

INVIERNO
2002

AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

¿PODRÁN CONVERTIRSE LOS CAMBIOS EN OPORTUNIDADES?

El comienzo de año ha llegado acompañado de cambios para la sanidad y la salud mental de Madrid. Cambios que, no por esperados, dejan de producir inquietud entre los profesionales sanitarios; pero que al mismo tiempo generan expectativas de poder avanzar en el desarrollo de la red de salud mental. Las transferencias sanitarias ya están aquí y como vimos en el debate de octubre pueden ser fuente de oportunidades, pero también de amenazas. En este mismo número del boletín recogemos un documento que ha elaborado la Junta sobre la base de las conclusiones del citado debate, en el que planteamos las líneas sobre las que creemos que debe avanzar el desarrollo de la red de salud mental.

En este sentido queremos señalar un primer elemento que nos parece positivo y que ha supuesto la modificación de uno de los artículos de la LOSCAM referentes a la salud mental, en el que se ha incluido como responsabilidad del sistema sanitario de nuestra comunidad la rehabilitación psicosocial. No sólo nos parece importante esta modificación por su propio contenido, que sin lugar a dudas es lo fundamental, sino también por el modo en que se han llevado a cabo estas modificaciones. Como

(Continúa en página 2)

EDITORIAL	¿PODRÁN CONVERTIRSE LOS CAMBIOS EN OPORTUNIDADES?	1
COLABORACIONES	DISPOSITIVO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN INFANCIA Y FAMILIA DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE PARLA.....	4
	ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR EL DISPOSITIVO PUENTE	4
	LA COORDINACIÓN EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES	10
	COORDINACIÓN INTERDISCIPLINAR EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LOS TCA'S	16
INFORMES	CONCLUSIONES DE LA MESA DEBATE SOBRE LAS TRANSFERENCIAS SANITARIAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID	23
	SITUACIÓN ASISTENCIAL DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MADRID	26
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES AMSM. (SEPTIEMBRE 2001-ENERO DE 2002)	29
NOTICIAS	.....	30
CARTAS	.....	31
IN MEMORIAM	.....	35
CONVOCATORIA	.....	46
BECAS 2002	.....	46



AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

Junta de la Asociación
Madrileña de Salud Mental

Presidenta:

M^o Fe Bravo Ortiz

Vicepresidentes:

Pedro Cuadrado Callejo

M^o Luz Ibáñez Indurria

Secretario General:

Pedro Sopelana Rodríguez

Tesorero:

Abelardo Rodríguez González

Vocal de Publicaciones:

Javier Sanz Fuentenebro

Vocales:

Miguel A. Moré Herrero

Antonio Escudero Nafs

Alfonso Ladrón Jiménez

Carmen Carrascosa Carrascosa

Boletín de la AMSM

Javier Sanz Fuentenebro

Miguel A. Moré Herreros

Arantxa Ortiz

Ana Pascual

Xabier Lertxundi

José Antonio Soto

José Antonio Hernández

Blanca Penasa

Fotocomposición e impresión:

DINARTE - DESK

Depósito Legal: M-6.580-1992

ISSN: 1133-9705

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

(Viene de página 1)

os informamos en una carta, tras una reunión mantenida por la Comisión Prosalud Mental (AMSM, AMRP, AESM, Y FEMASAM) con el nuevo Jefe del Departamento de Salud Mental de la Comunidad de Madrid nuestra preocupación por los contenidos de la LOSCAM en relación con salud mental; mas en concreto la ausencia de referencias a la rehabilitación psiquiátrica, elemento esencial en la atención integral a los enfermos mentales. Nos pidió que le hiciéramos una propuesta de modificaciones de los artículos y le enviamos el texto, que ya os remitimos por carta, y que está recogida en la pagina web de la Asociación. De dicha propuesta el Consejero nos ha comunicado que se ha recogido la modificación relativa a la rehabilitación. No es todo lo que pedíamos, pero es un elemento fundamental.

En esta situación de cambios, que queremos acoger con esperanza, hay algunos temas que consideramos prioritarios. El primero de ellos sin lugar a dudas es la imperiosa necesidad de incrementar los recursos humanos en los distintos dispositivos de la red. Se ha señalado repetidamente y es una experiencia diaria que vivimos en nuestras propias carnes, el aumento de la presión asistencial que no se ha venido acompañando de un crecimiento paralelo de recursos. Es urgente que esto sea una prioridad. En la entrevista que la Junta de la AMSM mantuvo con el Jefe del Departamento de Salud Mental el

**EL PRIMERO DE ELLOS
SIN LUGAR A DUDAS
ES LA IMPERIOSA NECESIDAD
DE INCREMENTAR LOS
RECURSOS HUMANOS EN LOS
DISTINTOS DISPOSITIVOS
DE LA RED**

4 de diciembre pasado ésta fue una de nuestras peticiones, y parece que coincidía con las prioridades del Departamento. Desearíamos confiar en que ya por fin en los presupuestos se note que la salud mental empieza a ocupar un lugar prioritario; en que se cambie la voluntad política que marginaba a la salud mental en los crecimientos

presupuestarios con respecto al resto de la sanidad; en que existan dotaciones económicas suficientes para aumentar los recursos humanos en los dispositivos asistenciales y que se distribuyan equitativamente.

La segunda prioridad es que por fin se lleve a cabo un nuevo Plan de Salud Mental que dirija este proceso de cambio, desde la definición de las prestaciones asistenciales y sus estándares de calidad, en base a las necesidades de los usuarios; hasta la resolución de los problemas (persistentes) de integración de la red y la introducción de nuevos modos de trabajo (que no nuevo modelo asistencial) que den participación a los profesionales, paralelamente con la exigencia de responsabilidad a cada uno de los niveles de la red.

**LA SEGUNDA PRIORIDAD
ES QUE POR FIN SE LLEVE
A CABO UN NUEVO PLAN
DE SALUD MENTAL QUE
DIRIJA ESTE PROCESO
DE CAMBIO**

No menos importante es el cambio de este clima de apatía (calma lo llamaban algunos) en el que estábamos instalados en los últimos años. Algunos hechos parece que van en este sentido. No debiera ser objeto para señalar en un editorial, pero estábamos tan poco acostumbrados a que los jefes nos visiten a los centros, que creo que hay que resaltarlo como un signo de un nuevo talante. La nueva dinámica en las reuniones, o estos grupos "de expertos" (que esperamos que tengan más repercusión que en ocasiones anteriores), pueden ser otros ejemplos de este nuevo estilo al que damos la bienvenida.

Decíamos al comienzo que esta nueva situación puede producir inquietud, pero al mismo tiempo genera expectativas. El que estos cambios den lugar

**NO DEBIERA SER OBJETO
PARA SEÑALAR EN UN
EDITORIAL, PERO ESTÁBAMOS
TAN POCO ACOSTUMBRADOS
A QUE LOS JEFES NOS VISITEN
A LOS CENTROS, QUE CREO
QUE HAY QUE RESALTARLO
COMO UN SIGNO
DE UN NUEVO TALANTE**

a una oportunidad para mejorar cualitativa y cuantitativamente la atención en la red de salud mental de nuestra comunidad, y no se conviertan en una amenaza; dependen de la capacidad de ver las prioridades esenciales (que no olvidemos están en nuestra responsabilidad asistencial como servicio público), de la posibilidad de introducir nuevos flujos que sean capaces de romper la dinámica interna enquistada desde hace tantos años, y de

acompañar el tiempo para que estos cambios se produzcan (no es necesario correr, pero tampoco hay que dar parones). Si esta nueva situación supone una oportunidad para la salud mental de Madrid sólo el tiempo podrá desvelarlo.

M^a Fe Bravo

DISPOSITIVO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN INFANCIA Y FAMILIA DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE PARLA

(convenio con la Asociación Española de Investigación en Psicología Social y Psicoterapia)

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR EL DISPOSITIVO PUENTE

(entre servicios sociales y salud mental) en los años 1993-94-95

I Beca de Investigación Miguel Ángel Martín, Asociación Madrileña de Salud Mental. A.E.N.

Esta investigación contribuye a la evolución de los sistemas de protección infantil en los últimos años, en su tendencia de abogar por una transformación del modelo asilar de segregación hacia iniciativas y programas de actuación que primen una orientación abierta a la comunidad y un carácter preventivo, de clínica precoz.

Los casos objeto de la presente investigación fueron detectados y tratados por un dispositivo de "Tratamiento especializado a Infancia y familia" que funcionó como "**Servicio puente entre Salud Mental y Servicios Sociales**", en el Municipio de Parla (Julio de 1993-diciembre 1995).

El análisis que justificaba esa necesidad fue enunciado entonces así, "El deslinde de la problemática social y psicológica es complejo en tanto las dificultades en la integración social pueden generar problemática psicológica (a veces psicopatológica), pérdidas de las relaciones significativas y soporte de la red social. A su vez el trastorno psicopatológico va a repercutir negativamente en el mejor desempeño de sus roles y finalmente en su integración social".

El servicio funcionó como bisagra a la normalidad desde ambas instituciones como proce-

dencia de población de riesgo. Esta experiencia funcionó con la peculiaridad de participar de una doble pertenencia institucional:

- En Salud Mental (apoyando su programa infanto-juvenil). Realizando grupos psicoterapéuticos con adolescentes.
- Desde Servicios Sociales (dentro del marco del programa de atención familiar) como equipo específico de valoración y tratamiento de familias de riesgo, incluyendo la valoración y el diseño de "alternativas" más positivas para los menores: guardas, tutelas, acogimientos, etc. Sirviendo de facilitador en la coordinación de los servicios entre Salud Mental y Servicios Sociales.

Para desarrollar nuestro trabajo tuvimos que asumir un acompañamiento y formación de los equipos de Trabajo social, mediante grupos de reflexión con técnica operativa, en las distintas fases de la intervención con familias de riesgo.

Al haber realizado la investigación con casos detectados y atendidos (160 familias, 486 pacientes atendidos) en tratamiento psicoterapéutico y de red

por éste dispositivo de segundo nivel, es una circunstancia que nos permite aportar referentes empíricos para la discusión teórica sobre la etiología multicausal del maltrato, y contrastar con las utilizadas en el marco de otras investigaciones solo centradas en la caracterización de casos "puros"

PROGRAMAS DE ACTUACIÓN QUE PRIMEN UNA ORIENTACIÓN ABIERTA A LA COMUNIDAD Y UN CARÁCTER PREVENTIVO, DE CLÍNICA PRECOZ

de malos tratos registrados en la atención primaria de los servicios sociales o salud mental.

La idea de realizar una investigación sobre "maltrato en infancia y familia" y desde una óptica que recoja una franja más amplia que la tradicionalmente presentada por los casos "puros" de malos tratos, tiene una doble intención: primero presentar la realidad del maltrato desde la complejidad de situaciones existentes y no detectadas, y segundo porque desde un dispositivo como el que aquí describimos pueden ser detectadas y tratadas cuando los trastornos aún no se han desarrollado en desórdenes, habiendo rebasado por tanto la posibilidad de una clínica precoz.

La consecuencia es que la franja de casos graves se hace, de esta forma, accesible y abordable al estar integrada la perspectiva clínica con la social. Así mismo se presenta la posibilidad de cierto conocimiento cuantitativo y cualitativo de esta realidad y se justifica la necesidad de desarrollar dispositivos intermedios comunitarios.

Esta investigación pretende

Una descripción exhaustiva de la población atendida por el dispositivo, sus características socio-demográficas, incidencia de los "malos tratos" detectados, prevalencia y comorbilidad desde el punto de vista de la valoración psicopatológica y las correlaciones entre estos factores entre sí y con los que hacen de referente a la exclusión social.

Creemos haber abierto un camino para el conocimiento de los perfiles psicosociales y las configuraciones vinculares de los grupos familiares en poblaciones de riesgo social: hemos abordado el análisis de una realidad siempre cambiante, que incluye las nuevas formas de organización familiar, los cambios por la evolución de los roles de género dentro de la familia junto a los efectos sociales por los últimos movimientos migratorios.

**PRESENTAR LA REALIDAD
DEL MALTRATO
DESDE LA COMPLEJIDAD
DE SITUACIONES EXISTENTES
Y NO DETECTADAS**

**PRESENTAR LA REALIDAD
DEL MALTRATO
DESDE LA COMPLEJIDAD
DE SITUACIONES EXISTENTES
EL DESARROLLO DE LOS
SISTEMAS DE DETECCIÓN
SIN EL CORRELATO DE EQUIPOS
DE TRATAMIENTO
Y DE DISPOSITIVOS
INTERMEDIOS NO HACE
SINO DESVIAR EL SENTIDO
DEL SISTEMA, GENERANDO
UN DESEQUILIBRIO HACIA
EL POLO DEL CONTROL
SOCIAL.Y NO DETECTADAS**

Pero en este momento, aún más importante que la detección temprana, en la que se ha avanzado sin duda, estamos ante el futuro con la responsabilidad de desarrollar equipos de tratamiento psicoterapéutico específicos de este tipo de problemática e insertados en la red comunitaria, especializados en la estrategia de integrar el tratamiento individual en la familia y la red social, para esta franja de casos. El desarrollo de los sistemas de detección sin el correlato

de equipos de tratamiento y de dispositivos intermedios no hace sino desviar el sentido del sistema, generando un desequilibrio hacia el polo del control social.

Hacemos hincapié en la importancia de estos dispositivos intermedios de valoración y tratamiento, tanto como hospitales de día, centros de día, dispositivos residenciales territoriales, etc. porque han de ser, en el contexto social cercano, espacios correctores que generen los factores de contención y compensación en la relación del menor y su familia.

Con el objetivo de recuperar y transformar, cuando es posible, los aspectos relacionales que podrían provocar o han provocado la situación de desamparo, son estos servicios intermedios la garantía de un sistema que quiere desarrollar la idea de la infancia como sujeto social y la participación de los menores y sus familias en el proceso de protección, devolviéndoles su lugar de ser sujetos sociales, esto es, de derecho.

Dispositivo que centra el eje de la intervención en la familia, pero articulando el espacio del grupo familiar a la valoración pronóstica de los lugares individuales, dentro de esta perspectiva es indispensable complementar el tratamiento psicoterapéutico que se ocupa de dar un espacio para el mundo interno del sujeto con la articulación al análisis del vínculo familiar en mediación con el tratamiento de red, todo ello en el marco de la intervención comunitaria. Las

intervenciones integrales e integradas en la red es la única forma de aspirar a un intento por reconstruir la red social perdida, o deficitaria para el menor y su familia.

La metodología

Trabajamos con conceptos de la microsociología y antropología clínica y adscribimos a la perspectiva ecológica de la psicología social dinámica –vincular- (sociointeraccional en sus aspectos macrosistémicos y exosistémicos). Pretendemos dar cuenta, descriptivamente, de la articulación entre la psicopatología individual encontrada y los procesos de exclusión y disfunción familiar-social.

Hemos creado un protocolo de recogida de datos que incluye la descripción sociodemográfica de las tipologías familiares, las características relacionales de la estructura familiar y los atributos individuales de sus miembros (incluidos los diagnósticos psicopatológicos).

Las variables recogidas contienen elementos de definición rígidos, como son los datos demográficos y situaciones sociales de necesidad; y variables recogidas por la historia clínica (ICD-9) y escalas de estrés psicosocial (DSM-III R), que consideramos blandas, apriorísticas y que implican cierta valoración subjetiva. Aún a sabiendas de ello lo hemos asumido así.

En el apartado de Datos y Resultados obtenidos creemos haber presentado una suficiente descripción de la explotación, a través de datos empíricos, de nuestras hipótesis, que han estado continuamente en evaluación por la continuidad del dispositivo y los nuevos casos en tratamiento desde el comienzo de la investigación.

Nuestro comentario a la realidad comunitaria de Parla es que esta comunidad que funciona como frontera entre lo rural y lo urbano, da acogida a múltiples situaciones en proceso de desarraigo por todo tipo de desplazamientos, y cada año se añade complejidad al crisol de etnias y culturas. Esta convergencia de circunstancias representan una formación poblacional en aluvión, que ha encontrado en este asentamiento quizá otra oportunidad para continuar su historia, todavía con sentimiento de provisoriedad.

Podemos afirmar que se da correlaciones muy significativas entre los malos tratos, las dificultades de inserción laboral, escolar y social. Pero estos trazos gruesos que son una realidad ampliamente intuitiva y apriorísticamente aceptada, quedan demostrados empíricamente en nuestro trabajo, al resultar dichas correlaciones estadísticamente muy significativas.

Las variables tradicionales de malos tratos no nos permitían salir de la descripción de los casos “puros”, por tanto nos acercamos a construir una herramienta para valorar el trastorno de la función parental como estructura relacional dentro del grupo familiar. Teniendo en cuenta las funciones de producción y reproducción social y simbólica que están en la base de los procesos de institucionalización de la familia como grupo social, los malos tratos, la violencia, la desatención negligente, serían efectos de la incapacidad para que esa configuración vincular realice su tarea como institución familiar.

La ponderación de nuestra ficha de recogida de datos, nos puede dar un sistema de indicadores para la construcción de índices de marginalidad y riesgo individual y familiar. Continuamos en el desarrollo de este trabajo con las familias con las que se ha ido trabajando desde

entonces hasta la actualidad.

Tomando la disfuncionalidad familiar como continente del trastorno de la función parental, en las configuraciones grupales de sistema familiar normalizado, aglutinado y desligado, y correlacionándolas con las tipologías familiares sociológicas, hemos encontrado que:

Las familias reconstruidas con un sistema familiar aglutinado o rígido, 25 de un total de 28, contienen una problemática de inserción escolar en 11 de ellas (el 40%).

En las familias monoparentales con sistemas familiares disfuncionales 7 de un total de 13, contienen problemática de inserción escolar en las 7 (salida del sistema escolar normalizado).

En las familias nucleares con un sistema familiar disfuncional 28 de 95, aunque existe problemática escolar, retraso escolar, absentismo pero es de tipo menos desafinaste o anómico, no desescolarización.

En las familias que hemos llamado “extensas”, con sistemas familiares disfuncionales hemos encon-

**SE DA CORRELACIONES
MUY SIGNIFICATIVAS
ENTRE LOS MALOS TRATOS,
LAS DIFICULTADES DE INSERCIÓN
LABORAL, ESCOLAR Y SOCIAL**

trado 5 de 13, en las cinco hemos encontrado problemática de retraso escolar en dos, y 3 de fracaso escolar con salida del sistema escolar normalizado.

Si tomamos la variable fracaso de la escolarización como síntoma de fracaso de la socialización familiar, la pregunta de si esto es causa o efecto del maltrato (ver nuestro cuadro de correlación altamente significativa entre malos tratos y problemática escolar), creemos que deja al descubierto la trama de su interdependencia.

Desde el punto de vista de las tipologías sociológicas en esta población, que es apriorísticamente de riesgo, encontraríamos que las nuevas configuraciones familiares representan un factor de vulnerabilidad para la integración social de los menores, tomando como referencia su problemática historia escolar.

Desde el punto de vista de los "sistemas familiares", hemos podido deducir que la vulnerabilidad de los sujetos ante los factores de estrés y el riesgo de producir problemática de malos tratos está gradualmente descrita a través de los sistemas familiares normalizante, aglutinado y desligado y por ese orden.

