

Editorial

RECUESTO

Junta de Gobierno de la AMSM.



Foto: daquela manera

“obligan a los pacientes a competir por los profesionales y dispositivos asistenciales y a éstos a competir entre sí, sobre todo entre la red pública y privada, para conseguir los pacientes, no los más graves ni los más necesitados sino los mejores, es decir : los que mejor se adapten a la oferta de los dispositivos”

Mayo de 2011 es tiempo de elecciones autonómicas en la Comunidad de Madrid. La política sanitaria en general y la de salud mental en particular estará presente en dichas elecciones. El Boletín de Otoño de 2006 saludaba el comienzo de la legislatura con un editorial que titulaba Integración y Concertación, que señalábamos como los ejes que parecía que iban a marcar el desarrollo organizativo de la atención a la salud mental de esta legislatura. Aún le quedaban dos años largos al Plan de Salud Mental 2003-2008, cuya principal aportación hasta entonces había sido el incremento de recursos de personal y dispositivos, y aunque este incremento se había hecho principalmente a expensas de unidades específicas y dispositivos concertados al margen de las estructuras de Área, esperábamos y reclamábamos el impulso de una de sus propuestas de desarrollo estratégico: la creación y consolidación de una “Red Única de Provisión de Asistencia Psiquiátrica, que se situaría a nivel de Área Sanitaria y a través de ésta se integraría en la red de Atención Especializada de Salud” . Nos equivocábamos y mucho.

El cambio de escenario vino determinado por las decisiones tomadas en política sanitaria general: la implantación de nuevas formas de gestión con potenciación de la provisión privada, la apertura de nuevos hospitales sin incremento de efectivos y tras un proceso de reordenación de personal que supuso un debilitamiento del sistema y dificultades de cobertura de servicios básicos y, sobre todo, la decisión de crear un nuevo modelo de organización suprimiendo las áreas sanitarias y obligando a los pacientes a competir por los profesionales y dispositivos asistenciales y a éstos a competir entre sí, sobre todo entre la red pública y privada, para conseguir los pacientes, no los más graves ni los más necesitados sino los mejores, es decir : los que mejor se adapten a la oferta de los dispositivos. Los decretos de Área única y

Libertad de Elección son los encargados de crear este marco sanitario. Los hospitales y las gerencias hospitalarias emergen como el sustituto natural del Área y de las Gerencias de Atención Especializada mientras que en Atención Primaria, la otra gran damnificada por los cambios junto a la salud mental, las Gerencias de Atención Primaria de Área son sustituidas por un conjunto disperso de Centros de Salud agrupados en siete sectoriales. En este contexto, en salud mental se pone en marcha la elaboración de un nuevo Plan de Salud Mental, en plena vigencia del anterior, que es publicado en la primavera de 2010 con el nombre de Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014, y cuyo principal y casi único objetivo es liquidar el modelo organizativo ligado a la territorialización de la asistencia e incorporar la atención a la salud mental al nuevo marco sanitario. Y en eso estamos.

“al no existir una estructura organizativa de integración, las tensiones se han desplazado a las direcciones médicas de cada hospital, que cada una con su criterio, se han hecho cargo de la organización de las consultas y del proceso de informatización de las agendas y la historia clínica, y es en éstas donde se están jugando las condiciones de trabajo y, por lo tanto, el modelo y calidad de la atención”

De nuestro temor a un incremento desordenado y sin controles de los conciertos que, de estar restringido a los dispositivos de rehabilitación y atención a drogas, se extendía a las unidades hospitalarias de media y larga estancia, unidades en régimen de internamiento para problemas específicos y dispositivos de hospitalización parcial, hemos pasado a la provisión privada de la atención a la salud mental tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización breve de casi un 15% de la población de Madrid, que puede llegar a un 25% cuando finalicen los proyectos en curso de Móstoles, Torrejón y Collado Villalba. En cuanto al proceso de integración en atención especializada, ha quedado restringido a la adscripción de los Centros de Salud Mental a las gerencias de los 21 hospitales respectivos (19 de provisión pública y dos de provisión privada) y a sus sistemas de información correspondientes. Ha habido un esfuerzo importante por parte de la Dirección General de Hospitales para que en esa integración la red de Centros de Salud Mental mantenga su autonomía y su integridad respecto a los Servicios de Psiquiatría hospitalarios y que se salvaguarden las funciones de los equipos multiprofesionales y su incorporación a las agendas informatizadas; pero al no existir una estructura organizativa de integración, las tensiones se han desplazado a las direcciones médicas de cada hospital, que cada una con su criterio, se han hecho cargo de la organización de las consultas y del proceso de informatización de las agendas y la historia clínica, y es en éstas donde se están jugando las condiciones de trabajo y, por lo tanto, el modelo y calidad de la atención. Y sobre todo, es en el marco del Área Única, sin un control de la demanda, sin planificación de los recursos en función de ésta, sin criterios compartidos para su aplicación por los distintos dispositivos, con barreras cada vez mayores para la continuidad de la asistencia, con una mayor independencia y dispersión de los recursos, con una red de dispositivos de rehabilitación cada vez más difícil de encajar en el nuevo modelo asistencial y unas estructuras de coordinación y de toma de decisiones ligadas a las antiguas áreas que van desapareciendo y que las nuevas direcciones médicas no tienen, en su mayoría, ningún interés en recrear, donde está la principal amenaza para la atención.

Tras las próximas elecciones autonómicas, la red de atención a la salud mental necesita un cambio que permita dar respuesta a una demanda creciente y que se ha hecho cada vez más compleja, que precisa de dispositivos, intervenciones y profesionales diversos y flexibles y de un modelo de organización territorializada que permita integrar a estos dispositivos, intervenciones y profesionales en una gestión participativa y donde todos estos elementos puedan convivir, plantearse objetivos comu-

nes y ser eficientes. Tras las próximas elecciones autonómicas, la atención a la salud mental necesita un cambio de enfoque en la solución a sus problemas. El nuevo modelo organizativo ligado al Área Única, externalización de los servicios y competencia entre dispositivos no solo no es la solución a los problemas sino que se ha convertido en el principal obstáculo para abordarlos.



Foto: daquela manera

EL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DECLARA INCONSTITUCIONAL LOS PÁRRAFOS PRIMERO Y SEGUNDO DEL ARTICULO 763.1 DE LA LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL REFERIDOS AL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO.



Foto: daquela manera

El pleno del Tribunal constitucional del 2 de diciembre de 2010 ha dictado sentencia sobre una Cuestión de Inconstitucionalidad planteada por el Juzgado de Primera Instancia número 8 de A Coruña en relación con los párrafos primero y segundo del artículo 763.1 de la Ley 1/2000 de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, referido al internamiento forzoso en establecimiento de salud mental de quienes padezcan trastornos psíquicos, por posible infracción de los artículos 17.1 y 81.1 de la Constitución Española .

La sentencia ha sido publicada en el BOE del 5 de enero de 2011, con los siguientes fundamentos jurídicos: 1) que la duda de constitucionalidad se refiere estrictamente a que el órgano judicial entiende que la norma cuestionada hubiera debido ser aprobada con el carácter de ley orgánica, al entender que «la garantía de la libertad personal establecida en el artículo 17.1 de la Constitución alcanza, desde luego, a quienes son objeto de la decisión judicial de internamiento que debe ser entendida como una “detención” y que en tanto que constitutiva de una privación de libertad, es obvio que la decisión de internamiento sólo puede ser acordada judicialmente y que, en lo que aquí importa, el precepto que la hace posible sólo puede ser una ley orgánica, pues, dada su condición de norma que fija uno de los casos en que una persona puede ser privada de libertad, concurre al desarrollo del derecho fundamental garantizado en el artículo 17.1 de la Constitución Española. La aplicación de la citada doctrina al presente caso lleva a declarar la inconstitucionalidad de aquellos incisos de los párrafos primero y segundo del artículo 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, que posibilitan la decisión de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, pues, en tanto que constitutiva de una privación de libertad, esta medida sólo puede regularse mediante ley orgánica. 2) A esta declaración de inconstitucionalidad no debe anudarse en este caso la declaración de nulidad pues esta última crearía un vacío en el Ordenamiento jurídico no deseable, máxime no habiéndose cuestionado su contenido material. Concluye diciendo que “ estamos, por consiguiente, en presencia de una vulneración de la Constitución que sólo el legislador puede remediar; razón por la que resulta obligado instar al mismo para que, a la mayor brevedad posible, proceda a regular la medida de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico mediante ley orgánica.

La sentencia permite seguir haciendo los internamientos involuntarios como hasta ahora, hasta que haya una nueva decisión legislativa, y eso es lo que se resalta en los medios asistenciales. Los pronunciamientos en los medios jurídicos son diferentes y

entre ellos cabe destacar la nota que el Fiscal Fernando Santos Urbaneja, Coordinador del Foro Andaluz del Bienestar Mental, ha remitido a la AEN y que está colgada en la página WEB de la misma. Según el mismo, la sentencia es desconcertante porque la consecuencia necesaria de la inconstitucionalidad es la anulación del precepto. Sin embargo, el Tribunal Constitucional dice que, en este caso, a la declaración de inconstitucionalidad no debe aunarse la declaración de nulidad, para no crear un vacío legal e insta al legislador a que proceda a regular, a la mayor brevedad posible, la medida de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, mediante ley orgánica. Señala que para subsanar el defecto denunciado por el Tribunal Constitucional caben dos opciones: a) Subsanar el defecto formal sin tocar el contenido del precepto y b) aprovechar para introducir modificaciones. Su opinión es que sería conveniente hacer dos cosas.

Una: Llevar la regulación del internamiento involuntario a la Ley de Autonomía del Paciente. (Ley 41/2002 de 14 de Noviembre). Cree que este es su espacio natural pues el internamiento es una medida sanitaria a la que le es aplicable todo el contenido de la Ley de Autonomía del Paciente (derecho a la información, derecho a disenter y sus excepciones, consentimiento por representación, etc.)

Dos: Extender la regulación a las actuaciones previas al internamiento, sobre todo a las actuaciones de los profesionales de los ámbitos sociosanitarios, dejando claro a quien corresponde hacer la indicación de internamiento y la materialización del mismo (intervención en domicilio y traslado a Centro Sanitario). Hasta ahora el Art. 763-1 de la LEC sólo regulaba las garantías judiciales, mientras que los aspectos materiales de intervención y traslado han quedado relegados a “protocolos de actuación” no siempre cumplidos y que, a la postre, han dado lugar a innumerables disfunciones y crisis de desamparo.



Foto: Stoned59

colab raciones

EL T.A.I.* (TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO) DE LOS ENFERMOS MENTALES.

Onésimo González Álvarez

*Coordinador de la Unidad de Internamiento de Salud Mental.
Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.*



Foto: ireneantper

“es llamativa la contumacia con que determinados colectivos sociales, profesionales, así como instituciones jurídicas y sanitarias solicitan normas específicas, sólo para enfermos mentales, tratando de judicializar su asistencia”

INTRODUCCIÓN:

Los tratamientos involuntarios, para todo tipo de pacientes y en todo tipo de circunstancias (domiciliario, ambulatorio, hospitalario) están contemplados en la legislación vigente en España (Ley 41/02 de 14 de noviembre, Convenio de Oviedo...) siendo innecesaria una referencia expresa al tratamiento ambulatorio de los enfermos mentales, como se ha pretendido por diferentes vías, como una modificación del 763 de la L.E.C. un apartado específico del felizmente abortado Proyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria u otras.

Es llamativa la contumacia con que determinados colectivos sociales, profesionales, así como instituciones jurídicas y sanitarias solicitan normas específicas, sólo para enfermos mentales, tratando de judicializar su asistencia. Parecen no poder vivir sin la Ley de Peligrosidad Social, y rechazan tanto la ciudadanía de los enfermos mentales como su plena equiparación a las demás clases de enfermos. Para ellos la Psiquiatría sigue siendo un agente del orden y no un agente de salud.

1.- No decae el prolongado debate iniciado en 2004 y suscitado por la propuesta de F.E.A.F.E.S. de modificar el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (L.E.C.) para permitir tratamientos ambulatorios involuntarios de los enfermos mentales. Tramitada por el grupo parlamentario de Convergencia y Unió, ha provocado una prolongada y acalorada discusión en la Comisión de Justicia e Interior del Congreso, en revistas médicas generales y especializadas, en publicaciones del Consejo General del Poder Judicial y en Internet. (1)

Sin embargo, la reciente propuesta de Intervención Terapéutica Alternativa al T.A.I., de F.E.A.F.E.S., hecha pública en este mismo mes de octubre, probablemente clausure el debate, o al menos lo apague de modo muy notable, ya que apenas se diferencia de las posiciones de la A.E.N. y de otros colectivos profesionales y ciudadanos contrarios a una norma específica, solo para enfermos mentales.

2.- Antes de continuar me parece oportuno repetir lo que señalo en la introducción: no es necesaria una norma expresa para autorizar tratamientos ambulatorios involuntarios de los enfermos mentales, porque los tratamientos involuntarios, para todo tipo de pacientes y en todo tipo de circunstancias (domiciliarios, ambulatorios, hospitalarios) están contemplados en la legislación vigente. En palabras del Defensor del Pueblo Español... “no existe por ello ningún vacío legal, ni es preciso introducir ninguna previsión normativa nueva, porque el artículo 6 del convenio de Oviedo y el artículo 9 de la Ley 41/2002 son suficientes para abordar los problemas que se suscitan cuando una persona con una enfermedad mental rechaza un tratamiento médico y con ello genera un riesgo inmediato grave para su integridad física y psíquica”.

3.- La legislación vigente en España incluye otras posibilidades de tratamiento involuntario, no específicas para los enfermos mentales, pero que les conciernen y que, además, son totalmente garantistas por producirse mediante sentencia, previa intervención del interesado y de su defensa y representación, así como después del examen en juicio de pruebas y argumentos eventualmente contradictorios.

Sin salir del ámbito jurisdiccional civil, **la declaración de incapacidad:** las enfermedades y deficiencias físicas o psíquicas persistentes pueden impedir a la persona gobernarse por sí misma. Finalizado el procedimiento y producida la sentencia, en ella se deberán fijar los límites y la extensión de la incapacidad, así como quién haya de suplirle en aquellas competencias en que haya sido declarado carente de aptitud (y no en otras) que pueden incluir o limitarse al tratamiento médico u otras clase de cuidado sanitario.

En el **ámbito penal**, entre los supuestos de exención o atenuación de la responsabilidad criminal, junto a otras, se incluyen las alteraciones o anomalías psíquicas vinculadas al hecho delictivo, principalmente su motivación, en el momento de ser cometido. Entre las medidas de seguridad que puede incluir la sentencia está el sometimiento a tratamiento ambulatorio, en este caso ordenado, que no aprobado o autorizado, por el juez.

4.- Tanto el 211 del C.C. mientras estuvo en vigor, como el 763 de la L.E.C. que vino a sustituirlo, no constituyen un sistema de internamiento judicial. Se trata de instituciones relativas al derecho a la libertad, un sistema de control judicial de internamientos no voluntarios cuya motivación e indicación son clínicas, médicas, y no sociales o de orden público.

