

INVIERNO 99

AMSM

(AEN)

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

NUEVOS TIEMPOS, VIEJOS PROBLEMAS

En el Congreso de Junio un grupo de compañeros fuimos elegidos como nueva Junta Directiva de la Asociación con incorporación de nuevas personas y con renovación de nuestras energías e ilusiones. En el programa que presentamos se recogían nuestros objetivos y nuestras preocupaciones por la situación actual de la asistencia. En la propuesta elaborada por la anterior Junta de la Asociación presentada y discutida en el Debate de Diciembre de 1998, se señalaban los principales problemas y se realizaban propuestas concretas para su resolución. Las deficiencias que señalábamos hace años se mantienen (Falta de estructura de redes de servicios integrados en algunos territorios, falta de incentivos a la atención comunitaria, escasez de recursos de rehabilitación y apoyo social para enfermos mentales crónicos, insuficiente transformación de los hospitales psiquiátricos, insuficiente desarrollo de la atención infanto-adolescente....) y no parece que el Plan de Salud Mental que se estaba elaborando vaya a solucionarlo. Por no citar problemas nuevos que han ido apareciendo y que en este momento tienen gran relevancia, tales como la proliferación de concertación de servicios sanitarios (Unidades de Media Estancia, Hospitales de Día...) algunos de ellos sin programas de rehabilitación claramente definidos, cuando persisten Unidades en Hospitales públicos que podían reorganizarse y proveer estos servicios con calidad; o bien el insuficiente e irregular dimensionamiento de las UHB, con situaciones de dispersión de unidades para algunas áreas que dificultan de manera importante la coordinación con los dispositivos comunitarios.

En este momento no sabemos nada acerca del Plan de Salud Mental que se estaba elaborando para los próximos años. En estas fechas, después de superado más de 1 año desde que se comprometieron a elaborarlo, seguimos sin tener conocimiento oficial del documento del Plan, ni tan siquiera de sus líneas estratégicas. Y de lo que conocemos, a través del "borrador fantasma" que circuló entre nosotros, nos preocupa la ausencia de una definición clara de las priorida-

(Continúa en página 2)

EDITORIAL.	NUEVOS TIEMPOS, VIEJOS PROBLEMAS	1
OPINIÓN.	EL PLAN DE SALUD MENTAL	4
INFORMES.	LA FRAGMENTACIÓN ASISTENCIAL DE LAS DROGODEPENDENCIAS ...	9
DEBATE.	INFORME SOBRE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL GRUPO DE TRABAJO DE EXCLUSIÓN SOCIAL	14
COLABORACIONES.	TÓPICOS TIPOS Y ESTEREOTIPIA EN LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL.....	17
PROFESIONALES.	PSIQUEIATRÍA Y PSICOFÁRMACOS EN EL NUEVO SIGLO.....	18
NOTICIAS.	SOBRE LA FORMACIÓN PIR	26
CARTAS.	CONFLICTO MIR-MESTOS EN PSIQUEIATRÍA	27
	29
	36

AMSM
Boletín
de la Asociación Madrileña
de Salud Mental

Junta de la Asociación
Madrileña de Salud Mental

Presidenta:

Mº Fe Bravo Ortíz

Vicepresidentes:

Pedro Cuadrado Callejo
Mº Luz Ibáñez Indurriá

Secretario General:

Pedro Sopelana Rodríguez

Tesorero:

Abelardo Rodríguez González

Vocal de Publicaciones:

Javier Sanz Fuentenebro

Vocales:

Miguel A. Moré Herrero
Antonio Escudero Nofs
Alfonso Ladrón Jiménez
Carmen Carrascosa Carrascosa

Boletín de la AMSM

Javier Sartor Fuentenebro
Miguel A. Moré Herreros
Aranxa Ortiz
Ana Pascual
Xabier Lertxundi
José Antonio Soto
José Antonio Hernández
Blanca Peñasa

Fotocomposición e impresión:
DINARTE - DESK

Depósito Legal: M-6.580-1992

ISSN: 1133-9705

Las opiniones vertidas en los artículos firmados no tienen por qué coincidir con las de la Redacción de este Boletín.

(Viene de página 1)

des asistenciales; la confusión entre participación de los profesionales y sondeo de sus opiniones; el que se excluyan del Plan todos los programas y dispositivos de rehabilitación que actualmente dependen de Servicios Sociales; y el que el modelo de gestión propuesto introduzca mecanismos de compraventa de servicios que incrementan los gastos administrativos en detrimento de la atención recibida por los usuarios, y que se han demostrado ineficaces en otros países. Así mismo existe el peligro de que esta separación de la gestión de los servicios de salud mental no solvente los problemas actuales de gestión de tres administraciones diferentes, y sin embargo, aísle la salud mental del resto del sistema sanitario. Creemos que es necesario exigir la participación de las asociaciones profesionales y de usuarios y familiares en su discusión, y así lo hemos hecho; pero lamentablemente tenemos que denunciar la falta de respuesta por parte de los responsables. Esperemos tener alguna respuesta por parte del nuevo Consejero. Desde este Boletín queremos abrir un espacio de debate sobre el Plan, que se inicia en este mismo número.

Una idea queremos mantener de lo que ha sido nuestra filosofía en este tiempo y es el que las actividades de la asociación, su posición sobre los temas asistenciales y asociativos se haga eco del mayor número de opiniones de sus socios, no perdiendo de vista los problemas que cada día surgen desde el terreno, y facilitando sin sectarismo la participación de las distintas posiciones.

Los objetivos que nos hemos planteado para cumplir en los próximos tres años, y las medidas para conseguirlos, son:

- 1. Consolidar nuestro papel de interlocutor efectivo con la administración en temas relacionados con la atención a los enfermos mentales de cara a afianzar la reforma psiquiátrica.
- Exigir la participación real en la discusión del Plan de Salud Mental.
- Exigir que el Plan de Salud Mental cree una comisión de seguimiento de sus compromisos en la que participemos las asociaciones de profesionales, familiares y usuarios.

2. Seguir desarrollando grupos de trabajo en los que se plantee una posición profesional sobre temas asistenciales y clínicos. Los grupos de trabajo que inicialmente se impulsarán son:

- Plan de Salud Mental.
- Carrera profesional.
- Selección de profesionales: Baremos, perfiles, problemática de los interinos.
- Problemática de los profesionales en formación (MIR, PIR y R en ESM).
- Papel y relaciones con la industria farmacéutica.
- Funcionamiento y calidad de la atención en las Unidades de Hospitalización Breve.
- Atención a los problemas relacionados con el alcohol y drogodependencias.
- Atención a la salud mental infanto-adolescente.
- El trabajo en equipo.
- La formación en psicoterapias.
- Salud mental y exclusión social: Enfermos mentales sin hogar, inmigrantes y refugiados...

(Continúa en página 3)



3. Activar la vida asociativa incrementando la participación de los socios, comisiones y grupos de trabajo en las actividades de la Junta, y establecer un hilo directo entre los socios y la Junta para lo cual se propone:

- Poner en marcha una Comisión de Docencia e Investigación que funcione con regularidad y junto con el Comité de Ediciones se incorporen con frecuencia a las reuniones de la Junta Directiva.
- Poner en marcha una página de la Asociación en Internet.
- Estimular la puesta en común de las opiniones del colectivo de profesionales de la salud mental, a través de la organización de debates regulares.
- Reorganizar y potenciar el Comité de Ediciones para lograr la mejora y consolidación del Boletín de la AMSM.
- Desarrollar una política de difusión de nuestras posiciones y actividades en los medios de comunicación.

4. Incentivar la investigación en el ámbito de la asistencia pública a la salud mental.

- Mantener las Becas de la AMSM, financiando proyectos de investigación desarrollados en los SSM y en los que intervengan junto a profesionales de staff, profesionales en formación; ajustándose a unas líneas básicas de investigación y a unos criterios de calidad.

5. Impulsar el conocimiento y la formación de los profesionales de la SM, a través de la organización de conferencias, seminarios, cursos acredita-

tados..... Aportaremos iniciativas para complementar la formación de los PIR, MIR y R en ESM. Estudiaremos la posibilidad de poner en marcha por parte de la Asociación una Escuela de Salud Mental.

Para lograr estos objetivos ya hemos puesto en marcha el Comité de Ediciones con el nuevo Boletín, la página Internet de la AMSM que estará disponible en breve, la convocatoria de la Comisión de Docencia, la puesta en marcha de algunos de los grupos de trabajo, la solicitud de entrevista al Consejero y la convocatoria de un debate sobre la carrera profesional.

Sobre este tema de la carrera profesional creemos que es urgente que se abra un debate. Porque si bien responde a una reivindicación de los profesionales, al plantearse aislado sin un nuevo sistema retributivo incentivador, de aplicación para sólo algunas categorías profesionales y a costa del salario de los nuevos psiquiatras y psicólogos que se incorporen, está generando un gran malestar, no va a contribuir a incrementar la motivación y ataca una de las bases del modelo comunitario: el trabajo en equipo.

La manifestación que tuvo lugar el día 9 de Octubre con motivo de los actos del Día Mundial de la Salud Mental fue un éxito de asistencia, superando las 6.000 personas, y de buen rollo, aunque la repercusión en los medios fue algo menor que el pasado año.

M^a Fe Bravo

EL PLAN DE SALUD MENTAL

Este vuestro modesto Boletín ha querido participar, —y si es posible animar— la polémica sobre "El Plan" solicitando la opinión de algunos profesionales respecto a unos puntos concretos:

1. *Qué problemas ha de resolver el plan*
2. *Aspectos fundamentales del plan*
3. *Prioridades asistenciales*
4. *Opinión sobre la organización de la red integrada.... liderazgo*

...estas son las respuestas recibidas hasta el momento.

1. Mariano Hernández:

1. "El Plan" sobre el que estamos fantaseando en los últimos años debería ser la ocasión para solventar tanto los problemas actuales, como la falta de perspectiva, de proyecto, que es en mi opinión, el fondo de la incertidumbre actual.

El Plan debe definir los objetivos asistenciales a corto y largo plazo, el modelo de organización y gestión de los servicios de salud mental, los recursos necesarios (tipo, cantidad, y distribución de dispositivos y de recursos humanos), y garantizar los fondos necesarios, la financiación. Además, debe avanzar un calendario de realizaciones, y definir sistemas de evaluación y de garantía de calidad.

En cuanto a los problemas actuales, son por todos conocidos, y han sido bien sistematizados en diversos documentos, especialmente en el boletín de "La Madrileña" que se editó tras el debate del año pasado. Derivan, en mi opinión, de que en los últimos 6 ó 7 años (más o menos desde aquellas peculiares jornadas de junio del 93 —"del modelo asistencial a la gestión del modelo", "... tenemos un buen modelo, pero una empresa poco eficiente...", ¿recordáis?—), la situación funcional de la red de servicios de salud mental es de continuidad por inercia, sin que el proyecto, globalmente, se haya puesto al día. De ahí la necesidad del Plan.

Entre el listado de problemas actuales a resolver deberían incluirse: 1) La información y participación tan descuidadas; 2) el desbordamiento asisten-

cial en muchos programas ambulatorios y de hospitalización; 3) el exasperante aplazamiento en la puesta en marcha de nuevos recursos —especialmente para niños y adolescentes, programas de reinserción sociolaboral, otros programas específicos: atención a pacientes judiciales, y a los "sin hogar", programas de alcoholismo; parón en el desarrollo de acciones comunitarias de atención a la cronicidad; casi abandono de la atención a domicilio y de actividades de promoción de la salud mental—; 4) desmembramiento de la red —el área parece ser cada vez un referente más débil (caricaturizado en la desarticulación de hecho del área 11, por más que se justificara por imperativos de problemas de infraestructuras), y emergencia de nuevo de añejas tendencias hospitalocéntricas.

La concertación de nuevos servicios "donde sea" parece imponerse sobre los criterios de fortalecer la red vinculada al territorio. La política de conciertos ha dejado de ser un instrumento circunstancial para resolver más ágilmente algunos "atascos", y parece haberse establecido como eje de toda ampliación de servicios dependientes de la C.M.

De este modo, por la vía de los hechos, se consolidan y expanden instituciones concebidas a la antigua usanza, que se adecuan sobre la marcha a los pliegos de convocatoria de conciertos, de modo que los recintos hospitalarios de Ciempozuelos (¡nada que objetar a muchos magníficos profesionales que allí trabajan!) aparecen de nuevo como inagotable fondo de saco (de nuevo han superado la barrera de los 1000 pacientes-residentes, muchos de

ellos concertados con la CM), que lo mismo concierта atención a deficientes, que alojamiento —hospital de larga estancia, programas de rehabilitación o de psicogeriatría.... Y uno se pregunta si no era precisamente la diversificación de servicios en el territorio, en el entorno "comunitario" habitual de los individuos, junto a la continuidad de cuidados, los referentes princeps de "nuestra reforma", y de todas las demás de las que tenemos noticia que hayan significado ciertos avances. ¿Cómo hacer compatible esta nueva realidad asistencial que se está configurando con el mantenimiento de los modelos alternativos, o

LA SITUACIÓN FUNCIONAL DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL ES DE CONTINUIDAD POR INERCIA, SIN QUE EL PROYECTO, GLOBALMENTE, SE HAYA PUESTO AL DÍA

más o menos reformistas que aún en la retórica se siguen manteniendo?

Se mantiene el armazón y algunos ingredientes del impulso reformista inicial; y la red se ha ido remendando con la provisión (tardía pero necesaria) de nuevos dispositivos, de hospitalización breve y de rehabilitación/reincisión; pero las circunstancias más arriba señaladas introducen importantes dosis de incertidumbre.

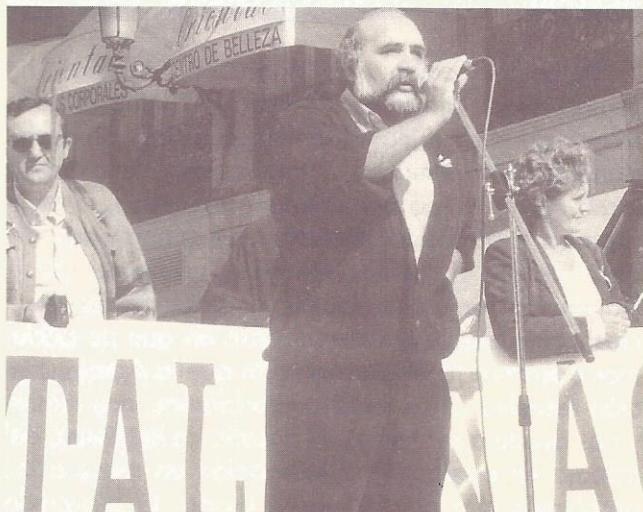
Frente a la improvisación, "El Plan" debiera suponer una actualización del proyecto de salud mental –como servicio público esencial– para Madrid. Y, aunque la responsabilidad final de políticos y técnicos de la administración, debiera contar, desde su elaboración, con la participación de profesionales y usuarios (¿será tan difícil?).

2. En cuanto a los aspectos fundamentales a abordar, se han de incluir cuestiones de muy distinto nivel: 1) La implicación e imbricación de las distintas administraciones (resolver el tema de convenios, consorcios.. condiciones laborables equiparadas –que deben ser preludio de las transferencias–, carrera profesional; y por supuesto, la financiación: ¿puede seguir significando la atención psiquiátrica y a la salud mental menos del 5% del ppto de salud?). Atendiendo a los porcentajes de otros países europeos –en torno al 9-15% del gasto sanitario–, y a la extensión y dificultad de la morbilidad psiquiátrica , los responsables de las finanzas de la salud pública debieran ir pensando en aplicar coeficientes multiplicadores para el presupuesto de salud mental en los próximos años). 2) La organización y gestión de servicios (de equipos, de programas, de prestaciones, restablecimiento del funcionamiento de las comisiones de asistencia, docencia, rehabilitación, calidad). 3) La articulación entre los dispositivos dependientes de servicios sociales y de salud (sería conveniente plantear al respecto si los CRPS deben seguir contemplados como prestación social; en mi opinión, la mayor parte de sus actividades deben ser consideradas prestaciones sanitarias). 4) Los modos de participación (profesional y ciudadana). Debe considerar también otros muchos aspectos, sobre todo en cuanto a relaciones con otras instituciones: la Universidad –no parece

que la psiquiatría clínica y social, la salud mental comunitaria vaya tanto a la Universidad, sino que ésta va controlando cada vez más lugares de organización asistencial –se deberían aprovechar las amplias posibilidades de colaboración no sólo con facultades de medicina, sino también de psicología, escuelas de enfermería y de trabajo social; la Justicia (peritajes, atención a pacientes judiciales), Educación, Trabajo (¿quién duda de la imperiosa necesidad de medidas de inserción laboral, trabajo protegido, etc?).

3. La cuestión asistencial y sus prioridades. Es una de los desafíos más importantes y urgentes. Es necesario definir la amplitud, tipo y calidad que la Administración compromete para la atención en los servicios públicos. A estas alturas disponemos de suficiente información como para poder estimar la dedicación profesional necesaria para garantizar intervenciones psicoterapéuticas/psicosociales... Es imprescindible acotar y garantizar estas prestaciones, y dotar los servicios en consecuencia con ello; debemos ser incluidos en ese debate.

Entre las cuestiones prioritarias también deben incluirse: la organización de equipos para la atención comunitaria a los pacientes más crónicos –incluyendo atención domiciliaria; programas de seguimiento y similares–, programas de apoyo a los familiares, nuevos programas para atención a adolescentes con problemas graves (parasuicidio , aten-



ción pronta, con demora mínima, ante indicadores de inicio de psicosis), y sistematizar acciones de garantía de calidad, estrechamente relacionado con evaluación de procesos y de resultado (indicadores etc..); también los programas de coordinación con atención primaria merecen una buena revisión (el documento de "La madrileña" sobre prestaciones básicas, así sobre otros sobre los que está ultimando la AEN ofrecen sugerencias de gran interés). Finalmente, entre otras cuestiones a considerar sugiero la de ampliar horario de los centros a las tardes.

