



NORTE

Volumen IV N°15 Octubre 2002

DE SALUD MENTAL

Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria



Proyecto "Una portada para Norte"

NORTE de salud mental, además de su labor de divulgación de conocimiento e intercambio asociativo, quiere cumplir otro papel añadido y que no por secundario deja de tener su importancia. Además del privilegio de contar en su cabecera con un diseño de Eduardo Chillida, desde sus portadas y páginas interiores ha venido apostando por la divulgación de la obra gráfica de jóvenes artistas de la Facultad de Bellas Artes de Leioa.

El interés de esta colaboración informal motivó un intento de ampliación de la experiencia, enfocándola mas concretamente a la expresión artística específica de temas en relación con la salud-enfermedad mental. Nos dirigimos con este fin al colectivo de estudiantes de la asignatura "Diseño Gráfico Publicitario" del 4º Curso de Publicidad y Relaciones Públicas, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV-EHU, en el campus de Leioa). A través de su profesor, Iñaki Zaldumbide, se les propuso un proyecto de diseño e ideas para posibles futuras portadas de Norte.

La respuesta fue entusiasta y pudimos comprobar la originalidad y creatividad de sus desinteresadas aportaciones, acompañadas de un pequeño texto explicativo de su significado subjetivo. Ante la imposibilidad de que todas ellas pudieran llegar a ser utilizadas como portadas de futuros números de la revista, hemos querido recoger todos estos trabajos en una pequeña exposición virtual donde pueda valorarse el trabajo realizado. Los diseños y sus explicaciones pueden visitarse en www.omeaen.org/norte/expo.htm. Es su modesto tributo a la mejora de nuestra calidad de vida (y por tanto salud mental) a través del arte, la otra mejor forma de expresión además de la palabra.

Para este número hemos escogido la propuesta conjunta de **Nora Blanco Amenabar y Naiara Gorordo Jauregui**, titulada "**Soledad**", destacando no solo su valor estético, sino la explicación con la que quisieron acompañar la imagen:

*"Esta imagen en la que dos manos sujetan unos llamativos ojos verdes representa la soledad, una persona que tal y como muestra el reflejo de sus ojos en sus manos sólo se tiene a sí misma.
El verde esmeralda de los ojos simboliza la esperanza que esa persona tiene de salir de dicha soledad."*

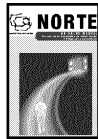
Volumen IV



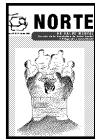
Nº11



Nº12



Nº13



Nº14



Nº15

Volumen III



Nº5



Nº6



Nº7



Nº8



Nº9



Nº10

Volumen II



Nº1



Nº2



Nº3



Nº4

NORTE de Salud Mental:

Revista de:

Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, OME

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental

Consejo Editorial:

**Ander Retolaza
German Molina
Jose J. Uriarte
Oscar Martínez-Azumendi
Pilar de la Viña**

**Francisco Chicharro
Jose Filgueira
Mónica Póo
Paz Arias
Victor Aparicio**

**Director
Revista NORTE:**

Iñaki Markez

**Consejo Asesor
y de Redacción:**

**Aparicio, D.
Alvarez, JM.
Berrios, G.
Colina, F.
Elizagárate, E.
Esteban, R.
Guimon, J.
Hernanz, M.A.
Jimenez Lerma, J.M.
Malda, C.
Marín, M.
Marquínez, F.
Morchan, J.
Pardo, N.
Rendueles, G.
Santander, F.
Totorika, K.
Verdejo, M.
Zuazo, JI.**

**Ayerra, JM.
Ballesteros, J.
Candina, A.
De la Rica, JA.
Erkizia, B.
Gonzalez-Pinto, R.
Gutierrez Fraile, M.
Iraurgi, I.
Lasa, A.
Marijuan, M.
Marina, P.
Medrano, J.
Palomo, Ch.
Redero, JM.
Sanchez, A.E.
Susparregui, JM.
Vega, A.
Ylla, L.**

Sede Social: Apdo. Correos 276, 48991 - Algorta. Bizkaia. Tlf: 94 4674979

www.ome-aen.org

Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de "NORTE de Salud Mental" salvo que esté así especificado.

La revista NORTE es accesible en el Servicio Bibliográfico de:
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco).
- IME (Índice Médico Español).

NORTE de Salud Mental

Vol IV nº15, Octubre 2002

www.ome-aen.org

© Copyright 2002 NORTE de Salud Mental

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización del titular del Copyright.

Realización y administración:

EKIMEN

Apdo. Correos nº276, 48991 Algorta, Bizkaia. Tlf: 94 467 49 79

E-mail: ekimen@euskalnet.net

Portada:

Soledad.

Autor:

Nora Blanco Amembar y Nahia Gordo Jauregui.

Logo Norte de Salud Mental:

E. Chillida

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

Publicación gratuita para asociad@s.

Ejemplar atrasado: 900.- ptas.

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

- Departamento de Sanidad. Eusko Jaularitza



OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

- Laboratorios farmacéuticos:

Esteve, Ferrer Internacional, Janssen-Cilag, Lilly, Pfizer, Glaxo SmithKline, Wyeth, Pharmacia.

ISSN: 1578-4940

D. Legal:



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental



ASOCIACIÓN DE SALUD MENTAL
Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

www.ome.aen.org



[www.telecable.es/
personales/aenasturias](http://www.telecable.es/personales/aenasturias)



www.pulso.com/aen/index.htm

S U M A R I O

EDITORIAL / PRESENTACIÓN

Salud Mental y atención primaria	9
Ander Retolaza	

PARA LA REFLEXIÓN

Concepto actual de locura y las nuevas formas de tratamiento	13
Enrique González Duro	
Contribuciones a la psicopatología de la vida cotidiana	23
Juan Uribe	
Vigencia de la histeria ¿Porqué seguir interesandonos por la histeria en el siglo XXI?	25
Móniva Marín	
Patología del sexo en el nuevo milenio ¿Follar es divertido o es adicción al sexo?	29
Inmaculada Mujika	

ORIGINALES Y REVISIONES

Aplicación de un programa de intervención temprana en Psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental.	35
O. Vallina, M. Alonso, A. Gutierrez, J.A. Ortega, P. García, P. Fernández, S. Lemos	
La salud mental ante los nuevos modelos de gestión	43
Francisco Chicharro	

INFORME

Consenso sobre la reducción de riesgos asociados al uso de las drogas	49
--	-----------

CASO CLÍNICO

Casos psiquiátricos curiosos	53
Enrique Aragües, Luis Pacheco, Maider Prieto, María Aragües, Pablo Malo, María Etxebeste	

ACTUALIZACIONES

Drogas: Qué política para qué prevención	59
Cristina Merino	
www.bibliopsiquis.com/asmr	60
Cristina Merino	

AGENDA

Próximas citas	61
-----------------------------	-----------

PÁGINAS DE LAS ASOCIACIONES

Reunión de la Asociación Vasca de Rehabilitación y de la Federación Estatal de Asociaciones de Rehabilitación	63
V Jornadas del Hospital Psiquiátrico de Zamudio	64
Congreso de la AEN	66

Normas de publicación

La Revista **NORTE de salud Mental** considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella. Así tendrán cabida dos tipos principales de colaboraciones: 1) *Temas Científicos*. En forma de artículos originales, revisiones, comunicaciones breves o crítica de libros. 2) *Temas Asociativos*. Recogiendo tanto información de las propias Asociaciones y sus actividades científicas, como cartas, comentarios, sugerencias o informes de los socios.

En general no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para su publicación en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas" (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores previa a su publicación. El primer autor podrá recibir tres ejemplares de la revista, cuando desee recibir un mayor número lo comunicará con suficiente antelación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de **Norte de salud mental** y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

Requisitos de los manuscritos

Se enviarán al Editor de **Norte de salud mental** (Apdo. 276, 48990 Algorta. ekimen@euskalnet.net) 2 copias mecanografiadas a doble espacio en hojas DIN A 4, numeradas correlativamente. Junto a ello se adjuntará un disquette con el fichero de texto del documento.

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

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

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

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 hoja aparte, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

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

Normas de publicación

Artículos de revistas

Artículo normal

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

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1;124(11):980-3. Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencia, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

Autor institucional

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

Sin nombre de autor

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

Libros y otras monografías

Indicación de autores personales

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

Indicación de directores de edición o compiladores como autores

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

Indicación de una organización como autor y editor

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

Capítulo de un libro

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

Actas de congresos

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

Original presentado en un congreso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Tesis doctoral

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Otros trabajos publicados

Artículo de periódico

Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

Diccionario y obra de consulta semejantes

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Trabajos inéditos

En prensa

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997.

Material electrónico

Artículo de revista en formato electrónico

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

Correcciones en Norte nº 14

En el artículo Dilemas en torno a los viejos y nuevos fármacos, cuyos autores son Luis Pacheco, María Etxebeste, Pablo Malo, María Aragües, Mainer Prieto y Enrique Aragües, la última autora es Mainer Prieto y no Miguel Prieto como se reflejaba en la página 49, si bien en el índice de la revista sí aparecía correctamente el nombre.

Así mismo, en este mismo artículo las "meigas" se olvidaron de imprimir las 20 últimas citas bibliográficas.

Salud Mental y atención primaria. Algunos porqués

Ander Retolaza

Médico Psiquiatra

Centro de Salud Mental de Basauri. Osakidetza. Bizkaia

En los últimos años la asistencia psiquiátrica no sólo abarca cada vez más problemas, sino que –por ello mismo– se hace también más inespecífica. La demandas y expectativas parecen crecer sin freno y surgen desde muy diversos contextos. Puede solicitar ayuda o consejo técnico cualquier ciudadano o ciudadana a título particular, los medios laborales (por desadaptación, estrés o bajas), los sindicales (por síndrome del quemado, o “mobbing”), los escolares (por fracaso académico o conductas desadaptadas), los de asistencia social o los sanitarios. Esta situación afecta a diversos ámbitos profesionales (y no sólo psiquiátricos), pero dentro del contexto sanitario –y particularmente en el de la asistencia pública–, desafía de una manera especial a los servicios comunitarios y su organización ambulatoria.

En la medida en que eso que llamábamos (o llamaban los anglosajones) comunidad desaparece a ojos vista, o toma unas formas muy diferentes a las tradicionales, las demandas y expectativas sobre una solución técnica o profesional de muy diversos problemas se han disparado y los contornos de lo que es trastorno o enfermedad mental se han difuminado. La explicación de este fenómeno reside en muchas causas. Algunas de ellas pueden ser las siguientes: la disponibilidad y desarrollo de nuevas y más eficaces tecnologías en el ámbito psicológico-psiquiátrico (fármacos, psicoterapias,...); los avances y nuevos programas de tratamiento médico que suelen conllevar aspectos psicológicos (fecundación asistida, planificación familiar, trasplante de órganos, cirugía estética, oncoterapias, etc...); los intereses comerciales y publicitarios de la poderosa industria del medicamento; la difusión de los problemas psicológico-psiquiátricos y sus posibles soluciones en los medios de comunicación social; la mayor conciencia ciudadana sobre la importancia de los tratamientos tempranos de estos problemas; la responsabilidad ejercida por los poderes públicos sobre la prestación de servicios que, al menos de una forma general, asumen “lo psíquico” como un aspecto más de la salud, pero sin definir unas prestaciones muy concretas o excluir otras; la aparición de nuevas profesiones y profesionales en el ámbito de lo psicológico-psiquiátrico; los cambios sociales acelerados y la rápida desaparición de referentes culturales tradicionales para importantes sectores sociales; la longevidad y el envejecimiento de la población asociadas a la demanda de mayor calidad de vida; la emigración y el mayor contacto con culturas extranjeras, que nos obligan, a casi todos, a replantear hábitos y costumbres a veces muy arraigados y aceptados socialmente; la extensión a gran escala del consumo de sustancias psicótropas muy diversas; la menor tolerancia hacia la violencia social y familiar asociada a una mayor conciencia de igualdad y derechos de ciudadanía; la irrupción de nuevas enfermedades como el SIDA, etc...

En la situación actual parece claro que no podemos ni debemos acabar abordan-

do con una simple asistencia médica (o médico-psiquiátrica) múltiples problemas que, por tener complejos orígenes, deben tener (al menos en parte) otras soluciones y otros tratamientos. No podemos, porque, primero, en el estado actual de desarrollo científico de nuestra especialidad, no existen medios tecnológicos suficientemente eficaces como para solucionar gran parte de los casos que se nos presentan. Segundo, porque el volumen cuantitativo de los problemas y su múltiple origen hace inviable (por lo costosa económica y socialmente, dada la hipertrofia de servicios que produciría) una solución pura o predominantemente asistencial. Pero tampoco debemos hacerlo, debido a los peligros derivados de un proceder generalizado de esta índole, dado el riesgo de Yatrogenia que supone o el elemento de control social de las poblaciones que podría contener. En todo caso lo psicológico-psiquiátrico debe definir mejor sus contornos y no puede aparecer como el único elemento, sino como uno más, en muchas intervenciones (lo que puede mejorar la asistencia, pero complica su adecuada organización y coordinación).

Parece claro que, en un futuro inmediato, el reto para el conocimiento psicológico-psiquiátrico acumulado y las técnicas de intervención de él derivadas debe ser el de someterse a crecientes niveles de exigencia y de verificabilidad en sus procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y, en lo posible, el de lograr una mayor formalización científica. Se precisan modelos teóricos de mayor precisión, coherencia y rigor, que posibiliten una mejora de la calidad técnica e instrumental de las intervenciones. Esto permitirá explorar y desarrollar su potencial y favorecer su enseñanza. También parece claro que la mejor solución ante el volumen del problema que tenemos que enfrentar reside en que los profesionales más preparados dediquen una buena parte de su tiempo a formar a otros profesionales y supervisar las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad mental (su prevención, tratamiento y rehabilitación). Estas se realizan, la mayoría de las veces, en contextos no especializados. Esto debe ser así porque muchas de estas tareas son inespecíficas, pero también porque la difusión de conocimientos técnicos entre no especialistas (actualmente poco desarrollada, pero posible) favorecerá el desarrollo de nuevas tecnologías y activará prácticas profesionales más aquilatadas en contextos asistenciales o de otro tipo. Por otra parte no existe otra posibilidad, salvo la de llenar el mundo de psiquiatras y psicólogos (lo que, además de ser bastante caro, no ha demostrado su eficacia y resulta un poco inquietante). En la actualidad un contexto estratégico y privilegiado, dentro del ámbito asistencial sanitario (hay otros), es el de la Atención Primaria, donde nuevos enfoques y maneras de abordaje de los problemas psíquicos se están desarrollando en todo el mundo (desarrollado o no), desde Canadá, USA o la Unión Europea hasta la India, Sudamérica o el Africa subsahariana.

Múltiples datos, procedentes de investigaciones realizadas en los últimos años, apoyan las afirmaciones arriba expuestas. Se considera que, aproximadamente, entre un cuarto y un tercio de la población adulta mundial padece algún tipo de problema psíquico a lo largo de un año. Afortunadamente la mayoría de estos problemas no son graves y muchos tienen un carácter transitorio. Pero, algunos son susceptibles de cronificarse debido a que no son detectados a tiempo o convenientemente tratados (muchas veces con técnicas muy sencillas). Esta situación aumenta la probabilidad de discapacidades y otras limitaciones importantes, incluidas bajas laborales, y un sufrimiento humano evitable. Si consideramos que en los países más avanzados y con mayor desarrollo asistencial los servicios psiquiátricos pueden proveer atención, como máximo, a un 6% del total de población adulta (casi un 4% en el País Vasco, en la actualidad), las cifras hablan por sí solas.



Según estimaciones de la OMS, en el año 2000, la depresión supuso la cuarta causa de carga social entre el conjunto de las enfermedades, respondiendo de un 4.4% del total de causas de discapacidad ajustadas por años de vida. Si se mantienen las actuales tendencias demográficas y epidemiológicas, las previsiones para el 2020 la habrán hecho ascender a la segunda plaza, con un 5.7% del total de causas de discapacidad. Otra medida similar es la de años de vida vividos con discapacidad. La depresión es aquí ya la primera causa para el conjunto de la población mundial. Considerando cualquier condición médica, ella sola explica un 12% del total de este fenómeno en cualquier edad. Entre los 15 y los 44 años, es decir para el sector de población más joven y productivo, la depresión sigue siendo la primera del "ranking", pero asciende a un 16.4% del total de las causas que provocan años vividos con discapacidad. Además, en este grupo de edad, los problemas relacionados con el abuso de alcohol y la esquizofrenia ocupan la segunda y tercera plazas, con un 5.5% y un 4.9% del total de causas. Esto significa que los trastornos mentales suponen, por sí solos, una enorme parte de las cargas de todo tipo debidas al conjunto de enfermedades crónicas. Este peso lo soportamos casi todos. Primero los pacientes y sus familias, en segundo lugar el sistema asistencial (sanitario y social), pero también el sistema productivo y el de seguridad social, allí donde éste existe.

Siguiendo con la depresión, datos aportados por la OMS en su último informe, procedentes de seis estudios epidemiológicos, avalan que su prevalencia es entre vez y media y dos veces superior entre la población con bajos ingresos cuando se la compara con la de altos ingresos. Los pobres, que o disponen de servicios públicos o no disponen de nada, sufren más depresión que los ricos, tanto en el primer mundo (Finlandia, Alemania, Holanda, USA) como en el tercero (Etiopía, Zimbawe,...).

El hecho de padecer enfermedades médicas crónicas o serias (no necesariamente mortales) aumenta considerablemente la probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos diversos. Entre los pacientes de los servicios médicos generales la proporción de trastornos psiquiátricos está entre un 20% y un 30% (entre uno de cada tres y uno de cada cinco pacientes vistos por un médico general). La mayor frecuencia se da asociada a las enfermedades neurológicas y cardiovasculares seguidas del cáncer y las pulmonares. Por diversos motivos (casi ninguno atribuible a negligencia médica) sólo un 50% de estos pacientes es detectado.

Aún así algo debe de estar cambiando porque la frecuentación de servicios psiquiátricos está en franco progreso (92,1 por 10.000 de promedio en España, 195,5 en Navarra y 237,5 en el País Vasco). No se puede decir lo mismo de los recursos que se han estancado en la última década. Pero, si aún falta bastante para llegar a los estándares de los países más ricos y con mejores servicios, la tasa de profesionales "psi" por habitante, en el País Vasco y Navarra, está entre las más altas del Estado. Algunos consideran que un mayor número de personal especializado genera más demanda asistencial o, incluso, podría inducirla artificialmente. A la luz de los datos expuestos esto no parece ser así, aunque también es cierto que, una vez alcanzado un punto (al que aún nos falta algo para llegar), tampoco es la solución mejor. Hay que prestar más y mejores servicios para la población, mejor definidos y más cercanos a su entorno (o sea más comunitarios), pero ¿quién debe proveerlos? ¿a qué precio? ¿quién debe sufragar los costes? ¿aumentarán los servicios de pago? ¿nos dejaremos subir los impuestos?

Podemos clasificar los trastornos mentales en dos grandes grupos. Por un lado



estarían los que denominaríamos como “comunes” y más frecuentes. Tal es el caso de los cuadros ansiosos, los depresivos, las fobias, los trastornos de pánico, los problemas por consumo de alcohol o de drogas y el estrés, que, sobre todo, se manifiesta mediante síntomas somáticos. En segundo lugar estarían los trastornos “graves” y menos frecuentes, como la esquizofrenia, los trastornos bipolares y algunos trastornos de personalidad. El primer grupo suele ser atendido, en su mayor parte, en la Atención Primaria, mientras que el segundo precisa siempre de la intervención de un servicio psiquiátrico especializado. Sin embargo muchos de los trastornos, independientemente de su severidad, requieren que la atención sea compartida por los centros de Atención Primaria y los de Salud Mental.

En la actualidad en España se dedica algo menos de un 7% del PIB al gasto sanitario total. En el País Vasco, aproximadamente un 8% de ese gasto sanitario es destinado a la asistencia psiquiátrica especializada, incluyendo la parte que corresponde a los hospitales psiquiátricos y servicios de psiquiatría en hospital general. En nuestro país, como en la mayoría de los de Europa, los servicios especializados de salud mental desarrollan su actividad junto con los de Atención Primaria. Resulta, pues, imperativo identificar aquellos métodos que resulten más coste-efectivos para atender al conjunto de los enfermos mentales y para garantizar que no dupliquemos innecesariamente los recursos dedicados a la asistencia de estos pacientes.

A la vista de lo que conocemos por los datos epidemiológicos relativos a la distribución de los trastornos mentales, no parece viable que los psiquiatras y psicólogos puedan proporcionar atención directa a todos y cada uno de los pacientes con trastorno psíquico. Ni siquiera parece factible que, en la mejor de las situaciones, puedan dar un asesoramiento directo a cada uno de los médicos generales. Sin embargo resulta esencial que en la Atención Primaria se instauren los mejores y más excelentes estilos de trabajo en este área y que los médicos de familia puedan consultar con profesionales de la salud mental y acceder a ellos cuando lo precisen.

Nuestra asociación, con la Asociación de Medicina Familiar y Comunitaria tiene prevista la organización de actividades y encuentros al objeto de proporcionar un marco de reflexión y puesta al día en técnicas e intervenciones para problemas de salud mental, apropiadas al contexto de la Atención Primaria y aplicables en el mismo. También deseamos abrir un espacio de encuentro entre profesionales, experimentados o en fase de formación, y entre equipos de trabajo de distintos niveles asistenciales. La cooperación es el futuro si deseamos desarrollar nuestras tareas con mayor satisfacción. Para nosotros, para la población que atendemos e incluso para la institución.



e-mail: basauri@smeb.osakidetza.net

Bibliografía:

- 1.-Goldberg D: Prólogo. En Psiquiatría en Atención Primaria. Vázquez-Barquero JL (Ed.). Aula Médica. Madrid, XIX-XX. 1998.
- 2.-Retolaza A: Epidemiología de los trastornos mentales en Atención Primaria. En Psiquiatría en Atención Primaria. Vázquez-Barquero JL (Ed.). Aula Médica. Madrid, 55-72. 1998.
- 3.-Thornicroft G, Tansella M: Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychol Med.*;29:761-767. 1999.
- 4.-World Health Organization: The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. <http://www.who.int/whr/2001/main/>

Concepto actual de locura y las nuevas formas de tratamiento

Enrique Gonzalez Duro

Psiquiatra
Hospital G. Marañón. Madrid

Hubo un tiempo demasiado lejano -o no tan lejano- en que un grupo de jóvenes psiquiatras, los que militábamos en la llamada corriente antipsiquiátrica, reivindicábamos de un modo un tanto provocador el uso de la noción y la palabra locura. Una palabra de amplio uso popular, ambigua y de múltiples acepciones, que se aplicaba sin ningún rigor, pero con la mayor naturalidad. Definir la locura era casi imposible, pero tampoco era necesario, porque no se trataba de un concepto científico-técnico sobre el que únicamente el “sabio” especialista podría pontificar. Era una concepción enteramente popular, que todo el mundo conocía, entendía y podía oponerse, precisamente por su ambigüedad y fácil revocabilidad. Ciertamente, llamar loco a alguien porque incordiaba a los demás, podía resultarle fastidioso o denigratorio, pero nunca le significaba un calificativo definitivo y mucho menos definitivo, justamente por no estar avalado por un diagnóstico psiquiátrico. En cambio, diagnosticarle de demente, de esquizofrénico, de psicópata o simplemente de histérico le suponía casi automáticamente un estigma social negativo y el correspondiente tratamiento correctivo.

Con el diagnóstico psiquiátrico, el loco reconvertido en enfermo mental y sometido a tratamiento, incluso en contra de su voluntad. Porque la psiquiatría de entonces era omnipotente frente al loco o enfermo mental, cuyo discurso negaba por incoherente y cuya palabra solo servía para verificar un diagnóstico. Le era muy fácil

diagnosticarle, tratarle y curarle, lo que a menudo suponía corregir su conducta, reeducarlo y domesticarlo. Lo curioso era que muchos enfermos curados de este modo, debían pasar larguísimos años en el manicomio. Entonces se decía que los enfermos mentales eran incurables, o que podían recaer si eran dados de alta... Y sin embargo, la psiquiatría creía tener suficientes “armas terapéuticas” para curar a los locos, aunque para ello tuviera que encerrarlos y tratarlos coercitivamente: choques biológicos, abscesos de fijación, contención mecánica, celdas de aislamiento, lobotomías, altas dosis de psicofármacos, etc. Y de hecho, la psiquiatría curaba, tal vez demasiado, a unos enfermos que no se consideraban enfermos y que no deseaban ser curados, al menos de aquellos modos y maneras.