“no es necesaria una norma expresa para autorizar tratamientos ambulatorios involuntarios de los enfermos mentales, porque los tratamientos involuntarios, para todo tipo de pacientes y en todo tipo de circunstancias están contemplados en la legislación vigente”

5.- L. O.M.S. contempla dos tipos de legislación sobre salud mental a los que califica como “específica” una y “dispersa” la otra.

La mayoría de los países tienen legislaciones específicas, que incluyen todos los asuntos concernientes a las personas con trastorno mental, siendo fáciles de promulgar y adoptar pero aumentan la segregación de las personas con trastornos mentales y refuerzan los prejuicios y estigmas, en opinión de la propia O.M.S. La norma específica separa a los enfermos mentales de los demás y señala la diferencia. (2)

Por el contrario la legislación dispersa es más compleja en su adopción y aplicación, reduce el estigma y favorece la integración. Las disposiciones relativas a los enfermos mentales no son específicas ni están separadas, sino que forman parte de los diversos apartados de la legislación general.

En la primera mitad de los años 80 colectivos profesionales de la Psiquiatría y el Derecho pudieron impedir la promulgación (3) de una Ley alternativa al Decreto de 1931, rechazada precisamente por su condición específica y por tanto discriminatoria, remitiéndose el tratamiento de los enfermos mentales a lo que estableciera la Ley General de Sanidad para todos los enfermos, aprobándose el 211 para los casos en que el trata-

miento exigiera la hospitalización, que caso de no ser voluntaria imponía la presencia del juez como defensor del derecho a la libertad del internado o internable, que de defensor de la familia, los profesionales o la sociedad.

6.- La promulgación de la Constitución supone el reconocimiento de la ciudadanía de los enfermos mentales, sujetos de derechos y de eventual imputación de responsabilidades, frente a su anterior consideración como seres peligrosos, incapaces e irresponsables, equiparados en el Código Penal a los animales feroces o dañinos y susceptibles de privación de libertad sin ninguna garantía judicial. Los enfermos mentales, pues, pasan a ser ciudadanos como los otros. (4) Unos años después, la Ley General de Sanidad los reconoce enfermos como los demás, **equiparación** que debe ser total, y su atención **plenamente integrada** en el Sistema Sanitario General. Este mandato del artículo 20 de la citada Ley 14/86 se cumple en el desarrollo legislativo posterior, en particular en el capítulo relativo a prestaciones de la Ley 16/03 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y, sobre todo, en el R.D. 1030/2006 de 15 de septiembre de Cartera de Servicios, con anexos donde se enumeran las prestaciones de Salud Mental tanto en Atención Primaria como Especializada y sin discriminaciones respecto a otro tipo de pacientes en la atención domiciliaria, urgente o en el transporte sanitario, incluyendo la atención a los problemas adictivos en las prestaciones de Salud Mental y reiterado el carácter sanitario de la rehabilitación.

“ciudadanos como todos, enfermos
como los demás. Este carácter
integrador y no excluyente de la
legislación sanitaria caracteriza también
a otros ámbitos legislativos”

La Ley 13/82 de Integración Social de los Minusválidos (L.I.S.M.I.) no discrimina a los enfermos mentales respecto a otros ciudadanos con limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales para integrarse en los ámbitos educativo, social o laboral.

La declaración de incapacidad civil (C.C., L.E.C.) se refiere a deficiencias o enfermedades **físicas o psíquicas** persistentes.

En el ámbito penal, la exención total o parcial de la responsabilidad criminal puede deberse a alteraciones mentales, intoxicaciones, síndrome de abstinencia, legítima defensa, arrebatos u obcecación... y las medidas de seguridad se refieren a enfermos mentales, psicodeficientes, consumidores de sustancias... Ya nos hemos referido a la Ley 41/02 que incluye a todo tipo de pacientes y, por último, la Ley Orgánica 2/86 de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado que contempla sus funciones de auxilio y protección a las personas y bienes y su cooperación cuando sean requeridas para ello, sea un accidente de tráfico, un accidente cardiovascular en la calle o una agitación psicótica

7.- El Dr. J.M. Bertolote, en su condición de responsable de Trastornos Mentales y Cerebrales de la O.M.S., en declaraciones al diario El País el 8 de noviembre de 2005 decía ... “España es el país mas avanzado en materia de protección de los derechos del enfermo mental y así lo lo destaco en todas las conferencias que doy por el mundo”.... “Otra cosa es su cumplimiento en la vida real”.

A la norma garantista, avanzada se opone una realidad asistencial miserable. En 1992, 14 años después de promulgada la Constitución y 6 después de aprobada la Ley General de Sanidad, el Defensor del Pueblo Español podía decir que en el 25% de los internados en psiquiátricos españoles no hay motivos clínicos que puedan justificar el ingreso. En tales establecimientos “no son tratados sino almacenados”. En 2006, D. José Chamizo, Defensor del Pueblo Andaluz en declaraciones a la prensa regional decía ...”para mí el problema mas grave que he tenido aquí es el de los enfermos mentales... cada día es un colectivo mas grande. No me gusta dar un discurso catastrofista pero en la reforma psiquiátrica se cometió el gran error de no preveer lo que ocurriría en el futuro... la cantidad de gente que está viviendo en la calle”. Adviértase que se trata de un juicio fundado, con conocimiento de causa, referido a la reforma pionera y presentada como ejemplar, emitido por alguien que ha batallado con la emigración legal e ilegal, los niños desamparados, españoles y extranjeros, las drogas, el paro, la corrupción inmobiliaria.... Las carencias e insuficiencias de la respuesta asistencial a la cronicidad, con los enfermos crónicos sostenidos por sus familias o en la calle, la psiquiatrización de los problemas personales y sociales, la fragmentación y privatización de los recursos sanitarios y sociales. **La consideración especial** de los problemas referentes a la psiquiatría infantil y a la psicogeriatría que dice el artículo 20 de la Ley 14/86 General de Sanidad ha sido una falta casi absoluta de consideración...

8.- Las resistencias al reconocimiento de los enfermos mentales en primer lugar como ciudadanos y en segundo lugar como enfermos totalmente equiparados a los demás ha tenido diversas y sucesivas manifestaciones en el campo de las propuestas legislativas y de su interpretación (5).

A pesar de los criterios interpretativos del 211 del Código Civil difundidos poco después de su aplicación tanto por la Fiscalía General del Estado como por el Gabinete Técnico del C.G.P.J., o en comunicados publicados tras encuentros intercooperativos, algunos jueces seguían **ordenando** ingresos involuntarios en el ámbito civil, reaccionando de modo airado y en ocasiones amenazador cuando se les hacía saber la falta de motivación clínica de dicha medida, ignorantes de su papel defensor del derecho a la libertad de que se priva (o se puede privar) de ella por motivos clínicos, siendo su función autorizarlo o aprobarlo (o no), pero nunca ordenarlo ni indicarlo, que es competencia del personal sanitario.

La frecuente confusión entre instituciones jurídicas próximas (autorización de internamiento/declaración de incapacidad) pero diferentes llegó a provocar una advertencia o aclaración en una Sentencia del Tribunal Constitucional. (6) No basta con la evidencia de que solo una minoría de los incapaces o incapacitados ingresan en Unidades de Salud Mental y solo en una minoría de los que ingresan de modo involuntario se inicia procedimiento de incapacitación.

El proyecto de Ley de Enjuiciamiento Civil incluía un artículo 765 que vendría a sustituir al 211 del C.C., manteniendo parte de su redacción pero con una modificación sustancial al atribuir al juez la facultad de autorizar las altas de los enfermos hospitalizados de modo involuntario con autorización o aprobación judicial, de modo que remitido o resuelto el episodio que había motivado el ingreso del paciente, éste tendría que esperar (lo que fuera) a la nueva autorización judicial en una situación de privación de libertad no motivada, gratuita.(7) De nuevo la judicialización de la asistencia. La importante movilización profesional y social iniciada en la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría consiguió modificar la propuesta legislativa, aprobándose el vigente 763 de la L.E.C., muy garantista, voluntarista, pero que continua atribuyendo a los médicos dar las altas hospitalarias, como no puede ser de otra manera, informando al juez de ello y de sus motivos, pero sin esperar a su autorización o aprobación.(8)

En 2004 se produce la propuesta de F.E.A.F.E.S. de modificación del 763 para autorizar tratamientos ambulatorios involuntarios,

iniciándose el prolongado debate citado en el punto 1 que, a mi entender se cierra con la Propuesta de Intervención Terapéutica Alternativa al T.A.I. de este mismo mes de octubre de 2009.

“la consideración especial de los problemas referentes a la psiquiatría infantil y a la psicogeriatría que dice el artículo 20 de la Ley 14/86 General de Sanidad ha sido una falta casi absoluta de consideración...”

En el 2007, el Proyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria incluía una regulación del tratamiento ambulatorio que ignoraba el debate de la Comisión de Justicia e Interior. Sorprendió e irritó a profesionales, parlamentarios y asociaciones de usuarios, pero acabó en nada dado que todo el Proyecto Legislativo fue retirado antes de su consideración en el Senado, por incoherente e inviable, a pesar de haber sido aprobado en el Congreso, circunstancia sin precedentes en nuestra historia parlamentaria (9).

En dicho aborto legislativo basó la Audiencia de Alicante el protocolo remitido del C.G.P.J. justificando una norma específica y, por último (hasta el momento) el Anteproyecto de Código Civil de Cataluña incluía una norma similar (art. 212.2 párrafo 5) retirada por el rechazo de asociaciones de profesionales de usuarios y de familias.

9.- El prolongado pulso legislativo que hemos descrito es una de las expresiones institucionales de las importantes resistencias y reticencias sociales, profesionales y corporativas al reconocimiento de la ciudadanía de los enfermos mentales y de su plena equiparación al resto de los enfermos, resistencias que se manifiestan entre los propios pacientes, sus familias, los profesionales sanitarios y los aparatos judicial y de salud.(10)

En **primer lugar** de los propios sujetos psiquiatrizados, enfermos o no, aferrados a los beneficios y ventajas que les depara

la enfermedad, desde la “paguita” hasta la exención de responsabilidades, incluidas las de tipo penal. (11)

En segundo lugar las familias, no solo las madres, manteniendo actitudes sobreprotectoras que las mas de las veces reflejan relaciones fusionales que dificultan o impiden el acceso a la ciudadanía de los pacientes atrapados en ese vínculo excluyente que impide diluir “el ensueño psicótico de mantenerse encerrado en el nido matricial, o en unión especular con la propia madre” (E.Trias). (12) Tales resistencias se manifiestan en la petición de servicios distintos, separados, específicos, solo para ellos, sean trastornos alimentarios, episodios psicóticos o trastornos de la personalidad; o la negativa a utilizar la vía penal tras incidentes en que estaría sobradamente justificado.

“Las familias mantienen actitudes sobreprotectoras que las mas de las veces reflejan relaciones fusionales que dificultan o impiden el acceso a la ciudadanía de los pacientes atrapados en ese vínculo excluyente que impide diluir el ensueño psicótico de mantenerse encerrado en el nido matricial, o en unión especular con la propia madre”

De los profesionales sanitarios. En fecha reciente, Jhon Read y Nick Haslam (13) nos ha recordado los estudios que muestran como a juicio de los usuarios y de sus familias... “los profesionales de la salud mental tienen peores actitudes hacia los enfermos mentales que el público” y de ser objeto de mayor estigma y discriminación por parte de los profesionales de la salud mental que de cualquier otro sector de la sociedad. Están documentadas las resistencias de los profesionales a las políticas y programas de integración sanitaria y social, así co-

mo su defensa de instituciones específicas o monográficas. (14) En estos momentos, en nuestro país, son muy pocas las unidades de agudos de hospitales generales en que se permite el acompañamiento de los pacientes por sus familiares o allegados, discriminación respecto a otras salas y servicios hospitalarios sin otra justificación que la comodidad (cuando no la impunidad) de los sanitarios (15), y son pocas, también, las unidades y servicios donde se cumplimentan los documentos de consentimiento informado. Son muy notables también las dificultades que muestran dichos profesionales en asumir la responsabilidad que les concierne en la contención e imposición de límites de las conductas psicóticas, tratando de descargarlo en jueces y familiares.(16)

La cultura y la práctica jurídica permanecen impregnados de la consideración de la locura como peligro o amenaza, vinculando a determinados diagnósticos, de modo automático, la incapacidad y la irresponsabilidad del sujeto. En muchos casos es evidente la nostalgia por la derogada Ley de Peligrosidad Social. (17)

Determinadas administraciones sanitarias autonómicas donde está transferida la gestión de los servicios sanitarios ignoran e incumplen la legislación estatal señalada mas atrás, manteniendo instituciones específicas, monografías, sólo para enfermos mentales, derivando a servicios sociales las actividades de rehabilitación y reinserción o negándose a prestar atención a los problemas adictivos, “incluidos el alcoholismo y las ludopatías” como manda el R.D. de Cartera de Servicios. También sigue en Servicios Sociales.

10.- La propuesta de intervención terapéutica de F.E.A.F.E.S. que hemos citado mas otras me parece un punto de confluencia con las posiciones de colectivos de usuarios, de profesionales de la psiquiatría y del derecho, y otros que, superando desencuentros previos, permita aunar esfuerzos para conseguir que los enfermos mentales sean considerados como los otros, no discriminados, y atendidos por los profesionales de la atención primaria y de la especializada, sea en el hospital, en el consultorio, en el domicilio, sin la rehabilitación en otro lugar y sin discriminación en el transporte sanitario, y que si la enfermedad es causa de minusvalía, discapacidad o dependencia tengan derecho a las prestaciones correspondientes, sociales o sociosanitarias sin discriminaciones.

La tarea no va a ser fácil. Además de todo lo dicho, recordamos que el 763 L.E.C. sigue al lado del 762, en el capítulo relativo a los procesos sobre la capacidad de las personas, invita-

ción permanente a confundir, o al menos solapar, hospitalización involuntaria e incapacitación. La legislación de los países de nuestro entorno no acompaña: En Francia persiste la posibilidad de hospitalización por indicación médica y petición familiar, o del internamiento gubernativo, con un control judicial que, como mínimo cabe calificar de distante. En el Reino Unido hay una verdadera compulsión creadora de instituciones custodiales para los denominados “psicópatas” susceptibles de internamiento preventivo, predelictual.(18)

No obstante, otras propuestas europeas son mas razonables. El Grupo de Trabajo de la Unión Europea de Médicos Especialistas (U.E.M.S.), en octubre de 2007 decía:

“Los enfermos mentales deberían... conservar los mismos derechos que cualquier otro enfermo”...

... “La Sección de Psiquiatría de la U.E.M.S. es consciente de que en muchos países de la U.E. el cuidado comunitario está aún en una etapa rudimentaria. Aconsejaríamos que no se introdujeran medidas de cuidados comunitarios involuntarios hasta que se haya establecido y probado un sistema sólido de cuidados en la comunidad”...