4. Ya he comentado algunas dificultades por las que atraviesa la organización del área. También las desigualdades en los incentivos y en el acceso a jefaturas diversas según la pertenencia a INSALUD o al SRS juegan en contra.

En cuanto a los liderazgos, dependerán en gran parte de cómo se formule el proyecto, del equilibrio entre organización "vertical" y opciones reales a la participación (a través de comisiones o grupos similares), de que accedan a los puestos de responsabilidad quienes demuestren competencia, motivación, implicación en el proyecto, en los servicios públicos, en el trabajo comunitario. De no ser así, el riesgo es que se acentúe la escisión entre "los jefes" (dedicados a tareas administrativas y gerenciales) y los profesionales de base, los buenos clínicos, que sin duda tendrán siempre un liderazgo "natural"; se trata de compartir liderazgos y dar espacio a esos líderes naturales .

5. La asociación, "La Madrileña", la AEN, ha venido siendo motor de "la reforma" (integrando la mayor parte de la llamada "masa crítica" de profesionales bien formados, y motivados , tanto por la tarea clínica como por el imperativo ético, el compromiso social). Reconocemos que buena parte del peso de los proyectos de futuro depende de la Administración (financiación, ordenación de servicios), pero estaremos de acuerdo en que no podemos pasarnos la vida esperando que la Administración resuelva todos nuestros problemas, nos motive y nos ayude a ser felices. El desafío de la clínica, del trabajo en equipo, la investigación en torno a los problemas que abordamos a diario, la búsqueda

de espacios de encuentro con las asociaciones de familiares y pacientes, la confrontación teórica y experiencial con los más jóvenes y con los más expertos, todo ésto es nuestro leitmotiv, y no podemos cederlo (ni a las instancias administrativas ni a las comerciales, por supuesto). Cada uno de nosotros individualmente y la asociación como proyecto colectivo tenemos aquí un interesante desafío.

**NO PODEMOS PASARNOS LA
VIDA ESPERANDO QUE LA
ADMINISTRACIÓN RESUELVA
TODOS NUESTROS PROBLEMAS,
NOS MOTIVE Y NOS AYUDE A
SER FELICES**

2. Sergio García Reyes

1. Como instrumento de política sanitaria, todo Plan supone un conjunto de medidas, aparte de recursos, fuentes de financiación y actuaciones, encaminadas, desde una óptica y voluntad política, a la consecución de unos objetivos determinados.

En materia de Salud Mental lo primero en pre-guntarse es, si la actual Administración está en condiciones de hacer un Plan que satisfaga las aspiraciones y necesidades de los profesionales que trabajan en la red de Salud Mental y de los usuarios de la misma, plenamente integrado en el Sistema Nacional de Salud.

Las políticas de corte neoliberal, la introducción solapada y casi clandestina de medidas que pretenden en realidad la fragmentación y privatización de lo más rentable del Sistema Sanitario, –Ruptura del Aseguramiento Público Único; financiación pública de empresas privadas; fraccionamiento de las redes de centros sanitarios públicos, etc– hacen poco esperanzadora la realización de un Plan de Salud Mental que ayude a resolver los problemas que actualmente presenta el estancamiento e inanidad de la inconclusa y a la deriva Reforma Psiquiátrica.

En un terreno hipotético, el principal problema a resolver por un Plan de Salud Mental es la materialización del modelo; es decir: la preferente atención de los problemas de Salud Mental en el seno de la comunidad. Esto conlleva la definición de los servicios de Salud Mental comunitarios, como el dispositivo de Atención Especializada, eje fundamental de la atención a los enfermos mentales. Presupone la concreción de medidas, normas y recursos que lo posibiliten. Entre otros: delimitar el grado de autonomía y descentralización en gestión y presupuesto de los servicios comunitarios; definición de plantillas por territorio, con criterios revisables de los

ratios; implantación de la red de recursos intermedios y alternativas a la hospitalización, para el sosténimiento de los pacientes en su medio social y la ayuda a sus familias; coordinación entre los distintos dispositivos; política de personal específica que homogeneice su situación y defina sus funciones; introducción de indicadores que reflejen e incentiven la actividad y calidad del trabajo comunitario; el acceso de estos profesionales a la docencia, como esenciales formadores de los nuevos especialistas, etc. Todo ello vinculado a los órganos de dirección, gestión y participación del Área Sanitaria de referencia.

2. La brevedad de estas notas, no es lugar para extenderse en otros aspectos que debería tratar un Plan. La propuesta de la Asociación Madrileña de Salud Mental/AEN hecha en su boletín de la primavera de 1999, recoge los aspectos más relevantes a tratar.

3. Quisiera poner el énfasis en resaltar que un Plan como el de Salud Mental, que significa la creación y desarrollo de un nuevo modelo –como en su día lo fue la reforma de la Atención Primaria– y una nueva mentalidad en el enfoque de los trastornos mentales, requiere de una convicción, decisión y voluntad política. Convicción y decisión que sólo pueden surgir del marco ideológico que sustenta una Administración, en el contexto de los valores dominantes en ese momento en la sociedad.

Todas las reformas que históricamente han supuesto un avance en este terreno, surgieron de la alianza de unas Administraciones progresistas con los núcleos más dinámicos de los profesionales. Hoy no parece que los valores comunitarios, de solidaridad, de integración, del papel del Estado como redistribuidor de la riqueza, etc, estén en la base de nuestra sociedad; ni que la Administración actual pueda estar interesada en propugnarlos.

Escamotear el debate ideológico sobre la salud, en este caso la salud mental, y su conexión con los factores socio-económicos y modos relacionales y de vida en la sociedad y no clarificar los objetivos y el esfuerzo inversor puesto a contribución para

lograrlos, es quedarnos, una vez más, en una declaración tecnocrática de buenas intenciones.

El recurso a la participación de los profesionales, sin un núcleo previo que vertebre las iniciativas de éstos, se torna demagógico y estéril, al mezclar en un "totum revolutum" criterios, enfoques y concepciones, no sólo divergentes sino contrapuestas. Al final prevalece el peso de los que ocupan las jerarquías psiquiátricas, mayoritariamente enemigos del modelo, atrincherados en intereses corporativos ligados a los servicios Hospitalarios, los pactos con la Industria Farmacéutica y las aulas de una Universidad de espaldas a la formación de los profesionales que la sociedad actual requiere. La continua referencia en los textos oficiales de "Psiquiatría y Salud mental" es un claro exponente.

Un problema difícil de resolver, pero necesario, es la unificación en un solo órgano de la planificación y gestión de la Salud mental, terreno donde participan tres Administraciones, con organizaciones asistenciales no coincidentes.

Esquemáticamente, podríamos decir que donde se ha generado una cultura del trabajo comunitario, de equipos multidisciplinarios, de coordinación con los Servicios Sociales, y otras instituciones, ha sido en los planteamientos del Servicio Regional de Salud, frente a la jerarquización, el trabajo individualizado y el hospitalocentrismo del INSALUD. Sería a la Comunidad de Madrid, por sus competencias en planificación, ordenación y coordinación de los recursos sanitarios, y futuro gestor de toda la sanidad, quien debería haber asumido el protagonismo y liderazgo en materia de Salud Mental. La dejación de responsabilidades de que ha hecho gala, casi desde su constitución, es proverbial: ni una sola orden, decreto o norma sobre este tema ha surgido de esta Institución.

Mientras tanto, el INSALUD, ha ido configurando un organigrama y esquema normativo, donde no encajan los presupuestos del modelo de Salud Mental que se desearía desarrollar y consolidar.

Una vez superados los Comités de Enlace, como órganos capaces de impulsar la reforma, podrían haberse explorado otras iniciativas. El artículo 71 de la Ley general de sanidad, posibilita que el Estado y las Comunidades Autónomas, puedan establecer planes de salud conjuntos. "Los planes conjuntos,

ESCAMOTEAR EL DEBATE IDEOLÓGICO SOBRE LA SALUD ES QUEDARNOS, UNA VEZ MÁS, EN UNA DECLARACIÓN TECNOCRÁTICA DE BUENAS INTENCIÓNES

una vez formulados, se tramitarán por el Departamento de Sanidad de la Administración del Estado y por el Órgano competente de las Comunidades Autónomas, a los efectos de obtener la aprobación de los Órganos legislativos correspondientes...".

Otras formas que se han apuntado de unificar la gestión, tienen el tufillo de las medidas que tienden a desagregar y fragmentar el sistema público sanitario.

Por último, decir que un Plan orientativo de actuaciones prioritarias, que dé cohesión al esfuerzo colectivo y marque unos objetivos concretos, es, por sí mismo, ilusionante y dinamizador. Sería salir del aislamiento actual, de un trabajo vivido con falta de respaldo, aliento e interés por parte de las Administraciones; de un quehacer cotidiano, en que no se sabe muy bien qué se pretende y adonde nos lleva. Sin embargo, los condicionantes actuales pueden hacer que un Plan sea tan peligroso como su ausencia.

3. Enrique Baca Baldomero

1. ¿Qué problemas fundamentales tiene que resolver el Plan?

Como es bien sabido un Plan sanitario es un instrumento de planificación estratégica que ha de servir de base y de pauta a los sistemas de gestión y a los programas asistenciales. No es, por tanto, un ejercicio de virtuosismo "académico", ni una declaración de intenciones más o menos realistas. Eso significa en primerísimo lugar que quien elabora y se responsabiliza del Plan ha consecuentemente de responsabilizarse de su puesta en práctica. Quiere decir todo esto que si una Administración elabora un Plan de Salud Mental y lo hace público ha de suponerse que previamente ha meditado bien cuatro cosas: a) Que se identifica con sus contenidos y se compromete a desarrollarlos; b) Que ha calculado los costes de tal desarrollo y puede asumirlos en su totalidad; c) Que tiene establecidos los plazos para la consecución de los objetivos del Plan y establecido un cronograma viable; d) Que ha estudiado y resuelto todos los problemas políticos, legales, y administrativos que puedan presentarse en la puesta en marcha y desarrollo de dicho Plan. Así como los hipotéticos pro-

blemas de aceptabilidad por parte de los profesionales implicados, los usuarios afectados y la sociedad en general. Evidentemente todos estos aspectos no son estrictamente "problemas que ha de resolver el Plan" sino "problemas que han de estar resueltos para que el Plan sea tal". Si los menciono aquí es por la repetida experiencia de que en múltiples ocasiones se han realizado planes de salud, costosos y complejos, cuyo destino final ha sido, en el mejor de los casos, el cajón de una mesa de despacho.

2. ¿Qué aspectos del Plan considera que son fundamentales?

Podrían sintetizarse así: a) La definitiva integración, en todos los aspectos y niveles (asistenciales y de gestión), de la asistencia psiquiátrica y a la salud mental en el nivel especializado del sistema sanitario general con la consecuente definición de sus relaciones preferentes con el nivel de atención primaria de salud. b) El establecimiento de una cartera de servicios bien definida, que priorice objetivos de salud y evite la dispersión en las actividades asistenciales y la infraatención a problemas que, por su prevalencia o por su gravedad e impacto social, han de ser considerados especialmente. c) La determinación de la unidad territorial que ha de ser considerada como autosuficiente asistencialmente y, por tanto, la definición de los recursos necesarios con los que ha de ser dotada (tanto materiales como humanos) así como la determinación de los criterios con los que dichos recursos se asignan y los indicadores en los que ha de basarse dicha asignación. d) El establecimiento de un organigrama definitivo del subsistema asistencial. Evidentemente hay muchos más aspectos que son fundamentales, pero detallarlos equivaldría a confeccionar el Plan por el que se me pregunta y esa tarea supera ampliamente mis posibilidades.

3. En su opinión ¿cuáles son las prioridades asistenciales?

En el momento actual en Madrid creo sinceramente que existen necesidades de recursos en todos los niveles. Precisamente si estoy convencido que un Plan de Salud Mental es necesario no es tanto por las grandes definiciones que pueda contener, que sin duda pueden ser muy estimulantes, si no por la necesi-

**ÉSTA ES OTRA DE LAS
CUESTIONES QUE DEBE DEJAR
BIEN ESTABLECIDAS EL PLAN
DE SALUD MENTAL: CUAL VA A
SER LA FORMA ORGANIZATIVA
Y DE GESTIÓN QUE VA A TENER
LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA
Y A LA SALUD MENTAL
UNA VEZ CULMINADO EL
PROCESO DE TRASFERENCIAS**

dad urgente de dar una base sólida a las medidas de gestión (una de las cuales es, sin duda, la asignación de recursos y la priorización de programas). Una vez dicho esto se puede añadir que plantean problemas prioritarios las actividades de rehabilitación, la atención a los pacientes con necesidades de ingreso hospitalario y, desde luego, la atención a la salud mental infantojuvenil.

4. ¿Cómo piensa que tiene que estar organizada la Red Asistencial en el periodo pretransferencial?

Creo sinceramente que debe acercarse al modelo que tenga tras la trasferencia. Esta es otra

de las cuestiones que debe dejar bien establecidas el Plan de Salud Mental: cual va a ser la forma organizativa y de gestión que va a tener la asistencia psiquiátrica y a la salud mental una vez culminado el proceso de trasferencias. Personalmente, y visto el giro coperricano que se está produciendo en Cataluña, me reafirmo en la idea de que la red asistencial debe estar organizada y gestionada de la misma manera que el resto de la atención sanitaria especializada. Clamar por demasiadas especificidades puede ser un buen pretexto para que se nos envie de nuevo a refundar el PANAP.

LA FRAGMENTACIÓN ASISTENCIAL DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Desde que se creó en 1997 la Agencia Antidroga que sustituyó al Plan Regional se han ido produciendo algunos cambios en la atención de las drogodependencias en la Comunidad de Madrid y aunque probablemente quedan muchas cosas por hacer, sí que se adivina cuál es le rumbo asistencial que se está tomando. Probablemente, el cambio fundamental que se está produciendo es una evolución técnica desde los enfoques asistenciales orientados a la abstinencia hacia un desarrollo de la política de reducción de riesgo. La Comunidad de Madrid tenía un retraso enorme en la implantación de programas de mantenimiento con metadona, así como en los programas sociosanitarios de intercambio de jeringuillas, prevención de enfermedades de transmisión sexual, consumo higiénico por vía parenteral, etc. y la apuesta por estas intervenciones, sin abandonar la prevención del consumo ni los enfoques hacia la abstinencia para aquellos drogodependientes en los que esté indicado, está suponiendo un avance para mejorar la asistencia de esta población. Esto ha sido posible gracias a la inversión en crear programas y recursos nuevos, a contracorriente de los que se habían

**EL CAMBIO FUNDAMENTAL
QUE SE ESTÁ PRODUCIENDO
ES UNA EVOLUCIÓN TÉCNICA
DESDE LOS ENFOQUES
ASISTENCIALES ORIENTADOS
A LA ABSTINENCIA HACIA UN
DESARROLLO DE LA POLÍTICA
DE REDUCCIÓN DE RIESGO**

desarrollado hasta ahora. De esta forma han aumentado las plazas de metadona y algunos drogodependientes incluso la pueden adquirir en la farmacia de su barrio y se están ampliando las unidades móviles que la distribuyen, se están desarrollando programas con otros agonistas opiáceos como el LAAM, se han creado unidades móviles que ofrecen ayuda sanitaria y social en los barrios marginales donde se trafica, se ha anunciado la creación de dispositivos para que los drogodependientes puedan inyectarse de forma higiénica y segura y puedan recibir apoyo social y sanitario y en los centros de atención ambulatoria se están implantando programas sociosanitarios para disminuir la morbilidad y el deterioro social que genera el consumo de drogas. Por otro lado, el desarrollo de todos estos programas de reducción de riesgos no

se está produciendo mediante la anulación de los anteriores orientados a la abstinencia, ni tienen por qué competir entre sí, sino que son complementarios y abren el abanico de las intervenciones a esta población. Es indudable que esta ampliación de la perspectiva asistencial está contribuyendo a mejorar el panorama de la atención de las drogode-

pendencias en la Comunidad de Madrid y el pronóstico de la población afectada.

¿Hasta dónde se está implantando el modelo de reducción de daños y cómo se está haciendo?

Este enfoque asistencial asume que es posible acabar con el problema de las drogas en la sociedad y por eso los programas orientados exclusivamente a la abstinencia resultan escotomizados y excluyentes. Pero la política de reducción de daños y riesgos puede ser también reduccionista si sólo se queda en el desarrollo de unos programas de atención concretos que no trascienden de un esquema de aplicación individual. El verdadero modelo de reducción de daños y riesgos tiene que ir acompañado de medidas sociales, políticas y legales más globales y, ya que no es posible una sociedad sin drogas, habría que disminuir su impacto (curiosamente siempre mayor en barrios marginales y estratos socioeconómicos más bajos) y dirigir las medidas coercitivas con mayor fuerza a quienes se enriquecen con el tráfico y no sobre el usuario. Por otra parte, los recursos y programas que se están desarrollando son todavía insuficientes y lo que es aún peor, los aspectos positivos de este cambio asistencial corren peligro porque su planificación e integración en la red no es adecuada. Este problema tiene que ver con las peculiaridades del contexto administrativo que atañe a la red de atención y que precede y persiste durante este cambio en el contenido.

