermos hospitalizados, algunos de ellos incluso en diferentes momentos de su evolución clínica, como sería el “loco coronado” que inspiraría dos de las versiones del “*San Luis, Rey de Francia*” del que dice “*Los dos son el mismo loco haciendo de rey; el primero tranquilo (en el Louvre), el segundo exaltado (Museo del Greco)*”. Pero, frente a ese convencimiento y en otras partes del texto, no deja de llamar la atención las justificaciones de Marañón y, más aún, las equívocas referencias al texto de Cossío. Tal vez como si se hubiera estremecido por la repercusión mediática y las eventuales consecuencias de tan sacrílega mezcla en la España de la época, los locos como apóstoles de Jesús. Una relación tampoco nada probable en tiempos del Greco.

#### Contacto:

Oscar Martínez Azumendi • Servicio de Psiquiatría  
Hospital de Basurto. Osakidetza • Avenida de Montevideo, 18. 48013-Bilbao  
oma@wpanet.org • www.psiquifotos.blogspot.com

#### Bibliografía

<sup>1</sup> López Vega, Antonio. Biobibliografía de Gregorio Marañón. Biblioteca del Instituto Antonio de Lebrija de estudios sobre la Universidad, nº 19. Ed. Dykinson. Madrid, 2009. Versión electrónica disponible en: <http://hdl.handle.net/10016/6178>

<sup>2</sup> Martínez Azumendi, Óscar. Imágenes de la Psiquiatría. Fotografía y psiquiatría. Accesible en [www.psiquifotos.blogspot.com](http://www.psiquifotos.blogspot.com)

<sup>3</sup> Marañón, Gregorio. Carta de 15 de febrero de 1954. Fondo fotográfico Rodríguez. Archivo Histórico Provincial, Toledo.

<sup>4</sup> Moreno Nieto, Luis. Marañón cree que El Greco se inspiró, para sus personajes, en los locos del manicomio de Toledo. El Alcazar s.a. [1954]. Fundación Gregorio Marañón, Madrid.

<sup>5</sup> Cavero de Carondelet, Cloe. Ficha sin título. En Marías, F. De Carlos Varona, M.C. Carrobes, J. (Eds.). El Greco: Los Apóstoles. Santos y “locos de Dios”. Fundación El Greco 2014. Toledo, 2010. pp. 208-211.

<sup>6</sup> Une étonnante révélation, Le Greco prenait des fous pour modèles. Noir et Blanc. 6 juin 1955.

<sup>7</sup> Ces six photos percent le mystère du Greco... il peignait des fous!! Paris Press, 7 juin 1955.

<sup>8</sup> Marañón, Gregorio. El Greco y Toledo. Espasa-Calpe, Madrid, 1956.

<sup>9</sup> El Greco's Madmen. A new theory suggests he used insane men as models. Life, 8 de agosto de 1955. pp. 77-78.

<sup>10</sup> Los dementes de El Greco. ABC, 5 de agosto de 1955. p. 21.

<sup>11</sup> Miscelánea del día. La Vanguardia, 7 de agosto de 1955. p. 11.

<sup>12</sup> Una asombrosa revelación: El Greco buscaba locos por modelos. Nuevo Zig-Zag, 8 de octubre de 1955.

<sup>13</sup> Lor-Vaz. Repercusión universal de unas declaraciones del Doctor Gregorio Marañón sobre El Greco. El Impulso de Barquisimeto, 19 de noviembre de 1955. p. 3.

- <sup>14</sup> Don Gregorio Marañón ingresa en la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando. Su discurso versó acerca del tema “El Toledo del Greco”. La Vanguardia. Martes, 22 mayo 1956 p. 4.
- <sup>15</sup> Panero, Leopoldo. Gregorio Marañón: “El Greco y Toledo” (Crítica de Libro). Blanco y Negro. 4 de mayo de 1957. p. 122.
- <sup>16</sup> Cossío, Manuel Bartolomé. *El Greco*. Madrid: Victoriano Suárez, 1908.
- <sup>17</sup> Cavero de Carondelet, Cloe. Ficha sin título. En Marías, F. De Carlos Varona, M.C. Carrobes, J. (Eds.). *El Greco: Los Apóstoles. Santos y “locos de Dios”*. Fundación El Greco 2014. Toledo, 2010. pp. 196-199.
- <sup>18</sup> García Melero, Enrique. Una mención historiográfica: Marañón, el apostolado de El Greco y la locura. En *Arte y pensamiento en la Edad Moderna y Contemporánea*, accesible en [www.uned.es/arteypensamiento/Lalocura.pdf](http://www.uned.es/arteypensamiento/Lalocura.pdf)
- <sup>19</sup> Marías, Fernando. Los apóstoles del Greco entre ayer y hoy: de modelos ejemplares a “locos de Dios”. En Marías, F. De Carlos Varona, M.C. Carrobes, J. (Eds.). *El Greco: Los Apóstoles. Santos y “locos de Dios”*. Fundación El Greco 2014. Toledo, 2010. pp. 15-51.
- <sup>20</sup> Lavín, Ana Carmen; Carrobes, Jesús. Cien años del Apostolado del Museo del Greco: el experimento de Marañón y otras propuestas. En Marías, F. De Carlos Varona, M.C. Carrobes, J. (Eds.). *El Greco: Los Apóstoles. Santos y “locos de Dios”*. Fundación El Greco 2014. Toledo, 2010. pp. 101-125.
- <sup>21</sup> Marañón, Gregorio. Nuevas notas médicas sobre la pintura de El Greco. *Rev. De las Españas*, Madrid, enero-febrero 1927, II (5-6): 3-6.
- <sup>22</sup> González Ruano, César. Un Greco aparecido en el hospital Provincial. *Heraldo de Madrid*. 4 noviembre 1930, p. 16.
- <sup>23</sup> Méndez Casal, Antonio. El “Greco” de la Diputación de Madrid y su restauración. *ABC*. 21 junio 1931, pp. 20-21.
- <sup>24</sup> González Ruano, César. San Jerónimo, el doctor Marañón, los locos del Nuncio y un reportero. *La Esfera*. 15 noviembre 1930, p. 35.
- <sup>25</sup> Marañón, Gregorio. *Elogio y nostalgia de Toledo*. (1ª Edición). Espasa Calpe. Madrid, 1941.
- <sup>26</sup> Marañón, Gregorio. *Elogio y nostalgia de Toledo*. (2ª Edición). Espasa Calpe. Madrid, 1951.

# Consenso sobre acreditación de dispositivos de salud mental en competencia intercultural

MG. Morón Nozaleda (1); A. Muñoz San José (2);  
S. Cebolla Lorenzo (2); A. Fernández Liria (3) (4)

(1) Médico Interno Residente en Psiquiatría. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

(2) Médico Interno Residente en Psiquiatría. Hospital Universitario La Paz.

(3) Jefe de Servicio del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

(4) Profesor asociado de la Universidad de Alcalá de Henares.

**Resumen:** Se presentan los resultados de un grupo de trabajo que ha consensuado unos criterios para evaluar la competencia intercultural de las instituciones que prestan atención a la salud mental en nuestro país. Se proponen acciones en once áreas de intervención y se presentan las preguntas que pueden guiar la autoevaluación de cada una de ellas.

**Palabras clave:** Salud Mental y Emigración; Competencia Intercultural.

## Introducción

La inmigración en España ha tenido un crecimiento exponencial en las últimas décadas, siendo en 2010 el octavo país con mayor número de migrantes internacionales y el cuarto de Europa, por detrás de Alemania, Francia y Reino Unido. Si bien se han considerado la pobreza y marginalización como los principales factores de riesgo sanitario en inmigrantes (1), la literatura demuestra que los peores resultados en salud en minorías étnicas no se deben sólo a factores como el más bajo nivel socioeconómico sino también a diferencias en el cuidado sanitario, lo que contribuye a las desigualdades sanitarias (2).

Este hecho supone un reto en los servicios públicos así como en el desarrollo de políticas de integración, lo que plantea la necesidad de incluir la Competencia Intercultural como criterio de calidad en cada dispositivo asistencial (3).

En 2008 nace en el seno de la Unión Europea (UE) el proyecto AMAC (*Assisting Migrants and Communities: Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities*), con el objetivo de armonizar las iniciativas puestas en marcha en los distintos países de la UE, prevenir el etnocentrismo y el estigma, mitigar el impacto psicosocial sobre el paciente así como el impacto económico sobre los sistemas de salud (4).

La competencia cultural se entiende clásicamente como el conjunto de habilidades académicas e interpersonales que permiten a los individuos aumentar su comprensión y apreciación de las diferencias sociales y culturales en y entre grupos (5) (6). La mayoría de los modelos de competencia cultural se han desarrollado en EEUU, y ninguno de ellos aporta de momento un enfoque integral que implemente la competencia cultural en el cuidado sanitario en múltiples niveles y desde distintas perspectivas. Tal vez, uno de los modelos más

---

Este documento se ha elaborado por un grupo de trabajo convocado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría por encargo de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales en 2009.

relevantes podría ser la ‘mini- etnografía’ propuesta por A. Kleinman (7), que se compone de seis pasos por los que el clínico puede apoyar en la construcción de la narrativa del paciente cuando éste es de una cultura distinta a la propia. Otros modelos son el modelo de la comunicación culturalmente competente (8), las competencias multiculturales de counseling (6) o los modelos EMIC (The Explanatory Model Interview Catalogue), SEMI (Short Explanatory Model Interview) e IPQ (Illness Perception Questionnaire) (9,10).

Desde nuestro grupo de trabajo hemos decidido abogar por el término competencia intercultural para subrayar dos principios. El primero, que no existen sujetos aculturales y que los profesionales no son una excepción a esta regla, de modo que la atención debería entenderse como un diálogo entre interpretaciones de la realidad (11). El segundo, que la habilidad requerida en la atención a usuarios de culturas diferentes a la nuestra, es la capacidad del profesional para acercarse y comprender otros mundos de significado y comportamiento, entre ellos, aunque no exclusivamente, aquellos que tienen que ver con los procesos de salud, enfermedad y búsqueda de atención (12).

### **Instrumento para la acreditación de dispositivos de salud mental en competencia intercultural**

Con el doble objetivo de evaluar la competencia intercultural de las instituciones y con ello la promoción de buenas prácticas, el Ministerio de Sanidad y Política Social encargó a la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) la elaboración de un instrumento que sirviera por un lado a las instituciones para hacer una autoapreciación de sus competencias y necesidades de mejora, y que por otro lado sirviera de base para la creación de un sello de calidad que premie las mejores prácticas en este campo. A partir de noviembre de 2009, la AEN contactó para la elaboración de este instrumento con profesionales expertos en materia de atención sanitaria a grupos culturalmente diversos, formando un grupo de consenso que determinara las competencias interculturales que permitieran a las instituciones atender conforme a las mejores prácticas disponibles a la población inmigrante.

A partir de una revisión del material de trabajo compartido, dos reuniones presenciales y diversas multiconferencias, el grupo de trabajo ha elaborado y redactado el instrumento, que tras un proceso de revisión externa se ha cerrado finalmente en enero de 2011.