El sistema normalizante tendría como configuración vincular más factores de compensación, ante los factores externos, un contrato de identificaciones transgeneracionales más compensado en la conyugalidad, función sublimatoria.

El sistema aglutinado, aún con una configuración narcisista muy rígida, consigue a través de la cohesión y la homeostasis, generar linajes de filiación que contienen o enmascaran los procesos disociativos (la envoltura del síntoma). Aunque produce importante psicopatología de la dependencia como hemos visto, parece encontrar a través de otras redes vinculares internas (o en dependencia con la familia extensa), factores de compensación relacional que contienen la desorganización familiar, cuyo desencadenante posterior es la desafiliación social.

Finalmente las familias de configuración vincular desligada, o multiproblemáticas tienen un rasgo diferenciador con otras disfunciones familiares porque ellas escaparían a la ley de la homeostasis, que entiende los síntomas como organizadores del equilibrio familiar. Son en este sentido familias suborganizadas, deficitarias afectivamente y en cuanto al imaginario del narcisismo familiar. La falta de disponibilidad de los vínculos transgeneracionales, de los mitos familiares, las hacen dependientes del discurso social y el contexto inmediato, en una forma disociativa de incorporar las representaciones sociales, de las que dependen para dar sentido a las relaciones o conductas.

En general tendremos que afirmar aquí una vez más que el maltrato infantil como situación

de hecho que se produce por el imposible o inadecuado ejercicio de las funciones parentales es una realidad compleja, de etiología multifactorial, en la que intervienen desde las presiones de violencia estructural involucradas en el nivel macrosociológico.

El maltrato no puede ser entendido como problemáticas situacionales que expresan rasgos culturales o de la personalidad de sus actores. Mas bien son situaciones por las que conocemos las dificultades o incapacidad en una estructura relacional familiar para enfrentarse con el conjunto de situaciones personales, familiares y sociales que les afectan.

La violencia física es la expresión de una **relación asimétrica en la que prevalece el dominio como forma de control y reproducción de su condición fantasmática**, sobre todo mientras el campo relacional en que se realiza permanece en aislamiento.

Hoy hablamos de nuestro conocimiento de la violencia como un modo marginalizante de vivir el sufrimiento que generan el vacío, la ausencia, la destrucción y denigración presentes en las situaciones de abandono, exclusión social, desarraigo, negación, o

LA VULNERABILIDAD DE LOS SUJETOS ANTE LOS FACTORES DE ESTRÉS Y EL RIESGO DE PRODUCIR PROBLEMÁTICA DE MALOS TRATOS ESTÁ GRADUALMENTE DESCRITA A TRAVÉS DE LOS SISTEMAS FAMILIARES NORMALIZANTE, AGLUTINADO Y DESLIGADO Y POR ESE ORDEN

LA VIOLENCIA FÍSICA ES LA EXPRESIÓN DE UNA RELACIÓN ASIMÉTRICA EN LA QUE PREVALECE EL DOMINIO COMO FORMA DE CONTROL Y REPRODUCCIÓN DE SU CONDICIÓN FANTASMÁTICA

pérdida de la filiación. La violencia actúa destruyendo el campo de la palabra y fuerza al sujeto obliga a una explicación resignificación de la situación vivida en términos que tienden a justificarla, en tanto su efectividad como situación de hecho es ya inevitable. Crea un campo de impotencia e indefensión traumatizante que alimenta la vergüenza y la culpa. Esto sucede en detrimento del esfuerzo por generar o enriquecer el campo simbólico. La impunidad redobla la eficacia del ataque a la función simbólica de la relación entre los actores y de cada uno de ellos en su vínculo social. El tratamiento psicoterapéutico tie-

ne que posibilitar una integración interna y la posibilidad de elaboración y adquisición de la capacidad reparatoria personal y familiar.

Madrid, a 30 de Septiembre de 2001

**Juan M. González Rojas
Paloma de Pablos Rodríguez**

Colaboran:
Guillermo Larraz Geijo
Miguel Ángel de la Cal

Bibliografía

Ajuriaguerra J y Marcelli D. Manual de psicopatología del niño. Edit. Marson, 1987.

Anzieu D. La dinámica de los grupos pequeños. Kapeluz, 1971.

Anzieu D. El yo-piel, Biblioteca Nueva, 1994.

Baily D. Angustia de separación. Edit. Masson, 1997.

Berestein I. Familia y enfermedad mental. Paidós, 1984.

Berger PL y Luckman T. La construcción social de la realidad. Amorrortu, 1972.

Bernand M. El cuerpo. Paidós, 1985.

Blanco A. Cinco tradiciones en Psicología Social. Morata, 1988.

Bleichmar H. El narcisismo. Nueva Visión, 1981.

Bleichmar H. Introducción al estudio de las perversiones, 1982.

Bleger J. Simbiosis y ambigüedad. Paidós, 1975.

Bleger J, Giovacchini L, Grimberg y otros. La identidad en el adolescente. Paidós, 1973.

Bleger J. Psicohigiene y psicología institucional. Paidós, 1972.

Blos P. La transición adolescente. Amorrortu Edic., 1996.

Boszormenyi I y otros. Lealtades invisibles. Amorrortu Editores, 1983.

Caparros N. Psicopatología analítico vincular. Quipú Ediciones, 1992.

Cirillo S y Di Blasio P. Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar. Paidós, 1989.

Cobo Medina C. Paidopsiquiatría dinámica I. Servicio científico Roche, 1983.

Coletti M. La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. Paidós, 1997.

Crittenden P. "Patrones familiares didácticos en familias abusivas" en Pronóstico y prevención tempranos en abuso infantil. John Wiley & Sons Ltd., 1988.

Crittenden P. "Relaciones de riesgo" en Implicaciones clínicas del apego. Lauwence Erlbaum Associates, 1992.

Diatkine G. Las transformaciones de la psicopatía. Tecnipublicaciones SA, 1986.

Devos G. Antropología psicológica. Ed. Anagrama, 1981.

Doltó F. La causa de los niños. Paidós, 1993.

Doltó F. La causa de los adolescentes. Seix Barral, 1990.

LA AMSM AGRADECE A LOS LABORATORIOS ASTRA-ZENECA SU COLABORACIÓN EN LA EDICIÓN DEL NÚMERO ESPECIAL DEL BOLETÍN DEDICADO A LOS TRABAJOS BECADOS POR LA ASOCIACIÓN

LA COORDINACIÓN EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

El concepto de Salud Mental Infantil (S.M.I.) se ha referido clásicamente al estado o situación de bienestar psicológico y social del niño, considerado un ser biopsicosocial en el que lo psíquico emerge y se constituye en interacción con lo biológico y lo social. Esto significa que la personalidad infantil se desarrolla en constante evolución, determinada por el ritmo particular del niño y sometida a las influencias de su entorno. De aquí deriva la importancia de facilitar un abordaje interdisciplinar de los trastornos psíquicos en la infancia desde los diversos sectores que articulan la vida del niño (familiar, escolar, social, sanitario...). Este abordaje interdisciplinar implica el conocimiento y la utilización de todos los recursos de la comunidad en la promoción, el mantenimiento y/o la restitución de la Salud Mental de la población infantil de dicha comunidad; lo que se entiende como S.M.I. Comunitaria, cuyos criterios y prioridades fueron definidos por BLOOM en 1977 (Cuadro n° 1).

LA COORDINACIÓN SE PLANTEA COMO UNA NECESIDAD PRIORITARIA PARA LA CONSECUCCIÓN DEL OBJETIVO ASISTENCIAL

La figura 1 recoge un modelo asistencial en el que el niño ocupa el centro del esquema y en torno a él giran los diferentes servicios, cuyo peso específico será definido en cada situación concreta para establecer la cobertura más adecuada, dependiendo de las demandas y necesidades planteadas, de manera que un dispositivo se constituye en referencia del caso, sin descuidar la co-responsabilidad de los demás.

En este esquema la **coordinación** se plantea como una necesidad prioritaria para la consecución del objetivo asistencial. Entendiendo por coordinación el esfuerzo que hacen los distintos recursos existentes en un territorio para responder globalmente a las demandas, evitando la parcialización, pero también el solapamiento o la duplicidad en las intervenciones. De tal forma que se asegure una atención integrada y una continuidad de cuidados.

La coordinación no es pues algo abstracto, sino un objetivo dinámico que se va construyendo caso a

CUADRO 1. CRITERIOS Y PRIORIDADES EN SALUD MENTAL, COMUNITARIA APLICADO A LA INFANCIA (ADAPTADO DE BLOM, 1977)

- Primacia de la sociogénesis de los trastornos psíquicos infantiles
- Mayor énfasis en la salud mental comunitaria que en la clínica individual
- Interés en la detección precoz, la información epidemiológica y el conocimiento de la demanda para una intervención multimodal
- El territorio, como entorno inmediato del niño, es el sitio en el que todo ocurre y en el que hay que intervenir
- La atención debe estar planificada según las necesidades y la demanda del sector
- Los servicios de atención en salud mental infantil deben estar coordinados entre sí
- El equipo multiprofesional es el núcleo ejecutivo de la actuación
- Los programas deben ser elaborados con visión integradora
- La prevención es la tarea prioritaria
- Se deben aprovechar todos los recursos de la comunidad: sanitarios, educativos, familiares, socioculturales, institucionales ...

Fuente: Rodríguez Sacristán y colaboradores. 1995

caso, situación a situación. Para poder realizarse, precisa la determinación de objetivos y criterios precisos, tanto en la evaluación como en la intervención, y la delimitación de las funciones de los diversos dispositivos. (Cuadro n° 2).

El trabajo interdisciplinar y entre distintos dispositivos, es decir, la coordinación en las intervenciones, exige un grado mínimo de organización que permita su funcionalidad. Lo que significa la constitución, en un marco institucional, de equipos de trabajo que incluyan profesionales de los distintos recursos del territorio, que trabajen con objetivos claros y definidos para cada uno de ellos, determinando profesionales de referencia –responsables del caso– sin perjuicio de la corresponsabilización del resto de dispositivos. Esto supone la necesidad de un compromiso a nivel institucional que defina un marco de referencia y la existencia de profesionales suficientes y suficientemente preparados, con disponibilidad de tiempo y relaciones personales lo bastante fluidas para permitir el trabajo en común. En este marco, uno de los riesgos a evitar es desvirtuar la esencia y los límites de los profesionales. En lo que se refiere a Salud Mental significa encontrar la forma de que lo clínico y lo social se complementen y enriquezcan, sin enfrentamientos ni parcializaciones.

Entre las tareas de la Salud Mental Infantil propuestas por la OMS cabe destacar la importancia de la actuación en un marco comunitario en el que las

**PARA PODER REALIZARSE,
PRECISA LA DETERMINACIÓN
DE OBJETIVOS Y CRITERIOS
PRECISOS, TANTO
EN LA EVALUACIÓN
COMO EN LA INTERVENCIÓN,
Y LA DELIMITACIÓN
DE LAS FUNCIONES
DE LOS DIVERSOS DISPOSITIVOS**

**ESTO SUPONE LA NECESIDAD
DE UN COMPROMISO
A NIVEL INSTITUCIONAL
QUE DEFINA UN MARCO
DE REFERENCIA Y LA EXISTENCIA
DE PROFESIONALES SUFICIENTES
Y SUFICIENTEMENTE
PREPARADOS**

Unidades de Salud Mental sirvan de coordinación, enlace y apoyo a las estructuras comunitarias que atienden a la población en un primer y segundo nivel asistencial y colaboren en la elaboración, seguimiento y evaluación de los diversos programas de salud (materno-infantil, escolar, del adolescente...). Nosotros incluimos el apoyo a los servicios sociales y educativos, actuando como enlace entre las diversas instituciones desde una visión integradora.

En nuestra experiencia podemos definir varios niveles de coordinación con los diversos dispositivos y dentro del propio Servicio de Salud Mental, representados en el cuadro n° 3.

El primer nivel se establece dentro de la propia Unidad de Salud Mental Infantil, entre los diversos profesionales que la constituyen, a fin de rentabilizar al máximo las posibilidades que ofrecen las distintas titulaciones y formaciones en el proceso de evaluación e intervención y en la planificación de programas asistenciales.

En un segundo nivel se sitúa la relación con el equipo de adultos, en el marco del Servicio de Salud Mental de Distrito. Esta relación se concreta en dos áreas:

- Administrativa: con la definición de objetivos asistenciales comunes a todo el equipo, en un marco de trabajo que sirve de referencia a la labor asistencial.
- Clínica: la discusión de casos, que permite una progresiva comprensión e integración de

CUADRO 2. COORDINACIÓN

Respuesta Global e Integradora a las demandas que asegure una Continuidad de Cuidados
Trabajo en Equipo
Definición de Objetivos y Criterios en Evaluación e Intervención
Delimitación de Funciones y Distribución de Tareas
Responsable de Caso - corresponsabilización

las intervenciones, que con mucha frecuencia implican a diversos miembros de una misma familia que son atendidos por distintos profesionales: caso de familias que sufren una misma situación patógena (separación, malos tratos, condiciones sociales adversas) o de la atención a familiares de enfermos mentales.

En un tercer nivel incluimos la relación con el resto de dispositivos del territorio:

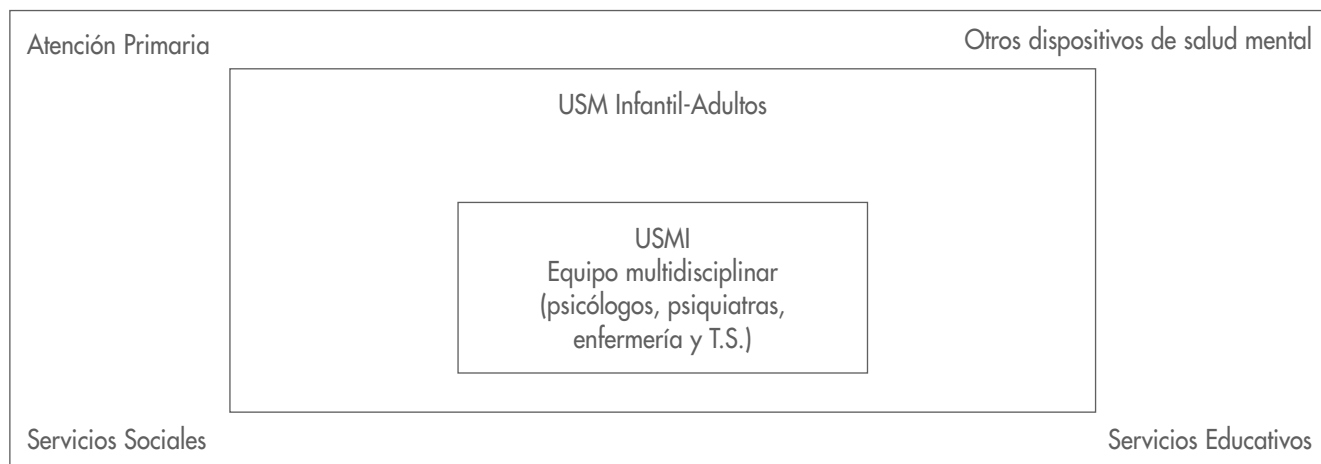
Las USMI se encuadran en el nivel de asistencia sanitaria especializada y en consecuencia, la coordinación con el resto de dispositivos sanitarios adquiere una especial relevancia, con el objetivo de garantizar la continuidad de cuidados a los pacientes y el desa-

LA PREVENCIÓN ES UN ASPECTO DE ENORME INTERÉS EN LA INFANCIA, QUE APARECE COMO EL CAMPO IDEAL PARA EVITAR QUE LOS RIESGOS ACTÚEN Y CONFIGUREN TRASTORNOS CAPACES DE COMPROMETER EL DESARROLLO Y LA VIDA FUTURA DE LOS INDIVIDUOS

rrrollo de programas de prevención, asistencia y rehabilitación. La prevención es un aspecto de enorme interés en la infancia, que aparece como el campo ideal para evitar que los riesgos actúen y configuren trastornos capaces de comprometer el desarrollo y la vida futura de los individuos. Los equipos básicos de Atención Primaria son un elemento clave en la asistencia sanitaria. Situados en el seno de la comunidad y estrechamente vinculados a ella, constituyen la puerta de entrada al siste-

ma sanitario y un lugar privilegiado para el desarrollo de programas de promoción de la salud y para la detección precoz de trastornos. La coordinación entre estos equipos y los servicios especializados es básica para garantizar el cuidado adecuado a la población.

CUADRO 3.



CUADRO 4. MODALIDADES DE COLABORACIÓN AP-SM

1. Interconsulta
2. Formación continuada de los profesionales AP
3. Protocolos estandarizados
4. Desarrollo de programas de promoción de la salud - programa Niño Sano
5. Seguimiento de pacientes
6. Programas de investigación

Fuente: Peña García, Sánchez Cubas y Suárez

Las modalidades de colaboración entre ambos dispositivos se resumen en el cuadro n° 4.

1. La interconsulta es la modalidad básica de interrelación, bidireccional, que debe facilitar el intercambio de opiniones entre los profesionales. Permite además la adquisición de nuevos conocimientos por parte de los profesionales de Atención Primaria sobre los tratamientos especializados y sus indicaciones, favoreciendo así derivaciones futuras más precisas y ajustadas.

En la práctica, suele realizarse por escrito a través de documentos estandarizados, que si bien regulan el intercambio con frecuencia lo empobrecen limitándolo a la comunicación de escuetos datos clínicos que no proporcionan una visión global y adecuada del caso.

La comunicación telefónica directa, no siempre fácil por problemas de infraestructura (dificultades de acceso a aparatos o líneas telefónicas, incompatibilidad de horarios...) puede ser útil para aumentar la riqueza de la comunicación.

2. La formación continuada va encaminada a mejorar y ampliar conocimientos, habilidades y actitudes del personal de Atención Primaria a fin de aumentar progresivamente su capacidad de identificar adecuadamente tanto los trastornos emocionales propiamente dichos como los componentes emocionales del enfermar físico, así como de discriminar y realizar la intervención adecuada, que puede ser:

- Atención y seguimiento directo por el profesional de Atención Primaria.
- Atención directa, con el asesoramiento del equipo especializado.
- Derivación a Salud Mental.

Esta formación continuada puede realizarse a través de varios procedimientos:

- Cursos teóricos sobre los problemas de Salud Mental más frecuentes en Atención Primaria y su abordaje a este nivel.
- Establecimiento de criterios de derivación a S.M.
- Sesiones clínicas que complementen con casos prácticos la formación teórica de los apartados anteriores y permitan analizar y resolver las dificultades que aparecen en la práctica cotidiana.

- Supervisión de casos a nivel individual o grupal, que permita al médico de Atención Primaria "tomar a cargo" un paciente contando con el apoyo y asesoramiento del equipo de Salud Mental.

3. Los protocolos estandarizados pueden ser útiles en la detección de algunas patologías psiquiátricas pero es importante evitar que se conviertan en recursos para eludir el contacto con el paciente o solventar las deficiencias en la formación de los profesionales de Atención Primaria.

4. Pese a que la calidad de la asistencia pediátrica ha aumentado notablemente en las últimas décadas, con frecuencia los pediatras manifiestan su dificultad para intervenir en situaciones que perciben como riesgo para la salud mental de sus pacientes (trastornos de sueño y/o alimentación en la primera infancia, dificultades en la relación madre-hijo, determinados rasgos temperamentales del niño, medios socialmente desfa-

vorecidos...) pero ante los cuales se sienten carentes de recursos adecuados.

