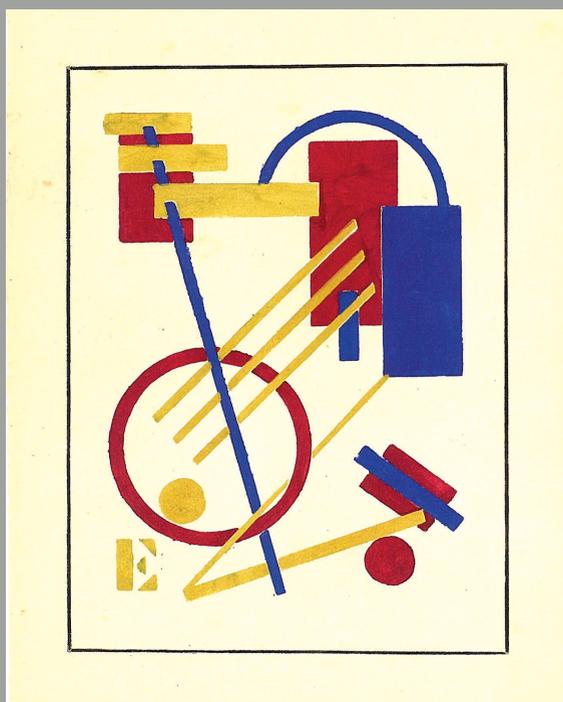


CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA

Vol. 7, número 2, 2007

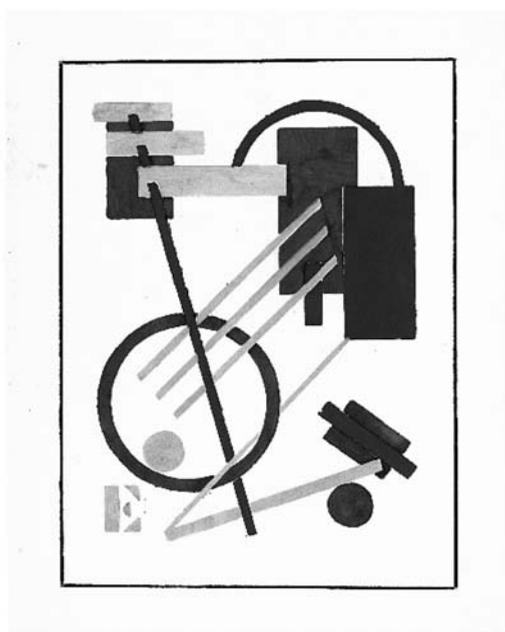


REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

José Juan Uriarte Uriarte
(Compilador)

CUADERNOS DE **P**SIQUIATRIA **COMUNITARIA**

Vol. 7, número 2, 2007



REHABILITACIÓN **P**SIICOSOCIAL

José Juan Uriarte Uriarte
(Compilador)

Fundada en 2001

Consejo de redacción: Víctor Aparicio Basauri, Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, Cristina Fernández Álvarez, José Filgueira Lois, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González y Juan José Martínez Jambrina.

© *Copyright 2001:* Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental-Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)
Camino de Rubín s/n 33011 Oviedo
e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web **www.aen.es** de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: Sándor Bortnyik. Arquitectura plástica (1921).
Fundación Jean-Louis Prevost (Suiza).

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

Número de ejemplares: 550

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión : Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo

Periodicidad: Semestral

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 7 - Núm. 2 - 2007

PRESENTACIÓN 85

ARTÍCULOS ORIGINALES

Psiquiatría y Rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave
José J. Uriarte Uriarte 87

Algunas reflexiones sobre la situación actual del desarrollo de la rehabilitación psicosocial y los programas de atención a la enfermedad mental grave en el estado
Ana Vallespí Cantabrana 105

El papel de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental
Begoñe Ariño, M.^a Jesús San Pío 115

Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: Rehabilitación Orientada a Cognits
Martín L. Vargas 127

Breve recorrido por la historia de la Rehabilitación Psicosocial en España
Ricardo Guinea 135

El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: un pacto con la realidad
Juan José Martínez Jambrina 147

INFORMES

Declaración de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el papel de los psiquiatras en las situaciones de desastres (2006)..... 163

IN MEMORIAM 165

RESEÑAS169

REUNIONES CIENTÍFICAS 173

NORMAS DE PUBLICACIÓN 179

Presentación

Es para mi un auténtico honor haber tenido la oportunidad de coordinar y participar en este monográfico de Cuadernos dedicado al campo de la Rehabilitación Psicosocial. No es desde luego, ni mucho menos, una revisión exhaustiva del estado actual del conocimiento y la práctica de la rehabilitación, ni pretende serlo; podrían hacerse no uno, sino cien monográficos, con temas muy distintos y autores muy diferentes, de interés similar o superior al que tenéis entre las manos. Así que la primera pregunta podría ser la de cuál es el criterio que el coordinador de esta edición ha seguido a la hora de seleccionar a los autores y los temas. Pues bueno, el criterio principal ha sido más el de mi proximidad personal a los autores, el haber compartido actividad asociativa, tareas diversas pasadas y presentes y proyectos futuros comunes, que un criterio técnico como tal. Aunque me parece que al final ambos criterios confluyen.

Una buena parte del contenido de este monográfico está dedicado a reflexiones generales sobre la rehabilitación y la asistencia a la enfermedad mental grave, sobre sus problemas, sus fortalezas, sus oportunidades, pero también sobre sus debilidades y sus amenazas. Como tales, dichas reflexiones reflejan en buena medida opiniones personales de los autores, perfectamente discutibles y matizables. Pero es exactamente esto lo que se ha buscado, la opinión personal, la reflexión, y una cierta implicación. Hay espacio también para un repaso de la relativamente corta pero accidentada y rica historia del desarrollo de la actividad asociativa relacionada con la rehabilitación psicosocial en nuestro país; desde asociaciones pioneras como al Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, o ARAPDIS en Barcelona, hasta la aparición de diversas asociaciones autonómicas, la creación de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial-FEARP y su integración en la Asociación Mundial WAPR. La voz de las asociaciones de familiares y afectados también está representada en este monográfico, en un reconocimiento a su creciente influencia y a la necesidad de su participación en el desarrollo de los servicios y las políticas asistenciales como agentes activos. Y aunque no siempre ha sido así, en la actualidad dicho reconocimiento es un hecho en un momento en el que las vías de cooperación y colaboración entre los profesionales, los responsables de las políticas asistenciales y dichas asociaciones son la norma y abarcan ámbitos que van desde la prestación de servicios y la planificación e implantación de políticas asistenciales hasta la lucha frente al estigma.

Se incluyen asimismo dos artículos de temática más técnica, y que abordan dos de los campos más prometedores en el abordaje de la enfermedad mental grave: el papel de la rehabilitación cognitiva y el avance de las técnicas terapéuticas a éste respecto es un ejemplo de que la rehabilitación se ha armado de un creciente cuerpo de intervenciones técnicas muy diversas y heterogéneas (psicoterápicas, psicosociales), pero con un amplio consenso y evidencia de eficacia, especialmente cuando se ofrecen en contextos asistenciales coherentes, coordinados, asertivos, y de forma integrada con los tratamientos psicofarmacológicos. Por otro lado, el desarrollo e implantación de modelos de intervención comunitarios con amplio respaldo de evidencia científica en cuanto a su eficacia y viabilidad, como es el caso del Tratamiento Asertivo

Comunitario. En nuestro país, el llamado Modelo Avilés se ha convertido en un referente a nivel estatal para la implantación de dicho modelo de intervención comunitaria.

Espero que el contenido de este monográfico sea del interés del lector: En todo caso, mi agradecimiento a las personas que han aceptado participar en el mismo y han dedicado un cierto tiempo de sus vidas a poner en palabras su experiencia y conocimientos.

José J Uriarte Uriarte

Psiquiatría y Rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave

Psychiatry and Rehabilitation: Psychosocial Rehabilitation in the general setting of care to severe mental illness

José J. Uriarte Uriarte

Jefe de Servicio. Unidad de Rehabilitación. Hospital Psiquiátrico de Zamudio. Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

RESUMEN

El presente artículo pretende reflexionar acerca de algunos de los principales desafíos que afronta la Rehabilitación Psicosocial como modelo asistencial en la atención a las personas con enfermedad mental grave, incluyendo:

La propia entidad como modelo asistencial de la Rehabilitación Psicosocial y su integración en un contexto general de atención a la enfermedad mental grave.

La progresiva implicación de las personas afectadas y sus familias tanto en el proceso asistencial individual como en los planes y políticas asistenciales.

El desarrollo de recursos y servicios adaptados a las nuevas necesidades y realidades sociales.

La definición de procedimientos e intervenciones eficaces y eficientes y su implantación en la práctica clínica rutinaria.

La formación de los profesionales y su adaptación a los nuevos modelos y entornos asistenciales.

El desarrollo de estrategias que combatan de manera eficaz el estigma y la discriminación.

La rehabilitación psicosocial en las políticas, planes y estrategias de salud mental.

Palabras Clave: *Enfermedad Mental Grave. Rehabilitación Psicosocial. Políticas Asistenciales en Salud Mental*

ABSTRACT

This paper pretends to be a reflection about the main challenges that Psychosocial Rehabilitation must deal with as a care model for the people with severe mental disorders, including:

The actual status of Psychosocial Rehabilitation as a care model and its integration in the global context of the severe mental health care system

The users and families growing involvement in the individual care and also in care policy

The development of services adapted to the new clinical situations and needs

The definition of effective and efficient clinical practices, and its real use in routine clinical settings

Staff training according with the new models an clinical needs

The fight against stigma and discrimination

The place of Psychosocial Rehabilitation in the mental health care strategies and policy

Key Words: *Severe Mental Disorders. Psychosocial Rehabilitation. Mental Health Care Policy*

REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA A LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE. REHABILITACIÓN Y PSIQUIATRÍA

“Además de entender la rehabilitación como paradigma para comprender y renovar la atención a la cronicidad, espero ayude a construir una teoría y una práctica generales donde se recomponga la psiquiatría y la salud mental”

*Benedetto Saraceno.
Libertando Identidades.
Rehabilitación y Ciudadanía*

El desarrollo en los últimos años del campo de la rehabilitación psicosocial no ha conseguido evitar una cierta vaguedad en su concepto, y lo que es más importante, en la manera en que su filosofía y modelo asistencial se traduce en la práctica clínica real. Entendido desde una postura más tradicional, de compensación de discapacidades y de soporte a minusvalías, la rehabilitación corre el peligro de quedarse en poco más que una voluntariosa actuación para dar ocupación, alojamiento y apoyo a los pacientes más crónicos, discapacitados y socialmente más desfavorecidos. Sin embargo, si se entiende en toda su extensión, y en palabras de Saraceno, la rehabilitación psicosocial puede ser el modelo de asistencia a la enfermedad mental grave más sofisticado posible.

La rehabilitación psiquiátrica es tanto un objetivo como un proceso: obtener los mejores resultados terapéuticos y en calidad de vida para los pacientes con enfermedad mental grave que siguen un curso crónico. El concepto de rehabilitación como objetivo se superpone al de recuperación: obtener cursos clínicos que lleven a las personas afectadas a una vida lo más normalizada y feliz posible. El término feliz, en este caso, tiene que ver

con calidad de vida, con la capacidad de decisión sobre el propio destino, la autonomía, la máxima independencia, aún a costa de algunos riesgos (para el paciente y para la sociedad), de acuerdo con una política de derechos humanos.

En 1996, la OMS y la WAPR elaboraron una declaración de consenso con respecto a la Rehabilitación Psicosocial, documento que consagra un cambio en el modelo centrado en la enfermedad hacia un modelo centrado en el funcionamiento social. Esta premisa define dos áreas genéricas de intervención: la primera se dirige hacia la mejora de las competencias de los individuos, y la segunda se orienta hacia la introducción de modificaciones ambientales que mejoran la calidad de vida de las personas. En los últimos años sin embargo se ha insistido preferentemente en el desarrollo de los abordajes basados en el individuo, con un progresivo refinamiento del concepto de rehabilitación psicosocial, que parece haberse convertido en un conjunto de técnicas o métodos mejor o peor definidos que se aplican sobre personas que sufren enfermedades mentales y que llevan implícita una preocupación humanitaria genérica por el destino de estas personas (Barbato A, 2006)

“La rehabilitación psiquiátrica puede ser entendida conceptualmente como el tratamiento continuado de los aspectos de los trastornos psiquiátricos que tienden a ser persistentes y que pueden conducir a discapacidad. Sus métodos incluyen una mezcla de técnicas diversas que van desde lo biológico (un correcto tratamiento farmacológico), a la psicoterapia, el entrenamiento en habilidades psicosociales y vocacionales, la rehabilitación cognitiva, los grupos de autoayuda y la educación para los usuarios, sus familias y la propia comunidad, así como la participación en influir sobre aspectos legis-

lativos y la educación de la población para modificar su percepción sobre el problema y ayudar a reducir la discriminación y el estigma”.

(WPA Consensus Statement on Rehabilitation of Persons Impaired by Mental Disorders)

Parece necesario dotar al concepto de Rehabilitación de un cuerpo algo más firme que el derivado de una serie de intervenciones técnicas de espectro más o menos bio-psicosocial y de una pátina ideológica más o menos identificada con los derechos humanos, los procesos de reforma y la implicación de los afectados en sus planes asistenciales. En ese sentido, y tal y como apunta Barbato, la rehabilitación psicosocial puede y debe ser una estrategia de salud pública que guíe la asistencia a las personas más gravemente afectadas por enfermedades mentales, tanto por la intensidad y persistencia de los síntomas, como por su repercusión funcional y social. Una vez más, tratamiento y rehabilitación se confunden, sin una secuencia temporal ni una discriminación entre síntomas y secuelas (Barbato 2006):

La Rehabilitación Psicosocial no es una técnica; es una estrategia asistencial que amplía los objetivos y trasciende el ámbito puramente sintomático. Y esa estrategia implica un punto de vista humanista, que aúna aspectos éticos y científicos de manera indisoluble. Humanista en contraposición de humanitario, terreno en el que se confunden los problemas sociales y la enfermedad mental, el voluntarismo con la profesionalidad, los derechos con las reivindicaciones, la ideología con la práctica.

El objetivo del abordaje rehabilitador es la discapacidad funcional, las repercusiones que la enfermedad mental grave tiene sobre el afrontamiento y competencia de las personas

afectadas. La práctica clínica cotidiana hace evidente que este tipo de problemas de funcionamiento social son evidentes para muchos pacientes desde el inicio de la enfermedad, e incluso la preceden. Esta realidad clínica implica la necesidad de contemplar estrategias propias de la rehabilitación psicosocial desde la misma detección del trastorno.

Las consecuencias que se derivan del modelo de vulnerabilidad y de los datos que ofrece la investigación epidemiológica colocan, curiosamente, al paradigma de la rehabilitación en el centro del abordaje preventivo, mediante el impulso de actuaciones sobre factores de riesgo socioambientales como la inmigración, las condiciones de vida en zonas urbanas degradadas, la discriminación racial o el trauma en la infancia.

Es necesario no perder de vista que más allá de los procesos de reforma y desinstitutionalización, el objetivo prioritario de la rehabilitación, y por ende de la política asistencial frente a la enfermedad mental grave, es la inclusión social. Para ello es necesario incluir indicadores que vayan más allá de la mera evolución clínica y que sean sensibles y discriminen aspectos sociales e interpersonales de la evolución.

En otro sentido, la rehabilitación psiquiátrica puede guiar la práctica y la política asistencial a las personas con enfermedad mental grave cuando se aplican y se tienen en cuenta aspectos que modulan la evidencia científica la invisten y refuerzan mediante un modelo de valores (Farkas 2006). Dichos valores incorporan aspectos como la capacitación-empowering, en el sentido de la participación de los afectados en las decisiones que les afectan, tanto en el nivel clínico individual como en el nivel más amplio de las políticas asistenciales, las relaciones sociales, la consideración prioritaria de los puntos fuertes e intereses de la

persona afectada y una orientación hacia resultados concretos.

La rehabilitación psicosocial es un elemento clave de cualquier sistema asistencial para personas con enfermedades mentales severas que aspire a un modelo comunitario, normalizado, e integrador. La reducción del abordaje sanitario de la enfermedad mental grave al tratamiento sintomático, dejando de lado el abordaje de la discapacidad y de los síntomas deficitarios persistentes, coarta los derechos de las personas afectadas a recibir un tratamiento integral de sus trastornos y contribuye a su cronificación, estigmatización y al riesgo de marginalidad. Dicho tratamiento integrado es un derecho de las personas afectadas, que no pueden ver reducido al nivel de problema social las graves alteraciones y discapacidades que acompañan a tales trastornos.

A pesar de la imposibilidad de distinguir entre síntomas y secuelas en el conjunto de manifestaciones clínicas de enfermedades como la esquizofrenia, aquellos síntomas negativos resistentes a los abordajes puramente medicamentosos se reconvierten en objeto de la rehabilitación, y condenados a ser abordados tardíamente, o en servicios infradotados. Como consecuencia, intervenciones cruciales en el tratamiento de enfermedades como la esquizofrenia se relegan a los márgenes del sistema, lejos de los servicios pensados inicialmente para ser el eje de la asistencia comunitaria. Es imposible abordar lo que llamamos Rehabilitación Psicosocial fuera del contexto más amplio de la asistencia a la población con Enfermedad Mental Grave, tanto en lo que se refiere a la asistencia sanitaria como sociosanitaria. En palabras de G Shepherd,

“Tradicionalmente se viene manteniendo una falaz distinción entre tratamiento y re-

habilitación, que en la práctica asistencial dificulta la posibilidad de desarrollar una adecuada infraestructura integral de servicios comunitarios y una imprescindible continuidad de cuidados, tanto entre modalidades de tratamiento como entre dispositivos asistenciales”.

A la vista de la realidad clínica, lo que ahora denominamos rehabilitación debería iniciarse a la par que el tratamiento, una vez establecido el diagnóstico. No existe, no debería existir, una distinción entre tratamiento y rehabilitación; la separación entre rehabilitación y tratamiento es peligrosa e inútil. De alguna manera rehabilitación y tratamiento forman un binomio inseparable e indistinguible. Lo que llamamos tratamiento o rehabilitación no son intervenciones separadas, sino que pertenecen a un continuum asistencial; no existen realmente diferencias conceptuales u operativas de ambos conceptos en este campo. Merece la pena el esfuerzo para combatir la creencia equivocada de que tratamiento y rehabilitación son diferentes empresas.

PACIENTES, CLIENTES Y USUARIOS

A diferencia de otros grupos de población con necesidades asistenciales, la población con enfermedades mentales graves de curso crónico y sus necesidades no son generalmente percibidas por la opinión pública y a veces por los políticos y gestores como una prioridad asistencial. El estigma, la dificultad de comprensión y la falta de compromiso por parte de los propios profesionales también contribuyen probablemente a esta situación. Uno de los cambios sociales más importantes en los últimos años es la importancia creciente que los sistemas asistenciales conceden a los usuarios-clientes, tanto en el diseño y toma de decisiones en su plan de

tratamiento, como en el diseño de los planes asistenciales generales, guías de práctica clínica, y desarrollo de recursos. En este caso, pocos clientes han sido más maltratados previamente y menospreciados en base a su propia enfermedad y presunta incapacidad para saber lo que quieren y es mejor para ellos. Los servicios y profesionales deben aportar información clara de las necesidades de dicha población y deben contribuir a dar una imagen clara, precisa y no sesgada de la enfermedad mental severa a la población general. La colaboración con las asociaciones de usuarios y allegados y el papel de tales asociaciones y de las profesionales para informar, hacer visible a esta población y priorizar su asistencia desde una reivindicación responsable, es desde luego una parte de la responsabilidad que nos compete. La apertura de los servicios a los usuarios, a sus necesidades y aspiraciones, “*Nada sobre nosotros sin nosotros*”, debe conducir a una mayor dignidad y autonomía para los usuarios objeto de nuestros servicios.

En todo caso, una de las mayores transformaciones ocurridas en los últimos años ha sido el progresivo e imparable protagonismo de los usuarios y sus familias en la asistencia. El impulso de dicha participación, y de una actitud de colaboración entre usuarios, familiares, profesionales y gestores asistenciales es un objetivo y una estrategia explícita tanto en recomendaciones internacionales (OMS, Comisión Europea), como nacionales y locales. Los modelos de calidad, por un lado, que potencian el concepto de “cliente” en el ámbito asistencial, y el empuje de las asociaciones de usuarios y familiares, que reivindican una participación activa en las decisiones individuales y en las que competen a la política asistencial y desarrollo de servicios, han contribuido a generar una cierta confusión de roles no exenta de contradicciones, y en los que el simple concepto

de paciente parece quedar relegado, cuando no menospreciado.

El nivel del paciente implica el ámbito terapéutico en el que se proporcionan los cuidados, el tratamiento y el apoyo profesional a las personas afectadas, incluyendo en este caso también a sus familias y cuidadores. En este nivel existen unos elementos clave, que implican el uso de las intervenciones más efectivas y seguras, la consideración del paciente y su familia como un colaborador en el tratamiento (y a esta última como un recurso), reconocer el espectro completo de las necesidades de cada paciente y una capacidad para la intervención flexible, acorde con las necesidades en cada momento y que garantiza la continuidad de cuidados. Dentro de este enfoque, propio de la rehabilitación, se asume la necesidad de establecer una relación terapéutica, una aproximación conjunta y una actitud ética que determina aspectos como el derecho a la información, a compartir las decisiones y al uso proporcionado y escrupuloso de las medidas restrictivas de la libertad de decisión.

En los órganos consultivos y de asesoramiento relacionados con la Salud Mental, se contará con representantes de las asociaciones de usuarios y familiares de personas con trastorno mental.

Para que la participación de las asociaciones de usuarios y familiares sea efectiva, es necesario que se refuerce su continuidad e independencia. Para ello, se respaldará a las asociaciones representativas que puedan actuar como interlocutores en las cuestiones que les conciernen en materia de salud mental.

Se establecerán mecanismos de apoyo y asesoramiento a las asociaciones de familiares y personas con trastornos mentales para

que puedan ejercer con eficacia funciones de apoyo mutuo, de lucha contra el estigma y de defensa de sus derechos.

*Estrategia en Salud Mental del
Sistema Nacional de Salud
Ministerio de Sanidad 2007*

Este reconocimiento general al papel de los usuarios y sus familias en las decisiones que les afectan es y ha sido siempre una de las características fundamentales de la filosofía de la rehabilitación psicosocial, aunque es cierto también que su traducción en la práctica diaria es muy variable y no exenta de dificultades y contradicciones, incluyendo la posible disparidad de puntos de vista entre las asociaciones de familiares y las de usuarios, en general más débiles, pero con una creciente organización y desarrollo (como, por ejemplo, en las posiciones adoptadas en torno al proyecto de Ley de Tratamiento Ambulatorio Involuntario). Las propias asociaciones de usuarios pueden verse también copadas por los intereses de las personas menos discapacitadas y la voz de los usuarios con enfermedades de mayor gravedad puede ser totalmente inaudible.

En todo caso será necesario que los gestores, los profesionales, los usuarios y sus familias seamos conscientes, tanto a nivel individual como por parte de las organizaciones que los agrupan, de la necesidad de establecer una relación de colaboración efectiva, más allá de desconfianzas e intereses particulares.

INTERVENCIONES. REHABILITACIÓN BASADA EN EVIDENCIA. EFICACIA Y EFECTIVIDAD

...“es desafortunado que a pesar de una demostración consistente de los beneficios

asociados con la aplicación de programas de intervención que combinan estrategias de tratamiento farmacológico y de tratamiento psicosocial, relativamente pocos servicios clínicos aplican estas estrategias de forma competente”...

Ian Fallon, 1998

Desde un punto de vista estrictamente técnico y asistencial, dos de los principales problemas que limitan los resultados que obtenemos en el abordaje de las personas con enfermedad mental grave son, por un lado, la limitada eficacia de las intervenciones disponibles (tanto farmacológicas como psicosociales), y por otro las dificultades para traducir a la asistencia rutinaria a las mejores y más efectivas prácticas.

Sin duda la falta de recursos y la insuficiencia del conocimiento relativo a la etiología y patogenia de la esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves siguen siendo una importante barrera para mejorar nuestros resultados asistenciales. Sin embargo parecen existir razonables indicios de que si consiguiéramos utilizar de forma rutinaria y sistemática los recursos de los que disponemos y las intervenciones que ya conocemos y que han demostrado eficacia y efectividad, la evolución de nuestros pacientes lo agradecería mucho. La integración en un paquete básico de tratamientos psicofarmacológicos bien ajustados y supervisados y de intervenciones psicosociales, aplicadas en ámbitos comunitarios por equipos motivados y asertivos, tiene una base en evidencia y en aplicación empírica observacional incontestable.

“No hay duda de que necesitamos mucho más conocimiento para mejorar la relación coste eficacia de nuestras intervenciones; sin embargo existe una gran brecha entre nuestros conocimientos y las estrategias efectivas y su implementación real en la

práctica a escala suficiente. Debemos admitir que existen algunas barreras para la implementación de actuaciones coste-efectivas”

Benedetto Saraceno (Director del Departamento de Salud Mental de la OMS)

Lo cierto es que la asistencia real, rutinaria, no aplica de forma adecuada las recomendaciones derivadas de la evidencia disponible en relación con la eficacia de los tratamientos; la distancia entre la teoría, los resultados de la investigación y la práctica clínica es muy grande, incluso en presencia de recursos suficientes.

El estudio internacional multicéntrico de Ian Fallon (Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration Fallon 1999-2004) es el principal ejemplo de esfuerzo de puesta en práctica y demostración de los beneficios, en la práctica rutinaria, de un abordaje basado en evidencia de la esquizofrenia. La experiencia, dirigida por el ya fallecido profesor, nos enseña algunas cosas que merecen una reflexión. Por un lado, los resultados sugieren que el abordaje basado en evidencia y que incluyen garantizar el cumplimiento de un tratamiento psicofarmacológico individualizado, efectivo y bien tolerado, psicoeducación para los pacientes y sus familias, y un seguimiento intensivo y cercano, garantizan una mejor evolución y un menor número de recaídas que el tratamiento estándar en un grupo importante de pacientes. Nos enseña también que la instauración de este modelo asistencial genera mayores beneficios cuando se realiza de forma precoz, y no en estadios avanzados de la enfermedad, cuando la cronificación se ha instalado. También nos enseña que a pesar de todos los esfuerzos, un porcentaje significativo de los pacientes no parece beneficiarse

de forma significativa. Y finalmente nos enseña algo digno de reflexión: pocos servicios están preparados para ofrecer asistencia óptima rutinaria. Sólo 14 de los 80 centros que iniciaron el proyecto pudieron mantener los estándares asistenciales propuestos por un periodo de 24 meses.

Nuestro principal desafío asistencial actual es, de forma prioritaria, mejorar nuestros estándares de asistencia, incorporar las técnicas más efectivas a todos los servicios, y conseguir que los pacientes accedan a las mismas de la manera más precoz posible.

RECURSOS Y SERVICIOS. CONTINUIDAD DE CUIDADOS

La Enemistad existe, de manera adecuadamente silenciada, entre el personal que trabaja para diferentes empresas o entre diferentes disciplinas.....se producen tensiones entre los servicios sanitarios y los servicios sociales....así como entre diferentes grupos de profesionales.....se pide colaboración mutua, pero es dudoso que pueda encontrarse una base común objetiva que pueda ser aceptada por trabajadores que pertenecen a organismos diferentes con presupuestos independientes. Los mejores ejemplos de buenos servicios de salud mental se encuentran allí donde existe una fuente de financiación única para los servicios sociales y los de salud....

*David Goldberg.
Del prólogo de: La Matriz de la Salud Mental. Manual para la Mejora de Servicios.
G Thornicroft y M Tansella*

Los principios de la Psiquiatría Comunitaria fundamentan teóricamente la articulación de servicios en la Rehabilitación Psicosocial, reconociendo la importancia de

la función de la comunidad como generadora de recursos que se complementan e integran con los recursos y servicios profesionales. En este contexto, es fundamental reconocer la importancia de las actividades intersectoriales entre los diferentes proveedores de servicios, sociales, sanitarios, comunitarios.

En el caso de la asistencia comunitaria a las personas con enfermedades mentales graves, el concepto de continuidad de cuidados subraya la necesidad de muchos pacientes de contar con una organización de servicios asistenciales y de cuidados, tanto sociales como sanitarios, fiable, accesible y de forma continuada. La consecución de este objetivo refleja, en una buena parte, la capacidad de coordinación y el grado de actuación conjunta armónica entre los diferentes servicios y profesionales de un área asistencial.

En este sentido, la continuidad de cuidados entre los diferentes servicios y organizaciones que participan en la asistencia a las personas con enfermedad mental grave se convierte en un objetivo fundamental. La mejora en la efectividad deriva de la evitación de las grietas asistenciales entre diversos servicios, algo necesario de tomar en consideración especialmente en el caso de los pacientes más graves y con más dificultad para orientarse y defender sus intereses en las redes complejas de servicios.

En el caso de la asistencia a la enfermedad mental grave, los procesos de desinstitucionalización generaron una situación compleja, en la que la gestión de recursos pasa de un contexto centralizado y con necesidades médicas y hosteleras (las de la hospitalización continuada) a otro en el que las necesidades deben ser cubiertas por recursos muy diversos y complejos, de difícil coordinación y

ubicación comunitaria. A pesar de los avances terapéuticos en las últimas décadas, del crecimiento de recursos asistenciales y de cobertura social, algunas personas afectadas por enfermedades mentales graves y déficit derivado de capacidades de afrontamiento y soporte social precisan de sistemas de muy alta intensidad de cuidados para mantenerse en la comunidad y afrontar las demandas mínimas que esto exige. Para estas personas, más gravemente afectadas y con mayores deficiencias de soporte sociofamiliar, el sistema puede en ocasiones ser incapaz de ofrecer una asistencia suficientemente coordinada para garantizar la cobertura de tales necesidades. La fragmentación de los servicios, la falta de coordinación y programas conjuntos entre las estructuras sociales y sanitarias, hospitalarias y extrahospitalarias, y de éstas con los recursos intermedios, entre servicios y dispositivos públicos y privados, facilita en ocasiones un discurrir por la red asistencial sin sentido ni objetivo a largo plazo, como una suma de intervenciones descoordinadas entre sí. Fenómenos como la puerta giratoria, las hospitalizaciones prolongadas en espera de recursos sociales (alojamiento sobre todo), el colapso de los recursos intermedios, etc. dificultan el que la asistencia comunitaria a la enfermedad mental grave alcance un funcionamiento satisfactorio. Un sistema eficiente destinado a la asistencia a personas que requieren abordajes clínicos sofisticados y de larga duración y elevado coste, y de soporte socio-sanitario de compleja coordinación no debe descansar en infinitas actuaciones individuales, descoordinadas, ciegas a la evolución a largo plazo por la necesidad de mirar siempre lo inmediato. Es necesario, por ello, que las organizaciones asistenciales garanticen la existencia de sistemas de continuidad de cuidados en la comunidad que aseguren que cada paciente es seguido de forma cercana y activa y recibe el tratamiento y la orientación

y cobertura necesarias la vida en la comunidad obviando la fragmentación asistencial entre los diferentes niveles terapéuticos.

La adecuada asistencia a la población con enfermedad mental grave requiere de un abordaje capaz de integrar los diferentes servicios necesarios, más allá de componentes ideológicos. El carácter comunitario de la asistencia no se deriva exclusivamente del lugar donde se ejerce (hospitalario vs extra-hospitalario), sino de la capacidad del sistema para ofrecer las mejores intervenciones en cada momento, con los mejores resultados, favoreciendo así que los pacientes se mantengan durante más tiempo en su ámbito y entorno sociofamiliar con el mejor funcionamiento posible. No existen argumentos a estas alturas que soporten las bondades de una asistencia centrada en la hospitalización prolongada. Pero tampoco parece que pueda prescindirse, hoy en día, de recursos de hospitalización si quiere ofrecerse una asistencia integral. Un modelo comunitario que integre ambos ámbitos es lo que se propone bajo el término de “balanced care” (asistencia equilibrada), propuesto por Thornicroft y Mansella (OMS, Health Evidence Network, 2004), un modelo asistencial en el que la asistencia se produce fundamentalmente en entornos comunitarios pero los hospitales juegan un papel de respaldo y refuerzo, con hospitalizaciones solo cuando son necesarias desde el punto de vista clínico, y accesibles de forma inmediata. En este modelo la coordinación entre niveles asistenciales es fundamental. Es importante señalar que la calidad de la asistencia comunitaria está directamente relacionada con la dedicación de fondos suficientes: de hecho, los servicios comunitarios adecuados para reemplazar servicios hospitalarios tienen un coste similar si han de ser de calidad. Los diversos elementos de la asistencia “equilibrada” precisan estar bien integrados. Los abordajes segmentados,

en los que dispositivos como hospitales de día o centros de salud mental trabajan de forma independiente de otros elementos, fuera de un sistema coherentemente organizado deben ser evitados. En un sistema integrado, sus componentes son partes interrelacionadas de un sistema global de asistencia, en el que sus servicios deben reflejar varios principios clave (Thornicroft y Tansella 2004):

Autonomía: respetar la capacidad de los pacientes para tomar decisiones y elegir; la autonomía se promueve mediante una asistencia correcta y eficaz.

