

AMSM

BOLETIN DE LA ASOCIACION MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

Primavera-Verano del 94

EDITORIAL

¿UNA REFORMA EN BUSCA DE UN MARCO?

En la Comunidad de Madrid se ha producido en los últimos 12 años una reforma del sistema de atención a la salud mental que se ha adelantado al proceso de transferencias de la red general de atención al Servicio Regional de Salud y que se ha llevado a cabo, en la línea marcada por la Ley General de Sanidad y por el Documento de la Comisión Ministerial de la Reforma Psiquiátrica, configurando, por la vía de los hechos, un modelo, más avanzado en lo fundamental (cobertura, integración de las redes) que el conseguido en otras Comunidades en las que se han producido las transferencias sanitarias. A diferencia de lo sucedido en otras Comunidades tal modelo no desarrolla una normativa específica, propugnada desde las instancias políticas sino que resulta de un consenso generado entre profesionales y gestores que se ha sabido acoger a un muy genérico acuerdo-marco alcanzado entre la administración local autonómica y del INSALUD. A los 12 años de proceso, los acuerdos que sustentan el modelo y las normas que posibilitan su funcionamiento, o son tácitos, o se encuentran dispersos en actas y documentos de variopinto estatuto legal, cuando no meramente en pactos o voluntades entregadas a un proyecto.

Esta situación se ha sostenido en su larga provisionalidad en la medida en la que el proceso de transferencias, que parecía inminente hace unos años, prometía convertir nuestra excepción en la norma del sistema de salud. Hoy, cuando no se puede considerar la transferencia cuestión de días, nuestra excepcionalidad se traduce en riesgo.

En las Jornadas realizadas hace un año por el Servicio Regional de Salud el Consejero de Salud, Pedro Sabando, prometió regular esta situación con una ley a aprobar en el parlamento autonómico y nos pidió explícitamente a las asociaciones profesionales nuestra participación. Hasta el momento no hemos tenido nuevas noticias. Pero antes de enjuiciar esta tardanza se suscitan algunas preguntas: ¿Es verdaderamente necesaria la ley? ¿Quién puede aprobar y desarrollar una ley que afecte a recursos y competencias de diversas administraciones?

Una ley debe servir para formalizar un consenso arduamente conseguido (y a veces interesadamente olvidado). Explicitar, formalizar y por tanto permitir evaluar con criterio lo existente sería, sin duda, un avance.

Pero ni la ley garantiza el avance (y compárese si no los avances logra-

dos en Madrid con los de otras comunidades con ley aprobada en Cortes), ni su promulgación está exenta de peligros. Su mera mención ya ha activado alguno (y a algunos nos hemos referido ya en Editoriales precedentes).

En primer lugar, la perspectiva de la ley puede despertar deseos de aprovechar circunstancias muy coyunturales de apreciación de la propia fuerza por alguna de las partes para intentar rebalancear a su favor el consenso ya obtenido. Es decir, puede reabrir la discusión sobre el marco (introduciendo, quizá, miserias sobre poderes domésticos o carreras en escalafones, a veces imaginarios), cuando estamos en condiciones de hablar de los contenidos y evaluar los resultados.

Por otra parte, una de las virtudes del desarrollo, un tanto espontaneísta, de la reforma madrileña ha



"Revolución", 1965. Cardona Torrandell.

sido el no impedir el máximo nivel de avance posible en cada lugar por contemplar las, a veces inevitables, limitaciones surgidas en otros. O el haber, incluso, posibilitado el desarrollo de soluciones o contemplaciones alternativas de prioridades —con muy diferentes resultados— en distintas áreas. Una homogeneización por ley corre el riesgo o de no contemplar realidades de pobre desarrollo aún existentes (aunque geográficamente delimitadas) o de homogeneizar por lo bajo, dando el traste con logros también geográficamente circunscritos pero que, además de un valor de ejemplaridad, suponen ganancias innegables para importantes colectivos de usuarios.

Además, una ley de principios generales probablemente no cumpliría el objetivo de consolidar nada y una ley que contemplara aspectos organizativos concretos corre el riesgo de resultar aplicable solo a los recursos y competencias de la administración que la promulgue (¿La Comunidad de Madrid?) y de ahondar la brecha dando al traste con lo conseguido en el terreno de la integración (o abriendo la posibilidad de que así sea).

Hay pues, riesgos, en el intento de plasmar lo existente en una ley (por no hablar del disparate que sería hacer una ley ignorando o no sabiendo considerar lo existente). En cualquier caso, si la decisión política es hacer una ley, nuestra obligación es señalar los requisitos mínimos que tal norma debería contemplar.

Hay en primer lugar que considerar condiciones sobre el modo de hacerla. Una ley debe **recoger el consenso existente** y no sustituirlo. Consenso que afecta a las instituciones implicadas y a los profesionales que han hecho gala de generosidad y dedicación a una tarea hasta la fecha no sólo no incentivada sino, a veces, entorpecida desde un administrativismo más atento a otros requerimientos que a las exigencias de un trabajo orientado a la atención. Consenso del que no pueden ser —y no vamos a consentir que sean— excluidas las asociaciones profesionales que han invertido sus esfuerzos, su nombre y su prestigio en la labor

reformadora. Y consenso del que nadie que haya manifestado su deseo de trabajar en este sentido puede ser —ni vamos a dejar que sea dejado al margen.

Hay, además, aspectos que no pueden dejar de contemplarse en el contenido de la ley. Esperamos disponer de un lugar institucional desde el que discutirlos. Pero no podemos dejar de mentar alguna.

Primero, hay que anteponer el objetivo de la integración de la salud mental en la salud general a la necesidad particular de potenciar ninguna "marca de fábrica". La atención a la salud mental debe funcionar en segunda línea respecto a la atención primaria en el sistema general de atención a la salud ofertada a la generalidad de los ciudadanos, dependa este del INSALUD (hoy), la Comunidad (mañana) o de la Comunidad Europea (¿alguna vez?).

Segundo, los recursos pertenecientes orgánicamente a cada una de las administraciones deben actuar integrados en una red única responsable de todos los aspectos de la atención especializada a la salud mental de cada área sanitaria que deben responder ante las instancias gestoras de las mismas al igual que el resto de las especialidades.

Tercero, debe **establecerse un organigrama** capaz de responder de esto sin dejar lugar a que pueda cuestionarse constantemente el mismo en función de la existencia de poderes fácticos diversos o del acceso de grupos de interés a cortocircuitos administrativos.

La AMSM, como asociación que aglutina a la mayor parte de los profesionales que viene sustentando con su propio trabajo el desarrollo de la reforma, está dispuesta a implicarse en un proceso orientado por esas directrices. Sería un error prescindir de nuestra contribución en esta tarea. Y además, la AMSM considera su obligación hacer valer su fuerza —la que le da este encuadramiento— ante cualquier intento de atentar contra estos objetivos.

La Junta de la AMSM

AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

Junta de la Asociación Madrileña de Salud Mental

Presidente:

Mariano Hernández

Vicepresidentes:

Marifé Bravo

Fernando Mansilla

Secretaria General:

Beatriz Rodríguez Vega

Tesorero:

Juan González Rojas

Vocal de Publicaciones:

José L. Rodríguez Calvín

Vocales:

Alberto Fernández Liria

Pilar González Gil

Francisco Montilla

Pedro Cuadrado

Boletín de la AMSM

Redacción:

Yolanda Espina

Ana González

Josefina Mas

Ana Isabel Moreno

Esther Pérez

Nuria Ponte

José L. Rodríguez Calvín

Ana Isabel Sanz

Olga Villasante

Secretarios de Redacción:

Juan Carlos Chamoso

Fotocomposición e impresión:

MARIAR, S. A. - Tomás Bretón, 51
28045 Madrid

Depósito Legal: M. 6.580-1992.

ISSN: 1133-9705.

Impreso con papel reciclado.



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

INFORME DE LA JUNTA SOBRE EL PERIODO DE MAYO DE 1993 A JUNIO DE 1994

El último año, desde la Asamblea Ordinaria del 27 de mayo de 1993 celebrada durante las VI Jornadas de la Asociación, en el Hospital de Getafe, ha sido, como es bien sabido, un periodo cargado de eventos y novedades en nuestros entornos más próximos de la AEN y la CAM, y que han incidido, como no podía ser menos, en la propia vida de la AMSM.

Respecto a la AEN, ya se dio cuenta a través de los anteriores Editoriales del proceso electoral que tuvo lugar en el Congreso de Sevilla, con la presentación de dos candidaturas (y las tensiones asociadas), ganando la encabezada por Manuel Desviat, con Mariano Hernández como Secretario General, candidatura que fue apoyada por la actual Junta de la AMSM, y que contó con varios de sus miembros incluidos en los grupos de trabajo.

Respecto a la CAM: se han realizado las evaluaciones por parte del INSALUD y del "grupo de expertos", y las Jornadas organizadas en junio del 93 por el Servicio Regional de Salud. Por otro lado, ha cambiado el Director General de Salud y el responsable de Salud Mental también durante este periodo.

Respecto, la AMSM, como hechos más relevantes ocurridos durante este primer año está sin duda, la dimisión de dos de sus miembros. Genoveva Rojo dimitió como Secretaria General en octubre de 1993, y sus funciones, como ya se anunció por carta, las asumió Beatriz Rodríguez Vega. También dimitió Ana Castaño como vocal. En el mes de marzo se convocó una Asamblea Extraordinaria, coincidiendo con la celebración de la Mesa-Debate sobre "Prestaciones Sanitarias en Salud Mental" (se publicó un resumen en el boletín de invierno de 1994). El único punto del día, como se había señalado previamente, fue la elección de dos nuevos miembros para la Junta Directiva.