Con el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, el loco perdía gran parte de su condición humana y adquiría la categoría de enfermo, de simple portador de síntomas de una extraña enfermedad, que debían ser eliminados a toda costa. Porque el loco era peligroso, o podía serlo en cualquier momento, y por eso era preciso detectarlo precozmente, internarlo, tratarlo y curarlo... Frente a esta noción de enfermedad mental como algo incomprendible, de origen misterioso y con riesgo imprevisible de peligrosidad social, nosotros preferíamos la noción popular de la locura, que se presentaba como un fenómeno inclusivo de la condición humana, que surgía en un determinado contexto socio-familiar, como el

subproducto de un proceso contradictorio que había pesado sobre el sujeto a lo largo de toda su vida. Para nosotros, la locura era un discurso, extraño, pero susceptible de ser analizado y comprendido en términos de dinámica interactiva, de la propia biografía, etc. Un discurso que, en el fondo, expresaba las contradicciones de la familia y de una sociedad racionalista en exceso, aunque alienada en cuanto a la verdadera satisfacción de las necesidades humanas. De una sociedad que, al no poder integrar “felizmente” a todos sus miembros excluía a los que no se adaptaban a la realidad normativa. Esa función excluyente y clasificadora la asumía la psiquiatría oficial.

La psiquiatría quiso apropiarse de la locura de un modo monopolista. Y la desenraizó del contexto en que emergía, la desocializó y la vació de contenidos personales, convirtiéndola en enfermedad mental, una categoría abstracta análoga a la verificada empíricamente en la enfermedad somática. La enfermedad mental fue considerada como un “desorden interior” de quien la padecía, que podía producir “desorden exterior”, en la familia, en el trabajo, en la sociedad. Por eso era preciso corregir ese “desorden interior,” sobre todo para normalizar la conducta desviada y restablecer el orden natural de las cosas. Claramente se deducía la ideología conservadora e incluso reaccionaria de aquella psiquiatría, que desempeñaba una importante misión de “defensa social,” aunque utilizando un hábil disfraz médico. Catalogando a los perturbados o perturbadores mentales como enfermos, y tratándolos como tales, los colocaba en una posición de inferioridad social y dependencia a la familia, al psiquiatra o al manicomio, se les negaba el derecho de gobernarse a sí mismos, incapacitándolos “de facto”

Por todo ello, nosotros preferíamos tratar más con locos que con enfermos mentales. A los locos no podía vérselos como seres inferiores, tarados o deficitarios, sino como gente que sentía, y sentía mucho, que sufría más de lo que se podía imaginar y que sí, a veces, se mostraba de un modo poco inteligible, era por su propia dificultad de comunicación, por su aislamiento y por el rechazo e incompreensión de quienes les atendían. Como locos, podíamos verlos como personas si sabíamos acercarnos lo más posible y comunicarnos con ellos. Y

cuando realmente lo hicimos, cuando acortamos la “distancia” que nos separaba de ellos, pudimos percatarnos de que no eran tan “diferentes,” que era posible la compasión, el sentir como ellos, el identificarnos con ellos. La locura de los otros podía servirnos como espejo más o menos deformante de nuestra realidad psíquica, de nuestra propia locura reprimida. Por eso la locura asustaba y tendía a proyectarse en otros, pero también atraía, fascinaba y contaminaba. La locura podía ser asimilada como un fenómeno colectivo, y redistribuida dentro de una misma comunidad, para que unos no fueran tan loco, ni otros tan normales. Y así todos seríamos más felices y más libres.

¿Fue aquello una utopía?. Parcialmente, no. Se avanzó mucho, aunque también se regresó bastante. Se criticó eficazmente la función de la psiquiatría llamada científica, y se luchó duramente contra la Bastilla que representaba el manicomio. Se cuestionó la medicalización de la locura y se abrió la posibilidad de intervención de otros profesionales, potenciándose métodos terapéuticos más comprensivos, más compasivos, más suaves: la psicoterapia, la terapia de grupo, la comunidad terapéutica, la terapia de familia, y los psicofármacos, cada vez más eficaces y con menos efectos secundarios, se usaron con moderación. La psiquiatría tradicional hubo de recular y replantearse muchas cosas, aunque esperaba mejores tiempos, como lo que en parte ya han vuelto. Sucesivamente se pusieron en marcha ambiciosos proyectos de reforma psiquiátrica en el sector público: la Psiquiatría Social en Gran Bretaña, la Psiquiatría Comunitaria en Estados Unidos y Canadá, la Psiquiatría de Sector en Francia y Suiza, la Reforma Italiana, la tímida y tardía Reforma Psiquiátrica en España, etc. Se progresó mucho en poco tiempo, pero surgieron importantes contradicciones que se resolvieron mal. Y vinieron los fracasos con respecto a los objetivos planteados, los frenazos administrativos, la resistencia de los intereses creados, estancamiento, parálisis y hasta miedo a represalias. Luego sobrevino ese híbrido de la llamada salud mental, cuyas políticas han sido diseñadas por gestores y no profesionales. Pese a sus bellos proyectos preventivos y comunitarios, la salud mental se ha insertado admi-



nistrativamente en el sistema de salud general, posibilitando la remedicalización, el retorno del objetivismo médico y de la psiquiatría biológica y la reconversión definitiva de la locura en enfermedad mental. No obstante y con respecto a tiempos pasados, la situación de los enfermos mentales en la sociedad ha mejorado notablemente. La vida en la mayoría de los servicios de salud mental se ha humanizado, tienden a reconocerse los derechos humanos de los pacientes, y su organización como centros de servicio público se ha acercado a las crecientes demandas de buena parte de la población. Pero, sin duda, lo más novedoso ha sido que, al cabo de los siglos, los locos están dejando de ser considerados como peligrosos sociales. Están siendo sustituidos en el imaginario colectivo de los horrores por otros chivos expiatorios: delincuentes, drogadictos, terroristas, inmigrantes o talibanes. Para la psiquiatría clásica, la peligrosidad del enfermo mental era una noción bastante misteriosa y profundamente paradójica, puesto que implicaba al mismo tiempo la afirmación de una cualidad inmanente en el loco (ser peligroso) y una simple probabilidad, de la que podría cometer una acción violenta. En realidad, era sólo una hipótesis nunca verificada en la mayoría de los casos: todos los locos, aún lo más inofensivos, eran misteriosos portadores de una amenaza violenta, aunque la realización de esa amenaza era aleatoria y escasamente probable.

En caso de duda, el psiquiatra prescribía la reclusión manicomial del loco, o no la daba de alta aunque estuviese clínicamente "curado". A menudo, el encierro se perpetuaba simplemente como una brutal medida preventiva, y ese encierro indefinido del loco evidenciaba tautológicamente su peligrosidad social. Pero era una prevención en gran parte inaplicable, porque no se podía encerrar a gran cantidad de gente por una simple sospecha de peligrosidad, aunque sólo fuera porque el coste de esta operación sería enormemente desproporcionado. Aún así, los manicomios, por numerosos y grandes que fueran, siempre estaban repletos de internos, en pésimas condiciones de vida. Y los límites del encierro se hicieron cada vez más evidentes, a medida que la peligrosidad del loco era una noción cada vez más extensa y poliva-

lente. ¿Qué se podía hacer entonces?. Al cabo de muchísimo tiempo se vio que no había otra salida que la humanización del enfermo. La popularización de la antipsiquiatría, allá por los años 60 y 70, derumbó el secreto de la institución psiquiátrica, y la miseria humana que albergaba conmovió a la opinión pública, que se fue convenciendo de la escasa peligrosidad del loco y la injustificable crueldad de su encierro. Fue el comienzo del manicomio, y el comienzo de la "salida del armario" del loco a la calle. La gente le fue perdiendo el miedo al loco, y el loco se lo fue perdiendo al psiquiatra, n cuanto se percató de que éste podía atenderlo sin privarlo de su libertad. Y el psiquiatra dejó de sentirse guardián del orden público, social o familiar.

Con la ayuda de los psicofármacos y el trato humano, y a veces psicoterapéutico, de los profesionales de la salud mental, resultó que los locos estaban menos locos de lo que todos imaginaban. Muchos aceptaron el status de enfermos, porque socialmente era más respetable y porque así podían ser escuchados, recibir consejo y medicinas y obtener alguna pensión o ayuda económica. Otros no se sometieron a ningún control y rechazaron las migajas que se le ofrecían, y sobre todo los que habían sido "salvajemente" desinstitucionalizados de los manicomios y abandonados a su suerte, se convirtieron en vagabundos callejeros. Hubo gente, los buenos ciudadanos de siempre, que se escandalizó y protestó en los periódicos del "bochornoso" espectáculo de la miseria en la vía pública. en Nueva York la municipalidad tomó cartas en el asunto, y el psiquiatra español Rojas Marcos puso en marcha un programa para eliminar de las calles de Manhattan a los enfermos mentales sin hogar y someterlos a tratamiento coercitivo. Diariamente, las ambulancias llevaban al Hospital Psiquiátrico de Bellevue a decenas de personas sin hogar presuntamente necesitadas de internamiento inmediato y potencialmente peligrosas. El Dr. Rojas Marcos declaró en 1987: "Este es el comienzo del renacimiento de la necesidad de los asilos o manicomios." Sin embargo, una de estas personas, la Sita. Brown, desafió el derecho del municipio a internarla y tratarla en contra de su voluntad, y finalmente logró ser liberada. De modo que

aún persiste el perjuicio de la peligrosidad del enfermo mental, incluso en países como Estados Unidos. Tan es así que el abogado de un reo para el que se pide la pena de muerte cometerá un grave error si alega enfermedad mental, porque el jurado creerá que el acusado, aunque no fuese el autor de ningún crimen, podría cometerlo en el futuro.

Pese a todo, ese concepto de la peligrosidad del enfermo mental está en franca regresión. Diversos investigadores han demostrado que muchos de los llamados síntomas psiquiátricos pueden interpretarse como intentos de adaptación del sujeto ante una situación vivida como intolerable, cumpliendo funciones positivas. En especial, en el caso de las mujeres, entre quienes el reconocimiento de síntomas psiquiátricos no se toma como una forma de debilidad, tal vez porque esos síntomas no se apartan demasiado del estereotipo tradicional del comportamiento femenino, es muy probable que la enfermedad sea un intento positivo de afrontar una situación insostenible y de obtener apoyo de los demás. Esto se ve claramente en la depresión, en la que el enfermo o la enferma obtienen ventajas que de otro modo no tendría: apoyo y afecto de la familia, evitación de responsabilidades y exigencias cotidianas, atención médica o psicológica, etc. De modo que el diagnóstico de enfermedad puede ser ventajoso para ciertos grupos sociales que carecen de recursos para manejar su vida de otra forma, sin dejar por ello de ser iatrogénico y encubridor de la problemática de base. El tratamiento médico puede aliviar los síntomas del paciente, pero si no se desentraña esa problemática, la enfermedad que la enmascara puede cronificarse y requerir la toma indefinida de medicamentos. Lo malo es cuando el paciente entrevé que su problemática es difícil o insoluble, porque entonces preferirá aliviar sus síntomas con medicamentos, aunque sea por tiempo indefinido.

Aunque la mayoría de las personas consideraría que la estancia en un hospital o unidad psiquiátrica como una experiencia que ha de ser evitada a toda costa, hay individuos que creen obtener beneficios de su estancia hospitalaria: puede sacarles temporalmente de una situación particular-

mente tensa y difícil proporcionándoles una tregua en la que pueden mejorar su relación con los demás. Corren, sin embargo, el riesgo del hospitalismo, por el cual creen que no pueden vivir sin la protección permanente del hospital. Las estadísticas revelan el hecho de que las mujeres, los pobres y aislados, los desempleados, los "sin hogar" y las personas de edad avanzada tienen más probabilidades de ser hospitalizados que los otros grupos sociales, precisamente por su carencia de otros recursos. No obstante, para la mayoría de la gente el ser clasificado como enfermo mental sigue siendo un estigma social negativo, que puede ser definitivo y que finalmente puede llevarle a la incapacidad civil. Ello no impide que haya grupos de autoayuda que utilizan deliberadamente la clasificación estigmatizante, no por rebeldía o para intensificar su desviación social, sino para lograr un comportamiento más adaptado a la sociedad. El ejemplo más definido es el de Alcohólicos Anónimos, cuyos miembros son forzados a declararse alcohólicos, como si el beber fuese un pecado original contra el que han de luchar de por vida. De este modo, se crea el extraño concepto del alcohólico que no bebe nunca, tra el convencimiento de que puesto que se es alcohólico por y para siempre, no se puede beber. Y con mucho voluntarismo, con la ayuda mutua y predicando con el ejemplo, el enfermo puede dejar de beber, pero no se cura, ya que es incurable y como es incurable, no precisa médico.

En el caso de los deficientes mentales, el rótulo se lo ponen los padres, tras los oportunos exámenes médicos y las evaluaciones psicológicas pertinentes. Con el rótulo de deficiente, los sujetos concernidos son enviados a circuitos especiales no médicos: escuelas especiales, talleres protegidos, centros de ayuda para el trabajo, etc., donde son invitados a trabajar de un modo no competitivo y escasamente productivo. El deficiente no será curado, entre otras cosas porque no es considerado enfermo, pero ni tan siquiera será rehabilitado o resocializado, y vivirá sobreprotegido por una familia angustiada que le impedirá el contacto con gente normal de su edad por miedo a que sea abusado. De ahí que los padres del deficiente hayan conseguido poder esterilizarlos en contra de su volun-



tad, pero legalmente. Un camino similar parecen haber emprendido las asociaciones de familiares de enfermos esquizofrénicos, que dicen luchar por la rehabilitación de sus hijos al tiempo que solicitan su incapacitación, o sea su muerte civil, y que en Estados Unidos han pedido que la esquizofrenia sea declarada una enfermedad puramente biológica, recomendando a sus miembros que no sigan terapias familiares. ¿Y qué decir de las familias autoorganizadas de las supuestas anoréxicas?. En muchos casos, son esas familias las que han forzado el diagnóstico de la anorexia, multiplicando su número de tal modo que parece haberse producido una epidemia, al margen de cualquier control sanitario. ¿Quién está más loco?. ¿Quién es más peligroso?. La psiquiatría está en crisis, y no sabe qué decir. ¿Y la salud mental?. Con el neoliberalismo imperante, el Estado se inhibe y sólo presta los servicios mínimos a los más necesitados. El que quiera salud, que se la pague y que elija entre las muchas ofertas del supermercado de lo "psi". Es el modelo americano.

Desde hace unos veinte años la psiquiatría se encuentra ante la dificultosa tarea de responder a la imparable demanda de mucha gente que tiende a psiquiatrizar o psicologizar el sufrimiento que le genera la dificultad de vivir, la frustración de su afán de éxito, la sensación de haber fracasado o el miedo al fracaso, la imposibilidad de amar o ser amado, la soledad, el aislamiento, la carencia de raíces, la difusión de la propia identidad, etc., y que busca una solución rápida y efectiva para sus vidas. Desconectada de su pasado inmediato y con un futuro incierto, precisa de felicidad aquí y ahora, sin drogarse, sin beber, sin fumar y sin transgredir ninguna norma, y la busca en quien se la ofrezca.

En la medida en que los psiquiatras no quisieron o no pudieron despsiquiatrizar esos problemas, descodificando la demanda y ofreciendo vías de solución grupales o colectivas, mucha gente reorientó su demanda hacia otros profesionales o consejeros. Cayó el umbral de lo que la gente consideraba como enfermedad psíquica aumentando el volumen total de esas enfermedades, de lo que se beneficiaban los psicólogos, los trabajadores sociales y demás profesionales de la salud mental.

Para los psiquiatras cuyos ingresos provenían fundamentalmente de la práctica privada, fue preocupante esa potencial pérdida de clientela. Por eso tuvieron un claro interés en patologizar cualquier comportamiento más o menos anómalo o doliente, trivializando la patología psiquiátrica. Y así por ejemplo, ya en los años 60 los psiquiatras americanos no tuvieron inconveniente en definir como patológica la conducta rebelde de muchos jóvenes. Primero hablaron de una "disritmia cerebral difusa" y cuando este diagnóstico quedó descartado, se pensó en la "hiperactividad y falta de atención de los escolares". En 1980 se reconvirtió en "trastorno de déficit de atención con hiperactividad", incluso en el famoso DSM-III. Nunca se llegó a saber ciertamente si los muchos escolares diagnosticados de "hipercinéticos" tuvieron efectivamente un trastorno orgánico verdadero, pero la cuestión era que esos jóvenes debían ser objeto de tratamiento médico o no. Y lo fueron: en 1995 los médicos americanos hicieron seis millones de recetas de "Ritalin", y dos millones y medio de escolares americanos tomaron dicho fármaco. Era una forma de mantener la cuota de mercado, frente a otros profesionales que no podían prescribir medicamentos.

Asimismo, los límites de lo que constituía una depresión se fueron aumentando extraordinariamente, tornándose en disforia o distimia, sinónimo de infelicidad, con pérdida de apetito e insomnio. De este modo, la depresión se fue convirtiendo en el trastorno por excelencia de la práctica psiquiátrica, que disponía de antidepresivos cada vez más eficaces. Los médicos preferían diagnosticar lo que podían tratar fácilmente con fármacos. Por otra parte, los "trastornos de personalidad" aumentaron considerablemente, convirtiéndose en el cajón de sastre de la psiquiatría. Los llamados "trastornos de la personalidad múltiple" irrumpieron desde la oscuridad en los años 80 y se transformaron en casi una epidemia, que ya ha desaparecido tan misteriosamente como apareció; y de los "trastornos de la personalidad antisocial" podría decirse algo parecido. En muchos casos, estos y otros trastornos de personalidad no son sino una acentuación de los rasgos característicos de determinadas personalidades. Y dar categoría de enfermos a gente porque resulta problemático o

difícil a otras personas no puede significar otra cosas que patologizar una conducta esencialmente normal, aunque molesta o inquietante. Con tales diagnósticos, se rebaja el umbral de los individuos que se consideran enfermos, y en consecuencia, aumenta el número de enfermos mentales. Y más aún, el número de pre-pacientes, con síntomas del “nivel subumbral” o con pródomos poco apreciables a simple vista.

Así, se diluye el concepto de enfermedad, aunque resulta altamente rentable para muchos. Aunque no era sólo el interés económico, porque desde los años 60 y 70 la psiquiatría americana no quería quedarse rezagada con respecto a la psicoterapia, que por entonces de demandaba crecientemente y que el tratamiento psicoanalítico sólo podía cubrir en muy escasa proporción. Mientras la psiquiatría, medicalizándose, trataba de aumentar su cuota de mercado, la competencia en el mercado de la psicoterapia iba en aumento, porque mucha gente no se conformaba con medicamentos, y quería hablar, desahogarse, ser aconsejada... El desafío inicial le había venido de la asistencia social, cuyos profesionales, tras la Segunda Guerra Mundial, comenzaron a hacer psicoterapia en grupos pequeños y entre familiares de enfermos. Los psicólogos entraron en el mercado de la psicoterapia a partir de 1951, cuando Carl G. Rogers publicó su libro “Terapia centrada en el cliente.” La psicoterapia de Rogers no requería el dominio de un sistema terapéutico tan complejo como el freudiano, pues bastaba con la creencia en los buenos sentimientos para que el paciente pudiera reconstruirse a sí mismo. Según Rogers, “el individuo tiene dentro de sí mismo amplios recursos para la comprensión, para alterar el concepto de sí mismo, sus actitudes y su conducta autodirigida”, y estos recursos podía utilizarlos si se le proporcionaba un clima de “actitudes psicológicas facilitadoras.” O sea, era una psicoterapia simple que fácilmente podían realizar los psicólogos. Luego llegaron los conductistas, dando soluciones prácticas para muchos problemas psicológicos y psiquiátricos, incluida la homosexualidad. Inicialmente los psiquiatras reaccionaron contra el intrusismo de todas estas psicoterapias no médicas, pero finalmente ganaron los psicólogos, aunque solo fuera por

su mayor número. Y la psicoterapia no médica se convirtió en una actividad en expansión, atendiendo inicialmente la demanda de gente descontenta de sus vidas, que no sufrían de síntomas característicos de enfermedades psíquicas, aunque podrían haber sido catalogados como pacientes. La psiquiatría se venía abajo porque iba perdiendo su sitio. Los psiquiatras habían sido preparados para tratar enfermedades psíquicas más o menos severas, pero en sus consultorios privados atendían sobre todo las psiconeurosis más leves y lucrativas. Al hacerlo así, se vieron compitiendo con los psicólogos y otros profesionales de la salud mental. Y para no perder su cuota de mercado, continuaron ampliando la definición de enfermedad, con objeto de incluir conductas y síntomas considerados pre-clínicos y atender a la gran demanda del público americano de una psicoterapia para atender sus problemas cotidianos.

El riesgo de errar por el desierto aumentó cuando la psiquiatría optó por el diagnóstico medicalizante. Porque no era fácil para la psiquiatría, donde, a diferencia de la medicina somática, la etiología era desconocida en la mayoría de los casos, y la enfermedad mental era clasificada sobre la base de los síntomas y no de las causas. Otro riesgo eran las distintas tradiciones nacionales en los criterios clasificatorios de las presuntas enfermedades mentales. Nadie utilizó tanto el diagnóstico de esquizofrenia como los psiquiatras americanos. Y contaban además con la resistencia de muchos psiquiatras de inspiración psicoanalítica, que daban mayor importancia a las claves psicodinámicas de los pacientes que a su diagnóstico psiquiátrico. Con todo, la psiquiatría comenzó pronto a plantearse la necesidad de obtener un diagnóstico correcto para el tratamiento de las enfermedades mentales. La disponibilidad de medicamentos específicos para la psicosis y la depresión hizo del diagnóstico médico una necesidad práctica.

En 1948 la Asociación Psiquiátrica Americana nombró un comité de nomenclatura que se puso a trabajar para elaborar un solo sistema de clasificación de enfermedades, y en 1952 se publicó el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales,” más conocido como el DSM-I.



Dicho Manual refleja el saber del comité que lo había elaborado, de inspiración psicoanalítica en la mayoría de sus miembros, aunque seguía admitiendo el término de "reacción" (reacción esquizofrénica, reacción antisocial, etc.) como reconocimiento al pionero de la psiquiatría americana, Adolph Meyer. El auge del Psicoanálisis de los años 60 en la psiquiatría americana se reflejó aún más claramente en el DSM-II, que apareció en 1968. El término "reacción" fue sustituido por el de "neurosis" y el tradicional clásico término freudiano "histeria" apareció reemplazando a la "reacción de conversión" y a la "reacción disociativa." Entre los que habían redactado el DSM-II figuraba el psicoanalista Robert Spitzer, que luego renegó del psicoanálisis y decidió llevar el diagnóstico psiquiátrico en dirección contraria, en el sentido de que el diagnóstico fuese lo más preciso posible y que se correspondiese con lo que presumiblemente eran "entidades naturales" de la enfermedad; era lo que el alemán Kraepelin había comenzado a hacer a principios del siglo XX. Había que crear criterios operativos para determinar exactamente qué síntomas habían de estar presentes para que un médico pudiera hacer un diagnóstico.

Spitzer conectó con un grupo de psiquiatras que trabajaban en Saint-Louis con intereses similares a los suyos: química cerebral, biología y clasificación, temas por entonces pasados muy de moda. Formaron el grupo de los "neokraepelinianos", famosos por sus trabajos de investigación biológica en las enfermedades mentales. En 1972 este grupo, dirigido por Feighner, publicó la primera serie de criterios rigurosos para realizar el diagnóstico. Así, para diagnosticar un paciente depresivo, éste debía tener: a) un estado de ánimo disfórico; b) por lo menos cinco de una lista de ocho criterios, incluyendo el escaso apetito, los sentimientos de culpa; c) que la enfermedad durara por los menos un mes antes de que el paciente buscara ayuda. Y se anunciaron un conjunto de criterios para una completa gama de trastornos psiquiátricos. Los "criterios de Feighner" permitieron la estandarización del diagnóstico de una clínica a otra, de una universidad a otra, de un país a otro. Y fueron plenamente asumidos por Spitzer.