Huelva y Madrid, octubre de 2009

NOTAS Y REFERENCIAS

1. Diario Médico, durante el año 2005 publicó varios reportajes, noticias y tribunas de opinión relativas a este asunto. El primer documento de la Asociación Española de Neuropsiquiatría se publicó en el nº 92 de la Revista. La Recomendación del Defensor del Pueblo Español al Ministerio de Justicia (Expte. 00411621) es del mismo año. El número 92 de los Estudios de Derecho Judicial (C.G.P.J., 2006) contiene varios artículos, con posiciones discrepantes, siendo llamativa la diferencia entre la opinión de los usuarios (Albert Ferrer, Juan Masip, Maria Rodríguez) y la asesoría jurídica de F.E.A.F.E.S. La aportación del profesor Luis F. Barrios Flores, como todas las suyas extraordinariamente documentada; y se incluye mi reflexión sobre el “trasfondo del debate”, publicada anteriormente en Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y en Portularia.
2. La revisión de la legislación internacional, como el estudio del profesor Barrios Flores citado mas arriba, u otra anterior, publicada en Psiquiatría Legal, o la monografía de la O.M.S. relativa a Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos de 2003 (versión en español de 2005), de la que hemos recogido la oposición legislación específica versus dispersa, su revisión, digo, muestra el encierro como lugar propio del enfermo mental, siendo la libertad la excepción (“permisos o salidas a prueba”).
3. Pueden verse las cartas a D. Liborio Hierro, entonces Subsecretario del Ministerio de Justicia, en las páginas de la Asociación del nº 8 de la revista de la A.E.N., así como el Cuaderno Técnico nº 3 de la misma asociación profesional.
4. Como dice Bercovitz, el enfermo mental es en primer lugar ciudadano, en segundo lugar ciudadano enfermo y en tercer lugar un ciudadano afectado por un tipo de enfermedad peculiar. El magistrado D. Jesús Fernández Entralgo matiza su condición de centro de imputación de responsabilidades que no puede separarse de su carácter de ser humano titular de derechos. La cita de Bercovitz está tomada de su colaboración en el Manual de Psiquiatría de González de Rivera y otros (Karpós, 1980). Fundamental nos parece su texto anterior “La marginación de los locos y el derecho” (Taurus 1976) con un prologo del profesor Castilla del Pino que me parece de lectura obligada. El libro de Taurus está agotado, el profesor Castilla nos permitió reproducir su prólogo en el número 9 (Vol. VI) de Maristán, Revista de la Asociación Andaluza (diciembre de 1995). El matiz del Sr. Fernández Entralgo lo hemos tomado del prólogo al Manual de Psiquiatría Legal y Forense de Carrasco y Maza (La Ley Actualidad, Madrid, 1996).
5. Véase mi tribunal de opinión en Diario Médico de 8 de junio de 2007 sobre la contumacia judicializadora y del 30 de diciembre de 2008 “enfermos mentales y desatinos”.
6. Nos referimos al punto nº 3 del voto particular de D. Pablo García Manzano en la Sentencia del Tribunal Constitucional 129/99 de 1 de julio cuando reitera “la no necesaria vinculación” entre el internamiento involuntario y el proceso de incapacitación que “son cosas distintas”.
7. Es por todos conocida la lentitud de los procesos judiciales... Los autos de aprobación de ingreso involuntario urgente normalmente llegan a la Unidad de Hospitalización semanas e incluso meses después del alta del paciente, a lo que habría que añadir otro tanto de espera a la nueva autorización, si se hubiera aprobado el 765 del proyecto legislativo.

8. Véase el artículo editorial de Carlos Dueñas, en el número 72 de la revista de A.E.N.
9. En la página 23 del diario EL PAIS del 25-10-07 se puede leer: “El Gobierno retira por inútil una ley tras aprobarla el Congreso”. El propio ponente socialista, Arcadio Díaz-Tejera admitió que el proyecto era incoherente e inviable.
10. Véase el artículo editorial del nº 25 de la revista de A.E.N.
11. Aunque el concepto de beneficio o ventaja de la enfermedad es freudiano, Parsons (rol de enfermo) Goffman e incluso Lain Entralgo (enfermedad como recurso) se han ocupado de ello. La marea psiquiatrizadora de todo tipo de malestar o sufrimiento puede acabar en muy corto plazo con los sistemas públicos de salud y de pensiones.
12. Trias, E., (2001). Pensar en público. Ed. Destino. Barcelona. 199-202.
13. Nos referimos al capítulo 11 de “Modelos de locura” de Read, Mosher y Bentall; traducción española dirigida por Jorge L. Tizón, Herder – Barcelona, 2006.
14. Véase por ejemplo la Introducción a los Principios de Psiquiatría Preventiva de G Caplan (Paidós, Buenos Aires, 1980) donde se describen las resistencias de muchos psiquiatras a las iniciativas reformistas de los legisladores, en los EE.UU. de América.
15. Me he referido a ello de modo algo más extenso en Diario Médico (Acompañar al enfermo mental, Tribuna, 25-09-07).
16. Me parece muy atinado lo que dice el Defensor del Pueblo en su Recomendación al Ministerio de Justicia citada en la nota nº 1. “La responsabilidad en la administración de un tratamiento involuntario corresponderá únicamente al personal sanitario encargado del paciente. Solo en casos excepcionales se podrá pedir la colaboración de otros profesionales”
17. Es llamativo como se mantiene la vinculación con determinados diagnósticos (esquizofrenia, paranoia) en las resoluciones jurídicas sobre incapacitación o exención de responsabilidad penal, ignorando que, como decía Hegel, la locura no es ausencia de razón, sino desorden en la razón que sigue existiendo. Delimitar que áreas de la vida mental de los pacientes están perturbadas y en que grado, y cuales permanecen sanas es la tarea principal del clínico, como recordaba el profesor Castilla. Sin olvidar que nuestro Código Penal, de acto, no asocia la inimputabilidad al diagnóstico, sino al estado mental del sujeto en ese momento y en ese lugar, y a la relación de las eventuales perturbaciones con el hecho delictivo.
18. “No ha habido nunca una doctrina bien fundada de la psicopatía, y las hasta ahora ofrecidas –salvo las psicoanalíticas, especialmente las derivadas del análisis del carácter a lo Wilhem Reich– trasudan una ideología reaccionaria insostenible. Desde ellas se han cometido innumerables atropellos”. Esta afirmación de D. Carlos Castilla (Pretérito imperfecto, 1997, pág. 449) tiene uno de sus ejemplos más notable en lo sucedido en el hospital psiquiátrico británico de Ashworth, y particularmente en su unidad desordenes de la personalidad. (Véase el reportaje de la última página de El País del día 13-01-1999).

HABILIDADES DE CRIANZA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Margarita Rullas Trincado*

Directora. Centro de Rehabilitación Psicosocial, Equipo de Apoyo Social y Comunitario y Pisos Supervisados Coslada-San Fernando de Henares.

Araceli Grande de Lucas*

Educadora. Centro de Rehabilitación Psicosocial Alcalá de Henares.

Eva Rodríguez Pedraza

Psicóloga. Centro de Salud Mental Alcalá de Henares. Área 3. Madrid.

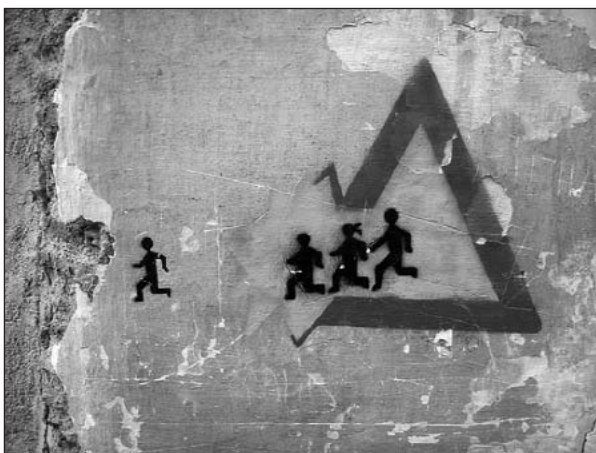


Foto: daquela manera

INTRODUCCIÓN

“dentro del campo de la rehabilitación psicosocial no se ha dedicado atención a investigar el cuidado de los hijos como un rol significativo de las personas con TMG”

Tradicionalmente la atención psico-social a personas con trastorno mental grave se dirige a la mejora de la sintomatología desde el punto de vista clínico y al apoyo a los déficits que esto produce, para atenuar discapacidades. Desde la perspectiva rehabilitadora la intervención se articula, por un lado, a través del entrenamiento y desarrollo de habilidades y competencias de la persona para un mejor funcionamiento en su comunidad y, por otro lado, de actuaciones sobre el ambiente (desde psicoeducación a familias hasta el desarrollo de soportes sociales) para fortalecer o compensar el nivel de funcionamiento diario. Se han atendido tradicionalmente roles importantes en cuanto al manejo del tiempo libre, cuidado de la vivienda, consecución y mantenimiento de un empleo, desatendiendo uno de los roles más valorados en la vida de las personas: cuidar de los hijos. ... (Lieberman, 1993; Watts y Bennett, 1990). Dentro del campo de la rehabilitación psicosocial no se ha dedicado atención a investigar el cuidado de los hijos como un rol significativo de las personas con TMG (Nicholson & Henry, 2003; Anthony, Farkas, Gagne & Chamberlin,

* Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica. Subdirección General de Asistencia Técnica y Coordinación de Planes para Personas con Discapacidad. Dirección General de Servicios Sociales. Consejería de Familia y Asuntos Sociales Comunidad de Madrid. Gestión técnica: Grupo Exter, S.A.

2005; Mowbray et al., 2001; Nicholson & Blanch, 1994; Oyserman et al., 2000).

Sin embargo, las personas con trastorno mental grave experimentan los mismos deseos de tener relaciones íntimas y criar hijos que cualquier otra persona, y de igual manera tienen que afrontar similares desafíos asociados a la paternidad (Caton et al., 1999).

En principio, los intereses sobre este tema versaban sobre todo en la repercusión de la enfermedad mental grave de la madre hacia el desarrollo psicoevolutivo del niño, es decir, en identificar los factores de riesgo que pueden influir negativamente en los hijos. Hay muchos estudios que aseguran que los hijos de padres con TMG tienen mayor riesgo de sufrir problemas psicológicos (Barker & Maralani, 1997; Beardslee et al., 1996; Beardslee & Podorefsky, 1988; Goodman & Gotlib, 1999; Oyserman et al., 2000). En el año 1977, la OMS hizo el seguimiento de 1200 hijos de p. con esquizofrenia y concluyó que estos tenían un alto porcentaje de ansiedad y agresividad. Weissman (1984) dice que hay 3 veces más de diagnósticos psiquiátricos en hijos de padres con esquizofrenia que en otros grupos de niños y ya Anthony (1983) y Cobo (1983) afirman que sí hay diferencias significativas cuando es la madre la que está enferma comparados con grupos donde es el padre. Mowbray CT, et al, 2006: 157 mujeres con hijos adultos entre 18 y 30 años, el 54% problemas psicológicos, alcohol o legales.

“las habilidades de crianza se perfilan
como un factor protector”

Desde hace relativamente pocos años se ha empezado a investigar cuáles son los factores que probabilizan esta mayor vulnerabilidad a trastornos psiquiátricos y cuáles podrían ser factores protectores. Así, Craig (2004) hace una revisión de los programas en Reino Unido en los 5 años anteriores que van dirigidos a disminuir el impacto en los hijos: pobre desarrollo cognitivo, trastornos de conducta y riesgo de trastorno psiquiátrico y ven que las HH de crianza se perfila como un factor protector.

Por otro lado, Abel KM et al, (2005) desarrollan un estudio sobre factores predictores en 900 madres desde 1996 hasta

2000, concluyendo que demuestran ser factores de protección la estabilidad familiar, los soportes informales, tener pareja estable, la situación económica, y desarrollar habilidades de crianza.

Nicholson & Henry (2003) llegan a resultados parecidos haciendo una revisión de los programas desarrollados en los distintos estados de EEUU. Identifican el apoyo familiar, vivienda estable, pareja estable, habilidades específicas de crianza, grupos de soporte.

En los estudios que hay sobre dificultades específicas en la interacción entre madres con trastorno mental grave e hijo se han detectado las siguientes:

- Inhabilidad para detectar señales en el hijo (estados de ánimo, deseos, etc.).
- Desarmonía entre madre-hijo (Bosanac, et.al., 2003).
- Desorganización en las rutinas.
- No hay respuestas a las demandas (Snellen, M; et.al, 1999).
- Correlación entre apego inseguro y problemas psiquiátricos en la edad adulta. (Goodwin I, 2003).
- Contacto ocular reducido.
- Poca estimulación.
- Dificultades al secuenciar tareas (Nicholson & Henry, 2003).

Sin embargo, el impacto de un progenitor con enfermedad mental en el funcionamiento de la familia está mediado por interacciones complejas, que incluyen tanto factores relacionados con su enfermedad mental (síntomas, efectos secundarios de la medicación, necesidad de hospitalización) como factores secundarios (déficit en las habilidades de crianza, falta de armonía en la pareja, aislamiento social, inseguridad, paro, bajos ingresos, infraviviendas, etc.) y más comunes a otros sectores de la población.

Esto lleva a que algunas de estas personas hayan perdido la custodia de sus hijos, rompiendo muchas veces la relación con ellos. La mayoría de las veces, sin embargo, aun no per-

diendo la custodia, los cuidados y educación de los hijos quedan a cargo de otro familiar (pareja, abuelos, tíos,...), desligando al padre/madre de estas responsabilidades, sin que esto beneficie ni a los padres ni a los hijos ni a su relación. Cuando pueden hacerse otra vez cargo de estos cuidados éste supone un aumento del estrés que agrava la enfermedad.

Todo esto sugiere la necesidad de crear intervenciones adecuadas, con programas especiales y específicos que tengan en cuenta el papel de la madre, enseñando y potenciando habilidades de crianza y que hagan también de la maternidad un rol tan imprescindible en su vida y susceptible de atención como el resto.

“el impacto de un progenitor con enfermedad mental en el funcionamiento de la familia está mediado por interacciones complejas, que incluyen tanto factores relacionados con su enfermedad mental como factores secundarios (déficit en las habilidades de crianza, falta de armonía en la pareja, aislamiento social, inseguridad, paro, bajos ingresos, infraviviendas, etc.) y más comunes a otros sectores de la población”

PROGRAMA Y MÉTODOS

El punto de partida de esta intervención específica para dotar de habilidades de crianza a adultos con trastorno mental grave parte de un enfoque comprensivo, necesario para la rehabilita-

ción efectiva de estos roles, que incluye una variedad de lugares de tratamiento y de soporte social para atender al desarrollo de las habilidades y apoyos necesarios para criar a un hijo, compensar los ingresos periódicos y/o inhabilidades producto de la enfermedad mental en el contexto de la crianza y desarrollar soportes formales e informales.

Esto supone un trabajo multidisciplinar que precisa la coordinación con otros recursos comunitarios, normalizados y especializados (colegios, servicios de pediatría, unidades de trabajo social, etc.) para asegurar que todos apoyen en una misma línea pero con intervenciones diferentes a la persona que intenta ocupar su rol como padre-madre.

La intervención desarrollada desde el Centro de Rehabilitación Psicosocial se integra en el plan individualizado de rehabilitación de aquellos usuarios que lo requieren. Exponemos el formato grupal de dicha intervención, enfatizando todo el trabajo individual que hay detrás del mismo, ya que cada persona tiene unas necesidades y realidades distintas en torno a la crianza de sus hijos y esto supone un uso también distinto de los recursos de su comunidad.