La participación de los profesionales de S.M.I. en la elaboración y desarrollo de los **programas generales de promoción de la salud** permite la incorporación a éstos, y por tanto a la práctica habitual de los pediatras y otros profesionales de Atención Primaria, de aquellos aspectos relacionados con la salud mental de la población que contribuyan a prevenir la aparición de trastornos posteriores y/o a la detección precoz de estos trastornos, a través de una mayor capacitación de los profesionales para cuidar la salud mental de los niños con igual confianza y eficacia que su salud física.

5. Es importante que los equipos de Atención Primaria se sientan capacitados para asumir la cronicidad de algunos trastornos mentales en la infancia de la misma forma que lo hacen con los trastornos físicos, desempeñando una labor de contención y sostén a estos niños y sus familias y respondiendo a las demandas que se plantean, en un nivel no especializado.

En otros casos, estos equipos básicos son el marco más adecuado para el **seguimiento de pacientes** en situaciones de riesgo que, bien por no presen-

**LOS PROTOCOLOS
ESTANDARIZADOS PUEDEN
SER ÚTILES EN LA DETECCIÓN
DE ALGUNAS PATOLOGÍAS
PSIQUIÁTRICAS
PERO ES IMPORTANTE
EVITAR QUE SE CONVIERTAN
EN RECURSOS PARA ELUDIR
EL CONTACTO CON EL PACIENTE
O SOLVENTAR LAS DEFICIENCIAS
EN LA FORMACIÓN
DE LOS PROFESIONALES
DE ATENCIÓN PRIMARIA**

tar en un momento dado trastornos significativos o por plantear resistencias o dificultades a la asistencia en el servicio especializado son subsidiarios de un cuidado y atención en Atención Primaria.

6. El interés de los **programas de investigación** comunes se centra en dos áreas fundamentales:

- Investigación en epidemiología psiquiátrica, con el fin de elaborar el diagnóstico de salud de la población del territorio y desarrollar programas específicos de intervención.
- Evaluación de la eficacia y eficiencia de los programas de Salud Mental, a fin de mejorar la atención a la población.

En nuestra opinión, la coordinación entre A.P. y S.M.I. requiere el contacto directo entre los profesionales que permita un conocimiento personal y el establecimiento de una relación de colaboración. Esto implica la necesidad de un espacio, físico y temporal, establecido y reconocido a nivel institucional para que este objetivo de la coordinación trascienda la mera voluntariedad de los profesionales y se convierta en un propósito y compromiso administrativo que sostenga el desgaste y desánimo que con frecuencia se producen en estas situaciones, derivado de los conflictos en la definición de roles y en la aceptación de las limitaciones y las diferencias en la práctica de los distintos profesionales. El conocimiento directo de la realidad del otro permite limar asperezas y respetar dichos roles y diversidades.

Para finalizar, la figura 2 ofrece una visión concreta de la coordinación, la que realizamos desde el Equipo de Salud Mental Infantil del Distrito de Vallecas:

La coordinación con otros dispositivos de SMI (Hospital de Día, Unidad de Hospitalización...) depende en primer lugar de su existencia: en la actualidad disponemos de escasos recursos de hospitalización y rehabilitación y los existentes dan cobertura a una población tan amplia (todo el ámbito de la Comunidad de Madrid) que la relación se ve obligatoriamente limitada al trabajo común en casos concretos y muy seleccionados. La colaboración institucional, necesaria desde nuestro punto de vista, y una mayor flexibilidad en las actuaciones se ve limitada por las condiciones de trabajo imperantes.

EL CONOCIMIENTO DIRECTO DE LA REALIDAD DEL OTRO PERMITE LIMAR ASPEREZAS Y RESPETAR DICHS ROLES Y DIVERSIDADES

Con los Servicios Sociales y Servicios Educativos la coordinación propiamente dicha se realiza en el marco de las estructuras definidas por los Programas de Protección a Menores en Riesgo, en los que están representados los distintos dispositivos involucrados en el cuidado de la infancia.

La participación y el grado de implicación de cada agencia en estos programas es determinada fundamentalmente por la disponibilidad de profesionales y recursos.

Conclusiones

- La SMI COMUNITARIA es una actividad en un medio social concreto, dirigida a una población infantil determinada, que implica el conocimiento y la utilización de todos los recursos de la comunidad, en el mantenimiento y la restitución de la SM de dicha población.
- Es fundamental facilitar el ABORDAJE INTERDISCIPLINAR de los trastornos psíquicos en la infancia, desde los diversos sectores que articulan la vida del niño.
- Necesidad de la COORDINACIÓN, entendida como el esfuerzo que hacen los distintos recursos existentes en un territorio, para ofrecer una respuesta global e integradora a las demandas.
- Evitar el riesgo de desvirtuar la esencia y los límites de los profesionales
- El encuadre dentro del sistema sanitario general confiere una especial relevancia a la relación de SMI con el resto de los DISPOSITIVOS SANITARIOS.
Objetivo: garantizar la continuidad de cuidados y el desarrollo de programas de prevención, asistencia y rehabilitación.
- Entre las modalidades de COLABORACIÓN SMI-AP, cabe destacar la formación continuada de los profesionales de AP, el desarrollo de programas de promoción de salud, y el seguimiento conjunto o supervisado de pacientes.

Lourdes Sipos Galvez
Psiquiatra.

*Unidad de Niños y Adolescentes.
Servicios de Salud Mental. Vallecas. Madrid.*

Bibliografía

1. Rodríguez Sacristán J, Pedreira Massa J.L., Osorio Menéndez F., Tsiantis, J. "La Salud Mental en la infancia". En: "Psicopatología del niño y del adolescente". J. Rodríguez Sacristán (editor). Tomo II, pags.1349-1391. Universidad de Sevilla. Secretariado de Publicaciones. Sevilla, 1995.

2. Pedreira Massa J.L. "La interconsulta y enlace y la Paidopsiquiatría". En: "Protocolos de Salud Mental Infantil para la Atención Primaria". Pags. 71-78. ELA (Editorial Libro del Año) S.L. Madrid, 1995.

3. Peña García I, Sánchez Cubas S, Suárez T. (Coordinadora). "Formas de coordinación y colaboración entre los Servicios de Atención Primaria y los Equipos de Salud Mental". En: "Manual del Residente de Psiquiatría". Tomo II, pags.2186-2192. Comité editorial: Cervera Enguix S., Conde López V., Espino Granado A., Giner Ubago J., Leal Cercós y Torres González F., Smithkline Beecham. Madrid, 1997.

COORDINACIÓN INTERDISCIPLINAR EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LOS TCA'S

XI Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental Madrid, 5-6 Octubre de 2000

En el año 1994, los facultativos que componen el equipo terapéutico de los Servicios de Salud Mental de Barajas deciden abrir un período de reflexión acerca de las características, alcance y límites de la atención que se venía prestando hasta el momento a las pacientes afectadas de Trastornos del Comportamiento Alimentario.

El resultado de esta iniciativa fue el diseño de un tipo de intervención que debía estructurarse sobre los siguientes criterios:

- Multidisciplinariedad
- Complementariedad de las intervenciones profesionales
- Integración articulada en equipo, específicamente definido para el tratamiento de los TCA's, con las coordinaciones extra-servicio necesarias
- Marco consensuado de intervención.
- Definición como programa del proceso resultante
- Proyección en el futuro en términos que permitiesen, en la medida también de que se contase con los recursos necesarios, actuaciones en prevención primaria, secundaria e investigación.

La traducción operativa de lo hasta ahora expuesto dio lugar a la adscripción de cada paciente a un equipo que interviene en varios niveles, establecidas con el mayor grado de definición posible:

- Médico-Nutricional. Nuestros Servicios inician una colaboración, que se mantiene muy satisfactoriamente desde hace seis años, con la Dra. Isabel Zamarrón, médico adjunto de la Unidad de Dietética y Nutrición del Hospital Ramón y Cajal. Su intervención supone, desde su disciplina, el control, orientación y seguimiento de la mayoría de las pacientes atendidas por nosotros por TCA.
- Médico-Psiquiátrico. Evaluación, intervención, control y seguimiento psiquiátrico por parte de

los psiquiatras de nuestros Servicios de las pacientes que el equipo terapéutico consideraba que los precisaban.

- Psicoterapéutico individual. Son tratamientos realizados por los psicólogos clínicos del Centro, en sesiones cuya frecuencia se establece en función de la gravedad y el momento de evolución de cada caso.
- Psicoterapéutico familiar. Establecido como ineludible en la mayoría de los casos, especialmente en adolescentes. En los casos de adultos en los que ha sido razonablemente posible se ha planteado como recomendable y generalmente aceptado.
- Psicoterapéutico grupal. No hemos planteado grupos específicos de TCA's ni lo consideramos conveniente, sino que en los casos en los que se ha visto oportuno las pacientes se integran en grupos terapéuticos heterogéneos en cuanto al síndrome.

En el encuadre terapéutico que hacemos con los pacientes y familiares, una vez evaluado el caso, les explicamos el carácter integral de nuestra intervención, así como nuestra convicción y exigencia de que se lleve a cabo bajo las condiciones establecidas.

Por lo tanto, todos los casos reseñados han sido atendidos desde estos criterios; hemos hecho especial énfasis por parte de cada uno de nosotros en el mantenimiento de los mismos a lo largo de todas las intervenciones. Este punto nos pareció desde el principio particularmente importante y en la actualidad sigue siendo así, a causa de la vulnerabilidad que se podía producir en la aplicación de un programa terapéutico que, como este, supone con mucha frecuencia que se dé la intervención simultánea y mantenida a lo largo del tiempo de varios profesionales.

Toda opción terapéutica tiene sus riesgos, no solo en los que se refiere a efectos sobre el paciente, sino también sobre la propia acción terapéutica.

En lo que se refiere a una intervención que implica a un nutrido grupo de especialistas, en diversos momentos y tiempos, los peligros de ese segundo orden son varios:

- Actuaciones y mensajes que pueden ser correctos en sí mismos, pero contradictorios o no complementarios respecto a los de cualquier otro de los profesionales intervinientes, o incoherentes con el contexto general de la intervención.
- Fragmentación del paciente. Son pacientes sometidos a la mirada conformadora de especificidad de cada uno de los especialistas, interpretados desde distintos saberes que construyen piezas de un puzzle cuyo ensamblaje está por realizar.
- Manipulación y neutralización por parte del paciente de los mensajes e intervenciones que recibe de tan diversas fuentes.

La perspectiva multidimensional que nos permite afrontar tanto la patología como la complejidad terapéutica que esta entraña supone el conocimiento, por parte de los diferentes profesionales, tanto de los factores que concurren en el paciente como de los objetivos a corto, medio y largo plazo que se establezcan. Esto adquiere una especial relevancia a causa de que, si bien ninguna intervención es a priori inferior o superior a cualquiera de las demás, si adquieren a lo largo del tratamiento un grado de importancia y prioridad distinto de acuerdo a la evolución del caso.

La valoración y modulación de esto implica un grado de coordinación cuya eficacia se reflejará inevitablemente en el resultado de la intervención efectuada; de hecho, puede llegar a convertirse en un factor determinante no solo en el éxito de un tratamiento, sino en la funcionalidad de un programa capaz también de hacerse cargo de sus efectos cuando estos no son lo suficientemente satisfactorios.

La psicoterapia individual

Está generalmente aceptado que una asistencia eficaz de los pacientes con trastorno de la conduc-

ta alimentaria hace necesario un enfoque de tratamiento multidisciplinario. Nosotros, además, hemos creado éste Programa donde intentamos que la multidisciplinariedad sea coordinada.

ESTÁ GENERALMENTE ACEPTADO QUE UNA ASISTENCIA EFICAZ DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA HACE NECESARIO UN ENFOQUE DE TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO

En el caso de la psicoterapia individual, tratamos de ofrecer al paciente un espacio psicoterapéutico seguro donde pueda resolver su conflicto psíquico con él mismo, con su mundo interno, permitiendo así la tan necesitada reorganización emocional de la que suele carecer. Ya hemos hablado del peligro de la fragmentación que puede vivir este paciente, por la especificidad de cada uno de los facultativos que intervenimos en

él. Es aquí donde puede conseguir resolver su conflicto psíquico con él integrando los otros conflictos que padece, los somáticos, familiares, nutricionales y de relación con los demás. Además, en los casos en que no es posible la psicoterapia familiar, por la realidad del paciente en éste ámbito, se trabajan aquí los diferentes aspectos de su relación familiar.

Los problemas que habitualmente aparecen con más frecuencia son la baja autoestima, problemas de dependencia, de fracaso, sintomatología depresiva, algunas veces sintomatología obsesiva-compulsiva, problemas con las relaciones interpersonales, conductas impulsivas y niveles altos de ansiedad.

Respecto a los diferentes enfoques y escuelas existentes en psicoterapia individual, cognitivo-conductual, psicodinámica, focal, de apoyo, etc, no hay estudios contundentes que demuestren la mayor eficacia de alguna de ellas sobre las demás en este tipo de trastorno. Pero sí podemos acercarnos a una forma de predecir qué paciente responderá mejor a un tipo u otro de tratamiento, por las características psíquicas del paciente y nuestro conocimiento sobre él. Está claro que hay pacientes que no reúnen los requisitos necesarios para realizar una psicoterapia dinámica, bien por dificultades de elaboración, bien por dificultad de expresión verbal de sus sentimientos, pensamiento, fantasías o deseos.

Podemos pues concluir diciendo que el tipo de psicoterapia individual que se realiza dependerá

EL TIPO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL QUE SE REALIZA DEPENDERÁ TANTO DEL PACIENTE POR UN LADO, COMO DE LA INDICACIÓN PSICOTERAPÉUTICA POR OTRO

tanto del paciente por un lado, como de la indicación psicoterapéutica por otro. Lo que, en cualquier caso consideramos es que la psicoterapia individual resulta fundamental para la cura, junto a las demás a las que nos hemos referido, y prueba de ello es que todos de los casos tratados en nuestro Servicio la han recibido.

**LA FAMILIA, ANGUSTIADA
POR EL PROBLEMA, SUELE
RESPONDER GENERANDO
PAUTAS DE RELACIÓN
DISFUNCIONALES
O INTENSIFICANDO
LAS YA EXISTENTES**

En general la familia se resiente, se siente desbordada y pueden entender la necesidad de una intervención exterior, que va encaminada a facilitar información, apoyo y organización de las pautas transaccionales, que permitan afrontar de una manera más eficaz el trastorno y mejorar su tipo de relación.

Terapia familiar

Consideramos la intervención familiar de estas enfermas como un elemento terapéutico de suma importancia en su tratamiento, junto a las otras modalidades de atención

Este tipo de trastorno presenta unas características singularmente peculiares, entre las que cabría destacar: la pérdida progresiva de peso, la obstinada renuncia a una alimentación razonable (en muchos casos en época todavía de desarrollo) y, sobre todo, la ausencia de conciencia de enfermedad. Estas dan lugar a que se produzca en la familia una intensa reacción de alarma, ante lo que viven como una progresiva pérdida de control sobre una enfermedad de la que suelen estar informados de sus posibles consecuencias, pero se sienten incapaces de resolver.

A esto habría que unirle el hecho de que la edad de inicio suele ser en la adolescencia, en la que la paciente está inmersa en el proceso del desarrollo de su autonomía. Lo que suele producirse, ante la emergencia de la enfermedad, es una detención o vuelta atrás en este proceso.

La familia, angustiada por el problema, suele responder generando pautas de relación disfuncionales o intensificando las ya existentes: la paciente pasa a ser objeto de intensa y constante atención, con conductas de control y sobreprotección excesivas que suelen provocar la reacción contraria a la esperada en la adolescente, dentro de una espiral creciente de falta de entendimiento, con repercusiones en todo el sistema familiar.

Los cónyuges discuten sobre la forma más eficaz de afrontar el problema y, en ocasiones, se ponen al descubierto discrepancias antiguas o crisis encubiertas. Los hermanos perciben el trato diferencial de los padres hacia el enfermo, ante una alteración que no entienden y por la que se sienten excluidos.

Atención médica nutricional y dietética

La coordinación con la Dra. Zamarrón Cuesta, médico adjunto de la Unidad de Nutrición y Dietética del Hospital Ramón y Cajal, propició que de una forma ágil y en complemento con el resto de las intervenciones estuviera a disposición de nuestros pacientes afectados por TCA's la cartera de Servicios de la Unidad mencionada:

1. Valoración del estado nutricional y de la composición corporal de las pacientes. Esto supone la utilización de Técnicas de Diagnóstico Nutricional, en concreto las siguientes:
 - Antropometría
 - Bioimpedancia
 - Bioquímica
2. Valoración del comportamiento alimentario de las mismas, así como la realización de un Balance de Energía, mediante:
 - Encuesta dietética
 - Calorimetría
3. Valoración de las complicaciones que se pudieran presentar, a través de:
 - Anamnesis
 - Exploración clínica
 - Exploraciones complementarias
4. Tratamiento nutricional, el cual está compuesto por:
 - Educación nutricional
 - Dietas individualizadas
 - Soporte de nutrición artificial, en su caso
5. Vía clínica, que tiene en cuenta:
 - Índice de riesgo
 - Criterios de indicación nutricional
 - Criterios de ingreso en Hospital de Día y hospitalario
 - Cuidados de enfermería
 - Información a la familia

Atención psiquiátrica

Ante todo, decir que el tratamiento psicofarmacológico no debe considerarse ni como tratamiento único ni como tratamiento principal en los TCA 's.

Tanto en la Anorexia nerviosa (AN) como en la Bulimia nerviosa (BN) el tratamiento farmacológico es básicamente sintomático.

Entre los psicotropos, los más frecuentemente usados son los antidepresivos; de ellos, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) son considerados los más seguros y pueden ser útiles en pacientes con síntomas significativos de depresión, ansiedad, obsesiones o ciertos síntomas de Trastorno de Control de Impulsos. Por otra parte, algunos anti-depresivos (imipramina, desimipramina, trazadona, fenelcina, fluoxetina) presentan eficacia anti-bulímica, independientemente de que haya sintomatología depresiva o no; la fluoxetina a altas dosis (60-80 mg/día) está especialmente indicada por el menor número de efectos secundarios.

Otros psicofármacos usados en estos trastornos son bajas dosis de antipsicóticos en algunos casos de marcada sintomatología obsesiva, ansiosa y de índole psicótica. Se han usado ansiolíticos para reducir la ansiedad anticipatoria hacia la comida.

Hay que recordar que un elevado porcentaje de síntomas depresivos y ansiosos se resuelven con la normalización de los hábitos alimentarios y la recuperación ponderal, por lo que la posibilidad de instaurar medicación antidepresiva se valorará mejor cuando los efectos psicológicos de la malnutrición estén resueltos; no obstante esta podría considerarse en el momento de inicio de tratamiento si la sintomatología depresiva fuera intensa, ya que esto podría dificultar el trabajo psicoterapéutico. Sin embargo, se viene considerando la posible eficacia de los antidepresivos para estabilizar la recuperación ponderal (un estudio lo ha demostrado así en el caso de la fluoxetina).

El uso de los psicofármacos en los TCA's en el SSM de Barajas se ha guiado por lo anteriormente comentado.