La organización administrativo-asistencial de la red

Desde el punto de vista administrativo-asistencial en Madrid existe una fragmentación absoluta. Las administraciones encargadas de la financiación de la atención a las drogodependencias en la Comuni-

dad de Madrid incluye distintos ayuntamientos (capital y municipios de la comunidad) y la Consejería de Sanidad y de Servicios Sociales. Esta situación puede generar problemas a la hora de una planificación global de la asistencia en la Comunidad de Madrid. La coordinación entre los dispositivos puede estar obstaculizada y no se puede organizar una verdadera continuidad de cuidados, la presencia de recursos duplicados puede generar confusión entre profesionales y usuarios, la equidad y proporcionalidad de la asistencia se convierte en un reto imposible al depender de los recursos de administraciones distintas y se crea un agravio comparativo

entre los profesionales de diversa índole para realizar un trabajo similar. Esto en realidad es el pan nuestro de cada día, no sólo en la red de drogodependencias, sino también en la de la salud mental, al menos hasta que se produzcan las tan anunciadas transferencias del INSALUD a la Comunidad de Madrid. Sin embargo, en la red de drogodependencias la solución no se va a producir a corto plazo porque no parece que vaya a haber unas transferencias de los Ayuntamientos a la Comunidad de Madrid. Pero, por si fuera poco, además hay que sumar otros dos parámetros muy de moda en la actualidad con el auge del neoliberalismo que complican aún más la situación: las empresas concertadas y las ONGs.

La concertación de servicios con empresas privadas

Desde hace 10-12 años, la creación de nuevos recursos y dispositivos asistenciales por parte de la Comunidad de Madrid (Consejería de Servicios Sociales sola o unida a la de Sanidad) se ha realizado a través de la contratación de empresas que se encargan de proveer la atención a los drogodependientes. El concertar los servicios públicos con agentes privados surge como una alternativa más barata a la provisión pública y teóricamente más

EL VERDADERO MODELO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS TIENE QUE IR ACOMPAÑADO DE MEDIDAS SOCIALES, POLÍTICAS Y LEGALES MÁS GLOBALES

DESDE EL PUNTO DE VISTA ADMINISTRATIVO-ASISTENCIAL EN MADRID EXISTE UNA FRAGMENTACIÓN ABSOLUTA. LA EQUIDAD Y PROPORCIONALIDAD DE LA ASISTENCIA SE CONVIERTEN EN UN RETO IMPOSIBLE AL DEPENDER DE LOS RECURSOS DE ADMINISTRACIONES DISTINTAS

eficiente, al menos a priori. Sin embargo, a todos los problemas que encontramos anteriormente con la fragmentación de las administraciones hay que sumarle algunos otros. La coordinación se complica más todavía cuando gran parte de la atención a esta población la realizan pequeñas empresas cuyo contrato con la Comunidad sale a concurso periódicamente. Esta fórmula introduce dentro de la red la competencia de un mercado interno que dificulta la buena comunicación entre los dispositivos. Para que algunos conciertos salgan más baratos para empezar hay que reducir costes salariales (esto es fácil si las empresas contratan menos profesionales y se les paga un sueldo inferior al que se cobra por el mismo trabajo en cualquier administración). Como los contratos con la Comunidad de Madrid salen a concurso cada 1-2 años, los de los trabajadores duran ese tiempo, que se puede renovar o no. Recientemente, los cambios de conciertos de tres CAIDs de Madrid han llevado al paro a alrededor de 70 personas, muchos de ellos tras trabajar más de 10 años en el mismo dispositivo. Respecto a la evaluación de la calidad de los dispositivos de las empresas proveedoras por parte de la administración financiadora (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales) adolece de lo mismo que sucede en los dispositivos de provisión pública y lo que se evalúa suele ser una serie de indicadores de actividad en una memoria anual que poco tiene que ver con la calidad de las intervenciones asistenciales, su especialidad, la implicación del profesional en el equipo asistencial... Pero eso sí, son más baratas.

Las ONGs

Los drogodependientes, con otros colectivos como los inmigrantes, las minorías étnicas o los mendigos, forman parte de esa

RECENTEMENTE, LOS CAMBIOS DE CONCIERTOS DE TRES CAIDs DE MADRID HAN LLEVADO AL PARO A ALREDEDOR DE 70 PERSONAS, MUCHOS DE ELLOS TRAS TRABAJAR MÁS DE 10 AÑOS

que de esta manera se está liberando al Estado de la preocupación por este problema porque ya se está "parcheado", el derecho a la atención sociosanitaria se convierte en un acto de caridad y se perpetúa la marginación de los drogodependientes al ser atendidos fuera de la red normalizada en unos dispositivos creados ex profeso para ellos. La misma ayuda prestada es otro parámetro de exclusión porque aunque en lo humano puede ser intachable puede ir acompañada a veces de una carga ideología casi siempre religiosa que no tiene que ver con el problema de la toxicomanía. Técnicamente puede dejar que desear porque lógicamente el respaldo económico e infraestructural de estas organizaciones no es comparable al del Estado que además suele asegurarse de contratar a profesionales preparados y no a voluntarios, que pueden ser excelentes técnicos o no serlo. Dentro del conjunto de las ONGs que trabajan en la atención a drogodependientes hay distintos grupos: desde las que funcionan más por libre pero que hacen auténticos programas de tratamiento y que suelen tener una carga religiosa mayor a las que se han "profesionalizado" más y prácticamente funcionan como empresas concertadas, con financiación y subvenciones desde la Administración y que se encargan de determinados dispositivos y programas. Incluso se da el caso de que participan con algún programa de mantenimiento con metadona, por ejemplo, dentro de un recurso público. Aquí lo de la calidad asisten-

MUCHAS ONGs ANTE LA INDIFERENCIA DE LAS ADMINISTRACIONES HAN ASUMIDO EL COMPROMISO CON ESTE COLECTIVO PARA PALIAR UNOS PROBLEMAS REALES, COTIDIANOS Y ACUCIANTES PARA QUIENES SUFREN

EL DERECHO A LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA SE CONVIERTEN EN UN ACTO DE CARIDAD Y SE PERPETÚA LA MARGINACIÓN DE LOS DROGODEPENDIENTES AL SER ATENDIDOS FUERA DE LA RED NORMALIZADA EN UNOS DISPOSITIVOS CREADOS EX PROFESO PARA ELLOS

cial y las condiciones contractuales de los trabajadores (o voluntarios) es puro azar y escapa aún más al control de la Administración. Eso sí, estas son las más baratas de todas.

La (des)vinculación con el Sistema Nacional de Salud

Esta red asistencial fragmentada entera está a su vez, desgajada de la red sanitaria normalizada, es decir, del SNS. La forma por la que se está sanitizando la red de drogodependencias que de partida sólo contempla una perspectiva psicosocial fue la de contratar a más médicos en los dispositivos ambulatorios. Estos profesionales están siendo imprescindibles en el día a día del cambio técnico y con su aportación están ampliando el concepto de la drogodependencia como "conducta desviada" hacia un modelo de enfermedad. Pero lo que no pueden hacer estos profesionales es hacerse cargo de las abundantes complicaciones somáticas derivadas de la toxicomanía y su seguimiento a largo plazo (HIV, hepatitis de todo el abecedario, tuberculosis, endocarditis, abscessos...). El problema surge cuando la coordinación entre estos centros con la Atención Primaria y los Hospitales no está asegurada, y esta atención sanitaria queda limitada. De nuevo estaríamos proporcionado una asistencia de segunda clase y una buena intención de asegurar una atención sanitaria a una población con dificultades para acceder a ella se podría convertir en otro parámetro de exclusión y en un nuevo obstáculo a su integración.

La (des)vinculación con Salud Mental

Otro elemento de ese desgajamiento de la red de atención a los drogodependientes de la sanitaria es su separación de la red de Salud Mental. Este viene de lejos, coincide con la separación de las consejerías de sanidad y servicios sociales y forma parte de un contencioso entre algunos psiquiatras y psicólogos que acaba, repartiéndose el alcoholismo para los primeros y las

dependencias a sustancias ilegales para los segundos. Curiosamente, una característica de los drogodependientes es su elevada comorbilidad con trastornos mentales, la famosa patología dual (más de la mitad de los drogodependientes son diagnosticados de un trastorno mental a lo largo de su vida y, por otro lado, más del 40% de los pacientes con esquizofrenia tiene o ha tenido un trastorno por uso de sustancias), por lo que puede parecer un disparate que estas redes funcionen en paralelo. Si al menos hubiera una buena coordinación entre los dispositivos de ambas redes, se podría paliar el problema pero esta posibilidad es excepcional y lo habitual es la mutua ignorancia cuando no hay cierto enfrentamiento. La Agencia Antidroga, dentro del cambio técnico que propugna recoge esta problemática y decide contratar (a través de empresas privadas concertadas por la Comunidad de Madrid por supuesto) a 2 psiquiatras dentro de la red de drogodependencias para el abordaje ambulatorio de los trastornos duales en una población de unos 5 millones de habitantes (!). Esto supone que muchos de los drogodependientes que tengan además una patología mental grave van a ser atendidos por un psiquiatra dentro de la red de drogodependencias en vez de por un equipo de salud mental perteneciente a la red normalizada. De nuevo otro parche, otro parámetro de exclusión, otro fragmento asistencial. No es casualidad que en dos años hayan pasado 6 psiquiatras por esto dos puestos (y es que a las precarias condiciones contractuales hay que sumar el aislamiento de ese profesional y la ausencia de un programa de trabajo definido) y que en este tiempo en muchos centros de salud mental y centros de atención a drogodependientes desconozcan el funcionamiento y hasta la existencia de este recurso.

ESTARÍAMOS PROPORCIONADO UNA ASISTENCIA DE SEGUNDA CLASE

SI AL MENOS HUBIERA UNA BUENA COORDINACIÓN ENTRE LOS DISPOSITIVOS DE AMBAS REDES, SE PODRÍA PALIAR EL PROBLEMA PERO ESTA POSIBILIDAD ES EXCEPCIONAL Y LO HABITUAL ES LA MUTUA IGNORANCIA CUANDO NO HAY CIERTO ENFRENTAMIENTO

Conclusiones

Está cambiando el concepto de la drogodependencia y el abordaje al drogodependiente en la Comunidad de Madrid, pero esta evolución tan posi-

tiva en el contenido se acompaña de una fragmentación de los recursos asistenciales. Es preciso la elaboración de un Plan asistencial global en drogodependencias que procure una homogeneización de la atención a esta población (dentro de ella y respecto a la población general) y una homogeneización del cometido y de las condiciones laborales entre los profesionales, que integre la atención en la red sanitaria normalizada y en especial en la red de Salud Mental. Como es un sueño que haya una sola administración pública que gestione toda la red, sería necesario al menos que hubiera mayor coordinación entre las distintas administraciones para la elaboración del plan. Han de ser las administraciones públicas las que asuman la totalidad de la atención del problema en toda su evolución (desde la prevención del consumo hasta la rehabilitación y reinserción del drogodependiente) y de toda la población para que las ONGs no tengan que hacerse cargo de labores que corresponden al Estado. Es preciso frenar la política de conciertos con empresas privadas que ahorran dinero pero no mejoran la calidad asistencial porque atomizan la red de atención.

**HAN DE SER LAS
ADMINISTRACIONES PÚBLICAS
LAS QUE ASUMAN LA
TOTALIDAD DE LA ATENCIÓN
DEL PROBLEMA EN TODA SU
EVOLUCIÓN Y DE TODA LA
POBLACIÓN PARA QUE LAS
ONGs NO TENGAN QUE
HACERSE CARGO DE LABORES
QUE CORRESPONDEN AL
ESTADO**

Es fundamental un acercamiento entre Salud Mental y la red de drogodependencias. Este acercamiento lo tenemos que llevar a la práctica los profesionales pero tiene que estar regulado y pactado entre los responsables asistenciales más altos de ambas redes. Hay distintas fórmulas como desarrollar enlaces entre ambas redes mediante la asignación de un profesional de la red de drogodependencias a cada equipo de salud mental para labores de interconsulta; designar en cada equipo de salud mental uno o varios especialistas que se hagan cargo de todos los trastornos duales; proporcionar información y supervisión a los profesionales de salud mental en técnicas de tratamiento de las drogodependencias.. En cualquier caso se hace imprescindible este acercamiento o se acabará creando una "unidad estrella" (ya sea concertada o gestionada por una ONG) para el tratamiento de los trastornos duales que se sumará a los fragmentos asistenciales. Y cada vez es más difícil ajustar las piezas del puzzle.

A. Ortiz Lobo



INFORME SOBRE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL GRUPO DE TRABAJO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

El fenómeno de la exclusión social reaparece de forma reiterada en los diversos análisis que se realizan de la sociedad actual. En una sociedad basada en una economía globalizada y competitiva, la generación de los márgenes forma parte casi de la propia esencia del modelo. Los procesos de transformación del mercado laboral y de la estructura social han contribuido a generar nuevas formas de pobreza, marginación y exclusión social.

Las críticas desde la ideología neoliberal al Estado del Bienestar han trasladado a la creencia general la idea de la existencia de una "cultura de la pobreza", en la que la desigualdad resulta más como consecuencia de factores individuales que de factores sociales externos; y en la que la dependencia generada por las prestaciones aportadas por los sistemas de protección social produce un "efecto perverso", perpetuando la marginación.

Es indudable que el fenómeno de la exclusión social es complejo y no se le pueden dar interpretaciones reduccionistas, atribuyendo sólo a un tipo de factores (bien sean individuales, bien sean socioeconómicos) el origen de la misma. Sin embargo, hasta la fecha, la extensión de las creencias anteriormente señaladas ha generado, más que la producción de respuestas complejas, la reducción de las prestaciones sociales y la tendencia a la culpabilización de los excluidos.

Es en este marco en el que cabe analizar el problema de la exclusión social en lo que atañe a los enfermos mentales. En este caso la imbricación entre los factores individuales ligados a la propia patología y los factores psicosociales y económicos es aún mayor.

Dentro del colectivo de marginados sin hogar se ha producido un incremento en la proporción de personas con trastornos psíquicos severos, alcoholismo y drogodependencias. El análisis de este fenómeno social complejo está aún por realizar de un modo

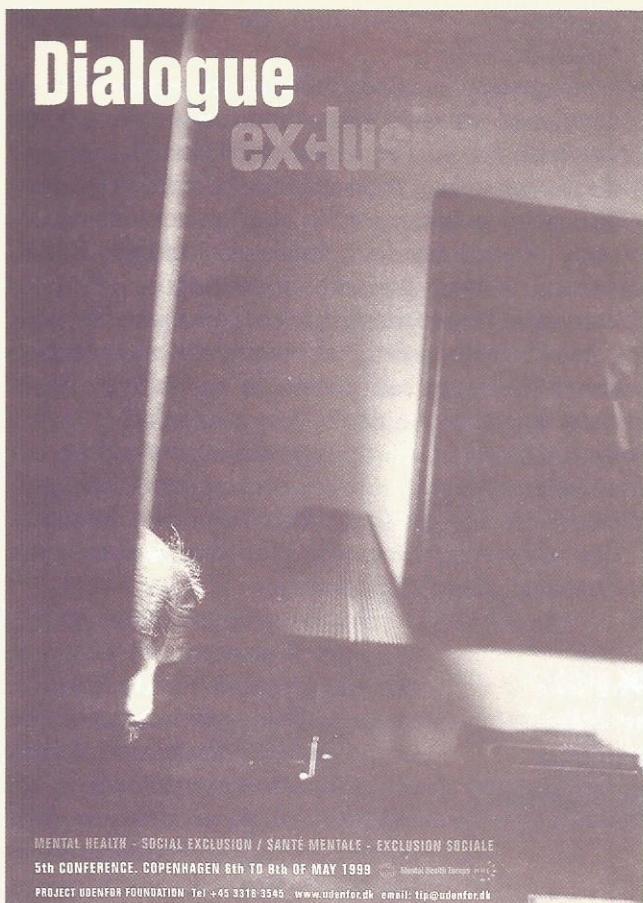
riguroso, pero no caben interpretaciones simplistas en las que se atribuye a los procesos de desinstitucionalización la responsabilidad del mismo.

En España no se han producido externalizaciones masivas de pacientes con trastornos psíquicos severos, y en los estudios que se han realizado (Muñoz y Vázquez, Vega y Palomo, Rico) se pone de manifiesto que las poblaciones estudiadas no provienen de hospitales psiquiátricos. Son fenómenos más complejos, que tienen que ver con situaciones de desarraigo familiar y social, desempleo, pobreza severa, deterioro personal y

social....., para los que los recursos existentes (sociales y sanitarios) no logran aportar respuestas coordinadas y eficientes. La escasez de recursos intermedios, residenciales y de rehabilitación constituyen elementos claves en el proceso de marginalización. En este sentido, el desarrollo comunitario insuficiente, tanto a nivel de creación de recursos en la comunidad, como en la escasa implantación de modos de trabajo más flexibles y ligados a la calle, sí puede considerarse uno de los elementos que explican el fracaso en la prevención de la exclusión dentro de los enfermos mentales. Es evidente que las respuestas antiguas de institucionalización de estas personas "quitaban de la vista el problema", pero sin lugar a dudas no lo resolvían. Una vez que la marginalización se ha producido, ésta se va retroalimentando y las dificultades de reinserción son cada vez mayores.

A partir de diversas iniciativas en distintas ciudades europeas, lideradas por el Consejo Regional Europeo de la Federación Mundial de Salud Mental (CRE-FMSM), se ha ido consolidando desde 1991 un grupo de profesionales que ha trabajado sobre el tema, impulsando el desarrollo de diversos seminarios en los que se ha producido un intercambio de experiencias. Estos seminarios se han celebrado en Roma (1991), Bruselas (1993), París (1995),

**DENTRO DEL COLECTIVO
DE MARGINADOS SIN HOGAR
SE HA PRODUCIDO
UN INCREMENTO EN LA
PROPORCIÓN DE PERSONAS
CON TRASTORNOS PSÍQUICOS
SEVEROS, ALCOHOLISMO
Y DROGODEPENDENCIAS**



Madrid (1997) y Copenhague (1999). Esto ha dado lugar a un Proyecto Europeo "SALUD MENTAL EXCLUSIÓN SOCIAL" (SMES) de dicho Consejo Regional dirigido por el Prof. Luigi Leonori, que tiene una doble finalidad. En primer lugar pretende llevar a cabo una intervención coordinada desde los profesionales (de lo público y lo privado, de lo social y lo sanitario) con el objetivo de mejorar la situación asistencial y las condiciones de vida de este grupo de población en cada país. En segundo lugar promueve el análisis y la evaluación de la situación de las personas con trastornos mentales Sin Hogar y de sus condicionantes.