Estas dos personas, Pedro Cuadrado y Pilar González, fueron propuestas por la Junta y ratificadas por la Asamblea. Esta Asamblea también provocó alguna crítica, por su corta duración.

Por otro lado, se han editado tres boletines, y se ha mantenido el mismo estilo (a diferencia de otros vehículos de expresión de otras asociaciones cuyo formato es más parecido a una revista científica), con contenidos fundamentalmente locales o de ámbito general que nos puedan interesar. Se ha expresado la opinión de la Junta sobre temas que hemos considerado de interés, a través de los Editoriales, y siempre hemos considerado que expresar opiniones de forma comprometida da intensidad al intercambio de ideas, aunque todavía son escasas las contribuciones espontáneas de los socios a través de cartas o aportando ideas que mejoren el Boletín.

Otras decisiones y gestiones:

— Se nombró a José Francisco Montilla como representante de la AMSM, en la Junta Directiva de la AEN.

— Se ratificó a Consuelo Escudero en su cargo de representante de la AMSM en la Comisión Regional de Seguimiento del Programa PIR, del estado del cual informó a la Junta en una de las reuniones a la que fue invitada.

— Se apoyó a la Casa de Transición en el Conflicto mantenido con la Administración y que se saldó, como todos sabéis con su cierre.

— Se apoyó, mediante vuestra pública adhesión, la iniciativa de algunos compañeros para la organización de la cena-homenaje al Dr. Luis Prieto, como reconocimiento a su labor como Jefe de los SSM de Madrid.

— Se han iniciado contactos con algunas Asociaciones Humanitarias en concreto con Médicos del Mundo para estudiar posibles vías de colaboración con ellos.

— También se anunció por carta la puesta en marcha de varios grupos de trabajo: sobre prestaciones sani-

tarias, cuyo objetivo sería elaborar un borrador de éstas para Salud Mental, que pudiera servir como instrumento de discusión con las Administraciones, asegurando que se tenga en cuenta nuestra opinión, como colectivo profesional, en la toma de decisiones. Lo coordina Marifé Bravo.

— Sobre Mujer y Salud Mental, cuyo objetivo sería poner en conexión los diferentes grupos que hay en España trabajando sobre este tema. Lo coordina Josefina Mas y se ha impulsado tanto desde la Estatal como desde la Madrileña.

El 26-4-94 se mantuvo una entrevista con el Dr. Oteo, Director General de Salud de la CAM. Además del Dr. Oteo asistieron la Dra. Teresa Suárez, el Dr. Lafuente, Mariano Hernández y otros cuatro miembros de la Junta de la AMSM. Durante el encuentro se recordó la importancia de la AMSM dentro de la Salud Mental de Madrid y se puso de manifiesto nuestra preocupación ante algunos puntos frágiles. Se señalaron como tales la precaria situación de la Salud Mental Infanto-Juvenil y la carencia de recursos intermedios, colmadas tras el cierre de la Casa de Transición. Se puso también de relieve aspectos específicos que se señalaron en el Editorial del Boletín de Invierno del 94 como obstáculos para conseguir un mayor desarrollo de Madrid, que denominábamos "en la encrucijada". La escasa consistencia de los acuerdos, la falta de normativa, la no existencia de reconocimiento de puestos funcionales, la estructura de docencia e investigación y la situación MIR y PIR en Madrid fueron los puntos destacados. El Dr. Oteo, a su vez, resaltó como puntos claves la integración de las redes, la necesidad de revitalizar el proyecto de reforma, en el que los compromisos siguen vigentes, a través de una organización más descentralizada que de flexibilidad a la estructura. Anunció la inmediata constitución de una Comisión Técnica cuyo objetivo fuera la elaboración de un borrador para la futura Ley sobre Ordenación de los Servicios de Salud Mental. En la formación de dicha Comisión participaran todos

aquellos que han sido representativos en la reforma, y tras una pregunta nuestra, se afirmó contar con la participación de la Madrileña, entre otras Asociaciones, si bien estaba por definir el nivel de participación.

CONFERENCIA EN EL ATENEO DE MADRID

Organizada por la Sección de Psicología del Ateneo y la Asociación Madrileña de Salud Mental, el viernes 8 de abril, el Lic. en Antropología Gustavo Pis Díez, Director del Instituto de Humanidades Médicas de la Fundación José María Mainetti de La Plata (Argentina), desarrolló el tema: "Introducción a la Psiquiatría Transcultural".

Tomando como punto de partida el dictum de Laplantine: "Hay una aculturación de la locura. Nadie se vuelve loco como lo desea, la cultura lo ha previsto todo...", el Lic. Pis Díez intentó explicitar el punto de intersección entre antropología y psiquiatría. Puso de manifiesto la necesidad urgente de revisar y amplificar los conceptos y categorías de nuestra especialidad, de manera tal que puedan ser operativos más allá de las formas específicas que la cultura asuma en las distintas comunidades humanas. Para este fin propuso como herramienta analítica central el concepto de construcción cultural de la realidad clínica que en sí mismo constituye todo un desafío para la necesidad de la universalidad y generalidad de la nosología psiquiátrica científica. Cerró su disertación, siguiendo la propuesta de Kleinman (1980), sobre el concepto citado, analizando la influencia en la cultura de diez problemas concretos a los que consciente o inconscientemente se enfrenta la práctica psiquiátrica:

1. Los procesos cognitivos, afectivos comunicativos, comportamentales y psicofisiológicos.
2. Las relaciones familiares y sociales consideradas importantes.
3. La percepción de estímulos patológicos y su reacción a ellos.
4. La construcción de estímulos patológicos culturalmente específicos y la respuesta a ellos.

5. Las enfermedades y dolencias psiquiátricas.

6. La búsqueda de ayuda.

7. Las reacciones a la desviación social y su etiquetamiento.

8. Los sistemas terapéuticos profesionales e indígenas en relación a las enfermedades mentales y a las comitantes psicosociales de la enfermedad física.

9. La práctica clínica.

10. Las categorías psiquiátricas.

Eduardo Balbo

VII JORNADAS DE LA AMSM

Los pasados días 2 y 3 de junio, se celebraron, en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, las VII Jornadas de la AMSM. El lema elegido fue "Retos Terapéuticos", y este año las Jornadas se estructuraron en forma de mesas redondas, además de comunicaciones libres y dos conferencias.

El jueves, tras la Sesión inaugural, la primera mesa trató el tema "VIH y Salud Mental" y fue coordinada por la Dra. Pilar Arranz. Tras la comida se desarrollaron las mesas sobre "Promoción y Prevención en Salud Mental", coordinada por el Dr. Pedro Montejo, y sobre "Formación MIR y PIR, coordinada por Fco. Montilla. El Dr. Carlos Castilla del Pino ofreció una conferencia, posteriormente, bajo el título "Lógica del delirio". Tras ésta, se celebró la Asamblea Ordina-

ria de la AMSM en la que se leyó el informe de la Junta sobre el período de mayo de 1993 a junio de 1994, y que también publicamos en este número.

El viernes también se desarrollaron dos mesas redondas. La primera sobre "Problemática en torno al niño grave", coordinada por D. Félix García-Villanova, y la segunda sobre "Trastornos de personalidad y continuidad de cuidados", que fue coordinada por el Dr. Enrique García Bernardo. Finalmente, la Dra. Elena Garralde, psiquiatra, Professor of child and adolescent Psychiatry del St. Mary's Hospital, cerró las Jornadas con una conferencia.

En general, la asistencia no ha sido menor que en Jornadas anteriores, y aunque se notó la ausencia significativa de algunos compañeros, entre otros, aquellos con responsabilidades de dirección en la Salud Mental de nuestra Comunidad, también fue notoria la gran participación de MIR y PIR, algo que nos llena de satisfacción.

La Junta de Gobierno de la AMSM, se adhiere plenamente a lo manifestado, en relación a la formación MIR y PIR, por la Junta Directiva de la AEN en su comunicado del 17 de junio de 1994 que a continuación reproducimos.

La formación de los médicos especialistas (MIR), vinculada contractualmente a la asistencia, con actividades regladas dentro de la red asistencial pública, ha sido uno de los grandes logros de la sanidad española. En psiquiatría, la formación de los MIR contempla el paso obligatorio



"Rostros sin mirada", 1966. Cardona Torrandell.

durante cuatro años por los diversos programas que constituyen hoy las formas de atención a la salud mental: atención ambulatoria, atención hospitalaria y rehabilitación de pacientes crónicos. El área de salud, perfectamente definida en la Ley General de Sanidad, territorio-instrumento de gestión y programación, facilita una formación integral, rompiendo la antigua escisión hospital-centros comunitarios.

La psiquiatría se sitúa a segundo nivel especializada, dando apoyo a la atención primaria, vía de entrada en la red sanitaria. La psiquiatría, y ahora la psicología clínica, se integra junto con el resto de las especialidades sin discriminación alguna.

En relación a esta última, la AEN, asociación formada por profesionales de la salud mental, psiquiatras y psicólogos fundamentalmente, viene defendiendo que se constituya una Comisión de la Especialidad de Psicología Clínica, con presencia en el Consejo Gral. de Especialidades de Ciencias de la Salud, con el mismo rango y entidad que cualquier otra, aunque se establezca la necesidad de consultas mutuas con la de psiquiatría y unos dispositivos comunes, los Servicios de Salud Mental de Área, para la formación.

En este sentido, la Junta Directiva de la AEN, urge a las administraciones central y autonómicas para que:

1. Promueva la Ley de Bases para la Ordenación de las Profesiones Sanitarias, agilizando los trámites en lo posible.
2. Respecto a lo que ha sido considerado como principio de la reforma sanitaria y específicamente de la psiquiátrica en nuestro país: el Área de Salud y en su seno, la integración en servicios únicos, de los recursos asistenciales.
3. Agilizar el compromiso de dotar progresivamente plazas de psicólogos clínicos en formación (PIR) para garantizar la formación adecuada de este colectivo.
4. Buscar en los nombramientos para las Comisiones Nacionales de Psiquiatría y Psicología Clínica, la suficiente representatividad y transparencia, velando por el consenso entre las diferentes orientaciones profesionales y por las reglas democráticas de funcionamiento.