**EL TRATAMIENTO
PSICOFARMACOLÓGICO
NO DEBE CONSIDERARSE
NI COMO TRATAMIENTO ÚNICO
NI COMO TRATAMIENTO
PRINCIPAL EN LOS TCA 'S**

**LA MEDICACIÓN
ANTIDEPRESIVA HA SIDO
LA MÁS EMPLEADA, SEGUIDA
DE LAS BENZODIACEPINAS:
EN LA MAYOR PARTE
DE LOS CASOS, COMBINACIÓN
DE AMBOS**

Los pacientes que siguieron tratamiento psicofarmacológico fueron aquellos que presentaban fundamentalmente sintomatología ansioso-depresiva (trastornos con mayor comorbilidad en los TCA) de moderada a marcada intensidad con repercusión psicosocial como coadyuvante de las intervenciones psicoterapéuticas. La medicación antidepresiva ha sido la más empleada, seguida de las benzodiacepinas: en la mayor parte de los casos, combinación de ambos.

Los ISRS han sido los más usados, en concreto la fluoxetina. Los cambios realizados de un antidepresivo por otro a lo largo de la evolución se han basado generalmente en el perfil de efectos secundarios (generalmente de fluoxetina a paroxetina por inquietud psicomotriz, y al contrario, por somnolencia).

Sólo en dos casos se ha usado medicación neuroléptica (risperidona y olanzapina); en uno de ellos (BN) existiendo dudas razonables acerca de la posibilidad de tratarse de Trastorno Bipolar tipo I.

Características y evolución de la muestra

No es el propósito de esta reunión ni la misma está concebida para presentar un análisis exhaustivo de los datos que se derivan de nuestra muestra de pacientes. Sin embargo, nos parece pertinente ofrecer una información general de las características de la misma y de los resultados obtenidos.

En total, desde la puesta en marcha del programa de tratamiento de los TCA's en nuestros Servicios, se han atendido a 52 pacientes. En todos los casos se daba una sintomatología clara y significativamente compatible con trastorno de la alimentación, bien instaurado ya como entidad sindrómica o bien como constelación sintomática que podríamos calificar como cuadro en evolución.

La edad de debut (Fig. 1) se encuentra entre los 11 y los 53 años; la mayor frecuencia de presentación se da entre los 15 y los 19 años, donde figuran 24 casos, algo menos de la mitad del total.

Desde el momento del debut hasta que se produce la 1ª Consulta se da un tiempo, que denominamos de Evolución (Fig. 2), cuyo promedio es de 2.6 años. El

17% de las pacientes consultaron antes de que se cumpliera el primer año desde la aparición de los primeros síntomas y el 42% antes de que se cumpliera el 2º año desde el debut.

Creemos que la labor de detección y de derivación por parte de los dispositivos de Atención Primaria ha sido decisiva para que el Tiempo de Evolución haya sido cada vez más corto y, por lo tanto, dar lugar a una intervención progresivamente precoz. Esto supone un significativo aumento de la eficacia del tratamiento y la posibilidad de poder formular un mejor pronóstico.

En cuanto a las modalidades de presentación sintomática (Fig. 3), aproximadamente la mitad de la muestra ofrece un cuadro de Bulimia Nerviosa. En el resto de las pacientes vemos diversas formas de Anorexia Nerviosa; el grupo más numeroso

(24%) está compuesto por anorexicas purgativo-restrictivas con crisis bulímicas, en tanto que el resto de los sujetos se reparten a partes iguales entre la AN purgativo-restrictiva, la restrictiva con crisis bulímicas y la exclusivamente restrictiva.

En el capítulo de la comorbilidad (Fig. 4), la patología que con más frecuencia se presenta junto a los TAC's es la depresión, lo cual ocurre en algo más del 37% de los casos. La ansiedad asociada a la depresión ocupa el segundo lugar en cuanto a frecuencia de presentación (29%). La presencia de patología ansiosa ocupa el tercer escalón en este apartado de nuestra muestra, afectando al 15% de los sujetos. El resto de las pacientes se ven afectadas por distintas formulaciones comórbidas.

El registro de las Modalidades de Atención Terapéutica (Figs. 5, 6) nos indica que la totalidad de la

FIGURA 1. EDAD Y DEBUT DE 1ª CONSULTA

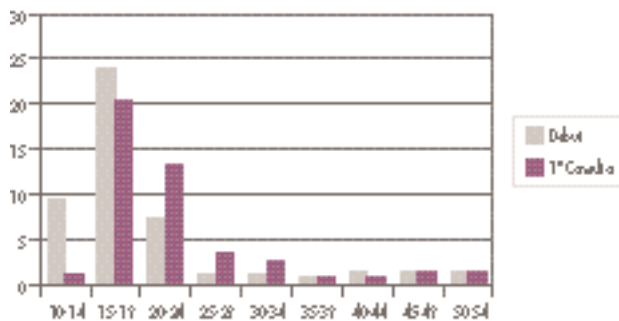


FIGURA 2. TIEMPO DE EVOLUCIÓN

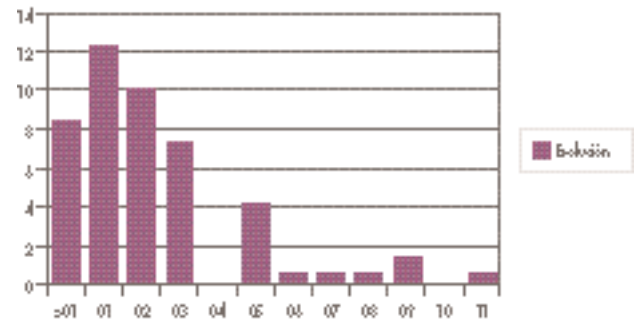
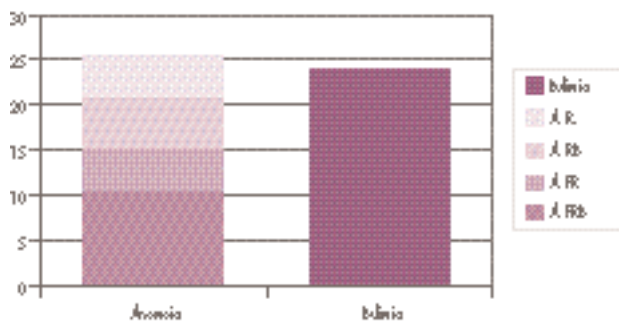
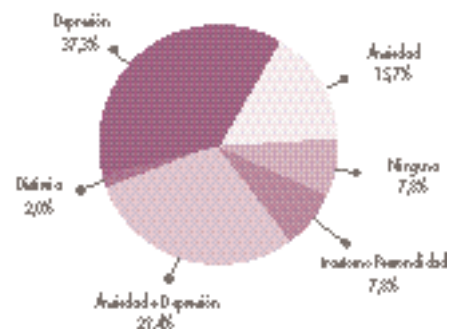


FIGURA 3. MODALIDADES DE PRESENTACIÓN SINTOMÁTICA



Á.R.: Anorexia Restrictiva; Á.RB.: An. Restrictiva con crisis bulímicas;
 Á.P.R.: An. Purgativo-Restrictiva; Á.P.RB.: An. Purgativo-Restrictiva con crisis bulímicas

FIGURA 4. COMORBILIDAD



muestra ha recibido psicoterapia individual, en ningún caso como único recurso terapéutico utilizado; en la mayoría de los sujetos se ha asociado con atención médico-nutricional, prestada a través de la Unidad de Nutrición y Dietética del Hospital Ramón y Cajal de Madrid y, en algunos otros, por distintos profesionales de esta especialidad o a través de los médicos de Atención Primaria.

La intervención psiquiátrica sigue en frecuencia de aplicación; la terapia familiar, por su parte, ha constituido un instrumento que se ha utilizado en la práctica totalidad de los casos de preadolescentes y jóve-

NO SE TRATA, POR TANTO, DE UN MERO PROCESO ADITIVO-ACUMULATIVO DE RECURSOS SOBRE UN PACIENTE, SINO DE LA CONSTRUCCIÓN DE UNA INTERVENCIÓN COMPLEMENTARIA, QUE DESDE AHÍ POTENCIA SU MAYOR EFICACIA

nes, aunque en el conjunto de la muestra su utilización se ha producido en algo menos de la mitad de las pacientes.

Este es un apartado en el que se pone de manifiesto la necesidad y la presencia de una buena coordinación entre profesionales; no se trata, por tanto, de un mero proceso aditivo-acumulativo de recursos sobre un paciente, sino de la construcción de una intervención complementaria, que desde ahí potencia su mayor eficacia.

El tiempo promedio de Duración del Tratamiento (Figs. 7, 8) es, en estos momentos, de algo más de 13 meses; la mayor frecuencia (38'5%) se sitúa entre los 6-12 meses.

FIGURA 5. MODALIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA

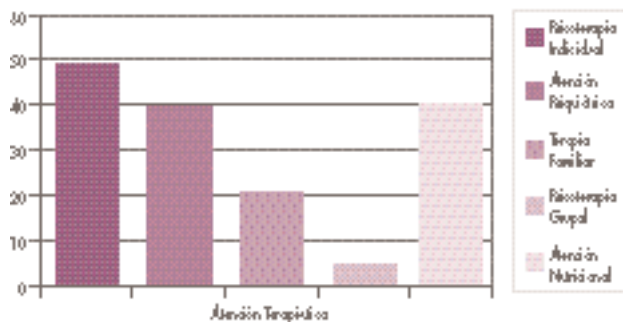


FIGURA 7. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO (EN MESES)

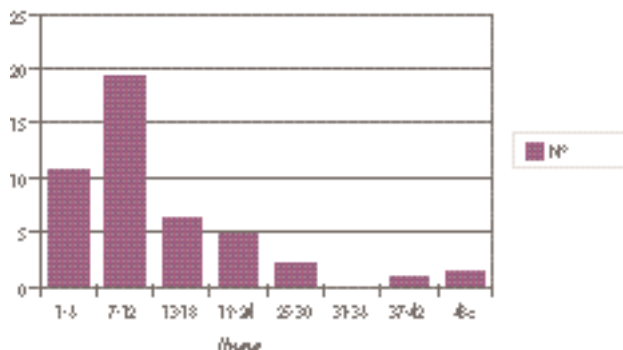


FIGURA 6. MODALIDADES DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA COORDINADAS

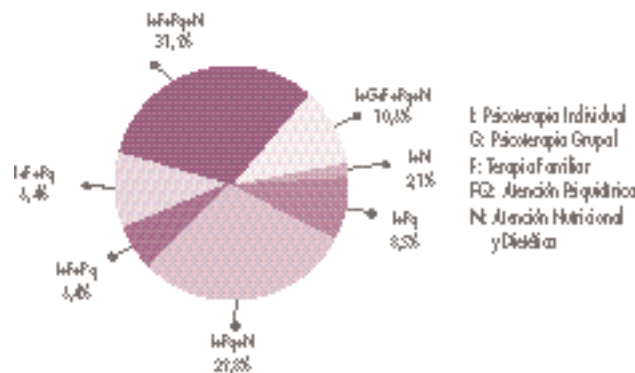


FIGURA 8. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO (EN MESES Y PORCENTAJES)



El 77% de la muestra no supera en el momento actual los 18 meses de tratamiento.

Los Grados de Mejoría obtenidos (Fig. 9) nos indican que esta ha sido total en algo más del 30% de los casos y que se han obtenido mejorías significativas, elevadas o parciales, en un 48% más. No se ha obtenido ningún resultado valorable o estos han sido mínimos en el 21 % de los sujetos de la muestra.

Finalmente, en cuanto al registro de las Altas o la Continuidad (Fig. 10) de las pacientes, nos encontramos con que el 30'8 % han podido recibir

el alta por fin de tratamiento, mientras que el porcentaje de abandonos y el de quienes continúan su terapia es similar, el 28'8 %. El resto de la muestra se lo reparten pequeños porcentajes de sujetos que han sido derivados, han cambiado de residencia o se les dio el alta voluntaria.

Aurora Navarro, Carlos Mas, Cristina Anchústegui, Isabel Zamarrón, Luis Illescas, Luis Rodríguez, Santiago Tenorio

FIGURA 9. GRADOS DE MEJORÍA

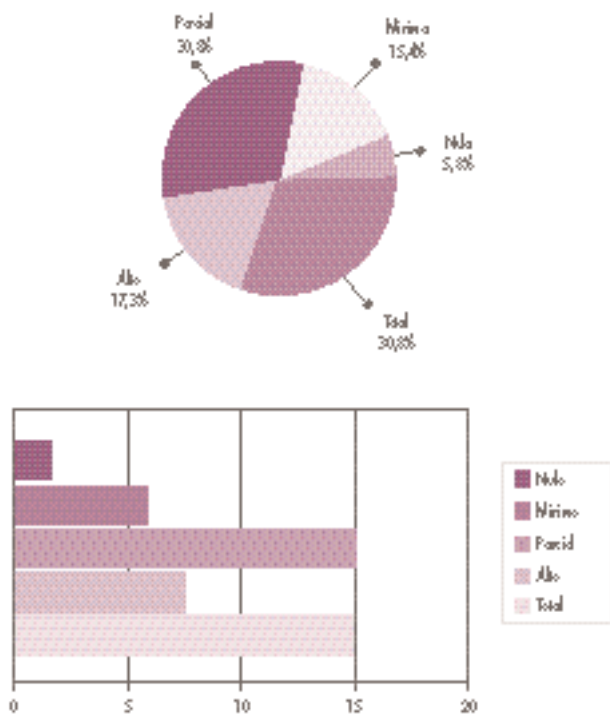
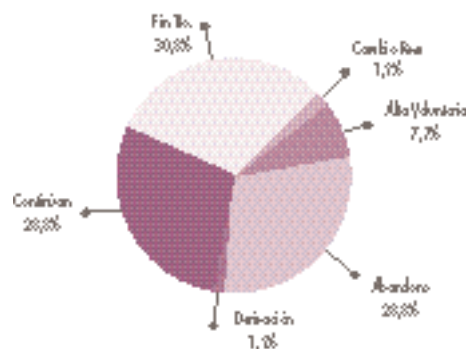


FIGURA 10. ALTA-CONTINUIDAD



CONCLUSIONES DE LA MESA DEBATE SOBRE LAS TRANSFERENCIAS SANITARIAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Organizada por la AMSM el 16 de octubre de 2001

La AMSM y su Junta directiva han manifestado en reiteradas ocasiones la necesidad de que la atención a la salud mental de los ciudadanos de nuestra comunidad se realice integrada en la asistencia sanitaria general, con integración de todas las administraciones con recursos en salud mental en cada área sanitaria y desde una perspectiva de proveer una atención integral (biopsicosocial; preventiva, asistencial y rehabilitadora). Sin dudar del avance que en su momento (hace más de 10 años) supuso la integración funcional de los recursos, es evidente que se ha producido un estancamiento en este proceso, poniéndose de manifiesto múltiples dificultades y contradicciones en el funcionamiento de los servicios que han hecho prácticamente imposible que se resuelvan muchos de los problemas de la coordinación de la red. En todos estos análisis, y desde luego en las expectativas de los profesionales, el proceso de transferencias sanitarias aparecía como un elemento indispensable para su resolución. Es por esto, que al tener conocimiento del borrador de la LOSCAM, ley que regulará este proceso de transferencias en la Comunidad de Madrid, nos ha parecido fundamental analizarlo, tanto en lo que se refiere al modelo de organización sanitaria en general, como más específicamente en relación con la atención a la salud mental.

Tanto en el debate que la asociación organizó el pasado 16 de octubre, como tras la lectura del borrador, muchas son las preocupaciones que nos surgen y que queremos expresar en este documento.

**SIN DUDAR DEL AVANCE
QUE EN SU MOMENTO
(HACE MÁS DE 10 AÑOS)
SUPUSO LA INTEGRACIÓN
FUNCIONAL DE LOS RECURSOS,
ES EVIDENTE
QUE SE HA PRODUCIDO
UN ESTANCAMIENTO
EN ESTE PROCESO**

**ESTÁ CLARO
QUE ESTA NUEVA LEY
DE ORDENACIÓN SANITARIA
SUPONE UNA NUEVA
ESTRUCTURA
DE FUNCIONAMIENTO**

En primer lugar, frente a los rumores de que las transferencias sanitarias no supondrían cambios sustanciales en la organización sanitaria de nuestra comunidad salvo en la denominación de los organismos, está claro que esta nueva ley de ordenación sanitaria supone una

nueva estructura de funcionamiento, con la separación del aseguramiento público, la financiación y la provisión de los servicios, y el establecimiento de "contratos sanitarios" entre financiadores y proveedores. Todo ello está en la línea iniciada por el Sistema Nacional de Salud Inglés de la época Thatcher, o del Servicio Catalán de Salud en nuestro país. Si se han aprendido las lecciones que la experiencia de estos sistemas han puesto de manifiesto está

aún por ver. Otra modificación sustancial que dibuja la Ley es en lo que respecta a la naturaleza de las instituciones sanitarias (ya sean financiadoras o provisoras), que pasan a ser entes públicos sometidos con "carácter general a derecho privado", salvo en algunas materias específicas. Si esto solucionará los problemas de gestión de personal que han sido tradicionales en el Servicio Regional de Salud, o introducirá nuevas dificultades o arbitrariedades es uno de los interrogantes pendientes. La tan

anunciada creación de una red de Agencias Sanitarias que "garantizará al ciudadano, individual y colectivamente, su consideración como centro del sistema sanitario", cuando uno lee en detalle sus funciones le hace preguntarse si efectivamente será algo más que los actuales servicios administrativos y de

inspección; o como realmente se va a poder articular esa libre elección de centro y profesionales. Muchos temas más son los que se tratan. Algunos de los cuales, como el de la participación de los ciudadanos y profesionales (que nuestra asociación ha pedido en reiteradas ocasiones), han estado casi ausentes en el propio proceso de elaboración de esta Ley.

En segundo lugar, ¿cómo puede afectar la LOSCAM a la atención a la salud mental en nuestra comunidad?. Desde un punto de vista más específico aparecen dos referencias concretas a la salud mental, que por su brevedad vamos a transcribir literalmente a continuación:

1. En la Exposición de Motivos aparece el siguiente párrafo:

“En el ámbito de la asistencia sanitaria se ha procurado dar un tratamiento integral a todas las actividades asistenciales, en sus niveles de atención primaria y especializada, y con una referencia expresa a la salud mental, respecto de la cual se aplica claramente el principio de integración, dentro de la atención especializada, que se debe prestar en los mismos centros en que reciben asistencia otros pacientes, como otra especialidad más, con el objeto de evitar toda estigmatización y discriminación, que por su condición de enfermos mentales, estos pacientes pudieran sufrir en su atención sanitaria”

2. En el artículo 16 (Sección 2ª –Asistencia Sanitaria–, Capítulo IV) se recoge:

“La Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid, a través de los recursos y medios de que dispone su Sistema Sanitario, desarrollará las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria:

a) ...

b) La atención a los problemas de salud mental, potenciando los recursos asistenciales en el ámbito ambulatorio, los sistemas de

SE MANTENDRÍAN LA FALTA DE INTEGRACIÓN REAL DE LOS RECURSOS DE LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE DOS DE ELAS COMPARTAN UN MISMO PATRÓN

hospitalización parcial, la atención domiciliaria, y realizándose las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requiera, en unidades psiquiátricas hospitalarias.

c) ...”