En 1974 el director médico de la Asociación

Psiquiátrica Americana se reunió con Spitzer y con el psicólogo Theodore Millón, y de esa reunión salió el equipo encargado de elaborar el DSM-III, dirigido por el propio Spitzer y cuyos miembros se decantaban mayoritariamente por la psiquiatría biológica. El DSM-III se publicó en 1980, siendo recibido como una victoria de la ciencia. Y a partir del asentamiento presuntamente científico de este tercer Manual, la psiquiatría americana regresó al mundo de la medicina, aplicando el modelo médico al diagnóstico psiquiátrico y minimizando el modelo "biopsicosocial" de la llamada salud mental. Tal reposicionamiento de la psiquiatría americana tuvo un gran impacto en todas partes. A principios de los 90, el DSM-II, o la versión revisada del que apareció en 1987 (DSM-III-R) se había traducido a veinte idiomas, convirtiéndose en el libro básico para la formación académica de los psiquiatras de todo el mundo, que pasaba la página al enfoque psicoanalítico o psicodinámico. Se había vuelto a los principios positivistas del siglo XIX, rechazándose de plano cualquier planteamiento antipsiquiátrico.

Sin embargo, la psiquiatría al estilo del DSM-III, parecía dirigirse, de algún modo, al desierto, porque, lejos del rigor diagnóstico que se pretendía, el vaso de lo patológico seguía bajando. Y así, de los 180 trastornos mentales descritos en el DSM-II se pasó a los 265 del DSM-III y a los 297 del DSM-IV, publicado en 1994. ¿Podía verdaderamente dividirse la "naturaleza psiquiátrica" en 297 partes?. El interminable desfile de síntomas y trastornos causaba la impresión de que podría irse de las manos. Realmente, ya se había ido de las manos, porque el equipo que redactó el DSM-III tuvo que hacer concesiones a las muchas presiones ideológicas que recibió. En primer lugar, tuvo que eliminar de sus listas a la homosexualidad, porque los grupos autoorganizados de homosexuales fueron muy activos y se negaron en rotundo a ser considerados como entes patológicos: felizmente. Por contra, los psicoanalistas no tuvieron ningún éxito al oponerse a la desaparición del término "neurosis" del DSM-IV, con lo que Freud quedaba eliminado de un plumazo.

Otro caso curioso fue la invención del llamado "trastorno de stress postraumático." En los años 70 los veteranos del Vietnam,

constituidos en un poderoso grupo de presión, creían que sus dificultades para reintegrarse en la sociedad eran de carácter psiquiátrico y podían explicarse como resultado del trauma de la guerra: el “trauma masivo retardado” podía producir posterior “culpa, rabia, la sensación de ser un chivo expiatorio, torpeza y alienación.” Hubo una fortísima campaña nacional, y el “trastorno del stress postraumático” fue una realidad clínica, y como tal, incluida en el DSM-III. Como alguien dijo, “el trastorno del stress postraumático está en el DSM-III porque un grupo de psiquiatras y veteranos trabajaron consciente y deliberadamente durante años para ponerlo ahí. Estos, por fin, tuvieron éxito porque estaban mejor organizados, más políticamente activos y tuvieron más suerte que sus opositores.” La experiencia de los homosexuales y de los veteranos del Vietnam dejaba claro que el diagnóstico psiquiátrico, o el no diagnóstico, era para quien se lo trabajaba.

El “trastorno de stress postraumático” ha sido considerablemente ampliado en el DSM-IV, aplicándosele secundariamente a los más diversos acontecimientos traumáticos: ataques personales violentos (agresiones sexuales y físicas), atracos, robos de propiedades, ser secuestrado, ser tomado como rehén, ser torturado, encarcelamiento como prisionero de guerra o en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves, diagnóstico de enfermedades potencialmente graves, constancia de que el propio hijo padece una enfermedad muy grave, etc, etc. Si bien transformar a las víctimas de todos estos traumas en pacientes ha permitido la consecución de pensiones o ayudas, también ha tenido consecuencias alienantes o encubridoras. El significado político y moral de un trauma como consecuencia de la violencia política o doméstica ha sido totalmente eufemizado o evitado. En su lugar, la violencia ha sido tratada como un trastorno autónomo y propio del sujeto afectado, susceptible de alguna terapia por haber sido apaleado, violado o por haber visto como asesinaban a sus familiares o amigos.

En el trasfondo de la evolución de las series del DSM yacía el continuo declive del psicoanálisis. Del DSM-IV se eliminó el término “neurosis” porque un nuevo grupo de trabajo se dio cuenta de que ahora tenía suficientes votos para acabar con él. Sin embargo

irónicamente, la caída del psicoanálisis contribuyó a confundir a una psiquiatría que pretendía caminar hacia la ciencia y mantener su cuota de mercado, porque las psicoterapias no analíticas crecieron vertiginosamente de tal modo que en los años 70 se podían contar por lo menos 130 versiones: la gestaltterapia, el rölling, la bioenergética, el counselling, el análisis transaccional, el gripo primario, la hipnosis, etc. También hubo confusión y desorientación en el “ala biopsicosocial” de la psiquiatría comunitaria, y de la salud mental, cuyos planteamientos principales provenían de concepciones psicodinámicas. Sin Freud, ¿qué terapia aplicar a los pacientes?. ¿La terapia de conducta, la terapia de grupo, la terapia de familia, el psicodrama o la farmacoterapia?. Al cabo del tiempo, los psicofármacos parecen haber ganado la partida por goleada.

Entre las diversas causas que contribuyeron a la decadencia del psicoanálisis, fue importante la negativa o la resistencia de las compañías de seguros a pagar una psicoterapia tan larga como la analítica. Y el caso Osherof fue tremendamente significativo. Rafael Osherof era un médico de 42 años, que en 1979 fue ingresado en la famosa clínica psicoanalítica de Chesnut Lodge con síntomas de depresión. Durante siete meses fue tratado con cuatro sesiones de psicoterapia analítica a la semana, negándosele toda medicación pese a su requerimiento. Por fin, el paciente fue trasladado a otra clínica, donde fue tratado con medicamentos y en tres meses pudo ser dado de alta. En 1982 Osherof denunció a la Chesnut Lodge por procedimiento ilegal, basándose en que se le debería haber administrado una medicación de demostrada eficacia en lugar de dejarlo vegetar durante siete meses. Un jurado de arbitraje le compensó con 350.000 dólares. La resolución del caso dio la impresión de que tratar enfermedades psiquiátricas sólo con psicoanálisis era ilegal. Aunque ningún tribunal había fallado de forma definitiva que



los tratamientos biológicos eran imprescindibles, a partir de entonces cualquier médico que tratara a pacientes sin psicofármacos corría el riesgo de incurrir en falta grave. En la Chesnut Lodge se introdujeron los tratamientos farmacológicos, lo que no ha podido evitar su reciente cierre final, pese al enorme prestigio acumulado.

El psicoanálisis se fue desmedicalizando asimismo, evolucionando más allá de la medicina psiquiátrica, hacia un espacio étéreo de artes y letras, donde parecía no tener problemas. Y sin embargo, el volumen de las enfermedades psíquicas no cesaba de aumentar. Estudios estadísticos dijeron que en 1990 el 10,3% de todos los americanos había tenido un episodio depresivo en los 12 últimos meses; otro 20% había sufrido algún trastorno fóbico, y otro 5%, ansiedad generalizada. Dichas dolencias, por tanto, parecían ser muy comunes, y para quienes las sufrían fue una buena noticia la aparición en el mercado de una panoplia de psicofármacos eficaces para los casos leves y que apenas tenía efectos secundarios aunque no tenían éxito en las enfermedades psíquicas más severas, para las cuales ya existían los antidepresivos tricíclicos y los neurolepticos. Pero, en cierto modo, era una mala noticia para la psiquiatría, porque los pacientes comenzaron a ver a los médicos más como meros transmisores de los nuevos productos que como consejeros capaces de utilizar la propia relación con fines terapéuticos. Con la introducción de esta "psicofarmacología cosmética," la psiquiatría había cerrado un círculo.

La historia de la "psicofarmacología cosmética," el uso de las drogas con pocos efectos secundarios para eliminar la ansiedad cotidiana y la depresión leve, comenzó con la llegada del Meprobamato, la llamada "píldora de la felicidad," que salió al mercado en 1955 y cuya demanda fue muy superior a cualquier fármaco jamás vendido en Estados Unidos. Luego vino la primera benzodiazepina, el Librium, al que posteriormente suplió con mayor ventaja otra benzodiazepina, el Valium, comercializado en 1964. En 1970, una mujer de cada 5 y un hombre de cada 13 tomaba habitualmente benzodiazepinas, que los psiquiatras recetaban con mayor o menor entusiasmo en los casos leves y como alternati-

va a la psicoterapia. Pero hubo problemas, porque las benzodiazepinas resultaron ligeramente adictivas, en el sentido de que los pacientes empeoraban cuando dejaban de tomarlas, y su uso fue oficialmente restringido. Las ventas descendieron, pero los laboratorios farmacéuticos se percataron de que en los tranquilizantes menores estaban los mercados del futuro.

Cuando las empresas altamente competitivas lanzaron al mercado productos psicotrópicos, comenzaron a deformar el sentido propia de diagnóstico psiquiátrico. Tratando de hacerse hueco en el mercado, las empresas farmacéuticas aumentaron y ampliaron las categorías de las enfermedades. La disponibilidad de un tratamiento medicamentoso conducía a un aumento de la aceptación del trastorno que podía beneficiarse de dicho tratamiento. Se puede poner el ejemplo del llamado "trastorno del pánico" descrito en 1964 por Donald Kein, desgajándolo como entidad clínica diferente del "trastorno de ansiedad." Klein logró que un laboratorio farmacéutico le financiase un estudio para demostrar que los ataques de pánico podían prevenirse con medicación, y como también formaba parte del equipo que estaba redactando el DSM-III, consiguió que el "trastorno del pánico" fuese incluido en el mismo como entidad clínica independiente en 1980. Al año siguiente la compañía Upjohn comercializó un nuevo tipo de benzodiazepina supuestamente no adictiva, el Alprazolam o Trankimazin, presentándolo como específico contra la entidad clínica recientemente creada. Pues bien, en los años 90 el Trankimazin se convirtió en uno de los fármacos más en boga, recetados por muchos psiquiatras con la esperanza de acabar con la epidemia de "pánico" que asolaba la nación americana. Hoy se sabe que el alprazolam es la benzodiazepina que más adicción produce.

Después llegó la Fluoxetina (el Prozac,...), un antidepresivo "limpio" y que no engordaba. El lanzamiento fue tal que todo el mundo quería probarlo, y si se le preguntaba al presunto paciente si estaba deprimido contestaba que ¡por supuesto que sí!. El Prozac se lanzó en 1987, y tres años después ciertos investigadores demostraron que también podía ser útil en el "trastorno de pánico" y en el "trastorno obsesivo-

compulsivo”; y que además podía transformar la personalidad en sentido positivo. Como resultado de todo ello, en 1992 casi la mitad de todas las consultas a psiquiatras americanos lo eran por trastornos de ánimo. Y no sólo eso. Con ayuda de los medios de comunicación, el Prozac se extendió entre el público como una panacea capaz de arreglar los problemas de la vida, incluso sin estar enfermo. Aquí se concentraba parte fundamental del mercado de la fluoxetina: con la promesa de una personalidad sin problemas y con menos peso, el nuevo psicofármaco despegó más rápido que ningún otro en la historia. En 1994 era el segundo de los fármacos más vendidos en todo el mundo, después del Zantac, un producto para la úlcera de estómago. El cienticismo de la psiquiatría biológica se dedicó a transformar todo un cúmulo de dificultades humanas en la escala de la depresión -considerada ahora como la enfermedad más frecuente-, haciéndolas todas curables con un fármaco milagroso. Esa transformación fue posible sólo porque la psiquiatría biológica se

había enredado ella misma con mucha fuerza en la cultura corporativa de la industria del fármaco.

A los 10 años ha caducado la patente de la fluoxetina y se ha convertido en un “fármaco genérico” que se puede vender a más bajo precio. Quienes lo habían patentado ha perdido interés en ese producto, poniendo sus energías en el lanzamiento de otro psicofármaco “limpio”, -Zyprexa-, un antipsicótico de la última generación. El nuevo producto, específico contra la esquizofrenia, ha batido el record de ventas. Concretamente en España, la Zyprexa se ha convertido en el medicamento de mayor facturación. No podrá extrañar que en los próximos años se multiplique el número de esquizofrénicos y de psicóticos en general. Los antipsicóticos y los antidepresivos se multiplican. Y por si fuera poco, los medios de comunicación no paran de lanzar nuevas enfermedades, nuevos síndromes. El último, el “síndrome postvacacional!” ¿Se estará preparando un nuevo fármaco para combatirlo?



Bibliografía:

1. R. Castel: “De la peligrosidad al riesgo”; incluido en “Materiales de sociología crítica”, La Piqueta, Barcelona 1985.
2. F. Castel, R. Castel y A. Lovell: “La sociedad psiquiátrica avanzada”, Anagrama, Barcelona 1980
3. R. Cochrane: “La creación social de la enfermedad mental”, Nueva Visión, Buenos Aires, 1995
4. DSM-III: “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, Masson, Barcelona 1982
5. DSM-IV: “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, Masson, Barcelona 1995
6. J. Elizur y S. Minuchin: “La locura y sus instituciones”, Gedisa, Barcelona 1997
7. E. FullerTorrey: “Nowhere to go”, Harper and Row, NewYork, 1989
8. E. Galende: “De un futuro incierto”, Paidós, Buenos Aires, 1997
9. E. González Duro: “La locura y los derechos humanos”, Zero, Madrid, 1978
10. E. González Duro: “El cuerpo anoréxico”, Archivos de Psiquiatría, vol 4, nº 1, 2001
11. A. Kleiman y J. Kleiman: “Lo moral, lo político y lo médico”, incluido en “Psiquiatría transcultural!” edita AEN, Madrid, 2000
12. P. D. Kramer: “Escuchando al Prozac”, Seix Barral, Barcelona 1994
13. C. R. Rogers: “Terapias centradas en el cliente”, Kairós, Barcelona, 1979
14. T. Sloan: “Critical psychology: Voices for change”, McMillan Press, London, 2000

Contribuciones a la psicopatología de la vida cotidiana

Juan Uribe

Psicólogo
Getxo - Bizkaia

En 1904 Freud publicó *Psicopatología de la vida cotidiana*, una obra de divulgación en la que aplica sus incipientes teorías a la explicación de fenómenos tan frecuentes como los olvidos, las equivocaciones y los actos sintomáticos.

Impregnado como estaba en aquellos años por sus descubrimientos acerca de la importancia de la sexualidad en la etiopatogenia de la neurosis, explica muchos de los errores diarios cometidos por la gente con hipótesis basadas en la teoría de la libido. Aunque el objetivo fundamental de dicha obra era dar a conocer al gran público no científico sus formulaciones acerca del aparato psíquico y postular la existencia de un sistema preconsciente, al lado del recientemente introducido inconsciente y del por todos conocido sistema de la conciencia. Así, sería para Freud esta instancia **pre-consciente** la que se revela en los *lapsus linguae* y demás errores que cometemos diariamente: momentos en los cuales alguna idea o sentimiento que tenemos en la mente, sin darnos cuenta de ello, está tan cerca de la conciencia que acaba sobrepasando la barrera de la represión (censura) y se presenta ante nuestros ojos de forma a veces tan violenta que nos hace sentir vergüenza y provoca la risa en los demás.

Freud cuenta algunos ejemplos como el que le sucedió un día en que, llegando a su consulta, al dirigirse hacia la puerta sacó las llaves de su casa; y justifica este error explicando que estaba muy cansado y era en su tranquila casa y no en su trabajo en donde en realidad le habría gustado encontrarse. Otro divertido ejemplo es el del presidente de un parlamento que se disponía a iniciar una sesión parlamentaria cuando dijo al concurrido público asistente: "Demos por terminada la sesión." Freud explica que iba a ser una sesión llena de tensión por las fuertes polémicas que la

rodeaban y al presidente bien le habría gustado que hubiera terminado el mal trago incluso antes de empezar.

Ahora me gustaría comentar algunos ejemplos de los que he podido ser testigo recientemente:

- Una paciente joven que empezaba a superar una reciente ruptura de pareja me contó en una sesión, sin darle la menor importancia, que mientras estaba estudiando había estado jugueteando con una pulserita hasta que la tela no aguantó la tensión de los estiramientos y la pulsera se rompió. Al preguntarle me contó que esa pulserita se la había regalado su novio y simbolizaba su unión.

Entendimos que había llegado el momento en que ella podía empezar a dejar atrás el pasado y romper con esa relación cerrada y asfixiante que la mantenía atada y sin ninguna perspectiva de futuro con aquel chico. Este jugueteo es bastante frecuente. Conozco una persona que juega a quitarse y ponerse la alianza continuamente. La relación con su pareja es absolutamente castrante y me imagino que quizás a menudo se pregunta si hizo bien al casarse con esa mujer dominante e histérica mientras contempla el entrar y salir de su anillo de compromiso.

Otro amigo me contó que en su viaje de novios se bañó en el mar y perdió la alianza. Debía ser algo premonitorio porque aquel matrimonio no duró más que unos pocos meses.

- En una clase un profesor pasó un mal rato en el que se vio ciertamente sofocado ante la imposibilidad de responder a las difíciles preguntas de los alumnos. Al finalizar dijo al auditorio: "Bueno, hasta el año que viene".

Tan solo faltaba una semana para la

siguiente clase pero al profesor bien le habría gustado que desapareciéramos de su vista hasta el próximo curso.

- Un día volvía en avión de Barcelona y cuando nos acercábamos al aeropuerto de Sondika dijo la azafata por la megafonía del avión: "Dentro de 5 minutos tomaremos tierra en el aeropueblo de Bilbao."

Probablemente, para una azafata acostumbrada a estar en grandes aeropuertos como el de Londres o Nueva York, el de Sondika debía ser algo así como un caserío con un par de rústicas pistas de aterrizaje.

- No hace mucho tiempo, en un acalorado debate en el parlamento vasco tras las elecciones autonómicas de 2001, tanto el PNV como EA, IU y EH habían denunciado una campaña antinacionalista en los medios de comunicación estatales para deslegitimar las ideas nacionalistas y equipararlas con ETA. Cuando tomó la palabra Nicolás Redondo Terreros, líder del PSE, cometió un lapsus que desató las risas del público allí asistente y de quienes lo vimos por la televisión. Estaba diciendo que todos sabíamos que los fines del PNV y los de ETA son los mismos: la independencia. Y entonces dijo (más o menos): "...y esto lo sabe cualquiera que siga diariamente los medios de conspiración"

Parecía evidente que, así como hablar de complot podía parecer excesivamente paranoico, también era absurdo negar que los medios de comunicación no habían jugado limpio en todo momento durante la campaña electoral.

- En una gala televisada en la que se entregaban unos importantes premios, la presentadora, la alegre Concha Velasco, dijo con su voz fuerte y sus ojos centelleantes: "Y ahora demos un fuerte aplauso a todos los ganaderos"

La carcajada del público fue unánime y el rostro de la amable presentadora se confundía con el rojo de su vestido.

- En un telediario de tarde, cuando Ernesto Sáez de Buruaga dio la noticia de la muerte de cuatro terroristas en Bolueta por la explosión de una bomba que transportaban en su coche dijo: "...los cuatro terroristas murieron al explotar la bomba que transportaban para cometer un atentado"

Dejo al lector que cada uno imagine en qué estaba pensando el presentador.

- Otro día, mi supervisor en Barcelona me avisó de que me olvidaba mi gorro de lana en su despacho diciéndome: "Te dejas el pasamontañas"

Corrían tiempos duros y habíamos hablado

varias veces sobre mi condición de vasco en Cataluña y cómo se veía desde allí la situación en Euskadi. No sé si por un momento, en serio o en broma, una parte de sí mismo pensó que en Euskadi todos vamos con pasamontañas.

- Una compañera me contaba el otro día que su abuela, tras ver el tiempo en la televisión, dijo: "Mañana va a haber brumas vaginales"

Al preguntarle si lo asociaba con algo me comentó que su anciana abuela sufría a menudo de pérdidas de orina.

- Otro conocido de dicha compañera cuando llegó el momento de pedir el postre en un restaurante en vez de profiteroles pidió que le trajeran unos profilácticos.

Posiblemente tenía planes para después de la cena.

Estas manifestaciones de la vida cotidiana nos pueden ayudar a conocer mejor nuestro psiquismo y, además de para reírnos un rato, pueden servirnos como una herramienta útil para la psicoterapia al permitirnos acercarnos a ciertos contenidos mentales inconscientes que pujan por emerger y salir de su escindido aislamiento de represión. Por poner un ejemplo: Un paciente dijo refiriéndose a su mujer: "...entonces le dije a mi madre..." Devolverle este error pudo hacerle conectar con la representación simbólica y la carga de afecto que estaba separando de su conciencia y pudo entender que, quizás, a veces su mujer es para él como una madre (interpretación que quizás habría negado rotundamente al tratarse de una persona rígida y defendida). Un compañero contaba que una paciente fue a consulta aunque se le había anulado la visita. Era evidente su ansia de terapia y tal vez tubo que actuarla ante la dificultad de hablar de ello.

Son innumerables los ejemplos en que los pacientes nos dicen por medio de errores, actos compulsivos o equivocaciones lo que no nos pueden decir con palabras.

Hoy, casi 100 años después de la publicación de la Psicopatología de la vida cotidiana, podemos dar por superadas ciertas ideas pansexualistas acerca del hacer y el padecer humanos; pero no debemos olvidar la deuda de gratitud hacia Freud por su afán de investigación y superación que le llevó a formular muchas de las ideas que hoy día son parte fundamental tanto de la ciencia psicológica como del saber popular.



Vigencia de la histeria.

¿ Porqué seguir interesándonos por la histeria en siglo XXI ?

Mónica Marín

Psicoanalista

Que el futuro es el tiempo de la respuesta al título que he dado a este trabajo, es lo que intentaré demostrar, ya que, apenas con un poco de experiencia clínica, siempre verificamos un porvenir para la histeria, en tanto, ella misma, siempre desbarata lo que creíamos saber sobre ella.

A pesar de su antiquísima edad en la historia humana (recordemos que para ella se escribió el más antiguo texto médico conocido, en un papiro egipcio 1900 a. JC.) la histeria sigue pareciendo joven, piensen sino en algunos personajes cinematográficos actuales: Amelie, Hanna y Bridget Jones, etc.

En contraste con esta “constancia histórica”, su labilidad es manifiesta. Tan consustancial resulta esta labilidad al propio cuadro de la histeria que, en su historia, la única realidad que el discurso médico ha sabido reconocerle es la de una falla, una separación, un punto de imposibilidad en el saber, en suma, la de un “mal epistemológico”, según la acertada expresión de Gérard Wajeman.

Y no parece posible ninguna definición de una categoría tan lábil, a no ser la de la suma de sus usos, por lo demás siempre necesitada de actualización. Esto lo atestigua significativamente en 1873 Lasègue: “Nunca se ha dado una definición de la histeria y nunca se dará. Sus síntomas resultan demasiado poco constantes y conformes, demasiado desiguales en datos e intensidad para que un mismo modelo descriptivo pueda abarcarlos todos.”

Pero incluso la histérica objeta esta antidefinición de Lasègue ya que, unos años más tarde, Charcot proporciona una descripción clínica de la histeria que podemos considerar canónica. En ella, se ve que el sujeto

histórico, si bien elude la definición, al mismo tiempo la llama e impulsa. Empero, en cuanto está definida, la histérica enturbia su definición o la supera. En esto consiste su desafío al saber que es al mismo tiempo un llamado a él, y que hará, que toda respuesta de saber que se dé a este llamado, resulte vana.

Ante esta dificultad sin equivalente, el discurso médico, de manera muy característica, ha ido elaborando una descripción de la histeria que siempre se asienta en rasgos negativos, en rasgos anómalos con respecto a otras afecciones, psíquicas o físicas, en cuyo contorno se moldeaba.

De ahí la postura radical, en el siglo XIX, de Babinski, radical pero muy lógica, que ante dicha imposibilidad de situar a la histeria concluye que se trata de un puro efecto de la medicina, un artefacto del propio dispositivo clínico, una especie de lapsus del acto médico. Y forja, entonces, una nueva afección: el pitiatismo, es decir cualquier afección curable mediante la persuasión del mismo que la instituyó por accidente. Así el sujeto histórico se ve devuelto a la medicina, que lo había dejado salir aunque hubiera sido su propia creación artificial.