Para planificar este programa primero se tuvieron que tomar decisiones con respecto a la crianza, unas comunes a todos los padres (cuidados básicos, tipo de educación, colegio, etc.) y otras específicas, como las referidas a la toma de la medicación antipsicótica, el posible estrés en el parto o las circunstancias familiares más favorables para las relaciones paterno-filiales (residencia, custodia o delegar el cuidado, trabajo y recuperación del padre, etc.).

Una vez tomadas estas decisiones se realiza una evaluación funcional de las habilidades de crianza, incluidas en la evaluación global de la persona. Desde este momento hay que tener en cuenta los deseos de los padres y del hijo y actuar según estos deseos.

Un programa de este tipo debe incluir varios aspectos:

- Manejo de la enfermedad y repercusión en la crianza.
- Habilidades de crianza como parte del repertorio de competencias de la madre/ padre.
- Promover una relación positiva padres-hijo.
- Apoyo al crecimiento de los hijos.

- Búsqueda de alternativas en la red de apoyo del usuario para los momentos de recaídas y/u hospitalizaciones.

El objetivo general del programa es enseñar y dotar a los padres de estrategias y habilidades específicas para facilitar la tarea de educar a sus hijos y afrontar las dificultades que vayan surgiendo.

Los objetivos específicos del programa son:

- Aprender a concretar y definir operativamente las conductas a modificar.
- Intervenir para incrementar las conductas prosociales y disminuir las conductas problemáticas de los hijos.
- Aprender técnicas específicas de manejo conductual.
- Participar de actividades de ocio junto con sus hijos.
- Conocer mejor su enfermedad y poder explicarles a sus hijos en qué consiste.

Debido a las diferencias entre los grupos de edades de los niños, nos planteamos realizar tres programas diferentes, con objetivos específicos adaptados a las edades de los hijos: dirigido a padres de hijos con edades entre 0 y 5 años, entre 6 -12 y entre 13- 17.

La selección de los participantes ha partido del criterio básico de incluir a aquellos usuarios o usuarias para quienes la crianza suponía una situación de riesgo, bien por las dificultades de manejo debidas a falta de habilidades básicas, bien por constituir la misma un desencadenante de malestar, y en ambos casos prever que el dotarles de recursos en este sentido mejoraría su calidad de vida. El criterio de homogeneidad lo marca la edad de los hijos. Esto hace que el grupo sea heterogéneo en otras categorías: diagnóstico, nivel socioeconómico, nivel de competencias básicas, etc. Limitamos el número de participantes entre cuatro y siete usuarios.

Las sesiones se llevaron a cabo en el Centro de Rehabilitación Psicosocial y fueron impartidas por dos profesionales, psicóloga y educadora. Son grupos cerrados y estructurados con una duración media de 17 sesiones semanales de aproximadamente 90 minutos.

Como material se utilizó, con fines didácticos y para favorecer

la puesta en práctica y generalización de habilidades, una carpeta individual en la que cada participante incluía al inicio de cada sesión el material escrito que se va repartiendo a lo largo del curso en forma de fichas con texto y dibujos. También se han utilizado a lo largo del programa distintos recursos didácticos (medios audiovisuales para presentar el contenido, videos para realizar ejercicios de observación conductual o grabar role playing, trabajo sobre cuentos).

Todas las sesiones tenían una estructura similar:

1. Presentación del tema y la técnica a aprender.
2. Ejercicio práctico, que cada participante realizaba en su carpeta para ponerlo en común después, comentarlo en grupo y dar feed-back.

“dedicamos un tiempo para recordar la fuente de estrés que supone ser padres: el difícil manejo de situaciones con los hijos, la influencia de la enfermedad mental y su evolución o acompañamiento a la crianza del hijo”

3. Puesta en práctica de dicha técnica en su medio, escogiendo con cada participante una situación real a modificar con un nivel de dificultad gradual según avanzamos. Para preparar las "tareas para casa", parte muy importante del programa, se utilizan como elementos técnicos los role playing; la tarea se revisa siempre al inicio de la siguiente sesión, reforzando cada intento.

La metodología de trabajo fomentó la participación activa de los participantes.

El programa se dividió en tres módulos:

1. El primer módulo, “vulnerabilidad”, se dedica a aclarar conceptos básicos sobre enfermedad mental. El material de apoyo de esta parte consta de tarjetas donde se explica con lenguaje verbal y gráfico qué significa ser vulnerable y cómo afecta a las

distintas áreas vitales, así como los factores de riesgo (abandono de medicación, consumo de tóxicos y alto nivel de exigencia) y los factores protectores (toma adecuada de medicación, asistencia regular a las citas, seguimiento de instrucciones, detección precoz de pródromos o tener red social de apoyo) que ayudarán en el manejo de su enfermedad.

Además de estos factores comunes a todas las personas que tienen una enfermedad mental grave, dedicamos un tiempo para recordar la fuente de estrés que supone ser padres: el difícil manejo de situaciones con los hijos, la influencia de la enfermedad mental y su evolución o acompañamiento a la crianza del hijo. Muchas veces las descompensaciones se convierten en momentos de caos en el contexto domiciliario, donde no se tiene previsto qué hacer y se descuida a los niños. Por eso, elaboramos un “plan de crisis” con cada participante, donde quede constancia de qué hacer con los hijos en esos momentos.

Para acabar con este módulo cada persona debe detectar cuáles son sus propios factores de riesgo y protectores y rellenar con ellos una última ficha.

Con respecto al manejo de la enfermedad dedicamos algunas sesiones a que los usuarios puedan responder a las preguntas que hacen sus hijos en relación a la enfermedad y no tenga que ser otra persona del entorno quién lo haga.

II. El segundo módulo, central en el programa, es el de “manejo de contingencias”, y se propone enseñar los principios básicos de aprendizaje y manejo de contingencias específicamente dirigidos a la relación con sus hijos. Se favorece la adquisición y generalización de técnicas sencillas de modificación de conducta.

El material sigue la metodología de un texto programado, cuenta con varios temas organizados de la misma manera: primero se hace una aproximación teórica en un lenguaje adaptado, incluyendo dibujos, frases-resumen destacadas a modo de recordatorio; una segunda parte con un ejemplo ya resuelto y un tercer apartado a rellenar por el usuario con situaciones de su entorno que le permite realizar los ejercicios para reforzar el aprendizaje.

Desde las primeras sesiones cada participante elige una o dos conductas que quiere modificar en su hijo. Suelen ser conductas disruptivas (insultos, peleas entre hermanos) o relacionadas con aumentar la frecuencia de una conducta de tasa baja (lavarse los dientes, hacer los deberes). Con esta unidad se trabaja a lo largo de las sesiones siguiendo el método propuesto.

III. En el último módulo la trabajadora social informa sobre “recursos comunitarios de ocio y/o formación”, ubicados en los lugares de residencia de los participantes, a los que pueden acudir con sus hijos o donde pueden hacer actividades juntos (piscinas, polideportivos y campamentos urbanos, entre otros). Utiliza para ello un material de apoyo elaborado previamente.

“un aspecto fundamental es que, a pesar de la heterogeneidad del grupo, todos los componentes lleven el mismo ritmo de aprendizaje”

Un aspecto fundamental es que, a pesar de la heterogeneidad del grupo, todos los componentes lleven el mismo ritmo de aprendizaje. Para eso, los usuarios que lo necesitan acuden a sesiones individuales de refuerzo utilizando muchas veces el sobreaprendizaje, es decir, se revisan otra vez los contenidos explicados, así como las tareas para casa.

Destacamos el énfasis puesto en el desarrollo de una metodología que facilite la comprensión y adquisición de las habilidades, y la generalización de las mismas a través del refuerzo individual y la referencia siempre a dificultades concretas de cada usuario. El contenido se asemeja a otras “escuelas para padres”, ya que estas dificultades con la crianza son comunes en la población general.

Durante todo el desarrollo del grupo se trabajó individualmente con el familiar encargado del cuidado del niño para favorecer la consecución de los objetivos planteados.

RESULTADOS

Los resultados se sistematizaron a partir de informes verbales del usuario y la familia, cambios en el cuidado del niño y de nuestra propia impresión clínica. Así, podemos destacar:

1. Aparición de cambios relevantes en la relación con los hijos: la relación se hace más cercana, la comunicación es más fluida entre ambos, realizan más actividades de ocio juntos, disminuyen considerablemente las conductas disruptivas de los niños, lo que favorece el bienestar del menor en el domicilio.

2. Aplicación exitosa de algunas de las técnicas aprendidas en el grupo (refuerzos y castigos, adecuación de los premios a la conducta del niño y no al estado de ánimo del padre/madre y mejor utilización de normas, entre otros).

3. Si hay un buen apoyo familiar, las posibilidades de éxito en la relación con los hijos se ve incrementada: el percibir más competente al padre/madre hace que la familia delegue más fácilmente las responsabilidades sobre la educación del niño en el mismo.

4. Las madres son las que siguen teniendo el peso más relevante en la educación de los hijos; si el padre es el usuario del Centro, suele quedar relegado a un segundo plano y es más difícil que le tengan en cuenta a la hora de tomar decisiones; así, los cambios no son tan notables.

“Es conveniente intervenir en pequeños grupos, homogeneizados por la edad de los hijos, y no por otros criterios, como el diagnóstico o el género”

5. Al tener esta intervención un formato grupal, se observa que el estar en contacto con personas con sus mismas dificultades hace más fácil hablar de los problemas en la crianza de los hijos, lo ven como algo más normal. Es un tema normalmente oculto por el miedo a que esto tenga consecuencias negativas (retirada de la custodia, rechazo social, críticas de otro/s miembro/s de la familia, miedo a la pérdida de control de sí mismo, etc.).

6. Si el niño vive en el mismo domicilio, poder poner en marcha frecuentemente las habilidades entrenadas hace más probable el éxito. Es más fácil conseguir un acercamiento al menor cuando siempre han vivido en el mismo domicilio, aunque la interacción entre ellos haya sido escasa.

7. Recuperar el rol parental repercute positivamente en la visión de sí mismo y favorece la mejoría en otras áreas vitales.

8. A medida que se avanza en los resultados, los padres/madres acuden con mayor regularidad a los recursos, dispositivos

o instituciones a los que asisten sus hijos, como colegio, pediatra, centros juveniles, etc.

CONCLUSIONES

1. Sugerimos una estrecha coordinación con todos los recursos implicados en cada caso para conseguir los objetivos propuestos, sin duplicar intervenciones (CRPS, Servicios Sociales, Centro de Salud Mental, Servicios de Atención al Menor, Asociaciones Infantiles y demás servicios implicados).

2. Es necesario implicar en el proceso de rehabilitación a todos los agentes que conforman la red de apoyos informales con que cuenta el usuario (familia, amigos, etc.).

3. Es conveniente intervenir en pequeños grupos, homogeneizados por la edad de los hijos, y no por otros criterios, como el diagnóstico o el género.

4. Aconsejamos adecuar los materiales y el lenguaje utilizado al nivel educativo de los participantes del grupo. Si es necesario, se realizarán sesiones de refuerzo individuales paralelas al desarrollo de la intervención.

5. Recomendamos hacer un seguimiento periódico de cada participante del grupo y, en caso necesario, retomar la intervención.

6. Por su carácter preventivo, es un proceso a muy largo plazo, por lo que es necesario retomar el formato grupal en distintos momentos del desarrollo evolutivo del niño.

7. Debemos ajustar bien el momento de la incorporación al programa teniendo en cuenta que esto forma parte de un proceso de rehabilitación integral; este programa no está diseñado para cualquier usuario que tenga hijos sino sólo para los que tienen dificultades en la crianza, interfiriendo éstas notablemente en su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA:

- Abel, KM, Webb, RT, Salmon MP, Wan MW, Appleby, L.; Prevalence and predictors of parenting outcomes in a cohort of mothers with schizophrenia admitted for joint mother and baby psychiatric care in England. The Journal of Clinical Psychiatry. 2005, vol. 66, no6, pp. 781-789.

- Anthony, Farkas, Gagne, Chamberlin: Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal*, Vol. 41, Nº 2., 2002. pp.141-158.
- Bosanac, P., Buist, A, Burrows, G. Motherhood and schizophrenic illnesses: a review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2003, Vol. 37, No. 1, Pages 24-30.
- Cervera M. Y Feliú H. Asesoramiento familiar de educación infantil. Madrid: Visor. 1984.
- Coverdale J.H., Bayer T.L., McCullough L.B. and Chervenak, F.A. Respecting the autonomy of chronic mentally ill women in decisions about contraception. *Hospital Community Psychiatry*, 1993; 44: 671-4.
- Hearle J. y McGrath J. Motherhood and schizophrenia. En: Castle D.J., McGrath J., Kulkarni J. *Women and schizophrenia*. Cambridge University Press. 2000.
- Liberman R.P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Madrid: Martinez Roca.
- Mowbray, CT, Nicholson, J & Bellamy, CD. Psychosocial rehabilitation service needs of women. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Vol. 27, Nº 2. 2003. pp. 104-113.
- Nicholson, Blanch. Rehabilitation for parenting roles for people with serious mental illness. *PSYCHOSOCIAL REHABILITATION JOURNAL*. 1994 July; Vol 18 (11) :09-19.
- Nicholson, Sweeney, Geller . Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *PSYCHIATRIC SERVICES*. 1998 May; 49 (5): 635-42.
- Nicholson, Geller, Fisher, Dion. State policies and programs that address the needs of mentally ill mothers in the public sector. *HOSPITAL COMMUNITY PSYCHIATRY* 1993 May; 44 (5):484-9.
- Nicholson, Sweeney, Geller. Mothers with mental illness: II. Family relationships and the context of parenting. *Psychiatric Services*. 1998 May; 49(5): 643-9.
- Nicholson & Blanch: Achieving the goal of evidence-based psychiatric rehabilitation practices for mothers with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vo. 27, Nº 2, 2003. pp.122-130.
- Oyserman. Parenting among Mothers with a Serious Mental Illness. *American Journal of Orthopsychiatric*. Vol. 70. Issue 3. pp. 296-315. July 2000.
- Parry, G. Roles domésticos. En: Watts y Bennett, comps. *Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica*. México: ed. Limusa; 1990
- Peine, H.A. y Howarth, R. *Padres e hijos. Problemas cotidianos de conducta*. Madrid. Ed. Siglo XXI. 1995.
- Ramsay, Howard and Kumar. Schizophrenia and safety of parenting and infants: a report from a U.K. mother and baby service. *International Journal of Social Psychiatry*. Sum 1998; Vol 44(2): 127-134.
- Rinn, R.C. y Markle, A. *Paternidad positiva. Modificación de conducta en la educación de los hijos*. México. Ed. Trillas. 1998.
- Rodríguez A. (coord.) (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos: manual práctico*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Rullas Trincado, M., Grande de Lucas, A., Rodríguez Pedraza, E, 2004. Habilidades de crianza en padres-madres con enfermedad mental grave. En *AMRP*, Año 10, nº 18-19. 2004: 14-19.
- Watts, F. N. y Bennett, D. H., 1990. *Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica*, Limusa, México.
- Zemencuk, Rogosch y Mowbray. The seriously mentally ill woman in the role of parent: characteristics, parenting sensitivity and needs. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1995 Jan; Vol 18(3): 77-92.
- Zeitz. The Mothers' Project: a clinical case management system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Jul 1995; Vol 19(1): 55-62.
- Zubin, J. y Spring, B. Vulnerability: a new view of schizophrenia. 1977. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 86, 103-26.

PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

*Miguel A. Díaz-Alejo Avilés, Eva M^a Aguilar Fernández
y Raúl González Rueda*



Foto: daquela manera

En este trabajo queremos transmitir una experiencia de labor comunitaria desarrollada en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) Menni Vallecas durante el año 2010, en beneficio de un grupo de personas diagnosticadas de algún tipo de enfermedad mental grave y sus familias.

Para contextualizar el cómo y el porqué de este tipo de intervención necesitamos hacer un poco de historia.

ORIGEN Y CONCEPTOS

El Psicoanálisis Multifamiliar es una orientación terapéutica de carácter grupal creada por el Dr. Jorge E. García Badaracco al comienzo de los años 60 en el Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda, en la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

El Doctor explicaba así el origen conceptual de su obra: "...al darme cuenta de que el setting psicoanalítico es intolerable para los pacientes mentales graves, y conociendo las experiencias que se estaban haciendo en terapia familiar, que también presentaban sus limitaciones, concebí una nueva forma de trabajar con todos los pacientes y familiares en la sala al mismo tiempo...".

Decidió desalojar una gran sala que se usaba como dormitorio, quedando libre un espacio amplio que consideró buen lugar para la socialización de los pacientes que se encontraban ingresados. Empezó a sentarse solo en esta sala cada día a la misma hora, hasta que un paciente se sentó a su lado y comenzaron a hablar. Poco a poco, la sala se fue ocupando por otras personas, surgiendo así, lo que el Doctor denominaba “una reunión natural”.

De este modo, se inicia el primer Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar, como un contexto abierto y espontáneo cuyo eje fundamental es el respeto al Otro y a sus tiempos, donde cada miembro se pueda sentir “uno mismo” y compartir vivencias personales.

“Badaracco empezó a sentarse solo en esta sala cada día a la misma hora, hasta que un paciente se sentó a su lado y comenzaron a hablar. Poco a poco, la sala se fue ocupando por otras personas, surgiendo así, lo que el Doctor denominaba “una reunión natural”.

Con el tiempo, se fueron uniendo algunos familiares, y otros allegados, que habían acudido al Hospital para hacer una visita o citados para una consulta.

En líneas generales, se puede considerar que el Grupo Multifamiliar constituye una *Mini-sociedad* que nace del encuentro y la relación de sus participantes, donde se va representado el individuo, la familia y la sociedad. El Grupo actúa como contexto contenedor, favorece la elaboración de vivencias que han generado enfermedad y el desarrollo de nuevos recursos personales.

Seguidamente, se describen los conceptos básicos que sintetizan la línea teórica de este tipo de procedimiento y marcan el camino que se puede recorrer desde un estado psicopatológico hasta la recuperación:

Identificación → Es un proceso a través del cual la persona se va constituyendo desde la infancia, tomando de los otros rasgos, comportamientos, valores... para ir creando su identidad y ser capaz de relacionarse con el medio. Es fundamental en la evolución de este proceso el papel que desempeña la familia, ya que son las primeras personas con las que se establecen vínculos.

Así, cuando los padres no son capaces de ejercer su función de forma adecuada, pongamos como ejemplo dedicar una protección excesiva, enviar mensajes ambivalentes, transmitir carencias afectivas, establecer relaciones de abuso, proyectar propias expectativas en los hijos... se desarrollan lo que llamamos interdependencias patógenas.

Interdependencias Patógenas (Objeto Enloquecedor) → Relación entre dos o más personas caracterizada por vivencias de sufrimiento psíquico. Habitualmente, son generadas en los vínculos que se desarrollan en los primeros años de vida. Estas relaciones continúan teniendo vigencia en el mundo interno de la persona (lo que el autor denomina “*Los Otros en Nosotros*”), por lo que siguen manteniendo el poder patógeno inicial, emergiendo en las relaciones actuales.

El grupo ayuda a reproducir y contener estas interdependencias de las que hablamos, pero en esta ocasión respecto a los miembros que lo integramos, lo que facilita tomar conciencia de los aspectos patológicos que se manifiestan en las relaciones. A su vez, el hecho de que los participantes se sientan identificados con las vivencias de otras personas, hace que cada uno se sienta menos extraño. De forma natural, a través de estas experiencias florecen mitos familiares, creencias, tabúes, secretos... que ocurren en gran parte de las familias.

Personaje → Perfil de comportamientos y expresiones que caracterizan a ciertos pacientes. Se genera por el efecto nocivo de las identificaciones patógenas, y consiste en actuar de la forma que el otro espera, permitiendo sobrevivir en esa relación sin ser dañado. El personaje se separa del Yo más auténtico.

La enfermedad es, entonces, una creación colectiva en la que participan tanto el objeto enloquecedor como el personaje, creando y manteniendo vínculos entre ellos para evitar el desamparo, la desprotección, la inseguridad... Así, el personaje es el producto de una trama de relaciones en las que él mismo está atrapado.

Reproches y Reclamos → Todo aquello que una persona necesita expresarle a otra con la que ha mantenido una interdependencia patológica, y que en su momento no fue expresado. Suele apare-

cer con un contenido emocional intenso. En el grupo aparecen a través de discursos y/o comportamientos de carácter vengativo. En la mayoría de los casos aparecen una y otra vez.

“se puede considerar que el Grupo Multifamiliar constituye una Mini-sociedad que nace del encuentro y la relación de sus participantes, donde se va representado el individuo, la familia y la sociedad”

Compulsión a la Repetición → Es la expresión repetida de emociones relacionadas con vivencias traumáticas. Esta manifestación se realiza por medio de síntomas o comportamientos que conllevan sufrimiento. A través del respeto a estas expresiones repetidas, la persona se siente reconocida y de alguna forma se comienza a desgastar el síntoma y se pasa a un proceso de desidentificación

Desidentificación → La persona se comienza a diferenciar del personaje que construyó para relacionarse. Es un momento en el que se puede sentir un gran vacío, por ser despojado de los mecanismos de defensa que se han usado durante años. En paralelo a este proceso, es necesario ir adquiriendo una serie de recursos personales que permitan vivir con mayor autonomía, con más autenticidad.

Recursos Yoicos → Se trata de un compendio de fortalezas que permiten a la persona llegar a ser él mismo y defenderse de las situaciones adversas de la vida. Recuperar la salud mental es el resultado de destejer las tramas patógenas y lograr el desarrollo de los recursos personales genuinos. Estos recursos permiten que se libere lo que llamamos la virtualidad sana.

Virtualidad Sana → Parte genuina y natural que tiene todo ser humano, y que en la enfermedad mental grave se suele mantener oculta y apresada por toda la maraña de identificaciones patológicas. Favorece el desarrollo de esa parte sana creer firmemente en ella y estimularla para que surja, en palabras del autor: “Crear para Ver”.

PRINCIPIOS TÉCNICOS

Partiendo de los factores presentes en todos los grupos de corte interpersonal y dinámico, recalamos a continuación los que facilitan que este proceso contribuya a hacer conscientes las tramas psicotizantes y elaborarlas: *el respeto en la escucha, la legitimación del síntoma como modo de expresar algo que no se puede exteriorizar de otra manera, la búsqueda de la autenticidad, la importancia de comprender las vivencias evitando la intelectualización y mirar al paciente desde su virtualidad sana.*

El hilo conductor de cada sesión se hilvana con las vivencias que se van expresando espontáneamente. La técnica multifamiliar evita el exceso de intervenciones de los terapeutas, teniendo en cuenta esta directriz, consideramos relevante señalar las funciones que desempeñamos los coordinadores en nuestra experiencia grupal:

- Velar por el respeto y fomentar un clima de confianza.
- Promover la identificación de cada miembro a través de las vivencias particulares que emergen en cada sesión.
- Potenciar el pensamiento ampliado, o lo que es lo mismo “pensar entre todos lo que uno solo no puede”.

“la técnica multifamiliar evita el exceso de intervenciones de los terapeutas”

No queremos olvidarnos de apuntar que el terapeuta también permanece en el grupo como la persona que es, con las vivencias de su propia historia.

¿POR QUÉ EN EL CRPS?

Las razones principales que han impulsado la puesta en marcha del tratamiento en nuestro dispositivo son estas:

- Sentimos motivados por la comprensión y la dedicación que se presta en este tipo de enfoque a la patología mental grave.
- La técnica documentada y la experiencia práctica que se viene desarrollando desde el inicio del Psicoanálisis Multifamiliar

- La correspondencia psicopatológica de nuestros pacientes con los que desarrollaron este tratamiento allá por el año 60, las personas con psicosis.
- Aspectos metodológicos

Consideramos los siguientes puntos:

- En la composición, hay que señalar dos grandes condiciones: se trata de un grupo *heterogéneo* (en el que no solo participan personas con distintos diagnósticos y diferente evolución de la enfermedad, sino porque también acuden familiares y otras personas significativas) y de carácter *abierto* (a nuevas incorporaciones a lo largo del tiempo).
- Realizamos una entrevista previa a todos los interesados para informarles sobre los aspectos más generales y valorar la motivación para participar en el grupo.
- Sesiones de una hora y media de duración con una frecuencia semanal. Los terapeutas nos reunimos previamente para leer artículos y teoría relacionada, y al terminar cada sesión para hacer una puesta en común.
- Comenzamos siendo 15 participantes (7 pacientes, 5 familiares, 3 terapeutas). Se comentó al inicio que posiblemente se uniría más gente. Se ofreció que invitaran al grupo a otros familiares o personas cercanas si consideraban que les podría servir de ayuda. Finalmente, se unieron una paciente más y la pareja de una de las participantes.
- Esta primera temporada ha abarcado 6 meses, un total de 23 sesiones.
- Utilizamos una sala del CRPS, sentados en distribución circular.
- A continuación recogemos las orientaciones que nos han servido de guía, y que enunciamos en la primera sesión:
 - “Se trata de crear un espacio de respeto, convivencia y confianza donde poder compartir vivencias, que nos ayuden a entender nuestra historia y alivien el sufrimiento”.
 - “Cada uno participa en el grupo a través de las situaciones personales que quiera contar”.

- “Las experiencias que vayamos compartiendo permiten pensar entre todos ampliando la manera que tenemos de ver las cosas”.
- “No nos centraremos en hablar sobre los síntomas de las enfermedades mentales, cuando aparezcan intentaremos darles una explicación desde las situaciones que se hayan vivido”.
- “Los terapeutas no somos expertos que resuelven dudas, cada uno es el que más sabe sobre sí mismo. Es habitual que surjan preguntas que no se puedan contestar. Nuestra función es favorecer que todos podamos pensar y sentir los relatos que se expresen, y que cada uno los pueda relacionar con su propia vida”.
- “No sentimos de igual forma una misma situación, ni la resolvemos de la misma manera, por eso dar consejos, en muchas ocasiones, no beneficia y puede producir falta de comprensión, incompetencia o culpa”.
- “Una ayuda muy valiosa que podemos prestar es escuchar a la persona que cuenta sus vivencias personales, acompañarla y sentir con ella en un clima de confianza”.
- “En los momentos de silencio que aparezcan quizá no sean necesarias las palabras. En el silencio se comparte, se piensa y se siente intensamente, y facilita que entremos en contacto con nosotros mismos”.

NUESTRA EXPERIENCIA

Hemos considerado que han sucedido 4 momentos en la evolución del grupo:

1. Apertura y cohesión grupal.
2. Resistencia.
3. Elaboración y desarrollo personal.
4. Conclusiones.

1. Apertura y cohesión grupal (1ª a la 6ª sesión):

Iniciamos el recorrido con la presentación y la exposición de las orientaciones que acabamos de ver. Los padres se presen-

tan como “padres de...”. Alguno ni siquiera dice cómo se llama. Se empieza a compartir un espacio con intereses comunes como entender la enfermedad. La mayoría de los padres presentan la actitud de “vengo a ayudar a mi hijo”. En general todos los participantes se muestran reservados, sin expresar hechos personales. Hablan desde ellos mismos pero en relación a los cambios sociales que han vivido.

Los padres se sitúan sentados por un lado y los hijos enfrente.

Los pacientes se dirigen a otros pacientes a la hora de hablar de sus experiencias, los padres hacia los otros padres cuando hablan de sus hijos y hacia los terapeutas cuando buscan respuestas o aprobación en su actitud paterna.

Se comparte lo que podemos considerar como “un coloquio social de opinión” y no aparecen referencias emocionales.

Los terapeutas orientamos hacia la expresión de vivencias.

Poco a poco van surgiendo experiencias familiares.

“En general todos los participantes se muestran reservados, sin expresar hechos personales. Hablan desde ellos mismos pero en relación a los cambios sociales que han vivido”

Uno de los miembros cuenta la relación conflictiva y dependiente que mantiene desde hace años con su hermano adicto, favoreciendo que varias personas se reconozcan en ese relato por haber vivido relaciones similares con algún familiar.

Aparecen los primeros silencios, que son tolerados como períodos de reflexión.

Se va estableciendo el grupo como un espacio donde uno puede pensar con los demás, como un lugar donde poder contar situaciones que han provocado angustia. Tanto los hi-

jos como algunos padres comparten asuntos nunca hablados en la familia.

Las experiencias son cada vez más intensas. Se comunican vivencias cargadas de sufrimiento asociadas a relaciones y vínculos familiares. El grupo responde en ocasiones desde el consejo. Los terapeutas vamos señalando la parte emocional de los hechos que se van expresando y dándoles un carácter universal, para que todos puedan pensarlos y sentirlos desde su propia historia.

Algunos padres hablan de lo vivido con sus padres, de los abusos y carencias que sufrieron con ellos.

Todos nos identificamos bajo una misma realidad: “Todos hemos sido hijos”

2. Resistencia (7ª a la 8ª sesión):

Se caracteriza por el repliegue en la comunicación de experiencias personales. Se habla de la vida desde una progresión de cambios sociales y urbanísticos.

Consideramos que el intenso contenido emocional compartido en las últimas sesiones ha podido generar esta regresión, la cual entendemos como normal y necesaria en la constitución y evolución del grupo.

Reorientamos hacia lo vivencial, favoreciendo la confianza para continuar expresando situaciones más significativas.

3. Elaboración y Desarrollo personal (9ª a la sesión 22ª):

Varios pacientes impulsan el grupo, aportando vivencias de consecuencias traumáticas.

Emergen contenidos de agresión, represión, abandono, y culpa respecto a situaciones vividas en la familia. Se exteriorizan vivencias sobre la relación con los padres que no se habían expresado ni compartido antes.

Se habla más desde uno mismo, sin cuestionarse si lo que se siente es parte o no de la enfermedad como había pasado anteriormente.

Durante varias sesiones, una participante reprocha y reclama a su madre por no haberla defendido de la violencia del padre, por sentir que no se ocupó de ella como necesitaba cuando

era niña y haberse sentido explotada y discriminada respecto a sus hermanas.

La madre, afligida, confirma el sometimiento y el terror que vivieron con su marido, habiéndose sentido sola y desamparada, sin recursos para resolver la situación y proteger a sus hijas.

Tanto la madre como la hija se mantienen encerradas en su embargo emocional, sin poder reconocer lo que pudo sufrir la otra bajo ese mismo escenario traumático.

La hija considera que el maltrato recibido durante su infancia le ha perseguido a lo largo de la vida, fundamentalmente al establecer relaciones de pareja, habiendo actuado en ellas de manera agresiva y ambivalente, y buscando de manera compulsiva depender de figuras que le provocaran daño.