El instrumento para instituciones se distribuye en una introducción y ocho apartados que constituyen los aspectos fundamentales a tener en cuenta en la atención a poblaciones culturalmente diversas en nuestro entorno. Estos son:

1. Accesibilidad:
  - 1.1. Accesibilidad General
  - 1.2. Reconocimiento del derecho a usar el servicio
  - 1.3. Información Proactiva sobre los servicios
2. Planificación y programación de la actividad:
  - 2.1. Detección de necesidades, planificación y adaptación del servicio para atender a las necesidades de cada sujeto atendiendo a su diversidad cultural
  - 2.2. Indicadores y evaluación de la actividad
3. Adaptación a necesidades de usuarios y pacientes:
  - 3.1. Comunicación con el usuario
  - 3.2. Normas internas de discriminación positiva
  - 3.3. Servicios de facilitación lingüística y mediación intercultural
4. Actividad Clínica:
  - 4.1. Programa de atención a población inmigrante – Cartera de servicios.
  - 4.2. Historia Clínica – Registro y narrativa
  - 4.3. Diagnósticos culturalmente sensibles
  - 4.4. Terapéutica
  - 4.5. Promoción y Prevención de la Salud
5. Actividad Psicosocial y Comunitaria
6. Participación de los usuarios:
  - 6.1. Participación
  - 6.2. Consideración de la opinión de los usuarios
7. Formación
8. Investigación

Cada apartado/ subapartado se distribuye a modo de definición del ítem en cuestión, justificación, acciones recomendadas para su implementación (Tabla 1) y preguntas de autoevaluación (Tabla 2).

Con estos apartados se pretenden cubrir todas las necesidades en competencia intercultural que permitan una reducción de las barreras socioculturales con que se encuentran los grupos culturalmente diversos en su relación con los dispositivos sanitarios en una triple vertiente institucional, estructural y clínica.

El documento enfatiza la promoción de una competencia intercultural de los profesionales y actitudes proactivas de apoyo a grupos culturalmente diversos, la participación de los usuarios de un modo transversal y las adaptaciones organizacionales requeridas, abogando por el

trabajo en red y la adecuada coordinación con los grupos e instituciones en los que participe población inmigrante.

Una consideración especial merece la relevancia otorgada a la figura del mediador intercultural, fundamental para lograr una competencia comunicativa que reduzca las interpretaciones erróneas que impiden los abordajes efectivos y pueden llevar a diagnósticos incorrectos e incluso iatrogénicos. No obstante, los profesionales sanitarios han de integrar asimismo ciertas funciones mediadoras, que supongan una capacidad de comunicación y comprensión intercultural y una toma de conciencia de la subjetividad de la interacción entre el migrante y el profesional que se relaciona con él para realizar una intervención adecuada (13).

Tabla 1. Acciones Recomendadas	
1. Accesibilidad	
1.1. Accesibilidad General	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disponer de procedimientos reglados para la detección de barreras para el uso de los servicios y el estudio de los modos de facilitar su remoción o superación.</li> <li>2. Detectar y eliminar en su caso posibles barreras espaciales (debidas a la situación del servicio, existencia, adecuación y carácter asequible del transporte desde los lugares desde los que se requiere).</li> <li>3. Detectar y eliminar barreras temporales (posibilidad de adaptarse a requerimientos de horario).</li> <li>4. Disponer medios para hacer viables las visitas (Lugares adecuados de espera, señalización, guarderías, lugares donde alimentar y cambiar la ropa a bebés...).</li> </ol>
1.2. Reconocimiento del derecho a usar el servicio	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disponer de un conocimiento de los problemas para el reconocimiento del derecho a la atención ligados a la pertenencia a una minoría étnica o cultural o al estatus migratorio y del modo de resolverlos.</li> <li>2. Disponer de una guía para lograr el reconocimiento del derecho a la atención resolviendo estos problemas ligados a la pertenencia a una minoría étnica o cultural o al estatus migratorio.</li> <li>3. Disponer de personal capacitado para orientar a los pacientes y sus familias sobre el modo de resolver o buscar las ayudas necesarias para resolver los problemas previsibles en cuanto al reconocimiento del derecho a la atención de las necesidades que se detecten.</li> <li>4. Habilitar circuitos para facilitar y agilizar ese reconocimiento del derecho a la atención necesaria.</li> </ol>
1.3. Información Proactiva sobre los servicios	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollar programas específicos para facilitar el conocimiento de los servicios por parte de personas con necesidad de uso de los mismos pero que puedan tener dificultades para conocer                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• la existencia o naturaleza de los servicios</li> <li>• su derecho a acceder a ellos</li> <li>• el modo de hacer efectivo ese derecho</li> </ul> </li> </ol>



<p>2. Publicar materiales destinados a difundir esta información que reúnan las características de estar</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• disponibles en lenguas diferentes de las oficiales</li><li>• adaptados a culturas diferentes de la mayoritaria</li><li>• elaborados contando con la participación o el asesoramiento de miembros relevantes de las comunidades destinatarias</li><li>• accesibles en entornos relevantes para los grupos destinatarios</li></ul>
<p style="text-align: center;"><b>2. Planificación y programación de la actividad</b></p>
<p>2.1. Detección de necesidades, planificación y adaptación del servicio para atender a las necesidades de cada sujeto atendiendo a su diversidad cultural</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Facilitar la incorporación o recoger posibles contribuciones de las organizaciones de las minorías y/o las ONG que trabajan con ellas en los órganos de participación de la institución.</li><li>2. Habilitar mecanismos para detectar necesidades específicas de atención ligadas a la pertenencia o no a un determinado grupo étnico, cultural o religioso.</li><li>3. Considerar en la programación de actividad los requerimientos adicionales de la atención a personas con barreras derivadas de su pertenencia o no a un determinado grupo étnico, cultural o religioso para recibir la atención requerida.</li><li>4. Definir rutas diferenciadas de atención para personas con necesidades especiales o barreras derivadas de su pertenencia o no a un determinado grupo étnico, cultural o religioso para recibir la atención requerida.</li><li>5. Establecer programas o procedimientos especiales para atender a colectivos con alto riesgo de exclusión o necesidades especiales.</li><li>6. Establecer mecanismos de gestión de agenda que permitan, de ser necesario, proveer a los profesionales de tiempo adicional para atender a los usuarios inmigrantes, teniendo en cuenta las dificultades en la comunicación, de diagnóstico, culturales.</li><li>7. Asegurar la disponibilidad de los apoyos técnicos necesarios para superar posibles barreras en el momento de la prestación del servicio.</li><li>8. Los sistemas de registro deben incluir la información necesaria para organizarla atención y para poder evaluarla considerando las posibles circunstancias que pueden afectar a la misma.</li></ol>
<p>2.2. Indicadores y evaluación de la actividad</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Incluir entre los datos a registrar sistemáticamente datos que permitan luego un conocimiento del modo en el que la pertenencia o no a un determinado grupo étnico, lingüístico, cultural o religioso puede afectar el acceso a la atención, el proceso de recibirla o sus resultados (Nacionalidad, lugar de nacimiento, lengua materna, años de permanencia en España, necesidad de traducción o mediación intercultural, situación administrativa...).</li><li>2. Incluir en las explotaciones o cuadros de mando de rutina datos desglosados que permitan detectar posibles diferencias.</li><li>3. Incluir datos que permitan cuantificar el uso y evaluar el funcionamiento de las ayudas técnicas.</li><li>4. Disponer de sistemas para evaluar la satisfacción de los usuarios y profesionales que consideren los aspectos que pueden verse afectados por la pertenencia o no de unos y otros a un determinado grupo étnico, lingüístico, cultural o religioso.</li><li>5. Arbitrar procedimientos de participación de los distintos grupos étnicos, lingüísticos, culturales o religiosos con presencia significativa en el área en los sistemas de control de calidad del servicio.</li></ol>
<p style="text-align: center;"><b>3. Adaptación a necesidades de usuarios y pacientes</b></p>
<p>3.1. Comunicación con el usuario:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Disponer en el servicio de intérpretes, traductores y / o mediadores culturales</li></ol>
<p>3.2. Normas internas de discriminación positiva:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Desarrollar actitudes y gestos para acoger activamente a los individuos y grupos étnicos variados que forman parte de la población atendida.</li></ol>

<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Buscar la colaboración de individuos competentes y comunidades para mejorar el acceso y la atención. Crear y cuidar una red de personas culturalmente competentes.</li> <li>3. Desarrollar y potenciar la reflexión sobre la cultura institucional, sobretodo en cuanto a la coexistencia de diferentes modelos culturales de salud mental para poder pensar y actuar en este ámbito.</li> </ol>
<p>3.3. Servicios de facilitación lingüística y mediación intercultural:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Institucionalizar la presencia de los servicios de interpretación lingüística y/o mediación.</li> <li>2. Asignar las tareas de interpretación y mediación intercultural a personas adecuadamente formadas.</li> <li>3. Promocionar actividades dirigidas a optimizar los servicios de interpretación lingüística y/o mediación.</li> <li>4. Agilizar las funciones de los servicios de interpretación lingüística y/o mediación dentro del dispositivo.</li> </ol>
<p><b>4. Actividad clínica</b></p>
<p>4.1. Programa de atención a población inmigrante - Cartera de Servicios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adaptar la atención en salud mental a la diversidad y a las condiciones de vida de los pacientes inmigrantes.</li> <li>2. Trabajo en Red, en el sentido de la presencia de espacios que permitan una coordinación fluida con servicios sociales, educativos y sanitarios en general y que garanticen la necesaria continuidad asistencial y de cuidados.</li> <li>3. Tener en cuenta los cuidados tradicionales prestados por agentes no pertenecientes al sistema sanitario oficial, buscando el intercambio y la complementariedad.</li> </ol>
<p>4.2. Historia Clínica – Registro y narrativa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La historia clínica debe tener campos predeterminados para recoger datos sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La identidad étnica, y su importancia para el paciente.</li> <li>• El contexto familiar, social, laboral, sus creencias y sistema de valores, así como los recursos personales y materiales de que dispone.</li> <li>• Identificación de los posibles estresores psicosociales y relacionados con el proceso de inmigración.</li> <li>• La propia narrativa del paciente sobre su problema y la expresión de sus emociones y de su propio sistema explicativo.</li> </ul> </li> <li>2. Facilitar los recursos materiales y humanos necesarios (tiempo, espacio, mediadores, etc.)</li> <li>3. Crear los mecanismos necesarios para evaluar el grado de cumplimiento de la historia clínica.</li> </ol>
<p>4.3. Diagnósticos culturalmente sensibles:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disponer de un sistema de recogida de datos estadísticos y diagnósticos culturalmente adaptados.</li> <li>2. Información sobre los posibles sesgos y riesgos de la utilización de los diferentes Tests al uso en la práctica habitual, y la recomendación de que no se utilicen cuando no queden claras su validez y/o fiabilidad.</li> </ol>
<p>4.4. Terapéutica:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adaptar los recursos terapéuticos a la diversidad mediante el reconocimiento de los modos de cuidados y medicinas tradicionales o culturalmente adecuadas y su incorporación a los planes de tratamiento y de cuidados.</li> <li>2. Fomentar el uso de técnicas de terapia grupal o individual interculturales y respetuosas con el marco cultural de las personas inmigrantes.</li> <li>3. Información sobre las diferencias biológicas existentes sobre la metabolización de determinados psicofármacos.</li> </ol>
<p>4.5. Promoción y Prevención de la Salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar estudios sobre factores de riesgo para la salud mental que puedan aparecer en el nuevo contexto sociocultural y laborarle la persona inmigrante.</li> <li>2. Coordinar y trabajar en red con las diferentes instituciones y grupos sociales, buscando la cohesión, es decir, el trabajo conjunto para promover la prevención y la salud mental, aprovechando los espacios y foros de actividades de y con inmigrantes.</li> <li>3. Participar activa y complementariamente en las tareas de promoción y prevención de la salud que se llevan a cabo desde Atención Primaria, en aquellos aspectos que se refieren a la salud mental de la población inmigrante.</li> </ol>



### 5. Actividad psicosocial y comunitaria

1. Establecer programas transversales, intersectoriales e interinstitucionales para el conocimiento de las características culturales de los grupos que forman una comunidad. Se deben incluir las cuestiones relativas a población inmigrante y al impacto de inmigración y salud en todos los espacios de coordinación.
2. Desarrollar acciones tendentes a la más amplia participación de grupos e instituciones y muy especialmente de aquellas que agrupan a personas inmigradas para conocer sus puntos de vista e implicarlos en el desarrollo de acciones.
3. Tratar de forma continuada en los espacios de coordinación del equipo y entre los equipos tanto casos como temas referidos a la población inmigrada.
4. Poner especial énfasis en la atención a personas que, entre otras cuestiones, por ser inmigrantes puedan quedar “ocultas” o más desprotegidas.
5. Planificar de modo sistemático encuentros con todos aquellos y servicios que tienen conocimiento de la población en más alto riesgo de desatención.