Esta postura, al pretender reducir la histeria a un puro espejismo, es radical pero no deja de tener su interés para nosotros ya que saca todas las consecuencias de una observación ignorada por los clínicos de

entonces, es decir de la inexistencia de la histérica sin su Otro (médico o cura o ambos). De esto Lacan sacó su lección elucidando para nosotros el meollo del discurso histérico en sus trabajos sobre el caso Dora, el caso princeps de Freud sobre el tema : el enigma de Dora consiste en que el investimento de su ser es el del goce que falta al amo, amo considerado como absoluto. Y esta vocación que liga su destino al amo la conduce a estar siempre un paso más adelante que él, para empujarlo a un nuevo deseo que él ignora.

Un paso adelante, entonces, pero sin desengancharse de él, porque ella es solidaria de la función del amo. Y es a costa suya (de ella misma) que dará su lección a dicho amo, la lección de su castración.

La histérica le deja la palabra al Otro como lugar del saber reprimido, y por eso, lo reprimido freudianamente hablando, está en poder del Otro. Pero esta pregunta es en realidad un ardid, que condena a un triste papel a los que se colocan como amos, pues la histérica tiene la respuesta de su lado.

Esta trampa que ella tiende pone en reserva el elemento genuinamente reprimido, que es la femineidad, es decir, el significante perdido que ocupa el lugar de objeto en su fantasma. Lo que ella esconde y a la vez sostiene su división como sujeto, no es más que ese punto de no saber del inconsciente. Esa es la amnesia histérica: la verdad que no enuncia pero que posee. El precio de esta verdad que hace pagar al Otro es la impotencia del saber, que Freud comprueba amargamente con Dora.

¿Acaso no se evidencia así, que al poner al Otro en este lugar, la histérica lo coloca en el punto de aporía que ella misma promueve?

La histérica es finalmente una teórica implacable, ya que al abrir entre saber y goce una frontera imposible de suturar, da fe de la lógica de hierro de la cual es la más viva encarnación: hay significativo, pero no alcanza a nombrar el Otro sexo.

No obstante, el Otro de la histérica, desde la época de los "Estudios sobre la histeria" ha cambiado. Hoy en día, ¿quién es el Otro de la histérica, sino el psicoanalista? El es quien recogió el guante, con la inmediata

consecuencia de una modificación del cuadro de la propia histeria.

Jacques Lacan se preguntaba dónde se habían ido las histéricas de antaño. Aquellas maravillosas mujeres, las Anna O., Emmy Von N., Lucy R..., que fueron las que permitieron el nacimiento del psicoanálisis? De su escucha inauguró Freud un modo totalmente inédito de relación humana. ¿Qué ha sustituido a los síntomas histéricos de antaño? ¿Acaso se ha desplazado la histeria al campo social?. Podríamos formular esta pregunta sobre el destino actual de la histeria de muchas maneras y hacer varios desarrollos de posibles respuestas sobre ella, pero lo que ahora quiero desarrollar es la respuesta a otra pregunta:

¿cuál es la enseñanza princeps del psicoanálisis lacaniano sobre la histeria?

No es solamente saber lo que quiere decir o no el inconsciente. El sentido sexual de los síntomas histéricos, por ejemplo, no se les había escapado a los antecesores de Freud.

Lo fundamental de lo que la histeria le enseña a Freud lo encontramos explicitado por Lacan en "Propos sur l'hystérie", allí nos enseña que de lo que se trata es de la interrelación que existe entre el uso de las palabras en una especie que dispone de ellas y la sexualidad particular que reina en dicha especie. Y así podemos decir que el paso esencial dado por Freud al escuchar a las histéricas fue su afirmación (descubrimiento) de que la sexualidad humana está cogida en esas palabras. Lo importante no es que la última palabra del lenguaje resida en un sentido sexual sino que esta misma sexualidad se encuentra atravesada, agujereada, subvertida por el lenguaje, que no está hecho para la relación sexual.

Naturalmente, el surgimiento del discurso psicoanalítico y su difusión en el campo social son dos cosas distintas. Lo que de hecho se difunde del freudismo es un conocimiento del sentido general – sexual, edípico de los síntomas – un conocimiento de la supuesta clave del enigma. Sin embargo, ¿cómo seguiría aún eligiendo un sujeto histérico sus síntomas si supiera que no producen otra cosa que lo que puede interpretarse inmediatamente?



Recordemos, como dije anteriormente, que el enigma que plantea el sujeto histérico al saber es su propio enunciado. De ahí esta declaración de Lacan: "Un efecto de Aufklärung, relacionado con la entrada en escena del discurso psicoanalítico, por muy renqueante que fuera [...] bastó para que la histérica renunciara a la clínica lujuriente con la que llenaba la hiancia de la relación sexual, lo que se ha de entender como que va a hacerlo mejor que dicha clínica" (De un discurso que no sería sólo semblante, de 2.6.71, inédito)

A decir verdad, este mejor ya empezó. Incluso lleva mucho tiempo empezado. Porque, en el fondo, la primera que lo hizo mejor que dicha clínica fue Dora. En efecto, diez años después de Anna O., Emmy Von N., Lucy R., aquellas "maravillosas mujeres" que en realidad no dejaban de ser casos dirigidos a Freud como último recurso y a las que había casi milagrosamente curado, como decía, diez años después llegó Dora, ¿un caso aparentemente muchísimo menos dramático? Y sin embargo con Dora las cosas anduvieron bastante peor que con Elisabeth Von R.

De Elisabeth nos dice que es el primer caso de análisis completo de histeria. Ahora bien, en aquel momento del tratamiento, Freud no disponía prácticamente de ningún instrumento conceptual para orientarse. En concreto, ni siquiera disponía del complejo de Edipo. Su única brújula era lo siguiente: cada vez que se intensifican los síntomas de sufrimiento físico de Elisabeth, piensa que se acerca a una representación de una moción de deseo. Esto es todo y funciona, aunque Lacan considere que Freud aquí está exagerando. Pero, con Dora, es la histérica recalcitrante quien de repente se manifiesta a Freud – no sin motivo además, tal y como se dará cuenta más tarde. Por ello aquel caso sirve finalmente de referente mayor en la clínica psicoanalítica de la histeria. En efecto, para el psicoanalista, la histeria es totalmente opuesta a un mal epistemológico ya que, en su disciplina, el sujeto del inconsciente como tal, el sujeto barrado, es por excelencia el sujeto histérico. Los inéditos envoltorios formales con los que se presenta ante nosotros el síntoma histérico nos recuerdan en cierto modo los derechos del inconsciente. El

sujeto histérico nos enseña. Incluso debemos admitir que los cambios de apariencia de la histeria señalan mutaciones, variaciones que afectan al propio inconsciente. Y lo decía muy apropiadamente Emmy Von N.: "Soy una mujer del siglo pasado". Tan apropiadamente que, aunque los psicoanalistas de hoy se encontraran con alguna de estas "maravillosas mujeres," no necesariamente sabrían identificarla.

Por ejemplo, para algunos psicoanalistas formados en la Ego-psychology, Anna O. y Emmy Von N., serían esquizofrénicas antes que histéricas. Según ellos incluso habría que reconocer la inaptitud de estos sujetos para el psicoanálisis. Sujetos que sin embargo fueron los inventores de la *tal - king cure*. Lo que sucede, es que en realidad, la histeria devuelve a la Ego-psychology su imagen invertida. Frente a un discurso de dominio, el sujeto histérico se empeña aún más en revelar la falla en el Otro. (recordar lo del principio) De ahí una propensión multiplicada al acting out y al pasaje al acto, en especial en las instituciones asistenciales.

Los envoltorios multiformes del síntoma histérico nos explican cómo el DSM IV, casi pudo suprimir la histeria de su nomenclatura. Suprimir el mal epistemológico suprimiendo el obstáculo constituye por supuesto una manera de salir del paso, pero resulta ilusoria, ya que ni siquiera se le identifica.

Siguiendo a Maleval, vemos también como en el propio psicoanálisis llama la atención el paulatino retroceso ante la histeria. La Ego-psychology dista mucho de ser la única en haber sido ganada por el "mal epistemológico". Antes de ella, Fairbain, en su estudio de los factores esquizoides de la personalidad, había preparado el terreno. Y en los años setenta, Masud Khan teorizaba la imposibilidad fundamental de analizar al sujeto histérico, cuya mala voluntad no tenía remedio. En cuanto a Kernberg, llega hasta incluir a la gran histeria dentro de los trastornos deficitarios. (para este autor los remito al trabajo presentado por el grupo de investigación sobre Psicoanálisis y Salud Mental del Seminario del C.F. de Bilbao, en las XV Jornadas del C.F. en España.)



En cambio Lacan, no sólo mantuvo el lugar esencial de la histeria en la nosología propia del psicoanálisis sino que llegó a elevarla hasta la categoría de un discurso situado en una de la cuatro formas básicas del vínculo social.

La histeria, en sus manifestaciones agudas, sigue sin embargo tan difícil de tratar como antes. Siempre existe en el sujeto histérico un lado intratable, seductor a veces, pero que dificulta el trato. Distingamos no obstante entre dicho lado intratable y la cuestión de la posibilidad de un análisis.

Sin duda, este sujeto intratable es analizable, pero para ello sería preciso que consintiese en interrogarse más sobre el por qué de su síntoma...

Quizá nos hayamos hecho una idea demasiado trivial de la histeria, que explicaría nuestra torpeza cuando adopta la forma de

la psicosis, de las drogadicciones o de ciertas perversiones que supuestamente interesan más al Otro, de la salud mental, de la asistencia social, del orden público, etc., en suma, de envoltorios formales del síntoma tan atormentados como los de los convulsionarios de siglos pasados.

A modo de conclusión: a la renovada consideración de la psicosis en nuestros días, época de profundo extravío de la subjetividad y a la cual J.A. Miller, eligió nombrar a partir de la enseñanza de Lacan "la época en que el Otro no existe", sigue, en Lacan, la renovada evaluación de la histeria. La una no va sin la otra.

Bilbao, julio 2002



Patología del sexo en el nuevo milenio.

¿Follar es divertido o es adicción al sexo?

Inmaculada Mujika

 Socióloga. Master en sexualidad Humana
Aldarte

En este artículo se intenta echar una mirada crítica a un término que con ser de fácil uso y ampliamente extendido, no deja de ser para algunos/as un concepto polémico. Polémico porque no es fácil hablar de términos como abuso o adicción y porque no hay mucho acuerdo en cuanto a lo que hay que entender por tales y polémico porque la generalidad de los síntomas con los que dicen se presenta, no solamente nos coloca a mucha gente en las puertas de la adicción, sino que de manera inevitable coloca en el centro de la adicción a aquellas personas que traspasan los denominados límites de lo que se supone “normal”, desestimándolas y desautorizándolas. La expresión “adicción al sexo” no sólo se usa para describir una conducta sexual compulsiva.

Palabras clave: adicción al sexo, deseo, control, sexualidad.

Planteamiento de un problema

“¿Estoy obsesionado/a con el sexo?” Muchas personas se hacen en la actualidad esta pregunta, ya que, por diversas razones para ellas el sexo es algo importante. Leen en el periódico o en la TV ven imágenes del “del chico o chica con buenas y saludables vidas sexuales” y se preguntan “¿qué pasa con las personas que” no quieren sentar cabeza,” aquellas para quienes el sexo es su deporte favorito?”

Por ejemplo, Gaizka, es una persona a quien le encanta follar, y mucho. Gaizka no podría ni contar con cuantos chicos se ha encamado en todos estos años, porque no es raro que después de pasarse la noche bailando se lleve a un amigo a casa. Su contacto en el *Mensual* (revista gay) deja bien claro que está disponible. Gaizka tiene treinta y cuatro años, y no está interesado en una relación estable. Se considera bueno en la cama y, para él, follar es igual

que ir al cine o al fútbol. El mes pasado Gaizka folló con una docena de hombres. ¿Tiene Gaizka un problema de *adicción al sexo*?

Desde que Michael Douglas (hoy felizmente casado con C.Z. Jones), el que fuera el “sexo-adicto” más famoso, descubrió al mundo su pulsión descontrolada por las mujeres y su curación tras su paso por una clínica especializada, no se ha dejado de hablar de lo que algunos/as consideran *una patología del nuevo milenio que poco a poco se está manifestando cada vez con más fuerza*: la adicción al sexo.

Esta “enfermedad” nació en los EEUU de América donde abundan las clínicas especializadas en su curación y los grupos de ayuda denominados *sexóticos anónimos*. A finales del año 1984, prestigiosos especialistas en comportamiento sexual daban a conocer datos según los cuales las ganas imperiosas de hacer el amor no sólo no

eran sanas, sino que suponía además parte del cuadro de una grave enfermedad de adicción, comparable a la del alcohol, los estupefacientes o el juego: la *sexodependencia*. El sexo es presentado como un narcótico psicológico y afecta, según los cálculos más alarmantes, a una de cada doce personas, sobre todo a hombres casados entre 35 y 45 años, de profesiones liberales, infancias religiosas y con una educación sexual castrada. Individuos que en el sexo encuentran alivio a sus conflictos de ansiedad e inseguridad, buscándolo una y otra vez a costa incluso de su estabilidad laboral y familiar y del mismísimo placer sexual. Sólo el sexo puede calmarles.

El factor causante de la sexoadicción, parece claro que es la desmesurada oferta pública de sexo. Cuestión que lo convierte en algo comercial, lo despoja de toda intimidad y conduce al caos erótico. Los *casos clínicos* que se suelen documentar como ejemplos de la enfermedad son, entre otros, consumidores de porno, masturbadores, asiduos de las líneas calientes, clientes de la prostitución, exhibicionistas, navegantes de Internet, usuarios de los servicios sanitarios masculinos de estaciones o grandes almacenes, promiscuos o adúlteros. Los síntomas que pueden conducir a un diagnóstico formal de "adicción sexual" son: tener una preocupación sexual que interfiera con una relación sexual normal con el cónyuge o amante, sentirse impulsado a mantener relaciones sexuales de manera continúa en un periodo breve de tiempo, sentir un deseo irreprimible de realizar actos sexuales que provocan sentimientos de ansiedad o depresión, culpabilidad o vergüenza, emplear una gran cantidad del tiempo destinado a la familia o al trabajo en realizar actos sexuales o buscar aventuras sexuales, etc.

Hasta aquí la *ficha técnica* de una patología sexual que más bien parece un producto sacado de la histeria prohibicionista, que desde hace tiempo está asentada en Estados Unidos, que fruto de las certezas y evidencias científicas (si es que en verdad existen). Hemos hecho de la sexualidad un objeto de debate social y público. Constantemente estamos hablando, con profusión de detalles, de lo más íntimo de nuestras vidas sexuales: "Esta técnica sexual funcio-

na extraordinariamente bien, ya verá como así, usted, es capaz de mejorar la calidad de sus orgasmos"; "¿qué hacemos los españoles después del hacer el amor?" "¿cómo son nuestros enamoramientos, deseos y fantasías sexuales?"; etc. Los trastornos y disfunciones, las parafilias, variaciones, perversiones, desviaciones y últimamente las adicciones sexuales también se hallan en este escenario público. Suele ser corriente acatar de manera sufriente, silenciosa y pasiva toda la terminología sexológica que sobre las conductas sexuales está saliendo a la luz constantemente. Cabe hacerse una pregunta ¿debería ser así?. Ciertamente no. Lo que la sexología hace, la terminología que utiliza y las ideas que hay detrás de ella, así como los programas terapéuticos basados en estas creencias, deben ser, también, objeto de un análisis crítico.

El sexo verdadero

El término sexo-adicción ha calado profundamente en la opinión pública. No podría ser de otro modo a tenor de cómo los medios de comunicación machacan constantemente con él. Por citar un ejemplo: lo que le pasa a Fran Rivera, no es, que aparte de querer estar con *su Eugenia* le interese *hacerlo* con otras mujeres, lo que le pasa es que es "un adicto a las mujeres" (comentario en LQF, programa del corazón de ETB2). La popularidad del término es tan grande, que a estas alturas, quién más o quién menos, conoce a un amigo "obsesionado con el sexo y que sin duda alguna ha caído ya en la sexo adicción". El concepto nos está viniendo al pelo para definir toda la sarta de comportamientos que no nos caben en la cabeza, que no entendemos y lo que es peor no estamos dispuestos a admitir.

A decir verdad, hemos adoptado con bastante facilidad la palabra sexo-adicción, quizás porque creemos que resuelve esa pregunta que de manera casi obsesiva nos hacemos constantemente: ¿soy normal?. Leonore Tiefer (1) cuestiona este interrogante ¿por qué la gente pretende ser sexualmente normal si la desviación no tiene consecuencias nocivas?. Entre otras razones, señala que después de tantos siglos de imposición, primero religiosa y



después médica, han acabado por convencernos de que los deseos y conductas *anormales* te pueden convertir en un personaje sórdido y mentalmente débil, en un ser socialmente peligroso y en un potencial alterador del orden público.

Y es que el sexo se ha convertido, como Michel Foucault expresara (2), en "*la verdad de nuestro ser*". En nuestras sociedades modernas la sexualidad existe en el individuo antes de cualquier relación o actividad sexual. La sexualidad, que en épocas anteriores no define nada, pasa a ser un elemento que arma nuestra personalidad y determina que tipo de individuos somos. La conducta sexual pasa a definir un estado vital del individuo, una identidad que marcará su individualidad y su posición en la sociedad.

Realmente, ¿Porqué íbamos a tener esta constante preocupación por buscar la normalidad sexual, si médicos y psiquiatras no se hubiesen afanado, y no persistieran todavía, en acentuar "lo normal" frente a lo "anormal," en aumentar las categorías de conductas sexuales erróneas y en utilizar conceptos como inferioridad mental y emocional, enfermedad mental, defectuosa integración de la personalidad o personalidad autodestructiva, poca capacidad de frustración, inmadurez psicológica, baja autoestima, etc. para definirnos según sean nuestras acciones sexuales?.

La sexo-adicción en vez de facilitarnos las cosas lo que hace es complicarnos, si cabe aún más, esta búsqueda compulsiva de lo normal. Para un gabinete psicológico de Bilbao "*el adicto al sexo a diferencia de una persona sana, se caracteriza porque el objetivo de su conducta es más la reducción de un malestar que el obtener placer. Consiste en un exceso desbordante de deseos y conductas sexuales que el sujeto es incapaz de controlar*". Ante este tipo de descripciones cabe hacerse varias preguntas. ¿Qué tipo de sexo y cuánto es lo adecuado para no convertirse en un adicto?. ¿Qué es lo que caracteriza realmente a una persona sexualmente sana? ¿Soy infeliz porque practico mucho sexo o lo soy porque me limitan la cantidad que quisiera practicar? ¿No controlo por el tipo de sexo

que hago o porque lo que hago no se encuentra dentro de lo convencionalmente sexual? El malestar que siento ante mi actuación sexual, que me impide la obtención del placer y me provoca una culpabilidad enorme, ¿es fruto de mi práctica sexual o fruto de cómo me la están evaluando los de fuera?...Estas preguntas no tienen en la actualidad respuestas objetivas y hacen que nos adentremos es una especie de círculo cerrado, sin salida. Un error muy frecuente de la psicología actual es olvidarse de las condiciones concretas en los que los sujetos actúan. Condiciones que pueden convertir cualquier acto sexual *sospechosamente perverso* en algo obsesivo y autodestructivo para la persona que lo realiza. Como regla en vez de tratar las condiciones concretas lo que se hace es tratar a los sujetos transformándolos en casos clínicos y patológicos.

A nivel individual se nos torna cada día más difícil saber qué debemos hacer, pensar o sentir en materia de sexualidad. La lectura inmediata, que en general, ha hecho la sociedad de la sexo adicción va en esta línea: "*practico mucho sexo, invierto tiempo y dinero, no tengo nada estable, hago cosas raras, me divierto, pero...¿no seré ya sexo-adicto?*" Y así, en el afán público por conseguir la normalidad sexual las consultas sexológicas y gabinetes psicológicos están cada día más llenos de personas que no saben si lo que realmente quieren o desean es bueno o malo y que necesitan de manera imperiosa a "los expertos" en sexualidad que dispensan información y dirección a quienes se sienten sexualmente despistados, perplejos, culpables, avergonzados y sucios.

¿Ciencia del deseo o tecnología del control?

Jeffrey Weeks (3) cuando analiza el papel de la sexología comenta: "*La sexualidad moderna, es, en parte al menos, una invención de los laboratorios de la sexología y, como todas las invenciones de ese tipo sus consecuencias han sido contradictorias. Estos pioneros, que se autoproclamaron como tales, se afanaron en crear una ciencia del deseo, un nuevo cuerpo de conocimientos que nos revelaría la clave oculta de nuestra naturaleza. En su quehacer, res -*

taron también su apoyo a otras actividades, algo más dudosas; desde la costumbre de patologizar como perversas ciertas prácticas sexuales... hasta la institucionalización de "tratamientos" de carácter dudoso...

Una cuestión es la referida a la misma terminología utilizada ¿Porqué inventar la palabra sexo-adicción cuando ya existe, bastante bien documentado, el trastorno obsesivo compulsivo referido a la práctica del sexo?. Está claro que ambos términos no tienen el mismo impacto en la sociedad. El primero, de entrada, lo entendemos todos: sexo y adicción son de por sí palabras que atraen la atención inmediata y aumentan su atracción si se unen. Con el segundo término, ya se sabe lo que pasa, que sólo lo entienden los expertos. La terminología "adicción al sexo" esconde un importante mecanismo de control social sobre nuestra sexualidad

En los últimos años los expertos en sexo con sus innumerables apariciones en los medios públicos y con la publicación de incontables manuales y artículos de orientación hace tiempo que nos están enseñando en qué consiste la nueva patología y a estar alerta para no caer en ella. Para ello, además ya han puesto a nuestra disposición todo un aparato terapéutico tanto individual como grupal por el que ya han pasado numerosas personas. La sexo adicción es un claro ejemplo de como la sexología configura nuestras formas de pensar y vivir el sexo. *"No hay sexólogos porque hay disfunciones sexuales, sino que hay disfunciones sexuales porque hay sexólogos dispuestos a inventárselas. La medicina sexual no serviría tanto para que la gente solucionase sus problemas sexuales, como para que se enterase de algo que quizá antes ni sabía ni le importaba: que los tenía"* Una opinión sobre unos de los papeles de la sexología vertida por Manuel Delgado Ruiz (4) sobre la que habría que hacer más de una reflexión.

Como concepto la sexo adicción tiene una gran fuerza explicativa. Parece que es aséptico, neutral y que describe la realidad. Forma parte de las innumerables adicciones que pueden aquejar al ser humano, y tiene un carácter más benigno que los tér-

minos de perversión o desviación, los cuales hacen referencia a una patología irrecuperable, a una "anormalidad extrema." La sexo adicción no deja de ser un trastorno que puede afectar a cualquiera y que además tiene cura mediante el tratamiento adecuado. Una sexo adicción preocupa pero no alerta (como lo hace la perversión). Pero bajo esta supuesta apariencia "de aquí no pasa nada" es innegable el tono moral y restrictivo que acompaña al concepto ya que la sexo adicción es un saco que no tiene fondo y donde están empezando a entrar comportamientos que hasta hace pocos años podían ser percibidos como paradigmas de la sexualidad plena y desinhibida..

La generalidad con la que se está usando hoy día la palabra sexo-adicción, no deja de asemejarse concepto pecado, tan usado por la iglesia católica para referirse a nuestros actos sexuales. Claro está que lo que se privilegia, desde el punto de vista de la implantación de directrices en sociedad sobre lo que debe ser la sexualidad hoy día, no corresponde a los curas y lo que ellos pueden representar (aunque no hayan desaparecido), sino a los sexólogos (bien sean médicos, psicólogos, psiquiatras, sociólogos, etc.) quienes colocados en la parte alta de una jerarquía "expertos-novatos," emiten opiniones que, sin llegar a prohibir el sexo, lo dirigen y reglamentan interfiriendo seriamente la propia capacidad de regular y controlar nuestra sexualidad.