"Los ojos", 1933. Benjamín Palencia.

Por último, la AEN reitera su voluntad de colaborar con todas las instancias, tanto de la administración, como profesionales o ciudadanas, en todo lo que suponga una mejora de la aten-

ción, la formación y la investigación en salud.

M. Desviat
Presidente AEN

M. Hdez. Monsalve
Secretario General AEN

PLAN REGIONAL

Hace unas semanas fue presentado el documento para la discusión del Plan Regional de Salud. Aunque el Plan afecta a todas las áreas o especialidades sanitarias creemos que puede ser interesante reproducir aquellos aspectos del mismo que tienen que ver específicamente con salud mental. Incluye el Plan una evaluación de los objetivos de planes anteriores, un análisis de algunas demandas específicas y finalmente apunta algunas acciones frente a problemas específicos.

A. Evaluación: Los objetivos del plan de acciones de Salud Mental 89-91, básicamente se han cubierto. Se ha avanzado en la integración y redistribución de recursos humanos y materiales de los dispositivos de atención a la salud mental y asistencia psiquiátrica en una única red; sólo dos distritos quedan pendientes de la integración. Esta red dispone de Servicios de Salud Mental en 36 distritos (sanitarios y municipales) ubicados en la atención especializada en cada una de las 11 áreas sanitarias. Se ha avanzado en la cobertura de urgencias, tan sólo quedan dos hospitales para completar este dispositivo asistencial al tiempo que se han abierto dos nuevas Unidades de psiquiatría de hospital general; este último objetivo ha tenido un desarrollo menor del esperado.

Igualmente, se han potenciado los programas alternativos a la institucionalización psiquiátrica; así, se han creado centros de Rehabilitación y alojamientos alternativos en colaboración con la Consejería de Integración Social, y se han firmado convenios con Cruz Roja, Oficina de Objetores, etc.

Las camas concertadas han disminuido. El Plan de Reforma del Hospital Psiquiátrico de Leganés ha cumplido sus grandes objetivos: el cierre del viejo manicomio y la creación de una red de prestaciones alternativas. Por otro lado, se ha avanzado en la reconversión del Hospital Psiquiátrico de Madrid, con el objetivo de conso-

lidar, junto al Hospital de Cantoblanco, un Centro asistencial médico-quirúrgico.

Finalmente, se han potenciado los programas de Formación para los profesionales que intervienen en los Servicios de Salud Mental.

B. Patologías o demandas específicas.

1. Culminar la integración de recursos humanos y materiales de Salud Mental y Atención Psiquiátrica, en una única red. Quedan equipos de Salud Mental del Ayuntamiento e INSALUD, pendientes de integración.

2. Complementar la red de Unidades de Psiquiatría y Servicios de Urgencia en Hospitales Generales en cada una de las 11 Áreas Sanitarias.

3. Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población, teniendo en cuenta las características socio-demográficas, grupos de riesgo, frecuentación de servicios, etcétera.

4. Avanzar en el desarrollo de los programas de Rehabilitación y reinserción social de enfermos mentales crónicos.

5. Potenciar los programas de formación continuada de los profesionales de los Servicios de Salud Mental.

C. Acciones en Salud Mental.

1. Integrar todos los recursos humanos de las Administraciones Sanitarias Públicas en la red de Salud Mental.

2. Ubicar los Servicios de Salud Mental en los Centros de Salud o Centros de Especialidades.

3. Abrir Unidades de Psiquiatría en los Hospitales de Puerta de Hierro, Móstoles, Príncipe de Asturias, La Paz y Severo Ochoa. Incrementar el número de camas de las actuales Unidades de Hospitalización: Princesa, 12 de Octubre y Getafe. Disminuir el número de camas de hospi-

talización psiquiátrica existentes en los Hospitales: Universitario San Carlos y Gregorio Marañón. El número de camas óptimo a alcanzar es 10 por 100.000 habitantes, en Unidades de Hospital General.

4. Profundizar en el desarrollo de los Programas de los Servicios de Salud Mental, teniendo en cuenta las características socio-demográficas, grupos de riesgo, etc., de la población de los distritos sanitarios. Para ello es necesario adecuar dotación de personal y perfiles profesionales.

5. Extender a todos los Servicios de Salud Mental de Distrito, subprogramas de seguimiento en la Comunidad de enfermos mentales graves y crónicos, con los profesionales de Trabajo Social y Enfermería.

6. Potenciar la creación de alternativas residenciales dirigidas a enfermos mentales graves y crónicos, con los profesionales de Trabajo Social y Enfermería. Potenciar la creación de clubs sociales, dirigidos a enfermos mentales crónicos a través de la firma de convenios con las asociaciones de Familias y Usuarios.

7. Culminar la fusión del Hospital Psiquiátrico y Hospital de Cantoblanco, manteniendo el nivel de prestación en Salud Mental, y especialmente las Unidades de Rehabilitación y Residencia.

8. Culminar la reforma del Instituto Psiquiátrico José Germain.

9. Disminuir las camas concertadas fuera de la provincia de Madrid, y desarrollar programas de Rehabilitación y Alternativas Residenciales en los Hospitales concertados de Madrid.

10. Constituir una comisión Jurídico-Penal, con el objetivo de evaluar pacientes judiciales penales, considerando sus características.

11. Extender el registro de casos psiquiátricos a los Servicios de Salud Mental, Unidades de Hospitalización y Urgencias.

Los cambios que se han producido en los últimos meses han puesto de actualidad algunos aspectos del modelo en Salud Mental relativos a las funciones que deben asumir estructuras como el Área Sanitaria. Creemos que esta discusión, presente en estos momentos entre los profesionales, debe ser recogida en este Boletín. En un principio pensamos haber entrevistado a más gente, pero a la hora de cerrar este Boletín no hemos recibido las respuestas de A. Espino, T. Palomo y T. Suárez.

ENTREVISTA A MARIANO HERNANDEZ

PREGUNTA: ¿Cómo valora la situación de la Salud Mental en Madrid en relación a los logros conseguidos y los problemas aún sin resolver?

RESPUESTA: Comentaba Luis Prieto en la entrevista publicada en el último Boletín, que al volver a la clínica se encontraba con unos servicios que no tenían nada que ver con los centros que él había dejado doce años antes. Es una descripción plástica, en la que podríamos coincidir la mayoría de los profesionales de Madrid. En estos años se ha pasado de una organización caótica y una absoluta precariedad de recursos públicos a una red de servicios territorializados capaz de proporcionar continuidad de cuidados en los diversos dispositivos ambulatorios y hospitalarios a un amplio espectro de problemas de salud mental, ofertados a toda la población e insertados en la red sanitaria general. Aún con numerosas insuficiencias, la red actualmente disponible significa una oportunidad difícilmente repetible para alcanzar una calidad en los servicios públicos de salud mental equiparable a la existente en otros países del entorno europeo. Entrando en aspectos más concretos, hace más de un año, la AMSM elaboró un documento que pretendía responder precisamente a la pregunta inicial. En él intentábamos reflejar los logros, las limitaciones, los resultados, y las cuestiones pendientes, tras más de diez años del inicio de la reforma en la Comunidad de Madrid. También en

la aludida entrevista con Luis Prieto, el balance que presentaba coincidió básicamente con el análisis que habíamos hecho en la Asociación y que, en mi opinión sigue siendo válido a día de hoy, aunque haya que matizar algunas cuestiones importantes, ya que en el último año se han producido cambios significativos en el contexto, en lo político-administrativo. Recordemos que en junio del 93, en las Jornadas del SRS, el Consejero Dr. Sabando, precisaba "tenemos un buen modelo para una empresa poco eficiente" y definía una serie de cinco objetivos estratégicos y un conjunto de acciones a desarrollar, haciendo especial hincapié en su propósito de "promover un proceso de participación para definir los contenidos y formas concretas de estas acciones". Aplaudimos esos propósitos, pero hay que señalar que tras un año de intervalo, y de nombramientos de nuevos responsables (en la dirección del Servicio Regional de Salud, y del Servicio de Salud Mental), aún no se han reflejado cambios favorables y sin embargo parecen haber renacido problemas que parecían solventados (en la relación hospital, ambulatorio, INSALUD-CAM, merma del consenso hasta ahora existente..., como señalábamos en el último editorial del Boletín). Y sin pretender ser exhaustivo, se han ido acumulando diversas circunstancias poco alentadoras: se cerró la Casa de Transición; el Comité de Enlace ha permanecido inactivo, mientras que en diversas áreas se presentaban importantes problemas de organización y gestión; hemos asistido al surgimiento de nuevas estructuras, centralizadas, de docencia y de investigación, ajenas a las comisiones de docencia de las áreas (no sabemos si compitiendo con ellas por los mismos presupuestos), y no se ha incidido a lo largo del año en ninguno de los programas más insuficientemente desarrollados. En otro orden de cosas, echando un vistazo al panorama general, que parece importante el surgimiento de nuevos grupos en el escenario asociativo: en el ámbito profesional, de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial está aglutinando a la mayoría de los profesionales que han ido llegando a los nuevos centros de rehabilitación, y se mues-

tra con gran vitalidad para elaborar las nuevas perspectivas que este ámbito profesional requiere. Por otra parte, las asociaciones de familiares y usuarios han irrumpido también con fuerza. Personalmente, estoy muy interesado en que pueda ir cuajando la iniciativa actualmente en marcha de trabajar conjuntamente en algunos aspectos con la Asociación de Rehabilitación y con la Federación Madrileña de Asociaciones pro Salud Mental (FEMASAM). Por nuestra parte, en la última asamblea de la AMSM hemos aprobado la constitución conjuntamente con la AMRP y con FEMASAM, de una "comisión de seguimiento de la reforma", para Madrid, que pueda ser capaz de establecer con las administraciones implicadas un proceso continuado de seguimiento.