Es a partir de la reunión de Madrid cuando se crea formalmente una Red Europea Salud Mental -Exclusión Social (SMES), en la que nuestra asociación participa, y que tiene como objetivos la puesta en común de experiencias positivas de trabajo y reinserción con estas personas, que parten de la

base de su respeto como ciudadanos; así como la sensibilización de los gobiernos y los profesionales sobre la necesidad de no desentenderse de esta problemática y de evitar respuestas impositivas obsoletas. La coordinación entre los organismos públicos y privados, entre lo social y lo sanitario constituye uno de los puntos de partida de la Red. Esta problemática exige intervenciones y actitudes que conjuguén el respeto a sus derechos como ciudadanos y la provisión de la asistencia necesaria, un equilibrio difícil de alcanzar en muchas ocasiones, pero imprescindible si lo que se pretende es lograr una reinserción duradera. Desde el trabajo en la calle para el "enganche" hasta su inserción en dispositivos con distintos niveles de exigencia es necesaria la intervención coordinada de profesionales sanitarios y sociales. Intervenciones que deben ser flexibles, no limitadas a los horarios "funcionariales", ni al espacio del despacho.

Desde la AEN se estableció contacto con este grupo en 1994 y se organizó en Madrid un grupo de trabajo (Grupo SMES Madrid) del que forman parte diversas entidades y asociaciones (Asociación Española de Neuropsiquiatría, Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, Asociación Madrileña de Salud Mental, Centro de Acogida San Isidro, Departamento de Personalidad de la U.C.M., Asociación Católica Española de Migración, Médicos del Mundo, Albergues San Juan de Dios, San Martín de Porres y Damas Apostólicas, Asociación Biztegui, Asociación Realidades, Grupo 5, Cáritas Española, PRISEMI, Servicio de Salud Mental del Distrito Centro, Instituto Psiquiátrico José Germán, RAIS y Cruz Roja), y que ha venido realizando reuniones periódicas hasta la actualidad.

Los objetivos de este grupo son los siguientes:

- Promover la reflexión y la acción sobre los vínculos existentes entre la salud mental y la exclusión social.
- Promover el intercambio de proyectos y de prácticas entre los distintos componentes del mismo.
- Participar en las iniciativas desarrolladas dentro de la Red Europea del Proyecto Salud Mental Exclusión Social.
- Promover el análisis y la evaluación de los enfermos mentales sin hogar, de su estado actual y de las prácticas que con ellos se realizan.

ESTA PROBLEMÁTICA EXIGE INTERVENCIONES Y ACTITUDES QUE CONJUGUEN EL RESPETO A SUS DERECHOS COMO CIUDADANOS Y LA PROVISIÓN DE LA ASISTENCIA NECESARIA

- Sensibilizar a los políticos y a la opinión pública sobre estos problemas.
 - Promover una nueva política de intervención coordinada e integral sobre las personas sin hogar con trastornos mentales.
- Los resultados obtenidos hasta ahora por este grupo han sido:
- Creación de una red local que ha permitido el intercambio de experiencias y prácticas de intervención.
 - La presentación en el Seminario de París de dos posters realizados en conjunto por los miembros del grupo sobre la situación en España y el programa de apoyo al Centro de Acogida San Isidro realizado desde el SSM de Moncloa.
 - La organización del Seminario Europeo celebrado en Madrid en Mayo de 1997. En el mismo se realizaron tres subgrupos que elaboraron tres propuestas de intervención coordinadas en:
 - Centros de Acogida
 - Trabajo en la calle
 - Servicios de Salud Mental y Servicios Sociales
 - (Estas propuestas se encuentran a disposición de quien esté interesado)
 - Las conclusiones de este Seminario de Madrid se editaron y se han difundido en forma de tríptico.
 - La realización en Madrid de la "Encuesta Previa SMES" (Financiada por la Comisión Europea) referente a las necesidades y servicios ofrecidos a las personas marginalizadas y bajo sufrimiento psíquico llevada a cabo en siete ciudades europeas (Madrid, Lisboa, Roma, Bruselas, Copenhague, París y Londres). Dicha encuesta tenía como objetivo evaluar cualitativamente las necesidades de los usuarios y la respuesta que desde las instituciones sociales y sanitarias se daba a las mismas. Constaba de una primera fase de encuesta a las instituciones (sociales y sanitarias) ubicadas en la Unidad Local a estudiar (Distrito Centro, -elegido por la mayor presencia de personas sin hogar-); y de una segunda fase de entrevistas de "historias de vida" a personas sin hogar con trastornos mentales en contacto con esos servicios.
 - Elaboración de cinco posters sobre proyectos de investigación y de intervención concreta (UMES, Proyecto LABORA Grupo 5, "También Contamos" de RAIS, CEDIA, Departamento de Personalidad de la UCM) y de tres comunicaciones que se han

presentado al Seminario de Copenhague en Mayo de 1999.

- Participación desde la AEN en la elaboración de un nuevo proyecto de evaluación e intervención "Vivir en Salud y dignidad" (que ha sido aprobado para su financiación por la Comisión Europea) que se va a llevar a cabo en diez capitales europeas (Roma, Londres, Bruselas, Helsinki, Berlín, Atenas, Lisboa, Madrid, Copenhague y París) y tiene por objeto describir en cada una de ellas cinco "buenas prácticas" de intervención con personas sin hogar con trastornos mentales evaluando el impacto que tienen sobre su salud.
- Discusión de una propuesta de intervención coordinada e integral que tenga en cuenta las necesidades de las personas con trastornos mentales que están en situación de gran precariedad y sus derechos como ciudadanos.

En la primera fase de la Encuesta Preliminar, en la que se recogía la respuesta de las instituciones ante esta población, se ponía de manifiesto que existía una situación de aislamiento y de falta de trabajo en red, y se producía un traspaso de responsabilidades entre las instituciones

sociales y sanitarias, y entre las organizaciones públicas y privadas en ambas direcciones. Existen así mismo dificultades en cuanto a la sectorización de los enfermos sin hogar que lleva en demasiadas ocasiones a la dejación de responsabilidad asistencial, tanto por parte de los servicios sanitarios (CSM, UHB), como de los servicios sociales.

Una propuesta de intervención, que ha dado buenos resultados en otras ciudades europeas, pasa por la creación de pequeños equipos mixtos (socio-sanitarios) específicos que detecten a estas personas, realicen el "enganche", inicien las acciones y gestionen el seguimiento de los pacientes en la red de servicios sociales y sanitarios normalizados; con disponibilidad de alojamientos con distintos niveles de exigencia.

Las instituciones públicas tienen la responsabilidad de dar una respuesta coordinada a este problema, respuesta que tenga en cuenta su naturaleza compleja, que cuente con las ONG que ya trabajan en este campo y que parta de unos principios de respeto por sus derechos como ciudadanos.

LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS TIENEN LA RESPONSABILIDAD DE DAR UNA RESPUESTA COORDINADA A ESTE PROBLEMA

M^a Fe Bravo

TÓPICOS TIPOS Y ESTEREOTIPIA EN LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL

Debate de las Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental

Moderador: Félix Poyo. Participación: Juan Cañamares, J.A. Hernández, Eugenio García Ferreiro, Mariana García de León, Víctor Rivelles, Isabel Prieto y Pilar Nieto, que nos resume brevemente los temas abordados.

El tratamiento de la patología mental grave exige, como cuestiones muy básicas, un trabajo en equipo y una coordinación eficaz entre los distintos dispositivos que intervienen en su tratamiento.

Es imprescindible crear una red que asegure la continuidad terapéutica, pero, como sabemos, esto no es siempre posible y son muchos los factores que atentan contra los resultados que esperamos obtener.

Un factor que me parece clave en este sentido es nuestra capacidad, como profesionales, de analizar algunas de las dificultades con que nos encontramos para utilizar los recursos disponibles.

Siendo evidente la insuficiencia de recursos actuales, quiero, sin embargo, recalcar otra serie de cuestiones que me parecen significativas y útiles para que podamos intercambiar opiniones y experiencias sobre ellas:

La rigidez de las indicaciones de ingreso en los diversos dispositivos hace que a nuestros paciente les resulte realmente complicado acceder a ellos, convirtiéndose estas indicaciones en escollos, en ocasiones, imposibles de salvar.

La falta de claridad por nuestra parte en los criterios y objetivos a conseguir al derivar a un paciente aumenta la dificultad que acabamos de señalar.

Una mayor flexibilidad, coordinación y comunicación entre los distintos dispositivos facilitará, sin

SE ESTÁ DANDO FORMACIÓN A LOS PROFESIONALES BASADA EN ABORDAJES CASI EXCLUSIVAMENTE PSICOFARMACOLÓGICOS

LA RIGIDEZ DE LAS INDICACIONES DE INGRESO EN LOS DIVERSOS DISPOSITIVOS HACE QUE A NUESTROS PACIENTES LES RESULTE REALMENTE COMPLICADO ACCEDER A ELLOS, CONVIRTIÉNDOSE ESTAS INDICACIONES EN ESCOLLOS, EN OCASIONES, IMPOSIBLES DE SALVAR

duda, la solución de estas cuestiones.

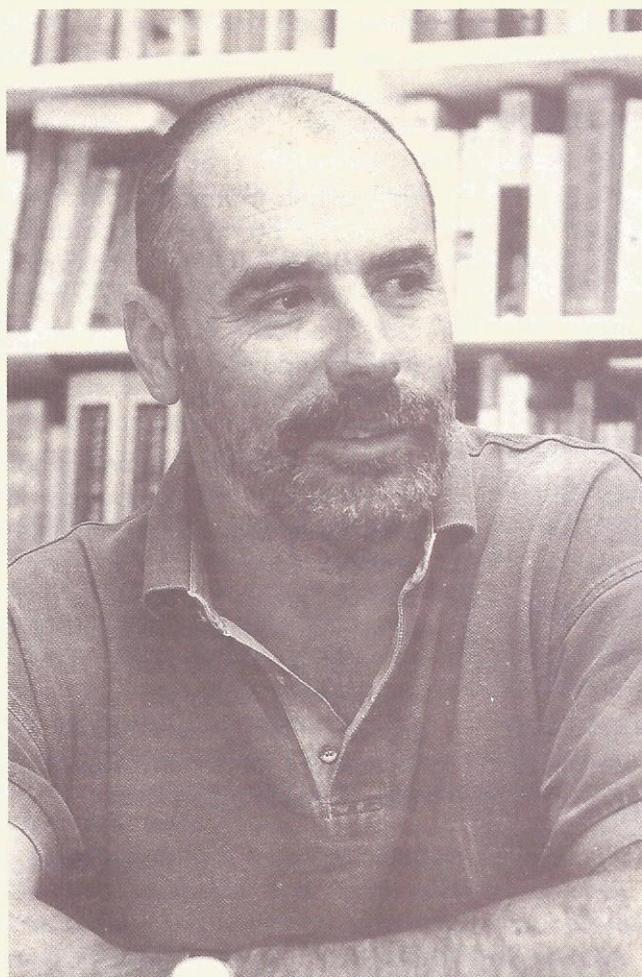
En cuanto a la formación: se está dando formación a los profesionales basada en abordajes casi exclusivamente psicofarmacológicos; incrementar la formación tanto para realizar el trabajo en equipo como en psiquiatría comunitaria es el objetivo a conseguir.

Finalmente me pregunto si los coordinadores de los equipos de SSM tienen todos ellos un planteamiento común sobre la forma de trabajar en los servicios (trabajo en equipo, relación con atención primaria, etc.) o si, por el contrario, cada vez será más frecuente que los servicios de salud mental funcionen como islas más o menos autónomas.

Pilar Nieto



PSIQUIATRÍA Y PSICOFÁRMACOS EN EL NUEVO SIGLO



Resumen

La segunda mitad del siglo XX podrá ser con justicia considerada como la era de los psicofármacos. Los psicofármacos han contribuido a hacer realidad la pretensión de curar y han ayudado a desarrollar conceptos y tecnologías útiles para medir y pensar la actividad terapéutica. No es cierto, sin embargo, que de lo anterior pueda deducirse que la práctica psiquiátrica pueda reducirse al conjunto de operaciones necesarias para maximizar el efecto de los psicofármacos sobre las personas que padecen trastornos mentales. Más bien parece que a lo que los datos de que disponemos apuntan es que los primeros años del siglo XXI se conformarán como la era de los tratamientos integrados. Avanzar en este

sentido supone una actitud crítica con la versión dominante de la Psiquiatría en cuanto a tres aspectos: 1) El exceso de optimismo ligado a la sobreestimación del efecto y a los sesgos en la atribución de los resultados obtenidos. 2) El abuso de la metáfora de la enfermedad en la consideración de los problemas de salud mental y de su abordaje. 3) La redefinición del papel de la industria farmacéutica en la práctica clínica, la formación de los profesionales y la determinación de las prioridades en investigación, que supone, desde luego, la elaboración de un código ético, pero también la redefinición del papel de la administración y las asociaciones profesionales.

0) Introducción

En la segunda mitad del siglo XX se han desarrollado una buena cantidad de fármacos que han demostrado ser capaces de reportar beneficios a las personas que sufren trastornos mentales. Estos fármacos han representado una –no la única pero sí una muy importante– de las fuerzas que han contribuido a cambiar el modelo de existencia social de las personas que sufren trastornos mentales.

Desde la alta edad media las sociedades urbanas se han procurado de procedimientos específicos para controlar a –y protegerse de– las personas que padecen trastornos mentales. Los hospitales que siguen la ruta abierta por el mito fundacional del padre Jofre en Valencia y se extienden por toda Europa, pretenden garantizar el control o en todo caso ofrecer hospitalidad (que no otro es el origen de la palabra hospital) a personas incapaces de convivir de acuerdo con las normas sociales vigentes. Estos hospitales dependían de la Iglesia y podían entenderse como instituciones de caridad o de control social. Será sólo en la sociedad moderna surgida de las revoluciones burguesas, después de que las nuevas instituciones políticas desbanquen a la Iglesia de estas funciones y asignaran a los médicos la misión de dirigir los hospitales, cuando a las pretensiones de controlar y proteger se sumó la pretensión de curar, sobre la que se construyó la Psiquiatría tal y como la hemos conocido en los siglos XIX y XX.

Los psiquiatras del siglo XIX y la primera mitad del XX describieron y clasificaron los trastornos que sufrían las personas internadas en las instituciones que dirigían, e hicieron valer una idea de los mismos que facilitaba el que pudieran aplicarse a ellos los medios de la ciencia y la medicina moderna, desbancando los procedimientos meramente coercitivos y marginadores hasta entonces vigentes. Algunos de los trastornos más frecuentes en los manicomios de hace 100 años, como los subsecuentes a la sífilis o las secuelas de los partos mal asistidos o las enfermedades infecciosas de la infancia, pudieron ser prevenidos y comenzaron, incluso, a dejar de ser considerados trastornos mentales y, consiguientemente objeto del trabajo de los psiquiatras.

Pero hasta la segunda mitad del siglo XX, los psiquiatras habían tenido menos éxito en cuanto a la pretensión de curar. Los trastornos mentales graves, que eran atendidos en los hospitales psiquiátricos, eran mejor conocidos que resueltos por los psiquiatras. A finales del siglo XIX y principios del XX se habían desarrollado las ideas que permitían explicar y los procedimientos que pretendían tratar los trastornos neuróticos. Pero, aún en 1952, Eysenck pudo escandalizar a la comunidad profesional proclamando que, a esas alturas, aún nadie había conseguido demostrar empíricamente que los procedimientos psicoterapéuticos ampliamente utilizados en esas fechas tuvieran ninguna utilidad en el tratamiento de los trastornos mentales (Eysenck 1952)¹.

A mediados del siglo XX comenzaron a aparecer fármacos (antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos) que ofrecen alivio sintomático significativo. Estos fármacos han sido, sin duda, la condición de posibilidad de la gran transformación que la atención a la salud y a los trastornos mentales ha experimentado durante los últimos cincuenta años. Una transformación en la que las viejas instituciones psiquiátricas han dejado paso a nuevos sistemas de atención, y por la que el trastorno mental ha dejado de ser –o al menos de ser necesariamente– motivo de marginación, para pasar a ser considerado

¹En realidad Eysenck va más allá: pretende que la evidencia existente apunta más bien en el sentido de señalar que las tasas de remisión obtenidas con ellas son inferiores a las que se producen como resultado de la remisión espontánea de estos trastornos. En definitiva: su uso podría no sólo no estar justificado, sino ser contraproducente.

como una condición susceptible de ser remediada mediante un tratamiento.

Se trata de un avance innegable: el siglo XX podrá denominarse, justamente, en la historia de la psiquiatría, como el siglo de los psicofármacos. No creo que me hayan invitado aquí² para hablar de esto. No faltan pregoneros de esta buena nueva. Me parece, en cambio, que se ha prestado poca atención al coste, a los problemas, a los –ya que estamos hablando de fármacos– efectos secundarios, generados en la práctica de la psiquiatría por este fenómeno en general benéfico. Analizaremos tres grandes apartados.

1) El exceso de optimismo

Una cosa es que los psicofármacos representen una importante contribución a la práctica de la psiquiatría y otra muy diferente es que de ello pueda deducirse –como a veces se hace– que, a partir de su descubrimiento, la práctica de la psiquiatría pueda reducirse al manejo de los psicofármacos. Hay muchas razones para que esto no sea así. La primera

se refiere a una posible sobreestimación del efecto beneficioso de los fármacos (propiciada por la publicidad farmacéutica). Sin hablar de los efectos secundarios (que determinan que algunas personas no puedan beneficiarse de su efectos), los fármacos de los que hoy disponemos ofrecen una alta probabilidad de mejoría a los personas que padecen algunos trastornos mentales (como depresión, psicosis bipolares o esquizofrenia y algunos trastornos de ansiedad³). Pero una cosa es ser una ayuda y otra muy diferente es poder presentarse como la solución. Rush (1996) en una nota editorial de 1996 señalaba que, incluso en el campo de la depresión –donde los fármacos son mas resolutivos– los estudios de eficacia que justifican el uso de los fármacos generalmente informan sólo de tasas de respuesta (porcentaje de casos en los que se consigue una disminución de más de un determinado porcentaje en la puntuación de determinadas escalas). En el campo de los antidepresivos al que Rush se

²En el V Congreso de la Asociación Madrileña de Salud Mental, celebrado en Madrid los días 4 y 5 de mayo de 1999, donde se pronunció inicialmente esta conferencia.