Cada vez tenemos menos recursos propios para abordar asuntos ligados al sexo poniéndolos en manos de "los expertos" y aceptando lo que dicen con la boca cerrada y sin pronunciar palabra, cuando la historia de la sexología nos dice que tendríamos que, como mínimo, cuestionar las historias que nos cuentan mucho más de lo que lo hacemos normalmente.

Por ejemplo: ¿Cuántas barbaridades se han dicho de la homosexualidad en nombre de la ciencia sexológica? La homosexualidad ha pasado, en un plazo de 25 años, de ser una anomalía genética, un defecto hereditario, un desarrollo inmaduro del cuerpo, producto de una desestructuración familiar, una agresión preedípica y trauma en el



destete, un complejo de castración, resultado de la ausencia masculina en el hogar o de experiencias sexuales dolorosas en la pubertad, producto de una agresión sexual, temor al sexo opuesto causado por sentimientos de inferioridad, etc., a ser una de las orientaciones constitutivas de nuestra sexualidad. Realmente hay que tener una fe que mueva montañas para seguir creyendo sin paliativos en la sexología porque en las circunstancias en las que se mueve nadie te asegura que lo que hoy es una enfermedad mañana no sea algo clínicamente recomendado y al contrario. La lógica, a tenor de los acontecimientos, lo que dicta, es que tengamos una actitud crítica cuando salen a la luz nuevas patologías sexuales, las cuales, con bastante probabilidad, habrán sido conformadas sin escuchar las voces de las personas protagonistas, seres individuales reales, marcados y manchados por estos rótulos.

No existe una disciplina sexológica neutral y ausente de ideología. La sexo adicción nace en EEUU, de la mano de una corriente sexológica muy complaciente con los movimientos sociales y políticos que tratan de imponer una sexualidad más conservadora que innovadora, más monolítica que plural (con aquellos movimientos que están llevando a cabo la estrategia de abstinencia sexual impuesta por el gobierno de Bush como medida educativa en materia sexual). La sorpresa es que la nueva patología ha sido exportada y adoptada en nuestro país por un gran número de sexólogos sin problemas, sin fisuras y sin contradicciones, ignorando que detrás de la sexo adicción se esconde un deseo de imponer, de nuevo, unas formas mejores (que otras) de hacer sexualidad y obviando que los métodos originados por la sexo adicción generan una determinada construcción de la sexualidad que parece omitir buena parte de la complejidad de ésta en la vida de los seres humanos.



Bibliografía:

- 1.-Leonore Tiefer: "El sexo no es un acto natural y otros ensayos." Ed.Talasa. Madrid, 1996.
- 2.-Michel Foucault: "Herculine Barbin llamada Alexina B" Ed. Revolución. Madrid, 1985.
- 3.-Jeffrey Weeks; "El malestar de la sexualidad" Ed.Talasa. Madrid, 1993.
- 4.-Manuel Delgado Ruiz: "La sexualidad en la sociedad contemporánea. Lecturas antropológicas" UNED, 1994.



Aplicación de un programa de intervención temprana en Psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental¹

Vallina Fernandez, O¹; Alonso Sanchez, A.¹; Gutierrez Perez, A.¹
Ortega Fernandez, JA¹; Garcia Saiz, P.²; Fernandez Iglesias, P.²; Lemos Giraldez, S.²

¹ Unidad de Salud Mental de Torrelavega, Servicio Cántabro de Salud Mental

² Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo

Resumen: Los recientes desarrollos clínicos para la intervención temprana en psicosis proponen desarrollar estrategias de detección y tratamiento de esta patología en sus primeros estadios. En este trabajo, se presenta la aplicación de un formato terapéutico dirigido a estos fines desde una unidad de salud mental del sistema público de salud. A la luz de los primeros datos obtenidos, se sugiere que esta puede ser una nueva y efectiva manera de organizar tanto las intervenciones terapéuticas como la asistencia a la psicosis desde las unidades de salud mental.

Abstract: Current clinical methods for early intervention in psychoses suggest the development of strategies for the detection and treatment of this pathology in its early phases. Accordingly, in this paper it is presented the application of a therapy method for this purpose in a public health system. From the first gathered data, it is proposed as a new and effective way to organise either therapy interventions or psychosis attendance in mental health units.

El inicio del tratamiento en las psicosis, como bien conocemos, no suele coincidir con el inicio de la enfermedad. De hecho, lo más normal es que entre estos dos momentos medie un periodo de varios años de duración. Este retraso suele traer como consecuencia una recuperación posterior más lenta e incompleta de la psicosis, un aumento de la comorbilidad (especialmente depresión, consumo de tóxicos, suicidio, etc), un deterioro de las relaciones sociales y familiares y un peor pronóstico. Algunos autores van aún más lejos, y llegan a afirmar que las limitaciones en la efectividad de las actuales modalidades de tratamiento psicosocial e incluso la misma

cronicidad de la psicosis, son el resultado lógico del fallo en la aplicación de estas intervenciones a los momentos iniciales de la enfermedad (Johannessen et al. 2000). Esta demora en el tratamiento abarca dos momentos; el que va desde el inicio de los primeros síntomas de enfermedad hasta el inicio de la psicosis se conoce como el periodo de duración de la enfermedad sin tratar y el que va desde el inicio de la psicosis ya manifiesta hasta el comienzo del tratamiento se denomina periodo de duración de la psicosis sin tratar (McGlashan. 1999). La actuación de la enfermedad en estas fases, y la demora en su tratamiento, facilitaría la ocurrencia de una serie de cir-

¹ Artículo a publicar en Avances en Salud Mental Relacional. www.bibliopsiquis.com/asmr

cunstances vitales como: fracasos escolares y laborales, autoagresiones, angustias familiares, consumo de drogas, conductas delictivas, etc. que producirían un modo de "toxicidad psicológica" cuyos efectos limitarían el posterior nivel de recuperación de la enfermedad aunque se dispusiese de un tratamiento eficaz y aplicado a tiempo tras la aparición de un primer episodio (McGorry, Yung & Phillips, 2001).

Detectar el trastorno con la mayor rapidez posible, para posteriormente instaurar el adecuado tratamiento, se hace una necesidad evidente. Para ello se necesitaría disponer de marcadores claros y específicos que puedan servirnos con certeza como indicadores de la presencia o no de una psicosis incipiente. Häfner et al. (1999) muestran que la mayoría de los primeros episodios; un 73% de los casos, se inician con síntomas prodrómicos inespecíficos o con síntomas negativos, el 20% lo hacen con síntomas positivos, negativos e inespecíficos, y un 7% se inicia con síntomas positivos únicamente. Además, observaron que la mayoría presentaba una forma de inicio crónica, con una fase prodrómica de cinco años de duración, con un tramo ya claramente psicótico de más de un año de evolución antes de la primera admisión, y con una primera admisión tras unos dos meses de presentar el primer episodio completo. Tratar de obtener esos marcadores claros y específicos que puedan servirnos con certeza como indicadores de la presencia o no de una psicosis incipiente es el principal propósito de los principales grupos científicos internacionales en estos momentos. Para este fin, y siguiendo a Yung & McGorry (1996) adoptamos el concepto de "estado mental de alto riesgo". Desde esta perspectiva, el pródromo inicial en psicosis pasa de ser visto como la forma prepsicótica mas temprana de un trastorno psicótico, es decir, una forma atenuada de psicosis, a otra según la cual, conforma un factor de riesgo para su desarrollo, especialmente si se combina con otros factores de riesgo propios del trastorno (Ej., antecedentes familiares) pero donde las manifestaciones prodrómicas no conducen necesariamente a la psicosis y que incluye una combinación de síntomas psicóticos atenuados, tales como suspicacia o cambios perceptivos; síntomas inespecíficos afectivos y

neuróticos, como ansiedad, humor deprimido y alteraciones del sueño; cambios conductuales, que habitualmente son respuestas a otros fenómenos e incluyen aislamiento y abandono de actividades habituales y síntomas básicos; la percepción fenomenológica de los déficit neuropsicológicos que produciría la psicosis y entre los que destacan los trastornos de pensamiento y perceptivos. Birchwood, Todd & Jackson (1998) sostiene la existencia de un "periodo crítico" que abarcaría estos primeros momentos de la enfermedad y que parece ser el momento en el que se forman aspectos fundamentales para el posterior curso de la enfermedad. De entre estos, se destacan el modelo de respuesta individual a la psicosis que facilita o dificulta su posterior ajuste y adaptación, procesos evolutivos que pueden tener implicaciones para la prevención de morbilidad secundaria como la depresión o el suicidio y los orígenes y metamorfosis de los componentes de la emoción expresada de los familiares (especialmente sobreimplicación y criticismo).

Ante esta panorámica, quienes abogan por el desarrollo de modalidades de intervención precoces, promueven la idea de que una adecuada atención en las fases iniciales de la enfermedad puede mejorar los resultados de la misma, disminuyendo su discapacidad y reduciendo los costes de su atención. Para ello se proponen dos estrategias básicas: reducir el periodo que suele pasar la enfermedad sin recibir tratamiento y un combinado y amplio tratamiento ajustado a las específicas características de las fases iniciales de la enfermedad (McGorry & Edwards, 1997).

Para llevar a cabo estos propósitos, en la última década han ido surgiendo una serie de servicios clínicos y de grupos de investigación que están generando una importante cantidad de investigaciones y de materiales clínicos para la intervención. De entre estos, los que en nuestra opinión presentan aportaciones más sólidas y aplicables a nuestro medio y de los cuales hemos tomado y adaptado nuestro protocolo de intervención son los siguientes: El Centro de Prevención e Intervención en Psicosis Temprana (EPPIC) en Australia (McGorry & Edwards, 1997), el Proyecto para la Identificación y Tratamiento Temprano de la Psico-



sis (TIPS) en Noruega y Dinamarca (Johannessen, Larsen, McGlashan & Vaglum. 2000) y el Servicio de Intervención Temprana de Birmingham y la Iniciativa para la Reducción del Impacto de la Esquizofrenia (IRIS) en Gran Bretaña (Macmillan & Shiers. 2000). El trabajo que presentamos aquí, se adhiere a estas indicaciones y presenta los primeros resultados que se han obtenido en nuestro servicio tras la implantación de esta nueva manera de tratar la psicosis.

Método

En este estudio intentamos observar los efectos de un programa de intervención temprana en psicosis. Para ello comparamos dos centros de atención primaria de dos zonas básicas de salud diferentes. En el centro que denominamos experimental se aplica el programa de ITP para centros de atención primaria, y en el control ningún tipo de intervención. Posteriormente, los pacientes derivados desde ambos centros, una vez acceden al programa, reciben el mismo tipo de tratamiento. El objetivo del estudio es doble; por un lado se trata de observar si este tipo de actuaciones mejora la captación y la derivación desde los centros de atención primaria, reduciendo de este modo el tiempo que pasa la enfermedad sin recibir tratamiento. Por otro lado, comprobar si la intervención en esas fases iniciales de la enfermedad con el programa de tratamiento expuesto aquí tiene algún tipo de incidencia en el tránsito a la psicosis y en el curso posterior de esta.

Sujetos

Los pacientes incluidos en este estudio, son usuarios de la unidad de salud mental del área sanitaria de Torrelavega-Reinosa (Cantabria). Los criterios de selección de la muestra han sido tener una edad comprendida entre 16 y 30 años, no haber tenido un episodio psicótico previo de más de una semana de duración, no presentar una clara etiología orgánica como causa de su clínica actual y pertenecer a uno de tres grupos de riesgo propuestos por Yung et al. (1998): *Grupo de síntomas psicóticos atenuados*. Caracterizado por la presencia de al menos unos de los síntomas siguientes: ideas de referencia, creencias extrañas o

pensamiento mágico, trastornos perceptivos, pensamiento y habla extraña, ideación paranoide, conducta o apariencia extraña. Los síntomas deberán tener una desviación de 2-3 puntos en las escalas de contenido inusual del pensamiento o de suspicacia de la BPRS o de 1-2 puntos en el caso de la escala de alucinaciones y deberán tener una ocurrencia de varias veces por semana, siendo el cambio en el estado mental de una semana por lo mínimo. *Grupo de síntomas psicóticos breves e intermitentes*. Estos síntomas se resolverán espontáneamente dentro de una semana e incluyen al menos uno de estos síntomas; delirios, con una puntuación 4 o más en la escala de contenido inusual de pensamiento o de suspicacia de la BPRS, y alucinaciones, con puntuaciones superiores a tres en la escala de la BPRS. En nuestro estudio utilizamos las puntuaciones que en la PANSS equivaldrían a estas de la BPRS.

Grupo mixto de factores de riesgo estado-rasgo. Incluye la combinación de estados mentales de alto riesgo caracterizados por síntomas neuróticos inespecíficos (ansiedad, depresión), pero de suficiente severidad y duración para indicar un marcado deterioro con algún familiar de primer grado con historia de alteraciones psicóticas o de personalidad esquizotípica. Este grupo debería presentar cambios estables en el estado mental o en su funcionamiento con una reducción de 30 puntos o más en la escala de funcionamiento global durante al menos un mes.

Evaluación

La evaluación se lleva a cabo en dos formatos diferenciados: evaluación de estados mentales de alto riesgo (EMAR) y evaluación de primeros episodios psicóticos. Para los pacientes del grupo de riesgo se aplican las siguientes pruebas:

Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) de Kay, Opler & Fiszbein. (1986) en su versión española de Cuesta y Peralta. Esta escala, en formato de entrevista estructurada, permite una evaluación global de la sintomatología positiva y negativa, así como de 16 escalas de psicopatología general. En la actualidad, esta escala se aplica solamente en primeros episodios, habiendo sido sustituida por la SOPS;

Escala para la evaluación de síndromes prodrómicos en la evaluación de estados mentales de riesgo (McGlashan et al. 2001) *Inventario Psicopatológico de Frankfurt* (FBF3) (Süllwold & Huber, 1986), en versión española de Jimeno, Jimeno y Vargas (1996). Se trata de un cuestionario autoaplicado para la evaluación de los síntomas básicos, en el que el paciente valora la presencia de quejas subjetivas en 10 escalas clínicas (pérdida de control, percepción simple, percepción compleja, lenguaje, cognición y pensamiento, memoria, motricidad, pérdida de automatismos, anhedonia, y angustia e irritabilidad por sobreestimulación)

Escala de Señales Tempranas (ESS) (Birchwood, M. et al. 1989), escala autoaplicada para la detección de señales tempranas de psicosis a través de cuatro escalas generales (ansiedad, negativismo, desinhibición y psicosis incipiente).

Cuestionario Familiar (FQ) de Barrowclough y Tarrrier (1992): Se trata una lista de 59 problemas centrados en el paciente, con una categoría abierta de "otros" para poder incluir dificultades idiosincrásicas. El familiar indica en tres escalas tipo Likert, con un intervalo de cinco puntos, la frecuencia con la que ocurren las conductas, la cantidad de malestar que causan tales comportamientos y en qué medida se sienten de capaces para enfrentarse con tales dificultades.

Escala de Funcionamiento Social (S.F.S.) Birchwood & Cochrane (1990). Evalúa aquellas áreas de funcionamiento que son cruciales para el mantenimiento en la comunidad de personas con esquizofrenia. Las siete áreas que explora son: Aislamiento/ implicación social, conducta interpersonal, actividades pro sociales, ocio, independencia / competencia, Independencia / desempeño y empleo / ocupación.

Para los pacientes que presentan su primer episodio además de las anteriores se aplican:

Entrevista para la Evaluación Retrospectiva del Inicio de la Esquizofrenia (IRAOS) de Hafner et al. (1992). Permite la evaluación de la sintomatología, los deterioros psicológicos, las características sociales y demográficas y el desarrollo evolutivo de aquellos puntos de referencia centrales en el curso temprano de la psicosis.

Cuestionario sobre Creencias Personales (PBIQ). (Birchwood, Mason, MacMillan & Healy. 1993). Permite obtener las creencias personales del paciente sobre su enfermedad a través de cinco escalas: Control sobre la enfermedad, yo como enfermedad, expectativas, estigma y contención social

Procedimiento

A continuación describimos el protocolo diseñado para el área sanitaria de Torrelavega-Reinosa en Cantabria. Comprende una población de unos 160.000 habitantes y se aplica desde la unidad de salud mental a través de un programa que se viene desarrollando desde Octubre del 2000. La unidad de salud mental ha adaptado y desarrollado un protocolo clínico-asistencial (ver figura 1) destinado a la ITP con dos ejes básicos, desarrollar una estrategia local de detección y evaluación temprana desde los centros de atención primaria y servicios locales de salud mental y la aplicación de una estrategia terapéutica combinada que incluya la prestación de tratamiento neuroléptico con atípicos a dosis bajas y terapia cognitivo conductual. El protocolo que presentamos en este trabajo está pensado para su desarrollo desde un servicio público de salud y supone la aplicación integrada de diversos subprogramas a lo largo de un periodo de tres años: (1) Programa de ITP para centros de atención primaria. (2) Programa para el tratamiento farmacológico temprano. (3) Programa psicoeducativo para pacientes y familiares e intervención familiar en primeros episodios. (4) Programa de terapia cognitiva dirigida al ajuste y superación de la psicosis. (5) Programa de terapia cognitiva para síntomas psicóticos positivos (Vallina, 2001; 2002).

El programa empieza con los talleres psicoeducativos para los médicos en los centros de primaria para continuar posteriormente con la derivación al servicio desde estos centros, consulta joven (dispositivo específico del INSALUD dirigido a atender población juvenil que no suele frecuentar las consultas convencionales de atención primaria) y cualquier otro dispositivo de la comunidad. A continuación, se realiza el proceso evaluativo, y en función de los resultados de la evaluación, se organizan



los pacientes en tres grupos: Aquellos que presentan un estado mental de alto riesgo caracterizado por síntomas inespecíficos y con antecedentes familiares; a estos se les realiza un análisis funcional de sus alteraciones y si procede se llevan a cabo intervenciones psicológicas encaminadas al tratamiento específico de sus problemas (ansiedad, alteraciones del sueño, depresión, etc.) a la vez que entran en seguimiento durante tres años. Si en este periodo se agravase su estado y aumentase su clínica se aplicaría el protocolo clínico del grupo de pacientes con síntomas psicóticos atenuados. Otro grupo lo constituyen quienes presentan un estado mental de alto riesgo caracterizado por presentar síntomas psicóticos atenuados o con carácter breve e intermitente. Estos pacientes son tratados farmacológicamente con neurolépticos atípicos a dosis bajas en combinación con terapia cognitivo-conductual y con psicoeducación sobre el funcionamiento de los procesos psicológicos. Los pacientes de este grupo que realizasen un tránsito a la psicosis pasarían al protocolo de primeros episodios y recibirían el tratamiento indicado para esta fase. Por último, el grupo de pacientes que ya manifiestan un claro diagnóstico de psicosis, y que están en su primer episodio, se abordan con un tratamiento combinado de psicofármacos, terapias psicológicas encaminadas al ajuste a la psicosis (COPE) y al tratamiento de los síntomas positivos (STOPP), psicoeducación y terapia familiar. En los tres casos se prioriza el tratamiento ambulatorio desde la unidad de salud mental, incluyendo atención domiciliaria si se precisa, con el fin de mantener los cuidados en la comunidad y evitar cualquier corte traumático en el desempeño psicosocial del paciente.

Resultados preliminares

En el primer año de nuestro trabajo hemos recogido unos primeros datos, que si bien son meramente descriptivos, nos pueden orientar de los efectos de esta modalidad de intervención temprana en psicosis en nuestro entorno sanitario real.

Características generales de la muestra

A lo largo del primer año, accedieron al programa un total de 30 pacientes proce-

dentos de todo el área de salud.. Once pacientes procedían del grupo experimental (36%) y 2 del grupo control (6,6%), el resto se distribuía entre los restantes 7 centros de salud (37,3%) y presentaba una gran dispersión en las derivaciones. Dados los resultados, se formaron dos grupos para el análisis; el experimental y el resto de los centros se reunió en otro grupo control. La edad media era de 21,7 años para el grupo experimental y de 20,4 para el control. El grupo experimental tenía un 80% de mujeres y un 20% de hombres, mientras que el control tenía un 56,6 % de mujeres y un 43,4 de hombres. La duración de la enfermedad sin tratar (aquí se refiere al inicio de los primeros síntomas de malestar clínico antes de entrar en el programa como pacientes de estado mental de alto riesgo o como primer episodio) fue de 27 meses para el grupo experimental y de 31 para el control. La duración de la psicosis sin tratar fue de 2 semanas para el grupo experimental y de 12 semanas para el grupo control. Y por último, el grupo experimental tenía un 30 % de pacientes con antecedentes de consumo de drogas frente a un 16% por parte del grupo control.

Clasificación diagnóstica de las derivaciones

En cuanto al tipo de pacientes enviados al programa, el grupo experimental derivó un 54,5 % de pacientes que cumplían criterios para la inclusión dentro de la clasificación de estado mental de alto riesgo, un 9% de trastornos de personalidad, un 18% de trastornos paranoides, un 9% de trastornos esquizofrénicos y un 9% de trastornos depresivos. Por su parte, el grupo control derivó un 40% de pacientes calificados de estados mentales de alto riesgo, un 25 % de esquizofrenias, un 8% de trastornos esquizofreniformes, un 8 % de trastornos delirantes, un 12 % de trastornos depresivos y un 4% de trastornos de personalidad.

Transición a la psicosis

Tras el primer año de programa, dos de los pacientes del grupo de alto riesgo, el 12 %, han desarrollado un episodio psicótico. En ambos casos, se trata de pacientes con una elevada presencia de síntomas psicóticos atenuados en el momento de entrar en el programa, con una marcada reducción de

su funcionamiento psicosocial, con más de dos años y medió de duración de enfermedad sin tratar y que han producido el tránsito dentro de los seis primeros meses del programa, a pesar de estar recibiendo tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

Discusión

Los primeros datos obtenidos en nuestro servicio parecen avalar la viabilidad de aplicar estos procedimientos en entornos asistenciales públicos de nuestra red sanitaria. Parece que los primeros años de la enfermedad (tratada o no tratada) suponen una ocasión extraordinaria para poder impedir o limitar el potencial decline habitual de las psicosis interviniendo tempranamente y conseguir así una mejor recuperación de la enfermedad. De un lado, comprobamos que la aplicación de estos procedimientos obtiene unos mínimos periodos de enfermedad sin tratamiento y posibilita el inicio del tratamiento en los primeros momentos de la psicosis o incluso en sus fases presicóticas. Mas específicamente, la reducción del periodo de psicosis sin tratar, que depende más de un adecuado reconocimiento por los médicos de primaria se ha conseguido, Pero el periodo de la enfermedad sin tratar, que incluye toda la fase prodrómica y que depende fundamentalmente del propio paciente como primer sensor de problemas y como solicitador de la posterior ayuda o tratamiento, nos sigue pareciendo demasiado alta. Esto plantea la necesidad de medidas más allá de los centros de salud, pero aún no disponemos de suficiente evidencia terapéutica para iniciar actuaciones de corte más social o comunitario, aun necesitamos acumular más experiencia y conocimiento. Por otra parte, observamos cómo la aplicación de esta modalidad de intervención temprana en los centros de atención primaria obtiene un muy buen filtrado de pacientes y una óptima calidad de las derivaciones, sin colapsar los servicios con derivaciones indebidas, optimizando además las capacidades diagnósticas de los médicos. Esto la presenta como una excelente estrategia tanto para la prevención primaria como para la coordinación entre los distintos niveles de asistencia que configuran nuestros sistemas sanitarios. Por último, hemos visto cómo nuestras tasas de transición a la psi-

cosis en estos pacientes de alto riesgo son homologables a las obtenidas con el mismo procedimiento por el grupo de trabajo australiano (Yung et al. 2002) y superiores a otras modalidades de intervención que, en unas ocasiones aplicaron como formas de intervención solamente formatos psicoterapéuticos de apoyo y en otras una combinación de fármacos antidepressivos y psicoterapia de apoyo (Larsen et al. 2001). En este apartado se plantea una cuestión crucial. Si el paciente es captado en las primeras fases de la enfermedad (momento prodrómico de alto riesgo previo al surgimiento de la psicosis) y se trata de manera combinada con neurolépticos atípicos a dosis bajas y psicoterapia cognitivo conductual ¿por qué aún así acaba desembocando en una psicosis? ¿No son tan eficaces como pensábamos los tratamientos de los que disponemos en estos momentos? ¿Quizás estos tratamientos se están aplicando de una manera inadecuada, ya sea por una dosis incorrecta en el caso de los neurolépticos o por una excesiva fragilidad de los procedimientos psicológicos? ¿O es que, y aunque clínicamente si es distinguible una etapa anterior a la psicosis con sintomatología distinta y de menor intensidad psicopatológica, en lo que refiere a sus consecuencias ya son indistinguibles de las propias de un primer episodio psicótico, y este momento prodrómico ya es también tardío? Como sugieren Cornblatt, Lencz & Obuchowski (2002), quizás estamos ante distintos perfiles de pródromos que, a su vez, ya configuran distintos tipos de enfermedad y que incluso en sus primeros momentos ya precisan de tratamientos diferenciados y adaptados a cada patrón sintomático y a cada momento anterior a la psicosis.