Hay algunas otras cuestiones actuales que, sin ser específicas de Madrid, se manifiestan aquí con especial relevancia. Por ejemplo, el problema surgido en las últimas semanas en torno a la normativa del Ministerio de Sanidad que pretende acreditar, para la formación MIR y PIR, a los servicios especializados de área y que ha desencadenado tantas reacciones, además de despertar fantasmas y estimular rumores de toda índole. El alcance, aparentemente desproporcionado, que ha adquirido este hecho, parece indicar, entre otras cosas, que aún en varias áreas de salud de Madrid hay abierta una brecha de rivalidad entre dispositivos hospitalarios y extrahospitalarios, que es imprescindible abordar cuanto antes, para afianzar la integración. O por ejemplo, la cuestión de la delimitación y garantía de las prestaciones del sistema público, que obligará a definir las indicaciones y formatos de psicoterapia que se compromete a prestar el Sistema Nacional de Salud, y que habrá de tener repercusiones en la organización de los servicios y en la formación (la formación en psicoterapia habrá de contemplarse claramente en los programas de MIR y PIR).

P: ¿Cuál cree que debe ser el papel del Área, los jefes de éstas y los jefes de las demás estructuras y dispositivos?

R: Creo que el papel central de las áreas debería estar ya a estas altu-

ras fuera de toda duda. Podríamos discutir si el mapa sanitario de Madrid está bien diseñado, ya que algunas áreas son excesivamente grandes, pero creo que la estructura de área es el lugar idóneo donde hacer efectivo los grandes principios de la atención comunitaria: integración de recursos, continuidad de cuidados y coordinación de niveles asistenciales. El área debe disponer de mayor entidad y autonomía, y hacerse cargo de competencias, progresivamente crecientes, en gestión, programación y evaluación.

El lógico que haya un responsable de salud mental en cada una de las áreas, y que existan también otros puestos de responsabilidad para cada uno de los dispositivos que integran el área, y responsables de programas específicos, tales como infanto-juvenil, rehabilitación u otros. La conflictividad actual de esta cuestión está acentuada, en mi opinión, por el constante aplazamiento de las transferencias, y por falta de reconocimiento administrativo de los puestos funcionales. Y, en ausencia de transferencia, por la práctica inactividad del Comité de Enlace en el último año, que ha permitido que se propague el rumor de la presunta desaparición de las áreas, en salud mental, y la práctica autonomía de los distritos, lo que en mi opinión, sería un disparate, teniendo en cuenta el mapa sanitario que rige para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, y la existencia de la propia Ley General de Sanidad, que reconoce el área como lugar de integración de todos los recursos hospitalarios y extrahospitalarios.

A la larga la cuestión de los puestos funcionales podrá abordarse con más claridad una vez que esté en vigor la anunciada "Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias". Entonces será posible saber a qué atenerse en lo que respecta al desarrollo de la carrera profesional, y la relación posible entre los distintos escalones de la misma y los puestos a desempeñar en el Sistema Nacional de Salud.

En síntesis, recapitulando lo dicho, creo que estamos en un momento

abierto del proceso de reforma en el que hay que afianzar los puntos débiles (especialmente los aspectos organizativo-administrativo), recuperar el clima de consenso, incrementar la participación de profesionales y usuarios y profundizar en la reforma trabajando por mejorar la calidad de los servicios que prestamos.

ENTREVISTA A BASILIA VIAR

PREGUNTAS: ¿Cómo valora la situación de la Salud Mental en Madrid en relación a los logros conseguidos y los problemas aún sin resolver?, y ¿Cuál cree que debe ser el papel del Área, los jefes de éstas y los jefes de las demás estructuras y dispositivos?

RESPUESTA: Estas dos preguntas tienen para mí una sola respuesta porque la segunda sólo evidencia hasta qué punto puede ser difícil de responder la primera. La necesaria tensión que acompañaría a un debate sobre el momento de desarrollo del modelo, parece haberse polarizado en Madrid, y también en esta Asociación, en la defensa o el rechazo de una sola de las posibles maneras de gestionarlo. Si las reformas en la gestión tienen que ser negociadas por los propios gestores, los jefes, a quienes no ocupamos ese lugar sólo nos queda confiar en su capacidad de diálogo y su ética, que les permita superar la dificultad de ser "jueces y parte".

Considero que evaluar el nivel de desarrollo del modelo requeriría tomar en cuenta tanto la existencia de determinadas estructuras asistenciales (extrahospitalarias, no manicomiales, integradas etc.), como el tipo de procesos que en ellas se generan.

La experiencia de mi trabajo cotidiano me ha dejado la impresión de que en buena parte de Madrid se cuenta con las estructuras mínimas para que tengan lugar estos procesos, mientras que algunas zonas disfrutan una situación sólo algo más desahogada. Se trata de un problema difícil de resolver dadas las

restricciones presupuestarias y la debilidad reivindicativa y escaso "valor político" de los beneficiarios de esas inversiones.

En cuanto a los procesos, creo que hay un gran desconocimiento dentro de la propia Comunidad. Se han difundido escasamente las experiencias concretas de los equipos, se ha insistido más en los parámetros cuantitativos, y existe la preocupación de que se estén reproduciendo en nuevos escenarios las viejas prácticas. Los indicadores de evaluación de estos procesos plantean problemas teóricos difíciles de resolver. Por otra parte es difícil una evaluación estática cuando todo el modelo está sujeto a redefiniciones sucesivas en función de factores políticos de distinto nivel. Algunos de ellos se configuran como demandas generados por la dinámica social (consumidores, grupos de opinión, instituciones como el Defensor del Pueblo o las asociaciones profesionales). El aspecto político más decisivo es, en cualquier caso, las acciones concretas que un gobierno (con un programa determinado) es capaz de poner en marcha. Algunos problemas importantes podrían ser paliados por la Ley de Salud Mental que la Consejería de Salud prometió hace ahora un año. Una valoración justa de la situación madrileña requeriría un abordaje riguroso y desprejuiciado de toda la información disponible. Cuando la AMSM promovió, hace también un año, la creación de un Grupo de Evaluación Asistencial en el que me propuse colaborar, esperaba que este fuera su objetivo. Sin embargo este grupo, por causas desconocidas, no pasó de su primer encuentro, alguien tendrá que hacer este trabajo. Si esta asociación no lo toma como tarea, pueden hacerlo otras. Los propios SSM deben comprometerse en la investigación sobre los indicadores adecuados para evaluar las prácticas comunitarias.

En fin, una tarea como es el trabajo comunitario, ligada a la gestión de conflictos, incluidos los insolubles, no puede darse por lograda, sin que se esté anunciando ya la llegada de un nuevo ciclo.

CINE Y PSIQUIATRIA

En los últimos tiempos se observa un aumento, sobre todo en la cinematografía americana, de películas cuyo tema gira en torno a la psiquiatría (más concretamente los psiquiatras y psicólogos), bien desde el punto de vista de la actividad profesional, bien en el papel que desempeña en la sociedad.

Películas como "El silencio de los corderos", "Mr. Jones", "El príncipe de las mareas", "Análisis Final"... ¿Responden a un interés de la sociedad en general por los psiquiatras o bien obedecen a una casualidad, y han coincidido varios directores interesándose en el mismo momento por el mismo tema? Lo que parece cierto es que el tema tiene éxito. Y eso se constata ante la avalancha de público en estas películas, y es el público quien decide, en última instancia, el éxito o fracaso de un tema.

El interés no es nuevo y si echamos la vista atrás nos encontramos con películas, algunas de ellas magníficas, como "Recuerda", de Hitchcock "Alguien voló sobre el nido del cuco" y otras muchas. Si recordamos la figura del psiquiatra en estos films vemos que se trata de alguien muy profesional, muy rígido en sus planteamientos y con un rol perfectamente asumido, de manera que es difícil que deje entrever algún tipo de sentimientos por alguno de sus pacientes.

¿Que representa el psiquiatra para la sociedad? La figura del psiquiatra ha ido evolucionando al mismo tiempo que la sociedad se ha ido transformando, pero siempre ha estado teñida de un halo de misterio. La gente se pregunta ¿me advina el pensamiento cuando me mira?, ¿sabe realmente lo que pasa

por mi cabeza?, ¿podrá llegar a adivinar mis secretos si hablo demasiado con él? El profesional representa mente, misterio, conocimiento... y parece por los datos que tenemos de la literatura, el cine o simplemente dialogando con la gente que la respuesta a dicha pregunta sería afirmativa. Resulta irónico pensar que son los pacientes con trastornos mentales los que se hallan más cerca de conocer los límites de nuestro saber y se encargan con frecuencia de recordárnoslo en nuestro quehacer diario.

Si hacemos un poco de historia y nos remontamos a los orígenes de la psiquiatría, nos encontramos con la figura del Chamán, el curandero de las tribus, que por medio de la magia sanaba las distintas enfermedades. El poder de Chamán venía dado por los espíritus. Observamos que ya los primeros humanos que curaban los trastornos mentales tenían ese halo de misterio que aún se conserva hasta la actualidad. Los profesionales actuales serían los herederos de aquel brujo o curandero de la antigüedad, pero ciertamente han ocurrido muchos cambios. En todos estos años han aparecido personalidades muy importantes en la psiquiatría, pero por la gran repercusión que tuvo en la sociedad se debe citar la obra de Sigmund Freud y la creación de la corriente psicoanalítica. La influencia de este autor ha sido muy importante y sus ideas han impregnado distintas manifestaciones del ser humano, entre ellas y por su importancia señalar el mundo de la Cultura y el Arte.