Continuidad de cuidados: capacidad de los servicios para ofrecer intervenciones coherentes dentro y entre diferentes equipos asistenciales a corto plazo, o la capacidad para mantener cuidados estables y coherentes en el largo plazo- continuidad transversal y longitudinal.

Efectividad: capacidad para proporcionar tratamientos de eficacia probada en la asistencia rutinaria real.

Accesibilidad: capacidad de los servicios para ofrecer la asistencia en el momento en que se precisa.

Integralidad: característica de los servicios con dos dimensiones: horizontal, o grado en que un servicio es proporcionado a todo el espectro de severidad de la enfermedad, a todos los pacientes con sus diferentes características, y la vertical, o disponibilidad de los componentes básicos de cuidados y su aplicación a grupos de pacientes seleccionados o priorizados.

Equidad: distribución equitativa de los recursos, en el que debe estar explicitado el criterio para priorizar la atención a diferentes

necesidades en competencia, y los métodos utilizados para asignar recursos.

Responsabilidad: disposición a rendir cuentas de los servicios de salud mental a los pacientes, familias y público general, todos los cuales tienen expectativas legítimas sobre su funcionamiento.

Coordinación: característica de los servicios que da como resultado planes de tratamiento coherentes para pacientes individuales, planes con objetivos claros e intervenciones efectivas y necesarias; transversal, referido a la coordinación de la información y de los servicios en la asistencia a un episodio asistencial; longitudinal, coordinación entre servicios y personal asistencial a lo largo de la evolución a largo plazo

Eficiencia: minimizar los recursos necesarios para obtener los mejores resultados, o maximizar los resultados para un determinado nivel de recursos)

LOS PROFESIONALES

El principal recurso asistencial del que dispone la atención de la salud mental y la propia rehabilitación, son las personas, los profesionales. Más allá de los problemas que se derivan de las dificultades del trabajo en equipo, de la multidisciplinariedad, de la aparición de nuevos roles profesionales y la adaptación de los antiguos, de los conflictos de competencias (que a menudo encubren intereses meramente corporativos) la realidad es que, al igual que el resto de los profesionales sanitarios, va a ser necesario un importante cambio de enfoque en las habilidades necesarias y la formación para afrontar las demandas de un creciente número de personas afectadas por problemas crónicos de salud.

Los trastornos crónicos constituyen ya más de la mitad de la carga global derivada de las enfermedades en el mundo, y serán el principal desafío asistencial de los sistemas de salud del siglo XXI. Y mientras el mundo experimenta una rápida transición desde las enfermedades agudas a los problemas crónicos de salud, la formación de los profesionales sanitarios sigue anclada en un modelo centrado en los procesos agudos, basado en el diagnóstico y en el tratamiento, y en una rápida evolución claramente derivada o relacionada con el éxito o no de la acción terapéutica previa. La filosofía asistencial de la Rehabilitación y de la propia psiquiatría comunitaria ya tiene avanzado un cierto camino en este sentido, pero aún así será necesario reformar la formación en las competencias necesarias para prestar una atención más flexible, prolongada a lo largo del tiempo, coordinada entre diferentes profesionales, servicios y responsabilidades administrativas, y en un contexto de colaboración y cooperación con los pacientes. Y hacerlo dentro de un modelo de gestión moderno, eficiente y responsable. En este sentido pueden considerarse cinco competencias básicas comunes a cualquier profesional sanitario (Pruitt, Epping-Jordan, 2005)

- Capacidad para desarrollar un estilo de atención centrada en el paciente
- Capacidad de colaboración
- Cultura de mejora continua y calidad
- Habilidades en tecnologías de la información y comunicación
- Una perspectiva de Salud Pública

Para garantizar esta transición y la disponibilidad de profesionales capaces de dar respuesta a estas exigencias será necesario

incorporar a los sistemas de formación aspectos como:

- Pasar de un modelo reactivo de atención a uno proactivo, planificado y preventivo.
- Negociar planes individualizados con los pacientes, teniendo en cuenta sus necesidades, valores y preferencias.
- Apoyar las capacidad de autogestión de los pacientes.
- Mantener cuidados a lo largo del tiempo en grupos definidos de pacientes.
- Trabajar en equipo.
- Trabajar en el contexto comunitario.
- Diseñar y participar en proyectos de mejora de la calidad.
- Desarrollar sistemas de información y registros, utilizando la tecnología y los sistemas de comunicación para intercambiar información.
- Aprender a pensar más allá del cuidado de un paciente en particular teniendo en cuenta una perspectiva global, de la población general.
- Desarrollar una perspectiva amplia de cuidados, a través de un continuum que va desde la prevención a los cuidados paliativos

Además de las necesidades de adaptación y de formación, otro de los retos a afrontar por parte de las personas que trabajan en contextos de atención a problemas crónicos de salud es el desgaste profesional. Además de las características inherentes al trabajo

con personas con trastornos psiquiátricos graves de curso crónico (necesidad de enfrentar importante incertidumbre, conductas alteradas, demandas poco razonables, falta de evolución), la falta de recursos, las dificultades generadas en los propios equipos de trabajo, la falta de claridad en los objetivos y criterios de trabajo, el escaso reconocimiento profesional, contribuyen a generar profesionales quemados, sin entusiasmo, y alejan a los nuevos profesionales del campo de la cronicidad, fuertemente estigmatizado y menospreciado.

En el caso particular de los psiquiatras, su papel en los equipos asistenciales de rehabilitación es controvertido, y desde luego su liderazgo en este campo es un aspecto discutido. Discutido cuando no denostado, en una interesada confusión entre psiquiatría y reduccionismo biologicista en contraposición con otros profesionales considerados más cercanos a la sensibilidad biopsicosocial. La historia demuestra, sin embargo, que muchas de las más importantes iniciativas en este campo han sido impulsadas y lideradas por psiquiatras. Esta visión ha generado el desarrollo de servicios de rehabilitación, en los que no hay psiquiatras o su presencia es anecdótica, y los aspectos más biomédicos se confían a la coordinación con los servicios de salud mental, que a menudo ejercen una acción poco más que la de extender recetas y gestionar ingresos. A mi juicio esta separación entre el abordaje psiquiátrico-médico es un error y repercute en los resultados y en la calidad de la asistencia a los pacientes. En todo caso, y desde la consideración de las personas con enfermedad mental grave y de curso crónico como enfermos, la responsabilidad sanitaria y psiquiátrica no debería ser banalizada y minimizada.

Por su parte, los psiquiatras que trabajan en rehabilitación y en el contexto de un

modelo comunitario deben estar en disposición de entender y de asumir una serie de principios fundamentales, incluyendo el del trabajo en equipos multidisciplinares, una actitud esperanzada, focalizada en las fortalezas y en expectativas razonables de recuperación, una focalización en los objetivos del paciente y en los aspectos funcionales y de calidad de vida, más que en la remisión sintomática y una capacidad para trabajar en un entorno comunitario.

ESTIGMA Y SOCIEDAD

El estigma es una barrera real para la asistencia e integración social de las personas con enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, y para sus familias. Muy especialmente, la asociación entre violencia y enfermedad mental grave es una de las razones principales que alimentan las actitudes de discriminación y temor por parte de la población general. Por otro lado, la medicalización, o mejor dicho, *saludmentalización* de la violencia contribuye al estigma, banaliza la realidad de las personas con enfermedad mental grave “todos en el mismo paquete”, contribuye a la desresponsabilización y equipara maldad con locura. En este contexto, las políticas asistenciales pueden recibir influencias y presiones de la población que determinen políticas más preocupadas por calmar la posible alarma social y “proteger” a la población, que por procurar una asistencia correcta, normalizada y acorde con los derechos de estas personas. Los medios de comunicación son un elemento importante en la difusión de esta alarma, y la desinformación y el uso inadecuado de términos contribuyen a perpetuar mitos y mantener la ignorancia.

La propia asistencia médica está a menudo influenciada negativamente por las actitudes del personal sanitario no psiquiátrico. Dispositivos comunitarios tienen dificul-

tades para funcionar por la oposición vecinal y ciudadana, a menudo con el apoyo de los políticos. Esta realidad contrasta con un discurso políticamente correcto que defiende la integración y normalización de estas personas. Una parte fundamental del estigma está sustentado por la ignorancia y los prejuicios por ideas preconcebidas que no se corresponden con la realidad. Entre estas ideas preconcebidas está la de que la psiquiatría comunitaria y la desinstitucionalización es culpable de los delitos cometidos por enfermos mentales. Fruto de este temor es un modelo asistencial crecientemente coercitivo, con incremento de ingresos y tratamientos involuntarios, incluso en ausencia de delitos. En conjunto, se está produciendo un peligroso deslizamiento hacia una política asistencial dirigida a contentar la “seguridad” de la población, más que el bienestar de los pacientes (Laurance, 2003). En una sociedad, como la nuestra, que cada vez acepta menos el riesgo, “puede ser culturalmente más fácil excluir que incluir a las personas que portan un estigma asociado con algún tipo de riesgo” (Thornicroft & Goldberg, 1998). No es extraño, por lo tanto, que existan corrientes que impulsan hacia una “asistencia dirigida por el miedo”.

POLÍTICAS, ESTRATEGIAS Y PLANES ASISTENCIALES

En los últimos años existe una creciente conciencia del peso de la salud mental en la carga global derivada de la enfermedad, especialmente en los países desarrollados. El propio informe de la OMS sobre salud mental en el mundo alerta sobre el previsible crecimiento de patologías como la depresión y la ansiedad. Estudios más recientes (*London School of Economics, the Depression Report, 2006*) presentan escenarios futuros casi catastróficos, con enormes incrementos en la prevalencia de algunos trastornos mentales. La

alarma desencadenada se traduce en la creciente importancia de la salud mental en la agenda de las políticas asistenciales de salud de los países desarrollados, aunque quizás esta prioridad pueda derivar recursos hacia la priorización de la asistencia a patologías relativamente menores, sin grandes repercusiones sobre los recursos y prioridad prestada a la enfermedad mental grave. En todo caso esto no deja de ser una interpretación personal, la que ve como por un lado se reclaman nuevos recursos asistenciales para el tratamiento de múltiples dolencias y por otro se confía la asistencia los pacientes más graves al desarrollo de políticas sociales. La implementación de un sistema asistencial a las personas con enfermedades mentales graves depende, de forma directa, de las prioridades derivadas de las decisiones políticas que gestionan los recursos y establecen las acciones a desarrollar a través de recomendaciones, planes y estrategias a nivel local, nacional e internacional:

“Los gobiernos, como garantes últimos de la salud mental de la población deben poner en marcha políticas, dentro del contexto de los sistemas sanitarios generales y de las disponibilidades financieras que protejan y mejoren la salud mental de la población... Dichas políticas deben asegurar el respeto por los derechos humanos y tomar en cuenta las necesidades de los grupos más vulnerables. La asistencia debe moverse desde los grandes hospitales psiquiátricos hacia servicios comunitarios... Los medios de comunicación y las campañas de sensibilización a la población pueden ser efectivos para reducir el estigma y la discriminación... Debe apoyarse a las ONG y a los grupos de usuarios y familiares, útiles para mejorar la calidad de los servicios y las actitudes de la población...”

OMS. Informe Salud Mental en el Mundo 2001

La declaración de Helsinki y el Plan de Acción en Salud Mental, firmada en Enero de 2005 durante la Conferencia Ministerial sobre Salud Mental coorganizada por la OMS y la Comisión Europea; en la misma, los diferentes ministros de sanidad de Europa se comprometen a una acción coordinada en salud mental. El Plan de Acción aborda 12 áreas entre las que se incluyen aspectos directamente relacionados con las personas afectadas por trastornos mentales graves y persistentes, como:

- La reducción del estigma y la discriminación.
- El acceso a una asistencia comunitaria efectiva.
- Desarrollo de sistemas de asistencia a la salud mental integrales.
- Incrementar la competencia de los profesionales.
- Reconocimiento del valor de la experiencia de los usuarios de los servicios y sus cuidadores.

La Declaración señala una serie de prioridades para la próxima década, que son:

- Concienciar de la importancia del bienestar mental.
- Rechazar el estigma, la discriminación y la desigualdad de las personas con problemas de salud mental y sus familias, apoyando su implicación en este proceso.
- Diseñar sistemas de salud mental integrales, integrados y eficientes que cubran todas las áreas de atención a la salud mental.

- Establecer la necesidad de profesionales competentes en las áreas de atención.
- Contar con los usuarios y sus cuidadores para la planificación y desarrollo de servicios de salud mental.

Y recoge entre las acciones a desarrollar:

- Ofrecer una atención eficaz e integral a las personas con problemas graves de salud mental, así como un tratamiento que respete sus preferencias y les proteja de abusos y negligencias.

El llamado Libro Verde (Green Paper) define una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental, elaborada por la Comisión Europea (2005). En el mismo se defiende de forma explícita el fomento de la inclusión social de las personas con enfermedades o discapacidades psíquicas y protección de sus derechos fundamentales y su dignidad. Incluye declaraciones específicas de necesidad de lucha contra el estigma y la discriminación de defensa y apoyo al desarrollo del modelo asistencial comunitario.

Finalmente, y a nivel estatal, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, documento que deriva de la reflexión conjunta entre el Estado y las Comunidades Autónomas para desarrollar unas líneas estratégicas conjuntas de atención en Salud Mental que tengan en cuenta aspectos de solidaridad y equidad. Partiendo del antecedente de la Ley General de Sanidad y el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, y en relación directa con la atención a la enfermedad mental grave, se concluye que:

La falta de recursos comunitarios capaces de garantizar la autonomía de los pacientes con Trastorno Mental Grave determina que

el mantenimiento de los pacientes en la comunidad se dé fundamentalmente a costa del esfuerzo de las familias. Se precisa el desarrollo de una gama amplia de recursos para cubrir las necesidades de personas con trastornos mentales y sus familias.

La existencia de múltiples dispositivos y programas que deberían actuar sobre un mismo paciente, hace que puedan surgir problemas de coordinación o de no delimitación de las responsabilidades sobre la atención a éste y que se traduzcan en intervenciones que interfieran entre sí, o en desatención.

El acceso a los recursos especializados de tratamiento y rehabilitación es tardío y se produce sólo en estados avanzados de la enfermedad, a pesar de las pruebas a favor de la importancia de las intervenciones tempranas.

La intensidad de atención ambulatoria dispensada a los trastornos mentales graves es insuficiente, debido, en parte, a la presión de la demanda ejercida por los trastornos mentales comunes, y también a que los servicios de salud mental comunitaria no disponen de programas específicos – a nivel ambulatorio y domiciliario - dirigidos a esta población

La participación de los usuarios, usuarias y familiares ha supuesto cambios en la definición y priorización de los objetivos, las estrategias, los instrumentos y el control de los resultados de los servicios.

El documento establece recomendaciones específicas acerca del acceso precoz a la rehabilitación, el desarrollo de planes individualizados integrados de tratamiento, y el impulso de programas de continuidad de cuidados y tratamiento asertivo comunitario. Todos los y las pacientes diagnosticados de trastorno mental grave, deben tener la posibilidad de ser incluidos precozmente en un

programa de rehabilitación. Se recomienda mejorar el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos y rehabilitadores, tanto en población adulta como infantojuvenil, en las estructuras territoriales sanitarias.

El adecuado desarrollo de estas líneas estratégicas es el elemento que traducirá o no estas intenciones y directrices en una adecuada asistencia a las personas destinatarias de las mismas.

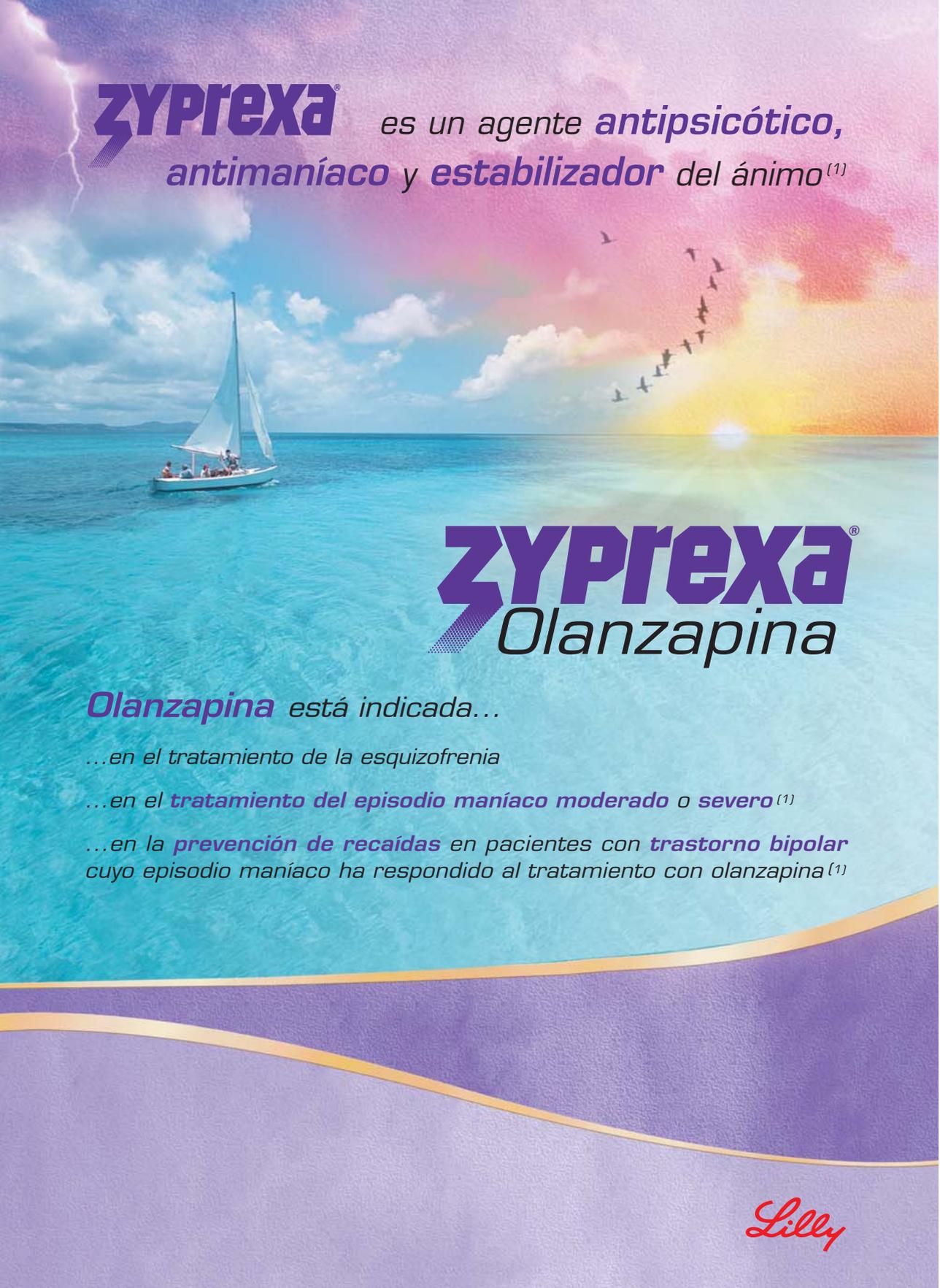
BIBLIOGRAFÍA

- Aparicio V.** (cordinador). Evaluación de servicios de salud mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid; 1993.
- Benedetto Saraceno.** Libertando Identidades. Rehabilitación y Ciudadanía. 1999.
- Declaración de Helsinki y Plan de Acción en Salud Mental.** Conferencia Ministerial sobre Salud Mental. OMS y Comisión Europea. 2005.
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007.** Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fallon IR.** Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. Optimal Treatment Project Collaborators. Psychiatr Serv. 1999; 50:615-618.
- Informe Salud Mental en el Mundo.** OMS 2001.
- Laurence J.** Pure Madness: How Fear Drives the Mental Health System. Routledge, 2003.
- Libro Verde Mejorar la salud mental de la población.** Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Comisión Europea Octubre 2005.
- Rosen A.** The Community Psychiatrist of the Future. Curr Opin Psychiatry 19:380-388. 2006.
- Rossler W.** Psychiatric Rehabilitations Today: a general perspective. World Psychiatry 4:3, 151-157. 2006.
- Salkeld G, Henry D, Hill S, Lang D, Freemantle N, et al.** What Drives Health-Care Spending Priorities? An International Survey of Health-Care Professionals. PLoS Medicine Vol. 4, No. 2.
- Senn V, Kendal R, Willetts L, Trieman N.** Training Level and Training Needs of Staff. En: Care in the Community, Illusion or Reality?. Leff J (Ed), 1997.
- Sheri D Pruitt and Joanne E Epping-Jordan.** Preparing the 21st century global healthcare workforce BMJ 2005; 330; 637-639.
- Simpson E; House A.** Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. BMJ 2002; 32 5:1265-1270.
- Thorncroft G, Tansella M.** Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. Br J Psychiatry. 2004 Nov;185:440.
- Thorncroft G, Tansella M.** Menatl Health Matriz: A manual to improve services. University of Cambridge Press, 1999. (Edición Española, Triacastella 2005).
- Torrey W, Green R, Drake R.** Psychiatrists and Psychiatric Rehabilitation. Journal of Psychiatric Practice Vol 11 N° 3, 155-160. 2006.

Dirección para correspondencia:

josejuan.uriarteuriarte@osakidetza.net

jota.jota@telefonica.net



ZYPREXA[®]

es un agente *antipsicótico*,
antimaníaco y *estabilizador* del ánimo⁽¹⁾

ZYPREXA[®]
Olanzapina

Olanzapina está indicada...

...en el tratamiento de la esquizofrenia

...en el **tratamiento del episodio maníaco moderado o severo**⁽¹⁾

...en la **prevención de recaídas** en pacientes con **trastorno bipolar**
cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina⁽¹⁾

Lilly

IA31085. ZYPREXA 2,5 mg comprimidos recubiertos. ZYPREXA 5 mg comprimidos recubiertos. ZYPREXA 7,5 mg comprimidos recubiertos. ZYPREXA 10 mg comprimidos recubiertos.

Para una información más detallada, se encuentra a disposición de los profesionales sanitarios la ficha técnica de esta especialidad.

COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA. Cada comprimido recubierto contiene 2,5 mg de olanzapina. Cada comprimido recubierto contiene 5 mg de olanzapina. Cada comprimido recubierto contiene 7,5 mg de olanzapina. Cada comprimido recubierto contiene 10 mg de olanzapina. **FORMA FARMACÉUTICA: Comprimidos recubiertos:** ZYPREXA 2,5 mg se presenta en comprimidos redondos, blancos, recubiertos; llevan impresa la leyenda "Lilly" y el código numérico "4112" de identificación. ZYPREXA 5 mg se presenta en comprimidos redondos, blancos, recubiertos; llevan impresa la leyenda "Lilly" y el código numérico "4115" de identificación. ZYPREXA 7,5 mg se presenta en comprimidos redondos, blancos, recubiertos; llevan impresa la leyenda "Lilly" y el código numérico "4117" de identificación. ZYPREXA 10 mg se presenta en comprimidos redondos, blancos, recubiertos; llevan impresa la leyenda "Lilly" y el código numérico "4117" de identificación. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. La olanzapina es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial. La olanzapina está indicada en el tratamiento del episodio maniaco moderado o severo. La olanzapina está indicada en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maniaco ha respondido al tratamiento con olanzapina. **Más información sobre ensayos clínicos:** En un estudio comparativo, doble ciego, multinacional de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos relacionados que incluía 1.481 pacientes con diferentes grados de síntomas depresivos asociados (puntuación media basal en la escala de Montgomery-Asberg de valoración de la depresión de 16,6), un análisis secundario prospectivo del cambio en la puntuación desde la basal hasta el punto final en dicha escala, demostró una mejoría estadísticamente significativa ($p=0,001$) que favorecía a olanzapina (-6,0) en comparación con haloperidol (-3,1). **Posología y forma de administración:** Esquizofrenia: La dosis inicial recomendada de olanzapina es de 10 mg al día. Episodio maniaco: La dosis inicial es de 15 mg como dosis única diaria en monoterapia o de 10 mg al día en el tratamiento de combinación. Prevención de la recaída en el trastorno bipolar: La dosis de inicio recomendada es de 10 mg/día. En los pacientes que han estado tomando olanzapina para el tratamiento del episodio maniaco, continuar con la misma dosis en el tratamiento para prevención de las recaídas. Si se presenta un nuevo episodio maniaco, mixto o depresivo, se debe continuar con el tratamiento con olanzapina (con la dosis optima según sea necesario), con una terapia complementaria para tratar los síntomas del estado de ánimo, según criterio clínico. Durante el tratamiento de la esquizofrenia, del episodio maniaco y de la prevención de recaídas la dosis diaria podría ajustarse posteriormente, basándose en el estado clínico del paciente, dentro del rango de 5 a 20 mg al día. Solo se recomienda un aumento a una dosis mayor que la dosis recomendada de inicio tras evaluar adecuadamente, de nuevo, desde un punto de vista clínico y se debería realizar, en general, a intervalos no menores de 24 horas. Olanzapina puede ser administrada con o sin comidas ya que los alimentos no afectan su absorción. Se debería considerar una disminución gradual de la dosis a la hora de abandonar el tratamiento con olanzapina. Niños y adolescentes: no se ha investigado el efecto de la olanzapina en sujetos menores de 18 años. Ancianos: Una dosis inicial inferior (5 mg/día) no está indicada de rutina, pero debe ser considerada en personas de 65 años o más cuando los factores clínicos lo requieran (ver también epígrafe de *Advertencias y precauciones especiales de empleo*). Pacientes con alteraciones de la función renal y/o hepática: debe considerarse la utilización de dosis iniciales inferiores (5 mg) en este tipo de pacientes. En casos de insuficiencia hepática moderada (cirrosis clase A o B de la escala Child-Pugh), la dosis de comienzo debe ser 5 mg y los incrementos se deben hacer siempre con precaución. Sexo: Generalmente, en las mujeres no es necesario alterar la dosis inicial ni el nivel de dosificación en comparación con los hombres. Fumadores: Generalmente, en los no fumadores no es necesario alterar la dosis inicial ni el nivel de dosificación en comparación con los fumadores. Cuando está presente más de un factor que pueda resultar en entorpecimiento del metabolismo (sexo femenino, edad geriátrica, ausencia de hábito tabáquico), se debe considerar la disminución de la dosis de inicio. El escalado de la dosis, si está indicado, debe hacerse con prudencia en estos pacientes. (Ver también el epígrafe de *Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción*). **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la olanzapina o a cualquiera de los excipientes. Pacientes con riesgo conocido de glaucoma de ángulo estrecho. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** En muy raras ocasiones se han comunicado casos de hiperglucemia y/o aparición o exacerbación de diabetes ocasionalmente asociada a cetocidosis o coma, con algún desenlace fatal. En algunos casos se ha informado de un aumento previo de peso, lo que puede ser un factor predisponente. Es aconsejable un seguimiento clínico apropiado especialmente de los pacientes diabéticos y pacientes con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus. Se han comunicado, muy escasamente (<0.01%), síntomas agudos tales como sudoración, insomnio, temblor, ansiedad, náuseas o vómitos al interrumpir el tratamiento con olanzapina repentinamente. Debe considerarse una reducción gradual de la dosis al retirar el tratamiento con olanzapina. Enfermedades concomitantes: aunque la olanzapina ha mostrado una actividad anticolinérgica *in vitro*, la experiencia durante los ensayos clínicos ha mostrado una baja incidencia de acontecimientos relacionados. Sin embargo, ya que la experiencia clínica con olanzapina en pacientes con enfermedades concomitantes es limitada, se recomienda precaución cuando se prescriba olanzapina a pacientes con hipertrofia prostática o íleo paralítico y enfermedades relacionadas. No se recomienda el uso de olanzapina para el tratamiento de la psicosis inducida por agonistas dopaminérgicos usados en pacientes con enfermedad de Parkinson. En los ensayos clínicos, se ha comunicado un empeoramiento de la sintomatología parkinsoniana y alucinaciones, muy frecuentemente y con mayor frecuencia que con placebo (ver también epígrafe de *Reacciones adversas*), y olanzapina no fue más efectiva que placebo en el tratamiento de los síntomas psicóticos. En estos ensayos clínicos, se requirió la previa estabilización de los pacientes con la menor dosis efectiva de antiparkinsoniano (agonista dopaminérgico) y continuar con la misma dosis y medicamento antiparkinsoniano a lo largo del estudio. Se comenzó con una dosis de olanzapina de 2,5 mg/día y se valoró el aumento hasta un máximo de 15 mg/día a juicio del investigador. Olanzapina no está autorizada para el tratamiento de psicosis y/o trastornos del comportamiento asociados a demencia, no recomendándose su uso en este grupo particular de pacientes debido a un incremento en la mortalidad y al riesgo de accidente cerebrovascular. En ensayos clínicos controlados con placebo (de 6 a 12 semanas de duración) en pacientes de edad avanzada (edad media 78 años) con psicosis y/o trastornos del comportamiento asociados a demencia, se incrementó en dos veces la incidencia de muerte en los pacientes tratados con olanzapina comparados con los pacientes tratados con placebo (3,5 % vs 1,5 % respectivamente). La mayor incidencia de muerte no estuvo asociada con la dosis de olanzapina (dosis media diaria de 4,4 mg) o con la duración del tratamiento. Los factores de riesgo que pueden predisponer a esta población