### 6. Participación de los usuarios

#### 6.1. Participación:

Los servicios interculturalmente orientados deben:

1. Promover la participación de usuarios u organizaciones con culturas diferentes a la mayoritaria en los órganos de participación de los servicios.
2. Promover la participación de los pacientes en el diseño de sus planes de tratamiento reduciendo o compensando las dificultades que puedan surgir en relación a la diversidad cultural (idioma, mediadores, traductores, adaptación posible de horarios).
3. Recoger e informar a las administraciones públicas de situaciones o actitudes de tipo xenófobo o de limitación de servicios por razones relacionadas con la pertenencia a grupos étnicos o culturales.
4. Realizar cursos y formación para los profesionales en cuyo diseño y desarrollo participen usuarios con su experiencia.

#### 6.2. Consideración de la opinión de los usuarios:

Los servicios interculturalmente orientados deben:

1. Promover la participación de usuarios u organizaciones con culturas diferentes a la mayoritaria en los órganos de participación de los servicios.
2. Promover la participación de los pacientes en el diseño de sus planes de tratamiento reduciendo o compensando las dificultades que puedan surgir en relación a la diversidad cultural (idioma, mediadores, traductores, adaptación posible de horarios).
3. Recoger e informar a las administraciones públicas de situaciones o actitudes de tipo xenófobo o de limitación de servicios por razones relacionadas con la pertenencia a grupos étnicos o culturales.
4. Realizar cursos y formación para los profesionales en cuyo diseño y desarrollo participen usuarios con su experiencia.

### 7. Formación

1. Facilitar el acceso a cursos de formación continuada en competencia intercultural con un enfoque eminentemente práctico a todos los profesionales de la salud mental, incluyendo al personal no sanitario (administrativos que sean formados en disponibilidad de recursos, legislación...), con el objetivo de mejorar sus actitudes y lograr una sensibilidad intercultural.
2. Promocionar el intercambio de estudiantes de pregrado, postgrado, residentes, y personal del “staff” con otros países.
3. Estimular en los profesionales y servicios el convencimiento de que la diversidad cultural es enriquecedora, en el ámbito personal, profesional e institucional.
4. Baremar positivamente la formación en competencia intercultural de los profesionales.

8. Investigación		
<p>1. Recoger datos sociodemográficos referidos al país de procedencia, grupo étnico, proceso migratorio en todos los proyectos de investigación.</p> <p>2. Emplear instrumentos y constructos que sean válidos para las diferentes culturas de las personas en las que se apliquen.</p> <p>3. La metodología debe adecuarse al objetivo de la investigación.</p> <p>4. Las muestras deberían incluir representantes de los diferentes grupos étnicos presentes en la zona del estudio</p> <p>5. Asegurarse que todas las personas que participan en un estudio lo hacen de forma libre y fundamentada en una información veraz que se ajusta adecuadamente a su capacidad de entendimiento</p> <p>6. Los comités éticos deberían incluir, como criterio ético, que la investigación debiera ser, como mínimo, culturalmente sensible (sí no es culturalmente competente).</p>		
Tabla 2. Preguntas de Autoevaluación		
	Sí	No
1. Accesibilidad		
1.1. Accesibilidad General		
¿Existe un mecanismo para analizar la existencia de barreras para el uso de servicios?		
¿Se han tomado en consideración en él la posibilidad de la existencia de barreras ligadas a la pertenencia de los usuarios a grupos culturalmente diversos?		
¿Existen medios suficientemente adecuados, asequibles y frecuentes para facilitar el traslado al servicio desde los lugares de residencia o trabajo de todos los usuarios?		
¿El rango de horarios propuesto facilita el acceso a los servicios o hay procedimientos para adaptarlo si hay requerimientos especiales?		
¿Se han tomado medidas para hacer viables las visitas cuando existen dificultades para que lo sean?		
¿La señalización existente permite la orientación de personas que no dominan las lenguas oficiales?		
¿Los lugares de espera son adecuados para atender a usuarios culturalmente diversos incluyendo aspectos como la costumbre de acudir acompañados de miembros de la familia, incluso extensa y menores?		
¿Existen facilidades para ayudar a las personas que han de acudir al servicio con niños a su cargo?		
1.2. Reconocimiento del derecho a usar el servicio		
¿Están claramente establecidas y son fácilmente accesibles a los profesionales y usuarios las condiciones en las que se tiene derecho a la atención y el modo de resolver los posibles problemas al respecto debidos a posibles problemas derivados del estatus migratorio?		
En el servicio, ¿se exige tarjeta sanitaria para?		
• ¿Atención sanitaria urgente?		
• ¿Atención sanitaria no urgente?		
• ¿Realización de pruebas complementarias ordinarias?		
• ¿Cita en CSM?		
• ¿Atención en recursos terciarios de Salud Mental (Hospitalización no urgente, Hospital de Día, Unidades de Rehabilitación o residenciales)?		
Para obtener la tarjeta sanitaria se requiere		
• ¿Estar empadronado?		
• ¿Demostrar arraigo?		
• ¿Tener residencia?		
• ¿Otro documento?		



<p>¿En caso de no tener tarjeta sanitaria la institución proporciona proactivamente información sobre cómo obtenerla?</p> <p>¿Existe una guía o procedimiento establecido para hacerlo?</p> <p>¿Existe en el servicio personal entre cuyas funciones está la de proporcionar asistencia y apoyo para tramitar la documentación necesaria?</p> <p>¿En caso de no tener tarjeta sanitaria la institución habilita un procedimiento provisional para garantizar la asistencia necesaria?</p>		
<b>1.3. Información Proactiva sobre los servicios</b>		
<p>¿Cuenta con programas y materiales cuyo fin sea poner en conocimiento de quienes lo necesiten, sus servicios y como acceder a ellos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Explican con claridad cuál es el servicio que prestan?</li> <li>• ¿Explican qué requisitos son necesarios para tener acceso al servicio?</li> <li>• ¿Explican qué medidas tomar para poder cumplir estos requisitos?</li> </ul> <p>Estos materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Están en las lenguas diferentes a las oficiales de minorías con presencia significativa en el área de referencia?</li> <li>• ¿Se han tomado medidas para asegurar que resulten culturalmente adaptados?</li> <li>• ¿Se ha contado para la elaboración de los contenidos de los programas y material informativo con el contacto u asesoramiento de representantes o miembros clave de alguna de las comunidades presentes en la zona de influencia de los servicios?</li> <li>• ¿Se han distribuido de modo proactivo, con un criterio que asegure el que llega a sus pretendidos destinatarios y están disponibles en los entornos que son relevantes para ellos? con el contacto u asesoramiento de representantes o miembros clave de alguna de las comunidades presentes en la zona de influencia de los servicios?</li> </ul>		
<b>2. Planificación y programación de la actividad</b>		
<b>2.1. Detección de necesidades, planificación y adaptación del servicio para atender a las necesidades de cada sujeto atendiendo a su diversidad cultural</b>		
<p>¿Forman parte las organizaciones de las minorías y/o las ONGs que trabajan con ellas de los órganos de participación en la planificación y programación?</p> <p>¿Existen iniciativas para la detección de las necesidades de los grupos sociales que atiende (comisiones, grupo de trabajo, encuestas, etc.)?</p> <p>¿Se han tomado medidas concretas para optimizar los servicios en función de las necesidades del usuario con características culturales diferentes de las mayoritarias?</p> <p>¿Están definidas rutas diferenciadas de atención para personas con necesidades especiales o barreras derivadas de su pertenencia o no a un determinado grupo lingüístico, étnico, cultural o religioso para recibir la atención requerida?</p> <p>¿Existen programas o procedimientos especiales para atender a colectivos o personas con alto riesgo de exclusión o necesidades especiales?</p> <p>¿Está prevista en la gestión de agendas la posibilidad de planificar las citas atendiendo a las posibles necesidades de tiempo y de coordinación entre profesionales que puede conllevar la atención a los usuarios inmigrantes, teniendo en cuenta las dificultades en la comunicación, de diagnóstico o culturales?</p> <p>¿Existen mecanismos para garantizar la disponibilidad de los apoyos técnicos o humanos necesarios para garantizar la atención cuando se programa una actividad en la van a ser necesarios (por ejemplo de traducción)?</p> <p>¿Incluyen los sistemas de registro información acerca de: nacionalidad o país de nacimiento; años de permanencia en España; necesidad de mediador intercultural; situación administrativa?</p>		

<b>2.2. Indicadores y evaluación de la actividad</b>		
¿Incluye el sistema registro datos que permitan desglosar la explotación considerando : Nacionalidad ; país de nacimiento; lengua materna; años de permanencia en España; necesidades de traducción o mediación intercultural; situación administrativa?		
¿Incluyen las explotaciones, memorias o cuadros de mando de rutina datos desglosados que permitan detectar posibles diferencias en el acceso a la atención, el proceso de recibirla o sus resultados en función de la pertenencia o no a un determinado grupo étnico, lingüístico, cultural o religioso?		
¿Incluyen los sistemas de registro información que permita cuantificar el uso y evaluar el funcionamiento de las ayudas técnicas?		
¿Existe un sistema para evaluar y tomar en consideración el grado de satisfacción en aquellos aspectos de la atención que pueden verse afectados por la pertenencia o no a un determinado grupo lingüístico, étnico, cultural o religioso: para usuarios? para profesionales?		
¿Participan de algún modo representantes o miembros clave de los distintos grupos étnicos, lingüísticos, culturales o religiosos con presencia significativa en el área en los sistemas de control de calidad del servicio?		
<b>3. Adaptación a necesidades de usuarios y pacientes</b>		
<b>3.1. Comunicación con el usuario:</b>		
¿Incluyen los sistemas de registro información que permita cuantificar el uso y evaluar el funcionamiento de las ayudas técnicas?		
¿Puede su organización acceder al uso de mediadores interculturales, intérpretes o traductores?		
<b>3.2. Normas internas de discriminación positiva:</b>		
¿Cuáles son las medidas de acogida activa hacia los usuarios de origen diferente?		
¿Qué tipo de red de intercambio cultural existe para mejorar la colaboración con minorías culturales y étnicas?		
¿Qué sitio tiene la reflexión sobre la propia identidad (inter-)cultural del servicio?		
<b>3.3. Servicios de facilitación lingüística y mediación intercultural:</b>		
¿Existe un servicio de interpretación lingüística, traducción o mediación intercultural en el dispositivo?		
¿Los intérpretes o mediadores interculturales tienen una formación reglada?		
¿Disponen los profesionales de algún tipo de ayuda formativa para adquirir las habilidades necesarias para trabajar eficazmente con los intérpretes o mediadores?		
¿Hay alguna persona de referencia que tenga la competencia para coordinar y promocionar los servicios de los intérpretes o mediadores interculturales?		
<b>4. Actividad clínica</b>		
<b>4.1. Programa de atención a población inmigrante – Cartera de Servicios:</b>		
¿Existen en la red de atención a la Salud Mental, programas de atención a pacientes inmigrantes con riesgo de exclusión social, y adaptados a la diversidad?		
¿Las intervenciones están coordinadas con otros servicios de necesaria complementariedad, como son los servicios sociales comunitarios, el espacio sociosanitario, la justicia, etc.?		
¿Existen mecanismos que faciliten el encuentro y el intercambio con aquellos agentes que prestan cuidados tradicionales?		
<b>4.2. Historia Clínica – Registro y narrativa:</b>		
¿Existen en la historia clínica campos determinados que ayuden a recoger de manera sistemática los datos recomendados?		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Se recogen datos sobre la identidad étnica y la importancia de la misma para el paciente?</li> <li>• ¿Se recogen datos sobre el contexto familiar, sociocultural, laboral, los recursos personales y materiales del paciente?</li> <li>• ¿Se tienen en cuenta los estresores psicosociales y del proceso migratorio en sí?</li> <li>• ¿Se recoge la narrativa del paciente sobre su propio problema de salud?</li> </ul>		