Tras una primera lectura, se echa en falta que en una ley en la que en reiteradas ocasiones (exposición de motivos, art. 2, 6, 60 y 80) se señala la concepción integral del Sistema Sanitario, incluyendo la prevención, asistencia y rehabilitación,

no se explicita que la rehabilitación psiquiátrica es una prestación sanitaria. Este punto es especialmente importante si se tiene en cuenta que una proporción importante de nuestros usuarios tienen como consecuencia de sus trastornos un alto grado de discapacidad y la **rehabilitación psicosocial** constituye un elemento esencial de su atención integral. Por otra parte este punto quedaba claramente recogido en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad y en el decreto de Prestaciones Sanitarias de 1995.

Además de esta ausencia fundamental, a **nivel organizativo** parece deducirse que, al menos en un primer momento, se mantendrían la falta de integración real de los recursos de las distintas administraciones, independientemente de que dos de ellas compartan un mismo patrón. Esta situación creemos que debe resolverse de una vez por todas con las transferencias, logrando la integración organizativa y favoreciendo la desaparición de las diferentes condiciones laborales y salariales (a veces sangrantes) que tanto dificultan el funcionamiento de los centros. En este sentido la Junta de la AMSM propone los siguientes puntos:

- Integración total en el sistema sanitario a nivel de cada área: IMSALUD, HGGM
- Red de servicios dentro del área, equivalente a un departamento
- Peso fundamental de los SSM integrados como servicios.

ESTA SITUACIÓN CREEMOS QUE DEBE RESOLVERSE DE UNA VEZ POR TODAS CON LAS TRANSFERENCIAS, LOGRANDO LA INTEGRACIÓN ORGANIZATIVA Y FAVORECIENDO LA DESAPARICIÓN DE LAS DIFERENTES CONDICIONES LABORALES Y SALARIALES (A VECES SANGRANTES) QUE TANTO DIFICULTAN EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS

- Discriminación positiva de la salud mental (con alguna estructura interna que la respalde) que garantice la adecuada provisión de recursos y el funcionamiento coordinado de todos los departamentos de las áreas y los programas

Por último, consideramos que esta es una excelente oportunidad para hacer por fin un Plan de Salud Mental y poner al día los programas y el funcionamiento de los centros. Por lo que hemos conocido posteriormente parece que estas son las intenciones de la Consejería y que el Departamento de

Salud Mental ya se ha puesto a trabajar en ello, con intención de dar una amplia participación a profesionales, usuarios y familiares. Esperamos poder participar en la elaboración del mismo, y sobre todo que conlleve una dotación presupuestaria que nos permita creer que la atención a la salud mental empieza a ser una preocupación real de nuestros gobernantes.

Junta Directiva AMSM

SITUACION ASISTENCIAL DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MADRID

Introducción

El cierre de la tercera planta de Hospitalización Breve del Hospital Psiquiátrico de Madrid, que contaba con 28 camas, y la redistribución de los ingresos entre las dos plantas restantes ha supuesto un incremento en el número de camas por planta que ha pasado de 28 camas a 30-32 con el mantenimiento del mismo personal, así como la creación y apertura de una Unidad de Media Estancia con la consiguiente redistribución del personal, ha creado una situación de malestar entre el personal sanitario que ha motivado una petición a la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN), por parte de las secciones sindicales de dicho hospital, para que realice un informe técnico acerca de las condiciones en las que se lleva a cabo la asistencia a los pacientes psiquiátricos en dicho hospital.

El día 25 de Junio, por la mañana, un miembro de la Junta de esta asociación se reunió con los representantes sindicales y con el Jefe de Departamento y Gerente de dicho hospital, y se hizo un recorrido por las distintas unidades de las que se compone el Hospital Psiquiátrico. El informe es el resultado de estas conversaciones y de este recorrido. No se llevó a cabo la evaluación de la Unidad de Desintoxicación por estar en proceso de reforma ni de la Unidad de Alcoholología y Unidad de Deshabitación Alcohólica. Tampoco se hizo una evaluación del proceso de atención al paciente en cuanto a la planificación de la atención, prestación de cuidados y tratamiento, seguimiento y evolución y coordinación y continuidad de la atención.

UNA SITUACIÓN DE MALESTAR ENTRE EL PERSONAL SANITARIO QUE HA MOTIVADO UNA PETICIÓN A LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL (AEN), POR PARTE DE LAS SECCIONES SINDICALES DE DICHO HOSPITAL, PARA QUE REALICE UN INFORME TÉCNICO ACERCA DE LAS CONDICIONES

LAS INSTALACIONES DE LAS DOS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN CUENTAN CON BASTANTE ESPACIO PERO SU DISTRIBUCIÓN ES PROPIA DE OTRA ÉPOCA

Unidades de hospitalización breve

En este momento la Hospitalización Breve se lleva a cabo en dos unidades que han visto incrementado su aforo de 28 a 32 camas por el cierre de la tercera planta así como está prevista la utilización de 10 camas más para este fin ubicadas en la Unidad de Media Estancia recién abierta, así como en caso de que, en un momento dado, se llenen estas camas, utilizar las que sobran en la Unidad de Psicogeriatría. Se considera esta situación como transitoria, a la espera

de que se abra la Unidad de Hospitalización Breve de La Paz que con 20 camas se hará cargo de una parte de la población que ingresa en el Hospital Psiquiátrico. Sin embargo, la apertura de la Unidad de La Paz estaba prevista para el otoño del 2000 y, en el momento de hacer este informe, aún no han comenzado las obras para su adaptación lo que hace difícil que su apertura se produzca en los próximos seis meses. Esta distribución de los pacientes Agudos por distintas Unidades dificulta de forma importante un abordaje estandarizado y deja la atención y tratamiento para un mismo proceso en manos del azar y de la suerte, ya que el personal que atiende a estos pacientes fuera de sus unidades específicas no tiene ni la misma preparación ni el mismo compromiso que los que trabajan en sus unidades.

Las instalaciones de las dos plantas de Hospitalización cuentan con bastante espacio pero su distribución es propia de otra época con habitaciones de tres y, en estos momentos, hasta cuatro camas, baños y aseos comunes y muy insuficientes, lo que dificulta la higiene de los pacientes e incrementa el trabajo del

personal, los comedores son pequeños lo que hace que sea necesario en ocasiones hacer dos turnos de comida con la consiguiente ruptura de hábitos y horarios de los pacientes y de trabajo para el personal. La ubicación de los Controles de enfermería, en una esquina de un largo corredor, tampoco facilita las tareas que debe desempeñar este personal.

Las condiciones estructurales en las que el personal desempeña su trabajo condicionan de manera determinante el grado de satisfacción y compromiso del mismo con su tarea, siempre estresante aún en las mejores condiciones, y aunque la ratio de personal pueda ser la establecida, el incremento del trabajo por el incremento de las camas a cargo y las condiciones en las que desempeña su trabajo puede llevar a un alto grado de insatisfacción del personal que va a repercutir en la atención prestada.

Unidad de retraso mental

Esta Unidad presenta deficiencias muy graves que ponen en cuestión los mínimos asistenciales necesarios para el respeto de la dignidad y los cuidados básicos de más de una treintena de personas que viven de forma permanente en ella y que permanecen en la misma durante años. El abandono de las instalaciones es total tanto en las estancias de los pacientes como donde desempeña sus tareas el personal sanitario. Las habitaciones son amplias, lo que sobra es espacio por todas partes pero existe un abandono absoluto tanto de su estructura como de su mobiliario, baños comunes y una sala de estar que cumple funciones de comedor donde permanecen muchas horas al día los pacientes y que no reúne las condiciones mínimas de comodidad y los

ESTA UNIDAD PRESENTA DEFICIENCIAS MUY GRAVES QUE PONEN EN CUESTIÓN LOS MÍNIMOS ASISTENCIALES NECESARIOS PARA EL RESPETO DE LA DIGNIDAD Y LOS CUIDADOS BÁSICOS DE MÁS DE UNA TREINTENA DE PERSONAS QUE VIVEN DE FORMA PERMANENTE EN ELLA Y QUE PERMANECEN EN LA MISMA DURANTE AÑOS

LA EXISTENCIA DE ESTA UNIDAD EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NO TIENE NINGUNA RAZÓN DE SER, EXISTIENDO COMO EXISTEN CENTROS ESPECÍFICOS CON INSTALACIONES, EQUIPAMIENTO Y PERSONAL ADECUADO

SE ENCUENTRAN EN UNA SITUACIÓN DE ABANDONO SIMILAR A LA UNIDAD DE RETRASO MENTAL Y CARECE DE LOS MÍNIMOS NECESARIOS PARA HACER LLEVADERA LA ESTANCIA PROLONGADA DE LOS PACIENTES EN LAS MISMAS

pacientes se hielan de frío en invierno y se asan de calor en verano. El Control de enfermería no cuenta con lo imprescindible, con un mobiliario viejo y destartado que parece el resultado de haber ido aprovechando los deshechos de otras dependencias. La sala de observación para pacientes graves, ubicada al lado del control de enfermería, tiene un nivel de abandono, hacinamiento y dotación de material y recursos sanitarios que más que favorecer el cuidado y atención de estos pacientes graves, dada su incomodidad y mezcla de patologías, dificulta su restablecimiento e incrementa los riesgos. Por lo tanto, las condiciones en las que trabaja el personal son penosas, no contando con los requisitos mínimos para una unidad de hospitalización y mucho menos para un tipo de pacientes crónicos, con muchas limitaciones físicas y que necesitan muchos cuidados.

La existencia de esta Unidad en un Hospital Psiquiátrico no tiene ninguna razón de ser, existiendo como existen Centros específicos con instalaciones, equipamiento y personal adecuado, y menos en las condiciones en las que se encuentra ésta que no solo no permiten llevar a cabo los cuidados mínimos sino que conculcan la dignidad y los más elementales derechos de las personas.

Unidad de rehabilitación y reinserción

Se encuentran en una situación de abandono similar a la Unidad de Retraso Mental y carece de los mínimos necesarios para hacer llevadera la estancia prolongada de los pacientes en las mismas. Tampoco se dan las condiciones necesarias para llevar a cabo las funciones rehabilitados

que le son encomendadas ni en medios materiales ni en personal adecuado, lo que favorecerá la permanencia de los pacientes en las mismas. Este hecho se puede agudizar con el traslado de los pacientes con más posibilidades de recuperación a la Unidad de Media Estancia, de nueva creación, con la consiguiente priorización en medios y personal en la misma, quedando las Unidades de Rehabilitación y Reinserción para aquellos que se piense que tienen poca salida y en los que no merece la pena invertir. Este hecho, seguramente, está en la base de las reformas que se han ido haciendo en el hospital, que de manera sucesiva y reiterada se han ido centrando en otras unidades, consolidando y agrandando unas diferencias muy llamativas entre las mismas, hecho que atenta gravemente a la equidad con la que se debe prestar la atención a las distintas patologías y personas.

Unidad de media estancia

Recién acondicionada y en proceso de apertura en el momento de la evaluación. Tiene las características de una unidad de hospitalización como la de cualquier otra especialidad médica y adaptada a las funciones para las que va a ser destinada. Puede ser un modelo a seguir para la reestructuración del resto del hospital.

Unidades de geriatría y gerontopsiquiatría

Ubicadas en una tercera planta y dadas las características de los pacientes que las ocupan, tienen el inconveniente de las dificultades de evacuación en caso de situación urgente. Necesitarían adaptar los baños y modificar, fundamentalmente, las bañeras que dificultan e incrementan notablemente el trabajo del personal y suponen un riesgo de caídas para las personas ingresadas.

La Unidad de Geriatría tiene las características y cumple las funciones de una Residencia de Ancianos y, seguramente, la mayor parte de las personas

**PUEDE
SER UN MODELO
A SEGUIR
PARA LA REESTRUCTURACIÓN
DEL RESTO
DEL HOSPITAL**

que están en ella, estarían mejor en unidades residenciales fuera del Hospital Psiquiátrico.

La Unidad de Gerontopsiquiatría, es una unidad de agudos y tiene una dotación de personal acorde a esta categoría. Sin embargo, dadas las características de los pacientes, mayores de 65 años, precisan mayor número

de cuidados y se debería adaptar el personal a esta peculiaridad.

Conclusiones

1. La situación que vive el Hospital Psiquiátrico de Madrid parece el resultado de un abandono de años, con pocas inversiones y, centradas en determinadas unidades, y un deterioro progresivo de las instalaciones que en algunos casos como en las Unidades de Rehabilitación y Reinserción y, sobre todo, en la Unidad de Retraso Mental tienen unas condiciones que impiden una atención mínima y vulneran la dignidad y los derechos básicos de las personas que allí están.
2. La permanencia de la Unidad de Retraso Mental en el Hospital Psiquiátrico no tiene ningún sentido dado el desarrollo de unidades específicas, para estas personas, dependientes de Servicios Sociales.
3. Las funciones de la Unidad de Geriatría, las podría desempeñar mejor una unidad residencial normalizada
4. En la Unidad de Gerontopsiquiatría se deberían adaptar los baños y ajustar personal a las características específicas de los pacientes.
5. Las Unidades de Hospitalización Breve necesitan cambios estructurales que las equiparen a cualquier unidad de hospitalización de cualquier otra especialidad médica. La Unidad de Media Estancia, recién abierta, puede ser un buen modelo.
6. Para asegurar una atención adecuada, la atención a los pacientes agudos se debería hacer siempre en las unidades específicas, debiendo contar para ello con las camas suficientes y el personal adecuado para cubrir las necesidades asistenciales de la población.

ACTIVIDADES AMSM. (SEPTIEMBRE 2001-ENERO DE 2002)

XXII Jornadas de la AMSM junto con las XVI Jornadas Nacionales de la AEN el 8 y 9 de junio de 2001 en el Hospital de la Princesa

Participación en el Congreso de Psiquiatría de la AMP en Madrid, del 30 de septiembre al 4 de Octubre, organizando varios simposios.

Coorganizadores, dentro del Grupo SMES MADRID, del Seminario Internacional "Intervenciones innovadoras en sin hogar con trastornos mentales en Europa y América" el día 2 de Octubre en el Hospital la Paz.

Participación en la organización del Día Mundial de Salud Mental el 6 de Octubre de 2001: Charlas en asociaciones de familiares y Manifestación el día 6 de Octubre.

Mesa-debate sobre transferencias sanitarias el 16 de octubre de 2001 en el salón de actos del Ministerio de Sanidad. La Junta ha elaborado un documento que se envió al consejero y que queda recogido en la Web de la asociación.

Reunión de la Comisión Prosalud Mental (AMSM, AMRP, FEMASAM, y AESM) con Francisco Ferre, para pedirle información sobre sus planes, solicitar un espacio estable de interlocución, y manifestarle nuestras opiniones sobre la LOSCAM. A propuesta suya,

le enviamos unas modificaciones de uno de los artículos de la LOSCAM en el que se trata de la atención a la salud mental. (aparecen recogidas en la Web)

Reunión el 4 de diciembre de 2001 con el nuevo Jefe del Departamento de Salud Mental de la CM, Francisco Ferre, pidiéndole información sobre sus planes futuros y presentándole la opinión de la Junta de Gobierno de la AMSM sobre posibles modificaciones de la LOSCAM. También se trataron temas relativos a la precariedad salarial de los interinos de la comunidad, desde la retirada del complemento de dedicación exclusiva; y los problemas que los socios nos han ido remitiendo sobre las competencias de los psicólogos. (Un resumen aparece en la Web).

Elaboración de un informe sobre la situación asistencial del Hospital Psiquiátrico de Madrid, que se remitió a la Dirección y Secciones Sindicales de dicho Hospital, al Consejero de Sanidad y al Jefe del Departamento de Salud Mental (Aparece completo en la Web).

Desarrollo de la segunda parte del curso de formación de formadores en "Entrenamiento en habilidades de entrevistas psicoterapéuticas", que cuenta con el respaldo de las Comisiones Nacionales de Psiquiatría y Psicología Clínica.



VI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL (A.E.N.)

6 Y 7 DE JUNIO DE 2002

Jueves, 6

Viernes, 7

Mañana

9:00 Inscripción y Documentación.

9:45 Primera mesa: **ESCENARIOS.**
La asistencia en Salud Mental en la Comunidad de Madrid. La LOSCAM como instrumento de cambio.
La Salud Mental ante los nuevos modelos de gestión.
Ventajas y problemas de la LOSCAM para la Sanidad Pública.
El papel de la AMSM ante los nuevos escenarios de acción.

12:00 Descanso. Café.

12:30 Acto inaugural.

Tarde

12:45 Conferencia inaugural: **"Literatura y creación. El enigma de la alteridad"** Jose Carlos Somoza

16:00 Segunda mesa: **CLÍNICA DE LO SOCIAL**
La apertura a nuevas culturas. La asistencia a los inmigrantes como nuevos ciudadanos. Trabajo, angustia y vínculo social.
Las consultas en un CSM de personas sin trastorno mental.
Los Trastornos de Personalidad: "Ignorados, Moda, Diagnosticados.... son lo mismo"; retos e implicaciones para atención en Salud Mental.

18:00 Descanso

18:30 Presentación de Pósters.

20:00 Asamblea General Ordinaria y Extraordinaria de la Asociación. Elección de la Junta Directiva.

22:00 Cena.

Mañana

9:00 Beca de Investigación Miguel Angel Martín de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Convocatoria de 2000, presentación del trabajo premiado:
 1ª beca: *"Hospital psiquiátrico y continuidad de cuidados de inmigrantes en la Comunidad de Madrid. Estudio Multicéntrico".*
 2ª Beca: *"Evaluación a largo plazo de la población atendida en el Hospital de Día psiquiátrico infantil".*
 Convocatoria de las Becas Miguel Angel Martín. VI Beca de Investigación de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Fallo del jurado. Premio al póster presentado seleccionado

10:30 Tercera mesa: **PROFESIONALES EN LOS TIEMPOS MODERNOS.**
Nuevas exigencias de la tutoría de residentes: hacia un modelo de calidad.
 La formación en Psiquiatría: un sistema a evaluar
"PIR: residentes sin especialidad".
La Formación de los Enfermeros Internos y Residentes.

12:30 Descanso. Café.

13:00 Conferencia de Clausura: *La influencia de la práctica en la vida personal del terapeuta.* Beatriz Rodríguez Vega.

14:00 FIN DEL CONGRESO



DESIGUALDAD RETRIBUTIVA DE LOS T.S.E. INTERINOS DEL S.R.S. DE LA C.M.

Los abajo firmantes, trabajadores de los Servicios de Salud Mental (SSM) de la Comunidad de Madrid, nos dirigimos a Vd. para informarle del malestar y creciente insatisfacción generados por la prolongada situación de desigualdad retributiva que se viene cometiendo desde hace casi tres años con los Titulados Superiores Especialistas (T.S.E.) interinos en el Servicio Regional de Salud (S.R.S.) de la Comunidad de Madrid.

Desde principios del año 1999, sin advertencia previa y sin explicación oficial posterior, no se ha vuelto a conceder el complemento salarial de exclusividad a los Titulados Superiores Especialistas que han firmado contratos de interinidad.