de pacientes a un incremento en la mortalidad incluyen, edad >65 años, distasia, sedación, malnutrición y deshidratación, enfermedades pulmonares (p.ej. neumonía con o sin aspiración) o uso concomitante de benzodiazepinas. Sin embargo la incidencia de muerte fue mayor en los pacientes tratados con olanzapina que en los pacientes tratados con placebo independientemente de estos factores de riesgo. En los mismos ensayos clínicos, se comunicaron acontecimientos adversos cerebrovasculares (p.ej. ictus, isquemia cerebral transitoria), algunos de ellos de desenlace mortal. En los pacientes tratados con olanzapina se incrementó en tres veces el número de acontecimientos adversos cerebrovasculares comparado con los pacientes tratados con placebo (1,3 % vs 0,4 % respectivamente). Todos los pacientes tratados con olanzapina y placebo que experimentaron un accidente cerebrovascular, como acontecimiento adverso, tenían factores de riesgo pre-existentes. Se identificaron, la edad mayor de 75 años y la demencia de tipo vascular / mixta como factores de riesgo para la aparición de acontecimientos adversos cerebrovasculares en asociación con el tratamiento con olanzapina. La eficacia de olanzapina no fue establecida en estos ensayos. **Durante el tratamiento antipsicótico, la mejoría clínica del paciente se puede producir a los pocos días o tardar algunas semanas. Se debe monitorizar estrechamente a los pacientes durante este período:** Lactosa: los comprimidos de ZYPREXA contienen lactosa. Frecuentemente se han observado elevaciones asintomáticas y transitorias de las transaminasas hepáticas, ALT, AST, especialmente en los tratamientos iniciales. Se deben tomar precauciones en pacientes con ALT y/o AST elevada; en pacientes con signos y síntomas de disfunción hepática; en pacientes con condiciones previas asociadas con una reserva funcional hepática limitada y en pacientes que están siendo tratados con medicamentos potencialmente hepatotóxicos. Se debe hacer un seguimiento y considerar la reducción de la dosis cuando se produzca durante el tratamiento una elevación de ALT y/o AST. Cuando se diagnosticó hepatitis se debe interrumpir el tratamiento con olanzapina. Como con otros neurolepticos, se deben tomar precauciones en pacientes con recuentos bajos de leucocitos y/o neutrófilos por cualquier motivo; en pacientes en tratamiento con medicamentos de los que se conoce que provocan neutropenia; en pacientes con un historial de depresión / toxicidad medular inducida por fármacos; en pacientes con depresión medular causadas por enfermedades concomitantes, radioterapia o quimioterapia y en pacientes con trastornos asociados a hipereosinofilia o con enfermedad mieloproliferativa. Se han comunicado frecuentemente casos de neutropenia tras el uso concomitante de olanzapina y valproato (ver epígrafe de *Reacciones Adversas*). Existen pocos datos referentes al uso conjunto de litio y valproato. No hay datos disponibles referentes al uso de olanzapina y carbamazepina como terapia conjunta, sin embargo se ha realizado un estudio farmacocinético (ver epígrafe de *Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción*). Síndrome neuroleptico maligno (SNM): el SNM es un trastorno que puede suponer riesgo vital, que se asocia con la medicación antipsicótica. En raras ocasiones se han recogido casos, identificados como SNM, en asociación con olanzapina. Las manifestaciones clínicas del SNM comprenden hipertermia, rigidez muscular, alteraciones de conciencia y signos de inestabilidad del sistema nervioso autónomo (pulso o presión arterial irregulares, taquicardia, diaforesis y trastornos del ritmo cardíaco). Entre los signos adicionales se observa un incremento en la creatin-fosfoquinasa, mioglobulina (rhabdólisis) e insuficiencia renal aguda. Si un paciente desarrolla signos y síntomas indicativos de SNM o presenta fiebre alta inexplicable sin manifestaciones clínicas adicionales de SNM, se deben suspender todos los medicamentos antipsicóticos, incluso la olanzapina. La olanzapina debe ser administrada con precaución a los enfermos con antecedentes de convulsiones o que están sujetos a factores que puedan bajar el umbral convulsivo. Se ha descrito que en raras ocasiones aparecen convulsiones en este tipo de pacientes cuando se les trata con olanzapina. En la mayoría de estos casos existían antecedentes de convulsiones o factores de riesgo de convulsiones. Discinesia tardía: en estudios comparativos de un año de duración o menos, la olanzapina se asoció de forma estadísticamente significativa con una menor incidencia de discinesia relacionada con el tratamiento. Sin embargo, el riesgo de discinesia tardía aumenta con la exposición a largo plazo y, por tanto, si apareciesen signos o síntomas de discinesia tardía en un enfermo tratado con olanzapina, se debe considerar la reducción de la dosis o la suspensión de la medicación. Estos síntomas pueden empeorarse temporalmente o incluso aparecer después de la terminación del tratamiento. Teniendo en cuenta los efectos primarios de la olanzapina sobre el SNC, se recomienda prudencia cuando se combine este medicamento con otros de acción central o con alcohol. Debido a que muestra antagonismo dopaminérgico *in vitro*, la olanzapina puede antagonizar los efectos de los agonistas dopaminérgicos directos e indirectos. Durante los ensayos clínicos de olanzapina en pacientes de edad avanzada se observó hipotensión postural de forma infrecuente. Como con otros antipsicóticos, se recomienda medir la presión arterial periódicamente en pacientes mayores de 65 años. En ensayos clínicos las prolongaciones clínicamente significativas del intervalo QTc (corrección de Fridericia del intervalo QT [QTcF] ≥ 500 milisegundos [msec] en cualquier momento posterior a la línea de base en pacientes con una situación basal de QTcF <500 msec) fueron poco frecuentes (de 0,1% a 1%) en pacientes tratados con olanzapina, no existiendo diferencias significativas en comparación con placebo en lo referente a eventos cardíacos asociados. Sin embargo, como con otros antipsicóticos, se deben tomar precauciones cuando se prescriba olanzapina junto con medicamentos que se sabe aumentan el intervalo QTc, especialmente en pacientes de edad avanzada, en pacientes con síndrome QTc genéticamente prolongado, insuficiencia cardíaca congestiva, hipotrofia cardíaca, hipocalcemia o hipomagnesemia. Muy raramente (<0.01%), se ha comunicado una asociación temporal del tratamiento con olanzapina con tromboembolismo venoso. No se ha establecido una relación causal entre el tratamiento con olanzapina y la aparición de tromboembolismo venoso. Sin embargo, ya que los pacientes con esquizofrenia presentan, a menudo, factores de riesgo adquiridos de tromboembolismo venoso se deben identificar todos los posibles factores de riesgo asociados por ejemplo, la inmovilización del paciente, y tomar medidas preventivas. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Se debe tener precaución en pacientes en tratamiento con medicamentos que pueden producir depresión del sistema nervioso central. **Interacciones potenciales que afectan a olanzapina:** ya que la olanzapina es metabolizada por el CYP1A2, las sustancias que específicamente puedan inducir o inhibir esta isoenzima pueden afectar la farmacocinética de la olanzapina. **Inducción del CYP1A2:** El tabaco y la carbamazepina pueden inducir el metabolismo de la olanzapina, lo que puede producir una reducción de las concentraciones de olanzapina. Tan solo se ha observado un incremento de leve a moderado en el aclaramiento de olanzapina. Las consecuencias clínicas parecen ser limitadas, pero se recomienda la monitorización y considerar, si fuera necesario, un incremento de la dosis de olanzapina. (Ver epígrafe de *Posología y forma de administración*). **Inhibición del CYP1A2:** Fluvoxamina, un inhibidor específico del CYP1A2, ha demostrado inhibir significativamente el metabolismo de la olanzapina. El incremento medio de la concentración máxima de olanzapina después de la administración de fluvoxamina fue del 54% en mujeres no fumadoras y del 77% en varones fumadores. El incremento medio del área bajo la curva de olanzapina fue del 52% y 108% respectivamente. Se debe considerar una dosis inicial de olanzapina inferior en pacientes en tratamiento con fluvoxamina o cualquier otro inhibidor del CYP1A2, tales como ciprofloxacino. Se debe considerar una reducción de la dosis de olanzapina si se inicia un tratamiento con un

inhibidor del CYP1A2. **Disminución de la biodisponibilidad:** El carbón activo reduce la biodisponibilidad de la olanzapina oral de un 50 a un 60 % y se debe tomar al menos dos horas antes o después de la olanzapina. No se ha hallado un efecto significativo en la farmacocinética de la olanzapina con fluoxetina (un inhibidor del CYP2D6), dosis únicas de antiácidos (aluminio, magnesio) o cimetidina. **Riesgo de que la olanzapina afecte a otros medicamentos:** la olanzapina puede antagonizar los efectos de los agonistas dopaminérgicos directos e indirectos. La olanzapina no inhibe los principales isoenzimas del CYP450 *in vitro* (e.j. 1A2, 2D6, 2C9, 2C19, 3A4). De modo que no se espera ninguna interacción especial tal y como se ha comprobado en estudios *in vivo* donde no se encontró una inhibición del metabolismo de los siguientes principios activos: antidepressivos tricíclicos (metabolizados mayoritariamente por el CYP2D6), warfarina (CYP2C9), teofilina (CYP1A2) o diazepam (CYP3A4 y 2C19). La olanzapina no mostró interacción cuando se administró conjuntamente con litio o biperideno. La monitorización terapéutica de los niveles plasmáticos de valproato no indicó la necesidad de un ajuste de la dosis de valproato tras la introducción de olanzapina como tratamiento concomitante. **Embarazo y lactancia:** Embarazo: no hay ningún estudio adecuado y bien controlado en mujeres embarazadas. Se debe recomendar a las mujeres que notifiquen a su médico si se encuentran embarazadas o piensan quedarse embarazadas durante el tratamiento con olanzapina. De cualquier manera, como la experiencia humana es limitada, la olanzapina se debe usar en el embarazo sólo si los beneficios potenciales justifican el riesgo potencial para el feto. Muy escasamente, se han recibido comunicaciones espontáneas de temblor, hipertonia, letargo y somnolencia en lactantes cuyas madres habían usado olanzapina durante el tercer trimestre. Lactancia: en un estudio en mujeres sanas, durante la lactancia, olanzapina se excretó en la leche materna. La media de exposición en equilibrio (mg/kg) del lactante se estimó en un 1,8% de la dosis materna de olanzapina (mg/kg). Se debe desaconsejar la lactancia materna a las madres tratadas con olanzapina. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Puesto que olanzapina puede causar somnolencia y mareos, los pacientes deben ser prevenidos sobre el uso de maquinaria y vehículos motorizados. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas muy frecuentes (>10%) asociadas al uso de olanzapina en ensayos clínicos fueron somnolencia y aumento de peso. En ensayos clínicos realizados en pacientes de edad avanzada con demencia, el tratamiento con olanzapina estuvo asociado con una mayor incidencia de muertes y reacciones adversas cerebrovasculares comparados con placebo (ver también el epígrafe de *Advertencias y precauciones especiales de empleo*). Las reacciones adversas muy frecuentes (>10%) asociadas con el uso de olanzapina en este grupo de pacientes fueron trastornos de la marcha y caídas. Se observaron frecuentemente (1-10%) neumonía, aumento de la temperatura corporal, letargo, eritema, alucinaciones visuales e incontinencia urinaria. En los ensayos clínicos realizados en pacientes con psicosis inducida por fármacos (agonistas dopaminérgicos) asociada a la enfermedad de Parkinson, se ha comunicado un empeoramiento de la sintomatología parkinsoniana y alucinaciones, muy frecuentemente, y con mayor frecuencia que con placebo. En un ensayo clínico realizado con pacientes con manía bipolar, la terapia combinada de valproato con olanzapina dio lugar a una incidencia de neutropenia de 4.1%; los niveles plasmáticos elevados de valproato podrían ser un factor potencialmente asociado. La olanzapina administrada con litio o valproato dio lugar a unos niveles aumentados (>10% de temblor, sequedad de boca, aumento del apetito y aumento de peso. Los trastornos del lenguaje también fueron comunicados frecuentemente (1% al 10%). Durante el tratamiento con olanzapina en combinación con litio o valproato ocurrió un incremento 7% del peso corporal en el 17,4% de los pacientes, desde el momento basal, durante la fase aguda del tratamiento (hasta 6 semanas). El tratamiento con olanzapina durante un largo periodo de tiempo (más de 12 meses) para la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar se asoció a un incremento de 7% del peso, desde el valor basal, en el 39,9% de los pacientes. La siguiente tabla de reacciones adversas se ha realizado en base a los acontecimientos adversos comunicados y a las investigaciones de los ensayos clínicos.

Trastornos del sistema linfático y sanguíneo Frecuente (1-10%): eosinofilia
Trastornos del metabolismo y nutrición Muy frecuentes (>10%): aumento de peso Frecuentes (1-10%): aumento del apetito, niveles de glucosa elevados (ver nota 1), niveles de triglicéridos elevados.
Trastornos del sistema nervioso Muy frecuentes (>10%): somnolencia, Frecuentes (1-10%): discinesia, acatisia, parkinsonismo, disquinesia. (Ver también nota 2 a continuación).
Trastornos cardíacos Nada frecuentes (0,1-1%): bradicardia con o sin hipotensión o síncope.
Trastornos vasculares Frecuentes (1-10%): hipotensión ortostática.
Trastornos gastrointestinales Frecuentes (1-10%): efectos anticolinérgicos transitorios leves, incluyendo estreñimiento y sequedad de boca.
Trastornos hepato biliares Frecuentes (1-10%): aumentos asintomáticos y transitorios de las transaminasas hepáticas (ALT, AST) especialmente al comienzo del tratamiento (ver también el epígrafe de <i>Advertencias y precauciones especiales de empleo</i>).
Trastornos del tejido de la piel y subcutáneos Nada frecuentes (0,1-1%): reacciones de fotosensibilidad.
Trastornos generales y alteraciones en la zona de administración Frecuentes (1-10%): astenia, edema.
Investigaciones Muy frecuentes (>10%): aumento de los niveles plasmáticos de prolactina, muy raramente asociados a manifestaciones clínicas (por ejemplo, ginecomastia, galactorrea y aumento del tamaño de las mamas). En la mayoría de los pacientes, los niveles volvieron a sus intervalos normales sin que fuese necesario suspender el tratamiento. Nada frecuentes (0,1-1%): niveles elevados de creatinofosfoquinasa. Prolongación del intervalo QT (ver también el epígrafe de <i>Advertencias y precauciones especiales de empleo</i>).

sangre 11 mmol/l (indicadores de diabetes) fue del 1,0% en comparación con el 0,9% observado con placebo. La incidencia de niveles de glucosa en sangre 8.9 mmol/l pero 11 mmol/l (indicadores de hiperglucemia) fue del 2,0%, en comparación con el 1,6% observada con placebo. Se ha comunicado hiperglucemia como un acontecimiento espontáneo en muy escasas ocasiones (<0,01%).² En ensayos clínicos la incidencia de parkinsonismo y distonia en pacientes tratados con olanzapina fue numericamente mayor pero sin diferencia estadísticamente significativa de la de placebo. Los pacientes tratados con olanzapina presentaron una menor incidencia de parkinsonismo, acatisia y distonia en comparación con dosis correspondientes de haloperidol. En ausencia de información detallada de antecedentes individuales sobre alteraciones del movimiento de tipo extrapiramidal, agudas y tardías, en la actualidad no se puede llegar a la conclusión de que olanzapina produzca menos discinesia tardía y/u otros síndromes extrapiramidales tardíos. La siguiente tabla de reacciones adversas se ha realizado en base a las comunicaciones espontáneas después de la comercialización.

Trastornos del sistema linfático y sanguíneo Escasas (0,01-0,1%): leucopenia. Muy escasas (<0,01%): trombocitopenia. Neutropenia.
Trastornos del sistema inmunitario Muy escasas (<0,01%): reacción alérgica (e.j. reacción anafiláctide, angioedema, prurito o urticaria.)
Trastornos del metabolismo y nutrición Muy escasas (<0,01%): en muy raras ocasiones se ha comunicado espontáneamente hiperglucemia y/o aparición o exacerbación de diabetes ocasionalmente asociada a cetoacidosis o coma, o algún desenlace fatal (ver también nota 1 antes mencionada y epígrafe de <i>Advertencias y precauciones especiales de empleo</i>). Hipertigliceridemia, hipercolesterolemia e hipotermia.
Trastornos del sistema nervioso Escasas (0,01-0,1%): se ha informado de la aparición de convulsiones en pacientes tratados con olanzapina en raras ocasiones. En la mayoría de estos casos existían antecedentes de convulsiones o factores de riesgo de convulsiones. Muy escasas (<0,01%): se han recogido casos, identificados como Síndrome Neuroleptico Maligno (SNM), en asociación con olanzapina (ver también epígrafe de <i>Advertencias y precauciones especiales de empleo</i>). Se han comunicado, muy escasamente, parkinsonismo, distonia y discinesia tardía. Se han comunicado, muy escasamente, síntomas agudos tales como sudoración, insomnio, temblor, ansiedad, náuseas o vómitos al interrumpir el tratamiento con olanzapina repentinamente.
Trastornos vasculares Muy escasas (<0,01%): Tromboembolismo (incluyendo embolismo pulmonar y trombosis venosa profunda). Prolongación del intervalo QTc, taquicardia ventricular/fibrilación y muerte súbita. (Ver también epígrafe 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo).
Trastornos gastrointestinales Muy escasas (<0,01%): pancreatitis.
Trastornos hepato biliares Muy escasas (<0,01%): hepatitis.
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo y de los huesos Muy escasas (<0,01%): rabdomiolisis
Trastornos del tejido de la piel y subcutáneos Escasas (0,01-0,1%): rash.
Trastornos renales y urinarios Muy escasas (<0,01%): dificultad para iniciar la micción.
Trastornos del sistema reproductor y de la mama Muy escasas (<0,01%): priapismo.

Sobredosis: Signos y síntomas. Entre los síntomas muy comunes de la sobredosis (con una incidencia > 10%) se encuentran: taquicardia, agitación / agresividad, disartria, síntomas extrapiramidales diversos y reducción del nivel de conciencia desde la sedación hasta el coma. Otras consecuencias de la sobredosis médicamente significativas son delirium, convulsiones, coma, posible síndrome neuroleptico maligno, depresión respiratoria, aspiración, hipertensión o hipotensión, arritmias cardíacas (< del 2% de los casos de sobredosis) y parada cardiopulmonar. Se han comunicado casos mortales en sobredosis agudas con cantidades bajas, por ejemplo 450 mg, aunque también se han comunicado casos de supervivencia tras sobredosis agudas de 1.500 mg. **Tratamiento de la sobredosis.** No hay un antídoto específico para olanzapina. No se recomienda la inducción de la emesis. Para el tratamiento de la sobredosis se pueden utilizar procedimientos estándar (por ejemplo lavado gástrico, administración de carbón activo). La administración concomitante de carbón activo reduce la biodisponibilidad oral de olanzapina en un 50 a 60 %. Se debe instaurar un tratamiento sintomático y monitorizar las funciones vitales según la situación clínica, con tratamiento de la hipotensión y el colapso circulatorio además de soporte de la función respiratoria. No se debe utilizar adrenalina, dopamina u otros agentes simpaticomiméticos con actividad agonista beta, puesto que la estimulación beta podría empeorar la hipotensión. Es necesario hacer una monitorización cardiovascular para detectar posibles arritmias. Es necesario que el paciente continúe con una estrecha supervisión y monitorización clínica hasta su recuperación. **Incompatibilidades:** No aplicable. **Instrucciones de uso y manipulación:** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Eli Lilly Nederland BV, Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Holanda. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Agosto de 2005. **Precios, presentaciones y condiciones de prescripción y financiación:** Zyprexa 2,5mg Comprimidos recubiertos, envase con 28 comprimidos, P.V.P. 50,32 €, P.V.P. I.V.A. 52,33 €. Zyprexa 5mg Comprimidos recubiertos, envase con 28 comprimidos, P.V.P. 68,24 €, P.V.P. I.V.A. 70,97 €. Zyprexa 7,5mg Comprimidos recubiertos, envase con 56 comprimidos, P.V.P. 179,42 €, P.V.P. I.V.A. 186,60 €. Zyprexa 10mg Comprimidos recubiertos, envase con 28 comprimidos, P.V.P. 135,18 €, P.V.P. I.V.A. 140,58 €, envase conteniendo 56 comprimidos P.V.P. 222,97 €, P.V.P. I.V.A. 231,89 €. **Con receta médica. Financiado por la Seguridad Social.**

¹ En ensayos clínicos con olanzapina en más de 5.000 pacientes sin ayunar que presentaban niveles basales de glucosa en sangre 7,8 mmol/l, la incidencia de niveles de glucosa en

Algunas reflexiones sobre la situación actual del desarrollo de la rehabilitación psicosocial y los programas de atención a la enfermedad mental grave en el estado

Comments about current development of psychosocial rehabilitation and programs of psychosocial rehabilitation care through out the state

Ana Vallespí Cantabrana

Psicólogo Clínico. Servicio Aragonés de Salud

Presidenta de la Asociación Aragonesa de Rehabilitación Psicosocial

RESUMEN

Se presentan una serie de factores y variables que están influyendo en el desarrollo de los programas de atención y rehabilitación psicosocial de personas con una enfermedad mental grave en España. Todos estos factores afectan, en mayor o menor medida, a la calidad asistencial que se presta al usuario y familia y al modelo conceptual de rehabilitación psicosocial que estamos construyendo actualmente. Se citan la importancia de los modelos de gestión, inversiones económicas para el desarrollo de recursos y programas específicos, necesidad de integrar nuevas normativas y referentes nacionales, funcionamiento de los servicios y programas de la red de salud mental, sistemas de coordinación que garanticen la continuidad de cuidados, dependencia administrativa de los recursos, etc.

Palabras clave: *enfermedad mental grave, rehabilitación psicosocial, calidad asistencial, funcionamiento de los recursos de salud mental, coordinación, modelos de gestión.*

ABSTRACT

There are a number of factors and variables that are influencing the development of care programmes and psychosocial rehabilitation of persons with severe mental illness in Spain. All of these factors affect, to a greater or lesser extent, the quality of care being provided to the user and family and the conceptual model of psychosocial rehabilitation we are building today. It cited the importance of management models, economic investment for development of resources and specific programs, need to integrate new regulations and concerning national, operation of the services and programs of the network of mental health , coordination systems to ensure continuity care, administrative link of resources, etc..

Keywords: *severe mental illness, psychosocial rehabilitation, health care quality, operation of mental health resources, coordination, management models.*

Cuando me preguntaba cómo poder intentar aportar alguna reflexión sobre la situación actual de la rehabilitación psicosocial (RPS) en nuestro país, no encontraba nada nuevo que añadir a lo que se ha ido recogiendo en los últimos años. Cuando hablamos de rehabilitación entre los profesionales que trabajamos en la atención de las personas con una enfermedad mental grave (EMG) parece que muchas veces estamos ante “más de lo mismo”. Tengo la sensación que no hemos parado de hablar en RPS de la escasez de recursos específicos, de la falta de personal cualificado y especializado en la atención a la EMG, de falta de implementación de programas asistenciales integrados que hagan mejorar los aspectos inherentes a la cronicidad y a la integración social comunitaria, el escaso avance en actuaciones de mejora de la calidad asistencial entendida desde la continuidad de cuidados, herramientas de gestión clínica, programas de atención específicos para los pacientes que no se vinculan a los servicios, etc. Y no nos falta razón. Sin embargo, siempre me invade el pensamiento de que actuamos demasiado tarde sobre el individuo y su contexto social, que llegamos a destiempo en muchas ocasiones. También suelo preguntarme qué pasará, dentro de unos años, cuando “supuestamente” desde todos los rincones sanitarios de nuestra geografía se hayan aplicado programas de intervención precoz de la psicosis, por ejemplo, exista el suficiente despliegue de recursos y programas de rehabilitación que atiendan las necesidades colectivas e individuales de las personas con EMG. ¿Tendrán los pacientes las mismas características de cronicidad y discapacidad? ¿Cómo serán los nuevos crónicos? ¿Habrán conseguido la empresa farmacéutica y los investigadores desarrollar el fármaco revolucionario que, junto con los tratamientos psicosociales, solucionen las dificultades en el funcionamiento social de los pacientes? ¿Seguiremos hablando de integra-

ción social y laboral en los mismos términos que hoy utilizamos? ¿Tendrán que seguir creándose el mismo número de programas de inserción laboral y plazas en centros especiales de empleo o seremos capaces de frenar las discapacidades al actuar ante los primeros síntomas de la enfermedad? ¿Qué dificultades nos encontraremos entonces? Parece que, de alguna manera, tendríamos que pensar en buscar y hallar algunas de las claves para alcanzar dichas expectativas, anticiparnos a lo que cabría esperar.

Es cierto que en RPS habitualmente hemos venimos actuando sobre los pacientes cuando han evolucionado hacia la cronicidad y cuando su entorno ya no está preservado, esperando así que nuestras motivadas actuaciones profesionales, terapéuticas y de integración social favorezcan su recuperación, en vez de proporcionar una atención temprana ante los primeros síntomas e indicadores de la enfermedad. Con frecuencia, en la práctica cotidiana, esto nos lleva a preguntarnos si nuestros objetivos son adecuados a la realidad personal, social y ambiental (entorno) del paciente y si, además, disponemos de los medios y estrategias técnicas, y de los recursos humanos, materiales, estructurales y de coordinación asistenciales necesarios para atenderlas. En mi opinión, la respuesta a esta última cuestión es una de las claves que merecen nuestra atención en el análisis de la situación. No creo que se trate de buscar excusas donde justificar nuestras insuficientes habilidades y estrategias terapéuticas para afrontar las dificultades que nos encontramos al abordar la EMG, sino de identificar qué factores y variables están modulando en muchas ocasiones dichas dificultades en el recorrido de recuperación del individuo.

En este sentido es donde pretendo centrar el análisis de la situación actual de la rehabilitación psicosocial y de los programas de

atención a la EMG que, en líneas generales y sin ningún tipo de pretensión, creo que puede resultar interesante si nos detenemos, en mi opinión, en una serie de variables que han ido modulando y modulan el desarrollo de los mismos.

El incremento de la **demanda de atención en Salud Mental** desde que ésta se entendiera en el marco de la asistencia sanitaria general ha sido y es imparable. Los problemas sociales, educativos, económicos y judiciales más actuales invaden nuestras consultas en los CSM. La consecuencia es el bloqueo asistencial, donde la actividad frenética tiende a no priorizar la atención a los pacientes más graves. Al parecer, esto es sabido sólo por quienes trabajamos en salud mental y por quienes se interesan por la EMG y la RPS (que no suelen ser precisamente los responsables de la planificación sanitaria y la organización de los servicios). Así, los pacientes que presentan una psicopatología más grave y, por tanto, cuyas discapacidades impiden llevar una vida normalizada, autónoma y de bienestar, se ven sometidos a una asistencia precaria en calidad y a un torpe seguimiento por nuestra parte. Igualmente, la incidencia de nuevos usuarios (patología dual, enfermos mentales sin hogar, etc.) ha supuesto nuevos retos asistenciales. Priorizar la atención a las personas con psicopatología más grave y con mayores necesidades de soporte clínico y de atención social (entre otras medidas estructurales y de coordinación, de trabajo en equipo y de cambios en la forma y procedimientos de percibir la asistencia), supondría un claro avance para la consecución de programas específicos de atención a la EMG en el momento en que aparecen los primeros indicadores de la enfermedad.

Nos encontramos con **organizaciones sanitarias** similares en todo el Estado en

cuanto a la puerta de entrada al sistema de prestaciones sanitarias (Atención Primaria, Centros de Salud Mental, hospitalización), a la territorialidad, al tipo de recursos existentes y al modelo de gestión de los mismos. Sin embargo, la variabilidad entre Comunidades Autónomas comienza en la accesibilidad (urbana vs. rural) a dichos recursos y continúa con diferencias cuantitativas y cualitativas respecto a los dispositivos específicos, programas y planes de continuidad de cuidados y procesos asistenciales de atención implantados en cada área sanitaria de influencia. La diferencia parece incrementarse todavía más cuando intentamos encontrar un modelo único o similar de gestión de los recursos implicados en la atención a la EMG, en RPS. La salud mental integrada teóricamente como parte de la atención especializada, se percibe diferente en cuanto a la necesidad de una organización estructural propia por la complejidad de las intervenciones que requiere y por su multidisciplinariedad. Lamentablemente, la realidad no es ésta. Aunque nos encontramos dentro del sistema sanitario, como una especialidad más, el propio ámbito de intervención multidisciplinar y unos resultados comparablemente menos satisfactorios en términos de curación que sus homólogas, nos sitúan en una especie de terreno movedizo más vulnerable a cualquier cambio de gestión y organización. Seguramente, con las nuevas herramientas de gestión clínica, como la puesta en marcha de unidades de gestión clínica, se contribuye a mejorar este tipo de deficiencias, facilitando la evolución de las prestaciones y servicios.

La ausencia de un verdadero desarrollo de la Ley General de Sanidad (1986) como **marco de referencia**, donde las diecisiete Comunidades Autónomas pudieran acogerse para establecer las actuaciones competentes en materia de salud mental, ha constituido

un importante condicionante en la garantía de igualdad territorial respecto al avance de los programas y estructuras relacionadas con la atención a la EMG y la RPS. Así, a veces, tenemos la impresión de encontrarnos con un número de modelos de atención igual al de CC.AA donde cada una ha conseguido lo que el planificador y gestor de turno han decidido y donde la inversión de recursos económicos y estructurales es bien distinta. No se pueden descartar el nivel de desarrollo económico y social previo y específico de cada Comunidad Autónoma que, indudablemente, han influido en la toma de decisiones políticas para dicho contexto. La presencia reciente de un marco estatal a través de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (RD 1030/2006) y la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (aprobada en diciembre de 2006), facilitan el encuadre de actuación en RPS al incluir que “las Comunidades Autónomas, en el marco de sus competencias, deben crear mecanismos eficaces de coordinación asistencial dentro de cada estructura sanitaria, entre los dispositivos sociales y sanitarios implicados en la atención a los trastornos mentales severos”, recomendando también comisiones de coordinación interdepartamentales entre Sanidad, Servicios Sociales, Trabajo, Educación, Vivienda, Justicia y Economía.

La implicación de varias instituciones públicas en asumir la asistencia psiquiátrica (Diputaciones Provinciales, Gobiernos de las Comunidades Autónomas y las Delegaciones Territoriales del antiguo Insalud), junto con el traspaso demorado de **competencias** en la mayor parte de **CC.AA** (que no se completa hasta diciembre de 2001 (Ley 21/2001) ha contribuido aún más a este desarrollo desigual de las políticas, actuaciones, recursos y prestaciones en la atención a la EMG.

El **funcionamiento de los recursos**, de la red de SM y la **coordinación entre dispositivos sanitarios y sociales** constituye un elemento clave en el análisis de la RPS. Es tanto la influencia del mayor o menor número de recursos que conforman la red, la dependencia administrativa de los dispositivos y equipos asistenciales implicados, su estructura organizativa, el modelo de gestión en el que basan sus decisiones como la coordinación que se articula para una adecuada continuidad de cuidados. La conveniencia de revisar el funcionamiento de los servicios y la creación de otros nuevos más cercanos a las necesidades individuales de los usuarios y familias se evidenció hace años. Sin embargo, muchas veces seguimos entendiendo la práctica de la rehabilitación como “paquetes” de actividades o programas donde hemos de encajar a los pacientes. No hemos de olvidar, que es la existencia de un plan individualizado de rehabilitación (PIR) que permita articular la integración social mediante recursos comunitarios, la atención domiciliaria de los pacientes en riesgo de desvinculación y la coordinación entre los dispositivos de los circuitos asistenciales (sanitarios y sociales) lo que nos permite garantizar una atención integral al usuario y su familia. ¿En qué medida las estructuras de coordinación existentes en un área o sector sanitario garantizan y aseguran la continuidad de cuidados? En qué lugares surgen las dificultades y qué aspectos del funcionamiento de los servicios y de la red son los que la entorpecen?.

Ubicación de la rehabilitación psicosocial. La dependencia o adscripción administrativa (en términos de financiación y de gestión) de los dispositivos y programas de RPS tiene actualmente 3 grandes protagonistas: los departamentos de Sanidad de las CC.AA, los de Servicios Sociales, Integración Social o similares, y las entidades privadas con las que conciertan las administraciones autonó-

micas para asumir la atención de estos pacientes. También contamos con fórmulas mixtas, las fundaciones públicas, que pretenden integrar la atención de las necesidades sociales (residenciales, laborales, sociales) a través de una gestión única y coordinada de las actuaciones rehabilitadoras. A éstas últimas hay que sumarles las ventajas de haber sido capaces de incluir a otros departamentos o consejerías de la administración autonómica (servicios sociales, vivienda, empleo, economía) por el papel tan relevante en la cobertura de las necesidades de este colectivo y en la consecución de los programas individuales de rehabilitación (PIR). En mi opinión, la importancia de la dependencia administrativa de los programas de rehabilitación y de atención de las personas con EMG radica en la influencia definitiva que genera en la concepción de un modelo de atención de la EMG y la práctica de la rehabilitación desde su vertiente clínica, como en las dificultades de coordinación de los recursos y equipos multiprofesionales que trabajan en una misma red asistencial. Esta cuestión viene siendo un tema a debate y muchas veces puesto en tela de juicio desde las propias instituciones públicas, las asociaciones profesionales, los usuarios y las familias. Es importante que valoremos los riesgos que supone mantener esta dualidad (Sanidad y Servicios Sociales) sin ser estar claramente definidas las responsabilidades administrativas y de gestión, en términos de asignación de recursos humanos y materiales, en materia de planificación y ordenación de los recursos, en el desarrollo de los programas y actuaciones de RPS, puesto que, a mi modo de entender, puede favorecer que la administración y gestores sanitarios acaben por eludir su parte de responsabilidad. Sobre todo cuando todavía nos encontramos ante una estructura sanitaria en el que la atención a la EMG no está consolidada, ni tan siquiera asumida en toda su complejidad. Desde

mi punto de vista, corremos el riesgo de desvincular la atención de la EMG de los verdaderos ejes de atención de la salud mental comunitaria (los CSM), favoreciendo la pérdida de interés de los propios profesionales y gestores de la atención a los pacientes crónicos por entender que sus discapacidades deben resolverse como necesidades sociales y, por tanto, desde los servicios sociales. Ello puede conducir a limitar la asistencia exclusivamente a una atención ambulatoria y de hospitalización al más puro estilo caduco, lo que nos llevaría a un retroceso asistencial y conceptual superior al precedente, al poderse entender como un fracaso. El hecho de no disponer de una red sanitaria compacta, que ofrezca una cobertura continuada de las necesidades actuales y futuras de estos pacientes, continúa siendo un reto para la planificación sanitaria y, porque no, una reivindicación de las asociaciones profesionales de salud mental y de la rehabilitación psicosocial. La búsqueda de soluciones que sitúen a los CSM y a las unidades específicas de rehabilitación (hospitalarias o no) fuera de la “red de rehabilitación psicosocial” no deberíamos plantearla como idónea por los riesgos de escisión de la propia atención sobre el paciente, de su continuidad asistencial, de cuidados. También supondría un retroceso en el avance conceptual de la salud mental comunitaria y de la rehabilitación psicosocial como parte del tratamiento que requiere el abordaje de la EMG. La práctica cotidiana nos desvela, en no pocas ocasiones, como duplicamos las intervenciones terapéuticas sobre un mismo usuario aún estando en la misma red asistencial. Creo que es una opinión generalizada que un funcionamiento asistencial coordinado y estructurado en circuitos o procesos asistenciales de atención sanitaria y social, con criterios y procedimientos homogeneizados y bien conocidos por todos, con medios profesionales y técnicos, programas

en torno a objetivos rehabilitadores, favorecería bastante la calidad de nuestras intervenciones y facilitaría la gestión eficiente de los mismos. Porque no todo vale, aunque la intención sea terapéutica. Todo lo anterior se complica aún más si la dependencia administrativa de los recursos y profesionales que trabajan con el paciente grave es diferente, puesto que a veces pueden confluír intereses distintos. Quizás, se puede atribuir a la insuficiencia de espacios de valoración y seguimiento “institucionalmente consolidados y reconocidos”, oficialmente creados para dicha finalidad, y cuya actividad no se limite a un puro trámite de reunión y gestión administrativa. Quizás sea parte de esa estructura la que haya que modificar para evitar que esto suceda.