¿Se dispone de los recursos materiales y humanos necesarios para redactar una historia clínica adecuada (tiempo, espacio, mediadores, etc.)?		
¿Existen mecanismos para la evaluación del grado de cumplimiento de la historia clínica?		
<b>4.3. Diagnósticos culturalmente sensibles:</b>		
¿Se trabaja y se tiene conciencia en los dispositivos de salud mental sobre los criterios que deben tenerse en cuenta para establecer diagnósticos culturalmente sensibles?		
¿Hay información en los dispositivos sobre el uso de los tests y sus posibles sesgos culturales?		
<b>4.4. Terapéutica:</b>		
¿Se dispone de los medios y conocimientos que permitan indagar sobre los modos de cuidados y medicinas tradicionales o culturalmente adecuadas y su incorporación a los planes de tratamientos y de adaptación a la diversidad de los recursos terapéuticos?		
¿Se fomenta el uso de las técnicas terapéuticas interculturales, grupales o individuales, respetando el marco cultural de los pacientes inmigrantes?		
¿Hay en los dispositivos de salud mental información clara sobre las diferencias biológicas en la metabolización de los psicofármacos?		
<b>4.5. Promoción y Prevención de la Salud:</b>		
¿Se han realizado estudios para conocer con la mayor precisión posible los factores de riesgo existentes, teniendo en cuenta las características del contexto?		
¿Se promueven actividades de promoción, prevención y fomento de una cultura de salud, teniendo en cuenta los diversos modos de entender la salud y sus cuidados, por medio de la colaboración con otras instituciones y de la participación en aquellos foros donde se realizan actividades con inmigrantes?		
¿Existe una participación activa en los planes de promoción y prevención de Atención Primaria, en temas de salud mental?		
<b>5. Actividad psicosocial y comunitaria</b>		
¿Existe un mapa o guía de servicios dirigidos o que dan atención al/ a los grupo/s de población inmigrante atendido desde los diversos dispositivos? Este mapa o guía debe de ser accesible a todos los componentes del equipo y de las demás instituciones.		
¿Se genera o participa en foros de discusión, formación o en actividades promovidas por otros dispositivos, ONGs, etc. que trabajan con población inmigrante?		
¿Se revisa o se incluye de forma sistemática en las reuniones de coordinación intra e interequipos la revisión de casos y temáticas relativas a población inmigrante?		
¿Se trabaja activamente para evitar que queden "ocultas" y desprotegidas personas inmigrantes que sufren un trastorno mental?		
¿Hay establecidos contactos sistemáticos con otros servicios comunitarios para conocer y atender a dicho grupo de personas?		
<b>6. Participación de los usuarios</b>		
<b>6.1. Participación:</b>		
¿Se promueven reuniones con usuarios y/o organizaciones de inmigrantes para implicarles en el desarrollo del servicio e incorporar sus opiniones?		
• ¿Se ha elaborado algún documento con las recomendaciones conjuntas?		
• ¿Se han modificado aspectos del proceso de atención atendiendo a sus recomendaciones?		
• ¿Se ha realizado una evaluación del efecto de las modificaciones propuestas?		
¿Participan los pacientes en el diseño de sus planes de tratamiento?		
• ¿Existen medidas para facilitar esta participación cuando se ve entorpecida por motivos relacionados con la diversidad cultural (Traductores, mediadores, adaptación de horarios...)?		
¿Se recogen, e informa a las administraciones públicas, situaciones o actitudes de tipo xenóforo o de limitación de servicios, por razones relacionadas con la pertenencia a grupos étnicos o culturales?		
¿Se han realizado actividades de formación para el personal en las que hayan participado usuarios de culturas diferentes a la mayoría en el diseño o como docentes?		

6.2. Consideración de la opinión de los usuarios:		
¿Tiene la institución establecidos mecanismos de adaptación de los sistemas de recogida y toma en consideración de la opinión de los usuarios a la realidad multicultural?		
¿Se aceptan quejas y reclamaciones, existiendo normativa e instrucciones al respecto, en las principales lenguas no autóctonas (orientativo, -----1% población)?		
¿Hay posibilidad de intervención de mediador si hace falta (existencia de mediadores en la institución)?		
¿Se realizan grupos focales específicos o similar multiculturales (composición y dinámica de los grupos)?		
¿Participan personas de diverso origen o pertenencia cultural en comisiones o grupos de usuarios?		
<b>7. Formación</b>		
¿Facilita la institución la realización de cursos de formación para los profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermería, MIR, PIR), trabajadores sociales y personal administrativo, en la atención a la diversidad cultural?		
¿Existen programas de intercambio de estudiantes o profesionales con otros países?		
¿Se tiene en cuenta, dentro de las actividades formativas (sesiones clínicas, bibliográficas, presentación de casos...) la perspectiva intercultural?		
¿Evalúa la institución el grado de formación de sus profesionales en competencia intercultural?		
<b>8. Investigación</b>		
¿La investigación realizada en vuestro centro incluye información del proceso migratorio, el origen étnico del participante o algún otro tipo de datos culturales en la recogida de datos?		
¿Los instrumentos y constructos utilizados han sido validados para las culturas e idiomas en cuestión?		
¿La metodología utilizada es sensible a las diferencias culturales?		
¿La muestra utilizada es "de conveniencia" o tiene un sentido defendible desde la perspectiva de la competencia intercultural?		
¿Se están administrando los consentimientos informados de una manera culturalmente sensible, adaptándolos a la capacidad de comprensión de los diferentes usuarios?		
¿El comité ético de investigaciones clínicas del dispositivo tiene en cuenta la sensibilidad/competencia intercultural del estudio?		

## Alcance y límites del documento

El resultado del instrumento que presentamos es por tanto un instrumento de autoevaluación para instituciones que pueda servir de base para la obtención de un sello de calidad y que permita a cada institución hacer una autoevaluación de sus competencias y necesidades de mejora. Algunos aspectos importantes para el desarrollo de una competencia intercultural han quedado fuera del alcance de este documento y deberán ser objeto de otros trabajos.

Queda proponer un instrumento similar capaz de evaluar y orientar la competencia específica de los profesionales capaz de servir de guía para detectar necesidades de formación.

El instrumento propuesto permite obtener una suerte de foto fija de la institución y compararla con un estándar. De especial utilidad sería poder construir una guía para resolver problemas que permitiera poner en común la experiencia acumulada por instituciones que ya han avanzado en ese camino, sobre todo, en el terreno del acceso y derechos en diferentes ámbitos (urgencias, centros de salud mental, dispositivos de rehabilitación...).

Por otro lado, el instrumento ha sido diseñado teniendo en cuenta exclusivamente la población adulta, lo que hace necesario examinar las necesidades específicas en niños y adolescentes, con el fin de elaborar un instrumento específico para esta población.

A pesar de haberse tenido en cuenta la perspectiva de género en su elaboración, el instrumento no lo recoge de forma explícita, lo cual habría que tener en consideración para futuros trabajos.

Por último, entre los objetivos de este trabajo dirigido hacia dispositivos de salud mental, está

orientar y establecer unas bases para la creación de un instrumento para otras instituciones sanitarias, así como propuestas de modificación de prácticas, leyes y reglamentos.

#### Contacto:

Alberto Fernández Liria • Dpto. de Psiquiatría. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.  
Carretera Alcalá Meco s/n, 28805 Alcalá de Henares.  
Tel: 918816264 • fax: 018816594 • afliria@gmail.com

#### Bibliografía

- (1) Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- (2) Betancourt JR, Maina AW. The Institute of Medicine report "Unequal Treatment": implications for academic health centers. *Mt Sinai J Med* 2004 Oct;71(5):314-321.
- (3) Qureshi A, Collazos F. El modelo Americano de competencia cultural psicoterapéutica y su aplicabilidad en nuestro medio. *Papeles del Psicólogo* 2006; 27(1):50-57.
- (4) Bennegadi R. Cultural Competence and Training in Mental Health Practice in Europe: Strategies to Implement Competence and Empower Practitioners [background paper]. 2009.
- (5) Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining Cultural Competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports* 2003;118: 293-302.
- (6) Sue S, Zane N, Nagayama Hall GC, Berger LK. The Case for Cultural Competency in Psychotherapeutic Interventions. *Annual Review of Psychology* 2009;60:525-548.
- (7) Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med* 2006 Oct;3(10):e294.
- (8) Teal CR, Street RL. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. *Soc Sci Med* 2009 Feb; 68(3): 533-543.
- (9) Bhui K, Warfa N, Edonya P, McKenzie K, Bhugra D. Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Serv Res* 2007 Jan 31;7: 15.
- (10) Bhui K, Bhugra D. Explanatory models for mental distress: implications for clinical practice and research. *Br J Psychiatry* 2002 Jul;181:6-7.
- (11) Martínez-Hernández A. When ants crawl around in the brain: challenges and facts in cultural psychiatry. *Cad Saude Publica* 2006 Nov;22(11):2269-2280.
- (12) Menéndez EL. La parte negada de la cultura. Barcelona, 2002; 16:421.
- (13) Cohen - Emerique M. *La négociation/médiation interculturelle, phase essentielle dans l'intégration des migrants et dans la modification des attitudes des acteurs sociaux chargés de leur intégration*. París: Via sociale; 1999.

- Recibido: 8-11-2011.
- Aceptado: 26-1-2011.

## Dossier sobre el Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense):

- Toén: la historia se repite... muchos años después.
- Más allá de los discursos minifundistas.
- Carta al Valedor do Pobo.

## Toén: la historia se repite... muchos años después

A Tim Robbins y a Morgan Freeman  
Ellos no saben por qué...

**Chús Gómez, Alcira Cibeira, José Antonio Campos.** Psiquiatras, Hospital de Toén.

**Yolanda Castro Casanova.** Psicóloga Clínica, Hospital de Toén.

**Luis Rodríguez Carmona** Trabajador social, Hospital de Toén.

**Moncho Area.** Psiquiatra, Hospital de Conxo.

Sabemos que el tiempo tiene una dimensión subjetiva fundamental y nuclear. De alguna manera este aspecto se concentra, de una manera simplista, en la célebre frase de Paul Elouard: “*hay otros mundos... pero están en éste*”.

La cita en cuestión viene a colación a raíz del conflicto desatado hace unos meses en el hospital psiquiátrico de Toén y sobre el que haremos un esfuerzo de clarificación. Es un conflicto lleno de aristas, codos e intereses cruzados que pueden hacer que, con tanto ruido y distorsión, perdamos el norte sobre de qué estamos hablando y por qué en este momento.

Pero el hospital también puede ser abordado como un sujeto, en el que como en cualquier mortal, sometido a las leyes de la palabra, lo nuclear del síntoma, es la repetición. Aquí de una manera clara y explícita se concretiza por tanto ese aspecto de la repetición, inscrita en su

historia desde el inicio... de manera sintomática que ahora comentaremos.

Cuando hay que abordar y comprender la locura, sus espacios, sus tiempos y su subjetividad siempre aparecen dos discursos discrepantes: el *discurso clínico* y el *discurso no-clínico*.