En Abril de 1999 se remitió a la entonces Excm. Sra. Consejera Dña. Rosa Posada una carta firmada por más de 100 profesionales de los equipos de los Servicios de Salud Mental exponiendo la situación y solicitando una entrevista. Ante la falta de respuesta, en octubre de 1999 nos dirigimos al Excmo. Sr. Consejero de Sanidad D. José Ignacio Echaniz. El Gerente del Servicio Regional de Salud D. Jorge Tapia recibió a algunos de nosotros en noviembre de 1999. En aquel encuentro se nos dijo que dicho complemento volvería a ser concedido a todos aquellos que lo solicitaran a partir de enero del año 2000. De esto va a hacer ya dos años y aquel compromiso verbal aún no ha sido cumplido.

A punto de que se realicen las transferencias, el INSALUD se está preocupando de solucionar la precariedad de empleo de los médicos interinos con la convocatoria extraordinaria de oferta pública de empleo. Aunque se rige por condiciones laborales distintas a la Comunidad de Madrid, el INSALUD paga en la actualidad a sus interinos el complemento específico con toda normalidad y éste, como complemento retributivo al puesto de trabajo, es similar en su concepto, cuantía, forma de solicitud y concesión, al complemento de dedicación exclusiva de la Comunidad de Madrid. En el mismo punto, la Comunidad de Madrid va a asumir las transferencias sanitarias pagando a sus interinos al menos 1.400.000 pesetas al año menos que al resto de los Titulados Superiores Especialistas y manteniendo –si no empeorando– la precariedad laboral en otros aspectos.

Queremos dejar constancia de que en la Comunidad de Madrid se dan las siguientes situaciones de desigualdad retributiva entre el personal laboral:

- Personal laboral temporal (excluido de la carrera profesional) que presta sus servicios a la Comunidad de Madrid desde fecha posterior al 01/01/99 y al que, por tanto, no se le permite optar a percibir el complemento de dedicación exclusiva. Este grupo de “afectados” va siendo cada vez mayor, al igual que su malestar. A pesar de la escasa retribución en comparación con otros profesionales (laborales fijos, laborales interinos que no han cambiado de contrato en la empresa desde antes de 1999) que desempeñan exactamente las mismas funciones e iguales responsabilidades, este grupo incluso se hace cargo de funciones correspondientes a la jefatura de los centros de salud mental de distrito cuando el servicio lo precisa, por citar solo un ejemplo.
- Personal laboral temporal (excluido de la carrera profesional) que presta sus servicios a la Comunidad de Madrid desde antes de 01/01/99 y continúa percibiendo el complemento de dedicación exclusiva mientras conserve su plaza. Si por mejora de empleo o finalización de contrato cambia de contrato, pierde este complemento. De esta manera se da la paradoja de que sin mediar en ocasiones un día entre un contrato y otro para la misma empresa el trabajador ve reducido su salario en aproximadamente 1.400.000 pesetas anuales.

La casuística descrita entra en contradicción con el preámbulo del Acuerdo del 20 de mayo de 1999: “La puesta en marcha de esta Carrera Profesional complementa adecuadamente el modelo jerárquico vigente, de escasa accesibilidad (Carrera Funcionarial), y sustituye para los profesionales que se acojan a la misma, a los complementos actuales de dudosa capacidad motivadora (Dedicación Exclusiva y Atención Continuada), sin olvidar el efecto óptimo adicional que habrá de tener su desarrollo progresivo sobre la calidad asistencial.”

Pues bien, lo que hasta ahora ha generado es una situación de absoluta desigualdad, injusticia y agravio

comparativo con el resto de compañeros pues a igualdad de titulación, categoría y actividad profesional, no existe equiparación retributiva. En lugar de servir de acicate, es tan sólo fuente de desinterés y franca desmotivación. Por otra parte, produce un descrédito del modelo equitativo de sanidad pública y del trabajo en equipo, al dejar de primarse la exclusividad y al retribuirse con enormes diferencias a profesionales pertenecientes a la misma administración.

El colectivo de profesionales afectados se encuentra ahora en peor situación económica que hace ya más de 10 años puesto que, entre otros motivos, la dedicación exclusiva se estableció en aquel momento para complementar un salario ya de por sí insuficiente y que desde entonces no había sido actualizado.

No es de extrañar que esta situación repercuta en el ámbito asistencial y en el funcionamiento de los servicios, aún más si el profesional no es escuchado ni atendido en sus legítimas reivindicaciones.

Dado que por el momento no se nos permite optar por la carrera profesional ni por otro complemento retributivo, continuaremos apelando a la equidad donde y a quién corresponda.

En resumen, nos dirigimos a Vd. para solicitarle, a tenor de todo lo expuesto, las gestiones que estén a su alcance para la pronta solución de esta situación que, desde nuestro punto de vista, únicamente requiere voluntad administrativa, y así evitar que estas situaciones se compliquen aún más, algo que inevitablemente ocurriría cuando el INSALUD pase a depender de la Comunidad de Madrid.

Atentamente:

32 Firmantes Interinos del S.R.S. de la CM.

P.D.

“En relación a este asunto, la AMSM se dirigió al Consejero de Sanidad de la C.M., con copia al gerente del S.R.S. y al Jefe del Departamento de Salud Mental, para reiterar su apoyo a este colectivo así como para solicitarles la realización de las gestiones oportunas para la inmediata solución de este problema y las repercusiones que conlleva”.

CON COPIA A:

- Excmo. Sr. D. Alberto Ruiz Gallardón, Consejería de Presidencia Comunidad de Madrid
- Excmo. Sr. D. José Ignacio Echániz, Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid
- Sr. D. Juan Luis Jara, Gerente del Servicio Regional de Salud
- Dr. D. Francisco Ferre Navarrete. Jefe del Departamento de Salud Mental. Servicio Regional de Salud
- Portavoces de Sanidad de los Grupos Parlamentarios Popular, Socialista e Izquierda Unida en la Asamblea de Madrid
- Comisión paritaria de vigilancia, interpretación y desarrollo del convenio
- Sindicatos (UGT, CCOO)
- Presidenta de la Asociación Madrileña de Salud Mental, Dña. Marifé Bravo
- Sr. Director de Diario Médico
- Excmo. Sr. D. Enrique Múgica Herzog, Defensor del Pueblo

Dra. D.ª M.ª Fe Bravo Ortiz

Presidenta de la Asociación Madrileña de Salud Mental (A.M.S.M.)

LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL NIÑO JESÚS

Desde abril del año pasado esta es la unidad de referencia, para ingresos de niños y adolescentes con trastornos en salud mental, de las áreas 2, 7, 8 y 10. Quisiera describir aquí el periplo que significa el ingreso de un menor en la citada unidad. Intentando seguir las directrices marcadas para un ingreso "programado" se inicia el contacto telefónico para saber la disponibilidad de camas. Este recorrido puede pasar por la consulta de psiquiatría, la planta, la sala, etc. y volver al inicio, ya que es bastante difícil localizar al psiquiatra correspondiente que pueda informar, finalmente se puede acabar hablando con el psiquiatra de guardia, a veces incluso se nos ha dicho que no hay psiquiatra de guardia. Esta gestión puede llevar de 30 a 50 minutos. No siempre se nos responde de inmediato, a veces hay que esperar a que nos llamen desde la unidad de nuevo. Una vez confirmada la posibilidad de ingreso derivamos al paciente.

En muchas ocasiones se nos ha contestado que no hay camas disponibles, suponemos que están todas ocupadas pero desconocemos el índice de ocupación o el número de ingresos que se producen. Si el ingreso se ha hecho por vía de urgencia, y no hay camas, se ha enviado al paciente a la Unidad del Gregorio Marañón sin ningún tipo de informe, desde allí se le ha vuelto a remitir al Niño Jesús y devuelto de nuevo al Gregorio Marañón.

Una vez ingresado el paciente, en ningún caso, nadie del Niño Jesús se ha puesto en contacto con nosotros para informarnos absolutamente de nada y se le ha dado el alta en la misma situación, es decir, sin notificarnos nada. Tampoco se nos ha remitido informe de alta.

Desconocemos por lo tanto el tratamiento que se ha realizado con el paciente y solo tenemos la información que nos proporciona la propia familia del menor. Desconocemos también el equipo terapéutico que esta a cargo de la Unidad. Según la información de la familia a veces se hace una entrevista al ingreso y nada más. El resto consiste en cambios de medicación. Las explicaciones dadas a la familia del paciente son bastante escasas o inexistentes, en ocasiones se les ha exigido que algún familiar este permanentemente acompañando al paciente durante su hospitalización. Si el paciente ha ingresado más de una vez ni siquiera se hace esta entrevista inicial.

Estas Navidades la unidad ha estado cerrada por obras 15 días y la alternativa que se nos daba, para el ingreso de un paciente agitado de 17 años, era la sala de pediatría.

La situación que he descrito, son circunstancias reales de pacientes concretos, me parece intolerable, antiterapéutica y no cumple ninguno de los requisitos clínicos ni de continuidad de cuidados. Me consta que esta situación se esta dando no solo con pacientes del área 10, sino también de las otras áreas a las que la unidad esta adscrita.

Otro inconveniente a añadir es la exigencia de que la indicación de ingreso la firme siempre y en todo caso un psiquiatra, aunque el caso este a cargo de un psicólogo o no haya psiquiatra en el programa infantil.

Consuelo Escudero

*Coordinadora del programa de S.M.
de niños y adolescentes
Servicio de S.M. de Getafe*

EQUIPO INFANTIL DE SALUD MENTAL DE MAJADAHONDA

*Dra. M^a Fe Bravo Ortiz
Presidenta de la Asociación Madrileña
de Salud Mental*

Estimada Dra.:

El Equipo Infantil de Salud Mental de Majadahonda ponemos en tu conocimiento las siguientes situaciones:

1. Con fecha 31 de enero de 2002 se convoca el tribunal para la provisión de una plaza de psiquiatra de media jornada en el Programa de Adultos. A dicha plaza se presenta, entre otros, la psiquiatra del Equipo Infantil, en el mismo centro, a la que se le concede la plaza de media jornada, por baremo de puntuación. Teniendo esta persona una trayectoria muy problemática y conflictiva en su quehacer diario, hecho constatable por las numerosas reclamaciones recibidas en el S.R.S. De este modo, sin previo aviso, de una manera inesperada, el Equipo Infantil deja de contar con su psiquiatra.

Desde que se creó el Programa Infantil en Salud Mental del distrito de Majadahonda, la dotación de una plaza de psiquiatra ha sido siempre de una forma intermitente, estando más de la mitad del tiempo vacante. Que en otros centros la situación sea similar o peor no es un consuelo y, desde luego, no impide que el Equipo Infantil de Majadahonda ponga en tu conocimiento este hecho lamentable, que discrimina y desvaloriza considerablemente la atención en Salud Mental a los niños y adolescentes de la CAM.

2. Con fecha 8 de enero de 2002, viene contratada (de nuevo para el Programa Infantil) una psi-

cóloga para suplir la media jornada que deja vacante una psicóloga del equipo infantil. Dicha contratación se realiza de una manera totalmente irregular, sin convocatoria de tribunal alguno, para la provisión de dicha media jornada. Dicha psicóloga llama desde el Departamento de Personal el día 4 de enero para confirmar que ha firmado el contrato, antes de que a la psicóloga que pide la media jornada, le haya sido confirmada su solicitud. Hasta mediados de enero, trabajando ya la persona nueva, el departamento de personal del S.R.S. ha estado informando, a quien se interesó por dicha media jornada, que todavía no había sido convocada. A partir del 15 de enero, la respuesta del Departamento de Personal ha sido que Ase ha cubierto con la bolsa de trabajo@. Todos sabemos que no existe tal bolsa de trabajo, lo que ha sido informado en reiteradas ocasiones por el S.R.S.

La sustitución de un psiquiatra del Distrito de Majadahonda se realiza a través de una convocatoria pública. ¿Por qué la sustitución de un psicólogo del Distrito de Majadahonda no se realiza, también, a través de una convocatoria pública?.

Es por lo que te rogamos que hagas las gestiones oportunas para aclarar esta situación.

Del mismo modo, nos gustaría que este escrito sea publicado en el próximo boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental, con las modificaciones que te parezcan oportunas, para su general conocimiento.

**Equipo de Salud Mental Infantil
de Majadahonda
23 de febrero de 2002**

EN RECUERDO DE CARMEN F. ROJERO, COMPAÑERA Y AMIGA, QUE FUE MIEMBRO DE LA AEN Y DE SU JUNTA DE GOBIERNO

Ahora cuando se evoca tu nombre,
en el espejo se adivina
tu rostro... tu huella... tu hondura.
Y se alumbran ráfagas
de pasados encuentros y trueques.
Cada uno desenvaina vestigios de ascendencia
y acaricia tu primer viento
que dejó reminiscencia.
Se pierde tanto...
en la lejanía
que apenas permanece un tenue legado en los
ojos.
Quizás un rastro eclipsado

Tal vez un entero vínculo de tiempo y vida
y... una inacabable deuda.
Ahora se busca increíble
tu hogar deshabitado, particular oasis.
Y desde la noche sombría
naufrajan tristes silencios en la memoria.
Pero ya es tarde...
sólo queda tu ausencia.

Fernando Mansilla

*En nombre de la Junta de Gobierno de la AEN
Madrid 4 de diciembre de 2001*

LA ANOREXIA MENTAL: UNA HUELGA DE HAMBRE DE ETIOLOGÍA COMPLEJA

Como todos sabeis, ha fallecido recientemente nuestra compañera Carmen Rojero, a modo de homenaje reproducimos con autorización el siguiente trabajo que publicó en 1996.

De estos últimos años, tanto los profesionales de Salud Mental como los de Atención Primaria se están viendo confrontados a una demanda cada vez más frecuente por trastornos de tipo anoréxico, que se sitúan entre síntomas o síndromes más o menos pasajeros, la "verdadera" anorexia mental, y cuadros anoréxicos que encubren una psicosis. Desde el enfoque sistémico existen estudios desde hace tres décadas que abordan este problema, típico de las sociedades en las que existe abundancia de comida, la moda de adelgazar, una tardía desvinculación de los jóvenes de sus familias, y una particular implicación del futuro anoréxico en un específico juego familiar. El deseo de los padres de hacer bajar la cabeza al anoréxico/a, buscando un profesional (más frecuentemente la institución hospitalaria) que le imponga una dieta, debe ser reservado para las situaciones de grave riesgo vital, ya que puede tener efectos mortíferos si no se tiene en cuenta las diferentes variables que, interactuando entre ellas en un momento dado de la evolución de esta/e joven y su familia, son el contexto en el que debe ser entendida y tratada la anorexia mental.

Palabras clave: anorexia mental, sistemas familiares, juegos familiares.

In these last years, both professionals of Mental Health and Primary Attendance have been involved in a more and more frequent demand for disorders related to anorexia which are placed among more or less passing symptoms or syndroms, the "true" Mental Anorexia and anorexic manifestations that cover a psychoses. From the systemic approach there have been studies in the last three decades that deal with this problem, typical in societies where there is a lot of food, a losing weight fashion, a late dissociation of young people from their families and a particular implication of the future anorexic person in an specific family play. The parent's wish of making lower his/her head looking for a professional (usually hospitals) for giving them compulsory diets, must be reserved only for situations in which there is risk of live since it can have mortal effects if the different cases are not taken into account, because these ones, interacting in a determinated moment in the evolution of person and family, are the context in which Mental Anorexia must be understood and treated.

Key words: anorexia nervosa, family systems, family plays.

Introducción

Podemos decir que existen tres grandes tipos de trastornos de la alimentación: el rechazo de los alimentos o anorexia mental, la sobrealimentación compulsiva o bulimia y el sobrepeso crónico u obesidad. Hablamos de anorexia cuando los pacientes (con más frecuencia jovencitas, aunque se encuentra en ambos sexos y en todas las edades cuadros anoréxicos con menor disminución del peso), restringen su consumo de alimentos y se mantienen por debajo del 15% del mismo, con relación a la media

según su edad y estatura. La bulimia implica ataques compulsivos de comer, combinados con vómitos y/o ayuno estricto, manteniéndose el peso normal o ligeramente por debajo de lo normal. La obesidad se da cuando el peso está por encima de la media al menos en un 20%. Entre estos tres tipos de trastornos de la alimentación se dan transiciones y puntos de contacto. Muchos anoréxicos pasan por períodos de comer compulsivamente, inducirse vómitos y administrarse lazantes: son formas bulímicas de anorexia. Por otro lado, a ciertos obesos se les puede considerar bulímicos incompetentes: no

saben inducirse vómitos, ni administrarse laxantes, y caen en un estado de resignación en cuanto a su peso.

Variables significativas a considerar para contextualizar la aparición del síntoma anoréxico

Variable individual

Parece que los rasgos de personalidad o los síntomas depresivos encontrados en estos pacientes están más relacionados con la desnutrición y la condición de ser pacientes que con características previas. Strober hizo una revisión bibliográfica en 1985¹, concluyendo que rasgos de personalidad tales como inseguridad social, excesiva dependencia y complacencia, poca espontaneidad y falta de autonomía son predisponentes para la anorexia mental, en tanto que introversión, depresión y tendencias obsesivas son complicaciones secundarias a la desnutrición y a la condición de ser paciente.

En el primer artículo basado en la óptica de los sistemas cibernéticos, Mara Selvini² hipotetiza que la anoréxica efectúa una dicotomía cartesiana entre su self (si-mismo) y su cuerpo. Concibe su self como trascendente, y no como inmanente al conjunto de relaciones con las que interactúa. Por esta razón el anoréxico no se ve como un miembro más de la familia, sino en una posición de poder sobre el conjunto. Como consecuencia de este desafío simétrico y de esta reificación de su yo, reta tanto a su propio cuerpo como a la familia. Pero, obedeciendo a la regla familiar según la cual nadie puede tomar el liderazgo en su propio nombre, la anoréxica atribuye su poder a una entidad abstracta: la enfermedad. Esta entidad abstracta es calificada como "mala" por el hecho de que les obliga a todos a sufrir.

En los casos de anorexia típica, la joven está triangulada en la disfunción parental. En unos casos es totalmente leal a su madre, que a menudo le confía el sufrimiento que le causa su marido, y a veces su familia política. Es la única que le ayuda en la casa, tiene pena por su madre aunque en realidad no la tenga en gran estima. En otros casos ha sido la hija preferida del padre, al que admira y considera muy superior a la madre, no soportando la manera en que ésta le trata. Atrapada en ambos casos en el juego disfuncional de la pareja, cuando llega a la adolescencia y descubre lo secundaria que es para su madre o para su padre (embrollo), decide ser diferente a ésta, iniciando un régimen

que la cultura y la moda le sugieren. El régimen es pues, en cualquiera de los casos, un reto o desafío dirigido a la madre³.

Normalmente la anorexia se inicia en la pubertad, en un momento de importantes cambios físicos para los que estas jóvenes no están emocionalmente preparadas. El encuentro con otros jóvenes es el mayor acicate para la individualización. Pero todos estos cambios la familia los vive como una amenaza. En el encuentro con los de su edad se halla con las variables socioculturales: elogios a las chicas esbeltas, tríticas a los kilos de más, etc. Decidirá bajar de peso a través de una dieta planificada o quemando calorías a través de la práctica deportiva, o bien una combinación de ambas. Hasta aquí no se diferenciará de las demás jóvenes. Como veremos después, serán los feed-back a esta dieta, a nivel familiar, el momento en el que se producirá la intersección de todas las variables.