³Los resultados sobre trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de la personalidad en general o anorexia nervosa por citar algunos ejemplos, están lejos de ser brillantes.

UNA COSA ES SER UNA AYUDA Y OTRA MUY DIFERENTE ES PODER PRESENTARSE COMO LA SOLUCIÓN

refiere, disponemos de tasas de respuesta de en torno al 50%. Como señalaba Beck (1984) en la introducción a su famoso manual (en la que, por cierto aceptaba tasas de remisión más altas de las informadas por Rush), sólo esto sería suficiente para hacernos pensar en otro tipo de intervenciones capaces de actuar como alternativa en los casos de falta de respuesta. Pero Rush indicaba algo aún más importante. Respuesta (disminución de la puntuación en una escala) no es lo mismo que remisión (desaparición del trastorno motivo del tratamiento), que es, entre otras cosas, lo que el paciente pide. Rush nos recuerda que utilizamos los psicofármacos en general y los antidepresivos en particular en base a estudios que no nos informan de las tasas de remisión obtenidas en los cortísimos períodos de observación en los que se desarrollan. Pero, de la información aportada por los escasos estudios que proporcionan datos sobre ello, las tasas de remisión en 8 semanas con tratamientos antidepresivos, por ejemplo, están en torno al 25%. Son resultados lo suficientemente insatisfactorios como para que nos planteemos que, además de precisar alternativas para los casos de falta de respuesta, necesitamos procedimientos para complementar la acción de los psicofármacos en los casos –según Rush la mayoría– en los que la respuesta a los mismos, aunque exista y sea importante, es insuficiente. Aunque Rush no se refiere a ello, el clínico no sólo debe ir más allá de la búsqueda de respuesta para perseguir la remisión. Lo que es paciente pide, y el clínico debe considerar es la recuperación que implica la vuelta al funcionamiento previo en las esferas familiar, laboral y social. Esferas en las que, por seguir hablando de los trastornos depresivos, tenemos datos clínicos y epidemiológicos suficientes para saber que tal funcionamiento se reinstaura, en todo caso paulatinamente y, siempre, tiempo después de la remisión sintomática.

Hay, desde luego, lugar para el optimismo. Pero hay también datos para saber que a la era en la que psiquiatría y psicofarmacología han parecido llegar a ser, para felicidad de pacientes, psiquiatras y accionistas de la industria farmacéutica, casi sinónimos, habrá de sucederla la era de la combinación de tratamientos (farmacológicos y psicosociales) o,

mejor, la era del tratamiento integrado de los trastornos mentales.

A esta sobreestimación del efecto de los fármacos se ha sumado la confusión causada por algunos problemas de atribución. Por ejemplo: parece claro que el cumplimiento del tratamiento antipsicótico se asocia a mejores resultados en el curso de los trastornos esquizofrénicos. Pero ¿Qué acciones de los profesionales de la salud mental se asocian con el buen cumplimiento del tratamiento antipsicótico? Si los antipsicóticos se expendieran sólamente en máquinas como las de tabaco tendrían poco efecto sobre los trastornos porque, con toda seguridad, los esquizofrénicos no los adquirirían. (no ocurriría lo mismo con los antibióticos o los analgésicos) ¿Qué tipo de intervención es la que consigue que un sujeto sin conciencia de enfermedad, que vive en un mundo cuyos elementos centrales no comparte con nosotros y que dispone de otra explicación para lo que le sucede, se decida a procurarse un tratamiento cuya utilidad no comprende y que, además, tiene efectos secundarios?

Hoy la eficacia de una alternativa terapéutica no puede demostrarse comparando sus resultados con los de la ausencia de tratamiento. Cualquier ensayo clínico destinado a este fin ha de comparar los efectos de la alternativa experimental con los del placebo. Pero por mucho que esto sea generalmente asumido, se ha reflexionado poco sobre el efecto placebo. Irene Elkin (1996), la investigadora principal del célebre estudio multicéntrico sobre la depresión auspiciado por el Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos de América, lamenta (Elkin 1996) la repercusión que sobre los resultados del estudio pueda tener la alta tasa de respuesta al placebo obtenida. En este estudio se compara la eficacia de tres alternativas consideradas terapéuticas en depresión mayor (Terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal e imipramina más manejo clínico) entre sí y con una condición de píldora placebo más manejo clínico. Elkin realiza alguna interesante reflexión sobre los motivos que llevan a la terapia interpersonal a presentar tasas de abandono que, con ser altas, (23%) son muy inferiores al placebo (40%) y a la terapia cognitivo-conductual (32%) o la imipramina más manejo clínico (33%).

**LA PSIQUIATRÍA
Y PSICOFARMACOLOGÍA**
**HAN PARECIDO LLEGAR A SER,
PARA FELICIDAD DE PACIENTES,
PSIQUIATRAS Y ACCIONISTAS**
**DE LA INDUSTRIA
FARMACÉUTICA, CASI
SINÓNIMOS**

que nos referirían a las preguntas planteadas en el párrafo anterior. De lo que Elkin se lamenta es de que, en su estudio, resulta difícil demostrar la eficacia de las alternativas terapéuticas, no porque la tasa de respuesta a las mismas haya sido inferior a la obtenida en ensayos previos realizados con las mismas intervenciones, sino porque la tasa de respuesta a la condición placebo más manejo clínico utilizada en este estudio como control ha sido inusitadamente alta (por ejemplo un 40% de los pacientes con placebo y manejo clínico que completaron el estudio puntuaban menos de 9 en el Inventory de la Depresión de Beck, lo que constituía uno de los puntos de corte para remisión). Si la sustancia de la píldora placebo era la misma que su utilizó en estudios previos en los que la tasa de remisión obtenida en esta condición era muy inferior, lo que habría que preguntarse –y lo que no se pregunta Irene Elkin– es qué elementos activos de las intervenciones psicosociales se colaron en el manual de manejo clínico con el que se administraba el placebo.

Jerome Frank (1961) plantea que las psicoterapias de cualquier orientación son efectivas porque comparten –entre sí y con otras relaciones de ayuda– ciertos elementos comunes que pueden reconocerse como la existencia de 1) una relación de confianza, que se produce en 2) un encuadre especial, en virtud de 3) un mito (una creencia sobre la necesidad y la posibilidad de ayuda que comparten ayudador y ayudado), que justifica 4) un ritual.

La existencia (sostenida por la información y/o la publicidad) de fármacos capaces de remediar los males del paciente incrementa los motivos para confiar en el psiquiatra. Por otra parte para que el fármaco sea aplicable el psiquiatra debe haber sido capaz de hacerse reconocer como alguien capaz de identificar el trastorno y elegir el fármaco.

El fármaco tipifica, además, el encuadre como un encuadre médico, diseñado para que un paciente se someta a una exploración en base a la cual un experto va a asumir la responsabilidad de determinar qué es lo mas conveniente para que el restaure su salud.

El mito⁴ que el fármaco conlleva es, en primer

EL MITO QUE EL FÁRMACO CONLLEVA ES, EN PRIMER LUGAR EL MITO DE LA ENFERMEDAD MENTAL

lugar el mito de la enfermedad mental. Se puede confiar en los efectos de un fármaco precisamente porque el malestar sobre el que se pretende actuar se puede concebir como resultado no de un modo de ser o de compor-

tarse del que, de algún modo, el sujeto es responsable, sino de una enfermedad que se ha apoderado de él y que el fármaco está destinado a eliminar. Nótese a este respecto que el uso de este mito (no asociado al uso del fármaco) es considerado como un factor terapéutico básico en alguna de las intervenciones psicoterapéuticas más comunes. Así por ejemplo, la exploración sistemática de los síntomas depresivos que permite dar un nombre (el de depresión) al síndrome y así otorgar al paciente el rol de enfermo, constituye una de las tareas claves en las fases iniciales de la terapia interpersonal de la depresión de Klerman (una de las puestas a prueba en el estudio del Instituto Nacional de la Salud americano). Indudablemente no es lo mismo pensar que uno es un desalmado egoísta que ha causado la desgracia de su familia que que se encuentra entre el 25% de la población que padece un trastorno depresivo a lo largo de su vida.

El mito de la enfermedad ha sido evocado con éxito en el tratamiento de otros trastornos. La primera vez que vi a Sergio Rebolledo desarrollando un programa de psicoeducación para familiares de pacientes esquizofrénicos y explicándoles que sus hijos padecían "una enfermedad cerebral de vulnerabilidad al estrés" (lo que luego traducía de modo muy gráfico). Le expresé mis dudas de que esto fuera exactamente así, "¿Y qué mas nos da?". Me respondió. "Lo importante es que al verlo así y compartir esa visión con las familias, éstas dejan de sentirse culpabilizadas o de culpar a sus hijos y pueden mostrarse dispuestas a colaborar con nosotros para atenuar los efectos que la enfermedad (una desgracia como otra cualquiera) tiene sobre los afectados".

NO ES LO MISMO PENSAR QUE UNO ES UN DESALMADO EGOÍSTA QUE HA CAUSADO LA DESGRACIA DE SU FAMILIA QUE QUE SE ENCUENTRA ENTRE EL 25% DE LA POBLACIÓN QUE PADECE UN TRASTORNO DEPRESIVO A LO LARGO DE SU VIDA

⁴El uso del término mixto para referirnos a un intento de explicación no pretende tener ninguna connotación peyorativa. Pretende simplemente referirse a un efecto estructurante que es relativamente independiente de su carácter de "verdad".

He oido frecuentemente sostener que, en realidad, si las intervenciones psicosociales con los pacientes esquizofrénicos son eficaces, es porque ayudan a mantener la adherencia al tratamiento farmacológico. Nadie ha demostrado eso. y como no parece difícil, seguramente valdría la pena intentarlo. Pero quizás sería también útil pensar hasta qué punto la vida del esquizofrénico y su familia se transforma porque la prescripción del fármaco está suscitada como efecto colateral [reforzado probablemente, por la aparición de algún efecto terapéutico] en el paciente y la familia, de ideas como las que Sergio Rebolledo (y todos los profesionales que trabajan en los servicios de rehabilitación psicosocial a lo largo y ancho del mundo) intenta inculcar deliberada y sistemáticamente.

Estar enfermo significa que uno tiene motivos para sentirse mal, que desea salir de la situación, que no puede hacerse cargo de sus obligaciones y que necesita ayuda. Significa muchas cosas. Cosas que a veces se dicen "simplemente" con la prescripción de un fármaco. Y eso está bien. Pero tampoco está mal que sepamos qué decimos y qué pensemos sobre ello.

Y por fin el ritual: Se explora, se piden pruebas complementarias, se diagnostica, se prescribe, se devuelve una estimación pronóstica, se establece una relación previsible en un marco seguro con unas normas claras: "Al médico hay que contarle todo" o "Eso es una decisión personal que tiene que tomar usted, yo, como médico, no puedo tener opinión sobre ello".

No me parece que este papel estructurante, otorrador de significado de la prescripción farmacológica esté bien estudiado. Tampoco creo que los diseños de "placebo" utilizados en los ensayos clínicos corrientes sean los adecuados para dar cuenta de él.

2) Sacralización de la metáfora de la enfermedad

Pinel y sus contemporáneos estaban convencidos de que, de algún modo, las especies morbosas existían en la naturaleza –y por tanto podían ser puestas de manifiesto mediante la observación– exactamente igual que las especies animales o vegetales. Hace de eso 200 años. La historia de la psiquiatría

ha sido, desde entonces, la de la perpetua refutación por la clínica de esta idea, frente al tenaz intento de los psiquiatras por sostenerla.

Para que nos decidieramos a abandonar tan atractivo planteamiento no fue suficiente que Bonhoeffer se percata de que causas muy diferentes podrían dar lugar a la misma acción exógena, ni lo es, hoy, que cada vez que hayamos conseguido ser precisos en la definición de un trastorno hayan crecido en sus márgenes auténticos cajones de sastre, ni que resulte tan difícil encontrar casos de trastornos

supuestamente muy frecuentes que cumplan los criterios de inclusión de los ensayos clínicos, ni que cuando intentemos ordenar los datos provenientes de la investigación nos resulten –en el mejor de los casos– modelos de vulnerabilidad realmente complicados.

El efecto –realmente magnífico– de los fármacos sobre algunos trastornos ha surtido sobre los profesionales (no sólo sobre los psiquiatras, hay que ver a los psicólogos) tal efecto de fascinación, que los ha llevado a olvidar información muy importante proveniente de otras fuentes. Y hay que reconocer que lo que resultaría cómodo es que realmente fuéramos capaces de encontrar trastornos específicos que respondan a fármacos específicos.

En realidad sucede exactamente lo contrario: a lo que asistimos es a una extensión de las indicaciones de los fármacos para trastornos de muy diferente categoría [antidepresivos para depresión, ansiedad, TOC, TCA, trastornos del control de impulsos, trastornos de la personalidad...]. Pero, hasta la fecha, la comunidad psiquiátrica parece más proclive a resolver eso por el poco científico procedimiento de elaborar hipótesis *ad hoc* que cuestionen la pertinencia de los complicadísimos sistemas diagnósticos tan trabajosamente construidos o la decimonónica idea sustantiva de enfermedad en la que se fundamentan.

La aparición de tratamientos farmacológicos eficaces ha revolucionado –para bien– el campo de la práctica psiquiátrica. Pero en el campo de la teoría ha tenido un efecto colateral de permitir –a mi modo de ver innecesariamente– mantener una concepción sustantiva de la enfermedad según la cual ésta sería algo que "se apodera" del organismo alterando su funcionamiento normal. Consecuen-

EL USO DE LOS FÁRMACOS NO TIENE PORQUE IR UNIDO A ESTA CONCEPCIÓN QUE HEMOS LLAMADO SUSTANTIVA DE LA ENFERMEDAD

mente la enfermedad podría o ser extirpada quirúrgicamente (como un tumor) o erradicada por un remedio (como una infección por un antibiótico) o compensada (como una insuficiencia hormonal por la insulina o la tiroxina).

La labor del médico ante tal entidad sería –según esta concepción– identificar sus manifestaciones, precisamente expurgándolas de todo aquello que, proveniente de la historia personal del paciente o de sus circunstancias ambientales, pudiera ensombrecerlas para poder diagnosticarlas y saber qué tratamiento aplicar.

Se trata de una concepción que alimenta esas sesiones clínicas cuya conclusión puede formularse más o menos en los términos tranquilizadores de "es un trastorno *borderline* de la personalidad", pero de las que no sería fácil concluir en qué características personales del "afectado" puede uno apoyarse para construir una relación desde la cual poder trabajar con él.

Es una concepción que se opone a la óptica histórica, biográfica, de sentido, narrativa, imprescindible para intervenir con las personas que sufren los trastornos mentales. Se opone, en definitiva a la perspectiva que no sólo ha hecho avanzar a la psiquiatría y a la psicología clínica sino que ha sido la aportación que estas disciplinas han hecho al enriquecimiento de prácticas como la de la medicina en general o la de otras profesiones de ayuda.

Naturalmente que el uso de los fármacos no tiene porqué ir unido a esta concepción que hemos llamado sustantiva de la enfermedad. De hecho creo que el abandono de tal concepción haría mucho bien no sólo al uso clínico, sino también a la investigación en psicofarmacología. Lo que sucede es que esa concepción, que antes de los psicofármacos sólo era sostenible porque eran los muros del manicomio los que hacían por el psiquiatra la labor de contención sigue hoy siendo posible porque gracias a los psicofármacos, el psiquiatra que no la abandona puede aún no sentirse enteramente inútil.

3) El papel de la industria farmacéutica

Los médicos en general y los psiquiatras en particular, al actuar como prescriptores, son

inductores de consumo de los productos de la industria farmacéutica. Es su decisión la que determina que se consuma un fármaco u otro. Y por tanto es a ellos a quienes se dirige la publicidad y la presión de la industria farmacéutica.

En nuestro medio se ha consolidado un sistema de *lobby* en el que los representantes de la industria farmacéutica están físicamente presentes en nuestros lugares de trabajo, y se acepta que los clínicos dediquen una parte de su tiempo de trabajo a escuchar sus argumentos. A este tipo de actuación es a la que hace referencia el térmico *lobby* aplicado a quienes esperaban en la antesala del parlamento para convencer a los diputados de que tomaran medidas a favor de uno u otro grupo de presión. Hay países en los que esta forma de hacer se contempla como normal en las cámaras legislativas. En el nuestro no es así. Y podría no ser así en nuestras consultas. Pero lo cierto es que esto es, hoy por hoy, el sistema vigente y que nada indica que vaya a cambiar.

Las técnicas utilizadas en esta labor de *lobby* se han refinado enormemente en los últimos años y pueden rastrearse en los modos de presentar la información o los obsequios, de ofrecer servicios o de referirse a aspectos de la vida personal del médico, a su cansancio, a su exceso de trabajo...

Lo que la industria obtiene de este sistema es la posibilidad de ejercer una presión y un control personalizado sobre los prescriptores en un medio de muy fuerte competencia. Una casa que no utilizara este sistema no vendería sus productos.

Pero ¿cuáles son las razones para que el sistema sanitario y los clínicos acepten este modelo de funcionamiento? o, dicho de otro modo, ¿qué obtienen de esto *lobbystas*?