La **implicación de los profesionales** en la atención de la EMG y la RPS también está determinada por la **formación específica** que ha recibido y se le ofrece. Las sinuosas complejidades administrativas que facilitan el acceso a puestos de trabajos específicos para la atención a este colectivo sin exigir una formación especializada, no ayudan en la oferta de una atención de calidad. La formación que ofrecemos a los residentes en psiquiatría, psicología clínica y enfermería (sin nombrar al resto de profesionales implicados en RPS porque ni siquiera tienen posibilidad académica oficial de acceder a una formación específica) deja mucho que desear en estos temas. Esto también forma parte de los sumandos que contribuyen al resultado final sobre el paciente, su familia y el funcionamiento de las unidades o dispositivos de RPS.

El **análisis de los datos** recogidos sobre la población afectada de EMG, los problemas y **necesidades** detectados, las lagunas asistenciales que se han ido generando al observar fenómenos como la famosa “puerta girato-

ria”, así como las relacionadas con la necesidad de atender a los pacientes que no se vinculan a los CSM ni a ningún otro dispositivo de la red, y la rapidez con la que observamos el deterioro crónico que experimentan nuestros pacientes, nos ha llevado a ir creando recursos y más recursos que no acaban de resolver algunas de las mismas dificultades de partida. Es significativo el avance alcanzado en el trabajo con el paciente en su contexto natural a través de equipos y programas de apoyo y atención social, por un lado, y de tratamiento asertivo comunitario por otro. Sin embargo, sigue siendo todavía una constante, el escaso aperturismo desde la estructura sanitaria hacia el entorno y contexto del individuo. Su rígido funcionamiento no facilita que los profesionales salgan de sus consultas, de sus lugares de trabajo cuando se requiere una intervención en el medio comunitario, ni dote los equipos asistenciales encargados de asumir los programas de continuidad de cuidados. Esto sorprende cuando ante otro tipo de pacientes (como los que requieren cuidados paliativos, por ej.) sí que se despliegan equipos asistenciales multidisciplinares para atender sus necesidades en el propio domicilio, para ofrecer soporte a los cuidadores y crear figuras de coordinación específicas que garanticen una asistencia integral desde la propia organización sanitaria.

La escasa investigación y difusión de datos empíricos sobre resultados eficaces de los tratamientos con personas con EMG, en las que se incluyen las múltiples y complejas intervenciones psicosociales, y la preparación profesional para poder aplicarlos en nuestra práctica asistencial, también ha incrementado las dificultades para establecer consensos sobre su repercusión en la organización de los centros, servicios y programas de atención integrales y específicos. También esto tiene implicaciones sobre qué,

quiénes, dónde y cuándo hay que implementarlos y evaluarlos. La cultura de calidad en relación a la mejora asistencial no es uno de los puntos fuertes de la atención en salud mental y, por ende, de la rehabilitación psicosocial. Las líneas de trabajo a través de Guías de Práctica Clínica y Documentos de Buenas Prácticas son dos formas importantes de avanzar en este sentido.

Continuidad de cuidados. Como sabemos, la continuidad de cuidados es la clave de una atención consistente y eficaz. Y aunque son ampliamente reconocidas sus ventajas en la atención continuada de las personas con EMG, la realidad nos devuelve que no es una práctica generalizada en todo el Estado. En aquellas CC.AA que han sido capaces de poner en marcha estos programas, se evidencian dificultades que aparecen en la práctica asistencial y que precisamente se refieren a uno de sus principales objetivos: la coordinación entre los dispositivos de los circuitos asistenciales sanitarios y sociales (dimensión transversal). Es la atención transversal una de las características que optimizan la rehabilitación psicosocial. Sin embargo, la diferencia está en la manera en que contextualizamos dichas intervenciones rehabilitadoras. Aquí se hace conveniente valorar y organizar los criterios de actuación de unos y otros, siempre bajo el principio de la continuidad de cuidados y de proporcionar el soporte adecuado al paciente y su familia. Pero ¿cómo poder articular esta compleja red asistencial que incluya la atención sanitaria y la atención a las necesidades sociales de los pacientes sin llegar a sobreactuar, ni a multiplicar los objetivos de intervención ni crear redes paralelas? Esta es una de las cuestiones clave que nos queda por resolver. La aplicación de la nueva Ley de Autonomía y de Atención a la Dependencia, puede favorecer o complicar

todavía más la atención sobre el paciente y su entorno si se constituye, paralelamente, como una nueva red de protección social. En cualquier caso, desde el nivel de la planificación es imprescindible que existan normativas y criterios claros de ordenación de recursos y programas para poder asegurar la existencia de estos planes de cuidados, garantizando la dotación de los medios necesarios (dispositivos y servicios) para los usuarios como los procedimientos de coordinación entre los distintos niveles asistenciales y equipos implicados.

Necesitamos definir los **roles profesionales en rehabilitación**. No podemos aceptar que “todo vale”. Necesitamos tener definidas las características de nuestras tareas y actividades profesionales, los límites y encuadre terapéutico en el que se producen, siendo acordes con la disciplina a la que cada profesional pertenece. Y para ello también se requiere una formación especializada en EMG y RPS, porque hay que ser conscientes del déficit existente en la renovación y aplicación de técnicas efectivas. La interdisciplinariedad es la complementariedad de una serie de actuaciones terapéuticas entendidas hacia un mismo objetivo. Todas ellas necesarias en el engranaje del proceso de recuperación y de rehabilitación de la persona, enmarcadas en un tiempo y espacio concretos, bajo el paraguas de unos objetivos rehabilitadores dirigidos hacia el paciente y su entorno familiar y social. La recuperación del paciente incluye favorecer al máximo su autonomía personal para la vida cotidiana, adaptada a un entorno (más o menos protegido, con mayor o menor soporte) en función de sus discapacidades y de los déficits que presenta en la evolución de su enfermedad, pero respetando su trayectoria vital y recuperando sus expectativas en la medida de lo posible. Todo ello nos ayuda a identificar nuestro rol profesional.

Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Con esta nueva referencia legislativa estatal desarrollada en el ámbito de los Servicios Sociales, nos planteamos cómo articular los sistemas de prestaciones que ofrece esta ley para ayudar a las personas con EMG a cubrir las necesidades surgidas como consecuencia de su enfermedad y discapacidades. En ella podemos ver cómo utiliza los términos de enfermedad y discapacidad para integrarlos en el concepto de dependencia. Señala una organización administrativa específica: la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas (Administración General del Estado, Comunidades Autónomas y Entidades Locales), que estarán coordinadas a través del Consejo Territorial. Ello supone que cada Comunidad Autónoma debe planificar, ordenar, coordinar y dirigir los servicios de atención a las personas en situación de dependencia, en la que se incluirán las personas con EMG siempre que cumplan los criterios especificados en dicha norma. Se podrán desarrollar centros que presten servicios a las personas con EMG que sean propios de la Administración Pública y otros de gestión Privada (preferentemente sin ánimo de lucro) que puedan dar atención pública y/o privada. Sin embargo, aunque estos centros deben estar acreditados e inspeccionados por los organismos competentes de cara a garantizar un funcionamiento adecuado, nos llevará a aumentar la multiplicidad de centros y servicios, así como de entidades gestoras. Sin duda, esto confirma la conveniencia de desarrollar cauces de coordinación estables que clarifiquen la confluencia de tantas prestaciones y servicios dirigidos a los pacientes. Entiendo que sería más fácil integrar estas nuevas prestaciones como una herramienta más en el proceso de rehabilita-

ción de la persona, pero en el contexto terapéutico ya establecido por su equipo asistencial de referencia y ubicado en los recursos existentes, articulado a través del PIR. Son precisamente las discapacidades propias de las EMG desde donde surgen las necesidades generadas por la afectación de las diferentes esferas personales (biológica, psicológica, volitiva, afectiva, social y ocupacional/laboral). Éstas son las que requieren ser apoyadas específicamente, porque son las que se relacionan con los objetivos de la RPS, articulada en tratamientos específicos (farmacológicos y psicosociales), técnicas y procedimientos, métodos, programas, actividades y recursos, mediante los que se pueden hacer efectivos las prestaciones puntuales de los servicios sociales.

La participación de los usuarios y familiares en el proceso terapéutico es uno de los logros importantes en estos años. El acceso a la información y la articulación de procedimientos que recogen su opinión sobre el funcionamiento de los servicios, los aspectos a mejorar, las deficiencias, las necesidades que perciben, etc. supone un importante punto de vista de la realidad asistencial y de las demandas de nuestros pacientes. Así mismo, la toma de conciencia de ser ciudadanos de pleno derecho ha movilizó a asociaciones de familiares y usuarios en pro de exigir el cumplimiento de toda la normativa estatal que se ha ido desarrollando en materia sanitaria (como usuarios) y de servicios sociales relacionados con el acceso a recursos para personas discapacitadas.

El reconocimiento de la ciudadanía. En el ámbito de la atención social, se ha producido una evolución significativa hacia el reconocimiento de la persona con discapacidad como ciudadano. Se orienta la integración activa en la comunidad a través del reconocimiento y promoción de derechos civiles,

sociales, económicos y culturales, que potencien la autonomía y vida independiente de las personas afectadas y procuren mejorar su calidad de vida.

Para finalizar, me gustaría añadir que analizar la situación de la RPS en una tarea eminentemente dinámica y marcada por el momento en que se realiza, puesto que está sometida a cambios derivados tanto de su práctica compleja y de los resultados obtenidos como otros de tipo organizativo que se pueden producir en un entorno y organiza-

ción concretos. Pero, por supuesto, pienso que es claramente cierto que actualmente la RPS y la atención a la EMG no podrá alcanzar un mejor desarrollo ni realizar evaluaciones exhaustivas sobre la evolución de sus servicios y programas si no se impulsan ni concretan políticas inversoras suficientes que permitan una gestión clínica de los recursos propios, que avale la continuidad asistencial y de cuidados y sea lo suficientemente flexible para adaptarse a los cambios sociales, económicos, culturales, educativos, judiciales, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Alanen, Y.** La Esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Fundación para la Investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Madrid, 2003.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría.** Observatorio de Salud Mental: Análisis de los Recursos de salud mental en España. Diciembre 2003. Cuadernos Técnicos AEN , 5. Madrid, 2004.
- Espinosa, J** (coord.). Cronicidad en Psiquiatría. AEN. Madrid, 1986.
- Gisbert, C.** (Coord.). Rehabilitación Psicosocial del Trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. AEN Cuadernos Técnicos. Madrid, 2002.
- Leal y Escudero** (Coordinadores). Continuidad de Cuidados y Trabajo en Red en Salud Mental. AEN. Madrid, 2006.
- Liberman, R.P. & Kopelwic, A.** Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. Revista Rehabilitación Psicosocial. Volumen 1, nº 1, Ediciones Doyma. Barcelona, 2004.
- Ministerio de Sanidad y Consumo.** Estrategia en salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2006.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.** Rehabilitación e integración Social de las personas con Trastorno Mental Grave. Documento de Consenso. Madrid, 2003.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.** II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2003-2007.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.** Secretaría General de Asuntos Sociales. Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. 2006.
- OMS** (2003). El contexto de la Salud Mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental.
- Rodríguez, A.** (Ed.), Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos. Madrid: Pirámide.
- Thornicoff G., Tansella M.** La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios. Madrid. Ed. Triacastela. 2005.

El papel de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental

The rol of family and mental health people associations

Begoñe Ariño

Familiar. Presidenta de EUFAMI (2001-2004), representante de FEAFES en EUFAMI.

M^a Jesús San Pío

Educadora social, responsable Dpto Programas Europeos de FEAFES.

RESUMEN

Desde una perspectiva estatal e internacional, el artículo recoge unas breves notas sobre el origen y relevancia de las asociaciones de familias y personas con enfermedad mental. En las siguientes líneas, se analiza, por tanto, el papel de estas entidades en la elaboración de políticas y legislación, en la provisión de servicios y en la sensibilización social y erradicación del estigma. Junto a algunos ejemplos de cómo se lleva a la práctica este papel, se discuten algunos de los cuestionamientos que recibe el movimiento asociativo.

Palabras clave: *Asociaciones, servicios, políticas, estigma.*

En el marco de este monográfico sobre Rehabilitación Psicosocial, se nos ha encomendado la tarea de exponer de forma somera qué papel desarrollan las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental en el contexto asistencial actual. Entendiendo la rehabilitación psicosocial como estrategia y como meta dentro del proceso de recuperación de las personas con trastorno mental grave, las asociaciones representativas de las personas con enferme-

ABSTRACT

From a national and international perspective, the article presents some brief notes on the origins and relevance of the associations of families and people with mental illness. In the following lines, the role of these associations in policy making, in service provision and awareness raising /stigma reduction are analysed. Examples of the implementation are proposed and some of the questioning to the association movement are discussed.

Key words: *Associations, services, policies, stigma.*

dad mental y sus familias, que comparten la misión genérica de mejorar la calidad de vida de los afectados y sus familias, juegan un papel esencial.

Como no podría ser de otra manera habiéndonos encargado esta tarea a personas vinculadas personal o profesionalmente al movimiento asociativo representado en la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad

Mental (FEAFES)¹, pero desarrollando tareas con una fuerte proyección internacional, vamos a procurar reflejar las diferentes dimensiones de este papel e inevitablemente nos detendremos con mayor profundidad en el ámbito geográfico del Estado Español. Sin ánimo de ser exhaustivas, queremos abordar algunos de los aspectos que en nuestras distintas trayectorias y experiencias en salud mental hemos percibido que resultan de especial interés con el fin de poder atenernos a ofrecer una visión global de la importancia del movimiento asociativo, y en perjuicio, lamentablemente, de poder profundizar en ninguno de estos aspectos en concreto. En esta exposición, vamos a apoyarnos en publicaciones estratégicas y otros documentos que se citan en la bibliografía, en nuestras conversaciones e intercambios formales e informales con entidades de otros países, y en nuestra experiencia directa de trabajo dentro de FEAFES.

En primer lugar, comentaremos brevemente el origen de los movimientos asociativos de familias y personas con enfermedad mental, su papel en la elaboración de planes y políticas, en la provisión de servicios y en la lucha contra el estigma.

ORIGEN DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO

Desde una perspectiva internacional, durante los últimos 30 años las necesidades y derechos de las personas con trastorno mental grave se han hecho especialmente visibles gracias al desarrollo de organizaciones por parte de familias, y posteriormente de personas con enfermedad, que han logrado “que sus voces sean oídas”². Estos movi-

mientos asociativos están muy ligados a la atención comunitaria de la Salud Mental, y han sido fuertemente impulsados por la falta de los recursos de atención en la comunidad que deberían haber acompañado a la desinstitutionalización psiquiátrica en muchos países.

Para entender el surgimiento de los grupos de familiares, que históricamente han precedido a los de personas con enfermedad mental, es preciso comprender cómo influye en la familia la aparición de la enfermedad mental.

Las familias, en primera persona

Las familias somos muchas veces el único apoyo para los afectados o el soporte más directo que tienen, por lo que resulta de gran importancia involucrarnos en el proceso terapéutico de rehabilitación o recuperación de la calidad de vida que han perdido nuestros familiares, ya que, además, muchas veces la ha perdido también la propia familia. A menudo la familia se desestructura, se rompen relaciones entre sí, surgen tensiones, entre esposos y padres e hijos/as y, en muchas ocasiones, la familia completa se aísla del entorno. Mucho de lo que ocurre es por falta de conocimiento e información, por los prejuicios que existen, no sólo en la sociedad sino en la propia familia, por la vergüenza que da tener a un familiar que actúa de una forma distinta a lo común.

El estigma azota duro y se necesita mucho apoyo, especialmente al principio de la enfermedad, para ayudarnos a que no nos afecte lo que nos parece que está mal visto y nadie quiere que le ocurra. Hay muy pocas familias

1. Web de la entidad: www.feafes.com

2. World Health Organization. “Advocacy for mental health: Mental health policy and service guidance package”. Switzerland: World Health Organization, 2003.

resilientes, capaces de afrontar las dificultades nuevas con las que se van encontrando, de aprender a ir encajando el cambio brusco que se produce en la familia cuando se enfrenta con la enfermedad mental. Sin embargo, se nota una gran diferencia en aquellas familias que han ido recibiendo información y apoyo de los profesionales, se les ha orientado adecuadamente y van aprendiendo. Estas familias, suelen ser unos buenos aliados en el proceso de recuperación junto a los psiquiatras y terapeutas, formando parte activa del equipo multidisciplinar que necesitan muchos de los afectados.

La participación en grupos, junto con otras familias afectadas, constituye un medio óptimo para desarrollar habilidades de afrontamiento de la situación. Los grupos de psico-educación, o escuela de familias, nos permiten aprender todo lo que nos hace falta sobre las enfermedades mentales y suplir con información el desconocimiento tan generalizado. Por otra parte, los grupos entre iguales, o grupos de ayuda mutua, con distintos modelos, suelen resultar efectivos además de gratificantes. El método de formación Prospect, por ejemplo, un programa utilizado en diferentes países de Europa y que fue promovido por EUFAMI, se perfila, además, como un instrumento de unión y formación para los tres grupos implicados: personas con enfermedad mental, familiares y profesionales de la salud mental.

Otra de las dificultades con las que se encuentran habitualmente las familias es la de reconocer que ellas también tienen sus propias necesidades, cuestión que fácilmente

queda eclipsada ante la realidad de sufrir directamente la enfermedad de un ser querido. Si bien no son siempre reconocidas, estas necesidades terminan en muchos casos afectando la salud mental y física de los propios familiares. Sin embargo, en otros países de Europa, donde la mayoría de los afectados/as viven independientes de su familia de origen, las familias sufren otro tipo de carencias derivadas de la frustración de no poder ayudar ni intervenir en el proceso de recuperación.

Las familias se encuentran habitualmente afectadas por fuertes sentimientos de culpa que se ven agravados cuando suceden hechos trágicos como accidentes, suicidios, o sobremedicación, lo que conlleva sufrimiento, depresiones, ansiedades y abandono de las necesidades de los demás miembros de su familia.

Orígenes

Las familias son, por lo tanto, en muchos casos el principal cuidador de la persona con enfermedad mental, proporcionando más de 60 horas de cuidado semanal y suponiendo la atención por parte de cuidadores informales un 88% de la atención percibida por las personas con enfermedad mental³ Por este motivo, las familias se convierten en agentes activos en el proceso de rehabilitación y recuperación de la calidad de vida, y llegan a desempeñar un papel de agente terapéutico.

El volumen de atención de las familias varía notablemente de unos países a otros⁴, pero, en cualquier caso, se trata habitualmente de cuidadores primarios que ven absoluta-

3. Gómez Beneyto, Manuel (coord. científico); [et al]. "Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud". Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones, 2007.

4. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). "Estudio Europeo sobre las necesidades de familiares de enfermos mentales: Informe de resultados para Europa". [Madrid]: Fundación ONCE para la cooperación e integración social de personas con minusvalías; etc, 1994.

mente modificada su forma de funcionamiento como consecuencia del diagnóstico psiquiátrico de uno de sus miembros. Los síntomas de la propia enfermedad, los niveles de dependencia y discapacidad, el seguimiento del tratamiento, y a menudo el retraining social y la discriminación consecuencia del estigma, provocan un importante sufrimiento y cambios en sus dinámicas cotidianas.

Estas situaciones, que se ven agudizadas por la falta de información, como mencionábamos, llevan entonces a las familias a agruparse y crear entidades que han acabado constituyéndose en redes de apoyo fundamentales en materia de salud mental. El papel de estos grupos, en los diferentes países del mundo, abarca no sólo actividades de ayuda mutua y otros servicios, sino también defensa de los derechos e intereses del colectivo, educación a la comunidad, influir a los planificadores políticos, denunciar el estigma y la discriminación y reivindicar la mejora de los servicios².

Los grupos de personas con enfermedad mental, que en muchos países se identifican como grupos de consumidores o usuarios, siguen en su surgimiento una dinámica similar, aunque más tardía, y juegan un papel que incluye desde la influencia en políticas y legislación, al desarrollo de acciones de ayuda a otras personas con enfermedad mental. Estas agrupaciones han destacado por su papel educativo y de sensibilización social, por actuaciones de denuncia de prácticas percibidas de forma negativa y de protección de sus derechos, y por el desarrollo y gestión de servicios de ayuda¹.

Algo de historia

Los movimientos asociativos de familias y /o personas con enfermedad mental, en Europa, datan de los años 60 pudiendo destacar entre las entidades más veteranas de carácter nacional la entidad UNAFAM de Francia (1963), SIMILES de Bélgica (1967), Rethink – Reino Unido (1972), HPE-Austria (1977), FEAFES (1983) y Ypsilon de Países Bajos (1984)⁵. La Red Europea de Usuarios y Ex- usuarios de Psiquiatría (ENUSP) fue constituida de forma legal en 1998.

Concretamente en España, el movimiento asociativo comenzó a surgir desde el año 1968 en diferentes lugares del Estado. En 1983 había constituidas asociaciones en Madrid, Álava, Barcelona, La Coruña, Murcia, Comunidad Valenciana, Canarias y La Rioja. Es entonces cuando, por iniciativa de estas entidades, se crea FEAFES como organización estatal para agrupar y representar al conjunto del movimiento asociativo de familiares y personas con enfermedad mental⁶.

Una fecha representativa que puede resultar de interés, es la celebración del primer Congreso Europeo de Familiares en De Haan, en Junio de 1990, y la consiguiente fundación de la Federación Europea de Familias de Personas con Enfermedad Mental (EUFAMI)⁷ en 1992, por parte de 17 entidades de 10 países europeos⁸- entre ellas FEAFES. EUFAMI defiende no sólo los derechos e intereses de las personas con enfermedad mental sino que suma a sus reivindicaciones las necesidades específicas de las familias.

5. Fuente: EUFAMI

6. Fuente: CEIFEM.

7. Web de la entidad: www.eufami.org

8. Saxena, Shekhar; [et al]. "Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency". *Lancet*. 2007, vol. 870, p. 878-889.

Otras entidades de carácter transnacional y que representan a las personas con enfermedad y sus familias son la World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (1982), la World Federation for Mental Health (1948) y Mental Health Europe (1985). Estas dos últimas entidades incorporan a entidades de profesionales de la atención social y sanitaria.

No obstante, este aparente crecimiento generalizado del movimiento asociativo de forma global, como en tantos otros aspectos de la vida, no es uniforme a escala mundial. Cabe destacar que en un 12% de los países del mundo no existe ninguna Organización No Gubernamental – de cualquier índole – activa en materia de Salud Mental y, aunque presentes, en países de ingresos bajos o medios, su actuación es limitada y fragmentada ahí donde la necesidad es mayor⁹.

Familiares y personas con enfermedad mental

Parece ser que existe una necesidad, que traspasa fronteras, de unir en una sola voz las de los propios afectados y sus familias. En algunos países, como Holanda, Irlanda, y alguna zona de Finlandia, o en España, en ocasiones, las organizaciones de familias han apoyado que se organicen los usuarios y creen sus propias agrupaciones locales. En otros lugares, como es el caso de Francia, Grecia u otras zonas de Finlandia se ha optado por crear una organización o plataforma común para desarrollar actuaciones conjuntas, pero en la base existen entidades estatales diferenciadas para personas con enfermedad mental y familias.

En el caso de España, FEAFES agrupa y representa, por estatutos, a personas con en-

fermedad mental y sus familias. Esta unión es un aspecto bastante genuino del movimiento asociativo español.

En ocasiones, se cuestiona la representatividad del movimiento asociativo en su conjunto, pero si bien es cierto que las familias cuentan con mayor visibilidad y son las que a menudo ocupan los puestos directivos de las entidades, existe una tendencia creciente a contar con una mayor representación de personas con enfermedad mental en los órganos de gobierno.

En la actualidad, existen varias agrupaciones miembro de FEAFES exclusivamente constituidas por personas con enfermedad mental, como son la asociación AEMIS (Badajoz), ABM (Madrid), S'Ollivera (Menorca) y el grupo GRUMESO (Asturias). Por otra parte, FEAFES asumió este reto incluyendo en su Plan Estratégico FEAFES SIGLO XXI 2005-2009, la promoción de la participación de las personas con enfermedad mental en los órganos directivos de las entidades miembro. El resultado es que en diferentes asociaciones locales y federaciones cuentan entre sus miembros de la junta directiva con más personas afectadas y esta tendencia, entendemos, debería ir en aumento.

PAPEL EN LA ELABORACIÓN DE POLÍTICAS Y LEGISLACIÓN

En el ámbito político, los movimientos asociativos de familiares y personas con enfermedad mental tienen una función histórica de reivindicación de mejoras en la atención a las personas con enfermedad mental. Ahora, estos movimientos, en Europa y en otros países, tienen o deberían tener, además,

9. Saxena, Shekhar; [et al]. "Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency". *Lancet*. 2007, vol. 870, p. 878-889.

una función activa en el diseño, desarrollo y evaluación de políticas.

Esta afirmación, que resulta coherente con el hecho de que estas entidades tienen un conocimiento genuino y directo de la situación en que viven las personas afectadas y disponen de canales de comunicación interna con ellas, se ve además respaldada por instituciones de gran envergadura y documentos clave que recogen la necesidad de incorporar y apoyar a estas entidades en las diferentes iniciativas políticas o legislativas que afectan a las personas con enfermedad mental:

Organización Mundial de la Salud: Esta entidad subraya la necesidad de contar en las políticas de salud mental con las organizaciones de personas con enfermedad mental y sus familias considerando la colaboración y apoyo a este tipo de entidades una de las once áreas fundamentales de cualquier política de salud mental¹⁰. Además considera esta colaboración una condición esencial para la mejora de la calidad de la salud mental: “La colaboración con las organizaciones de las partes implicadas es crucial en el diseño, implantación y evaluación de las iniciativas sobre calidad”¹¹. Por otra parte, a través de la creación del Global Forum on Community Mental Health, la OMS se propone favorecer la creación de redes entre agentes involucradas en los servicios comunitarios de salud mental, facilitar el intercambio de información y el

apoyo mutuo. Los socios del foro incluyen familiares y personas con enfermedad mental¹².

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas. Recoge en su artículo 4: “En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.”

Contexto europeo

En Europa también se ha integrado la función de las asociaciones de familiares y personas afectadas. Tanto en el Plan de Acción de Helsinki, resultado de la Conferencia Ministerial en esta ciudad de Enero de 2005, como en el Libro Verde de la Salud Mental publicado a finales del mismo año, se recogen menciones específicas al papel de estas organizaciones:

Plan de Acción de Helsinki. OMS y Comisión Europea (2005), hito 12 “Promover la representación de usuarios y cuidadores en comités y grupos responsables del diseño, desarrollo, revisión e inspección de las actividades de Salud Mental”¹³.

10. World Health Organization. “Mental health policy, plans and programmes: updated version”. Switzerland: World Health Organization, 2004.

11 World Health Organization. “Quality improvement for mental health”. Switzerland: World Health Organization, 2003.

12. Web del foro: <http://www.gfcmh.com/>

13. European Ministerial Conference on Mental Health. “Mental Health action plan for Europe, facing the challenges, building solutions: 12-15 January 2005”. Helsinki: World Health Organization, 2005.

Libro Verde de la Salud Mental (2005): “Las organizaciones de pacientes deberían desempeñar un papel destacado en la concepción de soluciones”¹⁴

En ambas iniciativas se pretendió incluir la participación del movimiento asociativo en sus procesos de elaboración. En el caso de la Conferencia de Helsinki, se invitaron a familias y personas con enfermedad mental a exponer sus opiniones y perspectivas; entre otros participaron: Inger Nilsson (presidenta de EUFAMI), Mr Gabor (presidente de ENUSP) y Begoñe Ariño (representante de FEAFES en EUFAMI). Asimismo, los organizadores de la conferencia recomendaban que las delegaciones de cada país incluyeran a un representante del movimiento asociativo.

El Libro Verde, como tal, es un proceso de consulta abierto por la Comisión Europea y dirigido a la sociedad en su conjunto. En este sentido, las organizaciones de familias y personas con enfermedad mental contribuyeron a través de EUFAMI, de MHE, de otras entidades, y con aportaciones directas, al proceso de consulta que deberá dar luz próximamente a una Estrategia Europea en Salud Mental.

Las entidades europeas EUFAMI y Mental Health Europe mantienen comunicación con las instituciones europeas y participan en entrevistas y reuniones de trabajo con europarlamentarios y responsables de la Comisión Europea y con el Consejo de Europa.

Ámbito Estatal

En el caso del Estado Español, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada en diciembre

de 2006, recoge en su Línea Estratégica 3, como un objetivo, la implantación en las Comunidades Autónomas de “vías para la participación de las personas con trastornos mentales y sus familiares en todos los ámbitos de la salud mental, incluyendo la planificación y la evaluación de los servicios”³.

Por otra parte, en la elaboración de esta Estrategia, han participado dos portavoces del movimiento asociativo FEAFES en el comité de redacción, y se desarrolla un papel en el seguimiento de la implementación. El movimiento asociativo ha iniciado esta tarea de apoyo a la Estrategia con la realización del *Proyecto FEAFES para la Promoción de la Estrategia de Salud Mental*.

En España, el movimiento asociativo ha desarrollado un papel activo intentando influir en legislación y políticas entre las que cabe destacar la actuación de FEAFES por la inclusión de las personas con enfermedad mental en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, su labor en la regulación de los tratamientos ambulatorios involuntarios, su acción por la regulación coherente de los visados de inspección para las prescripciones farmacológicas y su participación en el proceso de consulta para la elaboración de una estrategia europea en materia de salud mental de la Unión Europea (Libro Verde de la Salud Mental).

En el marco de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal, el movimiento asociativo de familiares y personas con enfermedad mental ha trabajado por la inclusión de las personas con enfermedad mental en el conjunto de beneficiarios del sistema hacien-

14. Comisión de las Comunidades Europeas. “Libro verde: Mejorar la salud mental de la población, hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas, 2005.

do especial énfasis en la importancia de crear un adecuado sistema de valoración que se adecue a las necesidades específicas de las personas con discapacidad como causa de una enfermedad mental. Finalmente el baremo y manual de valoración recogen algunos de los aspectos específicos que deberían permitir que accedan al sistema personas con enfermedad mental.

La regulación de los tratamientos involuntarios es para FEAFES una meta importante, porque entiende que estas medidas permitirán proteger a las personas con enfermedad mental más vulnerables y más desprotegidas y responde al derecho a la salud. Esta propuesta legislativa ha sido promovida por el movimiento asociativo FEAFES y apoyada además por el sector de la discapacidad a través del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad CERMI.

PAPEL COMO PROVEEDORES DE SERVICIOS

Los movimientos asociativos se caracterizan también por desarrollar servicios de apoyo. En algunos países, como en Francia o en Irlanda, los servicios prestados por el movimiento asociativo -UNAFAM y Schizophrenia Ireland respectivamente- se centran en grupos de apoyo y formación, servicios de información y acciones de sensibilización, reivindicación y denuncia. Estas entidades de ámbito estatal, disponen de un ambicioso abanico de iniciativas y optan por no entrar en la gestión directa de otros servicios sociosanitarios por considerar que, de alguna manera, no es su cometido.

Sin embargo, en España, al igual que en Inglaterra la organización Rethink, se gestionan distintos servicios de carácter social o sociosanitario. Conforme a su misión de mejora de la calidad de vida, FEAFES entiende que

es su responsabilidad ofrecer servicios de apoyo a la calidad de vida sobre la base de un modelo de atención comunitario, ahí donde las instancias públicas no los provean directamente o lo hagan de forma deficitaria. Desde la Confederación FEAFES, se percibe como una necesidad y también como una fortaleza.

Por este motivo, a través del proyecto de desarrollo institucional FEAFES S XXI, el movimiento consensuó la relación de servicios básicos que deberían prestar las asociaciones y otros servicios que pueden ofrecerse según los criterios de cada organización, las circunstancias de cada región y las posibilidades de colaboración o de concierto, por parte de las administraciones públicas correspondientes.

No se trata de un listado exhaustivo pero si orientativo de los aspectos en los que se centra el trabajo de las asociaciones por lo que consideramos que puede resultar de interés:

Servicios básicos:

- Información y orientación.
- Sensibilización y promoción de la salud mental.
- Asesoría jurídica.
- Promoción, captación y formación de voluntariado.
- Programas de psico educación (programa escuela de familias).
- Grupos de autoayuda.
- Actividades de respiro familiar (acompañamientos y/o estancias temporales)
- Programa de atención domiciliaria.

Otros servicios:

- Asistencia y soporte intensivo y continuado.
- Actividades de ocio y tiempo libre.
- Rehabilitación psicosocial.
- Rehabilitación laboral.
- Rehabilitación a población reclusa.
- Orientación y mediación laboral.
- Actividades productivas no laborales.
- Actividades productivas laborales.
- Alternativas residenciales.

La prestación de servicios por parte de los movimientos asociativos no está exenta de prejuicios desde el exterior, algunos de ellos ligados a la idea de voluntariado y voluntarismo que parece inherente; sin embargo, estas opiniones distan de la realidad en la mayor parte de los casos. Desde hace ya varios años se viene presenciando una profesionalización de los trabajadores y voluntarios que conforman el equipo humano de estas entidades, cada vez más implicadas incluso, en procesos de Gestión de la Calidad. Esto podría suponer un riesgo para la legitimidad del movimiento como tal, en el caso de que familiares y personas con enfermedad mental perdieran la soberanía de las decisiones.