Al *discurso no-clínico* se acogen aquellos que niegan una realidad incontestable: la necesidad de posicionarse en las prioridades, los estilos de relación, los valores a rescatar, las responsabilidades de locos y cuerdos, los límites, la normas, los derechos, las obligaciones y otras cuestiones del poder que siempre se ponen en juego y coexisten en un hospital psiquiátrico.

No olvidemos que en el abordaje de la locura, al ser lo intersubjetivo lo que prima y no la tecnificación, da lugar a que proliferen las opiniones, juicios morales y creencias que se establecen como verda-



deras por el mero hecho de estar sostenidas por un supuesto “cuerto” ante el carente de “razón”.

En definitiva, son discursos del poder, repletas de frases como “tengo derecho / no tienes derecho” o “yo se/ tu no” o “es que es lo normal”.

Frente a la *certeza delirante* de los psicóticos, el discurso no-clínico propone la *sordera excluyente*, esto es: de lo que digas, nada de nada.

Frente a la resistencia pasiva del oficinista magistralmente ejemplificada en Barterbly y su, *preferiría no hacerlo*, el discurso no-clínico propone un *preferiría que estuvieras callado*.

Esta es una manera simplista y reduccionista de ver el problema, aunque con su parte de verdad...y que quizás mereciera un desarrollo mucho más amplio en el que serían necesarias el despliegue de cuestiones antropológicas, sociales y culturales complejas, que permitirían poner luz, en lo que a priori parece sólo una discrepancia sin más, pero en la que la cultura patriarcal falocéntrica, tendría mucho que aportar sobre el por qué, y de qué manera ocurre esto en este momento histórico. Quizás éste no sea ni el lugar ni el momento de entrar en análisis complejos sobre ése particular.

Comencemos entonces por la más pura inmediatez que surge de una descripción de lo que nos rodea. Nos encontramos con un hospital muy deteriorado, sin las mínimas condiciones hosteleras, aislado y que fomenta el apartheid y el estigma y por otro la reivindicación de un espacio mejor, digno, saludable, confortable e inscrito en la vida social; que no expulse, sino que acoja en un vínculo social a sus moradores, eso sí con sus peculiaridades, que la mayoría de las veces están muy alejadas de lo normativo neurótico, que trenza lo social de esa categoría. Hasta aquí la cuestión radica sencillamente en reflexionar si la mejora beneficia a ingresados y trabajadores.

Entonces, ¿por qué la oposición al cambio? ¿Por qué con esa virulencia?

La respuesta sólo puede surgir de esa otra inmediatez a la que hacíamos mención, es decir, a esa coexistencia presente en todos los psiquiátricos de dos tipos de discursos. Discursos que como en todo en la vida, no están sujetos a una separación radical así planteada, sino por suerte,

llena de excepciones, de matices, y de riquezas pero que aquí ahora se plantea romo y sin matices de manera intencionada a fin de poder hacer un análisis o una lectura crítica, aun a expensas de saber que eso es incorrecto, errado, pero necesario al fin propuesto, resaltar las paradojas e incongruencias de los discursos.

Es preciso señalar, que si bien podemos hablar de la locura desde la clínica o desde lo que en modo alguno lo es, en este conflicto también se ha hablado de otras cosas que no son la locura (o no deberían serlo). Hay factores que se mezclan y se superponen: la proximidad de las elecciones municipales, y sindicales, referencias a gobiernos pasados y sus proyectos (en 2008 el gobierno bipartito PSOE y BNG proyectó la construcción de un hospital para crónicos psiquiátricos en los terrenos en donde está el hospital de Piñor, antiguo tuberculoso al que ahora nos trasladan), una oposición que pugna por hacerse un hueco en el panorama actual (gobierno del PP), el riesgo de que los cambios del presente sean usurpados por unos actores, que hasta la fecha carecían de iniciativas al respecto, la percepción que, de rebote y por casualidad, existen administradores sanitarios que se van a ver beneficiados por la denuncia de los clínicos.

En todos estos discursos, el tema esencial no es precisamente la locura, pero sí tiene cabida también el asunto de los terrenos en los que se asienta el hospital, que pertenecen al pueblo de Toén, por cesión para la construcción del psiquiátrico, que en caso de dejar de tener uso sanitario regresarían a la comunidad, con lo que ello supondría para el SERGAS en caso de perderlos. La historia de los terrenos, es y no es, al mismo tiempo, la historia del psiquiátrico. Debemos recordar que su destino inicial era construir en ellos una leprosería y que se trata de una finca en la que sin problema alguno, por sus dimensiones, se podría ubicar el hospital general de la ciudad y de hecho en algún momento se barajó eso como posible, pero fracasó al parecer por multitud de intereses en juego.

Todos estos aspectos, teóricamente ajenos a las cuestiones clínicas y de mejora asistencial planteadas, son de gran relevancia a la hora de favorecer o entorpecer el proceso de cambio que se pretende para este hospital y para los ciudadanos en él atendidos.

En octubre de 2010 los clínicos que trabajan en Toén, decidieron mediante una carta y un dossier fotográfico, hacer una denuncia ante la administración. Dicha denuncia la hacen llegar a: Presidenta del Parlamento de Galicia, Conselleira de Sanidade, Xerente xeral del CHOU, y Valedor do Pobo.

El motivo: los continuos fracasos en la viabilidad de los múltiples proyectos de mejora que sistemáticamente jalonan la historia de Toén hasta la fecha, de una manera ya sintomática, y lo insostenible de esa situación.

Cansados de promesas y proyectos incumplidos, por unos motivos o por otros, deciden tomar “cartas” en el asunto e instar a las diferentes instancias administrativas implicadas, a resolver una situación sanitaria de gravedad como la que afecta al psiquiátrico de Toén.

Pero antes de comentar la situación que se genera con la denuncia, haremos un pequeño esbozo de la historia del hospital que enmarque aspectos fundamentales del mismo, que nos ayudarán a entender algunos de los aspectos implicados en el conflicto actual.

### Pequeña historia para comenzar

El hospital psiquiátrico de Toén está ubicado en un monte comunal, propiedad de la parroquia vecina de Toén a unos 8Km de Ourense. En su día, esta comunidad cedió los terrenos para la construcción del *sanatorio*, a cambio de que el personal asistencial (auxiliares y obreros) fuesen vecinos de los pueblos cercanos. De esta manera la comunidad rural y la locura iniciaron juntos un tramo de su historia. Hubo varios proyectos sobre ese terreno: acoger la leprosería del Norte de España y después un hospital antituberculoso; ambos proyectos fracasaron; finalmente el proyecto cuajó en la construcción de un hospital psiquiátrico, inaugurado en el año 1959 por Cabaleiro Goás.

Recojamos a continuación un texto de David Simón Lorda<sup>1</sup> sobre el Sanatorio de Toén y el Doctor Cabaleiro:



Toén, 1959.

*“...El hospital consigue prestigio internacional en los años 60 y 70, gracias al buen hacer de Cabaleiro Goás, quien lo dirige desde su apertura hasta que fallece en 1977. Aunque esta afirmación pueda ser origen de polémica, hay que decir que en verdad la fama de Cabaleiro era más bien debida a sus libros, conferencias y publicaciones que al tipo de asistencia intrahospitalaria que se dispensaba. Hasta mediados de los 70, el enfoque terapéutico y asistencial de Toén no se diferenciaba mucho de otros Hospitales gallegos y del resto del Estado: celdas, electroshocks, inyecciones de aguarrás, sólo atendía a hombres (las mujeres eran “deportadas” a Arévalo)...”*

La ubicación del hospital en la cima de un monte aireado, frío y aislado reúne las características apropiadas para el tratamiento de las clásicas enfermedades que han sufrido el apartheid social: la lepra, la tuberculosis y la locura. Las tres han tenido elementos de su historia comunes, con hospitales monográficos hoy ya desterrados... excepto para la locura que aun se mantiene alejada y oculta como comprobamos bajo un manto de argumentos indefendibles en cualquier foro serio al respecto.

Prosigamos con elementos de la historia del hospital recogidos por David Simón:

*“...Desde esa fecha, y gracias a esa cláusula, a los sindicatos y al clientelismo típico de todos los lugares aislados, se han ido pasando los*

<sup>1</sup> Simon Lorda;D. “Análise antropolóxico dun hospital psiquiátrico rural”. En AA.VV.: “Antropoloxía da saúde”. Consello da Cultura Galega. Santiago, 1997. (ISBN 84-87172-19-9).

*puestos de unos familiares a otros, y dicha proporción se mantiene hoy en día. El personal médico y de enfermería residía en la ciudad y, hasta hace pocos años, nadie quedaba de guardia en el Hospital. Desde el mediodía y hasta la mañana siguiente, el Hospital pertenecía a los Auxiliares y enfermos, que convivían y trabajaban juntos en los terrenos del Hospital”.*

De manera resumida debe destacarse que en 1972 Cabaleiro y los jóvenes psiquiatras que trabajan con él introducen la sectorización y mejoran la asistencia psiquiátrica rural de manera muy importante desplazándose, facultativos y auxiliares, a las cabeceras de comarca los días de feria para pasar consulta y contactar con los agentes sociales de las zonas en cuestión.

En el 77 fallece Cabaleiro y en el año 83, ingresan las primeras mujeres en el hospital, después de años de polémica interna al respecto de la conveniencia o no de que esto ocurriese. En 1996 se inaugura la unidad de agudos de psiquiatría en el hospital general con la oposición también de los vecinos, puesto que ese traslado supone el cierre de camas en Toén.

Sobre esa primera polémica ya en su momento se recogieron algunos de los argumentos que parecen retornar a día de hoy:

*“...Salen a relucir los mitos de que es un lugar tranquilo y de reposo para los enfermos, que es un sitio más discreto... que la calidad de vida es mejor para los enfermos porque están en la naturaleza y pueden tomar el sol y el aire. Casi reivindican el tratamiento moral de hace un siglo. No nos debiera parecer raro pues en la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos crónicos de finales del siglo XX pisa fuerte la psicoeducación, y aunque no es el lugar para discutirlo aquí, estamos de nuevo en el terreno del tratamiento moral...”.*

Desde la fecha del traslado de la unidad de agudos al hospital general se instala un deterioro progresivo en las instalaciones y en el discurso del centro, que poco a poco se va degradando en el hastío, la dejadez y cierta miseria existencial. Así hasta llegar a la situación actual, solo paliada por pequeños parches que no hacen si no abrir mas, las diferencias

entre las zonas administrativas (bien cuidadas) y las clínicas y de hospitalización (muy deterioradas). Es en esas cicatrices de las arquitecturas, en donde la historia se transforma casi en anatomopatología clínica.

El traslado de la unidad de agudos también divide a los trabajadores entre los partidarios de modificar un viejo modelo de atención psiquiátrica, dispuestos a apostar por un cambio de modelo asistencial...y la corriente inmovilista que indefectiblemente permanece en el psiquiátrico. Y es que, en teoría, en el psiquiátrico se queda lo viejo, lo inservible y lo crónico, de los dos bandos, enfermos y trabajadores y todo se va deteriorando cada vez más. A cambio el manicomio oferta una serie de prebendas laborales que son el motivo encubierto, las más de las veces, de la resistencia al cambio y de la negativa a ultranza de la integración en un modelo asistencial más normalizado: manicomios resistentes para psicosis resistentes.

El discurso manifiesto es segregacionista, rancio y moralista; reproduce cuando menos todos los



Donado para leprosería, se quedó en psiquiátrico, 1958.

estigmas en relación a la locura, y fomenta y reivindica la segregación, amparándose en las supuestas virtudes que la naturaleza y el aislamiento proporcionan al loco... con frases antológicas que señalan a Toén como *“el hábitat natural para estos enfermos”* en palabras de alguno de sus trabajadores y que así quedan recogidas en prensa para la posteridad.