El grupo logra contener, en gran medida, la angustia exteriorizada en estas intensas vivencias.

Algunos padres asumen ciertas carencias personales en la crianza. Reconocen y entienden el sufrimiento de los hijos tomando más conciencia de la relación mantenida con ellos. De su condición de padres pasan a identificarse como hijos que a su vez vivieron relaciones similares con sus propios padres desde una temprana edad.

Según avanzan las sesiones se debilitan los reproches de la hija hacia su madre, lográndose un acercamiento en la relación, aumentando el entendimiento y la comprensión de la forma en que vivieron las circunstancias familiares cada una.

En otra ocasión, una persona expresa su malestar por haber sufrido alucinaciones auditivas que le ordenaban agredir a su madre. Se deduce este síntoma como un conflicto entre la rabia habitual que se puede sentir en determinados momentos respecto alguna persona significativa y lo que nos han hecho considerar moralmente inaceptable, pudiendo esta contradicción desarrollar en ciertas ocasiones sintomatología alucinatoria. Se comparten numerosas experiencias similares que permiten la identificación de unos con otros, favoreciendo el alivio y disminuyendo las sensaciones de extrañeza.

Una participante revela en una sesión el temor que siente a la mirada de los demás, a cómo la puedan juzgar, a que la rechacen por tener esquizofrenia... Expresa que estos miedos le producen desconfianza y aislamiento social. Se comunican

distintos temores y fobias con lo que se establecen numerosas identificaciones.

Se comunica la necesidad de ser reconocido desde uno mismo y no bajo estigmas, como el ocasionado por la patología psiquiátrica.

En un determinado momento coinciden varias personas, reconociendo haberse sentido como una marioneta en los vínculos con sus padres, por el miedo a defraudarles, a no ser querido, al abandono, a la soledad... Se considera que es como vivir haciendo un papel, desarrollando un personaje, siendo lo que otros desean y dejando de ser uno mismo. Se definen estas relaciones como lazos invisibles que limitan y apresan, y se perpetúan provocando dependencia, impidiéndole a uno desarrollarse y ser él mismo, generando enfermedad mental.

4. Conclusiones (sesión 23ª):

En la última sesión animamos a los participantes a reflexionar sobre lo que les había aportado el grupo, y expresaron los siguientes enunciados:

“Haber podido ser uno mismo”.

“Ser respetado y escuchado por los demás”.

“No sentirte tan raro”.

“Poder hablar en confianza” .

“Sentirte acompañado en el sufrimiento que se ha vivido”.

“Entender mejor lo que nos ha pasado en la vida y la relación que tiene con la enfermedad”.

“Comprender mejor a nuestros padres y lo que nos pasa con ellos”.

Nos gustaría destacar la conclusión final de esa hija de la que hemos hablado en el relato de esta experiencia, y que sirvió para cerrar el grupo:

“No se trata de olvidar sino de superar lo que nos ha pasado, entendiéndolo y colocándolo dentro de nosotros, para que no aparezca una y otra vez en el presente haciéndonos sufrir”.

“No se trata de olvidar sino de superar lo que nos ha pasado, entendiéndolo y colocándolo dentro de nosotros, para que no aparezca una y otra vez en el presente haciéndonos sufrir”

EPÍLOGO

Este enfoque terapéutico permite atender a un grupo numeroso de personas en un aspecto particularmente complicado, la comprensión de la enfermedad mental grave de un miembro de la familia. Después del primer año de trabajo, los resultados que hemos podido vivenciar han aumentado nuestro entusiasmo y nuestra confianza en esta herramienta. Aún es pronto para hablar de resultados firmes que corroboren el éxi-

to terapéutico, pero podemos confirmar avances en la comprensión de la enfermedad y en la disminución de la sintomatología. Da la sensación de que los cambios logrados fueran más consistentes que los que se obtendrían mediante otro tipo de tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

- Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar, García Badaracco JE. Tecnipublicaciones Española, 1989, Madrid.
- Psicoanálisis Multifamiliar, García Badaracco JE. Paidós, 1996, Buenos Aires.
- Demonios de la Mente, García Badaracco JE. EUDEBA, 2005, Buenos Aires.
- Las Voces de la Locura, Mitre De Larreta M^aL. Emecé, Buenos Aires; 1998.



Foto: Vilma Neres

hem()s estado...

MESA-DEBATE “AGENDAS Y LIBRE ELECCIÓN EN SALUD MENTAL”

El día 24 de febrero, en el Salón de Actos de la Fundación ONCE, se celebró una Mesa-Debate con el lema “AGENDAS Y LIBRE ELECCIÓN” organizada por la Asociación Madrileña de Salud Mental, con la asistencia y participación de profesionales procedentes de Centros de Salud Mental y Unidades de Hospitalización Breve de distintas unidades asistenciales de la Comunidad de Madrid (Alcorcón, Clínico, Doce de Octubre, Fuenlabrada, Fundación Jiménez Díaz, Getafe, Gregorio Marañón, Hospital del Sureste, Infanta Cristina, Infanta Leonor, Infanta Sofía, Móstoles, La Paz, La Princesa, Leganés, Príncipe de Asturias, Puerta de Hierro y Ramón y Cajal). El objetivo de la reunión era compartir las dificultades existentes en la implantación del nuevo modelo asistencial, extraer conclusiones y hacer unas propuestas comunes para su mejor funcionamiento, centrándose en los siguientes aspectos: Incorporación de los Centros de Salud Mental a las Gerencias Hospitalarias, implantación del Área Única, informatización de las agendas e informatización de la historia clínica.

1. INCORPORACIÓN DE LOS CSM A LAS GERENCIAS HOSPITALARIAS

La incorporación de los Centro de Salud Mental, de los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial ligados a ellos y de su modelo comunitario de funcionamiento a las Gerencias Hospitalarias y a sus sistemas de registro en información supone una transformación radical en el funcionamiento de los dispositivos e implica cambios en la organización debido a la desaparición de las estructuras funcionales ligadas a la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y a las Áreas Sanitarias. Su vacío debe ser cubierto por nuevas estructuras organizativas que permitan incorporar a todos los dispositivos asistenciales referidos a una gerencia hospitalaria, incluidos los de rehabilitación y atención a las drogodependencias.

Propuestas

- Implantación y desarrollo de las nuevas Unidades Asistenciales mediante la creación de Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental, que permita a las gerencias delegar en la red de dispositivos la gestión y organización de la asistencia.
- Mantenimiento del funcionamiento de los equipos multi-profesionales y de los sistemas de registro e información específicos de los CSM (RCP) y su adaptación a los distintos sistemas informáticos de los distintos hospitales de referencia (HP HIS, HP Doctor, Selene, Siscam, etc.). Un

buen punto de partida es la adaptación del RCP llevada a cabo desde el CSM de Barajas para su incorporación a los sistemas de información del Hospital Ramón y Cajal.

2. IMPLANTACIÓN DEL ÁREA ÚNICA

La implantación del Área única supone una pérdida de comunicación y coordinación con Atención Primaria, Unidades de Hospitalización y Red de Rehabilitación Psicosocial. Con los nuevos sistemas de citación se pierde la implicación de Atención Primaria, con repercusiones sobre todo en los casos más graves y preferentes, y la gestión de una pronta intervención o solución transitoria con el dispositivo que se va a hacer cargo del paciente derivado. Por otro lado, se hace inviable la coordinación efectiva entre dispositivos que no se ubican en la misma área de referencia. En el caso de la red de rehabilitación psicosocial, implica fijar las reglas de acceso a los dispositivos y las condiciones en las que se puede llevar a cabo la rehabilitación fuera del área de referencia del paciente.

Propuestas

2.1. Nuevos sistemas de citación

- La citación a través del Centro de Atención Personalizado (CAP) deberá hacerse diferenciando: huecos de nuevos ofertados a los Centros de Salud de referencia, que deben ser ofertados en primer lugar, y huecos ofertados a Libre

Elección. Existirán también huecos de uso exclusivo de los dispositivos, a los que no tendrá acceso el CAP. La oferta de huecos a libre elección deberá ser homogénea para todos los dispositivos.

- Para poder mantener consultas e intervenciones específicas dirigidas a problemas, patologías y poblaciones especiales podrá haber agendas de profesionales que no se oferten a los CAP.
- Las citas de demandas Preferentes (VPE), que suelen implicar mayor gravedad y mayores necesidades de coordinación de Atención Primaria con los CSM, deberán ser dirigidos desde el CAP a los CSM de referencia que, tras su evaluación, serán los encargados de gestionar la cita en los tiempos establecidos para tales demandas.

2.2. Aplicación de la Libre Elección en los distintos dispositivos

- La libre elección se ejercerá en el momento de la derivación desde Atención Primaria a los Centros de Salud Mental. También se podrá ejercer cuando se solicite y se resuelva positivamente un cambio de terapeuta en los Centros de Salud Mental, aunque la gestión del acceso al nuevo dispositivo se hará desde Atención Primaria.
- En caso de necesidad de internamiento en las Unidades de Hospitalización Breve, los Centros de Salud Mental remitirán a los pacientes a sus hospitales de referencia, constituyendo esta hospitalización una parte del proceso de tratamiento elegido e iniciado en el Centro de Salud Mental.
- Tras la evaluación en los Servicios de Urgencia Hospitalarios, la indicación de Hospitalización Breve se podrá hacer efectiva en el hospital del área de referencia del paciente ó en el hospital donde se ha producido la evaluación, si el paciente así lo demanda. Tras la evaluación en los Servicios de Urgencia Hospitalarios, la derivación a atención ambulatoria se hará al Centro de Salud Mental del área de referencia del paciente ó a su Centro de Atención Primaria si el paciente desea ejercer la libre elección. Tras la estancia en una Unidad de Hospitalización Breve, la derivación a atención ambulatoria se hará al Centro de Salud Mental del área de referencia del paciente ó a su Centro de Atención Primaria si el paciente desea ejercer la libre elección.

- El acceso a los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial se hará desde los Centros de Salud Mental y se hará a la red de dispositivos que dependa de dicho Centro de Salud Mental. Será motivo de denegación de libre elección de Centro de Salud Mental, la imposibilidad de llevar a cabo el Plan Individualizado de Rehabilitación fuera del área de referencia del paciente.

- El acceso a las Unidades Hospitalarias de Rehabilitación y de Cuidados Psiquiátricos Prolongados se hará desde los Programas de Rehabilitación y a través de las estructuras de coordinación para ellos establecidas.

3. INFORMATIZACIÓN DE LAS AGENDAS

El reto y la dificultad de la informatización de las agendas de los Centros de Salud Mental está en trasladar toda la actividad de un servicio multiprofesional (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales) y con actividades muy diversas (primeras consultas, consultas sucesivas, intervenciones específicas y generales, individuales y en grupo, fuera y dentro del servicio, programadas y no programadas tanto dentro como fuera del servicio, actividades de coordinación fuera y dentro del servicio, de investigación, docencia y formación) a una estructura bastante rígida y pensada para otro tipo de actividad. Se debe decidir qué tipo de actividades se incorporan y cuáles no y cómo se adapta el reparto de actividades que deben desempeñar los profesionales a las nuevas estructuras informatizadas de diferentes sistemas informáticos y a los criterios fijados por las Direcciones Médicas.

Propuestas:

3.1. Estructura

- Mantener el modelo de atención y las actividades desarrolladas por los profesionales y trasladar la estructura de las agendas en papel a las estructuras informatizadas.
- Establecer agendas informatizadas para todos los profesionales de los equipos.
- Adaptar las agendas informatizadas de los distintos sistemas informáticos para poder recoger las distintas actividades que desarrollan los distintos profesionales. Una solución transitoria, mientras esto se produce, es diferenciar

entre “agenda asistencial”, que recogería las prestaciones definidas en cada agenda (primera consulta, primera consulta psicología niños, consulta sucesiva enfermería, psicoterapia individual, etc.) y que sería la que se incorporase inicialmente al sistema informatizado, y “agenda profesional” que añade a la anterior aquellas actividades de los profesionales no ligadas directamente a las prestaciones incorporadas a las agendas informatizadas.

- Fijar de manera general para todos los dispositivos de la Comunidad de Madrid el mismo número de primeras consultas por profesional y que se considere este número un compromiso mínimo de calidad asistencial, no estando sujeto al volumen de la demanda ni a la lista de espera. Existen distintos documentos de la Oficina Regional de Salud Mental que ha avanzado una posición sobre este tema, estableciendo para psiquiatras un número máximo de 6 nuevos ordinario y 2 preferentes semanales, para psicólogos 1 ó 2 menos que para psiquiatras: 4-5 ordinarios y 2 preferentes y lo mismo para psiquiatras y psicólogos de los equipos de Infancia-adolescencia: 4-5 nuevos ordinarios y 2 preferentes. El número de nuevos para enfermería y trabajo social dependerá de su participación en los distintos programas; pero no excederán de 3 nuevos y 2 preferentes semanales.

3.1. Gestión

- El funcionamiento con agendas electrónicas no debe suponer un aumento de las tareas burocráticas para los profesionales y éstos no deben asumir las funciones que tienen asignadas los profesionales de administración-secretaría.

- Para que las agendas informatizadas no se conviertan en un obstáculo para el funcionamiento cotidiano de los dispositivos y faciliten el manejo clínico de la demanda, una vez acordada y fijada su estructura con las Direcciones Médicas, la gestión cotidiana (bloqueos, cancelaciones, reprogramaciones, etc.) se llevará a cabo por los responsables de los dispositivos, con el conocimiento posterior de las Direcciones Médicas y Servicios de Admisión hospitalarios.

4. INFORMATIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es la herramienta fundamental del trabajo en salud mental. Tiene unas características específicas respecto a otras historias clínicas, ya que aparte de datos objetivos, los contenidos fundamentales van a ser las manifestaciones subjetivas y las narrativas de los pacientes que surgen en el contexto de una relación terapéutica con un profesional determinado. Se debe disponer de una historia clínica que permita la recogida de estos contenidos en ese contexto terapéutico y de su evolución a lo largo del tiempo y la confidencialidad de su contenido ha de primar sobre el acceso a la información por parte de los profesionales.

Propuestas

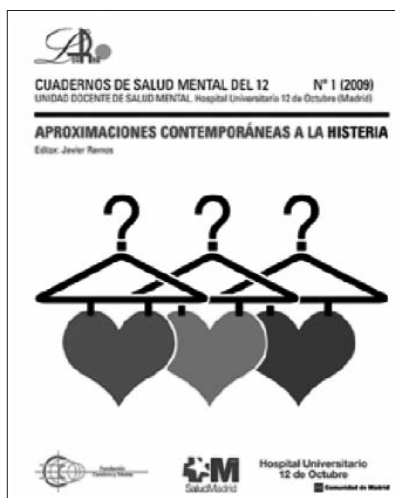
- Elaboración de un modelo de historia clínica informatizada específica para salud mental.
- Creación de un grupo de trabajo que defina las características que debe tener la historia clínica informatizada específica de salud mental.

hemos leído

Eva Alonso Olmos

Psiquiatra. CSM de Fuenlabrada

JAVIER RAMOS (COORD.). (2009). APROXIMACIONES CONTEMPORÁNEAS A LA HISTERIA. MADRID: LUARNA (ED. ELECTRÓNICA).