Variable familiar

Según Minuchin⁴ estas familias se caracterizan por su aglutinación (los miembros de la familia están superinvolucrados recíprocamente), por su hiperprotección (alto grado de solicitud e interés recíproco), por su rigidez (este aspecto es el que más identifica a los sistemas patológicos: familias que se presentan como armoniosas, negando cualquier problema más allá de la enfermedad del paciente identificado, especialmente resistentes al cambio) y por evitar los conflictos (ocultan los desacuerdos con un umbral bajo de tolerancia a los conflictos).

Stierlin⁵, con una perspectiva transgeneracional, desarrolla un constructo o tipo ideal de familia anoréxica: existen lazos particularmente fuertes y específicos a través de varias generaciones, con un código ético de conducta interiorizado por todos los miembros de la familia en la dirección del autosacrificio, la cohesión familiar, el bienestar de la familia como un todo, con negación de la gratificación de las necesidades y deseos personales, y control de los impulsos. Los miembros de estas familias suelen ser muy trabajadores, ambiciosos, y ciudadanos sumamente respetados a lo largo de varias generaciones. También destaca su sentido de la justicia: ningún hijo puede ser favorito o predilecto, hay que tratar a todos por igual, etc. Pero como esto es imposible, las preferencias, diferencias e injusticias deben ser negadas. En síntesis, la ideología oficial y las conductas no coinciden. No existen fronteras

entre los individuos y entre las generaciones, practicándose la regla de puertas abiertas. Sin embargo, las fronteras con el exterior son fuertes y rígidas, restringiéndose la autonomía personal, y considerando el mundo exterior como amenazante. Existe ausencia de jerarquía y de liderazgo, las luchas por el poder y por el control se desarrollan subterráneamente: quién es el más abnegado, el más disponible, el que más controla, etc. En cuanto al matrimonio de los padres, suele ser de conveniencia, en el sentido de que el interés mutuo, la armonía y la comprensión son más importantes que el amor. El sexo suele ser considerado poco importante. Como se priorizan las relaciones verticales sobre las horizontales, es más importante ser un buen padre que un buen amante para el cónyuge. Los matrimonios suelen ser sólidos y duraderos a pesar de las tensiones que se mueven bajo la superficie. Las futuras anoréxicas suelen estar particularmente unidas a sus padres, estando la madre especialmente preocupada por esta hija, con sentimientos ambivalentes. Su lema suele ser: "yo te doy muestras de amor dándote cosas buenas para comer, y tú me das muestras de amor comiendo bien". A menudo tienen otra hermana con la que existe poca diferencia de edad, y con la que tienen una fuerte rivalidad oculta, patrón que puede repetirse en la generación anterior.

Mara Selvini, en otro de sus artículos clásicos⁶, define las características que estos sistemas familiares comparten con las familias que tienen miembros esquizofrénicos, y las que le diferencian. Los rasgos comunes serían:

- 1) Nadie está dispuesto a asumir el liderazgo en su propio nombre.
- 2) Nadie asume la responsabilidad de lo que va mal.
- 3) No pueden producirse alianzas declaradas: el anoréxico aparece aislado de sus hermanos. Los padres, en conflicto abierto u oculto, sólo están estrechamente unidos en su oposición a una efectiva autonomización del paciente.
- 4) Existencia de coaliciones transgeneracionales negadas.

Las características de comunicación específicas de las familias de anoréxicos serían las siguientes.

Los miembros de la familia califican de manera congruente todos los niveles de su propio mensaje, mientras que, de manera congruente, rechazan también el mensaje de los otros. Este rechazo, aparentemente dirigido al contenido de la comunica-

ción, en realidad va dirigido a la definición que el otro da de la relación. En estas familias los padres definen la relación con los hijos, como complementaria rígida, es decir, basada en la diferencia de manera incuestionable e independiente de los cambios de edad. La anoréxica rechaza rígidamente esta definición. Asistimos a tentativas exasperadas y estériles de cambiar la relación con los padres. Los padres no quieren renunciar al papel de quien alimenta, aprovisiona, reglamenta, guía y protege, ignorando el curso circular de las relaciones humanas, según el cual no puede haber alimentador sin que acepte ser alimentado, y se han instalado en esta posición para siempre.

Con el objetivo de integrar la variable individual con la familiar, la Escuela de Milán no recurre de nuevo al psicoanálisis, que para el tratamiento de estos casos habían ya abandonado a principios de los años setenta⁷, sino a los conceptos de "juego" y de "estrategia del actor". "Detrás de los humores y las reacciones afectivas que dirigen el comportamiento cotidiano, es posible descubrir regularidades que tienen sentido en relación con una estrategia. Ésta no es otra cosa que el fundamento inferido posteriori de las regularidades del comportamiento observadas empíricamente"⁸. Las estrategias de los individuos dentro de un juego (el sistema familiar estaría estructurado en torno a distintos juegos relacionales) no estarían determinadas por las reglas relacionales que dirigen éste, sino que le serían contingentes. La estrategia del ayuno o de la huelga de hambre sería una de las estrategias, sin duda extrema, que encajan o que se adecúan a este tipo de familias. De la misma manera que lo son otras estrategias de comportamiento típicas de la infancia y de la adolescencia, y que utilizan el cuerpo como vehículo comunicacional: cerrar el ano (recordemos el caso de Aida, con una importante retención fecal⁹, defecar en, u orinar en (encopresis y eneuresis), etc.

Desde esta perspectiva de los juegos relacionales familiares que evolucionan en el tiempo, el proceso anoréxico en la familia tendría también una historia, a la que podríamos poner, sin duda arbitrariamente, un inicio y un final. Selvini et al¹⁰ describen un proceso en seis estadios que se inicia con una particular disfunción parental denominada "impas de la pareja". No se trata de un conflicto conyugal sino un juego sutil de provocaciones mutuas. Lo más frecuente es un marido silencioso y encajador, frente a una mujer intrusiva y dominante. Las reivindi-

caciones de la mujer no se hacen en nombre propio, sino apelando a los deberes de "buen padre". En este juego de la pareja están casi siempre involucrados miembros de la familia de origen.

En una segunda etapa, la hija futura anoréxica se implicará precozmente en el juego de los padres: en unos casos del lado de la madre que la utiliza como confidente, y en otros casos del lado del padre, quien la considera parecida a él y es abiertamente su preferida. En ambos casos la niña no admira ni estima demasiado a su madre, tampoco actúa en contra de ninguno de los padres.

Con la llegada de la adolescencia percibe que la preferencia de su madre está dirigida a otro hermano, y se vuelve del lado del padre o, como decía antes, ya estaba del lado de él. Lo encuentra solo y abandonado, le gustaría que se enfrentara con la madre, pero no lo hace. El padre instiga, haciéndole comprender que su mujer es insostenible, frustrante en sus relaciones íntimas, y que si la tolera es solamente para que haya paz en familia.

En la cuarta etapa y en este contexto de malestar relacional, a veces para diferenciarse de la madre y en otros casos para desafiarla, inicia una dieta de adelgazamiento. Parece ser que cuando se trata de un desafío la menorrea es más precoz. La madre no soporta esta decisión, de manera intrusiva quiere seguir controlando lo que come; la actitud cobarde del padre, que no la apoya, provoca el paso de una simple dieta a una huelga de hambre no declarada, dirigida contra ambos padres. Es la retroacción de los padres a su dieta la que informa a la chica del gran poder que acaba de adquirir sobre ellos gracias a este comportamiento, y lo que la lleva a poner en marcha la estrategia de la huelga de hambre.

En la quinta etapa, sintiéndose traicionada por el padre, lleva su régimen a extremos peligrosos para humillar a su madre, y para mostrar al cobarde de su padre lo que ella es capaz de hacer. Cuando llegan a nuestras consultas, se encuentran en ocasiones y por desgracia, en la sexta etapa, la de las estrategias basadas en síntomas: cada miembro de la familia ha realizado una adaptación a esta nueva situación, los padres unidos en contra de la hija, buscando profesionales que la hagan bajar la cabeza y la obliguen a ingerir comida por el método que sea. Esta escalada puede llevar a la muerte de la paciente, bien por el propio régimen, o a veces por un suicidio activo.

Variable socio-cultural

Todos los profesionales somos testigos de la importancia de esta variable. Hace veinte años, o mejor todavía, en la época del hambre en la postguerra civil, estos casos no se producían. Los factores que encontramos dentro de esta variable serían específicos de la cultura de las sociedades occidentales desarrolladas:

- Hay abundancia de alimentos, las neveras están llenas, llegan de todas las partes del mundo, son expuestos de manera que nos resulten extraordinariamente atractivos.
- La moda de la delgadez nos invade a través de los medios de comunicación y de las relaciones sociales. Se desarrolla la industria de los alimentos que no engordan y que los ciudadanos pagan a precio de oro. El ejercicio físico no es una práctica saludable sino un método más para perder kilos.
- El bienestar de los hijos es lo más importante para los padres, ellos no existen o están en un segundo plano.
- La dependencia de los hijos en relación con los padres se alarga muchísimo en el ciclo vital.

Intersección de variables

En sociedades como las descritas, en familias con estructuras y juegos como los definidos, al inicio de la pubertad de la hija específicamente triangulada en el particular juego disfuncional parental, ésta puede iniciar una dieta de adelgazamiento a través de la cual descubre un punto vulnerable de los padres en su lucha por el control de la relación, transformando el régimen en una huelga de hambre no declarada.

Tratamiento

El tratamiento de la anorexia mental debe realizarse en los Servicios de Salud Mental, y por psicoterapeutas expertos, que dispongan de técnicas terapéuticas que hayan integrado esta visión compleja del problema. La terapia familiar está especialmente indicada en los casos típicos de anorexia mental, y debe instaurarse antes de que el cuadro se haya cronificado. La psicoterapia individual está indicada en los casos crónicos, cuando la familia no está disponible o ésta ha desaparecido. Las hospitalizaciones serán necesarias en los casos de riesgo vital, pero deberán ser breves y destinadas a una mínima recuperación de peso. Nunca deberán transformarse en una lucha encarnizada con la

joven o con el joven para conseguir que engorde, en una coalición del equipo con los padres para hacerles bajar la cabeza. Tanto la psicoterapia individual como la familiar deberán realizarse en coordinación con el médico de familia o equipo de Atención Primaria, que deberá negociar con la paciente una dieta que le permita una recuperación progresiva de peso y que realice los controles analíticos oportunos.

Ilustración clínica

La demanda fue realizada a nuestros Servicios por ambos padres. En la entrevista de primer contacto para la apertura de la historia clínica, realizada por una enfermera del Programa infantojuvenil, aparecen las siguientes informaciones.

Vienen derivados por una psicóloga que conoce nuestra manera de trabajar, y que colabora con una entidad sanitaria específica para los funcionales. Vienen también asesorados por la única hermana de la madre, funcionaria de una de las administraciones que integran nuestros Servicios de Salud Mental (Comunidad de Madrid, Insalud, Ayuntamiento de Madrid). Durante cinco meses habían seguido tratamiento con un psiquiatra privado, sin resultados.

La paciente. Es su hija mayor, *Eloisa*, de 15 años, quien ocho meses antes de la demanda inicia un régimen de adelgazamiento con una pérdida de 12 kilos en dos meses, en una estatura de 1,56 m y amenorrea. En el momento de la demanda está estabilizada en 38 kg, con un régimen que ella misma se fabrica.

La familia nuclear. Está compuesta por ambos padres y tres hijas. El abuelo materno vive muy cerca, viene todos los días a hacer la comida para sus nietas (la madre trabaja hasta las 17 h) y durante los fines de semana la hace para toda la familia.

El padre. *Antonio* es funcionario, trabaja por las mañanas en una administración pública y por las tardes en una empresa privada, llegando por la noche a casa.

La madre. *Paquita* es también funcionaria, llega a casa después de la salida de las chicas de la escuela. Siempre trabajó. Tuvo una depresión después de la muerte de su madre. Inició un tratamiento psicoterapéutico que abandonó dos meses después. Obesidad.

La fratría. Está compuesta por tres hermanas. *Eloisa* es la mayor, tiene quince años y estudia 2º de

BUP. Es muy buena estudiante, saca sobresalientes y se exige mucho a sí misma, "la influye negativamente", según la opinión de los padres. *Alicia* tiene doce años, estudia 7º de EGB, es menos brillante que la hermana en los estudios y no presenta ningún problema. *Paquita*, cinco años, estudia 2º de preescolar.

Familia de origen de la madre. La abuela murió repentinamente de un infarto de miocardio hace más de cuatro años. Tenía una relación más cercana con su hija *Lourdes*, única hermana de la madre. Trabajaba como ejecutivo en una empresa.

El abuelo tiene 73 años. Desde que se jubiló hace ocho años se ocupa de las nietas, las trae y las lleva al colegio, les prepara la comida y come con ellas. Es el rey indiscutible de la cocina.

La única hermana, *Lourdes*, tiene 31 años. Desde el mes de agosto (fecha en la que se inician los síntomas anoréxicos de *Eloisa*), convive con un hombre separado y con la hija de éste de ocho años de edad.

Familia de origen del padre. El abuelo murió hace siete años. Tuvo cinco hijos de un primer matrimonio. De su segundo matrimonio nació *Antonio* como hijo único. Ni el matrimonio del padre, ni el nacimiento de *Antonio* fueron bien aceptados por los hermanos.

La abuela tiene 75 años y está en una residencia de ancianos desde hace tres. *Antonio* la visita tres o cuatro veces por semana. Existen conflictos entre ella y *Paquita*, que nunca la invita a casa, ni tampoco la visita.

Antonio no tiene ninguna relación con sus hermanastros y sus familias. El mayor le lleva veinte años y el pequeño trece.

El motivo de consulta son los problemas alimentarios de *Eloisa*. Además está apática e irritable. Los conflictos en torno a la comida son con el abuelo, que pretende que coman lo que él prepara, mientras que *Eloisa* prefiere hacerse su comida. No se provoca vómitos. El inicio del régimen fue durante las vacaciones de verano. La familia nuclear y la familia de origen de la madre estaban conviviendo juntas en el mismo apartamento. Como se encuentra demasiado gorda, le hace a la madre comprarle un bañador negro, después no va ni un solo día a la playa.

Fase de evaluación diagnóstica

A la primera entrevista convocamos a la familia nuclear y al abuelo materno. Al iniciar la entrevista les comunico que tendremos tres entrevistas evaluadoras, al final de las cuales les diré mi diagnóstico,

cómo veo el problema (por supuesto desde una perspectiva relacional, contextual), si hay una indicación de tratamiento y de qué tipo. Sobre la marcha les diré quién tiene que acudir a las entrevistas. Esto implica que, desde el inicio, trabajo con un contrato que incluye un número de entrevistas y unos objetivos. En esta fase la enfermera estuvo presente en las sesiones.

Convocamos al abuelo materno porque hipotetizamos que era un personaje clave en la familia, "incrustado" en la cocina, con una posible coalición con su hija, mientras que existía una ruptura con la abuela paterna por parte de Paquita, aunque tampoco las nietas la visitaban. Esta situación suponía un serio desequilibrio en las relaciones con ambas familias de origen, estando el padre aislado de sus raíces, con un desequilibrio del poder dentro de la pareja.

En la primera entrevista hicimos una exploración de las relaciones en familia de origen de la madre, dando una especial relevancia al abuelo al que íbamos a despedir al finalizar la misma, dejando bien claro, analógicamente, quién era para nosotras "la familia".

Obtuvimos las siguientes informaciones significativas. La muerte de la abuela materna supuso una gran crisis familiar. Así como Paquita siempre tuvo una buena relación con su padre ("no come otra comida que no sea la mía", dice éste con gran orgullo) su hermana siempre ha tenido muchos conflictos con él, siendo sin embargo la preferida de la madre. A la muerte de ésta, y dada la mala relación existente entre Lourdes y su padre, ésta se instala en la casa de la familia nuclear hasta que inicia la convivencia con su actual compañero, permaneciendo el abuelo solo en su casa por las noches. Como consecuencia de esta crisis se inicia un conflicto conyugal entre los padres de la paciente, y la madre se deprime. Este conflicto, agravado posteriormente por la decisión de internar a la abuela paterna en una residencia, bajo la presión de Paquita sobre Antonio, ("necesitábamos vender el piso donde ella vivía por problemas económicos", dice Paquita) se cierra aparentemente, pero emerge enseguida el malestar del padre, quien entre las posibles explicaciones para entender la aparición del síntoma de Eloisa incluye las malas relaciones entre él y su esposa.

Eloisa no ve la relación existente entre los problemas familiares y los suyos, pero admite estar muy preocupada por los problemas entre sus padres.

Muy aislada dentro de la fratría, no habla nunca con Alicia y la pequeña prefiere jugar con ésta. La madre habla de Alicia de una manera muy positiva: es muy sociable, no tiene problemas con nadie, es abierta y comunicativa, como ella. Eloisa se parece más al padre, se callan lo que piensan aunque no estén de acuerdo.

Antes de despedir al abuelo verificamos la existencia de otros intereses personales que no le dejen al descubierto (existiría en ese caso un riesgo de depresión para el anciano) si es desalojado de la cocina de su hija. Es un hombre de recursos, pero nos queda claro que no abandonará fácilmente el campo.

En las *dos entrevistas siguientes* recogemos la historia de la pareja. Paquita nunca entendió muy bien cómo un hombre tan "machista" como su marido la eligió siendo ella independiente, de mucho carácter, y nunca dispuesta a abandonar su trabajo por la maternidad o las tareas domésticas. Su madre le aceptó muy bien existiendo mejor relación entre Antonio y su suegra que entre Paquita y su madre. Esto no extraña a la terapeuta ya que se trata de un hombre callado pero inteligente, fino en sus apreciaciones y seductor. Nunca se comprometió en una acusación hacia su mujer, pero lo sugiere indirectamente. Aparece más claramente su malestar cuando explica cómo tuvo que sacar a su madre de su piso y meterla en una residencia para tener la paz con su esposa y añade: "esto no lo hubieras hecho tú con tu propia madre". Desde hace un año las relaciones de pareja han mejorado, evidentemente porque él ha cedido frente a los argumentos de su mujer. Esto no lo dice claramente pero lo sugiere, no aclarando cómo ésta le convenció. Eloisa participa activamente en estas interacciones y da informaciones sobre el conflicto entre sus padres en torno a la decisión sobre la abuela paterna. Se muestra muy cuidadosa en no tomar partido abiertamente por ninguno de los dos. Su confrontación más clara es con el abuelo, al que el padre critica sutilmente.

El abuelo se instaló en la casa después de su jubilación, tres o cuatro años antes de que muriera la abuela. Antonio, en esa época no estaba casi nunca en Madrid, viajaba todo el tiempo. Paquita necesitaba ayuda con las niñas y su coalición con el abuelo facilitó este tipo de solución. Por otra parte, entre ambos abuelos maternos existía una situación de grave divorcio emocional: llevaban años sin dirigirse la palabra, y solamente después de que su esposa

muriera repentinamente, el abuelo puedo escribirle un poema con todo lo que le hubiera gustado decirle antes de morir. Es habitual que en estas situaciones de divorcio emocional los hijos se coaliguen de manera oculta con uno de los padres, coalición que siempre será negada. Y este mismo modelo relacional lo encontramos en la generación siguiente.