Si se puede decir de los enfermos, sin rubor ni recato alguno, que precisan un hábitat, no debería resultar llamativo que de los trabajadores se pueda afirmar que se instalan en nichos.

La denuncia de los clínicos es efectiva al incluir entre sus destinatarios al Valedor do Pobo, que de una manera automática pone a funcionar la maquinaria administrativo-legal que junto con la política, finaliza en la visita de la Comisión de Sanidade del Parlamento de Galicia al hospital el 28 de enero de 2011 para comprobar in situ el estado de las instalaciones, y dar traslado del mismo.

Entre todos estos rifes y raves se van realizando manifestaciones, protestas y recogidas de firmas en contra del cierre de Toén y del posible traslado de las unidades de crónicos psiquiátricos al cercano hospital de Piñor que hasta la fecha atiende a pacientes del área de rehabilitación somática, en unas instalaciones modernizadas hace pocos años, a pacientes con enfermedades crónicas de medicina interna y acoge también al servicio del 061.

En su mayoría los trabajadores del hospital de Toén se oponen a ser trasladados a Piñor y los de Piñor a dejar ese centro y ser reubicados en el hospital general (CHOU); pese a las afirmaciones públicas de la gerente, de que no habrá pérdidas de puestos de trabajo; parece que la posibilidad de compartir espacio en Piñor les resulta a unos y otros imposible.

A este discurso no-clínico es al que con facilidad se enganchan y se suman partidos políticos, agentes sociales y sindicales y otras fuerzas vivas que, como ya señalamos, hablan hasta la cháchara cuando dejan de lado la locura y su tratamiento o necesidades.

Se esgrimen cantidad de razones llenas de prejuicios, pero ninguna en realidad defendible con

el rigor de las razones asistenciales ad hoc o con el rigor de las cuestiones legales (Ley General de Sanidad, recomendaciones OMS; OPS...).

Lo cierto es que los partidos políticos están en ocasiones divididos y atrapados en sus propios discursos, que ahora no pueden modificar, a pesar de que el escenario ahora sea otro al de hace unos años.

Estamos en plena campaña electoral y esto no es sin consecuencias: las paradojas y contradicciones se suceden, y viejas rencillas hacen su aparición. Aún así, ha habido diferencias, con posicionamientos que han intentado al menos aproximarse a los discursos de la clínica mientras que otros se han mantenido inalterables.

A estas alturas debemos señalar que la Gerencia del CHOU tal y como comentamos, ha ofertado como opción de resolución de la situación del deterioro del psiquiátrico de manera urgente, el traslado de las unidades psiquiátricas que estaban en Toén al Hospital de Piñor, hospital cercano, ambos de la misma época, pero en condiciones sanitarias, hosteleras y de confort adecuadas y con un entorno parecido, a excepción de las dimensiones, al ser un hospital destinado en su inicio al tratamiento de pacientes con tuberculosis y por tanto con las recomendaciones saludables de la época: soleado, luminoso.

Es en este momento cuando asoman nuevos argumentarios dispuestos a ser fagocitados por el discurso de la no-clínica.

Los pacientes crónicos de medicina interna que estaban en Piñor están siendo reubicados en el hospital general (CHOU) de manera que el servicio de medicina interna esté todo en el mismo hospital y no repartido en dos centros hospitalarios, criterio en teoría beneficioso y un antiguo deseo del servicio en aras de la mejora asistencial.

Traslado que se realiza con el malestar de algunos profesionales y de familiares, porque las instalaciones de las que disfrutaban, no son comparables a las que tendrán ahora, y que restan calidad asistencial a dichos pacientes, por lo menos hasta que no se retome el plan director del CHOU, en la actualidad paralizado, que contempla una zona específica para atención de esos



pacientes. Nace entonces una nueva dicotomía, al confrontarse los pacientes de psiquiatría con los pacientes de medicina interna, el servicio de psiquiatría con el servicio de medicina interna, el hospital de Piñor con el hospital de Toén.

De nuevo, se habla desde la no-clínica.

De nuevo, se habla para silenciar la locura y su abordaje.

De nuevo, donde el sujeto del discurso debía ser el paciente y su dignidad se sitúan la política, los intereses creados, las viejas rencillas, las servidumbres.

De nuevo, el manicomio.

El (re) manicomio.

#### **Nota uno:**

Ante tanta hostilidad y negativa al cambio asociaciones como la Asociación Galega de Saúde Mental (AGSM), la Asociación Gallega de Psiquiatría (AGP), el Sindicato O'mega y el Colegio oficial de Médicos de Ourense realizaron comunicados de prensa en apoyo del traslado a Piñor.

A la vez el blog de la revista Siso-Saúde (<http://blogdosiso.blogspot.com/>), recién estre-

nado, ha ido dando amplia cobertura en relación al tema que durante casi un par de meses, ha ido ocupando buena parte de la prensa local y autonómica.

#### **Nota dos:**

Se adjunta la carta remitida la Valedor do Pobo como muestra; todas las cartas que fueron remitidas (Conselleira de Sanidade, Gerente del CHOU y Presidenta del Parlamento de Galicia) son iguales pero cambia lógicamente el encabezamiento y el motivo de su envío, en función del cargo que ostentan los destinatarios. Dichas cartas se hicieron llegar coincidiendo con el día de la salud mental por el valor simbólico del mismo y lo que se denunciaba.

Podríamos decir y en este caso con fundamento, que a estas alturas de la película, ni Morgan Freeman ni Tim Robbins sabrán nunca por qué, pero implica que sobre la reforma psiquiátrica y otros asuntos, aún queda mucho por hacer y por hablar... aunque a muchosles parezca “una pesadez, un rollo”.

# Más allá de los discursos minifundistas

## Gonzalo Martínez Sande

Presidente de la Asociación Galega de Saúde Mental

A Coruña febrero de 2011

Hace ya muchos años que el modelo de atención al enfermo mental dejó de ser el hospital psiquiátrico. El cambio hacia el sistema actual se produjo por la coincidencia y el esfuerzo común desde distintos ámbitos. De un lado, las asociaciones de familiares y enfermos, que reclamaban una atención integrada en los servicios de salud, primero del estado, y más tarde de las comunidades autónomas, hasta conseguir alcanzar unos derechos, inversiones y calidad semejantes a los brindados en otras especialidades sanitarias.

También contribuyó al cambio el posicionamiento de los profesionales de la salud mental, convencidos de que otro modelo no sólo era posible sino necesario para poder atender en unas mínimas condiciones éticas y asistenciales a los pacientes. La propia disciplina se fue dotando de conocimientos y saber que demostraba la necesidad de dejar atrás el modelo de los hospitales psiquiátricos y diseñar uno nuevo, con unidades de salud mental, infantojuveniles, unidades de internamiento que debían situarse en los hospitales generales, hospitales de día, pisos protegidos y, en definitiva, toda una serie de recursos que ayudarían la rehabilitación de los enfermos y su integración en la comunidad.

Muchos hospitales psiquiátricos en Europa fueron cerrando al tiempo que se implementaba esta red asistencial que mejoraba las posibilidades de recuperación de las personas afectadas por una enfermedad mental. Otros, persistieron en el tiempo, con pacientes internados que, por diferentes motivos no pudieron ser externalizados. Debemos señalar, que en muchas ocasiones, las verdaderas causas fueron la falta de inversión en recurso intermedios (hospitales de día, equipos de continuidad de cuidados, etc.) y la no implementación de otras modalidades de vivienda (pisos protegidos, mini residencias).

Además, algunos hospitales psiquiátricos, acogieron las llamadas unidades de rehabilitación, al no disponerse por la administración de otros edificios para las mismas. Estas unidades no tienen como finalidad proporcionar una residencia o un lugar donde vivir los pacientes sino que, trabajando a un ritmo, con unos objetivos y unos métodos propios se fueron desarrollando toda una serie de terapias rehabilitadoras. Los focos de atención se desplazaron desde el control de lo meramente conductual y psicofarmacológico a áreas como la conciencia de enfermedad, las habilidades diarias, la comunicación, el ocio y tiempo libre, la ocupación, la formación y el laboral. De esta manera se logró dar una mínima atención a algunos enfermos en los que la consulta ambulatoria y los ingresos breves en las unidades de agudos, no eran suficientes para conseguir la estabilización de su dolencia.

Estas unidades, cabe señalar de nuevo, fueron implementadas en los antiguos hospitales psiquiátricos, no porque esa fuera su ubicación idónea, sino por las inercias, por las dificultades habituales a la hora de construir nuevas instalaciones y por la disponibilidad de espacio y personal en los viejos manicomios.

En Galiza, los hospitales psiquiátricos tuvieron y tienen muy diversas circunstancias, tanto arquitectónicas, como de capacidad, como de situación respecto a los centros de las ciudades en las que se ubican, como de diseño, como de facilidad de acceso a otros recursos intermedios y rehabilitadores, como de dotación de personal y de servicios y hasta hace bien poco, como en la dependencia administrativa (recordemos la peculiaridad del Hospital de Castro, dependiente de la Diputación Provincial y sin todavía sin concluir su proceso de transferencia al Servicio Gallego de Salud).

En el caso del Hospital Psiquiátrico de Toén, las instalaciones son muy deficientes, el deterioro es importante, está alejado de la ciudad y pese a los diferentes planes de reforma o de traslado la realidad es que sigue siendo el lugar en el que ingresan enfermos con patologías que precisan de intervenciones multidisciplinares, activas, intensivas y por períodos más prolongados de tiempo.

La **Asociación Galega de Saúde Mental**, organización multiprofesional de la que forman parte psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y, en general, profesionales dedicados a la salud mental en Galicia, quiere a través de su Junta Directiva, señalar su posición en el debate sobre el traslado del Hospital Psiquiátrico de Toén.

Desde una perspectiva asistencial es un lugar que no cumple los requisitos mínimos para llevar a cabo los procesos terapéuticos que se precisan en este tipo de enfermos.

Desde una perspectiva ética, incumple la igualdad de trato de la patología mental frente a otras patologías y la igualdad de recursos que debe existir entre los ciudadanos de las áreas sanitarias en las que está organizada nuestra comunidad autónoma.

Desde la perspectiva de la Psiquiatría entendida como disciplina sanitaria y con un corpus de saber, el hospital psiquiátrico no es el modelo asistencial que proporciona la mejor opción terapéutica para la recuperación y estabilización de los enfermos.

Desde la perspectiva de la organización sanitaria, la rehabilitación psiquiátrica debe integrarse en otros recursos sanitarios dedicados la rehabilitación médica, estimulando el trabajo interdisciplinar y fomentando la salud como algo integral.

Desde la perspectiva de las características del área sanitaria de Ourense y de su población de referencia, debe incidirse en las inversiones sanitarias dirigidas a las patologías de larga duración, que requieren cuidados rehabilitadores y que incidan en aspectos del enfermar tales como la prevención de recaídas o la consecución de la mayor autonomía personal posible.

Desde el punto de vista del estigma y de la reinserción social de los enfermos, debe procurarse

la integración de la patología mental en los recursos del sistema gallego de salud, evitando en la medida del posible, hospitales aislados y monográficos.

Desde el punto de vista laboral siempre deben respetarse en cualquier proceso de traslado los derechos de los trabajadores.

Desde la perspectiva de los organismos estatales (Plan de Salud Mental del SNS), internacionales (OMS, OPS) y de los comités de expertos, todos ellos avalan el acercamiento de la Rehabilitación psicossocial a los núcleos urbanos como mucho más efectiva para conseguir los objetivos de reinserción e integración social, y desaconsejan la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos y proponen el cierre de los ya construidos.

Desde un punto de vista legislativo, el fin de los hospitales psiquiátricos como modelo de asistencia a los enfermos mentales, se recoge en el Informe Ministerial para la reforma psiquiátrica, punto 3.3. También en la Ley General de Sanidad 14/1986. Y, así mismo, en nuestra comunidad autónoma, en el Decreto de Salud Mental 389/1994.