En el caso del cine ¿alguna vez hemos visto una película en la cual el psiquiatra sea de orientación cognitiva o conductual? Parecería que la psiquiatría es únicamente de profesionales de orientación analítica, que basan su trabajo en la interpretación y en la búsqueda del inconsciente

y que mantienen una actitud de observación y escucha.

Con la crisis de la Iglesia y de los valores religiosos actuales observamos que el terapeuta de hoy ha venido a ocupar el lugar que hace unos años tenían los sacerdotes, alguien que escuchaba y en quien la gente confiaba. ¿Y como aparece el terapeuta en las películas? Su imagen parece responder a un deseo universal del ser humano, encontrar a alguien en quien puedas confiar y que te comprenda sin apenas hablar. No se puede dejar de mencionar a Annibal Lecter, psiquiatra protagonista de "El silencio de los corderos". Annibal es alguien inteligente, gran conocedor del alma humana, que da muestras de saber de los miedos y deseos de la actriz protagonista con solo mirarla y sin haber hablado apenas con ella. Estas cualidades de Annibal producen en el espectador una mezcla de atracción y miedo al mismo tiempo que lleva al personaje al punto de la locura. Al margen de que la figura de Annibal pertenece a la ficción y que los profesionales sabemos lo lejos que queda de nuestro trabajo cotidiano, transmiten a la gente de la calle una imagen del psiquiatra, como alguien poderoso y ante el cual hay que tener cuidado con lo que se dice (fuera del contexto terapéutico). Al mismo tiempo que aparecen estos personajes, como Annibal, se aprecia un acercamiento a la figura del psiquiatra, como alguien más próximo, ya no inaccesible. En este proceso de desmitificación van a aparecer distintos films (obras de Woody Allen). En algunos el psiquiatra se muestra enamorado de sus pacientes ("El príncipe de las mareas"), en otros como alguien que es inseguro y duda, equivocándose en su diagnóstico ("El hombre que miraba al Sudoeste"...), en definitiva pasa a ser alguien como los demás.

Ana Cristina Sierra

PSIQUIATRIA Y EUTANASIA

El día 22 de junio el diario "El País" traía una noticia que creo merece ser comentada. Se trata de la condena por el Tribunal Supremo de Holanda al psiquiatra Boudewijn Chabot "por haber ayudado a suicidarse a una mujer profundamente deprimida, aunque físicamente sana, y no consultar con un segundo psiquiatra". Por último, cuenta la noticia, no se le impuso castigo alguno, por considerar que cumplió las reglas deontológicas.

Ante esta noticia se pueden hacer múltiples reflexiones: 1.—¿Ha de actuar el psiquiatra en contra de la voluntad del paciente suicida?, o, por el contrario, ¿debería ayudarle a consumir sus deseos de muerte o, al menos, respetarlos? 2.—¿Tiene el psiquiatra derecho a imponer su voluntad sobre la del enfermo? 3.—¿Quién tiene facultades para decidir estos casos y en función de qué criterios?

En el caso español la respuesta a estas preguntas está clara, ya que la ley no contempla la práctica de la eutanasia como un derecho de los ciudadanos e, incluso, se podría incurrir en una responsabilidad penal por denegación de auxilio a una persona en situación de grave riesgo para su vida. Hay una reciente sentencia judicial en la que se niega la ayuda a morir a un paciente con graves problemas físicos que así lo había solicitado.

Parece que el respeto al deseo de muerte de los ciudadanos estaría en función de la cultura, la moral y las leyes del país en que se vive, valores todos ellos cambiantes, sin que se pueda aplicar una norma general

que afecte al conjunto de las personas.

Hay intentos de suicidio que serían consecuencia de la enfermedad psíquica que presenta la persona, enfermedad que puede suponer una pérdida de la capacidad de ésta de discernir sobre la naturaleza de sus actos (en estos casos parece clara la necesidad de la intervención médica y psiquiátrica que evite el suicidio), pero, en otros casos, puede ser el fruto de una reflexión y una decisión suficientemente meditada por parte de la persona. Y, si ésta falla en su intento, ¿cuál sería el fundamento para la psiquiatrización de este deseo que, en ocasiones, puede llevar al ingreso de la persona en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en contra de su voluntad?

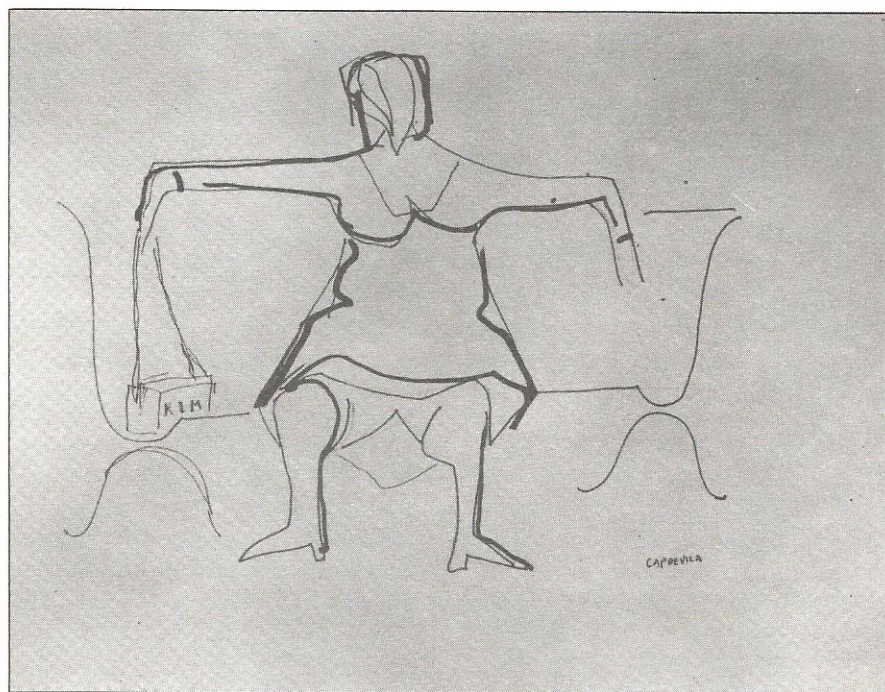
¿Sería posible establecer unos indicadores que determinaran cuando se ha de respetar el deseo de muerte y cuando éste obedece a una decisión

libre y responsable? ¿Es posible decidir el suicidio de manera libre y responsable?

Desde una actitud de acompañamiento al paciente en su sufrimiento, actitud clínica clásica, ¿hasta que punto podría estar obligado a ayudar al paciente a consumir sus deseos de muerte?

Sin atreverse a tomar una postura en este tema, si creo que la noticia merece una reflexión serena entre los trabajadores de la Salud Mental, que implique una ruptura de las actitudes intervencionistas rutinarias y estereotipadas frente a todos los intentos de suicidio que llegan a las urgencias de los hospitales, actitudes que, en ocasiones, llegan a una falta de respeto por estas personas a las que se califica de "pastilleras" u otras denominaciones aún menos respetuosas.

Miguel Angel Martín



"Aeropuerto". Manuel Capdevila.

PRODUCTOS ENGAÑOSOS

En España, ha aumentado de forma espectacular la venta de productos "milagrosos" que ofrecen perfección corporal, belleza, alivio de dolores, relajación... Estos productos, en la mayoría de los casos no cuentan con ningún respaldo científico. Ante esta avalancha, las asociaciones de consumidores han dado la voz de alarma y han denunciado adelgazantes sin registro que carecen de garantías sanitarias. El Ministerio de Sanidad y Consumo dice que no se trata de un problema de salud pública sino de publicidad exagerada y engañosa (El Mundo, 5-5-94). Previamente, la UCE había pedido la retirada de dos productos contra la obesidad, una crema bronceadora y un tónico antitabaco por no reunir las condiciones sanitarias exigidas por la ley (ABC, 13-4-94).

HUELGA DE RESIDENTES

Los pasados 12 a 18 de abril y 26 a 2 de mayo, los médicos residentes dependientes del INSALUD en Madrid y Cantabria fueron a la huelga para protestar por la desaparición del módulo de guardias, complemento salarial que cobraban desde 1988, tras un acuerdo con la administración. La propuesta del INSALUD, tras horas de negociación, fue crear una "cláusula de salvaguarda" por la que ningún residente podría percibir menos de un determinado dinero al año en concepto de guardias (Ya, ABC, 12-4-94; Diario 16, La Información de Madrid, 15-4-94). Finalmente, se ha llegado a un preacuerdo por el que se crean comisiones paritarias en cada centro para definir qué nuevas actividades retribuidas harán los residentes. Se garantiza el pago de 78 horas de guardia al mes hasta que finalice el estudio (Diario Médico, 18-5-94).

DEMENCIA SENIL

La demencia senil es un conjunto de enfermedades que afecta al 10% de las personas mayores de 65 años, con lo que se ha convertido en el primer problema socio-sanitario al que se enfrenta la red asistencial

española. Su espectacular avance es debido al creciente envejecimiento de la población, y tanto el anciano demente como los miembros de su familia acabarán convirtiéndose en pacientes de larga duración en los hospitales. Esto ha llevado a la Administración a estudiar un "plan de choque" que incluye la creación de Centros de Día y la promoción asociativa (Diario 16, 19-3-94).