Con todo, y siendo conscientes de que aún estamos al inicio del inicio en este campo, los primeros momentos de la psicosis se presentan como la mejor etapa para una óptima intervención biopsicosocial como la que aquí hemos presentado. Proponemos además, que los centros de salud mental, por su composición interdisciplinar, su agilidad funcional, su conexión con los centros de atención primaria de salud y por ser la puerta de entrada al servicio asistencial especializado, pueden ser el lugar idóneo para el desarrollo de estas nuevas modalidades de intervención, facilitando, además,



la continuidad de cuidados a lo largo de todos los dispositivos asistenciales o comunitarios que fuese utilizando el paciente, puesto que se proporciona un

tránsito guiado y no traumático entre estos, y permite aplicar una lógica asistencial y terapéutica armónica a lo largo de toda esa ruta.



Bibliografía:

- Barrowclough, C., & Tarrier, N. (1992). Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention. London: Chapman & Hall.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. & Copestake, S. (1990). The social functioning scale: the development and validation of a scale of social adjustment for use in family intervention programs with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.
- Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F. & Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23, 387-395.
- Birchwood, M., Todd, P. & Jackson, C. (1998). Early intervention in Psychosis: The critical-period hypothesis. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, suppl.1, 31-40.
- Cornblatt, B., Lencz, T. & Obuchowski, M. (2002). The schizophrenia prodrome: treatment and high-risk perspectives. *Schizophrenia Research*, 54, 177-186.
- Häfner, H., Löffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M. & An der Heiden, W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 100, 105-118.
- Häfner, H. et al. (1992). IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 6, 209-223.
- Jimeno, N.; Jimeno, A. & Vargas, M. L. (1996). El síndrome psicótico y el inventario de Frankfurt. *Conceptos y resultados*. Springer-Verlag Iberica. Barcelona.
- Johannessen, J., Larsen, T., McGlashan, T. & Vaglum, P. (2000). Early intervention in psychosis: the TIPS- project, a multi-centre study in scandinavia. In Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M. & Margison, F. (Eds) *Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness*. (pp.210-234). Gaskell. London.
- Kay, S., Opler, L., & Fiszbein, A. (1986). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Rating Manual. *Social and Behavioral Sciences Documents*, 17, 28-29 (whole No 2807).
- Kay, S., Opler, L., & Fiszbein, A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Larsen, T.K., Friis, S., Haahr, U., Jøa, I., Johannessen, J.O., Melle, I., Opjordsmoen, S., Simonssen, E. & Vaglum, P. (2001). Early detection and intervention in first episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 103, 323-334.
- Macmillan, F. & Shiers, D. (2000). The IRIS programme. In M. Birchwood, D. Fowler, & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (pp. 315-326). Chichester, UK: Wiley.
- McGlashan, T.H. (1999). Duration of untreated psychosis in first episode schizophrenia: marker or determinant of course?. *Biological Psychiatry*, 46, 899-907.
- McGlashan, T. H., Miller, T.J., Woods, S.W., Hoffman, R.E. & Davidson, L. (2001). Instrument for the assessment of prodromal symptoms and states. *Early intervention in psychotic disorders*. T. Miller, Mednick, S.A., McGlashan, T.H., Libiger, J. & Johannessen, J.O. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- McGorry, P.D., Yung, A. & Phillips, L. (2001). Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophrenia Research*, 51, 17-29.
- McGorry, P.D. & Edwards, J. (1997) *Early psychosis training pack*. Gardiner-Caldwell.
- Süllwold, L. & Huber, G. (1986). *Schizophrenie Basisstörungen*. Springer. Berlin.
- Vallina, O. (2001). Intervención temprana en psicosis: El inicio de la rehabilitación psicosocial. En: Congreso de Rehabilitación en Salud Mental: Situación y perspectivas. Libro de ponencias. pp. 95-114. Salamanca.
- Vallina, O. (2002). Los orígenes de la cronicidad. *Intervenciones iniciales en psicosis*. Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial. 14. En prensa Yung, A.R. & McGorry, P.D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 2, 353-370.
- Yung, A.R., Phillips, L. J., McGorry, P.D., Hallgren, M.A., McFarlane, C.A., Jackson, H.J., Francey, S. & Patton, G.C. (1998). Can we predict the onset of first episode psychosis in a high risk group?. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, suppl 1, 23-30.
- Yung, A., Phillips, L.J., Pan Yuen, H., Francey, S., McFarlane, C.A., Hallgren, M.A. & McGorry, P.D. (2002). "Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group." *Schizophrenia Research*. (in press).



**“Uno no siempre hace
lo que quiere, pero tiene
el derecho de no hacer
lo que no quiere.”**

M.Benedetti

La Salud Mental ante los nuevos modelos de gestión.

Francisco Chicharro

Psiquiatra
Hospital Psiquiátrico de Zamudio

Resumen: Se hace un breve repaso de los orígenes de los nuevos modelos de gestión, inicialmente centrados en los procesos industriales y más tarde aplicados al mundo sanitario. Se hace un balance riesgo-beneficio de la aplicación de estos modelos y, por último, se debate su encaje en el modelo de atención de salud mental comunitaria.

Palabras clave: Modelos de gestión, ventajas, riesgos, reformas, unidades de gestión clínica, salud mental comunitaria.

LOS NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN (TIEMPOS MODERNOS)

Hace cuatro o cinco años, en el curso de unas jornadas sobre psicoterapia organizadas en Bilbao, uno de los más conocidos psiquiatras de Euskadi (Dr. Guimón) decía algo parecido a: “*los nuevos modelos de gestión pueden suponer para la salud mental el cambio más radical de los últimos veinte años.*” No estaba claro en aquél momento si eran cambios positivos o no y en realidad, sigue sin estarlo en estos momentos (depende) pero lo cierto es que, aún con desarrollo e implantación variable según los territorios, los “tiempos modernos” han venido de la mano de los “nuevos modelos”

Y lo cierto es que estos “tiempos modernos”, nos han sorprendido en cierto modo sin haber resuelto “los viejos problemas”: El desarrollo de la reforma; la consolidación de la Red de Salud Mental; el colapso de los centros de salud mental; el abordaje de nuevas patologías (trastornos de la alimentación, diagnóstico dual) la atención infantojuvenil; los programas de rehabilita-

ción, etc.

En el número del pasado marzo de la revista de la AEN¹, se publicaba un artículo de Antonio Espino con un título que contenía la esencia de estos cambios: “*Estado actual de la reforma psiquiátrica*” –de donde venimos- “*Debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades*” (la terminología de los Planes Estratégicos empresariales) –hacia donde vamos-.

LOS ORÍGENES

No es objetivo de esta aportación hacer un repaso a la totalidad de los modelos sanitarios. Únicamente se hará mención a los tres principales de nuestro entorno (Europa Occidental):

1. Modelo alemán de Seguridad Social (“Bismarck”) también conocido como conmutativo, e inspirado en la legislación social de Alemania de 1883 y adoptado por Alemania, Austria, Bélgica, Francia y Países Bajos, con las siguientes características:

- Cobertura universal dentro del sistema de la Seguridad Social

* Presentado en VI Congreso de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN). “Tiempos Modernos” Madrid, 6 y 7 de junio de 2002.

¹ Revista de la AEN. Vol. XXII, nº81; págs. 39 a 61

- Financiación por contribuciones de empresarios y empleados, a través de un fondo de seguros, no gubernamentales
- Los ciudadanos que no tienen acceso son cubiertos por el sistema impositivo o por seguros privados
- Los medios de producción son de propiedad tanto pública como privada
- Los cuidados de salud son de provisión pública y privada. Los cuidados médicos son provistos por profesionales liberales y pagados por acto médico. Los hospitales reciben presupuestos globales

2. Modelo anglosajón de Servicio Nacional de Salud, también conocido como “distributivo” y adoptado después de la II Guerra Mundial por Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Reino Unido, Suecia. Posteriormente sería asumido también por España, Grecia, Italia y Portugal.

- Cobertura universal (acceso libre de todos los ciudadanos al sistema)
- Financiado por impuestos, a través de los presupuestos estatales
- Gestionado y controlado por el Gobierno
- Propiedad estatal de los medios de producción, con coexistencia del sector privado
- Provisión pública de los cuidados de salud
- Los médicos son asalariados o de pago capitativo
- Hay una participación de los usuarios en el pago (% de las recetas)

3. Modelo de Seguro Privado

- Usuarios y proveedores acuerdan, mediante contrato, el tipo, volumen y precios de los servicios sanitarios
- Financiado por los individuos y/o cuotas de los empresarios
- Provisión de los servicios sanitarios de tipo privado (generalmente con ánimo de lucro)

LAS REFORMAS EN LA GESTIÓN

Desde mediados de los años setenta y, curiosamente, coincidiendo con la crisis económica que supuso para los países occidentales el aumento del precio del petróleo, se viene avisando de la incompa-

bilidad del crecimiento sostenido del gasto y el mantenimiento del llamado Estado de Bienestar. En la última década del siglo pasado se inician reformas tratando de aumentar la eficiencia, implementándose los nuevos modelos de gestión. Los objetivos de la mayoría de estos nuevos modelos son intachables desde el punto de vista empresarial (e incluso social):

- Equidad en el acceso de los ciudadanos y en la atención ante problemas o necesidades semejantes
- Eficiencia, en cuanto a conseguir una mayor conciencia del coste sanitario
- Libertad de elección de los usuarios
- Competencia en la oferta

En principio, nada que objetar en cuanto a los dos primeros puntos (equidad y eficiencia). Los dos últimos serían ya más cuestionables, aunque desde el punto de vista de la sociedad parece atractivo poder elegir centro (en la realidad no es tan cierto) y en cuanto a la competencia, vendría a dar respuesta a la falta de incentivos de los profesionales de los sistemas públicos (reconocimiento “a los más eficientes”).

El marco en que se han venido poniendo en práctica las reformas ha sido diverso: Fundaciones, Institutos, entidades públicas de derecho privado. Por lo general, la clave de todas las reformas consiste en la diferenciación entre financiación y provisión de recursos y la “compraventa” de servicios por medio de los contratos programa.

El **Plan Estratégico del Insalud** (1998) se presentó bajo el lema “Mejorar lo que es de todos.” ¿Quién no suscribiría el eslogan? Y, desde la perspectiva de la gestión, fue un instrumento clave para iniciar un proceso de cambio. Resumiendo, en dicho plan se contemplaba:

1. Separación de las funciones de compra y provisión de servicios sanitarios, mediante la creación de una Dirección Territorial en cada uno de los territorios dependientes de la entidad, con las siguientes funciones:

- Negociación con los Servicios Centrales del presupuesto sanitario anual
- Coordinación de las Direcciones Provin-





ciales, que se convierten a su vez en “compradores” de servicios a proveedores internos y externos

2. Organización de los centros:

- Cada uno elaborará su propio Plan Estratégico
- Podrán dotarse de personalidad jurídica propia
- Cada centro adecuará la plantilla a sus necesidades reales
- Firmarán los Contratos Programa con la Dirección Provincial
- Los Contratos tendrán en cuenta los logros en la lista de espera

3. Atención Primaria

- Podrán comprar a la especializada pruebas y consultas externas
- En una primera fase adquirirían dichos servicios al hospital del área
- Posteriormente podrían hacerlo a cualquier proveedor interno o externo
- Los facultativos podrán solicitar la creación de cooperativas o sociedades médicas
- Potenciación del uso racional del medicamento (cada médico tendrá un presupuesto orientativo para gasto en farmacia)
- Entre un 10 y un 25% del salario estará ligado a incentivos relacionados con el consumo de recursos

4. Potenciar el papel de la privada en la provisión de recursos

- Una comisión determinará las necesidades de utilización y planificación de los proveedores externos
- Una norma regulará los requisitos que deberán reunir los centros privados para participar en la competencia regulada

Resumiendo, en estas breves líneas se contemplan conceptos de mercado suficientes para introducir el cambio: **Contratos; compra; venta; cooperativas; competencia; pago por objetivos y... potenciación de la medicina privada.**

¿Y esto adonde nos lleva?

Pues depende; puede ser positivo o puede

ser un desastre, y ejemplos hay en nuestro entorno. Como botón de muestra fijémosnos en el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, ejemplar hasta hace pocos años y catastrófico desde la “era Tachter” (al igual que los ferrocarriles ingleses, modelo de puntualidad antes de la privatización e involucrado en accidentes continuos en la actualidad).

El espíritu y la letra

Aún en el mejor de los casos, suponiendo que el espíritu del modelo sea favorecer la asistencia, lo que importa es como se desarrolla y la financiación que lleve aparejada. En este sentido, un político español, Jefe de Gobierno en la época de la República, del que no recuerdo el nombre, decía: *“que otros hagan las leyes, pero que me dejen a mí redactar los reglamentos”*.

Con respecto a la financiación a la salud mental, no olvidemos que existen grandes diferencias de gasto entre las diferentes comunidades autónomas: Comparando con una comunidad de nivel económico equiparable, mientras en Cataluña se invierten en salud mental 15 euros (2.500 ptas.) por habitante y año, en el País Vasco se gastan 45 euros (7.500 ptas.) Tratando de poner un ejemplo, a continuación se expondrá el modelo que sigue el Servicio Vasco de Salud, con sus posibilidades, ventajas e inconvenientes.

MODELOS DE GESTIÓN EN EUSKADI

La ley de Ordenación Sanitaria

Antes se exponía el Plan Estratégico del Insalud de 1998. En Euskadi, la Ley de Ordenación Sanitaria aprobada en junio de 1997, ya determina la separación de funciones entre el Departamento de Sanidad y Osakidetza–Servicio Vasco de Salud, de tal manera que el primero se configura como órgano asegurador y financiador de la actividad sanitaria y el segundo como provisor público de servicios sanitarios. Desde enero de 1998, Osakidetza es un Ente Público de Derecho Privado.

- De esta forma, el Departamento de Sanidad, a través de las Direcciones Territoriales

(Alava, Gipuzkoa, y Bizkaia) negocia un Contrato Programa con los centros.

- Los centros, a su vez, se organizan en Planes de Gestión con los distintos servicios. Las relaciones entre el Departamento de Sanidad y las distintas organizaciones de Osakidetza, se articulan mediante el "Contrato-Programa." Este contrato se negocia y firma por los gerentes de los centros con la Dirección Territorial de Sanidad y en él se establece: cartera de servicios; volumen de actividad; actividad contratada; compromisos de calidad; facturación y financiación. Cada centro negocia previamente con sus diferentes servicios los puntos anteriores, y el conjunto constituye el Contrato Programa del centro (ver cuadro)



inconvenientes. Entre las primeras están:

- Delimita claramente las prestaciones, permitiendo conocer cuales son los programas ofertados, el volumen de actividad, homologar indicadores de calidad, y detectar cuales son ineficientes.²

Como inconvenientes podríamos avanzar:

- Solo se financia lo contratado
- La separación de la planificación y la contratación puede dificultar el establecimiento de nuevos programas
- Si se produce más actividad de la esperada (y contratada) no se financia, lo que se traduce en una desincentivación³
- Existe el riesgo de desatención a lo "no rentable"; es decir, a aquellas patologías que no producen un beneficio económico para el centro.
- Si se firma el Contrato Programa con los distintos centros (no con un área encuadrada en una red de salud mental) pueden plantearse objetivos que entren en contradicción entre las unidades de hos-

VENTAJAS	INCONVENIENTES
DELIMITA LAS PRESTACIONES	SOLO FINANCIA LO CONTRATADO
DETERMINA VOLUMEN ACTIVIDAD	NO FINANCIA LA SOBREACTIVIDAD
DETECTA LA INEFICIENCIA	RIESGO DE DESATENCIÓN A LO "NO RENTABLE"

El Contrato Programa

Se negocia entre la Dirección Territorial y la Dirección de los Centros, plasmándose en un documento que recoge: Actividad, Criterios de calidad y Financiación

ACTIVIDAD	CRITERIOS DE CALIDAD	REPERCUSIÓN ECONÓMICA
CARTERA DE SERVICIOS	INDICADORES ASISTENCIALES	FINANCIACIÓN
VOLUMEN DE ACTIVIDAD	DOCENCIA	
ACTIVIDAD CONTRATADA	INVESTIGACIÓN	

Consideraciones sobre el Contrato Programa

El establecimiento de un Contrato Programa, que negocia y firma la Dirección Territorial con los centros, tiene ventajas e

pitalización y recursos ambulatorios.⁴

Planes de gestión

La Dirección del Centro negocia y firma a su vez Planes de Gestión con los distintos servicios, la suma de los cuales constituye el Contrato Programa que se firma con la Dirección Territorial.

Los Planes de Gestión incluyen diversos objetivos (asistenciales; criterios de calidad; formación continuada; investigación, etc.). Mensualmente se facilita información a los servicios sobre:⁵

- Actividad
- Total acumulado
- T.A.M (tasa anual media)
- Indicadores de calidad

² El concepto de "Ineficiencia" puede ser polémico, ya que la definición habitual "el mejor rendimiento al menor costo"; puede ser perversa.

³ Y probablemente si se financiara se podría entrar en una espiral de "sobreactividad"; disfrazada de "eficiencia"; pero que no produjese un beneficio social.

⁴ Por ejemplo la Estancia Media; Índice de reingresos; % de ingresos derivados desde los C.S.M., etc.

⁵ A estos datos se puede acceder desde cada servicio en tiempo real, por medio del programa informático AS400.



Cada Servicio dispone de una financiación y una cuenta de resultados (ingresos y gastos). Los posibles "superavits" pueden ser reinvertidos por el servicio en la forma que estime conveniente⁶: compra de material; financiación de cursos o congresos; sustituciones en vacaciones, etc.

Ventajas y riesgos del modelo

En principio parece resolver (parcialmente, pero es un avance) la dificultad del sistema público para incentivar la actividad de sus profesionales. La buena gestión de un servicio no se repercute en la nómina de sus integrantes, pero se obtiene un beneficio: mejoras de infraestructura; financiación de actividades docentes; sustituciones, etc.

Un riesgo es que en la lucha por la competencia se realice una actividad asistencial con la mirada puesta en las cifras, y tampoco es eso. Los indicadores deben ser un medio, una herramienta, pero no un fin en sí mismos.

Por la misma razón, la coordinación y la cooperación, imprescindibles desde el concepto de "red de salud mental" pueden verse seriamente afectadas, si cada uno piensa únicamente en sí mismo. Competencia, en este caso, puede ser la antítesis de colaboración.

Ahora bien, los nuevos modelos ¿ofrecen alguna alternativa a esto?

LA RED DE SALUD MENTAL ANTE LOS NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN

Anteriormente se afirmaba que el concepto de "red de salud mental", básica en el desarrollo del modelo comunitario, puede verse afectada si cada dispositivo plantea sus propios objetivos al margen de los demás. En este sentido, y tratando de evitar ese riesgo, surge una herramienta entresacada de los nuevos modelos de gestión: Las Unidades de Gestión Clínica

El Servicio vasco de Salud está propiciando la organización de sus servicios en "Unidades de Gestión Clínica" que, básicamente, consisten en:

- *Agrupación de distintos servicios con una misma misión*
- *Integra la totalidad de recursos en un área determinada*
- *Gestión integrada de competencias y recursos*
- *Globaliza el proceso de atención, facilitando la continuidad de cuidados*
- *Transmite una imagen coherente y positiva*

Si se lee con atención, encaja como un guante en el concepto de Red de Salud Mental: "Gestión integrada de la totalidad de los recursos de un área determinada, que posibilita la continuidad de cuidados y el seguimiento comunitario y evita conflictos entre profesionales transmitiendo una imagen de coherencia"

- *Centro de Gestión Autónomo*
- *Firma con la Gerencia un Contrato de Gestión Clínica*
- *Asume la corresponsabilidad de la Gestión de todos los recursos: humanos, materiales, y económicos*
- *Orienta la actividad asistencial teniendo al cliente como centro*
- *Establece planes de formación continuada para todo el ente*

Hay una cierta autonomía en la toma de decisiones, las actividades tienen al paciente como eje, y permite la programación de actividades de formación continuada según los problemas o carencias detectados.

- *Asistencia integral a un sector*
- *Facilita la adecuación de recursos a las necesidades*
- *Mejora la eficiencia en la utilización de recursos*
- *Aumenta la satisfacción de usuarios y trabajadores*
- *Acerca las culturas clínica y de gestión*

Permite conservar el concepto de "área," posibilita el conocimiento de los pacientes, permite la "libre circulación" de profesionales por la misma y acerca a clínicos y gestores, redundando en beneficio de todos. Resumiendo: **Unidad de Gestión Clínica = Área que engloba todos los recursos = Red de Salud Mental**

⁶ Si bien, y por el momento, no son repercutibles individualmente, es decir, en la nómina.

CONCLUSIONES

Probablemente sea necesario un tiempo para que los clínicos se familiaricen con los nuevos modelos de gestión y pueda “disolverse” la resistencia al cambio que produce su introducción, pero es importante saber que estos modelos, bien utilizados, pueden proporcionar herramientas válidas para el trabajo clínico y ser garantía de la financiación y el mantenimiento del modelo de salud mental comunitario.



Bibliografía:

1. Lamata F. El cambio de un modelo de Seguridad social al Sistema Nacional de Salud. La financiación del Sistema Sanitario. Madrid: Ex libris ediciones; 1998.
2. Matesanz R. “Gestión clínica: ¿porqué y para qué?” Medicina Clínica. Vol. 117; nº 6; 2001.
3. Sabater R. “Planificación Estratégica: Todo Hospital. Marzo de 2000.
4. I. Servei Català de la Salut. Cataluña, un modelo para la sanidad pública. Barcelona, 1997.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid, 1985.
6. Eustat-Estadística hospitalaria. Web: <http://www.eustat.es>
7. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Plan Estratégico de Atención Psiquiátrica y Promoción de la salud mental en la CAPV. Servicio Central de Publicaciones. Vitoria-Gasteiz, 1990.
8. Osakidetza-SVS. Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Memoria 2000.

Documento de consenso sobre la reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas

Presentación

- En el año 2000, Grup Igia impulsó el debate y elaboró un primer borrador, al que diferentes instituciones y personas participantes en la 1ª Conferencia de Consenso aportaron sus propuestas constituyendo el 1er Documento de Consenso, que recientemente se ha entregado en el País Vasco a las Comisiones Técnicas de Asistencia, Prevención e Inserción del Consejo Asesor de Drogodependencias de Euskadi, así como a colectivos diversos y técnicos que trabajan en el campo de las drogas y las drogodependencias.

Presumiblemente la sociedad, los modos de intervención y las personas usuarias han cambiado poco en estos dos años, por lo cual este documento es posible que no exija grandes modificaciones. (*)

Este documento, que puede encontrarse en www.conferenciadrogas.org, pretende ser un recurso de referencia para las intervenciones en el próximo período.

1. Introducción

Las sustancias que modifican la conciencia y/o el estado de ánimo han sido utilizadas por hombres y mujeres en todas las etapas de la civilización. Hoy, el uso de sustancias está totalmente insertado en nuestra socie-

dad, prueba de ello es el alto número de consumidores en todas las capas sociales. El consumo de sustancias psicoactivas - drogas- es un fenómeno complejo que debe ser comprendido bajo el ángulo de las interacciones entre el individuo, la sustancia y el contexto social-cultural y legal en que se produce el consumo.

Droga es toda sustancia, legal o ilegal, que introducida en el organismo modifica la conciencia y/o el estado de ánimo. Las características farmacológicas de cada sustancia, su patrón de consumo, las expectativas sobre los efectos, las condiciones de vida del consumidor y el estatus legal predeterminan una cultura de uso.