No obstante, a pesar de existir una profesionalización de las labores técnicas, la sobe-

ranía y legitimidad de las decisiones sigue perteneciendo a los propios afectados, directivos y socios, cada vez más formados, o así debería ser. Es labor de los profesionales el saber canalizar, mediar y afianzar las demandas e intereses de las familias y los afectados, que son realmente, desde nuestra perspectiva, los expertos en la materia. Evidentemente se trata de una tarea ardua y delicada que conlleva una serie de dificultades, que suelen superarse y cuyo análisis dejaremos reservado a la gestión interna de cada asociación.

EL PAPEL DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO EN LA SENSIBILIZACIÓN SOCIAL

Nos encontramos aquí ante uno de los principales ejes del movimiento asociativo, no importa su origen o ámbito de actuación. Ya podemos encontrarnos en México y recibir un “pin” solidario de Voz Pro Salud Mental¹⁵, en Cáceres paseando junto a un puente adornado de flores por FEAFES-Cáceres¹⁶, en Londres recogiendo en un bar de copas una postal divulgativa elaborada por Rethink¹⁷, en un colegio de Malta atendiendo una sesión formativa sobre la enfermedad mental, ofrecida por MHA. También podríamos ser productores cinematográficos, en Estados Unidos, y recibir un folleto de NAMI¹⁸, explicándonos la importancia de no emitir en nuestras películas secuencias en perjuicio de la imagen de las personas con enfermedad mental. O en Uganda, o en Egipto, o... En cualquiera de estas situaciones estaríamos participando en algún proyecto de sensibilización social o de lucha contra el estigma promovido por una entidad de familiares y/o personas con enfermedad mental.

15. Web de la entidad: [http:// www.vozprosaludmental.com](http://www.vozprosaludmental.com)

16. Web de la entidad: <http://feafescaceres.com/>

17. Web de la entidad: <http://www.rethink.org/>

18. Web de la entidad: <http://www.nami.org/>

Las asociaciones de familias y personas con enfermedad mental juegan un papel primordial en el desarrollo de este tipo de iniciativas. Seguramente la razón básica subyacente es que son las entidades a las que más les importa. Desde el movimiento asociativo se conocen de primera mano las experiencias de personas a quienes se les ha denegado un trabajo, que han sido increpadas en público o se han visto aisladas como consecuencia de un diagnóstico psiquiátrico, o más bien fruto del desconocimiento general. Esta es sin duda, la principal razón de ser de este tipo de iniciativas, que también va asumiéndose cada vez más por los sectores sanitarios y sociales, testigos de las consecuencias que acaba teniendo el estigma en la calidad de vida.

No podemos dedicarle en esta ocasión toda la atención que merece el estigma: sus orígenes, sus consecuencias, sus formas de expresión... Pero sí queremos exponer algunos de los aspectos característicos de la lucha contra el estigma por parte del movimiento asociativo y mencionar algunos ejemplos.

Las organizaciones de familias y personas con enfermedad mental, aunque en ocasiones están aisladas, suelen, más bien, estar interconectadas a redes por lo que cuentan con estructuras más o menos desarrolladas o formales que facilitan la cohesión y canales propios de comunicación. Esto permite que las acciones de lucha contra el estigma se propaguen y multipliquen, y que puedan repetirse las mismas iniciativas de forma similar en diferentes lugares de la geografía.

A continuación queremos exponer diferentes iniciativas y proyectos que tienen como fin sensibilizar socialmente sobre la importancia de la salud mental y evitar la discriminación y los prejuicios y en los que participan activamente los movimientos asociativos de familias y/o personas con enfermedad mental.

Campaña del Día Mundial de la Salud Mental, 10 de Octubre

Esta iniciativa internacional promovida por la Federación Mundial para la Salud Mental es el impulso de acciones contra el estigma en diferentes lugares del mundo. Bajo un mismo lema, y bajo el lema general de promover la salud mental (lo que a nuestro parecer pasa por mejorar la salud de las personas que padecen una enfermedad mental), se desarrollan actuaciones en diferentes ámbitos: interestatales, nacionales y locales. Se convocan manifestaciones, u otras acciones de denuncia, reuniones con representantes de las administraciones públicas, seminarios, jornadas, mesas informativas, mercadillos, ruedas de prensa... En el caso de España, se observa todos los años un despliegue excepcional que abarca todas estas acciones y que dio lugar en 2005 a la concesión del primer Premio Richard C Hunter de la Federación Mundial para la Salud Mental y a una mención especial en el año 2006.

Campañas de sensibilización

Uno de los métodos habituales de creación de conciencia social en cualquier aspecto de la vida es el lanzamiento de campañas de sensibilización con soportes escritos, a través de cuñas radiofónicas, televisión... En este sentido, desde los movimientos asociativos se intenta promover que las administraciones públicas (estatales, regionales o locales) asuman estas iniciativas y se desarrollan actuaciones de sensibilización a colectivos específicos (estudiantes, profesionales, medios de comunicación, empresarios...).

Una iniciativa a resaltar es el programa *La esquizofrenia Abre las Puertas*, promovida por la Asociación Mundial de Psiquiatría y que ha contado con la colaboración y apoyo, más o menos activo, del movimiento asocia-

tivo de familiares y personas con enfermedad mental en muchos países, entre ellos España.

La campaña Zeroestigma, promovida por EUFAMI en 2004, también merece ser comentada. Esta iniciativa, en la que han participado organizaciones de 14 países de Europa - entre ellas FEAFES - tiene por objetivo informar sobre la realidad de la enfermedad mental y desmontar prejuicios. Se apoya en unos sencillos materiales divulgativos escritos, ampliados por las diferentes entidades participantes, que han servido de base para el desarrollo de acciones de sensibilización en centros educativos, asociaciones de vecinos, población general, profesionales sanitarios, cuerpo de policía...

El trabajo con los medios de comunicación

Como bien sabemos los medios de comunicación tienen una influencia decisiva en las percepciones públicas, y en el caso de la enfermedad mental esta influencia, lamentablemente, tiene unas consecuencias nefastas¹⁹. El trabajo con los medios de comunicación social se ha convertido en una prioridad para las entidades asociativas de muchos países por lo que desarrollan proyectos que tienen como objetivo mejorar y reforzar la presencia positiva de las personas con enfermedad mental, sus familias y del movimiento asociativo en los medios de comunicación.

En este contexto, algunas de las acciones que se realizan son: cursos de formación para periodistas, publicaciones, premios a acciones positivas de los medios, seguimiento de la presencia de cuestiones relativas a la salud mental, asesoramiento a empresas audiovisuales, cursos de formación de portavoces, programas de radio a cargo de personas con enfermedad mental...

En España, FEAFES ha elaborado dos publicaciones que han sido ampliamente difundidas^{20 21}: una Guía de Estilo para Medios de Comunicación y un Manual para Entidades para orientar su trabajo con los medios. La Confederación FEAFES dispone además de un Departamento de Comunicación que ofrece asesoramiento a los medios de comunicación en cuestiones relacionadas con la salud mental y a las entidades miembro.

En Irlanda, Schizophrenia Ireland²² dispone de varios proyectos en este sentido y coordina una iniciativa, en colaboración con otras entidades de salud mental, denominada "HEADLINE – the national media monitoring programme" a través de la cual se realiza un análisis diario de la prensa y se establece comunicación directa con los responsables de comunicaciones que ofrecen una imagen estigmatizante de las personas con enfermedad mental o que potencialmente pueden influir en el aumento de tendencias suicidas²³.

19. Thornicroft, Graham. "Shunned, discrimination against people with mental illness". New York: Oxford University Press, 2007.

20. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). "Salud mental y medios de comunicación: guía de estilo". Madrid: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), 2003.

21. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). "Salud mental y medios de comunicación: manual para entidades". Madrid: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), 2004.

22. Web de la entidad: <http://www.sirl.ie/>

23. Web del proyecto: www.headline.ie

Estudios sobre estigma

Las organizaciones de familias y personas con enfermedad mental, promueven y participan en proyectos para analizar la situación del estigma, y poder actuar en consecuencia. Un ejemplo de este tipo de estudios es el Proyecto acoso y discriminación sufridos por personas con enfermedad mental en el ámbito de los servicios de salud. Un estudio europeo. FEFES participó en este proyecto europeo promovido por MHE destinado a estudiar la realidad de la discriminación en los servicios de salud, identificar estrategias para combatirla y difundir los resultados.

REFLEXIONES FINALES

El papel de los movimientos asociativos en la situación actual es amplio, esencial, como recogen instituciones relevantes en la materia, y amplio. En los últimos años se han logrado importantes avances en los tres ámbitos expuestos: mejoras legislativas y políticas; mayores recursos y servicios y desarrollo de actuaciones de sensibilización. Pero la realidad es que a pesar de los hitos alcanzados, las personas con enfermedad mental y sus familias todavía son discriminadas, los presupuestos públicos para la atención a estas personas están en la cola, no se realiza suficiente investigación, el desconocimiento generalizado perdura, las imágenes negativas de las personas con enfermedad mental en los medios de comunicación siguen alimentando el estigma... Y a pesar de ello, se ha avanzado mucho.

Seguramente nos encontramos ahora en un momento especial. De alguna manera los movimientos asociativos tienen ahora un punto de desarrollo en el que mirando atrás se observan los importantes avances, y pueden entrar ganas de acomodarse. Pero aun queda un rato, un largo rato de varias décadas sin duda, para llegar a una situación meritoria, para poder mirar adelante y no tener más retos, para mirar el presente y poder sentirnos satisfechos con la situación.

Ha sido y sigue siendo necesario un esfuerzo común y coordinado de los diferentes sectores sociales y sanitarios, de las administraciones públicas, de las personas con enfermedad mental y sus familias, y de los profesionales. Podríamos sin duda, extendernos sobre el tema de cómo se interactúa y se suman sinergias entre las tres partes, qué se ha hecho hasta la fecha y como podríamos avanzar, pero tendremos que dejar estas reflexiones para el futuro, o para otros. En España, una vez más, nos encontramos ante una situación privilegiada en la que los representantes de los distintos agentes involucrados interactúan de forma razonablemente coordinada, y de esta misma forma es como entendemos que se debería seguir avanzando. Esta situación de coordinación que debe de mantenerse, debe empapar a las bases del sistema asistencial. De forma conjunta, se ha de intentar que los hitos alcanzados sobre el papel lleguen al nivel del paciente, que las personas afectadas y sus familias puedan verdaderamente acceder, de forma igualitaria, a una calidad de vida satisfactoria.

Dirección para correspondencia:

M.^a Jesús San Pío

FEFES, Hernández Más 20-24

28053 Madrid

msanpio@hotmail.com

Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: Rehabilitación Orientada a Cognits

Cognitive rehabilitation in schizophrenia: Cognit-Oriented Rehabilitation

Martín L. Vargas

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora

RESUMEN

Se presenta el modelo teórico de "Rehabilitación Orientada a Cognits", que pretende facilitar la integración de diversas técnicas de rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. Éste se basa, por una parte, en el modelo psicofisiológico conexionista de cognit y, por otra, en los lenguajes informáticos de Programación Orientada a Objetos. Se proponen ocho principios aplicables al diseño de intervenciones rehabilitadoras en la esquizofrenia: encapsulación, herencia, polimorfismo, facilitación sináptica, constructivismo, ajuste, resistencia y plasticidad.

Palabras clave: esquizofrenia, rehabilitación, cognición, conexionismo

Aproximadamente el 70 % de los enfermos esquizofrénicos tienen déficit cognitivo (1) que afecta al rendimiento en la mayoría de funciones neuropsicológicas. El déficit se correlaciona con la dimensión negativa y con el pronóstico funcional. Los trastornos de la memoria verbal, la función ejecutiva y la atención son los más relevantes tanto por su repercusión funcional como por su intensidad (2).

La presencia de alteraciones cognitivas ya formaba parte del concepto originario de la enfermedad, tanto en el modelo de Kraepelin como en el de Bleuler, y a lo largo del siglo

ABSTRACT

It is presented the theoretical model "Cognit-Oriented Rehabilitation", in one attempt to facilitate the integration of several cognitive rehabilitation techniques in schizophrenia. That is based, on the one hand, in the cognit connexionist psychophysiological model and, on the other, in the computing languages of Object-Oriented Programming. It is proposed eight principles that can be applied to the design of rehabilitation interventions in schizophrenia: encapsulation, inheritance, polymorphism, synaptic facilitation, constructivism, adjust, resistance and plasticity.

Key words: schizophrenia, rehabilitation, cognition, connexionism

XX se añadió abundante conocimiento sobre sus características. Pero es a mediados de los años 90 cuando se incrementa el interés por la dimensión cognitiva en la esquizofrenia. Este interés se ha concretado en: 1) la búsqueda de potenciación cognitiva mediante nuevos fármacos antipsicóticos que no sólo actúen minimizando los síntomas (3); 2) una mejor evaluación de la cognición en la esquizofrenia, como pretende el proyecto MATRICS (4), 3) la defensa de la dimensión cognitiva como un elemento fundamental a incluir en el diagnóstico de la enfermedad (5) y 4) el desarrollo de técnicas de rehabilitación cognitiva de la esquizofrenia (6). La

investigación de intervenciones de rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia se impulsó decididamente en 1993 al preguntar Michael F. Green: “Rehabilitación cognitiva de la esquizofrenia: ¿es ya el momento?” (7).

Se puede definir la rehabilitación cognitiva como el conjunto de tratamientos psicológicos diseñados para mejorar el funcionamiento cognitivo. Utilizaremos el término “rehabilitación” de manera amplia, significando no sólo la recuperación o sustitución de funciones deterioradas, sino también la intervención sobre capacidades deficitarias desde el nacimiento, así como el entrenamiento que pretende mejorar capacidades cognitivas no necesariamente deficitarias. Una acepción restrictiva del concepto de rehabilitación podría ser adecuada en casos de deterioro cognitivo o de daño cerebral adquirido, pero no sería de utilidad en la esquizofrenia donde los principales déficit, como los atencionales o de memoria, son marcadores de vulnerabilidad o endofenotipos cognitivos presentes ya desde el nacimiento (8).

El adjetivo “neurocognitivo” se ha utilizado para referirse a este grupo de técnicas con la intención de diferenciarlas claramente de la psicoterapia cognitivo-conductual. Nos referiremos a rehabilitación “cognitiva” pues es más sencillo y difundido y porque el concepto de “esquemas cognitivos” es utilizable tanto en psicoterapia cognitivo-conductual como en algunas de las principales técnicas rehabilitadoras, por ejemplo en la Terapia de Recuperación Cognitiva “Cognitive Remediation Therapy” (9).

El objetivo del presente trabajo es enmarcar la rehabilitación cognitiva de la esquizofrenia dentro de un modelo teórico que hemos denominado “Rehabilitación Orientada a Cognits” (ROC). Para ello en primer lugar se revisa el modelo psicofisio-

lógico de cognits propuesto por J. Fuster (10, 11). A continuación se detallan algunas similitudes existentes entre los objetos de programación informática y el cognit y se propone la aplicación de las propiedades de los objetos de programación a los cognits. Por último se comentan las principales técnicas de rehabilitación actuales, así como algunas perspectivas de futuro.

COGNITS

La reciente neuropsicología se ha desarrollado principalmente dentro de una concepción modular de la mente (12), según la cual existen módulos específicos en el cerebro que se ocupan del procesamiento de tipos concretos de información. El método de la doble disociación ha permitido inferir las funciones cognitivas asociadas a estructuras cerebrales con lesiones focales y así se ha delimitado la localización de diferentes módulos cerebrales. El enfoque modular tuvo sus precedentes en la localización de las áreas del lenguaje de Broca y de Wernicke. Posteriormente la existencia de módulos delimitados anatómicamente se ha podido comprobar al conocer la organización en columnas de las áreas corticales perceptivas y motoras primarias.

Aplicando esta línea de razonamiento, también se han intentado definir módulos cerebrales relacionados con funciones cognitivas más complejas, como la atención, la memoria o el control ejecutivo, lo que ha originado una suerte de “neofrenología” (10). Pero la corteza cerebral asociativa no sigue una organización estructural modular comparable a la de las áreas primarias. Al contrario, el estudio de las redes neuronales corticales ha puesto de manifiesto que las operaciones mentales, a partir de un grado mínimo de complejidad, implican la activación de áreas a lo largo de todo el cerebro,

tanto en la corteza primaria como en las cortezas asociativas posterior, límbica y anterior. La representación cerebral de la realidad implica la activación de redes neuronales cuyos nodos son los atributos sensoriales que definen al objeto representado (13). Podemos decir, entonces, que la representación mental de la realidad está difundida por la corteza cerebral asociativa y “orientada a las características del objeto externo” más que “organizada en torno a los procesos cognitivos”.

Lo anterior es relevante en rehabilitación, ya que de manera más o menos explícita, las técnicas de rehabilitación cognitiva han seguido una concepción modular de la mente y han pretendido entrenar, fortalecer y rehabilitar tanto los procesos cognitivos básicos como las funciones cognitivas más complejas siguiendo un enfoque “centrado en el proceso o módulo cognitivo”. Las intervenciones “centradas en el módulo” pueden resultar útiles para la rehabilitación de funciones cognitivas elementales, que implican la estimulación de áreas corticales primarias. Pero la mera estimulación no parece mejorar el rendimiento de funciones que implican la activación de áreas de corteza asociativa. Por ejemplo, la repetición con refuerzo no mejora, o puede ser perjudicial, en la rehabilitación de las funciones ejecutivas en la tarea del Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (14).

Un modelo alternativo en el que enmarcar la rehabilitación cognitiva, el “cognit”, deriva de la tradición conexionista. Joaquín M. Fuster define el cognit de la siguiente manera: “Un cognit es un ítem de conocimiento sobre el mundo, sobre mí mismo o sobre la relación entre ambos” (11). El cognit es la unidad de funcionamiento del sistema cerebro-mente. Cada cognit se implementa en una red neuronal difusa en la

corteza asociativa mediante la que se representa la información (memoria) siguiendo un código relacional.

Los cognits se forman como resultado de la experiencia, mediante modulación sináptica de neuronas que se activan simultáneamente. No se construyen de novo, sino que crecen por adaptación y modificación de cognits ya existentes. Se produce una competencia evolutiva, de tal manera que persisten los cognits que mejor representan el entorno a modo de una selección por darwinismo neuronal (15). Así, los cognits son el resultado, tanto del entorno en el que se desarrolla el individuo como de la historia personal de éste. Son la “memoria individual” del sujeto, al igual que en la corteza primaria se representa la “memoria de la especie” (11).

Cualquier neurona de la corteza asociativa puede formar parte de múltiples cognits, con lo cual las representaciones mentales se difunden por toda la corteza asociativa en su conjunto. El tamaño y grado de abstracción de los cognits son muy variables. La memoria perceptiva se organiza jerárquicamente en la corteza posterior mediante cognits perceptivos uni o polimodales, de memoria episódica, de memoria semántica o conceptuales. La memoria ejecutiva se distribuye en la corteza frontal mediante cognits ejecutivos para actos, programas, planes o conceptos.

Las funciones cognitivas (percepción, atención, memoria operativa, lenguaje e inteligencia) consisten en transacciones neurales en y entre cognits. La organización temporal de la acción en los dominios de la conducta, el razonamiento y el lenguaje se basa en interacciones reverberantes entre redes neuronales prefrontales y de la corteza posterior en lo más alto del ciclo de percepción-acción. Esta activación ordenada de la memoria a largo plazo es la memoria operativa.

Se da así continuidad al ciclo de percepción-acción para la resolución de situaciones de incertidumbre o ambigüedad donde es necesario dar soluciones creativas, que son las de mayor jerarquía cognitiva.

REHABILITACIÓN ORIENTADA A COGNITS

Con el término “Rehabilitación Orientada a Cognits” (ROC) pretendemos resaltar las similitudes existentes entre el concepto de cognit y el de “objeto” en los recientes lenguajes de programación informática (Programación Orientada a Objetos) (16). Se busca así facilitar la transición de conocimiento entre distintas disciplinas, aplicando a la rehabilitación cognitiva modelos generales comunes a diversos sistemas de información. Los objetos de programación tienen tres propiedades que también cumplen los cognits: encapsulación, herencia y polimorfismo.

Encapsulación: el objeto es autónomo y contiene toda la información necesaria para regular su propio funcionamiento una vez activado. Al activarse un cognit por cualquiera de múltiples formas, éste dispone de los mecanismos necesarios para funcionar autónomamente. Por ejemplo, la activación de un cognit perceptivo semántico como puede ser el concepto de flor puede realizarse evocando el color amarillo. Entonces el cognit flor dispone de toda la información necesaria para evocar imágenes, olores o situaciones relacionadas con la representación flor. En rehabilitación se podrá trabajar sobre un cognit independientemente de la vía por la que se haya activado, ya sea ésta la percepción o la evocación.

Herencia: las nuevas clases de objetos que se construyen incorporan las propiedades de sus objetos constituyentes. Así, el cognit eje-

cutivo “saludar a un amigo” hereda las propiedades de los cognits de jerarquía inferior “apretar la mano con delicadeza” y “mirar a la cara con empatía”. Esta propiedad permite la generalización ascendente de la rehabilitación. Los logros obtenidos en la rehabilitación de cognits de jerarquía inferior (que implementan funciones cognitivas más elementales, menos abstractas) se trasladan inmediatamente a los de jerarquía superior.

Polimorfismo: un mismo cognit puede formar parte de cognits muy diversos de jerarquía superior. Por ejemplo el cognit perceptivo episódico “mi primer ingreso psiquiátrico” puede formar parte tanto del cognit conceptual “tener conciencia de enfermedad” como del cognit conceptual “no me gustan los psiquiatras”. Gracias a la propiedad de polimorfismo, la generalización ascendente de la rehabilitación de cognits tiene un efecto ampliado sobre los cognits de jerarquía superior. Por ejemplo, la mejora en el cognit perceptivo “interpretar la expresión facial” no redundará en mejoras de un solo cognit de jerarquía superior, sino que conduce al mejor funcionamiento de múltiples cognits superiores como “inferir los contenidos mentales del interlocutor”, “alternar el turno de palabra durante la conversación” o “sentir aceptación por el grupo”.

Los cognits se manifiestan como fenómenos mentales. En un trabajo preliminar (17) hemos observado una asociación lineal directa entre la presencia de cognits aberrantes (principalmente perceptivos) y un peor rendimiento de la memoria operativa, proponiendo que los síntomas esquizofrénicos básicos son la experiencia fenoménica de cognits aberrantes. La formación de cognits aberrantes podría estar relacionada con la asignación incorrecta de relevancia a los contenidos mentales mediada por dopamina (18). Los síntomas psicóticos finales se

construirían sobre estos cognits aberrantes conformando organizadores psicopatológicos finales con significado para el sujeto(19).

El objetivo final de la rehabilitación cognitiva es que la percepción, la conducta, el lenguaje y el razonamiento del sujeto se adapten lo más posible al entorno. Podemos postular que en un sistema cognitivo bien adaptado existe poca variabilidad entre la realidad y su representación cerebral, es decir, existe un ajuste coherente entre ambos. La ROC pretende servir de marco en el que integrar las diversas técnicas de rehabilitación cognitiva actualmente existentes. Cada técnica hará hincapié en uno o varios cognits con funcionamiento aberrante; el objetivo de la ROC será la integración de todas ellas con un propósito común. Para lograr esa integración consideraremos, además de los principios estructurales de los cognits (encapsulación, herencia y polimorfismo), otros cinco principios referidos a la formación y rehabilitación de cognits: facilitación sináptica, constructivismo, ajuste, resistencia y plasticidad.

Facilitación sináptica: las redes neurales se forman por facilitación de las sinapsis entre las neuronas que las constituyen. Esta facilitación sináptica sigue dos reglas propuestas por Hebb (11, 20), que podemos adaptar a la modificación de cognits. Primera regla de Hebb: cuando un cognit activa repetidamente a otro, se incrementa la eficiencia con la que se realiza esta activación. Segunda regla de Hebb: si dos cognits se activan repetidamente de manera simultánea tienden a asociarse y entonces la activación de uno facilita la activación del otro.

Constructivismo: la conformación de cognits depende de la influencia del entorno. La experiencia ambiental juega un papel crucial

en el desarrollo de las redes neurales corticales desde el inicio de la ontogenia, y su influencia persiste hasta el final de la vida. En rehabilitación se dará prioridad a las técnicas que trabajen sobre situaciones cotidianas en el contexto en el que se producen.

Ajuste: El objetivo prioritario de la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia no será suplir, ni compensar. Estos objetivos son más propios de la rehabilitación de áreas corticales primarias que representan memorias de especie mínimamente modificables (por ejemplo en la rehabilitación de pareasias). El objetivo en la esquizofrenia será ajustar los cognits de la memoria asociativa del individuo para que su funcionamiento sea más adaptativo. Se trata de facilitar que el paciente construya cognits que representen mejor la realidad a partir de los ya existentes, por ello el enfoque terapéutico será centrado en el paciente mejor que directivo.

Resistencia: Cuanto mayor es la jerarquía de abstracción del cognit, la red neuronal que lo soporta está más ampliamente distribuida y es más resistente al efecto de eventuales lesiones cerebrales focales (10). Los agentes nosológicos de acción difusa sí que podrían dañar el funcionamiento de los cognits de jerarquía superior, resultando así que el grado de difusión del agente nosológico condicionaría sus manifestaciones psicopatológicas (21).

Plasticidad: Los cognits de jerarquía superior (más abstractos) son los más modificables. Tienen un anclaje más rico en cognits de jerarquía inferior y por lo tanto un mayor rango de variabilidad. Por ejemplo, el cognit semántico “mi hermano Pedro” se puede actualizar por los cognits de jerarquía inferior “nombre Pedro”, “voz de Pedro”, “cara de Pedro”, o incluso por el cognit conceptual de jerarquía superior “hermano” ya que las rela-

ciones entre cognits son “heterárquicas” y las jerarquías inferiores pueden evocar o ser evocadas por las superiores.

HACIA LA INTEGRACIÓN DE TÉCNICAS

En los últimos 20 años se han desarrollado diversas técnicas de rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia (para una revisión completa y actualizada ver (22)). Los primeros modelos de rehabilitación cognitiva que se aplicaron en la esquizofrenia, como el “Attention Process Training” (23, 24) (Entrenamiento de los Procesos Atencionales), buscaron fortalecer los procesos atencionales al igual que se había logrado en la rehabilitación del daño cerebral adquirido. Otras técnicas pioneras se centraron en la rehabilitación de conductas elementales mediante la aplicación de condicionamiento operante, como es el caso de las primeras experiencias que dieron lugar a los “módulos de Liberman” (25). El “Frontal / Executive Program” (Programación Frontal / Ejecutiva) (26) trabaja también sobre módulos ejecutivos para la regulación de la conducta: flexibilidad cognitiva, memoria operativa y planificación.

Otras técnicas integran el entrenamiento de procesos cognitivos básicos en un primer momento para después abordar aspectos de cognición social. Tal es el caso de la “Cognitive Enhancement Therapy” (Terapia de Realce Cognoscitivo)(27) o el “IPT” (Tratamiento Psicológico Integrado) (28). En otros casos se trabaja la decodificación afectiva del gesto, elemento clave para la cognición social, como hace la “Training of Affect Recognition” (Entrenamiento en el Reconocimiento Afectivo” (29).

Pero los tratamientos más recientes focalizan su interés, no ya en procesos cognitivos

básicos, sino en su gestión metacognitiva. Metacognición es todo conocimiento o proceso cognitivo que se refiera a, supervise o controle cualquier aspecto de la cognición (30). Conocimiento metacognitivo es la información que poseen los individuos acerca de su propia cognición o de la cognición en general. Por control metacognitivo, concepto equiparable al de función ejecutiva, se entiende la capacidad de planificar, asignar recursos, supervisar, comprobar y detectar y corregir errores en el funcionamiento de las funciones cognitivas básicas o instrumentales. La Terapia de Recuperación Cognitiva (9) es un buen ejemplo del enfoque actual predominante, centrado en al metacognición. Este tratamiento utiliza el conocimiento metacognitivo para una mejor comprensión por parte del paciente de sus fortalezas y debilidades, de las técnicas de compensación que utiliza, de su estilo cognitivo personal o de los factores motivadores personales. Destaca la importancia de utilizar el aprendizaje como una experiencia reforzante en si misma, que mejore la autoestima, los sentimientos de autoeficacia y la motivación. El objetivo final será mejorar las estrategias de control metacognitivo, poniendo de relieve la importancia de la motivación para optimizar el rendimiento cognitivo (31). De ahí que la rehabilitación cognitiva actual, por su énfasis en la motivación y en la afectividad, se encuentre cada vez más cerca de la psicoterapia.

Con esta revisión especulativa queremos llamar la atención sobre los puntos comunes de las diversas técnicas de rehabilitación cognitiva de la esquizofrenia. La teoría de cognits está ampliamente basada en experimentación psicofisiológica, lo cual aporta una sólida base experimental sobre la que investigar aplicaciones clínicas. Pero su aplicación al campo de la rehabilitación cognitiva aún es sólo un prometedor marco teórico. Es esperanzador pensar que pueda establecerse

un tránsito de conocimiento desde los sistemas artificiales de información a los modelos biológicos y psicopatológicos. Probablemente el futuro de la rehabilitación cognitiva pase por los sistemas informáticos, por la cibernética (32) y por la aplicación de sistemas basados en redes neuronales, al igual que ya está sucediendo con la rehabilitación motora. Las técnicas de rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia están empezando a mostrar cambios objetivables por neuroimagen (33) y probablemente estos cambios puedan comprobarse también pronto mediante el análisis no lineal de la señal electroencefalográfica (34). Pensamos que el modelo de ROC puede ayudar al uso de un

lenguaje común entre clínicos y teóricos de los sistemas de información. Para ello proponemos interpretar las distintas técnicas de rehabilitación como tratamientos enfocados al ajuste de cognits, ya sean perceptivos (reconocimiento de afectos, diferenciación perceptiva, percepción social, etc) o ejecutivos (entrenamiento ejecutivo, desarrollo de estrategias metacognitivas, etc). Ello contribuirá a establecer un esqueleto común integrador de todas ellas. En cualquier caso, al diseñar programas de intervención cognitiva en enfermos esquizofrénicos puede ser útil pensar en los principios de encapsulación, herencia, polimorfismo, facilitación sináptica, constructivismo, ajuste, resistencia y plasticidad.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) **Palmer BW, Heaton RK, Paulsen JS, Kuck J, Braff D, Harris MJ, et al.** Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychology* 1997;11(3):437-46.
- (2) **Harvey PD, Sharma T.** Understanding and Treating Cognition in Schizophrenia. A Clinician's Handbook. London: Martin Dunitz; 2002.
- (3) **Woodward ND, Purdon SE, Meltzer HY, Zald DH.** A meta-analysis of neuropsychological change to clozapine, olanzapine, quetiapine, and risperidone in schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005;8(3):457-72.
- (4) **Buchanan RW, Davis M, Goff D, Green MF, Keefe RS, Leon AC, et al.** A Summary of the FDA-NIMH-MATRICES Workshop on Clinical Trial Design for Neurocognitive Drugs for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 2005;31(1):5-19.
- (5) **Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A.** Empirical validation of competing definitions of schizophrenia: a poly-diagnostic study of cognitive impairment in non-affective psychosis. *Schizophr Res* 2007;95(1-3):39-47.
- (6) **Franco Martín M, Merino Barragán V, Orihuela Villameriel T.** Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. En: Rojo Rodes E, Tabarés Seisdedos R, editors. Manual práctico de cognición en la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Barcelona: Ars Medica; 2007. p. 109-146.
- (7) **Green MF.** Cognitive remediation in schizophrenia: is it time yet? *Am J Psychiatry* 1993;150(2):178-87.
- (8) **Hirsch S, Weinberger D.** Schizophrenia. 2 ed. Malden, Mass.: Blackwell Science; 2003.
- (9) **Wykes T, Reeder C.** Cognitive remediation therapy for schizophrenia. Theory and practice. London: Routledge; 2005.
- (10) **Fuster JM.** The cognit: a network model of cortical representation. *Int J Psychophysiol* 2006;60(2):125-32.
- (11) **Fuster JM.** Cortex and mind. Unifying cognition. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- (12) **Fodor J.** The modularity of mind. Cambridge MA: MIT Press; 1983.
- (13) **Martin A, Ungerleider L, Haxby J.** Category specificity and the brain: The sensory / motor model of semantic representations of objects. In: Gazzaniga M, editor. The new cognitive neurosciences. Cambridge, MA: MIT Press; 2000. p. 1023-1036.
- (14) **Kurtz MM, Moberg PJ, Gur RC, Gur RE.** Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev* 2001;11(4):197-210.