Y, finalmente, desde el punto de vista de los enfermos y de las familias, debe procurarse siempre la opción que permita acceder al mejor y más digno tratamiento posible.

Por último, en ocasiones uno no puede dejar de recordar aquellas palabras que Albert Camus escribió hace ya demasiados años: *“el bacilo de la peste no muere ni desaparece jamás, permanece acantonado... y llegará un día en que para desgracia y aleccionamiento del hombre, despertará...”*.

Por ello, asistimos con preocupación a la presencia en el debate suscitado por el traslado del Hospital Psiquiátrico de Toén a argumentos que creíamos desterrados para siempre en la salud mental y que reproducen tópicos, estereotipos y, en ocasiones, prejuicios que jamás ayudaron en nada a los pacientes, las familias y al sufrimiento generado por la enfermedad. Y que, en muchos casos, añadieron dificultades a un tratamiento digno y adecuado.

# Carta al Valedor do Pobo

Valedor do Pobo  
Rúa do Hórreo, 65  
15700 Santiago de Compostela

A la atención del Exmo. Sr. D. Benigno López, Valedor Do Pobo:

Estimado Exmo. señor: los facultativos especialistas de Psiquiatría y Psicología clínica del Servicio de Psiquiatría del CHOU, con ejercicio clínico en el Hospital Psiquiátrico Dr. Cabaleiro Goás, a los que se añaden compañeros de nuestra especialidad y de otras así como diferentes estamentos profesionales (enfermeras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, auxiliares así como otros colectivos no sanitarios y familiares) hemos querido hacer llegar a usted, en este día tan señalado, nuestra queja y preocupación por el estado lamentable de las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Dr. Cabaleiro Goás de Toén.

Nos dirigimos a usted en calidad del cargo que ocupa, que le convierte en el mediador idóneo entre la Administración y los administrados, sobre todo en el caso de personas afectadas por graves patologías mentales a cuyo cuidado y tratamiento nos dedicamos.

Como usted sabe nuestros pacientes tienen el riesgo de sufrir la exclusión y el abandono social, al ser un colectivo no demandante ni reivindicador de sus derechos por definición, pero si al contrario tienen alto riesgo de que los mismos se vean vulnerados y/o demorados de manera importante. Dado que esta es la situación que en nuestra opinión ocurre desde hace años nos ponemos en contacto con usted a fin de que pueda ser de una vez solventada.

Con esta carta no se pretende hacer un recorrido ni por la historia de la locura, ni por la historia o el estado de la reforma psiquiátrica en Galicia, ni por la de éste hospital de manera exhaustiva, pues eso sería largo y más indicado para otro tipo de espacio y encuentro.

Sin embargo, si decirle tal y como usted ya sabe, que el Hospital acoge a un colectivo de ciudadanos graves, afectados por patologías severas y de carácter crónico, lo que implica que en muchas ocasiones, su ingreso de manera continuada en el hospital, además de intentar cumplir esas funciones sanitarias, acaba convirtiéndose en su lugar de residencia, con lo que ello implica de manera global.

Como otros hospitales de su categoría de nuestra comunidad autónoma, el Hospital de Toén, ha estado presente en múltiples proyectos de remodelación desde hace muchos años, que finalmente unas veces por un motivo y otras por otros, nunca se han realizado, esperando tediosamente los presupuestos que nunca llegan, que siempre se “desvían” para otros proyectos.

El hospital de Toén es un edificio obsoleto, inaugurado en el año 1959 por Cabaleiro Goás, quién ni siquiera pudo verlo construido en su totalidad.

En la actualidad y desde hace muchos años, el deterioro por falta de inversión para su mantenimiento y puesta al día, lo ha convertido en un lugar que no reúne las condiciones de habitabilidad ni sanita-

rias adecuadas, para atender de manera digna y como se merecen, los ciudadanos que allí han de ser ingresados.

Frío, con barrotes en las ventanas, que le otorgan un aspecto más carcelario que sanitario, sin aseos individualizados en las habitaciones, lo que obliga a duchas comunes, y un diseño arquitectónico global antiguo y deteriorado, lo convierten además de por muchas otras razones, en un espacio inhabitable y nada terapéutico.

A esto brevemente señalado añadir que, entorno al edificio principal y en uso, se añaden una serie de edificios en estado ruinoso, y de riesgo para los pacientes, que convierten a éste lugar, en un escenario mas próximo a una catástrofe que a un espacio sanitario, tal y como la policía dice, no sin cierta ironía cada vez que viene allí: “es el escenario mas semejante a una catástrofe que tenemos” (sic).

Este escenario descrito convierte al hospital en un lugar en el que velar y cuidar con las condiciones deseables recogidas en la Ley General de Sanidad son más que dudosas.

Tras proyectos y más proyectos, que se han quedado en el camino, pese a las demandas e intencionalidad de un proyecto viable y serio, nos dirigimos a usted puesto que nuestra responsabilidad clínica y ética, sobre las personas a las que atendemos y cuidamos, nos coloca en la tesitura de tener que informarlo de que no se puede demorar ya más esta situación, a todas luces injusta, y que vulnera los principios de equidad, y justicia social del colectivo al que atendemos y que como sabemos arrastra el estigma de la exclusión de manera secular y contra el que hemos de luchar cada día.

Resulta lamentable, que desde las instituciones que nos representan y desde nuestra posición de clínicos, consintamos situaciones como ésta a la que nos referimos, puesto que fundamentalmente estamos sometidos a imperativos éticos que nos impiden contribuir a la estigmatización de la locura y al aparteid de nuestros pacientes, en un siglo XXI, en el que estas situaciones por lo menos en nuestro entorno más inmediato, debieran de estar ya superadas.

Los hospitales psiquiátricos, no pueden seguir siendo las favelas del SERGAS de ahí nuestra protesta y nuestra demanda de poner fin a esta situación.

Atentamente reciba un cordial saludo.

M<sup>a</sup> Jesús Gómez Rodríguez, M<sup>a</sup> Alcira Cibeira Vázquez, Yolanda Castro Casanova,  
Manuela Gil Vázquez, Jose Antonio Campos

Toén 3 de octubre de 2010.

---

Similar Comunicado a este también fueron enviados a la Presidenta del Parlamento de Galicia, Conselleira de Sanidade y Xerente Xeral del Complejo Hospitalario de Ourense, CHOU.

# In memoriam

## José Ángel Santa Eufemia (Chilis)

*Vedle ahí...*

*erguido al fin y sin cadenas  
en proa de la barca de Caronte,  
surcando la Estigia y arrivando al Hades  
en busca del abrazo con Psiqué  
eterno en los feraces prados Elíseos...*

Creo que este comienzo, con rumor coral griego, hubiera agradado a Chilis. Ha brotado -para mi propia sorpresa- de esa reserva emocional escondida en la cual, como sabemos, *el corazón tiene razones que la razón no entiende...*, sin duda por su atmósfera trágica y su evocación heroica.

Cuando, en pleno verano de 2007, recibí la noticia de su absurdo y terrible accidente, tuve que interrumpir durante varias horas aquel trabajo (iprecisamente sobre el desamparo humano!)<sup>1</sup> que entonces estaba construyendo y sólo después de escribir largamente mi dolor e impotencia, pude reanudar mi ocupación. Ese pobre manifiesto mío no pretendía llegar a ningún destino, porque el destino no tiene lugar ni hora precisos para concertarse. Chilis lo encontró en medio de unas preciosas vacaciones y haciendo lo que tanto le gustaba: recorrer bellísimos senderos agrestes con Loli, su amante compañera de toda la vida y con sus amigos. Una caída banal... y se nos quedó demasiado roto y completamente lúcido.

Durante tres años y medio pudo permanecer entre nosotros, aferrado a la vida y atado a sus

cadenas de parálisis y durante todo ese tiempo no encontró un segundo para imprecisar su dolor. Consciente de que viviría poco -lo intuyó y verbalizó- permaneció, como los grandes estoicos, muy ocupado en mantener la verdadera dignidad humana, la única que le importaba: poder amar y permitir ser amado, y no debió ser tarea fácil lograrlo, con todo el cuerpo transformado en objeto de calamidades y debiendo tolerar la más absoluta pérdida de cualquier espacio de intimidad. Chilis, paralizado sólo en el cuerpo, sí pudo sostenerlo y se dejó cuidar por los suyos



<sup>1</sup> Trabajo de Miembro Titular: "Hilflosigkeit ...por la senda del desvalimiento humano".

mansamente, sin quejas y sin aspavientos. Su sabiduría le dictó que dejarse querer era en realidad amar, amar mucho.

Además, se mantuvo firmemente ligado a todos los que le eran queridos dentro y fuera de su hogar (que gozosamente recuperó al fin tras muchos meses de hospital). No sólo vivió y compartió con su familia tanta cosas que -por íntimas- eran sólo suyas, sino que aceptó implicarse permanentemente con muchos amigos y compañeros en cualquier tema que se le presentase: un correo no tardaba en ser respondido más de uno o dos días y cualquier consulta, reflexión o petición de consejo suponía para él una respuesta inmediata. No abandonó nunca la práctica más cuidadosa del saber escuchar, en la que siguió siendo hasta el final, profundamente, un delicado analista.

Institucionalmente, permaneció siempre comprometido y al corriente de cuantos acontecimientos acaecieron en la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM), tanto en el mismo Madrid como en los Centros Regionales y, por afinidad vital, expresamente en Bilbao. Todos hemos escuchado emocionados sus cartas de recomendación, para la promoción de cualquiera de los que hemos sido sus compañeros y, en lo que me atañe, jamás olvidaré la última<sup>2</sup>, que escribió sabiendo que era su postrero apoyo de compañero leal y su adiós definitivo.

**José Ángel Santa Eufemia** concluyó sus estudios en 1974, con la primera promoción de la Facultad de Medicina del País Vasco. Tras la especialización en Psiquiatría (1977), llevó a cabo su Análisis personal y su formación psicoanalítica dentro de la APM en Madrid, siguiendo el curso natural de acceso a Miembro Asociado (1987) y Titular (1992), obteniendo finalmente el reconocimiento de la Función Didáctica en 1994.

Durante años, además de impartir diversas conferencias, nos ofreció sus artículos, en los que mostraba bien claramente sus intereses: *“Algunas consideraciones psicoanalíticas acerca de la creación artística”*. *“Una experiencia de Grupo Balint en el Centro de Salud de Ortuella”*. *“Apuntes sobre el alcance terapéutico del psicoanálisis”*. *“Bartleby*

*el escribiente y los problemas de comunicación vistos desde el psicoanálisis”*. *“Sobre medicina y psicoanálisis”*. *“El síntoma psíquico como problema que anuncia otros problemas”*. *“De la desactivación del sentimiento de culpabilidad: el papel de la agresividad”*. *“La culpa y el castigo en la dinámica de la depresión”*. *“Del soñar para dormir al dormir para soñar: un itinerario psicoanalítico”*, etc.

Dirigió múltiples seminarios (que gustaba acabar invitando a una comida de fin de curso) y llevó a cabo numerosas supervisiones que supo disfrutar mucho, sin rechazar nunca a nadie por escasa que fuera su experiencia. Pude comprobar su afable disposición docente en mi propia formación, con un seminario de Psicopatología del que agradeceré siempre que me hiciera conocer y apreciar el pensamiento de Ronald Fairbairn, a quien él tenía en gran consideración. Su identidad psicoanalítica se nutría de muy diversas fuentes que él supo integrar creativamente y aún siendo muy fiel a los desarrollos postkleinianos (Bion, en particular) no mostró adhesiones inquebrantables a ninguna escuela. Fue además miembro fundador del Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao (GPAB) y Docente de la Fundación Vasca para la Investigación en salud mental (OMIE) en su Master en Salud Mental y Técnicas Psicoterapéuticas (1984-2007). También colaboró con el Servicio vasco de salud (Osakidetza) conduciendo un Grupo Balint en el Centro de Salud Mental de Ortuella -su pueblo natal- (1984-87).