**EN NUESTRO MEDIO
SE HA CONSOLIDADO
UN SISTEMA DE LOBBY
EN EL QUE LOS
REPRESENTANTES
DE LA INDUSTRIA
FARMACÉUTICA ESTÁN
FÍSICAMENTE PRESENTES
EN NUESTROS LUGARES
DE TRABAJO**

La primera función de la visita médica sería proveer información actualizada sobre los productos. Como esta información debe ser contrastada y fundamentada en conocimientos bien sentados, se asume que los visitadores gestionen la actuación de la industria en el campo de la formación continua. Para ello la industria destina grandes cantidades de dinero a actividades educativas o de discusión científica (como este congreso). Hoy los médicos aceptamos con naturalidad que el coste de la actualización de nuestros

conocimientos no debe detraerse de nuestros ingresos. La administración no tiene nada que objetar porque con este modelo se ahorra un gasto importante en la puesta al día de los profesionales que trabajan para ella. Se trata, en definitiva de una situación de la que todo el mundo saca beneficio (incluidos los pacientes que, así, son atendidos por profesionales más preparados).

Merece la pena, sin embargo, analizar algunos riesgos asociados a ella. En primer lugar está el referente al sesgo en cuanto a los contenidos. No todos los requerimientos de formación continuada que teóricamente presentaran los psiquiatras son igualmente útiles para vehicular la presión para utilizar un fármaco frente a otro. Aunque no es imposible, y lo prueba este congreso, es mucho más difícil conseguir financiación de la industria para un curso sobre relación médico enfermo, psicoterapia o rehabilitación que sobre metabolismo de la serotonina. El resultado es que, mientras hay un exceso de oferta de formación en determinados aspectos de la práctica profesional, hay áreas importantísimas absolutamente abandonadas. Y consecuentemente hay un empobrecimiento de la disciplina que nos remite a lo que discutíamos en el apartado anterior.

La actual situación de competencia salvaje entre las marcas probablemente no permite –aunque hay excepciones– que, en la industria, alguien adopte la visión estratégica necesaria para entender que los posibles efectos a largo plazo de esta opción aconsejaría adoptar otra actitud.

A quien cabría exigir otra actitud es a la administración. Como decíamos anteriormente la administración ha cedido gustosa su responsabilidad en la formación continuada de los médicos para dejarla en manos de la industria. Pero podía, al menos, haber adoptado una actitud de complementariedad, haciéndose cargo de los aspectos de la formación que la industria no tiene interés en cubrir. También aquí hay alguna excepción puntual pero, en general, no ha sido así.

El segundo riesgo conocido al actual papel de la industria es la formación continuada. Tiene que ver con la falta de precisión en cuanto que es la formación continuada y con el hecho de que la posibilidad de ausentarse unos días del trabajo para acudir a una conferencia, posiblemente en un lugar exótico, se ha convertido en el principal sistema de recompensa para los profesionales del desincentivador sistema público de atención a la salud. Es el riesgo de que se pervierta la finalidad de la formación continuada y se convierta en el vehículo o la coartada para –traspasando la frontera de lo ético y, a veces, de lo legal– pagar en especies el favorecimiento de un determinado producto frente a su competencia por parte del clínico.

Algo muy semejante ocurre con la investigación. El éxito de los productos incorporados al arsenal terapéutico de los psiquiatras (y de los médicos en general) en los últimos años ha animado a la industria a invertir grandes sumas de dinero en investigación. Quiero aclarar que hablo de investigación, no del simulacro de investigación, que como el simulacro de formación continuada es utilizado por algunas casas farmacéuticas para comprar los favores –contra toda ética– de algunos profesionales. Pero aun la verdadera investigación es investigación destinada a cubrir las necesidades de nuevos productos de la industria. Y, de

nuevo, es difícil encontrar financiación para investigar en áreas que no van a reportar resultados inmediatos en ese terreno (psicopatología, intervenciones psicosociales, epidemiología...) Con dos agravantes. Por un lado la administración tampoco parece interesada en compensar este desequilibrio. Está por ver que organismos como el FIS propicien líneas de investigación de las que no son fácilmente financiables por la industria. Por otro los posibles investigadores interesados en estos campos van a encontrar más rentable, económica y científicamente invertir sus esfuerzos en proyectos bien constituidos y bien avalados por la industria y se va a producir un drenaje en este sentido.

Se ha producido, además, un efecto adicional. Se ha desarrollado una metodología, un aparato conceptual cada vez más ajustado a las necesidades de esta investigación promovida por la industria. A veces esta metodología y estos conceptos no son los más adecuados para desarrollar otro tipo de investigación. Sin embargo tendemos espontáneamente a aplicarlos. Es más, las entidades financieras los exigen, porque los evaluadores no conciben otro tipo de investigación.

**ESTÁ POR VER
QUE ORGANISMOS COMO
EL FIS PROPICIEN LÍNEAS
DE INVESTIGACIÓN
DE LAS QUE NO SON
FÁCILMENTE FINANCIABLES
POR LA INDUSTRIA**

Conclusiones

1) La segunda mitad del siglo XX podrá ser, con justicia, considerada como la era de los psicofármacos. Los psicofármacos han contribuido a hacer realidad la pretensión de curar y han ayudado a desarrollar conceptos y tecnologías útiles para medir y pensar la actividad terapéutica.

2) No es cierto, sin embargo, que de lo anterior pueda deducirse que la práctica psiquiátrica pueda reducirse al conjunto de operaciones necesarias para maximizar el efecto de los psicofármacos sobre las personas que padecen trastornos mentales. Más bien parece que a lo que los datos de que disponemos apuntan es que los primeros años del siglo XXI se conformarán como la era de los tratamientos integrados.

3) Avanzar en este sentido supone una actitud crítica con la versión dominante de la Psiquiatría en cuanto a tres aspectos

a) El exceso de optimismo ligado a la sobreestimación del efecto y a los sesgos en la atribución de los resultados obtenidos

b) El abuso de la metáfora de la enfermedad en la consideración de los problemas de salud mental y de su abordaje

c) La redefinición del papel de la industria farmacéutica en la práctica clínica, la formación de los profesionales y la determinación de las prioridades en investigación, que supone, desde luego, la elaboración de un código ético, pero también la redefinición del papel de la administración y las asociaciones profesionales

Bibliografía

Frank J. Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy. Baltimore: The John Hopkins University Press 1961

Rush AJ. Editorial comment: Assessing outcome in practice: a paradigm shift? Current Opinion in Psychiatry 1996; 9: 1-2

Alberto Fernández Liria

Psiquiatra

Coordinador de Salud Mental del Área 3

de Madrid

Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Universidad de Alcalá



Introspección. —

SOBRE LA FORMACIÓN PIR

La formación PIR es la mejor vía para el aprendizaje de las funciones propias del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Teniendo en cuenta que en las facultades de Psicología, la enseñanza está más centrada en los aspectos teóricos y que en general sus contenidos son poco especializados, el sistema PIR desempeña la función fundamental de garantizar que los psicólogos clínicos dispongan de la formación y capacitación necesarias para ejercer su profesión tanto en medios públicos como privados.

A la hora de valorar la formación que estamos recibiendo los Residentes de Psicología a nivel nacional, nos encontramos con una dificultad casi insalvable: la heterogeneidad. El desarrollo de la formación no es igual en todas las Comunidades Autónomas (CCAA), ni siquiera en las diferentes áreas docentes de una misma Comunidad. Esto se debe a múltiples factores: las diferencias entre CCAA en la evolución hacia una red de asistencia comunitaria, el tiempo que lleva implantada la formación PIR en la Comunidad, las peculiaridades en cuanto a personal y recursos en cada dispositivo por el que rotan los residentes, etc. Este artículo presenta las conclusiones elaboradas por el grupo de trabajo de ANPIR (sobre la Formación PIR), a partir de la información obtenida mediante una encuesta a sus socios. Estos datos son representativos de la mayoría de las CCAA donde existe programa PIR.

Teniendo en cuenta estos matices, desde la Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes (ANPIR), expondremos a continuación nuestra valoración global de la formación señalando aquellos aspectos que nos parecen más importantes, especialmente los que desearíamos mejorar de cara a un mejor cumplimiento de los objetivos.

– En general, podemos decir que se está cumpliendo el objetivo fundamental de nuestra formación: capacitarnos para el desempeño de las tareas propias del Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Conocemos y aplicamos técnicas de evaluación e intervención psicológicas (hacemos diagnósticos, informes, peritajes, psicoterapia, rehabilitación psicosocial, etc.), aprendemos a trabajar con dife-

rentes grupos de profesionales y orientaciones teóricas, adquirimos experiencia en los distintos dispositivos que conforman la red de asistencia comunitaria, atendemos un amplio rango de psicopatologías en todos los grupos de edad y trabajamos a nivel individual, familiar, grupal y comunitario.

– Plantear y realizar investigaciones es uno de los objetivos del programa de la especialidad. Sobre esto podemos afirmar que, en general, este objetivo no se está cumpliendo o se cumple con dificultad. En la mayoría de las áreas no disponemos de los recursos materiales y humanos necesarios para ello (por ej.: no hay seminarios de metodología, carecemos de la supervisión adecuada, etc.).

– En cuanto a la formación teórica, en la mayoría de las áreas docentes existe una formación reglada, (con temario, tiempo y lugar específicos, sesiones clínicas y bibliográficas, etc.) pero en algunas de ellas no está establecida formalmente y son los propios residentes, supervisados o no por sus tutores, los que trabajan el temario. Por otra parte, aunque la formación es compartida con los MIR de Psiquiatría prácticamente en todas las áreas, en algunas de ellas los PIR disponen además de un espacio de formación específico, lo cual valoramos positivamente.

– En cuanto a la formación complementaria (asistencia a cursos, congresos, doctorado, etc.), podemos decir que, en general, disponemos de facilidades de tiempo pero no económicas.

– Una cuestión que valoramos negativamente es la ausencia de colaboración entre la Universidad y los Servicios de Salud Mental en los que nos formamos. Compartir recursos personales y materiales sería beneficioso para ambas partes, p. ej. a través de la realización conjunta de investigaciones y publicaciones o colaborando en tareas formativas.

– En cuanto a las rotaciones, podemos afirmar que todos pasamos por los dispositivos asistenciales básicos señalados en el programa: Unidades de Salud Mental Comunitaria en atención al adulto y a población Infanto-Juvenil, Unidades de Hospitalización y Unidades de Rehabilitación. Además, ya sea porque estén disponibles en nuestra área o porque realicemos rotaciones externas, podemos tener

VALORAMOS NEGATIVAMENTE LA AUSENCIA DE COLABORACIÓN ENTRE LA UNIVERSIDAD Y LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LOS QUE NOS FORMAMOS

experiencia en otros dispositivos más específicos: drogodependencias, planificación familiar, neuropsicología, trastornos de la alimentación, etc.

– Una figura clave en nuestra formación es el tutor. Sobre su función podemos decir que la mayoría de los tutores muestran una buena disposición para supervisar nuestra formación práctica y teórica, pero en muchos casos no disponen del tiempo suficiente para dedicarse a ello sin menoscabo de sus funciones asistenciales. Además, su labor no se ve reconocida de ningún modo, por lo que se convierte en algo voluntarista. Sería deseable que los tutores obtuvieran ventajas por el tiempo y esfuerzo que dedican a los residentes, o como mínimo que desde las administraciones se les facilitara más el desempeño de ambas funciones.

Como conclusión, el sistema de formación PIR garantiza por una parte un alto nivel de calidad profesional y por otra una capacitación equivalente para todas aquellas personas formadas bajo el sistema de residencia.

Diremos que estamos satisfechos con la formación que recibimos, a pesar de las dificultades que hemos señalado y que consideramos mejorables. En ese empeño estamos inmersos A.N.P.I.R., los tutores y supervisores que colaboran en nuestra formación, los diversos colectivos profesionales que nos apoyan y las Administraciones Públicas.

Ana Pérez Montero
Secretaria de ANPIR (Grupo de Trabajo sobre la Formación PIR)

CONFLICTO MIR-MESTOS EN PSIQUIATRÍA

"El acceso al título de Médico Especialista en España era posible, hasta el año 1984, por diversas vías. En dicho año, y a través del Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista, se adoptó con carácter general como sistema único para la formación y posterior obtención de dicho título el sistema de residencia en instituciones y centros sanitarios acreditados para impartir la correspondiente formación".

Así comienza el Real Decreto 1497/1999, de 24 de septiembre, por el que se regula un procedimiento excepcional de acceso al título de Médico Especialista, que ha sido objeto de polémica en el último año, y que seguramente seguirá generando polémica, pues no parece definitivo, sino más bien un parche. En su texto, y en lo que él representa, existen bastantes factores preocupantes que analizaremos en este artículo.

Antes de la entrada en vigor de este Real Decreto, y gracias al RD 1776/94, que pretendía poner fin a la obtención de títulos fuera del sistema MIR, Psiquiatría ha sido la especialidad médica que más títulos ha concedido bajo este RD. De hecho, de 332

**EL ACTUAL RD PERMITE
QUE ESTAS ESTANCIAS SE
HAYAN REALIZADO EN CENTROS
QUE NO ESTÁN NI ESTUVIERON
ACREDITADOS PARA
LA DOCENCIA**

solicitudes (los segundos tras COT) se han concedido 169 títulos y denegado 161. Es decir, se han incorporado al mercado, con título oficial de especialista equivalente al que se obtiene al finalizar el MIR, un número mayor que el que supone toda una promoción entera de psiquiatría vía MIR.

El actual RD resulta injusto desde su propia concepción al faltar al derecho de igualdad de oportunidades, pues no se puede exigir a la mayoría que realice un durísimo concurso-oposición para obtener una plaza que le faculta para trabajar como residente durante cuatro años, con el fin de obtener un título de especialista, y otorga a una minoría el mismo título de especialista, con los mismos atributos, por una vía distinta y mucho menos exigente. Y esta injusticia es aceptada por el legislador al redactar en el título del RD que se trata de un procedimiento excepcional.

Un aspecto que ha variado desde el borrador de RD, gracias a las movilizaciones, es la necesidad de acreditar un tiempo de ejercicio profesional equivalente al 170 % del período de residencia, casi siete años en el caso de Psiquiatría, en lugar del 150 % previsto inicialmente. Pero precisamente en las acre-

ditaciones de los distintos períodos y "rotaciones" es donde radica uno de los aspectos polémicos. El actual RD, al hablar de las acreditaciones, recuerda que los firmantes, en caso de falsedad estarían cometiendo un delito, no una falta, pero ¿quién va a comprobar estas acreditaciones?. Por otro lado, las estancias o rotaciones en el sistema MIR se realizan en centros acreditados para la docencia y que están sometidos a unos buenos baremos que deben cumplir. El actual RD permite que estas estancias se hayan realizado en centros que no están ni estuvieron acreditados para la docencia y que no aseguran la adecuada formación en las áreas específicas (Enlace, Comunitaria, Hospitalización de agudos, Rehabilitación, Infanto-juveniles, Neurología, y Guardias) a las que se refiere. Y para mayor complicación, las "rotaciones" de entonces no se tienen que ajustar al actual programa de la especialidad , vigente desde 1996, sino al existente en el momento en que se acreditan dichas estancias.

Se asegura que todos los candidatos a obtener el título, que cumplan con los requisitos, serán sometidos a un examen teórico, y si el tribunal considera oportuno, también puede solicitar la defensa del currículum profesional y formativo de interesado. Nos parece adecuado que se evalúe a todos los aspirantes para obtener un título de especialista sus conocimientos teóricos, ya que no se sometieron, en la mayoría se los casos, a sistemas de supervisión y de evaluación continuada. Pero, ¿se aprobará por porcentaje o por aptitudes? ¿Se valorará el currículum para compensar desconocimientos teóricos?

Otros aspectos preocupantes de este RD, son los que se incluyen en las disposiciones adicionales, especialmente la 3^a y la 4^a, que permiten la convalidación de títulos de especialista a aquellos extranjeros que lo obtuvieron en España con el fin de que sólo tuviese validez fuera de España si obtienen una nacionalidad europea, incluyendo la española, y de aquellos otros títulos obtenidos en países que tengan una "particular vinculación" con España y cuyos poseedores residan en España. Esto amplía el número estimado de posibles MESTOS de manera alarmante y puede suponer un "coladero" importante para licenciados sin la formación especializada adecuada.

En los últimos puntos de este RD, se deroga el RD 1776/1994 que se suponía como punto final de las

vías ajenas al MIR, y toda la normativa contradictoria al actual RD. ¿Quiere decir esto que se deroga el artículo 18 del RD 127/1984 que permitía el acceso a la especialidad desde la Universidad restando plazas MIR? ¿Se va a seguir permitiendo que algunos lugares se sitúen por encima del sistema MIR? ¿Por qué se ha eliminado en la redacción definitiva de la derogación de este artículo tal y como se preveía en el borrador?

En el presente RD no se encuentra ni una palabra respecto a una de las reivindicaciones importantes de los residentes, que es la baremación del MIR en futuras oposiciones, dando prioridad a la vía normal (MIR) frente a las vías excepcionales. Esto deberá ser especificado en todas y cada una de las convocatorias que se realicen en el futuro. Para finalizar, queremos expresar nuestra preocupación por que se cumpla lo expresado en el Manifiesto MIR de Madrid, que exista una igualdad de oportunidades, que los especialistas tengan una forma-

ción adecuada, y que exista un número apropiado de especialistas. En nuestra opinión, con este RD se vulneran los tres puntos del citado manifiesto ya que, en primer lugar, es injusto a todas luces, además de que no todos los "especialistas" van a tener la formación adecuada obtenida en centros acreditados y, finalmente, se va a producir una inundación en el mercado por especialistas con infraempleo. Por ello, la Comisión Mixta que estudie los expedientes y los tribunales que realicen las evaluaciones, deben ser especialmente cuidadosos en la aplicación de la normativa actual, de manera que no se concedan títulos cuando no sean merecidos, "...que no pase la paja junto al grano".

José Ignacio Pastrana Jiménez

Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz.
Madrid

Representante de Residentes en la Comisión
Nacional de Psiquiatría

Manuel López Pérez

Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico
Universitario de Granada.