ALCOHOL Y JUVENTUD

Los ministros de Educación y Ciencia, Asuntos Sociales y Sanidad y Consumo han firmado un acuerdo de cooperación para contribuir al desarrollo de hábitos de vida sanos entre la población escolar. Prevenir el consumo de alcohol y tabaco, así como procurar una educación afectivo-sexual que evite los embarazos indeseados, las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, son los objetivos primordiales de este convenio. Junto a estas actuaciones de carácter preventivo se están llevando a cabo otras de orden normativo que tienen por objeto impedir el consumo de alcohol por menores mediante medidas de carácter prohibitivo y sancionador. La gravedad se ilustra con datos concretos: la media de edad de inicio en la bebida se sitúa en los 15 años, un 83% de los jóvenes entre los 16 y 25 años consumen habitualmente alcohol, del 30 al 50% de los accidentes ocurridos tienen relación con el alcohol, así como el 25% de los suicidios (El País, 10-4-94, El Mundo, 10-4-94 y 14-4-94, Ya, 14-4-94, Diario 16, 14-4-94 y 4-5-94).

INVESTIGACION EN TERAPIA ANTIDEPRESIVA

Un equipo de investigadores españoles del CSIC y del Hospital Sant Pau de Barcelona ha descubierto una nueva terapia antidepresiva que acelera la recuperación del paciente. La terapia se basa en combinar un fármaco antidepresivo (paroxetina) con un antihipertensivo (pindolol). Los resultados son prometedores pero todavía preliminares y será necesario completar otros estudios para ofrecer datos finales (Ya, 8-5-94, Diario 16, 8-5-94).

ASAMBLEA MUNDIAL DE LA O.M.S.

Se ha celebrado en Ginebra la 47.ª Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud. En ella se han debatido los objetivos que deben marcar las actividades de la OMS de aquí al año 2001. Entre los puntos importantes que han figurado en la agenda oficial están: el intento de que la esperanza de vida no baje de los 60 años en ningún lugar del mundo, la redefinición del concepto "salud reproductiva" (propuesta por los países católicos), la lucha contra las grandes enfermedades como el paludismo, la tuberculosis y el SIDA, la conveniencia de seguir recomendando a las madres que amamenten a sus hijos aunque estén infectadas por el VIH, etc. (Ya, 8-5-94).



EL SIDA NOS DEMANDA UNA RESPUESTA URGENTE

En la última década una epidemia mundial, como ha sido definida por los científicos ha saltado a la prensa médica: la infección por VIH. Sin embargo, esta noticia no se ha visto restringida a la prensa especializada, sino que ha invadido diariamente los medios de comunicación de amplia difusión generando un miedo colectivo.

La devastadora patología física así como la repercusión emocional subsiguiente, la distinguen de otras enfermedades terminales, posiblemente por las características de la población a la que afecta. Todo ello ha provocado una respuesta de urgencia en las diversas especialidades médicas, incluida la psiquiátrica. Se ha demostrado en los últimos años la elevada morbilidad psiquiátrica de la infección por VIH, siendo la valoración neuropsicológica de estos pacientes una de las principales áreas de trabajo actuales. En contra de lo que varios grupos de trabajo habían postulado previamente, en 1990 los expertos de la OMS llegaron a la conclusión que los sujetos seropositivos asintomáticos no exhibían deterioro cognitivo.

En el campo neuropsiquiátrico, el síndrome más claramente descrito ha sido la demencia subcortical que comenzó a describirse en 1983 y que queda clínica y neuropatológicamente definida en 1986.

Esta afectación subcortical se halla asociada a la aparición de desórdenes afectivos, que ocasionalmente preceden a cualquier otra alteración somática. Se han definido cuadros depresivos mayores con diferentes prevalencias dependiendo de los estudios, que han respondido tanto a un tratamiento clásico con imipramina (RABKIN JG., HARRISON WM.: Effect of imipramine on Depression and Immune Status in a Sample of Men with HIV Infection. *Am. J. Psychiatry* 1990, 147: 495-497) como a un tratamiento antivirico como la zidovudina (PERKINS D. EVANS DL.: HIV-Related Major Depression: Response to Zidovudine Treatment *Psychosomatics* 1991, 32: 451-454).

Diversas investigaciones aconsejan antidepresivos tricíclicos a dosis más bajas de las utilizadas para otros síndromes depresivos (25-100 mg); y dentro de los mismos, aquellos con un espectro de efectos anticolinérgicos menor, como la nortriptilina. Se ha utilizado la fluoxetina con buenos resultados y la terapia electroconvulsiva en cuadros en que la medicación era intolerable.

Se han descrito varios episodios maníacos en pacientes sin antecedentes personales o familiares barajándose hipótesis etiopatogénicas relacionadas con el trastorno orgánico, con factores psicodinámicos o con efectos secundarios a la utilización de AZT (KIRBURTZ K., ZETTELMAIER AB., KETONEN L., TUIE M., CAINE ED.: Manic Syndrome in AIDS. *Am. J. Psychiatry* 1991, 148: 1068-1070).

Harris y cols. describen 31 casos de trastornos psicóticos, en los que incluyen tanto casos detectados por ellos, como casos recogidos en la literatura, al parecer no atribuibles a delirium o intoxicación farmacológica. La sintomatología de estos episodios corresponde a un cuadro alucinatorio-delirante que aparecería como indistinguible del comienzo de una esquizofrenia o un trastorno afectivo, ya que, además, se presentan habitualmente en adultos jóvenes. Se ha constatado que estos cuadros responden a tratamientos convencionales antipsicóticos, aunque se han detectado algunas variaciones en cuanto a la respuesta a estos psicofármacos. Se recomiendan neurolepticos incisivos a bajas dosis, debido al alto porcentaje de efectos extrapiramidales descritos (HRISO E., KUHN T., MASDEU JC., GRUNDMAN M.: Extrapryramidal Symptoms Due to Dopamine-Blocking Agents in Patients with AIDS Encephalopathy *Am. J. Psychiatry* 1991, 148: 1558-1561).

Sin embargo la implicación de la psiquiatría no parece estar circunscrita al campo de las descripciones clínicas diagnóstico y tratamiento de las complicaciones psiquiátricas de la infección por el VIH. Surge una demanda más amplia para establecer estrategias psicosociales de cara al soporte tanto de los grupos de riesgo, como de la población infectada asintomática y sintomática.

Existe una amplia bibliografía internacional acerca del impacto psicológico provocado en los profesionales dedicados al cuidado de los pacientes infectados por el VIH. Silverman analiza estas publicaciones y destaca que tan sólo un 11% se hallan en la llamada prensa psicológico-psiquiátrica y se reduce a un 5,65% en la prensa específicamente psiquiátrica.

Jack M. Gorman en un editorial del *American Journal* de mayo de 1993 se hace eco de la anotación de Silverman, y plantea el síndrome del "burn-out" aplicado a aquellos profesionales en contacto con los infectados. Describe un miedo irracional a la enfermedad, como posible mecanismo de defensa adoptado por los cuidadores, al temer que su propio entorno secundariamente les rechaze por "falsa identificación" con los infectados a su cargo.

En la misma fecha M. J. Carvajal del Hospital Civil de Basurto, presenta una ponencia en el XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría celebrado en Bilbao en la que destaca el desarrollo de una formación reactiva de evitación, en el personal hospitalario, al trasladar sus miedos inconscientes al contagio. Según Carvajal, estos miedos representarían los impulsos ilícitos, que los estilos de vida de los infectados representan. En este sentido se ha descrito la homofobia como el miedo, disgusto, enfado crítica y aversión que se experimenta al tratar estrechamente a homosexuales.

Esto nos provoca una reflexión acerca de cómo actitudes negativas respecto a los infectados y su modo de vida habitual podría secundariamente provocar actitudes negativas de los profesionales que se traducirían en pobreza del cuidador, menor empatía y humanismo. Nos impele, pues, al reconocimiento e identificación de las defensas psicológicas que pueden producir actitudes aberrantes. Investigaciones en este sentido podrían favorecer la calidad de los infectados, quienes llevarían a cabo estrategias de enfrentamiento personal más sanas.

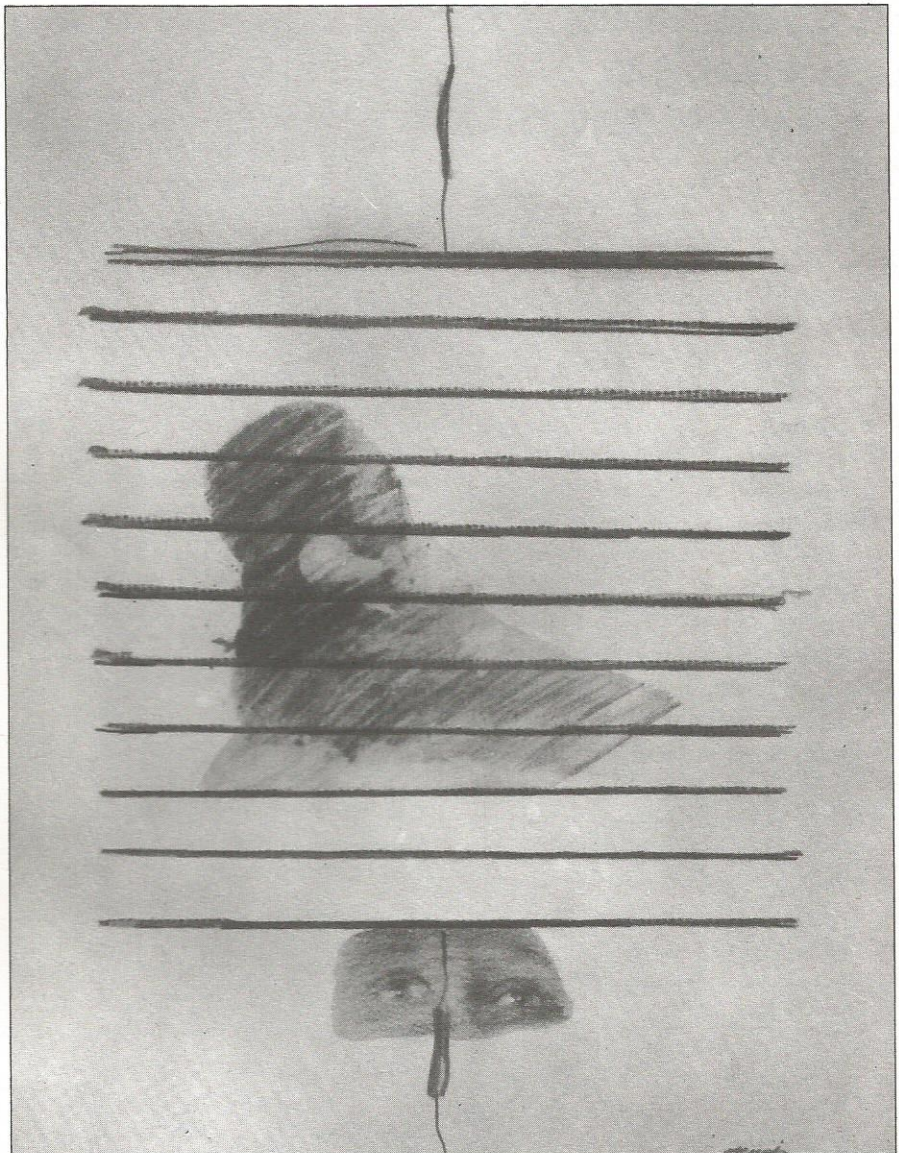
Perry y cols. diseñan una experiencia, de cara a comprobar la alteración de determinados parámetros psicopatológicos en los pacientes, tras el conocimiento de su seropositivi-