Nos dejó dos libros propios de difícil lectura por su prosa barroca, muy diferente a su verbo habitual llano: *“Señas de identidad psicoanalítica”* y *“¿Qué piensan los muertos de los vivos?”*. Si en el último (novela casi de serie negra con algunos toques de humor) hace una singular reflexión sobre la bondad y maldad humanas hasta el momento de la muerte, en el primero relata su propio recorrido en la adquisición de la identidad psicoanalítica, que agradece específicamente a su familia, a Freud, a Mª Luisa Castillo (su primera supervisora), a Pola I. de Tomás (su analista) y a León Grinberg (“su maestro”) y en un momento especialmente emotivo del prólogo, llega a decir textualmente: *“...Gracias a la convicción que me*

<sup>2</sup> Carta a la Asamblea General de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (Diciembre/2010), recomendando mi promoción a la Función Didáctica.

*reporta la identidad psicoanalítica siento que, ocurra lo que ocurra, la vida merece la pena, porque habiendo ocurrido lo que ya ha ocurrido, mi vida merece la pena...”*

Difícil imaginar un manifiesto mejor de legítimo orgullo por la propia identidad y aún más inverosímil poder creer que el destino decidiría años más tarde ponerle a prueba, hasta más allá del límite de lo humanamente soportable.

Por último, pero tan importante para nosotros, ocupó el cargo de Director del Centro Psicoanalítico del Norte (CPN) en dos ocasiones y siempre se esforzó en ser motivo de encuentro, nunca de discordia. Tuvo además la capacidad personal de saber decir lo adecuado sin herir ni provocar enojos innecesarios, lo que dio lugar a que, al perderle como miembro activo, algún compañero lamentara con mucho acierto *ihemos perdido la diplomacia del CPN!*

Hemos perdido mucho más que su diplomacia, su partida, inevitable y necesaria para su propia paz, nos deja el vacío de quien dio mucho permanentemente y ya no puede seguir abasteciéndonos... pero, en verdad, no nos deja desprovistos. Queda su esencia de hombre y analista, que habremos de saber encarnar en nuestro buen objeto interno.

Quisiera que la obligada despedida por ahora, desde nuestra frágil orilla de la laguna Estigia, nos permitiera poder soñarle en el lugar reservado por los dioses a los héroes y los justos: las verdes praderas de los campos Elíseos y recrearle allí, eternamente abrazado a Psiqué, su apasionado amor de una vida plena. Si sus frutos permanecen en el corazón de muchos, generación tras generación, trascenderán a la muerte.

Gracias, Chilis, de todo corazón. Descansa en paz.  
Eskerrik asko, Chilis, bihotz-bihotzetik. Goian bego.

**José M<sup>a</sup> Erroteta**

Director del Centro Psicoanalítico del Norte • (Asociación Psicoanalítica de Madrid)

# Agenda

- 12 al 15 de Marzo • Viena, Austria  
XIX European Congress of Psychiatry, EPA 2011.
  - [www.epa-congress.org/](http://www.epa-congress.org/)
- 3 y 4 de Marzo • Vitoria/Gasteiz  
XIX Curso Actualización en Psiquiatría: “*Cuestiones de Actualidad*”  
Palacio de Europa (Vitoria).
  - [ana.delolmopinilla@osakidetza.net](mailto:ana.delolmopinilla@osakidetza.net)
- 16 al 19 de Marzo • Madrid  
IV Congreso Mundial de Salud Mental de la Mujer.
  - [www.iawmh.org/](http://www.iawmh.org/)
- 13 y 14 de Abril • Madrid  
VII Encuentro para Psiquiatría y Atención Primaria.
- 11, 12, 13 de Mayo • Vitoria-Gasteiz  
IV Symposium nacional sobre Adicciones: *Lo recreativo, lo social y la ficción de las drogas*
  - [juanluis.dezacarrillo@osakidetza.net](mailto:juanluis.dezacarrillo@osakidetza.net) • 945.120636
- 27 al 29 de mayo • Calpe  
IX Jornadas de la AEN-PV: *Los tratamientos de las enfermedades mentales graves: Qué evidencia tenemos y qué servicios tenemos que construir.*
- 16, 17 y 18 de junio • León  
*XIV Jornadas Nacionales de la AEN y X Jornadas de la Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental “Encrucijadas de Futuro”.*
- 5 al 8 de octubre • Barcelona  
II Congreso Internacional de Patología Dual.
  - [www.patologiadual.es/cipd2011/es/](http://www.patologiadual.es/cipd2011/es/)
- 20 al 22 de octubre • Bilbao  
III Jornadas sobre derechos humanos y salud mental de la AEN
  - [www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org) • [www.aen.es](http://www.aen.es)
- 6 al 9 de Junio 2012 • Tenerife  
XXV Congreso de la AEN: *Subjetividad e identidad de las experiencias: Discursos y Contextos.*
  - [www.aen.es](http://www.aen.es) • [www.congresoaoen12.com](http://www.congresoaoen12.com)



# Agenda

- 12 al 15 de Marzo • Viena, Austria  
XIX European Congress of Psychiatry, EPA 2011.
  - [www.epa-congress.org/](http://www.epa-congress.org/)
- 3 y 4 de Marzo • Vitoria/Gasteiz  
XIX Curso Actualización en Psiquiatría: “*Cuestiones de Actualidad*”  
Palacio de Europa (Vitoria).
  - [ana.delolmopinilla@osakidetza.net](mailto:ana.delolmopinilla@osakidetza.net)
- 16 al 19 de Marzo • Madrid  
IV Congreso Mundial de Salud Mental de la Mujer.
  - [www.iawmh.org/](http://www.iawmh.org/)
- 13 y 14 de Abril • Madrid  
VII Encuentro para Psiquiatría y Atención Primaria.
- 11, 12, 13 de Mayo • Vitoria-Gasteiz  
IV Symposium nacional sobre Adicciones: *Lo recreativo, lo social y la ficción de las drogas*
  - [juanluis.dezacarrillo@osakidetza.net](mailto:juanluis.dezacarrillo@osakidetza.net) • 945.120636
- 27 al 29 de mayo • Calpe  
IX Jornadas de la AEN-PV: *Los tratamientos de las enfermedades mentales graves: Qué evidencia tenemos y qué servicios tenemos que construir.*
- 16, 17 y 18 de junio • León  
*XIV Jornadas Nacionales de la AEN y X Jornadas de la Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental “Encrucijadas de Futuro”.*
- 5 al 8 de octubre • Barcelona  
II Congreso Internacional de Patología Dual.
  - [www.patologiadual.es/cipd2011/es/](http://www.patologiadual.es/cipd2011/es/)
- 20 al 22 de octubre • Bilbao  
III Jornadas sobre derechos humanos y salud mental de la AEN
  - [www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org) • [www.aen.es](http://www.aen.es)
- 6 al 9 de Junio 2012 • Tenerife  
XXV Congreso de la AEN: *Subjetividad e identidad de las experiencias: Discursos y Contextos.*
  - [www.aen.es](http://www.aen.es) • [www.congresoaoen12.com](http://www.congresoaoen12.com)





## Discursos sobre Salud Mental. Nuevas miradas a la realidad social de la atención psiquiátrica en la provincia de Jaén

María Hernández Padilla.

Consejo Económico Social.

Diputación Provincial de Jaén. 2010. 226 págs.

El libro *“Discursos sobre Salud Mental. Nuevas miradas a la realidad social de la atención psiquiátrica en la provincia de Jaén”* es fruto de una reciente investigación sobre el proceso de reforma psiquiátrica llevado a cabo en la provincia de Jaén desde su inicio en 1981 hasta la actualidad.

Es conocida la importancia de los procesos de reforma psiquiátrica, pues estos solo han sido posibles en países con regímenes políticos democráticos capaces de garantizar los derechos más elementales al conjunto de la población, incluidas las personas con problemas mentales, especialmente con problemas mentales graves. Sin embargo, la importancia de dichos procesos no se ha acompañado de investigaciones que aborden el estado de los mismos en su gran complejidad y diversidad. Este libro es una propuesta teórico-metodológica en ese sentido y tiene por objeto analizar y comprender la atención a los problemas mentales destacando estos como hechos sociales más que como comportamientos individuales relacionados con la salud y la enfermedad mental. Este análisis cobra un valor singular si tenemos en cuenta que la provincia de Jaén es una de las pioneras en la puesta en marcha de su proceso de reforma a nivel de España y Andalucía.

Desde una contextualización histórica de la atención a la locura que sitúa el internamiento como la forma primordial en su abordaje, se revisa el contexto internacional, nacional y regional más inmediato necesarios para entender el proceso de reforma en la provincia de Jaén, a la vez que se constata la gran cantidad y naturaleza de dificultades presentes en estos procesos, con especial mención a la falta de recursos materiales y humanos con que hacerles frente.

La metodología cualitativa desarrollada en la investigación, desde el enfoque hermenéutico y fenomenológico de Alfred Schutz, utiliza como herramienta metodológica para el análisis de las

fuentes (entrevistas en profundidad a informantes clave, profesionales y usuarias y usuarios del sistema de atención a la salud mental provincial) el Análisis Crítico del Discurso desde la tradición sociocognitiva de Teun A. Van Dijk. El marco teórico y conceptual que guía el análisis de esas fuentes parte del concepto “salud mental” desde las miradas biologicista, antipsiquiátrica y managerial, conceptos cuya función ideológica sugerida por la Teoría Crítica dan sentido a todo el conocimiento institucional sobre salud y enfermedad mental en un proceso de construcción social en el sentido de Berger y Luckmann.

Los principales resultados sugieren la existencia de dos discursos bien diferenciados mediados por la variable “poder social”: el *discurso legítimo* y el *discurso de usuarias y usuarios*. El análisis crítico del discurso permite identificar una postura discursiva mayoritaria (*enfermedad-exclusión-otro deslegitimado*) que se identifica con el modelo biologicista de la enfermedad mental y una postura discursiva marginal o minoritaria (*sufriamiento-integración-otro legítimo*) que se identifica con los postulados de la psiquiatría social y con la reivindicación de respuestas desde la ética que piensen nuevamente el concepto “enfermedad mental”, pero sobre todo que legitimen al otro como persona y como ciudadano.

Este libro es una propuesta sobre cómo abordar el análisis de un proceso de reforma con herramientas teóricas y metodológicas poco habituales, pero con gran potencialidad para arrojar luz y profundizar en la comprensión de fenómenos tan complejos desde posiciones críticas. Este ejercicio contribuye a esa reflexión tan demandada sobre el sistema, pero sobre todo a esa reflexión teórica que es necesario realizar si no queremos caer en la triunfalismo del discurso gerencialista que presenta la reforma como proceso felizmente concluido.

I.M.

## 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.

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 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 trabajos a publicar

Se enviarán al Consejo Editorial de NORTE de Salud Mental: [norte@ome-aen.org](mailto:norte@ome-aen.org), o bien al Apdo. 12, 48950 Erandio. Bizkaia.

Primera página: incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adi-

cional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

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

Los Originales deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas incluidas hasta 6 figuras o tablas. Las Notas clínicas no superarán las 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las Revisiones podrán contener un máximo de 15 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”).

### Artículos de revistas

- Artículo normal  
Se mencionan hasta 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 pancreaticobiliary 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 coherencias, 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 del 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, 2ªed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
- Indicadores 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 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. 2ªed. 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 utilización. 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 (video-cassette). 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 AL. 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: [www.cdc.govncidod/EID/eid.htm](http://www.cdc.govncidod/EID/eid.htm).