2. El concepto de Reducción de Daños:

Este concepto fue acuñado a partir de las experiencias de Liverpool, Amsterdam y Rotterdam en los años 80. Ya en 1974, el 20º Informe del Comité de Expertos de la OMS declaraba que «.. *el principal objetivo en este campo debería ser prevenir o reducir la incidencia y severidad de los problemas asociados con el uso no médico de drogas. Este es un objetivo mucho más amplio que la prevención o reducción del uso de drogas per se*».

Las intervenciones enfocadas hacia la reducción de daños aparecieron inicialmente como evoluciones lógicas en el marco de los tratamientos de las drogodependencias para, posteriormente, ser

* Presentado en la 2ª Conferencia de Consenso sobre Reducción de Riesgos asociados al uso de Drogas/ Drogekin zerikusia duten Arriskuen murrizketan bat Etotzeko II. Topaketak. 6 y 7 de Junio 2002. Bilbao. Organizada por la Dirección de Drogodependencias del Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Con la Asesoría Técnica y Científica de Ekimen y Grup Igia.

englobadas en un marco conceptual más pragmático y humanitario.

Si las políticas de salud pública han privilegiado inicialmente la asociación entre la reducción de daños y riesgos asociados al VIH, no debemos olvidar que sus estrategias se dirigen tanto a las drogas legales como a las ilegales, incluyendo tanto los daños sanitarios como los sociales, económicos y legales, incluyendo al propio consumidor, su familia, el entorno cercano y a la sociedad en general. Esta perspectiva alarga enormemente el campo de acción de las intervenciones de reducción de daños en lo que se refiere a sus objetivos, destinatarios, actores y contextos de intervención. Las experiencias internacionales demuestran que lo que realmente ha funcionado es un conjunto de acciones articuladas llevadas a cabo desde diferentes estructuras asistenciales, comunitarias, jurídicas, legislativas y administrativas, lo cual va mucho más allá de las acciones puntuales realizadas con objetivos, planteamientos y presupuestos limitados.

Más que la eliminación del uso de drogas, la reducción de daños busca a través de estrategias planificadas y articuladas favorecer que el uso de drogas ocasione el mínimo de daños posible a la sociedad y sus ciudadanos. La estrategia fundamental de esta última – competencia de los gobiernos - se apoya en la educación sanitaria, que se dirige a alcanzar la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de las personas, grupos y comunidades incidiendo sobre los determinantes de salud individuales, comunitarios y sociopolíticos. La educación sanitaria moderna además de las acciones sobre individuos, grupos y colectividades, precisa ir acompañada de otras medidas que incidan sobre los factores externos que influyen los comportamientos.

3. Fundamentos

- Se acepta la evidencia de que existen personas que desean consumir drogas, que muchos consumidores ni contactan ni contactarán con los servicios sanitarios dado que no tendrán problemas asociados al uso de sustancias. Otros consumidores, a pesar de ciertos efectos negativos asociados a su consumo, por distintas razones no están interesados en abandonarlo. La

reducción de daños reconoce la libertad individual en la búsqueda del propio bienestar, incluyendo el derecho individual al consumo de drogas.

- Se acepta la complejidad y dificultad de la modificación duradera de los comportamientos humanos.

- Debe tenerse en cuenta que el potencial de riesgo derivado del consumo de drogas depende de las características del individuo y sus expectativas, del tipo y dosis de droga consumida, del patrón de consumo, las circunstancias ambientales y sociales y de las connotaciones políticas y sociales de tal consumo. Existe una relación directa entre cómo se define el problema de las drogas y las políticas que se derivan de tal definición, pues éstas pueden aumentar los riesgos asociados a su consumo.

- Las intervenciones de reducción de daños abarcan diferentes niveles: individual, comunitario, político y legal, por lo que las intervenciones deben repercutir en cada uno de ellos y actuar no solo sobre las percepciones sociales ampliando los conocimientos y flexibilizando actitudes y comportamientos, sino también sobre aspectos jurídicos y legislativos que inciden fuertemente sobre estas percepciones sociales.

- El uso de drogas es un fenómeno complejo y multicausal, que incluye distintos tipos de relación con las sustancias: consumo experimental, ocasional, recreativo, moderado o la dependencia severa. Ello conlleva que las intervenciones se ajusten a cualquiera de las situaciones en las que se haya el consumidor y admitir que algunas formas de uso de drogas son claramente más arriesgadas que otras. Los usuarios de drogas no son una población homogénea, por lo que las intervenciones deben ser afinadas en función del sujeto, género o grupo al que se dirija la acción.

- Muchos de los daños relacionados con los consumos de drogas pueden ser atenuados sin eliminar el consumo.

- Los daños asociados al consumo de drogas son multidireccionales. El receptor del daño puede ser el propio individuo, su contexto social más próximo (familia, amigos, vecinos) o la sociedad en general.

- Debe promoverse y promocionarse la competencia y responsabilidad de los propios consumidores de drogas, para lo cual deben estar implicados en el diseño de estrategias que respondan a sus necesidades.



- Muchos de los daños derivados del consumo de drogas son el resultado de su estigmatización social, la cual puede ser reforzada por ciertas políticas. Se reconoce que ciertas condiciones sociales (precariedad social, aislamiento, racismo, marginación, pobreza...) pueden afectar la autonomía de las personas y sus capacidades para disminuir los daños y comportarse de manera más saludable.

- La ilegalidad de algunas drogas origina la aparición de poderosas redes de traficantes, que en general eluden la persecución penal, y favorecen la marginación de algunos consumidores que delinquen para costearse el elevado precio de las drogas ilegales. A causa de ello las drogas ilegales son frecuentemente adulteradas y carecen de todo control sanitario.

- El hecho que los objetivos asistenciales orientados básicamente a la abstinencia hayan sido muy exigentes y rígidos y no consensuados con los propios usuarios ha generado expectativas poco realistas, la frustración en los profesionales y la decepción y distanciamiento de los consumidores.

4. Niveles de intervención en Reducción de Daños

Nivel individual. Se refiere a las intervenciones informativas y educativas que se diseñan y desarrollan en relación con el individuo concreto. Incluye aquellos factores que determinan la negociación de los comportamientos entre personas (influencia de unas sobre otras, reglas entre ellas, ritos, etc).

Nivel comunitario. Enfocado hacia la modificación de las opiniones, influencias y acciones de los *grupos sociales de pertenencia* (familia, amistades, barrio, municipio, etc.) y contextos sociales en los cuales ocurre el consumo de sustancias. La difusión de informaciones se produce entre los colectivos de consumidores con gran agilidad y rapidez. En el ambiente de los consumidores de drogas ilegales, la iniciación y el aprendizaje están mediados por el grupo de pertenencia, incorporando frecuentemente los modos y prácticas saludables o nocivas del mismo. Es más fácil la adopción de comportamientos saludables si el entorno o grupo de pertenencia los aprueba y, más aún, los valora positivamente. Es

pues necesario analizar la dinámica del grupo de pares sabiendo que en todo grupo social existen personas con mayor capacidad de influencia sobre los demás. En el ámbito de los consumidores de drogas esto es frecuente y suelen existir personas consideradas por sus pares como modelos de referencia.

Otro nivel es el de la participación de la *comunidad local*, donde también es necesario generar cambios en las actitudes, respuestas y conductas relacionadas con el uso de sustancias, implicando a miembros clave de organizaciones locales y vecinales, estando a la escucha de sus problemas y fomentando su participación en la planificación y realización de las intervenciones.

Nivel sociopolítico y legal. Este nivel tiene una influencia directa sobre el resultado de las intervenciones realizadas en los dos niveles anteriores. De él dependen las circunstancias sociales de los consumidores, las reacciones sociales frente a determinados tipos de consumo y consumidores, la actitud de las fuerzas del orden, las consecuencias legales del consumo, la orientación política y el presupuesto que se asigna a la salud pública, la orientación de los servicios asistenciales, el interés de las diferentes administraciones por las intervenciones de este tipo con usuarios de drogas y el tratamiento mediático del consumo de drogas.

5. Objetivos de reducción de daños

Sus objetivos principales son abarcar el máximo número posible de consumidores, mejorar su estado de salud y su situación social y disminuir los riesgos y daños relacionados con el consumo de drogas y sus patrones de uso. Para los consumos y patrones de uso problemático se basan en programas integrados dentro de las redes de atención a drogodependientes y articulados con los demás servicios asistenciales tanto específicos como inespecíficos. Para otros consumos no problemáticos...marco legal, sociopolítico, etc...

De manera general las intervenciones para alcanzar estos objetivos se caracterizan por:

- Adaptarse a las necesidades de los usuarios de drogas en lugar de pretender que éstos se adapten a la oferta asistencial,

aumentando la accesibilidad de la misma.

- Promover modelos de búsqueda y acercamiento en vez de modelos de espera: Ser “centrífugas” (buscar el acercamiento al usuario de drogas) más que “centrípetas” (buscar que los usuarios se acerquen a los centros asistenciales).
- Ofrecer información y promover la educación sanitaria dirigida a un consumo de menos riesgo. Una información realista de las drogas, sus usos, sus problemas, tiene más posibilidades de ayudar a entenderse con ellas y sus usuarios que las campañas alarmistas.
- Promover la responsabilización y la participación de los usuarios de drogas como ciudadanos. Implicar a quienes tengan mayor capacidad de liderazgo como modelos de cambios saludables. Favorecer las asociaciones de usuarios.
- Promover un marco legal que favorezca la realización de estas intervenciones.
- Intervenir en la comunidad para conseguir un acercamiento más racional y objetivo al problema de las drogas que prevenga las reacciones de alarma social.
- Reconocer que el consumo de diferentes sustancias y las formas de uso se relacionan con diferentes tipos de daños y riesgo.
- Incorporar estrategias para motivar al cambio a aquellos usuarios con hábitos nocivos para su salud.

Algunas de estas intervenciones se han incorporado en los propios servicios de atención a drogodependientes que han adaptado sus estructuras, técnicas o campos de acción. Otras, buscando un acercamiento al máximo número de consumidores, se han desarrollado sobre el terreno en el que se encuentran. El acercamiento (“*outreach*”) es un método inspirado de la educación sanitaria y de los servicios de salud y sociales dirigidos a poblaciones marginales, y supone trasladar la intervención en el medio en que se encuentra los usuarios, a su entorno social y familiar, y al de otras instituciones o servicios.

La definición de las acciones de salud pública propuesta por la OMS comporta intervenciones basadas y orientadas hacia la comunidad. Entendemos por comunidad aquellos grupos de individuos que comparten un sentido de pertenencia, ya sea a través de una identidad, de un problema, un territorio o de cualquier otro parámetro. Las intervenciones comunitarias se dirigen a la movilización del conjunto de la comunidad para producir respuestas adaptadas a los problemas sociosanitarios a los que están confrontados sus habitantes. En el campo de las drogas estas acciones se apoyan en una cooperación entre los profesionales, los ciudadanos y los usuarios de drogas, creando una red que implique al conjunto de actores que componen el tejido social y local.

Aunque la mayoría de programas de reducción de daños se han desarrollado prioritariamente en torno al consumo de drogas inyectables, su campo de acción es más amplio y su metodología es aplicable a usuarios de cualquier tipo de drogas y a una amplia variedad de daños. Las acciones posibles son muy diversas y no es el objetivo de este documento elaborar un catálogo de las mismas. Sí conviene recalcar la importancia de que las intervenciones estén siempre adaptadas a las necesidades locales y a los diferentes subgrupos de consumidores. Corresponde a los equipos de terreno, en cooperación con los responsables de la política sanitaria, los ciudadanos y los propios usuarios, establecer la definición de tales necesidades y establecer sus prioridades.

Promover la elaboración y difusión pública de estudios empíricos sobre los efectos de las actuaciones de reducción de daños.

Barcelona, julio de 2000.



Casos psiquiátricos curiosos

Enrique Aragüés, Luis Pacheco María Aragüés,
Maidier Prieto, , Pablo Malo, María Etxebeste.

C.S.M. Etxaniz, Bilbao

A lo largo de los años de profesión, muchos, hay casos que se graban en la memoria, mas por sus peculiaridades que por su importancia en el devenir terapéutico o científico.

Muchos hay. Pero esta es solo una muestra de los recuerdos. Por una parte no hemos intentado hacer una exposición científica sino explicarlos en idioma entendible para primar el aspecto más literario que clínico, tampoco están basados de forma literal en la historia clínica, sino en los recuerdos, porque creemos que así se adaptan más a lo que han dejado en nosotros, mejor que una transcripción exhaustiva y pormenorizada.

Se trata de varios casos a lo largo de una historia, larga ya, de trabajo, unos hospitalarios y otros ambulatorios, sin conexión ni orden. Hay más, muchos más, ya que, al menos, esta profesión, lo bueno que tiene es que siempre te extrañas de algo, siempre dices, "hoy he visto un tío más raro" lo que es de agradecer.

Caso 1º.-EL ENFERMO MASACRONIZADO

Servicio de Urgencias de Hospital Psiquiátrico, siete de la tarde, se produce un ingreso involuntario, con autorización judicial, llevado por la policía municipal.

Paciente de 30 años, soltero, que vive con sus padres, muy ancianos. Sin profesión aparente, nivel de estudios de graduado escolar, con múltiples intentos de continuar estudios superiores o medios, sin conse-

guirlo.

Buena situación nutricional, mas bien obeso. Según el informe que trae la policía, desaparecido de su domicilio hace cinco días, denunciado por los padres, es encontrado vagando por una zona de caseríos próximos a Leioa, su pueblo.

El paciente presenta un aspecto desastrado, sucio, con barba de días, se mantiene muy rígido en el despacho y llama la atención un cable de la luz que aparece por el cuello, bajo su suéter ajado, sube por detrás de la oreja izquierda y se mantiene enhiesto por encima de su cabeza, donde diverge en dos, con las puntas peladas y deshilachadas.

El hombre nos mira con aire displicente, una vez que los policías le han quitado una sujeción de manos, con la que le habían conducido y nos han dejado solos, al personal de Urgencias, con el paciente.

Se le invita a sentarse cosa a la que se niega, la auxiliar nos hace notar que, por la pernera del pantalón derecha, aparece el mismo cable de la cabeza, da una vuelta por el sucio zapato y se abre en dos puntas igualmente deshilachadas hacia el suelo. En principio se niega a responder sobre su nombre, que por otra parte nos consta en el informe, pero una vez que le rogamos para nuestra tranquilidad que nos cuente su historia, bondadosamente, nos comienza a narrar:

Dice no tener en ese momento nombre, ya que está a la espera de recibir uno, porque él es un Masacronizado, y le darán un nombre cuando le encarguen una misión, y que

estos días pasados fuera de su casa han sido su iniciación en el Masacronismo. Se detiene en su explicación mirándonos desplacientemente, como para comprobar el efecto de sus palabras.

Se le vuelve a insistir en que se siente ya que estará cansado y quitándose el suéter y abriéndose la camisa comprobamos que tiene el tronco rodeado del mismo cable, que da vueltas por los hombros y el cuello, para mantenerlo y posteriormente por su abdomen bastante voluminoso introduciéndose por el pantalón.

Preguntado por el significado de este cable, nos informa con una media sonrisa que se trata de una toma de tierra, para que el exceso de efluvios del Universo, que recibe, no le mate.

Preguntado sobre la procedencia de los efluvios vuelve a referirse a su condición de Masacronizado.

Después de pedir un vaso de agua, con el que se moja los labios nos comienza a relatar su experiencia en la Masacronización:

En las campas que rodean los caseríos de su pueblo, los Enviados le pidieron que se tumbara en una especie de máquina "parecida a un obús con punta y espoleta pero vacío por el centro", donde se sintió sujeto solo por la presión ejercida en la cabeza y en los pies por las partes sólidas de la máquina. Esta se elevó a gran velocidad, al espacio, mientras sentía que una cuchilla muy fina "del tipo de las charcuterías, pero, infinitamente más fina" le iba cortando en rodajas, sin sentir el más mínimo dolor.

Al llegar al espacio el obús se dio la vuelta, al mismo tiempo que lo soltaba en infinitas rodajas de su cuerpo, que se separaron mientras caían e iban recogiendo todo el conocimiento perdido en el Universo gracias a la Telepatía. Casi al llegar al suelo la máquina volvió a recoger sus pedazos, ya llenos de conocimiento y del saber del mundo, "ya sabrán que las ideas van al cosmos una vez pensadas, no se quedan en el cerebro mas que en parte". Y se encontraba a la espera de la misión que los enviados le tuvieran encomendada cuando le encontró la policía y le trajo al Hospital. Una vez finalizado el relato, ante nuestros atónitos oídos, nos exigió que le dejáramos ir, ya que tenía una misión que cumplir.

Se le explicó de la imposibilidad de hacerlo, que estaba aquí para su estudio, que estábamos muy interesados etc... Todas

esas cosas que se cuentan a un paciente involuntario para que la oposición sea la menor posible, al ingreso.

El paciente calló y se dejó conducir, no puso ninguna pega a su ingreso, ni siquiera cuando para ducharse y asearse se le ayudó a desprenderse del cable (cerca de 30 metros de cable según los auxiliares) y permaneció callado y solitario los siguientes días.

Nunca más volvió a referir lo antedicho, ni cuando después de tratamiento neuroléptico se volvió más sociable y participó en la Terapia Ocupacional. Según el Médico que lo llevó posteriormente al preguntarle directamente se encogía de hombros. Al punto, que si no fuera por el enfermero y la auxiliar que me acompañaban, se llegó a pensar en un delirio del propio Médico de Guardia.

Salió con su diagnóstico DSM-III (en uso entonces) correspondiente y nunca más supe nada de él.

Caso 2º: EL HOMBRE LOBOY SECUACES.

Ingresa en el Hospital, una mujer de 44 años, de buen aspecto, un tanto segura en sus ademanes, de su propia presencia, más llamativa que guapa, alta, perfectamente lúcida.

Según explica el marido, si bien la había encontrado más nerviosa últimamente, el día anterior al ingreso, a la noche y al solicitarla de amores, la respuesta de su esposa, fue totalmente despreciativa e insultante: "Con esto, con esto lo voy a hacer, después de que no me has defendido y me ha violado, el Hombre Lobo con sus siete metros de cosa".

El marido, por supuesto quedó totalmente perplejo, fue a ver al Médico de Cabecera, y este aconsejó el ingreso urgente.

La paciente, en inicio, se muestra reticente, despreciativa y recordándonos qué tenía ella que decir cuando era Reina de la Medicina.

Posteriormente una vez ingresada, me empezó a contar la historia, dentro de uno de los delirios Parafrénicos más floridos, que nunca he visto en mis años de profesional, llegando a hacer un diario sistematizado de sus distintos avatares.

Podemos resumir el cuadro como sigue: De niña ya había estado bajo la protección de Conde A... que la protegía para ser



alguien el día de mañana, ya que si bien vivía en una familia normal estaba destinada a grandes logros, al punto, que cuando tuvo el sarampión, el Marques de Villaverde inventó para ella la Penicilina, y así logró sobrevivir. Pero los enemigos envidiosos, la perseguían, el peor de todos era El Hombre Lobo, el jefe de todos ellos, aunque eran más.

Cuando la rabia de los enemigos alcanzó el punto máximo, fue cuando la transportaron en espíritu a Nueva York, dejando aquí su cuerpo, para adoración de los estudiantes de medicina, y en América la nombraron Reina: Reina de la Medicina. Esto irritó sobremanera al Hombre Lobo y sus amigos y cercaron el Caserío donde vivía, con cámaras y micrófonos, para así saber sus pasos.

No sabe si aprovechando que su marido la dejaba sola en Bilbao al acompañarlo a las mañanas, o con el beneplácito de él, la siguieron por las Siete Calles (Casco Viejo de Bilbao), hasta que la acorralaron y el Hombre Lobo, sacando un miembro de 7 metros, la violó.

Después de esto, ya no pudo resistirse a ellos, y cada día la llevaba el Hombre Lobo a una buhardilla de la Parte Vieja y hacía con ella lo que quería, (con un lujo de detalles, que no entran en esta exposición), mientras su amigo "el Tacto", se alargaba desde los tejados de las casas cercanas, para ver lo que hacían, lo que le daba mucha vergüenza. A todo esto tenían engañado al Conde A... su valedor, que ya era muy viejo, y le habían convencido que la defendían de otros enemigos, por lo que no pudo ponerse en contacto con él.

Así había pasado los últimos tiempos, a veces la transportaban, pero siempre era devuelta después de que diferentes amigos del Hombre Lobo, hacían con ella, sexualmente, lo que les daba la gana, todos menos "el Tacto", que solo miraba alargándose metros y metros de sitios inverosímiles. El cuadro delirante de la paciente mejoró enseguida, con tratamiento neuroléptico (Perfenacina), a dosis no muy severas, fue de permiso a casa, con su marido y no hubo problemas (tampoco me relataron si la había requerido de amores), y al poco fue de alta. Nunca tuvo la más mínima conciencia de enfermedad, todo lo más que llegó a expresar con relación a sus vivencias era que había sido dejada en paz por la

banda que la perseguía, convencida de que yo tenía cierta influencia con ellos y podía hacerles entrar en razón.

Seguí tratando ambulatoriamente a la paciente y no tuvo que volver a ingresar, al menos hasta que salí del Hospital, en que perdí la pista, si bien, cada cierto tiempo y coincidiendo que dejaba la medicación, al cabo de unos meses llamaba el marido, venía la paciente al Centro y me explicaba, unas veces que había comenzado a ver cables e hilos de luz en las zonas adyacentes de su Caserío, o bien ciertos micrófonos que apuntaban al restaurante propiedad de la familia. Venía a pedirme que usando mi influencia, pudiera librarla de ellos, como ya había dejado de intentar cualquier tipo de convencimiento razonado con la paciente con relación a su enfermedad, yo la proponía, que ya que estaba nerviosa por el acoso, tomara una medicación que le prescribía mientras intentaba hacer algo.

A la semana siguiente y sin necesidad de ingreso, venía a decirme que parecía que yo había hablado con alguien porque ya no veía las cosas fuera de casa, continuábamos con el tratamiento unos meses, hasta que volvía a abandonarlo y se volvía a repetir el ciclo.

Después, perdí la pista de la paciente, al dejar el Hospital, pero no he tenido información de ingresos sucesivos. El matrimonio me invitó infinidad de veces a su restaurante, pero nunca fui, no sea que estuvieran de verdad los cables y micrófonos y la historia se desvaneciera.

Caso 3º : LA BAJA FISCAL

Varón, de 43 años que estaba asistiendo a consulta, de forma esporádica desde hacía 4 años, la primera vez con un psiquiatra anterior a mí, posteriormente, estando de *Alta por incomparecencia*, apareció en consulta urgente, enviado por su médico de cabecera, relatando un gran estado de tensión interior y que aunque sé automedicaba no podía acabar con ella.

Aspecto desaseado, dice regentar un bar, de su propiedad, en un Barrio dormitorio de Bilbao, solicita medicación de forma urgente, pide Alprazolam o similar.

En principio prescribo Cloracepto y pido analítica general incluido determinación de estupefacientes en orina, que dan normales. Vuelve a los 10 días, citado, y refiere una

gran mejoría, a la siguiente consulta ya no acude. Esporádicamente aparece por la consulta, pidiendo cita previamente, con momentos de mas ansiedad y periodos de desaparición de Centro sin dar explicaciones.

Sí que parece continuar con su actividad laboral normalmente.

En Junio de este año (1.996), se presenta otra vez, como no, con su volante de Urgencia, por cuadro de ansiedad, llama previamente, preguntando si estoy en el ambulatorio. Le recibo, y vuelve a contarme el tema de su ansiedad, que a veces no pude controlar y necesita tomar medicación, el aspecto es el habitual, desaseado, barba sin afeitar, con ligero hedor, captable hasta para un fumador de puros como yo. No parece haber un consumo de Benzodiazepinas llamativo (10 mg de Transilium al día), por su aspecto estoy casi esperando que la solicitud de consulta urgente sea para pedirme robhipnoI, pero tampoco ocurre, al rato de divagar me cuenta el núcleo de la cuestión.

El bar le va mal, y parece que quiere cerrarlo, y parece ser que tiene por sus contactos una posibilidad de trabajo en La Mar, a partir de otoño, en la próxima campaña.

Bueno, pues lo siento, lo del bar, y me alegro por el futuro trabajo, y si puedo ayudarlo en algo más ...

Sí, *mi asesor fiscal*, opina que si usted me da la baja para el lunes, dejo de pagar el martes autónomos, por lo del bar, que lo cierro ese mismo día, y entonces estoy cobrando hasta que me vaya a navegar, pero no pago autónomos y así todos contentos.