- (15) **Edelman G.** *Neural darwinism*. New York: Basic Books; 1987.
- (16) **Schach SR.** *Ingeniería de software clásica y orientada a objetos*. 6 ed. México: McGraw-Hill; 2006.
- (17) **Vargas M, Jimeno Bulnes N.** Are basic symptoms in schizophrenia associated with working memory deficits?: One cross-sectional study in acute patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2007;257(Supplement 1):33.
- (18) **Kapur S, Mizrahi R, Li M.** From dopamine to salience to psychosis—linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis. *Schizophr Res* 2005;79(1):59-68.
- (19) **Vargas ML.** Posibilidades de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia. *Rev Neurol* 2004;38(5):473-82.
- (20) **Hebb D.** *The organization of behavior*. New York: Wiley; 1949.
- (21) **Jimeno Valdés A.** *Psicopatología actual. Problemas y conjeturas*. Valladolid: Universidad de Valladolid; 1998.
- (22) **De la Higuera Romero J, Sagasta Ruiz E.** Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual y perspectivas futuras. *Apuntes de Psicología* 2006;24(1-3):245-266.
- (23) **Sohlberg MM, Mateer CA.** Effectiveness of an attention-training program. *J Clin Exp Neuropsychol* 1987;9(2):117-30.
- (24) **López-Luengo B, Vazquez C.** Effects of Attention Process Training on cognitive functioning of schizophrenic patients. *Psychiatry Res* 2003;119(1-2):41-53.
- (25) **Blasi R.** *Entrevista con el Dr. Robert Paul Liberman*. *Rehabilitación Psicosocial* 2006;3(1):33-37.
- (26) **Delahunty A, Morice R.** Rehabilitation of frontal/executive impairments in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 1996;30(6):760-7.
- (27) **Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, Carter M, Greenwald D, Pogue-Geile M, et al.** Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(9):866-76.
- (28) **Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD.** Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? *Schizophr Bull* 2006;32 Suppl 1:S81-93.
- (29) **Frommann N, Streit M, Wolwer W.** Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new training program. *Psychiatry Res* 2003;117(3):281-4.
- (30) **Moses LJ, Baird JA.** Metacognición. In: Wilson RA, Keil FC, editors. *Enciclopedia MIT de ciencias cognitivas*. Madrid: Editorial Síntesis; 2002. p. 814-6.
- (31) **Gorissen M, Sanz JC, Schmand B.** Effort and cognition in schizophrenia patients. *Schizophr Res* 2005;78(2-3):199-208.
- (32) **Jimeno Valdés A.** Psicorrehabilitación en el siglo XXI desde 50 años de experiencia. *Rehabilitación Psicosocial* 2006;3(2):69-76.
- (33) **Penades R, Boget T, Lomena F, Mateos JJ, Catalan R, Gasto C, et al.** Could the hypofrontality pattern in schizophrenia be modified through neuropsychological rehabilitation? *Acta Psychiatr Scand* 2002;105(3):202-8.
- (34) **Hornero R, Abasolo D, Jimeno N, Sanchez CI, Poza J, Aboy M.** Variability, regularity, and complexity of time series generated by schizophrenic patients and control subjects. *IEEE Trans Biomed Eng* 2006;53(2):210-8.

Dirección para Correspondencia:

Martín L. Vargas

Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora.

Avda. Hernán Cortés, 40

49021 ZAMORA

E-mail: vargasspain@gmail.com

Breve recorrido por la historia de la Rehabilitación Psicosocial en España

Short review of spanish history of Psicosocial rehabilitation

Ricardo Guinea

Médico. Psicoterapeuta.

Gerente de Programas Mil S Coop.

Presidente FEARP.

RESUMEN

El artículo pasa revista al recorrido de la Rehabilitación Psicosocial en España. Se consideran algunas referencias de sus planteamientos en la historia de la psiquiatría que explican la configuración de la RPS en el contexto de la psiquiatría, la psicología, legislación, servicios sociales o los derechos humanos en España. Se mencionan algunos hitos de la historia de la RPS en España, como la reforma psiquiátrica, la creación de FEARP y de otras organizaciones específicamente relacionadas con la RPS, como FEAFES. Se revisa el recorrido de FEARP y sus objetivos. Se revisa el punto de vista de las organizaciones específicas de usuarios en Europa y su posible desarrollo en España. Se aventuran hipótesis sobre posibles líneas de desarrollo futuro de la RPS.

Palabras clave: *Rehabilitación Psicosocial. España. Reforma Psiquiátrica. FEARP. Recorrido histórico.*

La definición del campo de la rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental grave y duradera, al igual que en otros países del mundo desarrollado, se introduce en España con creciente energía – y con retraso – casi contemporáneamente a la aparición del mundo global, donde la información fluye con rapidez, y las ideas que animan los servicios y sistemas sociales y sanitarios interaccionan entre si y con la realidad local con gran rapidez.

ABSTRACT

The article revises the pathway of Psychosocial Rehabilitation in Spain. Some historic references in psychiatry, psychology, legislation, social services or human rights are considered. Main milestones are mentioned, such as the Spanish psychiatric reform, the creation of FEARP and families organizations such as FEAFES and other user's organizations. The trajectory and targets of FEARP is summarized. The point of view of users organizations in Europe is mentioned and possible future development lines in Spain are venturated.

Keywords: *Psychosocial Rehabilitation. Spain. Psychiatric reform. FEARP. Historical trajectory.*

Cuando se intenta tomar cierta perspectiva respecto de los procesos de cambio social, resulta interesante comprobar como la aparición y transmisión de un sistema de ideas y valores sostenido por organizaciones de la sociedad civil, aplicado a un determinado campo, tiene el potencial de transformarlo. Este trabajo pretende dar una idea de como ello se ha producido en España respecto de la Rehabilitación Psicosocial (RPS)

Sería difícil considerar que la inspiración para las reformas psiquiátricas que se abren paso en la segunda mitad del siglo XX en el panorama internacional son originales. Ideas basadas en el tratamiento “humano” de la persona con enfermedad mental aparecen implícitas con claridad por ejemplo en la revolución de Pinel en el París del siglo finales del siglo XVII, e incluso mucho antes (1).

A mediados del siglo XX, la atención crítica de muchos clínicos y también de algunos intelectuales se volvió hacia las instituciones psiquiátricas. Las descripciones que se hizo de ellas, de su miseria e ineficacia, abrió la puerta a la evidencia de la necesidad de introducir cambios en todo el sistema psiquiátrico, que se fue produciendo de manera desigual, en parte como una evolución, pero a veces también a partir de algunas iniciativas emblemáticas, como las de Franco Basaglia en Italia, o de Ronald Laing y sus colegas de la antipsiquiatría en el Reino Unido, en el curso de un gran proceso desinstitucionalizador en occidente, que fue el banco de laboratorio sobre el que se fueron elaborando las ideas que condujeron a los modelos más elaborados de psiquiatría comunitaria.

Con el avance de las reformas y la acumulación de experiencias, fue apareciendo un campo amplio y heterogéneo que se inscribe en la psiquiatría, y se amplía a la psicología, la atención a la discapacidad, al trabajo social y hasta al territorio de la defensa de los derechos humanos, que se va perfilando con algunos rasgos identitarios particulares, que le permiten una visualización específica, y que explican la aparición de organizaciones específicas referidas al sintagma “rehabilitación psicosocial”, y que identifican organizaciones donde se encuentran un conjunto heterogéneo de profesionales representativos de las profesiones intervi-

nientes en los procesos de Rehabilitación (de la psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, etc.) pero también de familiares y allegados de las personas enfermas, y afectados.

La Rehabilitación Psicosocial (RPS), que en definición de Saraceno en los años 80 comienza como “una práctica en espera de una teoría” (2), va encontrando algunos hitos que condicionan el desarrollo de su visión y de sus organizaciones. Estos hitos o puntos de inflexión podrían describirse como:

- El impulso de la des-institucionalización para la reubicación de los pacientes y la medida de sus consecuencias (los fenómenos de “puerta giratoria”, la evidencia de necesidad de acompañarla con el desarrollo de una red de recursos comunitarios).
- La aparición de un campo teórico que plantea la necesidad de preparar a los pacientes para la vida en la comunidad, y aparece así la RPS como un conjunto de técnicas y estrategias orientadas a mejorar las oportunidades de los pacientes en la desinstitucionalización (y así el desarrollo de “modelos”, como los basados en la psicoeducación, en la modificación de conducta, en la rehabilitación cognitiva).
- Luego, en una ampliación de sus metas, se pone el énfasis en el enfoque del reajuste personal, residencial, los derechos de ciudadanía, el empoderamiento (empowerment) de los afectados, y por último -pero no menos importante-, la elaboración del concepto de recuperación (recovery), que permitiría visualizar el objetivo hacia donde se dirigirían los esfuerzos de los grupos y de los del sistemas de ayudas implicados.

En España, los análisis de los Basaglia, Laing, Foucault, y demás intelectuales de los años sesenta, encuentran eco en algún trabajo destacado, como el “Miserables y locos”, del sociólogo Álvarez-Uría (4), que hace un repaso de la situación de la asistencia psiquiátrica española, demostrando documentadamente, al igual que hicieron previamente algunos de sus colegas de otros países, que los manicomios en nuestro país (3), funcionaron durante muchos años con estándares de calidad deficientes debido a las debilidades y perversiones del modelo manicomial en si mismo (esencialmente derivadas de la extracción de la persona de su ámbito de vida habitual, y su “tratamiento” en un medio social asilar, pseudo-hospitalario y artificial, y habitualmente en condiciones de masificación), pero también a las dramáticas condiciones de falta de medios en el que se desarrollaron muchas prácticas manicomiales. Trabajos como el citado prepararon las condiciones intelectuales para que se planteara la reforma psiquiátrica y comenzaran las reacciones institucionales.

Habría que referirse también como antecedentes, en la línea y el modo en que este tipo de acontecimientos ideológicos iban llegando a España en los aquellos tiempos, a sus réplicas españolas de las experiencias pioneras de transformación de hospitales psiquiátricos, en Valencia, Conxo, u Oviedo durante los años 70.

Así llegamos a 1985, en que se pone en marcha, bajo la dirección del llorado Ernest Lluich, el grupo de trabajo encargado de elaborar el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (5), que destaca sin ambigüedad la situación de “discriminación de la atención psiquiátrica y de la salud mental por parte de los poderes públicos” y propone los principios básicos que, desde la óptica de entonces, representaban cambios

poco menos que revolucionarios hacia las reformas necesarias, entre las que destacaríamos la necesidad de incluir la atención a la salud mental dentro del campo de la salud general, y la idea de que la salud mental no es un asunto que se agote en el ámbito sanitario, por concurrir otros ámbitos como los sociolaborales o los económicos.

Seis años después, el Defensor del Pueblo, en su informe “Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España” de 1991 (6), hace una importante revisión de los dispositivos psiquiátricos en nuestro país - incluso visitando físicamente muchos de ellos - y emite un sobrio informe técnico, que da cuenta pormenorizada de las de las numerosas insuficiencias del sistema de atención de ese momento, que incluyen la consabida función eminentemente asilar de muchos de los hospitales psiquiátricos, la presencia de alta proporción de internados que no serían estrictamente pacientes psiquiátricos, la falta de estructuras intermedias que permitieran poner en práctica de manera racional la estrategia de desinstitucionalizadora, etc. Y concluye con numerosas recomendaciones de tipo general y otras de carácter particular relacionadas con deficiencias detectadas en muchos los centros psiquiátricos visitados.

En este contexto, pocos años antes, podemos encontrar los primeros antecedentes de movimientos institucionales directamente relacionados con la *rehabilitación psicosocial*. Las referencias mas específicas las comenzamos a encontrar en 1986 con la creación de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial en Vienne, Francia (más conocida por sus siglas inglesas WAPR), impulsada por un reducido grupo de psiquiatras sociales de diversas partes del mundo, encabezados por el británico Oliver Wilson.

Esta organización sigue la senda abierta por otras grandes agencias internacionales que se crearon a mediados del siglo XX como la Federación Mundial para la Salud Mental WFMH (creada en 1945 al albur de la aparición de la ONU), pero con las características de delimitar mucho más su campo de interés para orientarlo a la transformación de la atención a las personas con enfermedades mentales más severas (las que tradicionalmente habían sido tratadas institucionalmente) y extender su ámbito de intervención a todo el mundo.

Las ideas fundacionales de WAPR aparecen explícitamente en la declaración conjunta WAPR -OMS de 1996, donde se recomienda un modelo de atención que incluya:

- Acceso a tratamiento médico óptimo.
- Apoyo para la vida independiente.
- Apoyo a la red de soporte natural, y especialmente a la familia.
- Aporte a los usuarios de información sobre los recursos disponibles.
- Hacerse cargo eficazmente de las dificultades y necesidades de vivienda de los usuarios (subrayando que ello se debe hacer en lugares que parezcan hogares y no hospitales)
- Ocuparse de las necesidades de inclusión social a través del ocio y el tiempo libre.
- Estar adecuadamente coordinado, de manera que las intervenciones sean sinérgicas y eviten los riesgos de fragmentación y dispersión.

Como puede comprobarse, aparte de esta especificidad de su campo de interés, que se

observa en su foco monográfico por las personas más gravemente enfermas del panorama psiquiátrico, sus ideas se inscriben más o menos explícitamente en el cauce de la psiquiatría comunitaria.

En declaraciones posteriores, A. Barbato (17) enuncia como prioridades de su actuación:

- El desarrollo de políticas comunitarias de salud mental.
- Orientación hacia modelos psicosociales de investigación.
- Formación continua de los trabajadores en modelos integrados más allá del reduccionismo biomédico.
- Mantener la vocación de transformación de la realidad asistencial en los muchos países del mundo en que la asistencia es insuficiente, pobre o inexistente.
- Aceptación sin ambigüedades del diálogo con los movimientos de familiares, de usuarios, con los administradores de los sistemas sociales, sanitarios, y todos los caracteres implicados en la rehabilitación.

En España, a los profesionales de mi generación, el conjunto de ideas reunidas bajo el sintagma rehabilitación psicosocial impulsadas desde la WAPR, comienzan a llegar en forma de artículos publicados (V. Aparicio, S. Rebolledo), y de encuentros de trabajo con determinados portavoces que las impulsan en forma de transmisión personal (como las visitas de B. Saraceno), y que van instalando en sintonía con las ideas que impulsarán la reforma psiquiátrica, que son defendidas por las sociedades científicas que defienden modelos basados igualmente en las ideas de sani-

dad pública (como la Plataforma para la Defensa de la Sanidad Pública) y la psiquiatría comunitaria (como la Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN, de dilatada trayectoria en nuestro país).

Mención especial entre los antecedentes merece el I Congreso de ARAPDIS de finales de los años 80, bajo la dirección de Ramón Blasi, que fue posiblemente el primer evento científico de cierta magnitud estatal con convocatoria relacionada específicamente con la Rehabilitación Psicosocial.

Las siguientes referencias necesarias las encontramos en los trabajos publicados por la Asociación Española de Neuropsiquiatría, una importante colección de documentos que constituyen una referencia imprescindible, entre los que podemos destacar el volumen “Cronicidad en Psiquiatría” de 1986, coordinado por Julián Espinosa (1), al que ha seguido otros de la colección “Cuadernos Técnicos” como el dedicado a la “Situación de los Enfermos Mentales” del año 2000, o el denominado “Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones” del año 2002, que dan cumplido testimonio de la implicación de la AEN en este campo (7).

En 1991 se creó en Madrid la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP) (8), que durante algunos años resultó pionera del desarrollo de organizaciones específicamente orientadas a promover la mejor atención de personas con enfermedad mental. La AMRP tiene desde su creación por ámbito territorial de actuación la Comunidad de Madrid, y ha venido desarrollando una significativa actividad de promoción de las prácticas de RPS.

Entre las actividades de la AMRP estuvo la creación de un boletín que luego se trans-

formo en revista, donde se estimuló la producción de trabajos originales en RPS y, sobre todo, se estableció una línea editorial inicial muy definida, liderada por Miguel Donas, que exigía inversiones y reformas en la Comunidad de Madrid en momentos en que ya se empezaba a temer que el Impulso inicial de la Reforma Psiquiátrica se perdiera y difuminara.

El perfil de socios de AMRP, que luego se repetirá en las demás asociaciones creadas en su estela, es decididamente interdisciplinar, con psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, monitores, educadores, etc.

La AMRP también estableció una línea de organización de eventos científicos de creciente interés y calidad. Ha establecido una línea de trabajo que se mantiene con energía hasta la actualidad, a la que se van integrando brillantemente nuevas generaciones de profesionales que han completado su formación en su estela.

La AMRP mostró enseguida su interés por inscribirse en la perspectiva global de los nuevos tiempos, y ya desde el II Congreso WAPR de Milán – a primeros de los años 90-, estableció relación con ella con propósitos científicos e institucionales, pero se encontró con que WAPR, como entidad internacional, solo establecía relación con las ramas nacionales de los países y no con organizaciones regionales.

Así surgió la idea de ampliar el ámbito de actuación de la AMRP para poder trabajar en la promoción de la Rehabilitación en todo el territorio estatal, para lo que en ocasión congreso WAPR de París en 2001, y con el impulso de AMRP, de un puñado de profesionales de distintas partes de España, se lanzó tras la idea de crear una Federación de

Asociaciones, que se sustanció en un encuentro Madrid en el curso del III Congreso de la AMRP, y posteriormente en Barcelona en el del II Congreso ARAPDIS, en que la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial celebró su asamblea constituyente como FEARP (9) y se nombró la primera junta directiva.

Las actividades desarrolladas por FEARP desde su creación en 2001 han sido en síntesis:

- Mantenimiento del interés y la iniciativa hacia la RPS, para influir en el sentido de que se complete el desarrollo del sistema de la atención en todo el territorio nacional. Como instrumento para ello, se ha animado a que se creen asociaciones profesionales de RPS en todas las CCAA. En la actualidad FEARP tiene asociaciones en Madrid, Cataluña, Aragón, Asturias, País Vasco, Castilla La Mancha, Castilla León, Canarias y Cantabria, y están en vías de federarse asociaciones de Valencia y Extremadura.
- La creación de la Revista “Rehabilitación Psicosocial” (10) bajo la dirección colegiada de Martín Vargas y Ramón Blasi. Esta revista representa un paso más en las publicaciones sobre rehabilitación psicosocial en castellano. A diferencia del boletín y sucesivamente revista de AMRP, que se pensaron como boletines de difusión sin exigencias formales excesivas, “Rehabilitación Psicosocial” se crea con criterios de edición exigentes, con la financiación de Astra-Zeneca y la edición de DOYMA, con la pretensión de que tenga las mejores garantías de calidad en cuanto a su metodología, bibliografía, etc. Además, se puede consultar en línea de manera gratuita por Internet desde el portal de DOYMA, por lo que se la podría considerar la primera publicación global de RPS en castellano.
- La organización de “Simposia Latinos” en congresos internacionales de WAPR, como los convocados en el congreso Internacional de WAPR en Nueva York en agosto de 2003 o en Atenas en 2006. Estos simposia tienen por objetivo poner en relación a los profesionales españoles con los profesionales del resto del mundo, de manera que tengamos la oportunidad de sentirnos plenamente integrados en la comunidad científica internacional y, adicionalmente, de potenciar el uso del idioma español como lengua de intercambio científico. Podemos concluir que estas modestas iniciativas representaron éxitos, reuniendo en cada ocasión a grupos de profesionales latinos de la de ambos lados del Atlántico, incluyendo colegas de Portugal y Brasil. Como indicador, recordemos que en el último Congreso WAPR de Atenas en 2006, la delegación española con más de 40 asistentes, fue la tercera más numerosa del mundo.
- La organización en Madrid del I Congreso FEARP, en octubre de 2005, representó un extraordinario esfuerzo de presentación de la Federación, que logró contar con algunas de las autoridades científicas de primer rango mundial en el campo de la Rehabilitación Psicosocial como J. Leff, M. Farkas, V. Roder, incluyendo la presencia del entonces Presidente de WAPR, el italiano A. Barbato. El Congreso actuó por primera vez en España como anfitrión de una reunión de la directiva de la WAPR, el la que desde el Congreso de Nueva

York formamos parte como J. Uriarte y yo mismo, con presencia de casi veinte delegados internacionales.

- El Observatorio de Rehabilitación, bajo la dirección de Francisco Villegas y en colaboración con AEN, ha pretendido realizar un inventario a escala estatal de distintos datos indicadores que permitan monitorizar en una perspectiva temporal la evolución de los servicios de RPS en España. Esta iniciativa, ambiciosa y de gran complejidad técnica, afronta grandes dificultades por la dispersión de la información que pretende reunir y la dificultad de encontrar fuentes actualizadas de información en cada una de las 17 comunidades autónomas. No obstante, este instrumento es susceptible de mejora y el proyecto será de gran interés como indicador de evolución de la situación en RPS cara al futuro.
- La página Web de FEARP, en www.fearp.org mantenida por J. Uriarte, que es un instrumento de comunicación y difusión global.
- FEARP tiene el proyecto de ser interlocutor de las Administraciones. Esta tarea es muy compleja, tanto como lo que hay en la actualidad detrás de la palabra “Administración”, que más que a un interlocutor único es parece a una compleja red de instituciones de responsables de la atención social, sanitaria, de fomento del empleo, etc. a varios niveles (estatal, autonómico.) Como primer resultado de este proyecto, recientemente hemos concluido un documento llamado “Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental” (18) elaborado en colaboración con FEAFES, AEN, Hermanas

Hospitalarias e IMSERSO, que pretende ser un instrumento más para elaborar los consensos técnicos y establecer nuestra posición respecto de lo que consideramos deben ser las prioridades políticas.

En cuanto a las posiciones de FEARP, que con particularidades locales se inscribirían en las líneas maestras del mencionado documento WAPR-OMS, puede ser de interés recordar las conclusiones redactadas tras el I Congreso FEARP 2005 (11), en las que en nombre de FEARP se asume que:

- Existen razones epidemiológica y socialmente consistentes, avaladas por consensos científicos y por organizaciones internacionales, para pensar que la RPS debe ocupar un lugar fundamental entre las prioridades de los sistemas públicos de salud y de servicios sociales.
- Se acepta el concepto de “recuperación” como el objetivo del proceso de rehabilitación, así como que los recursos y servicios deben orientarse a facilitar a los usuarios las oportunidades adecuadas de lograr ese objetivo.
- Se asume como prioritaria la búsqueda de procedimientos de evaluación y validación de las intervenciones; este tipo de investigación se perseguirá preferentemente con metodologías evaluables y basadas en pruebas, buscando las intervenciones que mejor efectividad y eficiencia ofrezcan en el medio y largo plazo, tendrán en cuenta tanto variables cualitativas como cuantitativas, e incluirán como una de las variables la satisfacción del usuario.
- Se asume la importancia de buscar los mejores cauces de comunicación con

los demás actores implicados en el proceso de Rehabilitación, especialmente con los usuarios y los familiares cuidadores.

Otra de las actuaciones de FEARP ha sido la de aportar expertos a nivel internacional en la difusión de los planteamientos transformadores de la Rehabilitación y de la perspectiva comunitaria. Así contamos ya con experiencias de cooperación Internacional con la Republica de Panamá, Brasil y Túnez, en el que hemos tenido el honor de participar algunos miembros de FEARP.

Estas intervenciones, que aportan nuestra experiencia de transformación sobre otros países y nos permiten observar como se valoran nuestras transformaciones desde otros países, nos permiten tomar también una rica perspectiva sobre nuestra experiencia en España. Sin falsas complacencias, la experiencia de real de transformación de la situación en España partiendo de la situación en que nos encontrábamos en los años 60 y 80, tomada en perspectiva, nos permite ser conscientes del camino recorrido - sin olvidar el que queda por recorrer hasta lograr lo que debería ser un sistema satisfactorio para un país como el nuestro.

Por otra parte, nos recuerdan nuestro pasado y lo que aún es el presente de muchas personas en todo el mundo, y también aun en España: insuficiencia de medios, tratamientos inadecuados, tratamientos incapaces de orientar hacia la recuperación de a la persona. En Panamá nos contaban de un hospital donde no había cucharas para tomar la comida; en varios países de Latinoamérica, los responsables de sus programas de salud mental nos hablaban de la dificultad de conseguir aprovisionamiento estable de los medicamentos

más esenciales. En Túnez miran con respeto nuestro “milagro español” y nos estudian para ver como empezar a implantar un sistema público de salud mental. Pero también en países de renta alta como Japón o Taiwan encontramos aún sistemas que favorecen las largas hospitalizaciones -que hemos logrado evitar en España-, y nos dan la perspectiva de que no sólo es un problema económico el de la asistencia de calidad, sino también de conceptos y de ideas, y de que es posible en países de rentas mas bajas - como Brasil - establecer sistemas de orientación comunitaria y vocación de servicio público.

Otro de los ejes importantes en el panorama estatal es el que representa el desarrollo de las asociaciones de familiares. El movimiento de familiares en España ha tenido un desarrollo rápido y enérgico desde los primeros momentos del movimiento asociativo en Madrid y Barcelona, hasta la generalización de la implantación de estas asociaciones que cubren ya casi todo el territorio estatal. Estas organizaciones han tenido un papel de apoyo mutuo, de concienciación social y a veces también, subsidiariamente y, en un contexto de gran falta de recursos, de emprendedores, organizadores y titulares de recursos.

Existen multitud de asociaciones en todo el territorio estatal, que han sido creadas a impulso de las familias y muchas veces, con el apoyo de las administraciones. FEAFES (12) es la Confederación Española que las agrupa, desde 1983. La misión expresa de FEAFES es la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familias, la defensa de sus derechos y la representación y defensa del movimiento asociativo. Tiene una orientación esencialmente reivindicativa que trabaja en los diferentes foros y entidades a los que tiene

acceso. FEAFES es miembro fundador de la Federación Europea de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (EUFAMI); miembro de la World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WFSAD); de la World Federation for Mental Health (WFMH); de Mental Health Europe (MHE); del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y del Patronato de la Fundación ONCE.

El otro capítulo del papel de las organizaciones de la sociedad civil, que se une a las organizaciones de profesionales y de familiares, es el de las organizaciones de usuarios. En España, estas organizaciones no tienen aun gran recorrido ni visibilidad, pero existen esbozos prometedores. Su existencia - la de organizaciones de usuarios para su auto-representación, no ha estado libre de cierta controversia, debido fundamentalmente a que se considere que estas organizaciones estarían incluidas en las de familiares, o que a dudas -de distinto tipo- de que las personas enfermas puedan legítimamente erigirse en representantes de las personas enfermas. Ambas objeciones parecen ir cediendo: las organizaciones de familiares comienzan a aceptar que los usuarios puedan tener su propia voz, en ocasiones incluso en discrepancia con ellas, como sucedió recientemente en el debate de la ley de Tratamiento Involuntario, apoyada por los familiares y contestada por los usuarios. En cuanto a la segunda objeción, el concepto de recuperación como cuestión de principio, rompe con la idea de que una persona enferma no pueda representarse a sí misma o tomar parte de asociaciones civiles.

En España, en el I Congreso de FEARP de Madrid, se auspició una sesión plenaria formada íntegramente por usuarios, coordinada por el holandés Rene van der Male, uno de

los representantes de los usuarios en la WAPR, con aportaciones destacadas de ADEMM de Cataluña y de Asociación Alonso Quijano de Madrid.

En esto, en España aun queda camino por recorrer. En 2005, en Milán, bajo el auspicio de WAPR, se celebró un encuentro al que asistieron mayoritariamente usuarios de distintas organizaciones, en número superior a 400, y se debatió, en condiciones de equiparación, sobre las prioridades percibidas por los usuarios en el proceso de recuperación.

Esta reunión convocó a representantes de organizaciones de usuarios como WNUSP (13) (World Network of Users and Survivors of Psychiatry, Red Mundial de Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría) o ENUSP (European Network of Users and Survivors of Psychiatry, Red Europea de Usuarios y Supervivientes de la Psiquiatría), su versión europea.

WNUSP, que agrupa a usuarios representantes de sus organizaciones estatales, se reunió por vez primera en México en 1991 y se ha venido reuniendo periódicamente por todo el mundo con frecuencia como mínimo anual. En su Plan de Acción 2004-08, sus prioridades expresas son esencialmente:

- Promover el respeto a los derechos humanos en los entornos psiquiátricos.
- Desarrollar redes organizadas de usuarios.
- Promover el papel de WNUSP como representante global de la voz de los usuarios.
- Desarrollar estrategias de desarrollo institucional (buscando fuentes de financiación de sus actividades, con obje-

ciones a aceptar dinero de la industria farmacéutica).

- Desarrollar modelos no medicalizados de recuperación.

Es muy interesante, y no solo a nivel testimonial, el papel y el punto de vista de estas organizaciones. Nótese que, desde su auto-denominación, fruto de un arduo debate interno (“supervivientes de la psiquiatra”), no esconden su posición desconfiada, crítica y reivindicativa frente a las prácticas prevalentes de la psiquiatría clínica “normal”.

En Alemania, otra organización se auto-denominaba de los “experimentados” de la psiquiatría, nos da otra pista de por donde podrían desarrollarse sus planteamientos futuros. Esta suspicacia hacia la psiquiatría – o deberíamos interpretar quizás hacia “cierta psiquiatría”-, fruto de sus experiencias, no debe ser confundida con actitudes extravagantes o inconsistentes, y recogen en realidad un testimonio y un valor muy apreciable de su capacidad real de interlocución, acreditada por ejemplo en sus trabajos en coordinación con la ON, u otros organismos como la misma WAPR. Ello ha sido reconocido por autoridades de la OMS como B. Saraceno, que propuso en el curso de la reunión de Milán, la celebración de una conferencia mundial de usuarios en 2009 (19).

Antes de concluir este breve repaso, merece la pena recordar algunas de las orientaciones que están apareciendo en los años recientes en Europa y el Mundo.

Desde el punto de vista mas global, la OMS ha impulsado con mucha energía el papel de la salud mental como componente esencial de la salud general, no ya como componente del bienestar, sino poniendo de

relieve que su valoración como causa etiológica de situaciones de discapacidad ha sido tradicionalmente subestimado. Según el informe OMS de 2001 “La salud mental en el mundo” (14), los factores reaccionados con la salud mental en su conjunto, tienen una importancia como factor etiológico de discapacidad comparable a las enfermedades cardiovasculares y se plantea que se les debe prestar un nivel de atención social equiparable. La estrategia de OMS, basada en el intercambio de información, además de la difusión de consensos sobre buenas prácticas, parecidos a aquellos en los que WAPR y FEARP pueden reconocerse ampliamente en sintonía, tiene uno de sus índices en el proyecto Atlas (20), una especie de Observatorio Global en el que cada país puede mirarse para comparar su situación con los demás y extraer sus propias consecuencias.

En desarrollos consecuentes a las recomendaciones de OMS y WAPR, a nivel de la Unión Europea a la que pertenecemos, se han tomado iniciativas a nivel de Ministros de Sanidad, que llaman la atención sobre la importancia de mejorar la atención en salud mental, con recursos suficientes y orientaciones idóneas, especialmente a las personas mas enfermas, y elaboran la “Declaración sobre Salud mental de los Ministros Europeos de Helsinki” (16) de 2005 y el “Libro Verde: mejorar la salud mental” (15), documentos que aspiran a ser vinculantes y con vocación de mantener el impulso para mejorar la atención a la salud mental de los europeos. Otra orientación que probablemente cobrará creciente interés en este campo será la de la atención precoz.

Algunos países ya están empezando a poner en práctica los compromisos. Esperemos que España se una pronto a ellos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) **Espinosa, J.:** "Cronicidad en Psiquiatría". AEN Ed. Madrid. 1986.
- (2) **Saraceno, B.;Montero, F.:** "La rehabilitación psicosocial entre modelos y prácticas", en V. Aparicio (Coord.) Evaluación de Servicios en salud mental. AEN. 1983.
- (3) Una revisión de la evolución del concepto de rehabilitación en el mundo anglosajón se puede encontrar en Wtats, F.; Bennet, D.: "Rehabilitación psicosocial, Teoría y práctica", Noriega Ed. Méjico1990.
- (4) **Álvarez-Uría, F.:** "Miserables y locos". Cuadernos Ínfimos. Tusquets Ed. Barcelona 1983.
- (5) El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica; fue coordinado por E. Lluch en 1985. Se puede encontrar en línea en Papeles del Psicólogo nº 26. Junio 1986.
- (6) Defensor del Pueblo: Situación Jurídica y Asistencial del enfermo mental en España". Informes, Estudios y Documentos. Madrid, 1991.
- (7) Las publicaciones de AEN a las que hacemos referencia se pueden encontrar en línea en su Web www.aen.es
- (8) Información sobre la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial AMRP en www.amrp.info
- (9) Información sobre la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial FEARP en www.fearp.org
- (10) La Revista Rehabilitación Psicosocial, se edita en papel, pero se puede acceder a ella gratuitamente desde la Web de DOYMA www.doyma.es
- (11) "I Congreso FEARP: Conclusiones". En www.fearp.org en el vínculo sobre "Documentación".
- (12) Información sobre FEFES en www.feafes.com
- (13) Se puede acceder a información sobre el trabajo y las opiniones de las organizaciones de usuarios de World Network of Users and Survivors of Psychiatry en www.wnusp.net
- (14) "Informe OMS La Salud Mental en el Mundo", se puede consultar en línea en español en www.who.int/whr/2001/es/index.html
- (15) El "Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia Una Estrategia de la Unión Europea materia de Salud Mental" ha sido editado por la Comisión de las Comunidades Europeas en Bruselas en 2005, se puede encontrar en español en línea en <http://europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11570c.htm>
- (16) La "Declaración Europea de salud Menta de Helsinky" de los Ministros de Sanidad de la región Europea de la OMS de se puede descargar encontrar en línea en: www.cgcom.org/internacional/europa_dia/2005/176_salud_mental.htm
- (17) **Guinea, R.:** Entrevista con Angelo Barbato" WAPR Bulletin, nº 20, mayo de 2006. www.apr.info
- (18) **Guinea, R. (Coord.):** "Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental". Imsero Ed, Colección Documentos. Madrid 2007. Se puede descargar de www.fearp.info
- (19) **Saraceno, B.:** "Psychiatric Services Users: the WHO Perspective" en WAPR Bulletin nº16, November 2005. www.wapr.info
- (20) **Proyecto Atlas;** www.who.int/globalatlas/default.asp

Dirección para Correspondencia:
Hospital de Día Madrid.
Manuel Marañón, 4.
28043 - Madrid
guinea@hdmadrid.org

El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: un pacto con la realidad

The Avilés model for implementation of Community Assertive Treatment: dealing with reality

Juan José Martínez Jambrina

Psiquiatra. Coordinador Servicios de Salud Mental del Área de Avilés.