La Unidad Docente de Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid ha puesto en marcha el proyecto “Cuadernos de Salud Mental del 12”, publicación donde se recopilan las aportaciones más valiosas de entre los cursos y seminarios para la formación de residentes y profesionales realizados en dicha Unidad Docente. Así ve la luz el primer número monográfico, dedicado a la histeria, fruto de varias jornadas de conferencias que se realizaron en 2008 en el hospital, dentro del ciclo titulado *Aproximaciones contemporáneas a la histeria*. Una iniciativa que aporta a los asistentes la oportunidad de volver a disfrutar, releer, repensar y fijar conocimientos, y cuya difusión ahora permitirá a los lectores acceder al contenido del curso. Un libro que recomiendo de verdad a los que se inician en la profesión y a los que ya establecidos en ella seguimos aprendiendo.

En estos tiempos de uniformidad e informatización, *Aproximaciones contemporáneas a la histeria*, que homenajea en su título al mítico “libro verde” editado por la AEN en 1980, es una reflexión profunda sobre nuestro quehacer clínico, que ahonda en el conocimiento de la histeria, la “gran simuladora”, que, a pesar de haber sido borrada, disfrazada, o haber “estallado” en diversos diagnósticos en los manuales psiquiátricos, sigue inundando nuestras consultas.

Psicólogos clínicos, psiquiatras, psicoanalistas, profesionales de la clínica pública y de la práctica privada, reconocidos o conocidos, se unen para aportar, cada uno desde su tendencia, su constructo teórico, su experiencia o su propia ideología, una mirada en profundidad a “esta enfermedad, la más enigmática de todas las de los nervios”.

Se agradece especialmente el esfuerzo de los clínicos por compartir las teorías que han iluminado su camino para entender mejor la histeria. Como dice una de las autoras: “su particular proceso de decantación tras su dilatada experiencia, de todo lo leído y lo escuchado, y de lo vivido en la clínica, en la experiencia real en el trabajo con los pacientes”.

Prologado por Enrique García Bernardo, se encadenan los capítulos con los aportes de cada autor, profundizando cada uno desde su particular mirada, en aspectos, facetas o nuevas propuestas en relación con la histeria.

Javier Ramos coordina, edita y participa como autor en esta loable y difícil empresa de aproximación a la histeria contemporánea. Aporta el hilo conductor que aúna a los diversos ponentes; con un discurso, me atrevo a decir, casi poético y lleno de matices reflexivos dirige su aportación a la histeria camaleónica y la seducción de los nuevos diagnósticos: Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica. Con numerosas referencias que invitan a indagar más, a leer más, realiza una reflexión psicológica acerca de los modos en que el malestar se expresa en nuestra cultura y las formas de

respuesta al uso en nuestra realidad, (la enfermedad se introduce en la vida cotidiana como la gran fantasía que explica y justifica cualquier tipo de malestar social o individual), lo que provoca el paso de la comprensión a la tecnificación del sufrimiento y del dolor, animando a todo aquél que sufre de infortunio a asumir el rol de enfermo. En la aproximación estructural a la histeria como concepto, articula el paso de sujeto sujetado, de pasar de conformar un todo con la madre, a tener algo que le hace deseable para el otro, al tiempo que también se reconoce que se carece de algo, lo que hace posible poder desear, planteando este paso “del ser al tener” como especialmente doloroso en la histeria.

Augusto Abello, se acerca a la histeria desde el pensamiento de Winnicott. Expone la ambigüedad respecto a la cuestión de la etapa psicosexual a la que se halla abrochada la histeria, pues aparece muchas veces ligada a una fijación en la etapa fálica - y desde ahí se postula como la neurosis más evolucionada- al tiempo que otra mirada permite pensarla como fijada a la etapa oral, concibiéndose entonces como una neurosis muy primaria. Se plantea si la patología deviene por conflicto o por déficit, y resuelve esta dicotomía en favor de una concepción heterogénea del psiquismo, que supone la cohabitación en todos nosotros de zonas más neuróticas dominadas por la idea de conflicto y otras más ligadas a situaciones deficitarias, de forma que en cada situación vital, vincular, podrán predominar unas u otras. Se refiere a un aspecto paradigmático de la histeria: su capacidad para identificarse con el deseo del otro, y eso es lo que hace del sujeto histérico un sujeto de enorme plasticidad. Utiliza el concepto de Winnicott de “miedo al derrumbe”, en el que relaciona estas fantasías, sueños o pesadillas con fallas severas en el “holding” en las etapas tempranas del desarrollo. Muy interesantes también sus aportaciones en cuanto a de qué hablamos cuando hablamos de abuso sexual.

Desde una visión muy personal de la histeria, Marian Fernández Galindo comparte con gran generosidad las teorías y aportaciones que han contribuido a su particular proceso de aprendizaje y comprensión, dando forma a su bagaje intelectual y su “arsenal” terapéutico, aunando propuestas que van desde el modelo freudiano, a la teoría del apego, la teoría evolutiva y las neurociencias, revisando tres aportes fundamentales de estas últimas: el “intérprete” del córtex prefrontal izquierdo de Gazzaniga, la neurobiología de la emoción de Damasio y las neuronas espejo de Rizzolatti. Con un lenguaje particularmente claro y rico señala tres “invariables” fundamentales: el cuerpo que sufre, la labilidad de la expresividad emocional y la intensidad de las vivencias afectivas. La histérica llega al psiquiatra “por que no tiene nada” y arrastrará en su desprestigio al clínico que se dedica a ocuparse “de nada”. Considera la histeria como una metáfora de la falta, de lo faltante en el ser humano, confrontado desde el nacimiento a tolerar la falta. Se refiere a la histeria como limitando por un lado con el trastorno límite de la personalidad, por otro con alguna forma de trastorno bipolar y por todas partes con la “normalidad”.

Norma Tortosa profundiza en la perspectiva psicoanalítica de la histeria apoyándose en un caso clínico, en este caso de un varón. Apunta a las formas de expresión casi siempre pasajeras, que no tienen una causalidad orgánica definida, ya que la parte del cuerpo implicada no responde a razones anatómicas ni fisiológicas (Freud se refería a un cuerpo erógeno y a una anatomía fantasmática cuyos determinantes cau-

sales el paciente desconoce). Incide en el valor metafórico del síntoma, se trata de un mensaje cifrado que el sujeto ignora, aunque esté inscrito en su propio cuerpo; este lenguaje somático es retraducido en la cura al lenguaje de las palabras.

Pedro Cubero hace un repaso de la historia y la nosografía, revisando la evolución conceptual y la semiología de la histeria, ofreciendo una ingeniosa propuesta sobre cómo se produce la disociación y la conversión y aportando originales propuestas de subclasificaciones según la clínica y las formas de presentación.

El capítulo de Guillermo Rendueles dedicado a la ventaja con el síntoma y la necesidad de hermenéutica es una magnífica reflexión sobre el diagnóstico y el malestar psíquico a través de la historia, remitiéndonos a múltiples lecturas que en ocasiones hacen tambalear nuestro “hacer diario sin reflexión”. Su contribución es una honda meditación repleta de ironía y perspicacia muy sugerente que hay que leer. “La medicalización de la vida cotidiana busca un seguro contra la infelicidad en el consultorio médico. Confundir sufrimiento con dolor es comprensible en la falsa conciencia del paciente, pero injustificable en su terapeuta que precisamente debería traducir ese falso dolor como metáfora de una vida desgraciada. El médico que trata estos cuadros con el arsenal médico-quirúrgico habitual, en el fondo está dejándose seducir por la atribución de omnipotencia que los pacientes le atribuyen”.

Mariela Michelena propone los casos clínicos de dos niñas que llegan al tratamiento en plena duda histórica, ambas en la tesitura de abandonar su posición fálica, para empezar a construirse una identidad femenina, una sustitución, un falo imaginario a través del investimiento fálico del cuerpo; planteando cada una a su modo la cuestión que Dora le plantea a la Sra. K: ¿En qué consistirá eso tan raro de ser mujer?

Emilce Dio Bleichmar ahonda sobre el papel crucial que tiene la identidad de género, la femineidad. Propone considerar como núcleo de la histeria: el uso instrumental de las emociones, los sentimientos, y la sexualidad; para satisfacer o completar aspectos deficitarios de la estructura del Self a través de la relación amorosa. Una estrategia fallida, porque efectivamente cae en su propia trampa, ¿cómo va a satisfacer al otro si no está satisfecha ella misma? Desde la perspectiva del papel crucial que tiene la identidad de género en la estructura del Self afirma que el conocimiento de la histeria ha evolucionado en los últimos años, de forma que características enigmáticas del cuadro clínico pueden ser contempladas como una cierta dificultad del clínico o de la teoría para entender las diferencias subjetivas que determinan la masculinidad y la femineidad. Insiste en investigar la existencia de abusos sexuales en los cuadros en que predominan mecanismos disociativos y analiza las bases neurológicas de la conversión a partir de los hallazgos en las imágenes cerebrales de trastornos conversivos.

El punto final al libro lo pone José Jaime Melendo –que vuelve a la histeria treinta años después de su participación en la *Aproximación a la histeria* de 1980– con el capítulo: “Malestar e Histeria” que analiza la subjetividad de nuestra época, el consumo, y los modelos relacionales apoyándose en diversas aportaciones desde el campo de la filosofía, la sociología, el periodismo y la cultura. Compartiendo sus lecturas, ofrece el retrato robot de la subjetividad actual según Galende, las nuevas formas de trabajo según Sennett y la perspectiva dramaturgía en el entorno laboral

de Rifkin. Reflexiona sobre los vínculos, el amor y el deseo y su lugar en nuestra sociedad; con la privatización del espacio público y la politización de lo privado, la confusión de espacios, la influencia de la televisión, acaba sondeando nuestras respuestas como profesionales.

Leer el libro que comento y hacer esta reseña me ha exigido pararme a reflexionar, lo que se antoja a veces difícil en la vorágine de nuestro quehacer cotidiano, pero que creo es imprescindible y consustancial con nuestra tarea, y nos acerca más al sentido de nuestra profesión, por lo que propongo al lector que se permita este placer.



Foto: montuno

FE DE ERRATAS

Tras la publicación en el Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental Otoño 2010 del artículo “**Prevención de Trastornos Mentales en hijos de personas afectadas por Trastornos Mentales Graves. Estudio inicial sobre la situación en la Comunidad de Madrid**”, apareciendo como autoras Mónica B. Contreras y Raquel del Amo; las mismas solicitan corregir la autoría a: Mónica B. Contreras, Raquel del Amo, Manuel Muñoz y Sonia Panadero.

pañóptico

LOGRA ESCRIBIR EN LA HISTORIA DIGITAL Y QUEDARSE CON LA CARA DEL PACIENTE QUE LE ROBÓ EL BOLI



Foto: Nieves González

El bolígrafo era uno de esos que tenía lucecita.

Square Littleroad. Redacción del Panóptico. Madrid. Un paciente desalmado robo un bolígrafo con lucecita, obsequio de un conocido laboratorio, a una psiquiatra de un CSM mientras escribía en la historia digital con dedos. La agilidad de la psiquiatra le permitió no obstante quedarse con la cara del paciente, que al parecer tenía un parecido asombroso con Javier Urra, Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid de 1996 a 2001 y autor del Best Seller “¿Qué ocultan nuestros Hijos?”, un libro que busca romper el silencio y promover el diálogo, una obra que despierta la conciencia de los padres para que, cuando un adolescente dice que quiere contar algo urgente, se le escuche; el día siguiente puede ser tarde.

DESCUBREN QUE LOS ÓRGANOS SEXUALES SECUNDARIOS SON MÁS PROMINENTES EN EL TERRITORIO SELENE QUE EN EL HPHIS

Los profesionales tienen mamas, penes y testículos significativamente mayores.

Lucas Skybeing. Redacción del Panóptico. Madrid. Un estudio del Servicio de Endocrinología del Hospital Infanta Cristina ha constatado mediante una muestra de profesionales de Salud Mental que el tamaño de los órganos sexuales secundarios son mayores entre aquellos que tiene implantados el SELENE frente a los que tienen HP-HIS. Mientras que la media del tamaño del pene entre los usuarios del HP-HIS era de 12 cm, para los usuarios del SELENE era de 17 cm, lo que resultó estadísticamente significativo. Igualmente la diferencia de medias en el tamaño de las mamas y de los testículos resultó favorable a los usuarios del SELENE. Fuentes del Servicio de Endocrinología del Hospital 12 de Octubre se han mostrado escépticos con los resultados y se han apresurado a aclarar que significación estadística no es lo mismo que significación clínica, es decir que el tama-

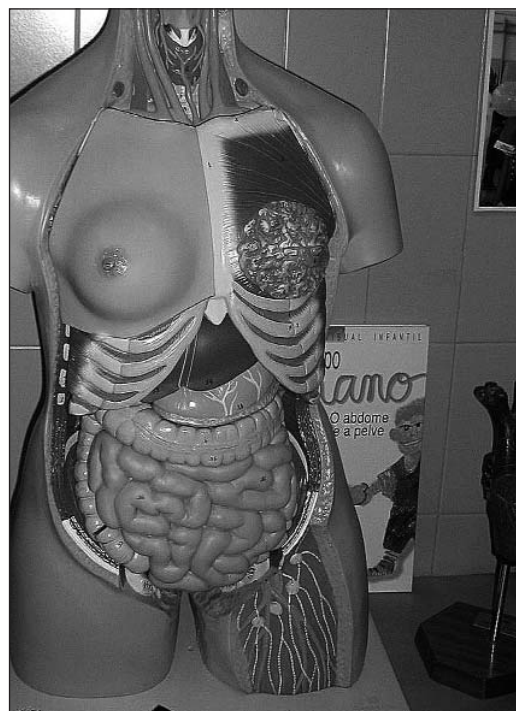


Foto: xomalcerto

ño puede no ser importante. Incluso puede ser producto de una disfunción, como por ejemplo que un programa hinche más los testículos que otro. En el caso de las mamas y los penes se cuestionan si se han descartado de la muestra a aquellos profesionales que se han sometido a cirugías de aumento de volumen de órganos, práctica al parecer muy común entre este colectivo profesional. Javier Urrea quiere se aclare si los penes estaban erectos en el momento de la medición.

UNA OCTOGENARIA ES ATENDIDA EN UN PROGRAMA DE INFANTIL DURANTE 7 MESES

Fue tratada sin éxito de una enuresis y encopresis primaria por un error de citación.

John Bush. Redacción de El Panóptico. Madrid Rafaela. Alonso Vizcoallar, una mujer de 86 años residente en el Barrio del Pilar, fue tratada en su CSM de zona en el programa de infantil durante siete meses tras un error de citación del Call Center o Centro de Atención Personalizada. La cadena de errores comenzó cuando su Médico derivó a la paciente al especialista por trastornos de conducta y falta de control de esfínteres y fue citada con la psicóloga de infantil. La falta de control de esfínteres se atribuyó inicialmente a una inestabilidad emocional por un apego inseguro, pero ante la mala respuesta a la experiencia emocional correctora y a varias sesiones de terapia de familia, se le pautó un Pipi Stop Dimpo. Fueron los vecinos de su bloque de viviendas los que alertaron a los Servicios de Salud Mental del error ya que al parecer la sordera de la paciente le impedía oír el aparato y no paraba de sonar en toda la noche. Varios ve-



Foto: Heart Industry

cinios del bloque tienen que tomar ahora fuertes hipnóticos y andan drogados según ha comentado a la redacción del panóptico el portero de la finca, Don Celestino Corrales. Para Javier Urrea, Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid de 1996 a 2001, es un claro ejemplo de cómo la relajación de las costumbres morales induce a los padres a vestir a sus hijas con ropa de más edad llegando a confundir a ciudadanos decentes, “que creen ver niñas donde en realidad hay ancianas”. Desde el CSM de Fuencarral dicen que no hay contraindicación en las guías clínicas del pipi stop para la población sorda ya que también tiene un sensor que emite una vibración al cuerpo. El Jefe del Centro ha intentado localizar al Call Center sin éxito.