Hombre, sobre todo usted, pero yo no doy bajas de carácter fiscal.

Claro, toda la vida pagando y cuando se pide un favor, nunca he estado enfermo y cuando uno necesita, porque claro usted como ya estará forrado, este no es mas que un trabajo para las mañanas etc...

Le hago el informe médico, pertinente en el volante, para su Médico de cabecera y muy enfadado se me despide.

Vuelve posteriormente a final de agosto, en entrevista ya concertada, me pide perdón, por si se pasó la vez anterior y continuamos una entrevista normal, no me da explicaciones de su trabajo ni yo se las pido. A finales de septiembre, viene a despedirse, se va a la Mar, y me está muy agradecido,

porque gracias a mi volante de la consulta de urgencias el Médico de Cabecera le dio la baja y ha estado en esa situación hasta ese día, "Claro que al médico no le dije lo del Asesor Fiscal, me di cuenta que cantaba mucho".

Caso 4º.-EL HOMBRE PERRO:

Ingresó, un día, en el Hospital un paciente, con uno de los cuadros conversivos más curiosos de mi carrera.

Era un hombre, primitivo, de muy escasas luces, de nulos estudios, que había trabajado de criado, desde niño, en un caserío. Proveniente de la inclusa, había sido adoptado por la familia del Caserío, como pasaba a veces, ya que como no había hijos alguien debía ayudar al dueño, y si se veían posibilidades ayudar a las hermanas, pero como en cuanto fue creciendo se vio que no había mucha inteligencia debajo de esa mata de pelo que aún poseía, quedo de criado.

El paciente cuando ingresó únicamente ladraba, sí créanme, ladraba, no había mas sonido que saliera de sus cuerdas vocales que graves ladridos, algo, ya, disminuidos por la ronquera, pero ladridos auténticos, eso lo acompañaba con grandes paseos por la sala de Agudos, a saltos, las más de las veces a cuatro patas, pero siempre agachado y ladrando, dormía acurrucado o hacía que dormía, ya que de vez en cuando, para desesperación de todos soltabas unos lloros perrunos ahogados.

Se planteó unos grandes dilemas diagnósticos, ¿Histérico?, ¿Psicótico?, ¿Tendría alucinaciones, que le hacían vivir esa actitud?. Hay quien ya hablaba de electroshoks con la alegría que se hablaba de este tema en esa época.

Durante la visita de la mañana, no paró de saltar de ladrar, huido, pero al ofrecerle el desayuno, el paciente comió, de manera hartos grosera, pero comió como ser humano, lo que dejó en suspenso el dilema diagnóstico, con clara ventaja hacia el cuadro conversivo. El Dr. B...., a la sazón Director médico del Hospital, consideró oportuno que fuera llevado, de cualquier forma, a hacer un electroencefalograma para descartar problemas de tipo epileptiforme.

Cual no sería la sorpresa, cuando de la sala de electrofisiología, el paciente volvió con apariencia normal, hablando de manera



ruda, pero hablando y totalmente erecto en sus extremidades inferiores. Agradeció mucho a los médicos la mediación de esa máquina maravillosa que le había quitado los malos humores de la cabeza, que le habíamos dejado como nuevo y que quería volver a su casa lo antes posible, ya que su familia estaría preocupada. Decía recordar que había estado soñando con perros, que soñaba con "...", no recuerdo el nombre del perro del caserío, pero no sobre su estado anterior.

Se le convenció para permanecer en el Centro un par de días "en observación", pero no volvió a tener ningún tipo de síntoma de los anteriormente mencionados.

Le dimos el alta médica, con diagnóstico de Cuadro Conversivo, y la única explicación posible es que dentro de su primitivismo y del trato recibido en el caserío, su referencia como personaje mejor tratado fuera "...", y quiso durante una temporada ser como él.

No es la única vez que los aparatos han hecho maravillas en mi devenir psiquiátrico y no como sería su uso habitual, sino como mediador de cuadros Históricos, por eso no puedo de dejar de hacer referencia al SEDAC.

El llamado Sedac, era una especie de gorro con electrodos, adosado a la cabeza con descargas de baja potencia, (a lo mejor dicho así, y técnicamente es una barbaridad, pero al menos no se percibía con fuerza), no sé si el voltaje, el amperaje o ambos, y que se percibía como una cálida sensación en las sienes que eran muy apreciados por los pacientes histéricos.

Idea al parecer del Dr. B....., una vez al mes se "daba sedac", y pacientes ambulatorios, a los que se había comenzado con esta terapia dentro del hospital, venían religiosamente a pasar por sus sensaciones. Siempre recordaré a una señora mayorcita, o al menos entonces me lo parecía, de profesión "madam me", que venía en un estruendoso Mercedes blanco, acompañada de su "protector", supongo, que aparca entre los coches de los pobres internos, que íbamos por el R-5 o el 600, bajaba con su tintineo de joyas, que luego iba dejando una a una, para no tener problemas de cortocircuito, y se paseaba cual pavo real hasta la sala de Sedac.

Caso 5º.- GUARDANDO LA HONRA.

Paciente de 63 años que lleva en tratamiento con nosotros desde el año 1.993, si bien, el cuadro es mucho más antiguo, existiendo los primeros informes de 1.984, diagnosticada unas veces de Trastorno Depresivo con síntomas psicóticos y otras de Esquizofrenia, separada de su marido 11 años antes del inicio de los contactos.

Siempre tratada por el mismo psiquiatra desde que comenzó en el Centro, presenta sintomatología depresiva, acompañada de un cortejo de perjuicio y persecución, alucinaciones auditivas varias de contenido agresivo con ella y referencia a hechos pasados.

Con varios ingresos psiquiátricos, el último en el 98, sin conciencia de enfermedad, viene irregularmente a las consultas con altibajos delirantes y depresivos.

Existen exploraciones hematológicas y neurológicas varias, que no vienen al caso, pero que eran normales. En octubre de 1.999, la encuentra la familia bastante bien y ella también refiere estar bien, con las ideas encapsuladas, aunque el seguimiento de la paciente por parte de la familia es deficiente. En noviembre del mismo año, la paciente que viene sola, dice encontrarse muy bien, aunque no toma nada de medicación, solo ansiolíticos para dormir, el psiquiatra intenta convencerla de tomar una mínima cantidad de neurolepticos, a lo que al parecer acepta.

Vuelve el 20 de enero de 2.000, dice estar como nunca que no quiere venir a la consulta, que se cuida mejor sola, está muy irritada y se despide de la enfermera diciendo, refiriéndose al médico "Y dile al enano cabrón que no vuelvo más, que le puedo dar un par de hostias si le veo por la calle." Es de imaginar la extrañeza de todos y al mismo tiempo el desasosiego, por una reacción que nunca había sido propia de la paciente. No es posible localizar a los hijos y el médico de cabecera de la paciente, accede a darle, como para dormir, algo de haloperidol, que la paciente acepta, sigue estando en contra del psiquiatra, en términos similares.


Por fin, aparecen los hijos, ven a su madre mal y se les habla de ingresar, aunque primero parece que acepta que yo la vea. Hablan los hijos que lo de enano cabrón lo ha podido decir por su ex marido, ya que se

refiere a él en esos términos, otra hija dice que no está en contra del psiquiatra habitual, el hijo que está en contra y que la frase iba por él, o sea, un lío.

Veo por fin a la paciente sola en el despacho, dice estar muy ansiosa y nerviosa porque le mueven las cosas de sitio, que entran en su casa y todo se lo cambian, dice que la gente juega con su mente y la llaman por teléfono recordándole de un hijo que no quiso tener pero lo tuvo y le hablan de abortos. Sigue hablando en un contexto muy delirante, con alucinaciones claras pero dando mucha importancia a su ansiedad, lo que aprovecho para aconsejarle un neuroléptico que no había tomado y que acepta.

Hablamos de su pueblo y de otras cosas para sosegar la conversación y ya al final le pregunto por lo ocurrido con el anterior psiquiatra, baja la vista y muy en secreto me confiesa: No tengo nada contra él, pero cuando me mira me guiña un ojo y las separadas *tenemos que guardar nuestra honra*.

Puse cara de póker, noté que me embargaba una parálisis parpebral y con los ojos bien abiertos la despedí hasta unos días después.

La he visto otras veces, sigue delirante pero más adecuada, si bien insiste en el descaro del otro psiquiatra, pero me dice que le va a atener que pedir perdón. Yo sigo con los ojos bien abiertos y pensando en Brad Pitt, admirando el Gugenggein, pasar las consultas con gafas de sol, aunque ¿cómo lo interpretaría la paciente? 

Correspondencia:

Enrique Aragües
Centro de Salud Mental de Bº Etxaniz,
Bilbao. Osakidetza.

“Drogas. Qué política para que prevención”

Autores: Amando Vega (coordinador), Iñaki Markez, Xavier Arana, Gregor Burkhart, Jose Luis de la Cuesta, Rosa del Olmo, Cees Goos, Mónica Póo, Kontxi Gabantxo, Isidoro Blanco.
300 páginas.

Edita Gakoa, Tercera Prensa.
Donostia-San Sebastián, 2002.

Las actuaciones frente a las drogodependencias, lo que algunos llaman abuso de drogas, han participado de los modelos de intervención tradicionales, aquellos que están más atentos a aspectos sanitarios inmediatos o a las medidas penales, siendo manifiestos el fracaso y la frustración por los resultados de las políticas sobre las drogas de décadas pasadas. Hoy, la atención integral a las personas afectadas por la drogodependencia o por las consecuencias de su situación jurídica y social, la prevención por el uso inapropiado de drogas o la capacitación para incidir consecuentemente tanto los educadores como técnicos de diversa índole (personal de la medicina, psicología, sociología, juristas, etc) y usuarios requieren aunar esfuerzos y unificar criterios sobre la salud de la población y sus derechos.

Actualmente son insuficientes las medidas de reducción de la demanda de ciertas sustancias como lo es la reducción del acceso a las drogas por personas que carecen de la información necesaria para un correcto uso. La pluralidad de circunstancias que

inducen al consumo de drogas, la multifactorialidad presente en la etiología de su uso, son elementos que debemos llegar a comprender. Tenemos que conocer aquello que favorece al acercamiento a las drogas para poder salir de los entramados que dificultan la capacidad de elegir, alejándose de su consumo si esa es la opción. Porque si afectan a nuestra sociedad y se desea afrontar no solo algunas de sus consecuencias sino prevenir cualquier daño y riesgo, se requiere de la implicación de diferentes agentes sociales e instituciones para alcanzar los fines que se pretenden.

Esta publicación recoge textos de un grupo de expertos, conocidos en el campo de las drogas y las drogodependencias, no solo por su intervención con los sectores afectados sino también por fomentar desde hace años el debate y la reflexión, alejados del alarmismo y de los mensajes distorsionadores de la realidad, y ofreciendo aportaciones que favorezcan un importante bagaje cultural sobre la cuestión de las drogas previo a las necesarias políticas e intervenciones alternativas.

Cristina Merino





Sobre www.bibliopsiquis.com/asmr

La revista on-line *Advances in relational mental health* pretende ser lo que ya vemos que va siendo. La filosofía de la revista es publicar trabajos que estén escritos siguiendo los valores de la creatividad, la sinceridad, el sentido del humor no reñido con la rigurosidad científica de los textos, que respete y cuide a las personas pacientes, que transmita una manera de trabajar en salud mental desde la confección de un buen clima de trabajo, el respeto y la defensa de los derechos humanos de los pacientes, calidad total excelencia en los contenidos, seriedad, humanidad, sentido

de pertenencia de la comunidad de autores y lectores en torno a los valores compartidos, el aprender y el enseñar a escuchar a los pacientes, la participación de todos los actores que intervienen en la salud mental, la potenciación de un pensamiento positivo ante el pronóstico en salud mental, "sensibilidad y solidaridad" con las capas más desfavorecidas de la sociedad mundial globalizada y la transmisión del amor a la profesión a las nuevas generaciones de profesionales.



Florencio Moneo

Próximas citas

24 - 26 Octubre.....Cascais (Lisboa)

I Congreso Ibérico de Salud Mental Comunitaria: Preparar el Futuro: Ingresar Experiencias, Promover Alternativas
Secretaría: (+351) 21 318 7900; e-mail: asimoes@unimagem.pt

5 - 9 Noviembre.....Barcelona

VI Congreso Nacional de Psiquiatría
Organiza: Sdad. Española de Psiquiatría
Secretaría: tel/fax: 93.3354881; e-mail: congreso@psiqbarcelona2002.com

21 - 22 Noviembre.....Bilbao

Palacio de Euskalduna
Jornadas de Rehabilitación del Hospital de Zamudio
Secretaría: iaquesolo@hzam.osakidetza.net. Hospital de Zamudio.
Arteaga Auzoa 45- Zamudio 48170 (Bizkaia).
Teléf 9440 06500 - Fax. 94.400.65.26

21 - 23 Noviembre.....Bilbao

XI Reunión Internacional de la Sdad. Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría
Secretaría: 91.3521526; e-mail: psicogeriatría@lubeck99.com

13 y 14 Diciembre.....Segovia

II Jornadas Interautonómicas del Norte:
"El cuerpo, encrucijada en la Salud Mental"
Organiza: Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental
Secretaría: 921.462124; e-mail: agendacom@infonegocio.com

23 - 24 Enero.....Bilbao

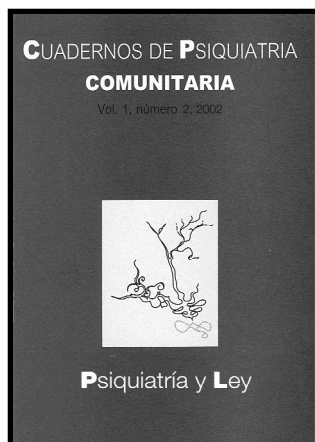
I Seminario sobre Salud Mental y Atención Primaria
Organizan: OME y semFYC
Secretaría técnica: Ekimen, 94.4674979; e-mail: ekimem@euskalnet.net

25 - 28 Marzo 2003.....Bilbao

VII Congreso Nacional sobre el Sida, SEISIDA
Secretaría: 91.5283383; e-mail: seisida@seisida.org

11 - 14 Junio 2003.....Barcelona

15th European College of Neuropsychopharmacology Congress
Organiza: ECNP. E mail: secretaria@ecnp.nl <http://ecnp.nl>



Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria
Vol. 1, número 2, 2002

Psiquiatría y Ley

SUMARIO

PRESENTACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA PRÁCTICA DE SALUD MENTAL

M^a E. Díez Fernández

LEGISLACIÓN ASISTENCIAL PSIQUIÁTRICA ESPAÑOLA

A.E. Sánchez Gutiérrez y V. Aparicio Basauri

LEGISLACIÓN, DERECHOS HUMANOS Y TRASTORNO MENTAL

A. Roig Salas

TRATAMIENTO SUSTITUTORIO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD

J. A. Soto-Jove Fernández

CONFLICTOS Y DILEMAS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

F. Santander y M. Hernanz

ÉTICA Y SANIDAD: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS

A. Pérez Arias, A. Álvarez Barcia, R. Álvarez Suárez y M. Olatz Alcelay Laso

CONGRESOS

REVISTAS

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Reunión de la Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial Reunión de la Federación Estatal de Asociaciones de Rehabilitación

En el marco de las Jornadas V Jornadas de Rehabilitación organizadas por el Hospital de Zamudio llevaremos a cabo una nueva reunión de la Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial-ASVAR.

En esta ocasión servirá además para acoger la primera reunión de la recién constituida Federación Estatal de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial, compuesta por asociaciones autonómicas de Madrid, Castilla La Mancha, Castilla León, Extremadura, Canarias, Andalucía, Cataluña y Euskadi, y que quedó definitivamente constituida en una reunión llevada a cabo en el marco del Congreso Internacional de Rehabilitación celebrado en Barcelona en mayo del presente año. Contaremos con la presencia del presidente de la Federación, presidente a su vez de la Asociación Madrileña e impulsor de esta iniciativa, Dr. Ricardo Guinea, así como con la presencia del presidente actual de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR), Prof. Zebulon Taintor.

La entrada a esta reunión es libre, tanto para asociados como para otros interesados. La reunión contará con traducción simultánea para la intervención del Prof Taintor.

Jueves 21

Bilbao. Palacio de Congresos Euskalduna. Sala B terraza

Tarde: 16.30 a 19.00

- Asamblea Asociación Vasca Rehabilitación Psicosocial (ASVAR)
- I Reunión de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial.
Con la participación de:

Dr Ricardo Guinea. Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial

Prof Zebulón Taintor, presidente de la WAPR, Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial



V Jornadas de Rehabilitación Psicosocial del Hospital Psiquiátrico de Zamudio

Información completa Disponible en www.hospitalzamudio.org

21 y 22 de Noviembre de 2002

Programa

Jueves 21

9.00-9.30 Entrega de Material. Presentación. Distribución de los Talleres

9.30-13.30

Talleres Simultáneos: Talleres con orientación práctica. Asistencia limitada a 25 personas en cada taller.

- **Descripción Estandarizada de Servicios de Salud Mental: el ESMS y los Sistemas de Información Geográfica.** L. Salvador Carulla, C. Romero, M. Garrido Asociación Científica PSICOST / GEMP Universidad de Cádiz
- **Organización de Programas de Intervención Integral en Primeros Episodios Psicóticos.** D Oscar Vallina. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria
- **Programas de Intervención en Diagnóstico Dual (Enfermedad Mental Severa y Abuso de Tóxicos)** Dr Juan Moro. UGC Rehabilitación. Hospital de Zamudio.
- **Terapia Integrada para la esquizofrenia (IPT) Dr Volker Roder.** Director de Investigación en Psicoterapias. Servicio de Psiquiatría. Universidad de Berna. Suiza

Tarde: 16.30 a 19.00

- Asamblea Asociación Vasca Rehabilitación Psicosocial (ASVAR)
- I Reunión de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial. Con la participación de:

Dr Ricardo Guinea. Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial

Prof Zebulón Taintor, presidente de la WAPR, Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial

Viernes 22

9.30. Presentación: Dr Carlos Pereira. Director-Gerente del Hospital Psiquiátrico de Zamudio. Dr. José J. Uriarte. Jefe de la U.G.C. de Rehabilitación del Hospital de Zamudio.

9.45-10.30. Conferencia. **Tratamiento Cognitivo-Conductual en la Esquizofrenia:** Revisión y Resultados. Prof Volker Roder. Universidad de Berna.

10.30-11.15. Conferencia. **Sistemas Integrados de Información para la Descripción Estandarizada de Servicios de Salud Mental: Una nueva herramienta para la gestión y planificación sanitaria.** Prof. Dr. L. Salvador. Presidente de la Asociación Científica PSICOST. Director del Grupo de Evaluación en Medicina Psicosocial de la Universidad de Cádiz.

11.15-11.45 Descanso-café



11.45-12.30. Conferencia. **Asistencia a la Esquizofrenia en Europa: Procesos, Resultados y Costes. El estudio EPSILON** (European Psychiatric Services: Inputs linked to Outcome Domains and Needs) Prof J L Vázquez-Barquero. Unidad de Investigación de Psiquiatría Clínica y Social. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander

12.30-13.30 Conferencia de **Clausura. Prof Zebulon Taintor**. NYU School of Medicine. Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research. Presidente de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR). Situación de la Asistencia a la Enfermedad Mental Severa y la Rehabilitación Psicosocial en el Mundo.

13.30 Acto de Clausura

13.45 Lunch

LAS JORNADAS CUENTAN CON EL APOYO Y LA COLABORACIÓN DE:

- Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial (ASVAR)
- Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación
- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial
- Osasun Mentalaren Elkartea (OME) – Asociación Vasca de Salud Mental-
- Asociación Vasco Navarra de Psiquiatría
- Asociación Vizcaína de Familiares y Enfermos Psíquicos
- Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos

Secretaría: Dña. Isabel Aquesolo: iaquesolo@hzam.osakidetza.net. Hospital de Zamudio. Arteaga Auzoa 45- Zamudio 48170 (Bizkaia). Teléf 944006500 - Fax. 94.400.65.26

Inscripción

- **Jornadas Completas** (Inscripción al taller elegido y a las conferencias): 150 euros
- **Jornada de mañana** del día 22 (conferencias): 75 euros

La fecha límite de inscripción para las Jornadas completas (incluyendo asistencia a Talleres), es el 15 de Noviembre. La asignación de plazas (limitadas a 25) en cada taller se realizará según riguroso orden de recepción de solicitudes. Si se estima conveniente puede seleccionarse más de una opción, indicando la prioritaria. El número de inscripciones está limitado a 100 para los talleres (25 personas máximo por taller), y a 200 para la jornada del día 22.

La inscripción completa incluye documentación, asistencia a los talleres y/o conferencias (según la modalidad de inscripción), el café del descanso y el lunch de clausura. Las Jornadas contarán con servicio de traducción simultánea.

Federación Estatal de Asociaciones de Rehabilitación será libre y gratuita, tanto para asociados como para interesados.

Se emitirá diploma acreditativo de la asistencia a las Jornadas.

Normas para la presentación de Póster

Las comunicaciones científicas a las Jornadas se presentarán en forma de póster. El tema de los póster estará relacionado con la Rehabilitación Psicosocial y la Asistencia a la Enfermedad Mental Severa. Deberá remitirse a la secretaria de las Jornadas el Título y los Autores del Póster a presentar, así como un pequeño resumen de su contenido, con antelación al día 16 de noviembre de 2002. El tamaño del póster debe ser 120 cms x 90 cms, legible a dos metros.



XXII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA 11 – 14 DE junio de 2003 AUDITORIO PRÍNCIPE FELIPE (OVIEDO)

PONENCIAS

“El que hacer en rehabilitación Psicosocial: Tratamiento integral de las personas con trastorno mental grave”

Coordinadora: Cristina Gisbert Aguilar (Girona)

“La formación de los profesionales de la Salud Mental en España. Estado actual”

Coordinadores: Antonio Espino Granado y Begoña Olabarría González (Madrid)

“La atención a la Salud Mental de la población reclusa del Estado Español: Análisis y Recomendaciones”

Coordinadores: Mariano Hernández Monsalve (Madrid) y Rafael Herrera Valencia (Cádiz)

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

“Cine de locura”

patrocinado por Cajastur

“Los Surrealistas en el Museo de Bellas Artes de Asturias”

Exposición

“Ciencia y Mente: una exposición bibliográfica”

Biblioteca Central de la Universidad de Oviedo

EXPOSICIONES Y FOROS

“Las Administraciones Públicas y la Salud Mental”

exposición y debates

“Foro de la Solidaridad”

Exposición y debates por parte de las ONG´S con programas en Salud Mental

Exposición comercial

Patrocinado por la empresa farmacéutica

ENTIDADES COLABORADORAS

- Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia
- Asociación Española de Historia de la Medicina
- Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología
- Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica
- Federación Española De Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial
- Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescente (SEPYTNA)
- Sociedad Española de Psiquiatría
- Sociedad Española de Medicina Psicosomática
- Asociación Española de Historia y Filosofía de la Psiquiatría

SECRETARÍA TÉCNICA:

Viajes El Corte Inglés

C/ Uría, 36 - 33003 Oviedo

Tel. 985 210997 Fax. 985218631

E-mail: oviedo_empresas@viajeseci.es

WWW.22CONGRESOAEN.COM

SOLICITUD DE INGRESO

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

La cuota anual es de 78€ para el año 2.002. Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la Revista NORTE de salud mental, algunos libros y publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios de AEN, OME, AAN y ACLSM.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Villanueva, 11. 28001-Madrid. Tfno/Fax: 91.4314911

O bien a OME, Apto. Correos 276, 48991-Algorta Bizkaia

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA (AEN)
y en OME (OSASUN MENTALAREN ELKARTEA - ASOCIACION de SALUD MENTAL), Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental ó Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental.

D..... profesional de la Salud Mental,

con título de que desempeña en (Centro de trabajo)
.....

y domicilio en Población..... C.P. Provincia
.....

Teléfono Correo electrónico.....

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en OME, AANSM ó ACLSM para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.

D.

Fecha...../...../2002. (y firma de los 2 miembros)

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado.

Nombre Dirección

BANCO/CAJA DE AHORROS Sucursal

Cuenta nº Población
.....

Muy Sres. míos: Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

En el..... de..... de 200.....

Firma