Servicio de Salud del Principado de Asturias. SESPA

RESUMEN

Uno de los principales objetivos que debe perseguir un modelo comunitario de asistencia en Salud Mental es lograr la permanencia y la mejor adaptación posible de las personas con enfermedades mentales más graves a su medio social y familiar habitual. Pensamos que con la actual configuración de las redes de Salud Mental este objetivo queda muy lejos de ser cubierto, en especial en los casos con mayores discapacidades y necesidades.

En Avilés se puso en marcha en 1999 un Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario basado en el modelo estadounidense de Stein y Test. Las visitas domiciliarias y las intervenciones "in vivo" con los pacientes son la norma de nuestra modalidad de intervención. Se han conseguido llamativas reducciones en los reingresos hospitalarios de los pacientes así como ha mejorado la satisfacción de las familias con los cuidados y la adherencia de los pacientes a los seguimientos.

Pensamos que el modelo actual que encarga los cuidados de todas las personas con TMG a los Centros de Salud Mental debe ser cuestionado sobre todo en los casos con mayor discapacidad y gravedad clínica.

El Modelo Avilés es una adaptación del modelo TAC norteamericano a la realidad asistencial es-

ABSTRACT

One of the main aims that a community model of assistance in Mental health should follow is the achievement of permanence and the best possible adaptation of people with severe mental illness to their usual social and familiar environment. In our opinion using the current configuration of the mental health system, the main aim, mention above, is far from being covered, especially treating people with severe disabilities or needs.

An Assertive Community Treatment was started in Avilés in 1999 based on Stein and Test's american model. Home visits and 'in vivo' interventions with patients is standard practice in our modality of intervention. Not only an important reduction in readmissions to hospital has been obtained but also an improvement related to satisfaction of families with the treatment and the adherence of patients to the treatment itself.

In our opinion the current model that allocates the patients with TMG in the care of the Mental Health Centres must be called into question, especially treating cases with important disabilities or seriously ill patients.

The Avilés model is an adaptation of the american TAC model to the reality of the Spanish Mental Health System care that can facilitate the implementation of these devices which has

pañola que puede facilitar la implantación de estos dispositivos que tan eficaces se han mostrado en los estudios publicados hasta el momento.

Palabras Clave: *tratamiento asertivo comunitario; intervenciones domiciliarias; trastorno mental grave; modelo Avilés; rehabilitación psicosocial.*

been shown so effective in the published study so far.

Keywords: *assertive community treatment; home visits; severe mental illness; Aviles Model; psychosocial rehabilitation.*

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales constituyen una de las causas más frecuentes de carga de enfermedad en el mundo. Su incidencia y prevalencia, su gran repercusión sobre la morbi-mortalidad, su enorme impacto sobre la calidad de vida de los pacientes y familiares y el elevado consumo de recursos del sistema sanitario que comportan hace que este tipo de enfermedades sea uno de los principales retos sanitarios a los que se enfrentan los sistemas de salud. En España, se estima que en torno al 9% de la población presenta en la actualidad algún tipo de trastorno relacionado con la salud mental y a lo largo de su vida lo experimentará algo más del 15% del conjunto de los españoles. No existen suficientes datos para valorar el coste económico exacto que esta carga de enfermedad supone en Europa, pero se estima que está entre el 3 y el 4% del PNB, por encima de los 182.000 millones de euros anuales, de los cuales el 46% corresponde a costes sanitarios y sociales directos y el resto a gastos indirectos debidos a la pérdida de productividad, asociada fundamentalmente a la incapacidad laboral.

Con el cierre de las grandes instituciones, la vida de las personas con trastornos mentales graves ha pasado a desenvolverse en sus hogares familiares o en residencias y, con ello, sus necesidades se han ido acercando a las de la población sana. En los últimos años,

buscando garantizar la seguridad al mismo tiempo que respetar los derechos de los y las pacientes, se ha ido imponiendo en Europa un modelo organizativo de tipo comunitario para la atención a la salud mental. Numerosos estudios muestran que, a igualdad de gasto, el modelo comunitario es más eficaz, mejora más la calidad de vida y produce una mayor satisfacción en los y las pacientes y sus familiares que la asistencia en el hospital psiquiátrico monográfico. En nuestro país, el modelo de psiquiatría comunitaria está respaldado por la Ley General de Sanidad (1986).

La recuperación tras un trastorno mental grave implica dos procesos paralelos y complementarios que requieren ser promovidos. El primero tiene que ver con los aspectos clínicos del trastorno y supone la recuperación de la salud en sentido estricto. El segundo es un proceso de cambio y de crecimiento personal, basado en la esperanza, la autonomía y la afiliación, orientado a superar los efectos negativos para el desarrollo personal que tienen los trastornos mentales y recuperar al máximo las capacidades como individuo y como ciudadano.

TRASTORNOS MENTALES GRAVES

Con el desarrollo de la reforma psiquiátrica y los procesos de desinstitucionalización, se produjo entre las autoridades sanitarias la necesidad de conocer la situación de las per-

sonas con trastornos mentales graves. Para diferenciarlos de los trastornos mentales comunes (más frecuentes y, por regla general, menos discapacitantes), se han establecido criterios basados en la gravedad clínica, el grado de discapacidad y el nivel de dependencia. La mayor parte de estudios se han centrado en la esquizofrenia y el trastorno bipolar, si bien es necesario señalar que, en este grupo, se pueden incluir otros trastornos como el obsesivo-compulsivo, ciertos trastornos de personalidad o los alimentarios, cuando se manifiestan con una gravedad elevada y requieren para su abordaje la intervención de varios profesionales de distintas disciplinas.

Los trastornos mentales graves afectan a un 2,5-3% de la población adulta. Se han descrito grandes diferencias en la prevalencia de esquizofrenia entre países, con cifras que varían desde el 0,3 por 1.000 en Canadá al 11 por 1.000 en EE.UU. En la población española se concluyó que la frecuencia de esquizofrenia y trastornos afines estaría en alrededor del 7 por 1.000, similar a la hallada en estudios internacionales.

La variabilidad entre estudios en el trastorno bipolar es aún mayor que la encontrada en el caso de la esquizofrenia. La mayor parte de los estudios dan unas cifras de prevalencia para el trastorno bipolar alrededor del 0,5-1%.

LA CARGA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES

En la mayoría de los países que han evolucionado desde un modelo custodial centrado en la hospitalización a un modelo de atención basado en la comunidad, el desarrollo de la red de dispositivos y servicios específicos para atender a la población desinstitucionalizada

ha llegado con retraso y, generalmente, de forma insuficiente. Como consecuencia, se ha observado que la mayor fuente de ayuda que tienen las personas que sufren trastornos mentales graves y de duración prolongada para resolver sus necesidades es la familia. Prestar cuidados a un familiar con un trastorno mental tiene un claro y mensurable impacto sobre las y los miembros de una familia, que se describe generalmente como «carga familiar». Actualmente existen escasos estudios en nuestro entorno que analicen la carga que representa para la familia el hacerse cargo de una persona con trastorno mental grave y de larga duración. No obstante, todos coinciden en que existe un perfil característico de la persona que cuida: ser mujer, generalmente esposa o hija, entre unos 50-65 años, ama de casa y con un nivel cultural medio. Los estudios disponibles coinciden en señalar porcentajes elevados de carga asociada a la prestación de cuidados. El cuidador o cuidadora principal llega a ceder gran parte de su tiempo, más de 60 horas a la semana, y durante años. De hecho, algunos estudios señalan que la morbilidad psiquiátrica de este grupo de población es el doble de la esperada.

La red de atención comunitaria se desarrolló inicialmente para atender a los pacientes con trastornos mentales graves, es decir, aquellos que padecen trastornos discapacitantes de larga evolución que requieren atención multisectorial. Sin embargo, con el paso del tiempo, la demanda de atención a los trastornos mentales comunes, que, aunque también generan sufrimiento e invalidez, requieren atención clínica proporcionada casi exclusivamente por un solo profesional, ha ido creciendo y desbordando la capacidad de respuesta de los equipos.

En el área sanitaria de Avilés, teníamos constancia del número de casos graves y de las “pérdidas” de muchos de esos casos. Y a

finales de los años noventa nos hicimos unas preguntas:

1. ¿Es posible mantener en la comunidad al grupo de trastornos mentales más graves?
2. ¿Se pueden disminuir los índices de urgencias y reingresos hospitalarios de ese grupo?
3. ¿Es posible disminuir la estancia media con respecto a hospitalizaciones previas?
4. ¿Es posible conseguir un aumento de la adherencia a los Servicios de Salud Mental?
5. ¿Se pueden disminuir las recaídas, suicidios y tentativas de los enfermos mentales graves?
6. ¿Se puede mejorar la calidad de vida personas con trastornos mentales graves y de sus familiares con intervenciones de los Servicios de Salud Mental?

Algunos pensamos que para todas estas preguntas existen respuestas positivas que hemos intentado canalizar a través del MODELO AVILÉS.

EL MODELO AVILÉS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

Un modelo es una analogía o patrón aprehensivo que representa la estructura global de una teoría o de una práctica y que se utiliza como una guía-vía para visualizar “como si funcionara de una determinada manera”, y que así puede ejemplarizar en nuestro caso la conjunción y explotación integral de los recursos en la asistencia a los Trastornos Mentales Graves del área sanitaria de Avilés. El llamado modelo Avilés es una forma de funcionamiento de servicios de Salud Mental, con personas con Trastornos Mentales Graves, posible de realizar, a nues-

tro entender, en aquellos lugares donde exista un desarrollo avanzado de servicios y prestaciones asistenciales y que puede ser una guía para transformar y desarrollar servicios útiles. No se trata de presentar un área sanitaria modelo sino un modelo de área sanitaria que pretende lograr las máximas prestaciones de los recursos disponibles, adecuando los Servicios a las necesidades que van surgiendo entre la población subsidiaria de atención.

¿CÓMO SURGE EL MODELO AVILÉS?

Nos inspiramos en un programa comunitario aplicado y evaluado en múltiples ocasiones, del cual se ha llegado a afirmar que es la principal aportación a la Salud Mental Comunitaria en los últimos años del siglo XX. Nos referimos al Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario en la comunidad, que Mary Ann Test y Leonard Stein diseñan en el Hospital Psiquiátrico de Madison, Wisconsin en 1973. El Modelo Avilés es un modelo organizativo posible en lugares (áreas sanitarias) con un desarrollo extenso de dispositivos de Salud Mental, que con una orientación marcadamente comunitaria, posibilita la integralidad de las intervenciones y que está fundamentado en la noción de continuidad de cuidados en usuarios con Trastornos Mentales Graves.

EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DEL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

Los inicios del Tratamiento Asertivo Comunitario pueden establecerse en el hospital psiquiátrico de Mendota, Madison, Wisconsin, EEUU en 1973, cuando Leonard Stein, Mary Ann Test y Arnold Marx ponen en marcha el denominado “programa para la prevención de la institucionalización” donde incorporan abordajes de índole psicosocial

para ayudar a los pacientes a mantenerse en la comunidad. En 1980, ponen en marcha el primer programa de Tratamiento Asertivo Comunitario. El enfoque preconizaba la prestación de la asistencia “in vivo”, en el ambiente habitual del paciente. Los mecanismos de afrontamiento del estrés se aprenderían allí donde iba a ser necesario ponerlos en funcionamiento.

Los hallazgos más consistentes coinciden en reforzar la impresión de que los pacientes que siguen un programa de TAC viven de forma más independiente, sin aumentar la carga familiar y pasan menos tiempo hospitalizados. La mayor parte de las intervenciones deben realizarse fuera del despacho, en el domicilio del paciente. Sobre esta filosofía se estructura el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario de Avilés. Tras varios años de funcionamiento y tras haber contrastado nuestra experiencia también con el llamado Modelo Inglés, que convive con una mayor y mejor dotación de la asistencia sanitaria pública en Salud Mental que la norteamericana, hemos ido estructurando una forma de funcionamiento diferenciada y adaptada a la realidad asistencial española. Por otra parte, estudios como el OPT desarrollado por Ian Falloon entre 1999 y 2004 permitió a este autor identificar una tríada de intervenciones básicas para el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas y afectivas:

- Tratamiento psicofarmacológico optimizado.
- Intervenciones psicoeducativas para pacientes y familiares.
- Seguimiento intensivo domiciliario de casos.

Pensamos que el Modelo Avilés se estructura sobre estos sólidos pilares que debieran

estar presentes en la oferta de intervenciones de todos los Servicios de Salud Mental actualizados conforme a las pruebas provenientes de la investigación y evaluación.

EL EQUIPO DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO DE AVILÉS

El Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario del área III empezó a funcionar en junio de 1999, como una propuesta organizativa dirigida a suministrar atención en la comunidad a los pacientes con trastornos mentales graves.

PRINCIPIOS

El lugar de atención es la COMUNIDAD. Al centrar la atención en el ámbito comunitario del paciente se consigue conectar con la realidad con la que pretendemos que este se relacione de forma competente. El objetivo es preparar a la persona para que viva en su entorno natural y para que participe de ese entorno en la misma medida que el resto de los ciudadanos.

La cobertura debe procurar la máxima INDIVIDUALIZACIÓN. Una intervención rehabilitadora que aspire a implicar en ella a los pacientes debe ser entendida como un proceso individual, en el que se potencien las capacidades del paciente más que se trate la patología.

La relación con el paciente debe ser ASERTIVA. No se espera que el paciente demande atención al equipo de tratamiento, sino que es el propio equipo quien se la ofrece, tratando de persuadirle de que su calidad de vida puede mejorar.

Se trata de conseguir la máxima AUTONOMÍA y responsabilidad del usuario dentro de lo tolerable por él.

La implicación del paciente en el proceso de rehabilitación es **ACTIVA**.

Se considera a la **FAMILIA** como un factor primordial en la rehabilitación del paciente, ya que constituye el principal recurso de atención, cuidado y soporte social del enfermo mental. Se le reconoce la necesidad de apoyo y asesoramiento en el manejo del paciente.

Este planteamiento, además de ser un derecho que tiene la familia, facilita su colaboración para que los usuarios se mantengan en contacto con los servicios de rehabilitación, y acepten las propuestas del equipo, al aumentar la credibilidad de los profesionales por parte de la familia. En nuestro caso, hemos aplicado con notable éxito el modelo psicoeducativo unifamiliar de Falloon que preconiza la realización de las intervenciones familiares en el domicilio del paciente, lo que encaja plenamente con nuestra filosofía de trabajo.

COMPOSICIÓN DEL ETAC

Respondiendo a uno de los principios básicos del modelo de atención comunitaria se trata de un equipo multidisciplinar que aborda las necesidades del paciente de manera integral. Cuenta con:

- Dos psiquiatras con dedicación a tiempo completo.
- Personal de enfermería:
 - Cuatro diplomados universitarios en enfermería.
 - Un auxiliar sanitario especialista en psiquiatría.
 - Tres auxiliares de enfermería.
 - Una trabajadora social

Aunque ésta es la estricta composición del ETAC hay que recordar que como dispositivo vertebrador del Área de Rehabilitación son muchos otros profesionales los que intervienen con los pacientes del ETAC (vg, psicólogos clínicos, neurólogos, logopedas o terapeutas ocupacionales).

La jornada laboral es de 7 horas durante 5 días a la semana. Somos conscientes que esta jornada laboral reducida es una de las debilidades de nuestro modelo. Nuestra experiencia avala el hecho de que una jornada de 12 horas sería el modelo más adecuado de funcionamiento para un dispositivo de este tipo.

ORGANIZACIÓN INTERNA

Todos los pacientes tienen asignado un tutor. Todos los componentes del equipo, a excepción de los psiquiatras, desempeñan la figura de tutor o coordinador de cuidados. Cada tutor principal con dedicación exclusiva al programa es el referente permanente para un máximo de 15 pacientes. El papel del tutor es imprescindible para asegurar el cumplimiento del proceso de tratamiento y rehabilitación. Con el objeto de flexibilizar el funcionamiento del ETAC, es importante que todos los miembros del equipo estén al tanto de la evolución de cada paciente. Así, el ETAC puede intervenir con eficacia cuando varios pacientes se encuentran en crisis al mismo tiempo, o bien cuando falta algún tutor o miembro del equipo. El ETAC mantiene reuniones diarias de coordinación. En ellas:

- Se programan los ingresos aceptados y se nombra a los responsables del caso.
- Se comparte la información del caso con el resto de los miembros del equipo.
- Se elaboran los planes terapéuticos individuales.

- Se realizan evaluaciones periódicas sobre el cumplimiento del plan de intervención.
- Se organiza el programa semanal de intervenciones domiciliarias y comunitarias, y consultas con el terapeuta.

Los CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS PACIENTES en el ETAC son las siguientes categorías diagnósticas:

- Esquizofrenia
- Trastorno Paranoide
- Trastorno Bipolar
- Trastorno esquizoafectivo
- Depresión Mayor
- Trastorno obsesivo-compulsivo grave

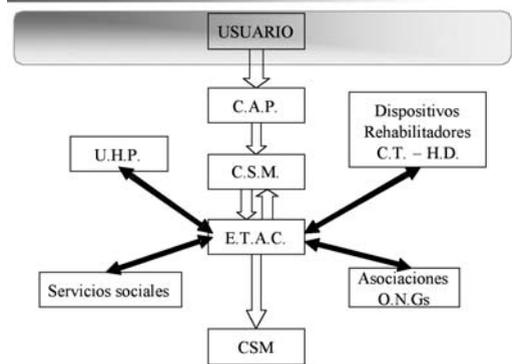
El TAC no parece indicado para aquellos usuarios cuyo diagnóstico principal sea un retraso mental, un trastorno mental orgánico o un trastorno de la personalidad, aunque empiezan a aparecer experiencias que sugieren buenos resultados en estos grupos.

A la hora de la admisión en el ETAC se tendrán en cuenta componentes sociales (sobrecarga familiar, escaso apoyo, etc.) y el nivel de utilización de los servicios (preferencia para aquellos casos con hospitalizaciones prolongadas o reiteradas) En principio no se incluirán pacientes menores de 14 años de edad ni mayores de 70 años.

Los pacientes estarán un mínimo de 5 años a cargo del ETAC: tras los cinco primeros años, si el paciente está estabilizado se inicia un año de seguimiento con una sola visita domiciliaria al mes. Si no hay crisis ni

recaídas en ese tiempo el paciente volverá al Centro de Salud Mental desde el que se le remitió. Pero la mayoría de los pacientes necesitarán los servicios del ETAC de manera indefinida tal y como establecieron Stein y Test. Si pensamos que un paciente no se beneficia del TAC podemos plantear su retorno al CSM tras un año de seguimiento.

UBICACIÓN DEL ETAC EN EL ORGANIGRAMA DE LA RED DE SALUD MENTAL



La única vía de entrada al ETAC es la derivación desde el Centro de Salud Mental. El equipo de TAC tiene capacidad para derivar pacientes al Hospital de Día, a la Unidad de Rehabilitación o la Unidad de Hospitalización Breve. El ETAC sigue a los pacientes en esos dispositivos. Hay que enfatizar la sinergia que debe establecerse entre el ETAC y el resto de dispositivos de la red. El ETAC es un dispositivo de enganche y transición entre el CSM y los dispositivos rehabilitadores.

FASES EN LA INTERVENCIÓN DEL ETAC

Derivación del Caso. El equipo recibe una petición verbal de ingreso del paciente por parte de su terapeuta de referencia en el Centro de Salud Mental. Valorado el perfil del paciente, y siempre que cumpla los criterios de inclusión en el programa se le

asigna un tutor y un segundo responsable, que junto con el responsable clínico hacen las entrevistas de evaluación.

Entrevista de Acogida. El responsable clínico del ETAC junto con los profesionales asignados al caso acuden al Centro de Salud Mental para realizar la entrevista de acogida a paciente y familia. El derivante del caso realiza las presentaciones y media en la entrevista. Previamente habrá informado al paciente y familia sobre el funcionamiento del ETAC y sobre qué objetivos se pretenden con esta derivación. Si hay acuerdo, el ETAC asume el caso, e inmediatamente se inician las entrevistas de evaluación.

Fase de “enganche” y Entrevistas de Evaluación. Con toda la información recogida, y tras un primer análisis del caso, se decide cuáles serán las características de los primeros contactos con el usuario (espacio físico donde se realizarán, personas que asistirán, contenido de las entrevistas con el usuario, duración del contacto...). Durante esta fase se ha de ser extremadamente prudente. Por un lado, no podemos olvidar que en base a estas primeras interacciones se va a ir cimentando la relación terapéutica con el paciente, de la que va a depender en gran medida el buen discurrir del proceso de rehabilitación; por otro, debemos tener presente que las futuras intervenciones van a desarrollarse fundamentalmente en el medio del paciente, bien en su propio domicilio, bien en su entorno comunitario, por lo que siempre debemos mostrarnos cautos y respetuosos. “Enganche” y evaluación se van supeditando y adaptando a las características individuales de cada paciente, siendo lo más frecuente que se solapen. La evaluación, que debe ser global, se centra en la valoración de las capacidades funcionales y deficiencias del paciente, así como en los apoyos y demandas del medio. La duración del proceso se plantea

como *ilimitada*, pudiendo en la fase de evaluación devolver el paciente a su terapeuta de referencia si se considera que no cumple los criterios de inclusión, o si paciente y familiares no aceptan las intervenciones propuestas.

Diseño del Plan Terapéutico Individual de Rehabilitación. Una vez “enganchado” el paciente, y finalizada la fase de recogida y análisis de los datos se diseñará el plan individualizado de intervención. Una vez finalizado el diseño se presenta el plan al paciente y familia, favoreciendo que los objetivos se ajusten al caso concreto. Si aprueban el plan, este pasará a utilizarse como guía de intervención.

Incluye:

- Diagnóstico inicial y evaluación funcional de los problemas detectados.
- Análisis de las necesidades y capacidades del paciente y familiares.
- Objetivos a corto y largo plazo en cada una de las áreas sobre las que se va a trabajar.
- Intervenciones y actividades específicas a realizar para satisfacer los objetivos.
- Inventario de recursos necesarios para desarrollar las intervenciones (recursos económicos, familiares, transporte, material, personal, ...)
- Servicios clínicos y dispositivos rehabilitadores requeridos por el paciente.
- Identificación de los posibles obstáculos para el acceso y utilización de los servicios.
- Plazos de tiempo para completar las actividades.

- Periodicidad de consultas o entrevistas con el terapeuta.
- Periodicidad de las visitas domiciliarias.
- Fecha para la próxima revisión del plan de tratamiento.

La evolución de cada paciente se revisará extensamente cada 6 meses, constatando si se están cumpliendo los objetivos marcados.

En cuanto a las modalidades de intervención del ETAC destacan:

- Consultas con el responsable clínico.
- Atención domiciliaria.
- Intervención en crisis.
- Coordinación de la asistencia.

ATENCIÓN DOMICILIARIA

Una de las características básicas en el funcionamiento del ETAC es la disponibilidad para responder a las necesidades del paciente en su medio comunitario. Este carácter “móvil” confiere al equipo una personalidad propia que le diferencia del resto de dispositivos de la red de Salud Mental. Se trata de un proceso de atención continuado, intensivo, y multidisciplinario, en el que se realizan funciones y tareas tanto sanitarias como sociales. Las visitas domiciliarias se realizan casi siempre de forma concertada, e interviene fundamentalmente personal de enfermería. Sus objetivos son variados:

- Favorecer la permanencia del paciente en su entorno familiar y social, evitando la institucionalización o ingresos hospitalarios innecesarios.

- Disminuir el riesgo de desvinculación del paciente de los Servicios de Salud Mental.
- Realizar las intervenciones de enseñanza de habilidades de la vida diaria.
- Realizar el seguimiento y control del paciente para evaluar el resultado de las intervenciones aplicadas
- Asegurar la detección de posibles reagudizaciones para poder intervenir precozmente.
- Prevenir situaciones de riesgo para la salud del paciente y grupo familiar.

Las visitas domiciliarias corren a cargo generalmente del personal enfermero. El psiquiatra realiza visitas en las crisis o en la fase de evaluación del paciente.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Se realiza un seguimiento de cada caso. Al ingreso se administran una serie de escalas:

Cuestionario de datos personales y clínicos

- BPRS
- Escala de discapacidad de la O.M.S.
- Escala HoNOS
- Escala WHOQOL-BREF
- Escala de VERONA de Satisfacción de los Usuarios
- Escala I.C.G. Impresión Clínica Global

Con revisiones individualizadas cada 12 meses.

RESULTADOS

Aunque carecemos de un estudio aleatorizado que compare las intervenciones del ETAC con las intervenciones que se siguen desde un Centro de Salud Mental tenemos datos observacionales que pueden ser muy orientativos sobre los resultados que estamos consiguiendo con esta nueva modalidad de asistencia para los enfermos con trastornos mentales más graves.

Como resumen de la actividad asistencial durante 7 años (1999-2006) podremos decir que ha sido atendidos 122 pacientes de los cuales 69 viven en un medio rural y 53 habitan en medio urbano. La edad media de los pacientes es de 45, 9 años y la de los familiares cuidadores es de 65, 7 años. 29 de estos pacientes viven solos.

Del alto nivel de adherencia de los pacientes con nuestro seguimiento nos dan cuenta los 6 únicos abandonos que ha habido: hemos perdido por iniciativa familiar a 3 pacientes mientras que otros tres pacientes se desvincularon por decisión propia.

Hemos tenido 11 EXITUS de los cuáles 10 han sido por enfermedades comunes y un paciente se suicidó.

En estos años se han dado 5 ALTAS por decisión facultativa.

Un dato muy reseñable y que constituye una de las fortalezas del ETAC sobre todo en lo que respecta a la posibilidad de reforzar los seguimientos ambulatorios sin necesidad de recurrir a tratamientos forzosos es que *sólo en 3 ocasiones durante siete años hemos tenido que tramitar internamientos urgentes en contra de la voluntad del paciente*. Este dato también es muy valorado

por los familiares que ven en los ETAC un acompañamiento firme en los momentos de crisis.

Los estudios de coste efectividad de los ETAC hablan de que no es una inversión demasiado costosa y en la mayoría de casos puede decirse que el ETAC “se paga a sí mismo” ya que disminuyen las hospitalizaciones en las unidades de agudos tanto en número como en duración.

Podemos aportar algunos datos que refrendan este aserto:

Evaluando los ingresos hospitalarios de los pacientes del ETAC durante los cinco primeros años de funcionamiento vimos que los 65 pacientes que entonces estaban siendo atendidos habían generado 42 ingresos con 771 días consumidos. El mismo grupo de pacientes en los cinco años previos al ingreso en el ETAC habían consumido 2628 días en 160 ingresos en Unidad de agudos. Como puede observarse y pese al sesgo de los datos, la reducción en la prestación de costosos servicios hospitalarios es notable.

De todas formas, esperamos disponer en breve del estudio de evaluación que homologue definitivamente los resultados de este dispositivo frente al seguimiento estándar de los Centros de Salud Mental.

CONCLUSIONES

A modo de corolario basado en pruebas y en la experiencia de siete años de trabajo en un ETAC puedo señalar que la primera pregunta que suele hacerse cuándo se pregunta por el ETAC es ¿a qué grupo de pacientes debe dirigirse?

Esta pregunta es equivocada. Lo primero que debemos preguntarnos es ¿qué tipo

de intervenciones de probada eficacia no podemos administrar ahora y sí podríamos hacer a través de un ETAC? Si los tratamientos pueden ser aplicados por los servicios habituales hay pocas razones para establecer un equipo TAC. L. Stein insiste mucho en que el propósito del TAC es para:

1. Mantener un contacto regular y frecuente.
2. Monitorizar la situación clínica.
3. Suministrar tratamiento efectivo y rehabilitación.

Pero debe quedar claro que hay algunos lugares donde un ETAC puede NO ser necesario:

1. En áreas rurales con buen funcionamiento del nivel de Atención Primaria y del Centro de Salud Mental.
2. Si hay “conflictos” o dificultades de coordinación entre salud mental y servicios sociales.
3. Si no hay un consenso claro sobre la existencia de la enfermedad mental entre los profesionales implicados.

Para poder poner en marcha un ETAC aparecen como necesarios una serie de requisitos:

- Contar con un sistema sanitario público fuerte y desarrollado.
- Compromiso activo de los profesionales para trabajar en equipo.
- Sólida coordinación entre los recursos comunitarios.

En cuanto a los ingredientes que nos parecen fundamentales para desarrollar un dispositivo de este tipo, nuestra impresión coincide con la de la literatura internacional al respecto: el equipo multidisciplinar que asume el abordaje integral del paciente y las visitas domiciliarias son ingredientes clave. La presencia de un psiquiatra en el ETAC y las carteras de casos reducidas para cada tutor (no más de quince pacientes por tutor) son los factores que más se asocian con la reducción de ingresos hospitalarios.

Así pues, el modelo Avilés para la implantación del TAC es un modelo orientado a la rehabilitación, basado en el modelo TAC auspiciado por Stein y Test pero más flexible en algunos ingredientes. Sabemos que el TAC es una intervención basada en pruebas con una fidelidad al **programa madre** que puede ser medida por la Dartmouth Scale (Teague, Bond, Drake, 1998) desarrollada al efecto. Somos conscientes de que el Modelo Avilés no ha sido evaluado formalmente pero nuestros estudios observacionales arrojan datos muy alentadores.

Por otra parte, aunque deudores del modelo de TAC norteamericano no podemos obviar que nuestro sistema de salud mental público es muy distinto del estadounidense. Y que todas las intervenciones psicosociales están muy influenciadas por la cultura, por el sistema de salud y por otros factores. Tampoco podemos olvidar que el TAC no ha podido ser replicado con tanto éxito como en USA en ningún otro país. Por lo tanto, nuestro modelo, el Modelo Avilés, quiere ser una adaptación del modelo TAC a la realidad asistencial española para obtener las mejores prestaciones posibles.

DIFUSIÓN DEL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO EN EL MUNDO

En casi todos los estados de Estados Unidos hay equipos de TAC tal y como se recoge en los anuarios que maneja la Asociación de Tratamiento Asertivo Comunitario (ACTA).

En Europa, la mayor difusión del Tratamiento Asertivo Comunitario se ha producido en el Reino Unido donde según datos del año 2005 del National framework for Mental Health hay funcionando 263 equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, con 3000 trabajadores como staff y con 200 psiquiatras implicados.

En España la atención a las personas con Trastornos Mentales Graves está sufriendo una importante transformación en los últimos años. En general, la atención está siendo reforzada en casi toda la nación pero la mayoría de los Servicios de Salud Mental siguen encargando esos cuidados a unos sobrecargados Centros de Salud Mental. A la

luz de los resultados obtenidos con el TAC pensamos mientras que la asistencia a los TMG esté basada en los Centros de Salud Mental seguirá habiendo intervenciones básicas en un modelo comunitario como las visitas domiciliarias que tendrán un desarrollo muy débil.