dad. Al comienzo del estudio, enfermeras psiquiátricas reciben a los pacientes en un ambiente de confidencialidad, para informarles acerca de su infección. Estos mismos pacientes vuelven a ser recibidos 6 meses y un año más tarde, momentos en los que se obtienen determinados parámetros clínicos (escala de Hamilton, STAI...). Se ha apreciado que no existen diferencias significativas en las escalas de ansiedad y depresión cuando estas se realizan al comienzo, a los 6 meses y al año, si los pacientes no desarrollan la enfermedad, durante este período. Los autores dudan que estos datos puedan generalizarse si la información dada a los pacientes no se administra con cierto cuidado y por personal especializado.

Hasta ahora hemos analizado el papel de los profesionales de la Salud Mental en los infectados primariamente por VIH. Sin embargo, es imprescindible nombrar, que independientemente de estos pacientes, trabajamos habitualmente con una población en la que se ha descrito una amplia gama de conductas de riesgo para el posible contagio de SIDA. Se ha constatado que estas conductas pueden llegar al 83% en enfermos mentales crónicos, pacientes, en los que se suma un bajo nivel de información, respecto a las posibles vías de contagio (KELLY Y COLS: AIDS/HIV risk behaviour among the chronic mentally ill. Am. J. Psychiatry 1992, 149: 886-890).

Diferentes investigaciones han intentado determinar tasas de infección entre pacientes psiquiátricos mediante la revisión de la historia clínica o mediante la detección de la seroprevalencia de un modo anónimo. Ayuso y cols. en España dan una cifra de 3,5% de prevalencia, tras la revisión de 652 pacientes psiquiátricos.

Recientemente se ha planteado un debate en relación a esta cuestión: Stain plantea la conveniencia de una detección obligada en todos los enfermos psiquiátricos, sin la necesidad del consentimiento informado de dichos pacientes; Forstein, en contra de esta postura, apoya la confidencialidad y protección de los pacien-



"Llamada de angustia". Doroteo Arnaiz.

tes, de cara a no provocar una estigmatización de estos.

En España no existe una reglamentación al respecto, por lo que, la práctica más adecuada parece aquella que, evalúa los factores de riesgo de cada paciente de forma individual y solicita su autorización personal para la detección de VIH.

De cualquier modo, actualmente, nos enfrentamos a pacientes con un doble o triple diagnóstico que nos

obliga a replantearnos la asistencia en las unidades de hospitalización: ¿se precisará un aumento del número de camas, incluir medidas de ayuda poco habituales en estas unidades?, ¿será necesario reciclar al personal sanitario y prestarle un apoyo psicológico? Estas y otras cuestiones se mantienen aún, esperando respuestas más uniformes y contrastadas en diferentes investigaciones.

Olga Villasante

EL COLECTIVO HIPOCRATES O EL REGRESO DE LOS MUERTOS VIVIENTES

A estas alturas del siglo, tan crecida la teoría y la técnica psiquiátrica, e incluso la cultura sanitaria de los profesionales de la salud mental —médicos, psicólogos y otros, ¿por qué no?—, sorprende la carta publicada por unos médicos amparados en el seudónimo "Colectivo Hipócrates". No han entendido nada de lo que ha sucedido en los veinte últimos años en este país, ni en el mundo. La polémica hospital-servicios de atención ambulatoria en la comunidad (comunitarios son, por supuesto, los hospitales: salvo aquellos sin territorio y con ambiciones de universalidad, o dedicados al cobayismo humano o a satisfacer necesidades de los profesionales, que no de los pacientes), es obsoleta. Hay más de 50 años de literatura psiquiátrica, de leyes, de recomendaciones de los organismos internacionales que verifican la importancia de una psiquiatría, de una atención a la salud mental con programas esencialmente comunitarios, situando la hospitalización como un programa necesario pero de excepción y la atención ambulatoria en la propia comunidad. Cientos, miles de servicios de salud mental, hospitales de día, centros de día, programas de atención domiciliaria, han superado una asistencia reducida a unas cuantas camas en el hospital general, o en el hospital psiquiátrico, sea cual sea el sistema sanitario —liberal, de seguros sociales o los conocidos como servicios nacionales de salud—, sea cual sea el modelo de atención o la ideología dominante.

Pero hay más desaciertos, o falacias, en la carta de estos "revivals" de un pasado médico-imperial. Su conside-

ración del equipo como un batiburrillo, señala su grado de deformación profesional. O su empecinamiento en que los templos del saber sólo pueden estar situados en los hospitales —¿psiquiátricos, generales?—, donde, según ellos, "trabajan los profesionales más reputados."

La cuestión para estos médicos **hipocráticos** debería ser otra (Por cierto ¿saben que para el **corpus hipocrático** el médico era un intelectual ambulante, como los sofistas y los historiadores, y también un **demiurgo**, es decir, "un funcionario al servicio de la comunidad"? (**Tratados Hipocráticos**, Gredos, 1983). "La OMS ha evaluado los datos disponibles sobre la frecuencia de los trastornos mentales y neurológicos y estima actualmente que al menos 500 millones de personas padecen alguna forma de trastorno mental o neurológico que afecta seriamente a la calidad de su vida y su productividad social y económica. La organización a promovido nuevas estrategias. Entre ellas cabe mencionar el uso de técnicas de salud mental en la comunidad, la colaboración multisectorial para la rehabilitación de los enfermos mentales y la importancia dada a los derechos de esos enfermos y a la prevención en Psiquiatría (Informe 1990-1993)". La cuestión, en la psiquiatría pública, es atender bien a toda la población, más allá de cualquier tipo "de juego". Y con la convicción de que una cobertura eficiente, equitativa, accesible, propia de un país desarrollado, socialmente solidario, necesita un modelo de atención que vaya más allá de las ambiciones "hospitalarias" o "ambulatorias", integrando los diferentes niveles de asistencia, y exigiendo un ejercicio ético que rompa la dicotomía de las pastillas por la mañana, en el hospital; la psicoterapia y los

grupos por la tarde, en la consulta —esa sí ambulatoria— privada.

Por último tres precisiones. Una: por mucho que a los psicólogos se les reconozca el derecho a formarse no van a ser psiquiatras ni pretenden serlo, aunque si competirán pública y privadamente (¿Es ese el miedo? Pues, ¡dígalo de una vez!). NI LOS PSIQUIATRAS PUEDEN DEJAR DE SER MEDICOS POR NINGUN DECRETO DE NINGUNA ADMINISTRACION. Seamos serios. Dos: La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), donde se agrupan la mayoría de los psiquiatras y psicólogos de este país, es ciertamente, como dicen los anónimos firmantes de la carta, una asociación progresista. Es decir: una asociación que apuesta por una asistencia, una formación y una investigación técnicamente avanzadas, socialmente aceptables. Una tarea que debe realizarse, como el resto de las especialidades sanitarias, contando con todos los recursos humanos y materiales y que la AEN está realizando con cuidada independencia de las diferentes familias políticas. Tres: En cuanto a la antipsiquiatría, qué manía con la antipsiquiatría, un fenómeno contracultural que nunca pretendió atender unas enfermedades en las que no creía. Es como si alguien, salvando las inmensas distancias a favor de Laing Cooper, argumentara sobre la asistencia y la formación utilizando la "nacional psiquiatría" o su vertiente española, la "higiene racial".

Acabemos esta falsa polémica. Ni hospital ni centros de salud mental: servicios especializados del área de salud. Ni progresistas ni conservadores, sino como escribían nuestros predecesores hace 25 siglos: profesionales al servicio de la comunidad.

Manuel Desviat

Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

IV Congreso Internacional sobre Constructivismo en Psicoterapia

Lugar: Buenos Aires (Argentina).
Fecha: Del 4 al 7 de julio 1994.
Información: AIGLE. Centro de Estudios Humanos. Virrey Olaguer y Felín 2679 (1426). Dirección Postal 135. Suc 26. Buenos Aires (Argentina). Tel.: 54-1-781 3897.

VIII Recontre Internationales du Champ Freudien "Le Conclusion de le Cure"

Lugar: Palais des Congres de Paris (France).
Fecha: Del 10 al 13 de julio 1994.
Información: Champo Freudien. B.P. 740. 75121. Paris. Cedex 03 France.