UN INTERNAUTA DE MURCIA ENCUENTRA UN PLAN DE SALUD MENTAL ABANDONADO EN LA NEVADA DE LA A6

Al parecer el Plan estaba sin estrenar. El internauta afirma ser en realidad de Elche.

Mike Donald. Redacción del panóptico. Madrid. Un internauta de Murcia, pero que en realidad afirma ser de Elche, se encontró un Plan de Salud Mental sin estrenar en el monumental atasco que se produjo en la Carretera de La Coruña durante la última nevada. El internauta que se vio privado por culpa del gobierno de Zapatero de sus derechos a estar conectado durante la nevada aprovechó el rato riéndose con los contenidos del Plan, que al parecer confundió con el discurso de Alex de la Iglesia para la ceremonia de los Goya. Miembros de la Guardia Civil, acompañados de responsables de la Oficina de Salud Mental intentaron convencer al joven de su doble error, que él no era murciano y que lo que encontró no era el discurso de los Goya. Tras una agria discusión los responsables públicos tuvieron que admitir ante la vehemencia del joven que el Plan estaba sin estrenar y que los contenidos eran desternillantes. Finalmente dejaron que el joven se llevara el Plan para envolver bocadillos entre aplausos de las familias atrapadas por la nevada. Javier Urrea ha solicitado que se cierren las páginas web de los Simpson.

UN EQUIPO DE SALUD MENTAL SOBREVIVE 11 DÍAS EN EL VIENTRE DE UNA GERENCIA

Los miembros del equipo creen haber entendido el mensaje.

Joseph Mulberrytrees. Redacción del Panóptico. Madrid. Un equipo de Salud Mental fue devorado el pasado mes de

Febrero por una Gerencia hospitalaria durante una reunión sobre el nuevo modelo de agenda electrónica. Se trataba de una Gerencia perteneciente a una familia de saurópsidos arcosaurios, conocida entre las especies de Gerencias por su instinto voraz y rapidez de movimientos. Jaume Tastavins, biólogo experto en grandes reptiles piensa que “el equipo de Salud Mental cometió alguna provocación infantil que fue interpretada por la Gerentesauria como un ataque”. El Panóptico ha podido saber que al parecer algunos miembros del equipo de salud mental intentaban convencer a la Gerencia de que bloquear en la agenda electrónica un hueco de media hora después de un grupo de terapia era “necesario”. Este hueco que se denomina en la jerga de los profesionales de la mente como “reunión postgrupo”, es muchas veces visto por las Gerencias como una excusa para un “cafelito postgrupo”, que al parecer es una técnica en desuso. Tras escuchar durante 23 minutos a los promotores de la “reunión postgrupo” la Gerencia se revolvió rápidamente y engulló a todo el equipo sin distinciones. Tras pasar 11 días en el vientre de la Gerencia, el animal los regurgitó y los expulsó por la boca. Los miembros del equipo han emitido un comunicado conjunto en el que aseguran textualmente: “ha sido una experiencia esclarecedora a través de la cual creemos haber entendido el mensaje”.

LA NASA OCULTÓ UNAS FOTOGRAFÍAS DE UNA REUNIÓN DE JEFES DE CSM CONVIRTIENDO VOLANTES PREFERENTES EN NORMALES MIENTRAS SE COMÍAN UNA PAELLA

Una delegación de la AMSM atrapada en Libia ha logrado colgarlas en facebook.

Adolf Mussolini. Enviado especial. Trípoli. Una delegación de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM) que se encontraba en Libia negociando un convenio de colaboración con el gobierno de Muamar El Gadafi ha tenido acceso a una serie de fotografías tomadas por la NASA en las que se observa a conocidos Jefes de Centros de Salud Mental convirtiendo volantes preferentes en volantes ordinarios mientras se comían una paella. Según los miembros de la Delegación, fue el propio Gadafi el que, en el transcurso de una reunión sobre el Área Única y la Salud Mental, sacó las citadas fotografías. La Delegación de la AMSM, atrapada en las calles de Trípoli sin comida ni bebida, ha logrado sin embargo colgar en el facebook de Javier Urra las fotografías de la paella. En una de las fotos se aprecia como uno de los Jefes llevó una figurita de una fallera mayor como detalle. La Asociación Madrileña de Salud Mental es conocida por sus ideas soviétizan-

tes sobre la salud mental y por defender el travestismo interprofesional. Los Jefes de Centro de Salud Mental son un grupo humano heterogéneo en el que se demuestra el dicho de que “las penas con pan son menos penas”.

TRAS LA CAÍDA DE LOS MUROS DE LAS ÁREAS SANITARIAS APARECE UN MERCADO NEGRO DE SOUVENIRS

Nostálgicos de las Áreas Sanitarias compran recuerdos a las puertas de los hospitales.

Feliciana Crespiny. Redacción del Panóptico. Madrid. La Delegación del Gobierno de la Comunidad de Madrid ha alertado de la existencia de un floreciente mercado negro de souvenirs y recuerdos de las antiguas áreas sanitarias, tras la caída de los muros. Una redactora de El Panóptico ha podido comprobar como el “merchandaising” es despachado entre los nostálgicos a las puertas de varios hospitales madrileños por grupos de manteros. Se puede encontrar de todo: tazas con lemas como “I LOVE ÁREA 5”; camisetas decorativas donde se pueden grabar frases como “Yo me dormí en la Jornada de TDAH del Área 1”, o “Yo me bebí el programa de alcoholismo del Área 9”; videos con los mejores momentos de la Comisión de Asistencia del Área 3; libros de chistes del Área 6 titulados “Sabes aquel que diu que va un López...”; medallas de Coordinador de Área que se pueden personalizar añadiendo tu foto, pero que por defecto muestran la del coordinador del Área 10, etc. Fuentes de la Policía Judicial señalan que todo el material proviene de un almacén de Fuenlabrada que se está investigando junto con varias páginas webs, entre ellas la de Javier Urra.

SORPRENDIDOS UN GRUPO DE JEFES DE DISTRITO MIENTRAS MONTABAN UN GPS CON ALAMBRES DE PAN BIMBO PARA LOCALIZAR EL CALL CENTER

Se hacen llamar “los Macguivers” y se oponen a las políticas sanitarias.

Alexander Handsome. Redacción del Panóptico. Greenapont. Un grupo de Jefes de Centros de Salud Mental, conocidos como “los Macguivers” fueron sorprendidos por una empleada del Condis mientras trataban de construir un GPS utilizando dos alambres de Pan Bimbo y una lata de mejillones en escabeche de marca blanca. El Panóptico ha podido saber que tenían la in-

tención de localizar la ubicación exacta del Call Center o Centro de Atención Personalizada desde dónde se gestionan las derivaciones que reciben. Lo que no se sabe es si era para volarlo luego, como asegura la Policía, o para coordinarse con él, como aseguran los detenidos. Los “Macguivers” ya han protagonizado otras acciones antisistema como “hackeos” al HP-HIS o quedadas masivas para saturar los Servicios de Urgencias.

DESCUBREN QUE LO DE “LA CITA UNA VEZ AL MES EN EL CSM” ES UN MITO ARCAICO

Algunos psiquiatras siguen creyendo en los Reyes Magos.

John Mirror. Redacción del Panóptico. Algete. Entre los profesionales de Salud Mental de la Comunidad de Madrid circulan con frecuencia frases del tipo “viéndole una vez al mes no podemos hacer nada”. Pues bien, un grupo de investigación de discursos de la Universidad de Stanford ha descubierto que esta frase es un mito arcaico. Al parecer la frase se remonta a la década de los noventa, cuando en efecto se podía ver a los pacientes una vez al mes. El grupo investigador de discursos ha comprobado como el colectivo de profesionales de salud mental es un grupo humano con enormes resistencias a los cambios sociales y tecnológicos. En un experimento que realizaron en 12 Centros de Salud Mental midieron el número de veces que se mencionaban arcaísmos sanitarios tanto en reuniones de equipo, donde aún las haya, como en conversaciones de pasillo. Los resultados fueron descorazonadores. Por ejemplo el número de veces que se mencionaba “área”, “continuidad de cuidados” o “multiprofesional” solo había descendido en un 7% en relación a un estudio similar realizado diez años antes. Para Philip Anasagasti, investigador principal, el estudio demuestra que estos profesionales no han percibido el cambio: “algunos se creen que ven los pacientes graves una vez al mes y confían en la interpretación”. “Existe una fuerte correlación entre esta creencia y la edad en la que se enteraron de que los Reyes Magos no existían”, asegura este investigador, que también ha detectado casos de psiquiatras s que pensaban que los representantes de Janssen, Pzifier y Lilly eran Melchor, Gaspar y Baltasar.

UN PSIQUIATRA DISEÑA MÁS DE CIENTO PROTOCOLOS EN LOS QUE INCLUIR A SUS PACIENTES PORQUE LE PARECE QUE HAY Poca BUROCRACIA.

En realidad no termina nunca de rellenarlo, pero echa la mañana.

Mary Lonesome. Redacción del Panóptico. Madrid. Un psiquiatra de un Centro de Salud Mental de Madrid ha ideado más cien protocolos en los que incluir a sus pacientes porque le parece que hay poca burocracia. J.G.F piensa que la mayoría de las situaciones clínicas que se ven en los CSM no están protocolizadas y eso es fuente de desmotivación profesional. “Actualmente en la Comunidad de Madrid falta burocracia y eso hace que tengamos que ver a los pacientes en exceso” ha declarado el doctor. “Si lográramos protocolizar todo pasaríamos una placida mañana rellenado formularios y quejándonos de la cantidad de papeles que tenemos”, recalca el Doctor. El psiquiatra confiesa que el truco está en que nunca los termina de rellenar para así poder “echar la mañana”. El listado completo de protocolos se puede consultar en la edición digital del Panóptico. Lo que sigue es una selección de los que ha realizado en los últimos meses: “Protocolo para personas que quieren ser bipolares tras consultar en internet”, “Protocolo para solicitar una silla más grande para pacientes en tratamiento con atípicos”, “Protocolo de supervivencia para psiquiatras que atienden a personas que han decidido cambiar de pareja y resulta que es el vecino”, “Protocolo para pacientes que tras hablar durante más de seis meses con su psiquiatra de sus conflictos edípicos quieren ver a un psicólogo”, “Protocolo Gustavo Adolfo para personas que insisten en que el psiquiatra se lea su último libro de poesías”, “Protocolo Sigourney Weaver para personas que insisten en que lo que necesitan es sacar lo que tiene dentro”, “Protocolo Earth Wind & Fire para personas que beben más de 40g de alcohol a la semana por culpa del Boogie”, “Protocolo para personas insisten en cambiar de antidepressivo y cuando se les cambia les iba mejor el anterior”, “Protocolos para atender a personas que empeoran de la psicosis por culpa de tomar mucha coca-cola”, “Protocolo para personas que no le gusta su Jefe, pero su problema es del estomago”.

NOTICIAS BREVES DE EL PANÓPTICO

Redacción del Panóptico. Madrid

- **Confesiones.** Una psicóloga ambidiestra confiesa que cuando recibe correos del Consejero de Sanidad se pone de buen humor. Es muy probable que se trate de un caso aislado. La Sociedad Madrileña de Salud Pública sigue recomendado que se lean con precaución.
- **Sucesos extraordinarios.** Un tipo se mete en Horus y no sale. Su familia, que ha logrado contactar con él a través del facebook de Javier Urrea, le ha enviado víveres por un cable de fibra óptica. Al parecer permanece en el Horus de forma voluntaria.
- **Campeonato de Tenis.** El campeonato de Tenis entre Psiquiatría y Psicología Clínica de los servicios públicos, organizado por el Colegio Oficial de Psicólogos y la Dirección General de Hospitales, tuvo que ser suspendido en el primer juego al negarse el Juez de Silla a conceder una ventaja al Servicio de Psicología Clínica cuando el marcador reflejaba un 40-40.
- **Denominaciones de origen.** Los usuarios del SELENE aceptan denominarse Selenitas, pero los del HP-HIS rechazan llamarse Hachepijistas. Según una encuesta encargada por la Dirección General del SERMAS el 97% de los profesionales que utilizan al HP-HIS rechazan que se les llame “hachepijistas”, llegando a preferir hasta un 40% de ellos que se les conozca mejor como los “HijoPutHis”.
- **Vergüenza ajena.** Los hijos del Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Fernández Lasquetty, creen que su padre es un exagerado cuando dice que la sanidad madrileña es la mejor del mundo y le piden que cuando vaya a recogerles al colegio se ponga una careta de Javier Urrea para que no le reconozcan porque les da mucha vergüenza. El hijo mayor confiesa que cree que su padre se ha fumado algo.
- **Tribunales.** Los miembros del tribunal de la OPE prefieren usar la esponja a lavarse con la mano cuando se duchan, según se desprende de una encuesta a la que ha tenido acceso El Panóptico. Se trata de una costumbre que parece que va a crear estilo.
- **Frases.** El Presidente de la AMSM ha declarado: “el hombre es un simio bipolar”. Posteriormente añadió: “cuando tienes patrón eres un esclavo”. El enigmático Presidente envió estas frases por su Twitter hace una semana.
- **Recomendaciones.** El equipo de coaching de la AMSM recomienda a su presidente que no se reúna con el Director General de Hospitales en un día malo.
- **Bondades Sanitarias.** Fernández Lasquetty considera que López Ibor puede trabajar más años gracias al magnífico sistema sanitario madrileño.
- **Impulsos.** Rompe su ordenador de un cabezazo mientras hacía una receta de Topiramato off the label para tratar a un compañero que había destrozado suyo con el tampón de las recetas.
- **Gafapastas.** Trabajar para CAPIO, creerse lo que le dicen, hacer proselitismo y llevar gafas de pasta no es incompatible, según se ha podido demostrar en una reciente reunión de publipreportajes de la empresa de servicios sanitarios.
- **Asociaciones.** El objetivo de la AMSM es que al finalizar el mandato todos los miembros de la Junta continúen siendo socios. El Presidente piensa que es un objetivo asumible.

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

D. _____
profesional de la Salud Mental, con título de _____
y con domicilio en _____
Población _____ D.P. _____
Provincia _____
Teléfono _____ Email _____
Centro de trabajo _____

Dirección Centro _____
Población _____ Provincia _____

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A. E. N. de la Autonomía

correspondiente, 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 Asamblea General de socios.
La suscripción de la Revista de la AEN está incluida en la cuota de Asociado.

DATOS BANCARIOS

BANCO/CAJA DE AHORROS _____

Nº CUENTA: Entidad Sucursal D. C. Nº cuenta (20 dígitos):

Firma solicitante



n()tas