Hay Comunidades Autónomas donde el seguimiento domiciliario de los TMG corre a cargo de dispositivos dependientes de Servicios Sociales en coordinación con los susodichos Centros de Salud Mental. Desde nuestro punto de vista este enfoque puede garantizar la prestación de cuidados a los pacientes pero no puede suministrar tratamiento ni rehabilitación. **Proponemos pues el Tratamiento Asertivo Comunitario como el modelo más efectivo para desarrollar un tratamiento integral, rehabilitación y servicios de apoyo comunitario a los enfermos mentales más graves** sin perjuicio de que las personas con enfermedades mentales graves que muestren una evolución estable de su dolencia puedan mantener seguimientos desde el Centro de Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA

- (1). **Andlin-Sobocki P, Rössler W.** Cost of psychotic disorders in Europe. *Eur J Neurol* 2005;12: 74-77.
- (2). **Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al.** Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (12): 442-451.
- (3). **Magliano L, Fadden G, Madianos M, et al.** Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 405-412.
- (4). **Moral MS, Ortega J, López Matoses MJ, Pellicer P.** Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria* 2003; 32 (2): 77-84.
- (5). **Marshall M, Lockwood A.** Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001089.
- (6). **Thornicroft G, Szumuckler G (Eds).** Textbook of community psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- (7). **Espino Granados JA.** Presente y futuro de la Atención Psiquiátrica en España: veinte años después del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En: Espino Granado JA (Coord). *La Atención a la salud mental en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006, p. 26-52.
- (8). **Ministerio de Sanidad y Consumo.** Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, Secretaría General Técnica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.

- (9). **Ley General de Sanidad.** Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado n.º 102 (29-04-1986).
- (10). **Montejo J, Espino A.** Sobre los resultados de la reforma psiquiátrica y de la salud mental en España. En: García J, Espino A, Lara L. La psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos, 1998, p. 363-387.
- (11). **Fernández Liria A.** Claves para la elaboración de una estrategia de salud mental en España. En: Espino Granado J (Coord). La Atención a la salud mental en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006, p. 80-94.
- (12). **Jablensky A.** Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2000; 250: 274-285.
- (14). **Goldberg D.** Psychiatry and primary care. World Psychiatry 2003; 3: 153-157.
- (15). **Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S.** Equipos comunitarios de salud mental para personas con enfermedades mentales graves y trastornos de la personalidad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005. Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005. Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- (16). **Goldberg D, Jackson G, Gater R, Campbell M, Jennett N.** The treatment of common mental disorders by a community team based in primary care: a cost-effectiveness study. Psychological Medicine 1996; 26 (3): 487-492.
- (17). **Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R.** La gestión de los casos en personas con trastornos mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005. Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005. Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- (18). **Ziguras SJ, Stuart GW.** A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatric Services 2000; 51 (11): 1410-1421.
- (19). **Weisbrod BA, Test MA, Stein MI.** Alternative to mental hospital treatment. Arch Gen Psychiatr 1980; 37: 400-405.
- (20). **Marshall M, Lockwood A.** Tratamiento asertivo en la comunidad para las personas con desórdenes mentales severos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005. Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005. Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- (21). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006, Servicio de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- (22). **Teague GB, Bond GR, Drake RE.** Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. Am J Orthopsychiatry. 1998; 68:216-232.

Desde el principio



Hacia la remisión completa

» En primera línea del tratamiento de la depresión.



Cymbalta® 60mg
Duloxetina



» De nuevo en depresión

Lilly

Respuestas que importan.

INFORMES

Declaración de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el papel de los psiquiatras en las situaciones de desastres¹ (2006)

La **Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)** y la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** quisieran llamar la atención de la comunidad internacional de psiquiatras sobre las necesidades de las personas afectadas por los desastres, las acciones clave que pueden tomar los psiquiatras, y el valor de su colaboración con los organismos de salud pública.

Las situaciones de emergencia pueden tener efectos devastadores psicológicos y sociales sobre los individuos, las familias, las comunidades y las sociedades, y tienden a estar asociados con tasas elevadas de una amplia gama de trastornos mentales entre las poblaciones afectadas. Es más, los desastres pueden perturbar gravemente las estructuras sociales y la atención actual, formal e informal, de las personas con trastornos previos.

Dado que los desastres están relacionados con numerosos tipos de problemas de salud mental y sociales, no es sorprendente que los psiquiatras y las organizaciones humanitarias ofrezcan a menudo ayuda diversa y den gran número de formas de respuesta. Esta ayuda generalmente se ofrece en un momento en el que los servicios de salud y sociales están rebasados o han dejado de trabajar. Para evitar el caos y para aumentar las probabilidades de la población de recibir el mejor apoyo posible, es importante; (a) establecer las prioridades respecto a cómo responder al desastre y (b) coordinar todas las respuestas de apoyo psicosocial y de salud mental a través de los diversos sectores profesionales y agencias humanitarias.

Las sociedades psiquiátricas a nivel nacional y local deben ayudar en el impulso y la organización de las aportaciones de los psiquiatras. Para facilitar y guiar estas aportaciones, la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) ha desarrollado unas estructuras como un Programa Institucional de Respuesta a los Desastres, una Sección científica en Desastres y Salud Mental y grupos de trabajo locales específicos en desastres, los cuales están produciendo recursos educativos en diversos idiomas así como protocolos de capacitación y de atención². Se recomienda fuertemente la interacción y la coordinación de las sociedades psiquiátricas locales, y las estructuras pertinentes de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), con las organizaciones correspondientes gubernamentales e intergubernamentales. También debe prestarse atención a las publicaciones recientes de la OMS en esta materia.

1. Esta declaración es compatible con **las Guías IASC**, sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes, a las cuales contribuyó WPA. El Comité Permanente Interagencial (IASC), establecido por la Asamblea General de las Naciones Unidas, es el foro humanitario de más alto nivel para la coordinación, la formulación de políticas y la toma de decisiones.

2. Actuales directrices de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA): Mezzich JE: WPA y la respuesta a los desastres: Nuevas políticas y acciones. *Psiquiatría mundial* 5: 1-2, 2006

Las actividades prioritarias para los psiquiatras que trabajan *en la fase aguda de un desastre* (es decir, cuando mortalidad diaria se eleva por encima de la línea base) incluyen:

Colaborar con todas las organizaciones de *ayuda para establecer un amplio apoyo psicosocial y de salud mental con la participación activa de las comunidades atendidas*. En los desastres a gran escala muchas actividades de apoyo psicosocial son organizadas por organizaciones de ayuda que trabajan en la “protección”, en el “sector de servicios sociales o en el” sector salud”. Consultar a las poblaciones afectadas y coordinar a los diversos sectores es esencial para facilitar el apoyo óptimo.

Mantener el acceso a la atención para las personas con trastornos mentales agudos y graves en la comunidad. Los psiquiatras desempeñan un importante papel en la capacitación y supervisión de los trabajadores de atención primaria de salud (APS) que atienden a las personas con trastornos mentales graves en los consultorios de APS, estables o de urgencia, en la situación de desastres. La mayoría de la gente con un trastorno mental grave en un desastre tendrá un trastorno preexistente, pero también habrá personas que tengan un trastorno del humor o por ansiedad inducidos por un desastre grave, incluidas las presentaciones graves de un trastorno de estrés postraumático y las numerosas presentaciones severas de quejas somáticas no explicadas médicamente.

Proteger y cuidar a las personas con trastornos mentales graves y con otras discapacidades psíquicas y neurológicas que viven en instituciones. Las personas que viven en las instituciones se encuentran entre las personas más vulnerables de la sociedad, y están especialmente en riesgo en las situaciones de emergencia, donde corren el riesgo de quedar sin atención y sin protección de los efectos del desastre. Los psiquiatras desempeñan una función clave para asegurar la atención y la protección actual.

Apoyar a los profesionales de la ayuda humanitaria en otros sectores, para abordar los determinantes sociales de la salud mental, por ejemplo, abogando que el albergue este organizado de tal manera que las familias y comunidades desplazadas pueden vivir juntos y mantener la cohesión social, abogando que las áreas alrededor de los servicios higiénicos en los campamentos estén bien iluminados para evitar violencia sexual contra la mujer, abogando por localizar a la familia para evitar separaciones de los niños, preconizando que los adultos y los adolescentes se impliquen en actividades de interés común, decididas, para evitar la inactividad y fomentar que todo el personal sanitario traté a sus pacientes con dignidad.

Después de la situación aguda, los psiquiatras desempeñan un importante papel en el reestablecimiento de los servicios comunitarios de salud mental para abordar el incremento de la prevalencia de los trastornos mentales en la población afectada. Para potenciar la máxima cobertura de la población, la atención centrada en el trauma puede integrarse mejor en los servicios de salud y de salud mental. Estos servicios podrían tener una función doble; la rutinaria en situaciones normales y la de intervención en desastres para los períodos de emergencia. Los desastres no solo generan una tragedia, sino que también dan oportunidades y un impulso sin precedentes para la mejora personal y para las perspectivas y la capacidad de recuperación de la comunidad y además para fortalecer al conjunto del sistema de salud mental.

IN MEMORIAM

León Grinberg **(Buenos Aires, 1921 – Barcelona, 2007)** **Uno de los más brillantes psicoanalistas del siglo XX**

Ha muerto el Dr. León Grinberg, excelente clínico, magnífico docente y brillante teórico del Psicoanálisis.

En el año 2001 tuve la gran satisfacción de dirigir una tesis de doctorado sobre su obra y me voy a permitir referirme a ella. Entre otras cosas, pedimos entonces la opinión sobre Grinberg a profesionales de todo el mundo. Como muestra representativa de las respuestas me gustaría incluir aquí la del Dr. Otto Kernberg, Psiquiatra y Presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional durante varios años: “León Grinberg ha sido uno de los psicoanalistas que ha contribuido a la teoría psicoanalítica, a la formación y a la técnica de la comunidad psicoanalítica internacional de modo más original y productivo. Su obra ha inspirado totalmente mi trabajo, así como el de otros muchos psicoanalistas y psiquiatras en el mundo entero. En mi opinión, ha sido el psicoanalista de más influencia - en términos de su impacto en el Psicoanálisis - en América latina, en América del Norte y en Europa.”

En esta tesis, se preguntó además a los profesionales cuáles habían sido - en su opinión - los principales aportes teóricos de Grinberg a la teoría psicoanalítica y éstos fueron los tres más elegidos:

- Diferencia entre culpa persecutoria y culpa depresiva.
- Contra-identificación proyectiva.
- Duelo por el Objeto y duelo por el Self.

Por cuestiones de espacio, aclaro simplemente al lector que estos conceptos están expuestos en los magníficos libros “Culpa y depresión” y “Teoría de la identificación”.

Por otra parte, también en dicha tesis preguntamos por los rasgos personales de León Grinberg y resumo aquí algunas de las respuestas:

- “Siempre me llamó la atención la calidez de su contacto personal y su interés por los demás como personas”.
- “La claridad con la que expresaba sus ideas...su curiosidad científica y sus grandes conocimientos de las diferentes corrientes de pensamiento”.
- “Su intuición de la comprensión clínica, su cultura, su humanidad”.

- “Sus profundos conocimientos y una gran capacidad para transmitirlos con lucidez, entusiasmo y profundidad”.

León Grinberg ha dejado, desde luego, una hermosa herencia entre sus muchos alumnos, sus supervisados y, por supuesto, entre sus pacientes. Por suerte, aún podemos volver a “oírle” en los numerosos artículos y libros que escribió.

Y, para terminar, citaré un párrafo de su libro “Psicoanálisis, aspectos teóricos y clínicos”, que se refiere a los principales objetivos del psicoanálisis y que a mí me parece particularmente acertado y bello: “... la relación analítica está basada en un amor a la verdad. Pero este amor a la verdad, uno de los principales objetivos del análisis, despierta poderosas resistencias. La capacidad del ser humano para tolerar verdades acerca de sí mismo es precaria, ya que la verdad es una fuente permanente de dolor. Este temor a conocer la verdad está implícito en la resistencia al cambio y en el temor a crecer y a envejecer”.

Mercedes Valcarce Avello
Psicóloga. Psicoanalista
Madrid (España)

Maximino Lozano Suárez **(Zamora, 1948 - Madrid, 2007)** **Psiquiatra y Compañero**

El pasado 13 de Noviembre de 2007 falleció en Madrid el Dr. Maximino Lozano Suárez, médico psiquiatra y jefe de la Unidad de Psiquiatría y Enlace del Hospital Ramón y Cajal de Madrid y Profesor de la Facultad de Medicina de Alcalá de Henares.

Maxi, como le conocían todos los allegados, había nacido en Zamora en 1948. Se licenció “*cum laude*” en 1972 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. Entre 1972 y 1976 realizó su formación como psiquiatra en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, entonces llamado Ciudad Sanitaria Francisco Franco. Por aquellos tumultuosos años el nombre de Maxi Lozano pasó a formar parte de los más prestigiosos grupos de la psiquiatría española. En 1976 se incorpora al Hospital Clínico de Salamanca, iniciando el desarrollo de una Unidad de Alcoholismo en la ciudad charra. Desde el abordaje del alcoholismo, Maxi comenzó a interesarse por los aspectos psiquiátricos de las enfermedades médico-quirúrgicas. Realizó una magnífica tarea en su Tesis Doctoral sobre los aspectos psicológicos del dolor, campo en el que se convirtió en un prestigioso experto que facilitó la incorporación de la perspectiva psiquiátrica en los equipos multidisciplinares de las Unidades de tratamiento del Dolor de muchos hospitales.

En 1980, el Dr. Lozano se incorporó al Hospital Ramón y Cajal para colaborar en la implantación y desarrollo de la Unidad de Interconsulta y Enlace del servicio de Psiquiatría de dicho Hospital donde permanecería hasta su fallecimiento. En 1995 fue nombrado jefe de la Unidad que con tanto esfuerzo había contribuido a crear.

Al poco de llegar al popular “Piramidón” Maxi se encargó de la tarea de ser Tutor de los médicos residentes que acudían allí a formarse y consiguió que su docencia estuviese entre las más valoradas por los profesionales de todo el país. Han sido veinticinco años sirviendo de guía y estímulo a jóvenes de todas procedencias y orientaciones asistenciales que nunca vieron defraudadas sus expectativas cuando las confrontaban con la seriedad y el rigor profesional del Dr. Lozano.

Quien esto escribe le conoció en 1996 y compartió con él cuatro meses de intenso aprendizaje que fueron suficientes para que a fecha de hoy pueda considerarle como uno de mis mejores maestros. Desde entonces seguí manteniendo contacto con él. Casi siempre que he tenido dudas en alguno de los temas profesionales en los que Maxi se movía como un pez en el agua he buscado su ayuda. Sus palabras sobrias, pausadas y firmes fueron siempre un eficaz bálsamo para muchas inseguridades.

Se nos ha ido un buen hombre y un médico excelente. Y creo que no es para nada exagerado decir que con la muerte de Maxi Lozano la psiquiatría española ha perdido a uno de sus más firmes puntales. Aunque ha dejado entre nosotros lo más grande que puede dejar un ser humano: un recuerdo imborrable.

Juan José Martínez Jambrina
Psiquiatra. Avilés (Asturias)

RESEÑAS

DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2008

Hacer de la salud mental una prioridad mundial: incrementando progresivamente los servicios mediante la acción y la promoción ciudadana

Desarrollo de la salud mental en Panamá: Historia y actualidad

Juana Herrera (Coor.)

Serie de Salud Mental n° 1

*Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud Mental y Organización
Panamericana de la Salud*

Panamá.2007

El modo en que la gente trata con los demás, especialmente quienes están en una posición menos afortunada, dice mucho sobre su carácter; y esto cobra especial atención cuando se trata de personas con una discapacidad. Un discapacitado es una persona que tiene una o más deficiencias, evidenciadas con la pérdida significativa de alguna o algunas de sus funciones físicas, mentales o sensoriales que implican la disminución o ausencia de capacidad de realizar actividades.

La población con discapacidad, históricamente ha sido uno de los colectivos que ha sufrido discriminación en el sistema social, educacional y laboral. Sin lugar a duda, desde la perspectiva de las nuevas generaciones de psiquiatras en formación el libro “Desarrollo de la Salud Mental en Panamá: Historia y Actualidad” nos proporciona de manera sucinta y precisa las grandes y dramáticas transformaciones que ha vivido la Salud Mental en nuestro país. El mismo se desarrolla de modo descriptivo-explicativo a lo largo de seis áreas que abarcan desde los inicios de la atención psiquiátrica de tipo “asilar-manicomial”, pasando por la reorganización y reforma definitiva del Hospital Psiquiátrico Nacional (HPN) para ser lo que es hoy día el Instituto Nacional de Salud Mental (INSAM) así como la experiencia en el cambio de actitudes hacia las enfermedades mentales por la comunidad hasta involucrarse activamente en la rehabilitación bio-psico-social y espiritual de estas personas a su medio.

Con esta obra, para nosotros, espectadores pasivos de las “reliquias” (clausuradas edificaciones) de este pasado, adquiere una nueva dimensión más íntima y humana acerca de aquellos héroes, muchos anónimos, que trabajaron para proporcionarles a los enfermos mentales una alternativa digna ante su incomprendida discapacidad.

Es evidente que sería muy extenso poder recopilar los muchos relatos del personal que vivió y participó de los cambios que se han producido, pero considero que hubiese sido más ilustrador para el público en general (al igual que aquellos de otras latitudes) poder mostrar “evidencia física” en fotografías del antes y después del HPN, ahora INSAM para brindarles un testimonio irrefutable de lo dramático de la transformación (claro está, respetando y salvaguardando la identidad de nuestros usuarios).

Me queda la satisfacción como participante actual, médica residente, del continuo que constituye la dinamización de la Salud Mental en Panamá dar fe de las palabras del filósofo y humanista, Dr. Daisaku Ikeda, que son aplicables a la población a la cual nos debemos: “...Lo importante no es sólo simpatizar o sentir pena por los demás sino comprender lo que están pasando... A veces, tener a alguien que comprende, puede dar fuerzas a otros para seguir.” Y es precisamente esto lo que espero que proporcione la obra a otros lectores, especialistas así como al público en general, un estímulo para continuar trabajando por restaurar la totalidad y la dignidad sagrada del enfermo, eliminar las barreras y discriminaciones de todo tipo que impiden el acceso y la plena participación de las personas con discapacidad mental, en las distintas actividades de la vida humana.

*Yamireth Batista Araúz
Médica Residente de Psiquiatría
Instituto Nacional de Salud Mental
Panamá*

La profecía de Darwin ***Del origen de la mente a la psicopatología***

Julio Sanjuán

Camilo José Cela Conde

Ars Medica. Barcelona 2005. 258 páginas

Cuando Darwin escribió *El origen de las especies* tuvo la intuición de que sus teorías ofrecerían una nueva perspectiva para el estudio de las cuestiones psicológicas y desde este enfoque supuso que “en un futuro lejano se abrirán campos para investigaciones muy importantes. La psicología estará asentada en nuevas bases, la adquisición gradual de cada capacidad mental. Se hará la luz en el origen del hombre y su historia”. Pues bien, tomando esta predicción como referencia e intentando hacer una evaluación del grado de cumplimiento de la misma, los autores de esta obra ofrecen una amplia puesta al día de la influencia de las teorías evolucionistas en la psicología y la psicopatología.

La propuesta de la profecía era fascinante. Darwin presentía que se podía vislumbrar el origen de la mente humana. Sin embargo, el devenir de la investigación psicológica tomó derroteros distintos de los que Darwin intuyó, enriqueciendo notablemente el bagaje de conocimientos de la psicología pero sin tener en cuenta los planteamientos evolucionistas. De este modo, las principales corrientes de la psicología y la psiquiatría (el conductismo, el psicoanálisis, la psiquiatría de bases biológicas, etc.) obviaron la perspectiva evolutiva en sus estudios e intentaron comprender el origen de la mente humana desde el desarrollo ontogénico (con independencia de la especie), prestando escasa atención al filogénico (por evolución biológica).

No obstante, un determinado número de investigadores continuaron trabajando con la perspectiva evolutiva de tal modo que a finales de los años 1980 surgen una serie de trabajos que marcan el inicio de lo que se ha denominado psicología evolucionista con las aportaciones de Barkow (1992), Crawford y Krebs (1998) y Buss (1999). Barkow define la psicología evolucionista como aquella psicología que integra el conocimiento de la biología evolucionista, asumiendo que entender el proceso que llevó a la formación de la mente humana permite comprender sus mecanismos. Este enfoque parte de cuatro premisas: 1) hay una conducta humana universal; 2) los mecanismos psicológicos que la caracterizan se desarrollaron por selección natural; 3) los factores ambientales que condicionaron dicha selección natural ocurrieron en el Pleistoceno (no en circunstancias actuales) y 4) la mente funciona de forma modular.

Por tanto, los evolucionistas proponen una aproximación a las enfermedades mentales como un desajuste entre las capacidades y demandas del ambiente para cuya comprensión conviene tener en cuenta el impacto de la evolución, es decir evaluar esa conducta desde la perspectiva de la adaptación evolutiva del organismo a su entorno natural, sin olvidar que el primer objetivo biológico de los organismos es el de sobrevivir y reproducirse para asegurar que la especie subsista. En este sentido, los autores recuerdan que una gran parte de las estrategias adaptativas se organizan a partir de cogniciones de amenazas o desafíos, de respuestas emocionales de sorpresa, alarma, miedo o ira, y de conductas de lucha y huida que se acompañan de estados subjetivos displacenteros. La eficacia de una estrategia no viene definida por los efectos psí-

quicos que provoca en el sujeto sino por sus efectos finales en la supervivencia y la reproducción del grupo humano al que pertenece.

Distinguen, así, entre las anomalías psíquicas que pueden catalogarse de patológicas, en tanto que expresión de una enfermedad porque suponen alteraciones groseras del funcionamiento del aparato psíquico, evolucionan con una historia natural ajena a la voluntad del sujeto y los síntomas nucleares son universales y persisten inalterados a lo largo de la historia de la humanidad (depresión melancólica, esquizofrenia, ...), de aquellos trastornos que parecen más contextuales, en el sentido de expresarse a través del sufrimiento, la frustración y el conflicto. Este grupo de trastornos engloba a personas con alto riesgo de presentar psicopatología afectiva (distimia, ciclotimia, etc.), respuestas desadaptativas (ansiedad, fobias, etc.), dificultades y conflictos en la interacción con otros y alteraciones en el control de la conducta (impulsividad, consumo de tóxicos, etc.).

Para desarrollar el plan de la obra los autores dividen el libro en dos partes. La primera dedicada a presentar los argumentos para comprender nuestras capacidades mentales desde enfoques evolucionistas y la segunda destinada a interpretar algunos trastornos mentales a la luz de las teorías evolucionistas. Así, los seis capítulos que componen la primera parte, titulada el origen de la mente, están dedicados a revisar el estado de la cuestión sobre la teoría de la evolución y las ciencias de la conducta, la evolución de la mente, el cerebro y la inteligencia, los orígenes y evolución de la conciencia, origen y genética del lenguaje y la teoría de la mente como módulo cerebral evolutivo. Mientras la segunda parte, que titulan evolucionismo y psicopatología, la componen otros seis capítulos en los que se abordan la ansiedad y depresión como extremo de reacciones adaptativas, la teoría de la competición social y los trastornos afectivos, los trastornos de la personalidad, las drogas y las drogodependencias desde la perspectiva evolucionista, la esquizofrenia y el proceso de especiación del *homo sapiens* y la enfermedad de Alzheimer como enfermedad exclusivamente humana.

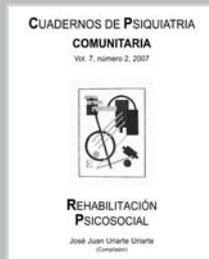
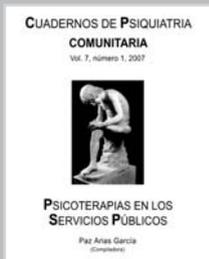
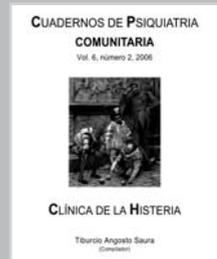
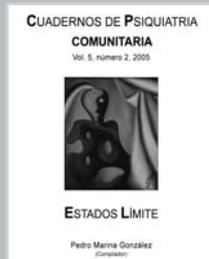
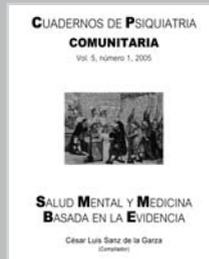
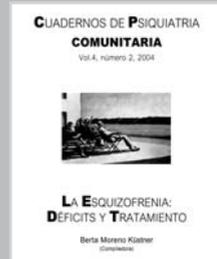
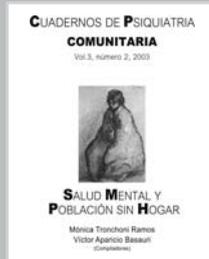
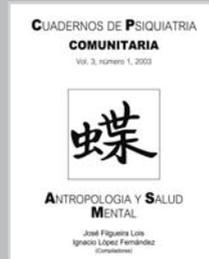
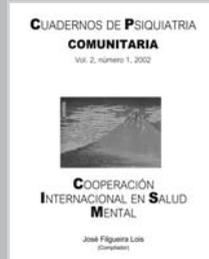
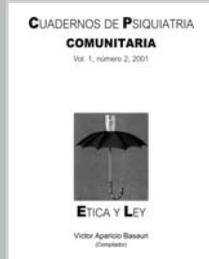
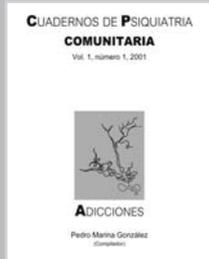
Al finalizar el libro, el lector habrá tenido ocasión de seguir una completa puesta al día de las aportaciones de las teorías evolucionistas a la psicología y la psicopatología y de recibir una propuesta para contemplar la mente, los procesos mentales y la enfermedad mental desde un prisma diferente, que no pretende sustituir las aportaciones de otros enfoques sino integrarlas en una visión de conjunto donde la teoría de la evolución como base de la genética y de la neurociencia comparada de la oportunidad de integrar la psicología y la psiquiatría con el resto de las ciencias naturales.

Pedro Marina González
Psiquiatra
Oviedo

REUNIONES CIENTIFICAS

- **“Innovar, integrar, cuestionar en salud mental”**
22 Jornadas Estatales de la AEN.
22 - 24 Mayo de 2008. Girona.
www.ias.cat/jornadasaen/
- **“Puentes y túneles en Rehabilitación Psicosocial”**
2 Congreso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial.
WAPR, European Regional Congreso.
5 - 7 Junio, 2008. Bilbao. FEARP.
- **“Amor e morte”**
VII Congreso da Asociación Galega de Saúde Mental. AGSM
12 - 14 de Xuño de 2008. Pazo da Cultura. Pontevedra.
www.congrega.es
- **“Hacia la prevención en Salud Mental”**
XI Jornadas Reg. A. Castellano Manchega de Neuropsiquiatría y Salud Mental.
12 - 13 Junio, 2008. Guadalajara. Tfno: 949 254 477.
- **“Depresión y otros trastornos mentales comunes en atención primaria”**
Conferencia temática. Asociación Mundial de Psiquiatría.
18 - 21 Junio, 2008. Granada.
www.wpa2008granada.org
- **“Avances en psiquiatría de enlace y psicósomática en Europa”**
17 E.C. on Psychosomatic Research. 11 A. S. meeting EACLPP y 42 Congreso Sociedad Española de Medicina Psicósomática.
25 - 28 de Junio, 2008. Zaragoza.
www.lubeck99.com
- **21 European College of Neuropsychopharmacology Congress**
30 Agosto - 3 Septiembre, 2008. Barcelona.
www.ecnp.eu - www.iceo.be
- **22 European College of Neuropsychopharmacology Congress.**
12 - 16 Septiembre, 2009. Estambul.
www.iceo.be
- **“De la neuropsiquiatría a la Psicogeriatría”**
16 Reunión de la Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG).
2 - 4 de Octubre de 2008. Huesca.
www.sepg.es

- **“Resolución de problemas en la práctica clínica: Refratariedad terapéutica.”**
3 Symposium internacional en Terapéutica Psiquiátrica.
16 - 17 Octubre, 2008. Barcelona.
www.geyseco.com
- **“Together, Creating a safe work environment”**
Internacional Conference on Workplace in the Health Sector.
22 - 24 October 2008. Ámsterdam.
- **8 International Forum on Mood and Anxiety Disorders**
12 - 14 Noviembre, 2008. Viena.
www.aim-internationalgroup.com
- **“Psicopatología psicoanalítica: Narciso y Edipo en los escenarios del psiquismo. Historia-Identidad-Alienación”**
VIII Jornadas Internacionales. Grupo de P. Analítica de Bilbao.
14 - 15 Noviembre, 2008. Bilbao.
www.gpab.org



NORTE DE SALUD MENTAL

SUMARIO

Volumen VII nº 30 (Febrero 2008)

PRESENTACIÓN

Corren tiempos de Desencuentro *Iñaki Markez*6

ORIGINALES Y REVISIONES

Marcadores biológicos en el diagnóstico diferencial de los trastornos bipolares. *Nieves Basterreche, Mercedes Zumárraga, Aurora Arrue, M. Isabel Zamalloa, Wendy Dávila, Ricardo Dávila*10

Potenciación del tratamiento antidepresivo con Aripiprazol. *Pablo Malo, Enrique Aragüés, María Etxebeste, Luis Pacheco, María Estíbaliz Azkarraga*15

La salud mental en las segundas generaciones de emigrantes. *Miguel Marset*22

Fases tempranas de Trastorno de Pánico y repercusiones en la clínica. *Deirdre Sierra, María Carrera, Andrés Herrán, Ana Ayestarán, María Luz Ramírez, Beatriz Rodríguez, Fernando Hoyuela, Oscar Fernández, Alfonso Higuera, José Luis Vázquez* 32

Esquizofrenia: del género a la diferencia. *Juan de Dios Molina, S. González, M. Cuartero, N. Parga, C. Andrade, H. Blasco, I. Lerma*39

Estudio de factores relacionados con la integración social en personas con enfermedad mental. *Olga Carrasco y Daniel Navarro*48

¿Qué pasa cuando los inmigrantes rompen las normas?. *Cristina Visiers*61

PARA LA REFLEXIÓN

Lo sociocultural y lo sanitario según algunos aspectos de la población inmigrante atendida en la psiquiatría comunitaria de Álava. *J. I. Zuazo, A. Etxebeste*66

Examinar a un examen (un comentario bienintencionado sobre la OPE de Psiquiatría, 2007). *Juan Medrano*85

La Ley de Dependencia y las personas con enfermedad mental: Apuntes desde la Salud Mental Extrahospitalaria. *Marian Larrinaga*89

2008: SMEB. *Ander Retolaza*95

METÁLOGOS

Teoría del ciclo del óxido nítrico: ¿explicará el Síndrome de la Fatiga Crónica, la Fibromialgia y otras “enfermedades inexplicadas”? *Entrevista con el Dr. Martín L. Pall*99

FORMACIÓN CONTINUADA

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación razonada (Trastornos de Ansiedad, II). *Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor*103

HISTORIA

Uribe Costa en un decenio tormentoso. Génesis y evolución de un reto asistencial. *José Guimón*109

ACTUALIZACIONES

Cartas a un aprendiz de brujo de Daniel Padró Moreno124

AGENDA

Próximas citas126

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA

SUMARIO

Volumen 7 - nº 1 - 2007

PRESENTACIÓN	5
ARTÍCULOS ORIGINALES	
El counselling: un arte, una técnica, un modo de vivir la relación con los pacientes <i>Hernán Cancio, Raquel Serrano</i>	7
Refundar la Terapia de Conducta: Una propuesta desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT) <i>José M. García Montes, Marino Pérez Álvarez, Rubén Fernández García</i>	17
El modelo neerlandés de terapia breve. Preliminares a una investigación <i>Begoña Braña, Andrés Cabero, Dolores González, Juan M. García Haro</i>	33
Psicoterapia de grupo sistémica: una propuesta <i>Andrés Cabero Álvarez</i>	45
Psicoterapia y frivolidad <i>Francisco Estévez</i>	51
INFORMES	
Declaración de Brasilia sobre las Políticas Públicas en Alcohol	61
RESEÑAS	65
REUNIONES CIENTÍFICAS	71
NORMAS DE PUBLICACIÓN	77

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquella con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del *Índex Medicus*. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

3. 1. Introducción: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

3. 2. Sujetos (pacientes, material) y métodos: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

3. 4. Resultados: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

3. 4. Discusión: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. Agradecimientos: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Referencias bibliográficas (normas Vancouver): se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el(los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.

6. Tablas y figuras: presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El autor remitirá una copia de la versión definitiva en un disquete de 3,5" (versión compatible IBM o Macintosh) acompañado de una copia en papel mecanografiado a doble espacio en hojas DIN A4 (210 x 297 mm) numeradas correlativamente. Los manuscritos se remitirán a Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria (Carretera de Rubín, s/n, Oviedo 33011). El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de “**La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.**” (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un “Curso de Psiquiatría y Salud Mental”.
- Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Publicación de la revista monográfica “**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**” de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menendez de LLano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del “**Día Mundial de la Salud Mental**” que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental
Carretera de Rubín, S/N
33011 Oviedo

aenasturias@hotmail.com
www.aen.es

**SOLICITUD DE INGRESO EN LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)**

Nombre 1º Apellido
..... 2º Apellido
profesional de la Salud Mental, con título de
que desempeña en (centro de trabajo)
y con domicilio en c/
Población..... D. P. Provincia
Tel..... e-mail

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, 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 de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre 1º Apellido
..... 2º Apellido
Dirección
BANCO/CAJA DE AHORROS

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma



Colaboran con la edición de este número