7th European Conference on Personality

Lugar: Madrid.
Fecha: Del 12 al 16 julio 1994.
Información: Prof. I. Bermúdez. Departamento de Personalidad. Facultad de Psicología. UNED. 28040 Madrid. Tel.: 398 62 50.

II International Congress of Family Psychology

Lugar: Padua (Italia).
Fecha: 13 y 14 julio 1994.
Información: II International Congress of Family Psychology. c/o Mario Cusinato. Dipartimento di Psicologia Generale. Piazza Cavour, 23. 35139 Padua (Italia).

23.º Congreso Internacional de Psicología Aplicada

Lugar: Madrid.
Fecha: Del 17 al 22 julio 1994.
Información: Colegio Oficial de Psicólogos. Cuesta San Vicente, 4, 5.º planta. 28008 Madrid. Teléfonos: 547 30 97 y 547 31 57.

XII Congreso Internacional de la International Association for Cross-cultural Psychology

Lugar: Pamplona (Navarra).
Fecha: Del 24 al 27 de julio 1994.
Información: Colegio Oficial de Biólogos. Delegación de Navarra (Navarra). Tel.: (948) 17 51 33.

IV Congreso de Evaluación Psicológica

Lugar: Santiago de Compostela.
Fecha: Del 21 al 24 de septiembre.
Información: Prof. Domingo E. Gómez. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela. Campus Universitario. 15705 Santiago de Compostela. Tels.: (981) 56 31 00 y 56 52 39.

Seminario Internacional sobre Planes de Salud

Lugar: Madrid.
Fecha: 29 y 30 de septiembre 1994.
Organiza: Comunidad de Madrid. Consejería de Salud. Dirección General de Planificación, Formación e Investigación.

Formación Postgrado. Curso Teórico-Práctico. Programa de Especialización en Psicología Clínica y Dinámica de Organizaciones

Lugar: Madrid.
Fecha: Septiembre 1994-julio 1995.
Información: Colegio Oficial de Psicólogos. Delegación de Madrid. Cuesta de San Vicente, 4, 5.º. Tel.: 541 99 98.

Conferencia Internacional del Hospital Psiquiátrico de La Habana

Lugar: La Habana (Cuba).
Fecha: Del 5 al 7 de octubre 1994.
Información: Caribe Internacional Tours. Tels.: 563 07 31 y 563 06 11.

Congreso de Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente

Lugar: Santo Domingo (República Dominicana).
Fecha: Del 6 al 8 de octubre 1994.
Organización: Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Clínico de Madrid y el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Católica de Santo Domingo. Tel.: 543 70 31.

II Congreso de Saúde Mental Dao Açores

Lugar: Ponta Delgada (Portugal).
Fecha: Del 6 al 8 de octubre 1994.
Organiza: Servicio Psiquiatría do Hospital P. Delgada.
Información: INFORFARMA, LDA. Tels.: 096-24397 y 23 22 60.

XV Jornadas Españolas de Terapia Familiar

Lugar: Vitoria-Gasteiz.
Fecha: Del 27 al 29 de octubre 1994.
Información: B.º Tomás de Zumarraga, 13, 1.º dcha. 01008 Vitoria-Gasteiz. Tel.: (945) 24 90 72.

1.º Symposium CITRAN. Medicina Psicológica "Ética y Psiquiatría"

Lugar: Sitgs (Barcelona).
Fecha: Del 27 al 26 de octubre 1994.
Información: Numancia, 207, bajo 08034 Barcelona. Tel.: (93) 280 61 02.

XII Jornadas Nacionales de la A.E.N. "Las Esquizofrenias hoy"

Lugar: Murcia.
Fecha: Del 3 al 5 de noviembre 1994.
Información: GESIN. Animas, 7. Edif. Gloria, 1.º A. 30001 Murcia. Tel.: (968) 22 16 33.

Estudios Universitarios de Postgrado en Sexología. Título Superior de Experto en Sexología

Lugar: Madrid.
Duración: 2 años.
Información: Vinaroz, 16. 28002 Madrid. Tels.: 416 39 20 y 413 32 74.

LIBROS

Zizek, Slavoj
¡GOZA TU SÍNTOMA! JACQUES LACAN DENTRO Y FUERA DE HOLLYWOOD

Nueva Visión. Buenos Aires 1994. 235 págs. 4.000 ptas.

En este libro Zizek intenta demostrar la accesibilidad y simplicidad última de la teoría lacaniana vinculándola con populares filmes de Hollywood. Cada uno de los cinco capítulos de la obra elucida alguna noción lacaniana fundamental (carta, mujer, repetición, falo, padre), refiriéndola a la cultura popular y de Hollywood que integra el trasfondo de nuestra experiencia común. Cada capítulo se divide en dos partes. En la primera, Lacan está "dentro de Hollywood", es decir, que la noción o complejo teórico se explica por medio de ejemplos de Hollywood o de la cultura popular en general. En la segunda parte estamos "fuera de Hollywood" y la misma noción resulta elaborada en su contexto. **Goza tu síntoma** resultará de interés no sólo para quienes se sientan intrigados por Jacques Lacan, sino también para quienes gozan de la cultura popular y de la "teoría" posmoderna.

Andreoli, Vittorino
EL LENGUAJE GRAFICO DE LA LOCURA

PCE. México 1992. 173 págs. 1.175 ptas.

Andreoli ha desarrollado de manera paralela a su actividad como clínico, historiador de la psiquiatría y epistemólogo, una original actividad en el campo de la psicopatología. Después de realizar la interpretación clínica de la actividad gráfica espontánea de los pacientes psiquiátricos a través del análisis tipológico o estructural clásico, revisa las teorías del lenguaje gráfico de Bobon, para mostrar posteriormente un análisis dinámico-estructural de la expresión gráfica espontánea.

Nos encontramos con una reflexión sobre el camino que dentro de la historia de la psiquiatría han seguido los intentos por comprender la creación artística espontánea en los enfermos, sin olvidar nunca la dimensión cultural y estética de la obra individual.

Eco, Humberto
LA BUSQUEDA DE LA LENGUA PERFECTA

Crítica. Barcelona, 1994. 318 págs. 2.375 ptas.

La búsqueda de la lengua perfecta es la historia de una utopía, la persecución de un sueño imposible que se ha mantenido a lo largo de los siglos y a la que dedicaron su esfuerzo personalidades destacadas de la cultura europea. Aunque no conseguido, algunos de los efectos colaterales de ese anhelo se han dejado sentir en la cultura y las ciencias actuales: la taxonomía de las ciencias naturales, la lingüística comparada, los lenguajes formalizados, los proyectos de inteligencia artificial y las investigaciones de las ciencias cognitivas son, en parte, fruto de esa búsqueda y objeto de esta obra.

Popper, Karl
EN BUSCA DE UN MUNDO MEJOR

Paidós. Barcelona 1994. 314 págs. 2.000 ptas.

En esta reedición se recogen diversos ensayos y conferencias que abordan aspectos variados del pensamiento de Popper, desde los más familiares, hasta los menos conocidos, desde su interés por el nacimiento de la especulación científica en la Grecia clásica hasta los efectos destructivos del totalitarismo sobre el intelecto en los estados del siglo XX. Incluye comentarios relacionados con la política, la historia de la filosofía, las grandes figuras de la ilustración y temas más abstractos, como las conexiones entre la ciencia y el arte.

Andersen, Tom
EL EQUIPO REFLEXIVO

Ed. Gedisa. Barcelona, 1993. 360 págs. 3.960 ptas.

¿Qué pasa cuando caen las barreras entre terapeutas y pacientes, cuando todos participan de un diálogo sobre el cambio y cuando incluso todos cambian de roles? El concepto de grupo reflexivo trabaja sobre la idea de que todos participan en un diálogo sobre el cambio. El equipo ya no le hace algo "a" la familia sino que hace algo "con" ella, y la terapia se convierte entonces en una empresa en colaboración.

Jalon, Mauricio
EL LABORATORIO DE FOUCAULT. DESCIFRAR Y ORDENAR

Anthropos. Barcelona 1994. 346 págs. 2.975 ptas.

El autor revisa la obra de Foucault a la luz de los cambios de ideas ocurridos tras su muerte. Reconsidera la primera etapa de su trayectoria y pretende romper con cierto enclaustramiento al que se le había sometido. Con una relectura de **La arqueología del saber**, nos enfrenta con la contienda entre la formalización e interpretación, al hilo de un tipo de "desciframiento" tan envolvente como inconcluso y paradójico. En la segunda mitad del ensayo, Jalon da minuciosa cuenta de la contraposición entre las etapas renacentista y clásica ofrecida por **Las palabras y las cosas**.

Bragado Alvarez, Carmen
TERAPIA DE CONDUCTA EN LA INFANCIA: TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Fundación Universidad-Empresa. Madrid 1994. 165 págs. 1.750 ptas.

Tras una descripción de las bases generales de la terapia de conducta infantil, la autora se centra en los trastornos de ansiedad de la infancia: clasificación, edad de comienzo, descripción de los cuadros, datos epidemiológicos disponibles y tratamiento conductual específico para estos trastornos. Por último, se abordan problemas concretos en relación con estos cuadros como son el diagnóstico diferencial entre la fobia escolar y el trastorno de ansiedad de separación y los problemas que pueden surgir en el ámbito de estudio de los trastornos de ansiedad infantiles.

Desde la Junta de la AMSM consideramos que el Boletín debe ser un instrumento capaz de reflejar todas las opiniones sobre la situación de la Salud Mental en Madrid, por muy diferentes que éstas sean. Os invitamos a participar en su redacción en forma de cartas, documentos de interés o cualquier otra forma que consideréis oportuno. Todas estas colaboraciones podéis enviarlas a:

BOLETIN DE LA AMSM

C/. Luna, s/n.

28911 LEGANES (Madrid)

Fax: 586 65 42