Representante de Residentes en la Comisión
Nacional de Psiquiatría

GRUPO DE TRABAJO DE REVISTAS DE SALUD MENTAL

IIª Jornada Internacional de Psiquiatría Pública
5 de Noviembre de 1999

Convocadas por el Comité de Redacción de Psiquiatría Pública, se reunieron, con éste, en Madrid, las personas que se relacionan a continuación, en representación de diferentes publicaciones profesionales comprometidas con la defensa del sistema público de atención a la salud mental:

Fernando Colina por la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Chus Gómez por Siso Saude

Iñaki Markez por GOZE

Javier Sanz Fuentenebro por el Boletín AMSM

Por diferentes motivos no pudieron estar presentes los representantes de Maristán y del Boletín de la AMRP que habían expresado su interés en la reunión y a los que se remite este escrito.

En la reunión se analizó la situación de las revistas que pretenden mantener la independencia de la industria y de la administración y se llegó al establecimiento de varios acuerdos sobre colaboración:

- 1) Se acordó editar en cada una de las revistas adheridas al acuerdo el sumario de las otras
- 2) Se establecieron acuerdos sobre la posibilidad de compartir artículos (cuando el ámbito de distribución no coincida) y de facilitar la remisión, desde la revista que los reciba a las otras, de trabajos cuya publicación pareciera más acorde con ellas que con la que inicial-

mente los recibiera (obviamente tras recabar el permiso de los autores).

3) Se llegó al acuerdo de intercambiar vínculos e incluso espacios en internet (de hecho la Revista de la AEN está alojada en la red de salud mental propiciada por Psiquiatría Pública).

Además de esto, se redactó un borrador de código ético para la relación con los patrocinadores que será terminado de matizar por correo electrónico en el plazo de 15 días (con la colaboración de las dos revistas que no pudieron acudir a la reunión) y que posteriormente se publicará en todas ellas. Se transcribe a continuación:

- 1) La publicidad se distinguirá claramente del contenido científico de la revista.
- 2) Los anunciantes o patrocinadores no tendrán acceso previo ni podrán influir en el contenido de la revista.
- 3) Las páginas de publicidad contendrán información relevante sobre los productos, incluyendo efectos secundarios y contraindicaciones.
- 4) La situación de las páginas de publicidad en la revista responderá a criterios de maquetación para favorecer la lectura y no al de maximización de la visibilidad de los anuncios o el establecimiento de vínculos entre contenido científico y publicidad.
- 5) Se exigirá a los autores de los trabajos científicos la declaración de quienes son los patrocinadores del trabajo realizado, si los hubiera, y de los intereses de los autores que pudieran verse afectados por los resultados.

Concomitantemente las revistas allí reunidas se comprometieron a desarrollar un debate tendente al acuerdo de un código ético que sirva para regular las relaciones entre los profesionales de la salud mental y la industria u otros posibles patrocinadores.

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PSIQUIATRÍA

VI Congreso Nacional de Derecho Sanitario

El pasado 21 de Octubre, en el marco del VI Congreso Nacional de Derecho Sanitario celebrado en el Colegio de Médicos tuvo lugar un Taller de Trabajo sobre el tema referido, al que fue invitada expresamente nuestra Asociación. Participaron con breves presentaciones el Dr. J. Sánchez Caro, D. J. M. Martínez Pereda, Magistrado del Supremo, y D. F. Sánchez Mendo, Director Gral. de Uniteco Profesional; seguidos por un interesante coloquio con el respetable.

La exposición del Dr. Sánchez Caro, tras aludir a lo novedoso del tema en Psiquiatría frente a las especialidades quirúrgicas, y a la tradicional actitud "paternalista" de los médicos, que piden el consentimiento al paciente cuando la decisión de actuar y cómo hacerlo ya está tomada, se centró en aspectos conceptuales generales del consentimiento informado en medicina.

Revisada someramente las perspectivas Bioética (...principio de Autonomía, Decisión Racional), y Jurídica (...Información, Consentimiento / Autodeterminación, Relación Contractual), se describieron como Elementos Básicos la Información (constante...), la Voluntariedad, y la Capacidad del paciente para tomar decisiones. La brevedad exigida hizo que los aspectos más puramente psiquiátricos quedaran en alusiones: la Terapia Electroconvulsiva como ejemplo de intervención en la que sistemáticamente se solicita el consentimiento (...no se entró en a quién o cómo), los Antipsicóticos (y el Litio, descritos por cierto para el público no psi-

quiatra como fármacos muy peligrosos...) como nueva fuente de demandas al otro lado del Atlántico, la voluntariedad de los ingresos, o la indicación, adecuación y alternativas de las psicoterapias, al parecer también en el origen de complejos litigios en países anglosajones. Algunos ejemplos de casos americanos y nacionales, y la descripción del "Contrato de Ulises" (concepto muy celebrado por los asistentes) cerraron la exposición.

El Sr. Magistrado Martínez Pereda nos recordó el dramático poder que sobre el ciudadano molesto tuvo el psiquiatra en el pasado, sugirió que seguimos siendo médicos Hipocráticos en una sociedad Democrática, y consideró como fuente de problemas la actitud de los médicos no psiquiatras ante los pacientes con psicopatología.

Finalmente, D. F. Sánchez Mendo aportó la perspectiva del Seguro ante el problema de las demandas. Tras tranquilizarnos al aclarar que las pólizas cubren las reclamaciones por falta de solicitud de Consentimiento Informado, describió minuciosamente las características de una buena póliza.

El público participó generosamente en la discusión, confirmándose lo que en la práctica diaria solemos lamentar: los clínicos planteamos a los juristas cuestiones concretas presionados por una realidad cada vez más hostil; nos responden los "bioéticos" con bienintencionadas generalidades. La respuesta, cuando la hay, de quienes interpretan la ley varía tan alarmantemente en función de quien lo hace como en cualquier otro campo de la actualidad.

F. Javier Sanz Fuentenebro

**LA RESPUESTA, CUANDO
LA HAY, DE QUIENES
INTERPRETAN LA LEY VARÍA
TAN ALARMANTEMENTE
EN FUNCIÓN DE QUIEN
LO HACE COMO EN CUALQUIER
OTRO CAMPO
DE LA ACTUALIDAD**

...ALGUNAS DIRECCIONES INTERESANTES EN "LA RED"

Psiconet, <http://www.psiconet.com/home.htm> ya destaca desde un primer momento por lo cuidado y atractivo de su aspecto. Desde la página de inicio, se nos muestran sus múltiples posibilidades. Quizás, el elemento más destacable para los propios autores de este espacio, lo constituya el programa de Seminarios por Internet. Actualmente, el programa consta de 22 seminarios, a los cuales se encuentran inscritos más de 2.000 profesionales diplomados y 600 estudiantes. El conjunto de seminarios cubre áreas agrupadas en los apartados de psicoanálisis, psicoterapias, psicología y psiquiatría, psicopatología y clínica, y epistemología. Algunos son de acceso inmediato y en otros basta con suscribirse a través de un conciso currículum profesional.

Otro apartado interesante lo constituye la revista "on-line" Acheronta (Psicoanálisis y Cultura), creada según definición de los propios creadores como un modo de intercambio no sólo de mensajes sino de trabajos más extensos.

Un componente del espacio WEB de gran atractivo es el de Vidas Y Obras. Aquí, encontraremos seleccionados autores como Freud, Lacan, Ferenczi... A modo de ejemplo, si nos introducimos en el espacio dedicado a Jung, podremos contemplar una galería de 17 fotos, dos breves fragmentos de la propia voz de Jung, una biografía del autor, textos del mismo o un glosario de términos jungianos, aparte de vínculos con otros espacios que tratan sobre este autor.

En definitiva un espacio muy completo, e interactivo, en castellano, que viene a completar otras direcciones más volcadas en aspectos sobre clínica o tratamiento médico de trastornos psíquicos.

El Centro de Rehabilitación Laboral dispone de un espacio en la red (www.sie.es/crl), con un objetivo de eminente interés práctico, para usuarios o profesionales de la Salud Mental que deseen un acercamiento detallado a las actividades y metodología que se desarrolla en un Centro de Rehabilitación Laboral. También hallaremos otras informaciones de dispositivos o centros vinculados con la rehabilitación de personas con trastornos psíquicos. Destacamos un apartado donde se recogen los testimonios de múltiples personas, autodefinidas muchas de ellas, y casi siempre enunciado en un plural solidario, como enfermos psíquicos, o personas con trastorno mental; ofreciendo sus nombres y luchando así contra cualquier estigma social. Todo ello sintetizado en un fragmento de texto que reproducen los autores para la definición de un proyecto de rehabilitación laboral: La rehabilitación es mucho más que un conjunto de técnicas o un proceso con una sola "meta"; es una filosofía, una manera de considerar los problemas psicológicos y sociales de las personas con problemas psicológicos a largo plazo (Shepherd, 1996).

Antonio Escudero Nafis

JORNADA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

El sábado 9 de Octubre se celebró en Madrid el día de la Salud Mental con una manifestación que recorrió el Distrito Centro desde la Fuente de Neptuno hasta la Puerta del Sol. La participación desbordó todas las expectativas, doblando la de ediciones anteriores, con participantes provenientes de todo el Estado Español. Durante la marcha, que incluyó una parada frente al Palacio de las Cortes, todos los manifestantes (que incluían pacientes, familiares,

cuidadores y personal sanitario) demostraron en un ambiente festivo la necesidad de cambios en el estado actual de la Salud Mental en nuestro país y reclamaron una mayor dignidad en el trato de este grupo de enfermos (la equiparación de éstos con los demás pacientes fue una de las consignas más repetidas).

El acto finalizó en una abarrotada Puerta del Sol, donde los representantes de las distintas aso-

ciaciones participantes volvieron a reclamar una necesaria reforma psiquiátrica, la igualdad del paciente psiquiátrico con respecto a otros pacientes y la necesidad de que los distintos estamentos relacionados con el enfermo psíquico prosigan en sus esfuerzos.

Finalmente, se remitió a los asistentes al acto del próximo año, el primero del nuevo milenio, con deseos de que para entonces no sean necesarias consignas como "no estamos solos, estamos marginados".



SELECCIONES DE PRENSA

(Fuente: Boletín del Colegio Oficial de Psicólogos. Colaboran CRPS de Retiro y CRL Nueva Vida)

CLÍNICA

- Cerca de 90.000 malagueños padecen adicción patológica a los juegos de azar 1 julio 1999. Sur (Málaga)
- La Anorexia 6 julio 1999. La Razón (Madrid)
- La vulnerabilidad a la anorexia ya está en el cerebro a los tres años 7 julio 1999. ABC (Madrid)
- Aún no sabemos la causa de la anorexia 9 julio 1999. El País (Madrid)
- El 20% de los adolescentes tiene problemas clínicos como la anorexia o la depresión 13 julio 1999. Levante (Madrid)
- La investigación en materia de sexo en España siempre ha estado en caverna 15 julio 1999. Levante (Valencia)
- Sobre la psicoterapia y los psicoterapeutas 18 julio 1999. Sur (Málaga)
- Los toros no dañan la salud mental del niño, según tres universidades 27 julio 1999. ABC (Madrid)
- Ver corridas de toros no es peligroso para los niños 27 julio 1999. La Razón (Madrid)
- Un menor que abusó de otro recibirá tratamiento sexológico y psicológico 27 julio 1999. Levante (Valencia)
- Enloquecer de pasión tiene base científica: la acumulación de la "hormona del amor" 8 agosto 1999. La Razón (Madrid)
- La depresión será la afección mental que más crecerá en el siglo XXI 9 agosto 1999. El Diario Vasco
- Galicia es la comunidad que registra la tasa más alta de muerte por suicidio 23 agosto 1999. Faro de Vigo
- La salud mental de los españoles, objetivo prioritario de los laboratorios farmacéuticos 29 agosto 1999. El País (Madrid)

SERVICIOS SOCIALES

- La plataforma de separados pide a la Junta que cree un instituto de familia 1 julio 1999. *Epoca*
- Los expertos investigan las causas de los abusos sexuales a menores 11 julio 1999. *Levante (Valencia)*
- Víctimas de la violencia psicológica en la vida cotidiana 31 julio 1999. *El Mundo (Madrid)*
- El gobierno abrirá 16 oficinas de asistencia a mujeres maltratadas 11 agosto 1999. *El Norte de Castilla*

TRABAJO

- Quemados por el trabajo 4 julio 1999. *El Correo Español*
- Ser jefe es cosa de hombres 4 julio 1999. *El Mundo (Madrid)*
- El paro dinamita la salud mental y física de los mayores de 40 años 4 julio 1999. *Diario 16 (Madrid)*
- El trato con el cliente difícil; la frontera entre ganar y perder 11 julio 1999. *Levante (Valencia)*
- Conócate a tí mismo 25 julio 1999. *El Mundo (Madrid)*

EDUCACIÓN

- Los exámenes finales generaron el 50% de las consultas psicológicas universitarias 2 julio 1999. *El Comercio (Gijón)*
- El 75% de los superdotados no consigue ir a la Universidad 5 julio 1999. *Sur (Málaga)*
- Los niños deben realizar en verano ejercicios de lectura, escritura y cálculo 6 julio 1999. *El Ideal Gallego (La Coruña)*
- Los psicólogos aseguran que el bilingüismo supone una ventaja para los niños 13 julio 1999. *La Voz de Almería*
- Casi un 25% de los estudiantes sufre ansiedad ante la realización de exámenes 14 julio 1999. *Levante (Valencia)*
- Asignaturas pendientes 17 julio 1999. *Deia (Bilbao)*
- Expertos alertan de la sobrecarga de los equipos psicopedagógicos en la escuela 26 julio 1999. *La Razón (Madrid)*

DROGODEPENDENCIAS

- El centro de desintoxicación de Vila-real trata el primer caso dependencia a Internet 19 julio 1999. *Levante (Valencia)*
- El joven ha renunciado al ocio para dedicarse a consumir alcohol 24 julio 1999. *Diario 16 (Madrid)*
- Alternativas para presos toxicomanos en la Comunidad Terapéutica de Ansíte 30 julio 1999. *Diario de Las Palmas*
- El alcohol engancha a más de un millón de españoles 29 agosto 1999. *El Periódico de Catalunya (Barcelona)*
- El 37% de los alcohólicos tiene hijos que beben en exceso 30 agosto 1999. *La Razón (Madrid)*

PROFESIÓN

- La Agencia Antidroga renueva los centros de atención a toxicomanos 8 julio 1999. *El Mundo (Madrid)*
- Los psicólogos pedirán el cese del director de la Agencia Antidroga 9 julio 1999. *El Mundo (Madrid)*
- Los psicólogos denunciarán a José Cabrera por injuria 28 julio 1999. *Diario 16 (Madrid)*
- Polémica entre los psicólogos y la Agencia Antidroga 28 julio 1999. *ABC (Madrid)*
- Sanidad reduce a la mitad la oferta de plazas para psicólogos 10 agosto 1999. *Levante (Valencia)*

OTROS

- Las enfermedades de conducta 5 julio 1999. *Sur (Málaga)*
- La guerra deja huellas psicológicas en varias generaciones de afectados 4 julio 1999. *El Mundo (Madrid)*
- Los legionarios son duros, no de hierro 6 julio 1999. *El Mundo (Madrid)*
- Más de 1.000 delitos y suicidios con armas de caza en 1998 12 julio 1999. *El Mundo (Madrid)*
- Las máquinas causan tecnoestrés 19 julio 1999. *Mediterráneo*
- Más duro será el regreso 1 agosto 1999. *El País (Madrid)*
- El TDK incorpora un psicólogo 10 agosto 1999. *Sport (Barcelona)*
- La lista de espera de los psicólogos judiciales alcanza los ocho meses 16 agosto 1999. *El País (Madrid)*

ACTIVIDADES DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

Desde la elección de la nueva junta el pasado día 4 de junio de 1999, se han realizado tres reuniones de la Junta de Gobierno, una de ellas monográfica sobre el Boletín. Las actividades que durante este período se han realizado han sido las siguientes:

Se ha revisado el documento, remitido por el Servicio de Desarrollo y Coordinación legislativas de la Consejería de Presidencia de la CM, sobre el proyecto de decreto para la creación del sistema de acreditación de la formación continua en la Comunidad de Madrid (Ley 50/1997 de 27/11), al mismo se aportaron algunas sugerencias.

Una representación de la Junta participó en las Jornadas sobre el Internamiento Psiquiátrico celebradas el 24 y 25 de junio en el Consejo General del Poder Judicial.

En colaboración con FEMASAM, FEAFES, AMRP, AESM Y AEN se han organizado los actos conmemorativos del Día Mundial de Salud mental. Se ha participado en la rueda de prensa del día 7 de octubre, en una Mesa redonda en el Ministerio de Sanidad el día 8 de octubre y en la concentración del día 9.

A solicitud de trabajadores del SAMUR hemos elaborado el programa de un curso sobre Formación en Salud Mental para los trabajadores del transporte sanitario.

Se ha colaborado con AMAFE, en la realización de un informe sobre el estado de "La atención al enfermo mental crónico en la Comunidad de Madrid".

Participación en un taller sobre consentimiento informado en el Congreso sobre Derecho Sanitario celebrado del 21 al 23 de octubre.

Estudio de la creación de una página web de la Asociación.

Carta a la Jefatura de Salud Mental en la que nos interesamos sobre la desaparición de una plaza de psicólogo del programa infanto-juvenil en el área 1.

Carta a la Jefatura de Salud Mental acerca de la concertación por vía de urgencia del Hospital de Día Infanto-Adolescente.

Carta de apoyo a los compañeros afectados por la retirada del complemento de dedicación exclusiva dirigido a la Jefatura de S.M., el Gerente del SRS y el Consejo de Sanidad.

Carta solicitando información sobre la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital del Niño Jesús.

Solicitud de entrevista el nuevo Consejero de Sanidad de la CM son el fin de que nos informe sobre el Plan de Salud Mental.

Colaboración con la II Jornada Internacional de Psiquiatría Pública celebrada en Madrid el 5 de noviembre de 1999. En la misma participamos en dos grupos de trabajo, uno de la asociación de profesionales, familias y usuarios y otro de Revistas de Salud Mental. En dichos grupos se trató junto con el equipo de Psiquiatría Pública acerca de la situación actual y las perspectivas de la Atención a la Salud Mental.

Organización junto con la AEN de un encuentro con León Eisenberg, Profesor emérito de Medicina Social de la Universidad de Harvard, el día 8 de noviembre en la Escuela Nacional de Sanidad, sobre las consecuencias del mercado en la asistencia sanitaria en EEUU.

Organización de un Debate sobre la carrera Profesional de día 30 de noviembre en el Ministerio de Sanidad.

Círculo de Bellas Artes C/ Marqués de Casa Riera 2



(Reconocido de Interés Sanitario)

BECAS MIGUEL ÁNGEL MARTÍN. III BECAS DE INVESTIGACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

En la convocatoria de este año se presentaron 6 proyectos de gran calidad. La resolución del jurado fue la siguiente:

El Jurado compuesto por Doña M^a Eugenia Díaz Fernández, D. Manuel Gómez Beneyto y D. Joseba Ander Retozala Blasategui, coordinado por D. José Fco. Montilla García, a su vez ejerciendo como Secretario sin voto, ACORDÓ:

- 1º. Valorar cada uno de los proyectos presentados de 0 a 30 puntos (0 a 10 puntos cada uno de los tres miembros del jurado con derecho a voto).
- 2º. Conceder las becas a los dos proyectos con mayor puntuación.

En base a ello, acceden a dichas becas los siguientes proyectos:

- **Efecto de una intervención psicoterapéutica estructurada en pacientes oncológicos sobre el estado emocional, la calidad de vida y la respuesta inmunitaria.**

Beatriz Rodríguez Vega. Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz (coordinadora).

A. Ortiz Villalobos. Psiquiatra

C. Avedillo de Juan. M.I.R.

C. Chinchilla. M.I.R.

A. Palao. M.I.R.

A. Sánchez-Cabezudo. M.I.R.

Puntuación: 24,7



- **Detección del maltrato conyugal en mujeres que acuden a un Servicio de Salud Mental. Factores implicados en la transmisión transgeneracional de patrones relacionales de abuso.**

Cristina Polo Usasola. Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Hortaleza (coordinadora).

M. López. Psicóloga.

A. Corral. M.I.R.

B. Santamaría. M.I.R.

Puntuación: 20,8

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE CARTAS EN EL BOLETÍN

Los textos destinados a esta sección no deben exceder las 60 líneas mecanografiadas. Es imprescindible que estén firmados y que conste el nombre y DNI o pasaporte de sus autores. El Boletín se reserva el derecho de publicar tales colaboraciones.

A PROPÓSITO DEL HOSPITAL DE DÍA DE NIÑOS

No quisiera dejar pasar la oportunidad de manifestar la perplejidad y el profundo disgusto que nos ha supuesto, a todos los que trabajamos con niños y adolescentes, la puesta en marcha del hospital de día.

Después de haber estado al menos durante cuatro años, reclamando la necesidad de hospitales de día infantiles, de haberse realizado un estudio por menorizado de la situación de los programas de atención a la S.M., y de las necesidades actuales, nos encontramos con un recurso que más que hospital de día debería llamarse hospital de mañana.

En primer lugar el horario (de 9 a 13'30) lo hace inadecuado, no sólo porque resta eficacia terapéutica al posible tratamiento, que se supone debe ser intensivo, sino que no cubre el horario escolar. Por lo que es imprescindible que los niños sigan acudiendo al colegio para no quedar desescolarizados, requisito imprescindible ante el Ministerio de Educación. Esto supone problemas adicionales con los centros escolares, que se encuentran con niños gravemente enfermos y que tienen que asistir a las clases por la tarde. Además supone que algún familiar debe estar en disposición de trasladar al niño y recogerlo en un plazo de 4 horas, desde cualquier

punto de la Comunidad de Madrid. Es decir, que naturalmente no puede cumplir ningún horario laboral.

Además de esto no conocemos todavía el programa terapéutico que se va a seguir, ni el equipo terapéutico encargado de llevarlo a cabo. Por si esto fuera poco el local donde está ubicado es un semisótano que no reúne las condiciones necesarias, y está compartido con un dispositivo para adultos.

Se nos podría decir que estas condiciones son transitorias y que dada la urgente necesidad del recurso se ha optado por ponerlo en marcha, esperando que se van a subsanar en breve plazo. Nosotros podemos objetar que la premura de tiempo no ha sido nunca un motivo de peso en la implementación de los recursos destinados a los niños, ya que como decía al principio, llevamos años solicitándolos, véase por ejemplo la unidad de ingresos para adolescentes.

Hubiera sido preferible tomarse un poco más de tiempo para desarrollar un recurso adecuado, y que formara parte de la red pública de recursos en S.M. y no acudir a un concierto que no ofrece, según nuestra opinión, las garantías necesarias.

Consuelo Escudero
Servicio de S.M. de Getafe

RECURSO CONTRA EL REAL DECRETO DE LA ESPECIALIDAD DE PS. CLÍNICA

El pasado 8 de junio, la A.E.N. recibió la notificación de Presidencia del Gobierno, del recurso interpuesto por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, contra el Real Decreto de Especialización en Psicología Clínica. Dada la importancia del tema, la Asociación se ha personado como parte implicada en el procedimiento contencioso-administrativo.

Aunque el asunto en principio parecía grave, el Consejo General ya ha interpuesto otro recurso de similares características, contra el Decreto que regula el título de técnico superior en imagen para el diagnóstico, sobre el que el Tribunal Supremo ha fallado en contra. Por lo que parece que ya hay jurisprudencia previa al respecto. Junto con la A.E.N. se han personado también la Asociación Española de Psicología Cínica y Psicopatología y la

Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes (ANPIR).

Según nos han informado, quien tiene que defender el Decreto en primera instancia es el Ministerio de Sanidad, ya que está aprobado por la Administración con todas las consultas y asesoramientos correspondientes. Las Asociaciones acompañan a la Administración como partes implicadas.

Estamos a la espera de que se acabe el plazo de presentación en el procedimiento, de instituciones y asociaciones, para conocer la formalización de la demanda. De momento no hay más noticias.

Únicamente, os informamos de que dos asociaciones gallegas de psicólogos del ámbito privado han interpuesto también recursos. Dado que son grupos pequeños, la A.E.N. sólo se ha personado en el que parecía más importante.

Mª Luz Ibáñez Indurria
SSM Getafe

ANPIR Y LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL NIÑO JESÚS DE MADRID

Muy señor mío:

ANPIR ha tenido conocimiento que en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) del Hospital Niño Jesús de Madrid, una de las de referencia en España, un numeroso grupo de voluntarios (licenciados en Psicología en situación actual de desempleo) junto con alumnos de Master vienen desarrollando tareas y funciones profesionales en el tratamiento de las familias y pacientes con TCA, que exceden a las permitidas por la ley de Voluntariado y a los convenios de formación entre Instituciones Sanitarias y Universidades.

ANPIR entiende que los TCA son "enfermedades muy serias, con una fuerte tendencia a la cronificación y a la muerte en algunos casos y que dejan una estela de disfuncionalidad en quienes los sufren así como en la familia" (Morandé, 1995). Por ello y sin entrar a considerar aspectos que competen exclusivamente a la organización interna del Hospital y de la Unidad de TCA, ANPIR quiere expresar lo siguiente:

- Dada la complejidad de los TCA su abordaje debe ser realizado por equipos terapéuticos multi-

profesionales, debidamente formados y especializados, según establece la normativa del Ministerio de Sanidad, en la evaluación y tratamiento de dichos trastornos.

- Dada la tendencia a la cronificación de los TCA y la importancia de la relación entre los pacientes y los profesionales encargados de su tratamiento, pensamos que una correcta atención de estos trastornos requiere ineludiblemente la formación de equipos terapéuticos estables, es decir, donde la continuidad en el tiempo tanto de los miembros del equipo como de la relación terapeuta concreto-paciente concreto esté garantizada.

- Dadas las posibles implicaciones legales que puedan derivarse de los riesgos asociados a la práctica clínica diaria en el tratamiento de estos trastornos, pensamos que las personas encargadas del tratamiento deben tener formación y capacidad legal suficiente y adecuada para hacer frente a posibles contingencias jurídicas que aludan a la Responsabilidad sobre los cuidados y tratamientos de los pacientes.

- Creemos que es fundamental que las Instituciones Sanitarias, en este caso la Unidad de TCA del Hospital Niño Jesús, ofrezcan espacios de docencia donde los futuros profesionales puedan formarse adecuadamente al lado de profesionales en ejerci-

cio, que ejerzan labores propias de tutoría y supervisión. Dicha formación especializada debe garantizar tanto los objetivos de calidad de la formación a los futuros profesionales como el derecho de cualquier paciente a ser tratado correctamente y sin menoscabo de calidad. En nuestro país están establecidos desde hace algunos años sistemas de formación tanto para estudiantes de licenciatura como de postgrado y formación especializada para médicos y psicólogos que regulan convenientemente aspectos como la responsabilidad legal de la persona en formación así como sus competencias y límites de actuación profesional.

Por todo ello, ANPIR entiende que un tratamiento correcto, suficiente y de calidad tanto a las familias como a las personas con un TCA sólo puede ofertarse desde equipos terapéuticos multiprofesionales estables, acreditados convenientemente, con

capacidad legal reconocida para afrontar los riesgos en el tratamiento, donde el número de personas vinculadas no contractualmente al equipo de la Unidad de TCA (estudiantes de licenciatura y de postgrado en prácticas) no exceda al número de profesionales que la Unidad de TCA del Hospital Niño Jesús tenga en plantilla. Igualmente estas personas deben ser tutorizadas y supervisadas ya que entendemos que de esta manera es como se garantizan los derechos de los pacientes (meta que debe guiar el quehacer terapéutico) y de las personas en formación.

Sin más, y quedando a su disposición, le saluda atentamente:

Antonio Javier Palacios Ruiz

Presidente de ANPIR (Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes)

HABER VIVIDO CON MIKEL

Mikel Castañeda, Jefe de los Servicios de Salud Mental del distrito de Alcalá murió en accidente de circulación el pasado día 12 de diciembre, cuando se dirigía a presentar una comunicación en un congreso.

Probablemente coincidí con Mikel en aquellas sesiones interhospitalarias en las que Joaquín Santodomingo consiguió que nos reunieramos, a principios de los 80, los residentes de Psiquiatría de todos los hospitales Madrid. A esta actividad acudímos, juntos pero no revueltos, residentes que iniciábamos nuestra formación en versiones distantes y divergentes de una disciplina que se estaba practicando entonces en condiciones de atraso y que disponía a iniciar un proceso de transformación que habría de hacernos cuestionar a todos nuestras certezas y prejuicios de origen. Pero, entonces, aún anclados en éstos, los pertenecientes a cada uno de estos grupos nos mirábamos con curiosidad y con recelo, como desde ambos lados de un abismo, intentando averiguar sin preguntar, los títulos de los libros –desconocidos en la otra orilla– que nos veíamos transportar bajo el brazo. Yo me encontraba entre los que habíamos optado por incorporarnos a las instituciones manicomiales que aún concentra-

ban la atención a los pacientes graves y que estaban iniciando, con torpeza pero con esperanza su proceso de reforma. Mikel, había preferido hacerlo en los servicios que, al calor de los grandes hospitales generales contruidos al final del franquismo, pretendían desarrollar una versión de la disciplina medicalizada y no contaminada por la miseria manicomial. Mikel era dos promociones menor que yo. Hemos hablado muchas veces de esas reuniones y de las respectivas visiones de aquellos dos grupos de futuros psiquiatras. Pero ninguno guardaba un recuerdo individualizado del otro.

El Madrid psiquiátrico fue durante muchos años un conjunto de compartimentos estancos. Al terminar la residencia Mikel trabajó en el Plan Regional de Drogas y en el Hospital Provincial (hoy Gregorio Marañón), y yo en Hortaleza y Leganés. Probablemente nunca coincidimos. Nos encontramos de nuevo –y para siempre– cuando, al haber terminado su contrato en el Provincial, Mikel se presentó a una convocatoria de plazas interinas de la Comunidad de Madrid en cuyo tribunal estaba yo porque había una de Alcalá. Había más plazas que candidatos –entonces sucedían estas cosas. Mikel quiso escoger una plaza de Leganés porque pensó le iba a permitir trabajar en el hospital. Con la ayuda de Ma-

nuel Desviat le convencí en un pasillo de que no lo hiciera porque aquella plaza era para trabajar en el centro de salud mental de Fuenlabrada. Por la información que constaba en su currículum (Mikel era aún más parco en palabras cuando se expresaba por escrito) yo sabía que había hecho la residencia en el Ramón y Cajal, que había trabajado con drogodependientes y que tenía inscrita una tesis para desarrollar, bajo la dirección de Juan José López-Ibor, las conclusiones de algún trabajo sobre un modelo de manía en monos. Tardé meses en enterarme de que tenía formación psicoanalítica, que, en este terreno, había hecho uno de los recorridos más personales, más abiertos (¿Qué no leería y a qué no sabría extraerle algo útil Mikel?) y más informados que conozco y que, en lugar de disociarse en dos prácticas inconexas (antidepresivos por la mañana, interpretación genética de la transferencia por la tarde) había sido capaz de hacer que esa formación fecundara esa su práctica clínica pública, tan bien asentada, por otro lado, en sus sólidos y siempre actualizados conocimientos de la psiquiatría de base biológica.

Lo primero que hizo Mikel cuando le propuse que se hiciera cargo de la jefatura del Centro de Salud Mental de Alcalá fue proponerme a otra persona que, como él decía, tuviera "más que ver con estas cosas comunitarias vuestras". Tiempo antes Mikel se había ofrecido voluntario para acreditar unas horas de trabajo en la interconsulta del Hospital Príncipe de Asturias, compatibilizándolas con su trabajo en el centro de salud mental de Alcalá. Mikel cuidó ese contacto con el mundo de los hospitalares y de la medicina somática. Cuando se hizo incompatible con su labor como responsable del centro de salud mental, le costó dejarlo. Yo creo que le costó hacerse a la idea de que iba a centrar su práctica en un recurso no hospitalario.

Pero se hizo a la idea, por su condición de psicoanalista no le costó sentirse motivado por el desafío que supone esa patología que los ignorantes llaman menor. Y con esa capacidad envidiable que Mikel tenía para aprender y para pensar por su cuenta, tardó poco en convertirse en un maestro en la potenciación y el uso de los recursos comunitarios de rehabilitación, cuidados y apoyo, en sacar lo mejor de facultativos enfermeros, trabajadores sociales y administrativos y conseguir que los pacientes graves y

crónicos de Alcalá extrajeran todo lo posible de clubs sociales, pisos protegidos, residencias, programas de reabilitación, huertos de ocio, actividades de ocio y tiempo libre o asociaciones de allegados. De ello da cuenta el hinchido censo de crónicos y el prácticamente nulo uso de recursos de hospitalización de media o larga estancia del distrito de Alcalá.

Mikel (el del modelo de manía en monos) se convirtió en la voz de lo comunitario y de la perspectiva global de la red de servicios del área sanitaria en la Comisión de Asistencia del Área 3. Proyectó el sistema —que desarrollaremos— de catálogo de prestaciones para la red, aportó las más ingeniosas soluciones para el manejo conjunto con los jueces de los problemas de comportamiento de las personas con trastornos de la personalidad, y, sobre todo, aportó calma, mucha calma y un saber mirar desde cierta distancia para ganar perspectiva que nos vino muy bien.

Durante este período coincidí con Mikel en empresas variopintas en las que siempre dejó una importante huella personal. Así sucedió con su colaboración con Psiquiatría Pública y, sobre todo, en Médicos del Mundo, donde colaboró en el Programa de Salud Mental en Bosnia y con el grupo de trabajo sobre cuidado de cuidadores.

Pero si tuviera que escoger un papel en el que me ha sido particularmente agradable compartir tareas con Mikel sería, sin duda, el de formador. No sólo porque esas clases precisas y ajustadas, pero cálidas y atractivas que Mikel impartía, son inolvidables, sino, sobre todo, porque Mikel supo acompañar guiando, como nadie, a muchas promociones de residentes, que luego han seguido trayectorias muy diversas pero en los que no es difícil rastrear la huella de Mikel.

Por eso de Mikel nos queda, sobre todo lo que aprendimos. Lo que aprendieron los que tienen la suerte de haber sido sus discípulos y lo que aprendimos aquellos a quienes, sin serlo oficialmente, nos obligó a dinamitar prejuicios y a dejar que nuestro pensamiento se guiara por lo acostumbrado. Como quien no quiere la cosa; sonriendo; y haciéndose querer.

Alberto Fernández Liria
Coordinador de Salud Mental del Área 3
de Madrid

**SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUETRÍA
(Y en la Asociación Madrileña de Salud Mental)**

D.
profesional de la Salud Mental, con título de
que desempeña en (Centro de trabajo)
y con domicilio en
Población D.P. Provincia
Teléfono

Solicita:
Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la AMSM, para lo cual es propuesto por los Miembros:
D.
D.
(Firma de los dos miembros)
Firma:

Fecha: / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación.
La suscripción de la Revista está incluida en la cuota de Asociado.

Nombre
Dirección
Banco/Caja de Ahorros
Sucursal
Cuenta n.º
Población

Muy Sres. Míos:
Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros n.º el importe de la suscripción anual a la *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.
Firma:

Banco/Caja de Ahorros
Sucursal
Cuenta n.º
Población

Muy Sres. Míos:
Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Cuenta de Ahorros n.º el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.
Población día mes año
Firma:

Enviar solicitud a: AEN. Asociación Española de Neuropsiquiatría. C./ Villanueva 11- 3º. 28001 Madrid