Al final de la tercera visita, en el test de motivaciones, todos se muestran de acuerdo en continuar la terapia. Consideramos que en su caso está indicada una terapia familiar, y proponemos el realizar un máximo de siete entrevistas más. Concluimos la fase diagnóstica con el comentario siguiente:

"Nuestra conclusión va dirigida a ti, Eloisa. Frente a todos estos conflictos familiares, pero sobre todo en cuanto al conflicto entre tus padres, tú hiciste la lectura de que era tu padre el más perjudicado, él no tenía padre y tuvo que enfrentarse con la abuela para llevarla a una residencia bajo la presión de tu madre. Ésta, sin embargo, podía contar con el abuelo para ayudarla en las tareas domésticas, en la cocina, con vosotras... podía contar con su hermana que es su confidente, etc. Tú pensaste que tenías que apoyar a tu padre, con hechos, sin palabras, porque él estaba mal situado. Cuando tus padres se reconciliaron (ellos nos dijeron que las últimas vacaciones eran las primeras que habían estado bien juntos), tú te diste cuenta que tu padre te había olvidado, que para él tu madre era lo más importante. Le viste un poco cobarde y decidiste hacer una huelga de hambre para demostrar cómo se puede hacer bajar la cabeza a tu madre y al abuelo, y cómo tu padre es incapaz de hacerlo".

Eloisa dice no estar de acuerdo con la conclusión, ella está contenta con la reconciliación entre sus padres, no ha tomado partido... Mi recomendación es que se plantee que, a su edad, existen cosas más interesantes en la vida que estar pendiente de lo que ocurre entre papá y mamá.

Para la *cuarta entrevista* convoqué solamente a los padres. Éstos abandonan la sala un poco perplejos, y Eloisa claramente enfadada conmigo. En la siguiente entrevista los padres me informan como novedad de que Eloisa se ha acercado a la madre, haciéndole algunas confidencias e incluso tratándola de convencer de que la Doctora no tenía razón. En algunas ocasiones también se ha permitido criticar al padre.

Nuestra hipótesis terapéutica es que este tipo de comentario, basado en informaciones contrastadas, así como la despedida de los hijos, y concretamen-

te de la paciente identificada, producirá no sólo el desvelamiento del juego disfuncional familiar, sino que también creará serias dificultades para el mantenimiento del mismo.

El resto del tratamiento lo realicé solamente con los padres, con una técnica denominada "Nuevo método" o "Prescripciones invariables"¹¹. Basado en el secreto de las entrevistas para todos los miembros de las familias, nuclear y de origen, y para todas las relaciones significativas de los padres, así como en la prescripción de salidas de los padres, también secretas y progresivas, permite no sólo el esclarecimiento progresivo del juego familiar y conyugal, sino la introducción de cambios efectivos y concretos en las relaciones que, en los hechos, modifican la estructura familiar.

Como sería muy difícil presentar detalladamente todo el tratamiento realizado con esta familia a través de esta técnica basada en la colaboración con los padres, voy a presentar algunos de los aspectos más significativos del mismo.

A lo largo de las entrevistas pudimos reconstruir el contexto previo a la gran crisis de la pareja. La madre trabajaba todo el día asumiendo también todas las tareas domésticas, así como el cuidado y atención de las niñas. El nacimiento de la pequeña agravó aún más esta situación. El padre, por las características particulares de su profesión, viajaba continuamente, pasando días e incluso semanas fuera de casa. Su relación de pareja era tan distante, se veían tan poco, que ni siquiera podían surgir los conflictos. Si entre los abuelos existía un divorcio emocional, entre ellos existía una separación casi continua. Fue en este contexto en el que el abuelo se instaló en la cocina y asumió el cuidado de sus nietas, reforzando así la coalición con su hija. Por otro lado, el buen entendimiento entre Antonio y su suegra, así como su función de amortiguadora de los conflictos (incluso al precio de no dirigirse la palabra con su marido), hace que el conflicto conyugal no estalle hasta su muerte. La depresión de Paquita después de su fallecimiento puede explicarse por el duelo normal, por el conflicto conyugal que emerge, y por la culpa derivada de la coalición existente entre ella y su padre.

Otra información significativa es que, después de esta pérdida, Paquita plantea a su marido la necesidad de hacer una reforma en la casa, reforma que éste nunca vio como necesaria, y que en base a esta necesidad le fuerza a enfrentarse con su propia madre para vender la casa en la que ella

vivía. Atrae aún más nuestra atención el hecho de que Antonio, no estando de acuerdo con ella, acceda a sus pretensiones para disminuir la tensión o evitar el conflicto. La terapeuta hace la experiencia durante el tratamiento (experiencia similar a la que hizo Eloisa), de lo difícil que es no acudir en ayuda de este padre para detener la actitud provocadora de su esposa. Pero es aún más irritante el constatar cómo, a pesar de la actitud de sutil desprecio hacia ella, él no salta jamás para llevarle la contraria o pararle los pies. Paquita me explica que cuando hablan o discuten se trata en general de un monólogo de ella al que él responde, sólo a veces, con monosílabos.

En la *quinta entrevista* aparecen los primeros movimientos de los padres en relación al abuelo. Éste, en una época difícil les ha sido de gran utilidad pero ahora empiezan a darse cuenta de que está excesivamente "obsesionado" con las tareas domésticas, sometiéndoles a todos a un fuerte control. Esta "obsesión" coincide con la delcaración del "secreto de las entrevistas igual para todos" que, en los hechos, rompe por primera vez la coalición existente entre él y su hija. La pareja se siente molesta por su intrusión, pero están de acuerdo en no desalojarle de la cocina hasta que él mismo lo decida.

Un aspecto nuevo que aparece en estas sesiones es que el padre no solamente está aislado en las relaciones con su propia familia, sino que además no tiene ni amigos, ni relaciones sociales. Paquita, tiene un gran éxito social y dispone de "amigos y amiguetes", según la expresión descalificadora de su marido. Las raras veces que salen con otras parejas se trata de amigos de ella.

La ruptura del padre con sus hermanastros tiene una historia que se inicia antes de que él naciera. Éstos nunca aceptaron el segundo matrimonio del abuelo, que por estas u otras razones decidió enviarles a un internado. Al nacer Antonio vive él solo con sus padres, creándose una situación de privilegio que probablemente sus hermanastros nunca le perdonaron. La ruptura total se produce en torno al reparto de la herencia a la muerte del abuelo. A pesar de que a Antonio y su madre les queda una parte mayor que los hermanos, Antonio decide repartírselo a todos por igual. Pero, lo que los hermanos no le perdonaron fue el haber recibido este privilegio del padre.

En cuando a la implicación de Eloisa en la disfunción coyugal, el padre admite que entre ellos dos existe, por tener un carácter similar, una corriente

de entendimiento y simpatía que no pasa por las palabras. Más abiertamente la madre muestra sus simpatías por Alicia a la que llama "rémora", por la capacidad que tiene de aprovecharse y de bien utilizar los esfuerzos de los demás.

A medida que el tratamiento progresa y que los padres realizan correctamente las prescripciones de las salidas secretas, la relación de Eloisa con sus hermanas cambia, creándose una alianza entre ellas, asumiendo Eloisa su papel de hermana mayor, organizándose entre ellas para hacer las cenas (por la noche el abuelo no viene), etc. El abuelo se muestra molesto, critica a los padres por sus frecuentes salidas, trata de culpabilizarles por "dejar solas a las niñas", etc. En cuanto a Eloisa, sale más con sus amigas y se ha comprometido en la organización de actividades para recaudar fondos para el viaje de fin de curso. Ha recuperado peso, 42 kg, y sigue sólo a veces el régimen acordado con el médico de la familia, haciendo transgresiones hipercalóricas.

En la *sexta entrevista* Paquita expone el conflicto que ha tenido con el abuelo. Trató de pararle en sus controles en torno a la comida, y él reaccionó diciéndole lo siguiente: que últimamente no le deja hablar de la comida; que la verdadera culpable de lo que le pasa a Eloisa es ella porque está completamente loca; que seguro que la Dra. Rojero les ha dicho que le hagan la vida imposible; que las niñas ya no le tratan como antes; y que Antonio se atreve a contestarle, cosa que nunca hizo en épocas pasadas.

Mi experiencia clínica me ha enseñado que, en familias gravemente disfuncionales, la ruptura por parte del hijo de la coalición con uno de los padres puede desencadenar una fuerte reacción en su contra por parte de éste. El intento de culpabilización por el abandono es de las más frecuentes, pero a veces he podido observar reacciones más perniciosas destinadas a hacerle perder la seguridad en sí mismo, hacerle dudar de sus percepciones, e incluso, como también ocurre con el padre de Paquita, declararle loco; "si tú me haces esto a mí, es que algo raro te está pasando...". En el caso de la madre, la reacción del abuelo nos permite profundizar en algunos aspectos de los comportamientos de éste, situados entre la ilegalidad y la patología: enviar anónimos, hacerse pasar por otra persona... cuando trata de conseguir a cualquier precio alguno de sus objetivos. Es evidente que percibe correctamente que algunos cambios tienen que ver con la

terapia, pero tampoco puede verificarlo. El cambio relacional más importantes es que esta confrontación la haga Paquita con su propio padre, en lugar de hacerla Eloisa, instigada por el padre o a través de la huelga de hambre.

En las *últimas entrevistas* las relaciones familiares se han modificado ostensiblemente, existe una fuerte alianza entre los padres, reforzada continuamente por las salidas secretas, existe también una alianza entre las hermanas que aprovechan las ausencias de los padres, no sólo para organizarse entre ellas, sino también para invitar amigas a su casa. Eloisa ha ampliado su red de amigos, ha pasado un mes en el extranjero y muestra signos claros de sentirse más atraída por las actividades y relaciones extrafamiliares. Tiene un peso casi normal para su edad y estatura y suele olvidarse del régimen, está preocupada porque aún no ha recuperado sus reglas. El abuelo ya no va todos los días a hacer las comidas y parece haberse decidido a organizar sus propios asuntos.

En la *entrevista de evaluación catamnésica* realizada con los padres ocho meses después de finalizado el tratamiento, Eloisa había abandonado completamente el régimen, había recuperado un peso normal, tenía sus reglas desde hacía ocho meses (desde pocos días después de la última entrevista con ellos) y estaba en primer curso de la Universidad, después de haber escogido la carrera que le gustaba. Pensaban que los estudios seguían siendo importantes para ella, pero ahora prefería salir

con amigos y pasarlo bien. Acaba de cumplir 18 años. El abuelo había dejado la cocina haciendo la comida solamente una vez por semana. Eloisa comía durante la semana en la facultad. La relación entre los padres había mejorado y ambos se habían permitido el poner en marcha viejos proyectos de estudios destinados a mejorar su posición en el trabajo. Los amigos con los que se relacionaban eran padres del mismo colegio al que iban las dos pequeñas, y los habían conocido a través de su trabajo en la asociación de padres de alumnos.

Para terminar mi exposición, quiero hacer de nuevo hincapié en la importancia de la intersección de las variables al principio definidas para entender el desencadenamiento de la anorexia, y específicamente en la reacción de los padres (en el caso relatado, también el abuelo) frente al régimen de adelgazamiento iniciado por la adolescente. En otra familia con un juego relacional muy similar al descrito con la que estoy siguiendo el mismo método terapéutico, los padres reaccionaron frente a la dieta de adelgazamiento poniéndose ellos mismos y la hija a régimen vegetariano. El resultado de esta estrategia no fue el desencadenamiento de una anorexia, sino la aparición de otro tipo de síntomas. Este es un nuevo reto para seguir investigando. Quizás algún día encontremos la respuesta.

C. Fernández Rojero

Jefe de los Servicios de Salud Mental de Carabanchel. Madrid

Bibliografía

1. Strober, M. Personality factors in anorexia nervosa. *Pediatrician*. 1985; 12:134-8.

2. Selvini Palazzoli. M. Cibernétique de la Anorexie Mentale. *Revue de Médecine Psychosomatique* 1973; 5:33-41.

3. Selvini Palazzoli M. Viaro M. The Anorectic Process in the Family: A Six-Stage Model as a Guide for Individual Therapy. *Family Process* 1988; 27 (2): 129-48

4. Minuchin S. Rosman BL. Baker L. Psychosomatic families: Anorexia Nervosa in Context. Cambridge: Mass, Harvard University Press. 1978.

5. Stierlin H. Weben G. ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? Barcelona. Gedisa editorial, 1990.

6. Selvini Palazzoli M. La familia de la anoréxica y la familia del esquizofrénico: un estudio tran-

saccional. Comunicación en el 4º Congreso Internacional del Instituto del Matrimonio y de la Familia. Zurich. 1975.

7. Selvini M. Crónica de una investigación. Barcelona. Paidós, 1990.

8. Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. París: Ed. Du Seuil. 1977.

9. Fernández Rojero C. Hacia un diagnóstico sistémico. *Medifam* 1994; 4 (5): 243-7.

10. Selvini Palazzoli M, Cirillo S. Selvini M, Sorrentino A. Los juegos psicóticos en la familia. Barcelona: Paidós, 1990.

11. Selvini Palazzoli M. Prata G. A New Method for Therapy and Research in the Treatment of Schizophrenic Families. En: Stierlin H, Wynne LC, Wirsching M, eds. *Psychosocial Intervention in Schizophrenia. An International View*. Berlin: Springer. 1983

BECA MIGUEL ÁNGEL MARTÍN. V BECA DE INVESTIGACIÓN ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

Bases

1. Temas: Los proyectos de investigación serán de **libre elección** en contenidos y metodología científica, pero siempre referidos al campo **Asistencial-Público** de **Salud Mental** en el ámbito territorial de la **Comunidad de Madrid**.

2. Aspirantes: Podrá optar **cualquier profesional de la salud mental** que trabaje en el ámbito territorial de la **Comunidad de Madrid**.

- Los proyectos tendrán un **Coordinador** de referencia.
- Al menos **1/3** de los firmantes de cada proyecto serán **Especialistas en Formación** (M.I.R. / P.I.R.)

3. Jurado:

- **Composición:** el Jurado, que será **designado por la Junta de Gobierno de la A.M.S.M.**, estará compuesto por **tres** profesionales de la salud mental con relevancia contrastada y que **no ejerzan su actividad en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid**.
- Un **miembro de la Junta de Gobierno de la A.M.S.M.**, designado por ésta, asumirá como **Coordinador Técnico** los aspectos organizativos y de apoyo administrativo al Jurado; **ejerciendo** así mismo **como Secretario sin derecho a voto**.

4. Beca:

- **Número y cuantía:** se convoca **una beca de 3.000 euros**, destinada a financiar/premiar el desarrollo de un proyecto de investigación.
- **Forma y condiciones de cobro:** el pago se **fraccionará**, ligado al **desarrollo real del proyecto** becado, ejerciéndose por el Jurado el **seguimiento** de dicho desarrollo. Caso de que no se realice, parcial o totalmen-

te, la investigación becada, no se efectuará el pago correspondiente. Se establecen en tal sentido **tres fracciones** de percepción de la beca en los siguientes momentos y cuantías:

1º) **Al fallo** del Jurado: **600 euros**.

2º) En un momento **intermedio**, fijado por el Jurado según los contenidos del proyecto: **1.200 euros**.

3º) **Al finalizar** el desarrollo y entrega del Proyecto de Investigación: **1.200 euros**.

5. Plazos:

1º) **Admisión** de los Proyectos Investigación: hasta el **6 de Mayo de 2002**.

2º) **Fallo del Jurado:** en acto público a desarrollar durante el VI Congreso de la A.M.S.M. (6 y 7 de Junio de 2002).

3º) **Finalización y entrega** de los trabajos de investigación: **Junio de 2003**; presentándose en las XIII Jornadas Anuales de la A.M.S.M.

6. Otros requisitos y condiciones:

- Los proyectos se enviarán por **cuadruplicado** y soporte informático a la sede de la A.M.S.M.: C/ Villanueva 11, bajo el siguiente epígrafe que se hará constar en el sobre: **"Beca de Investigación A.M.S.M."**
- A la finalización del trabajo, los autores se comprometen a entregarlo por escrito y en soporte informático, para su posible publicación.
- Los trabajos de investigación quedarán como material científico de la A.M.S.M. En el uso que la A.M.S.M. pudiere hacer de ellos siempre se referenciará a los autores y su condición de becados. A su vez, los autores también referenciarán dicha condición en el uso particular que hagan de los trabajos.
- Si fuere de interés para los autores, se propiciará la publicación de los trabajos en la **"Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría"**.

REVISTA CLÍNICA Y PENSAMIENTO

“Se lo agradezco pero considero superfluo que se me lleve del brazo. El mundo tiene miles de años y abunda en perspectivas inesperadas”. Así responde Robert Walser a Walter Rathenau cuando le propone un empleo de favor a fin de que pudiera ser un artista independiente. Esa fina sensibilidad de R. Walser, atento al silencioso movimiento del cuerpo en el mundo y, a pesar de la rutina, siempre sorprendente, es para nosotros una enseñanza. El mundo y el hombre tienen miles de años y abundan en perspectivas inesperadas. De la coerción a pensar, de la que también nos hablaba otro insigne esquizofrénico, Schreber, no podemos descansar en los brazos de la identidad de pensamiento o del pensamiento reproductivo, que son las dos formulaciones freudianas para pensar el pensamiento en lo que tiene de ocultamiento y de exclusión de lo real. Pero la identidad es un falseamiento porque, en verdad, es un fracaso y el sujeto mismo se va a definir según como trate o trabaje ese fracaso. Si ese fracaso no es apertura a la vulnerabilidad del hombre, se va a buscar su reparación en un cierre colectivo.

Nuestra práctica nos lleva a ser testigos diarios del fracaso de la identidad. Cualquier identidad de pensamiento obliga a dar la espalda a la clínica, cuyo saber tiene la particularidad o el requisito de no poder respirar por fuera de su siempre requerida verificación clínica. Sin esa verificación se convierte en mero pensamiento reproductivo y la clínica en el ejercicio banal de una técnica aplicada.

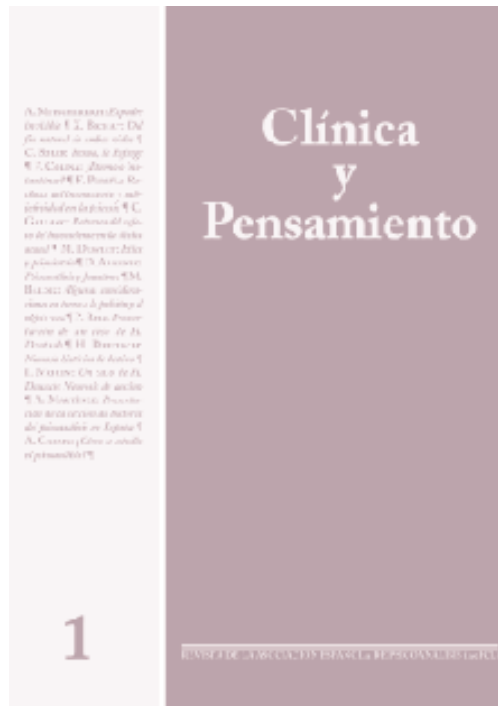
Por eso hemos llamado a esta revista Clínica y pensamiento. Cómo pensar la clínica y, sobre todo, cómo pensar desde la clínica. Ninguna exigencia institucional puede convertir ese saber en doxa corporativa.

Esta revista es, sin embargo, la revista de la Asociación española de Psicoanálisis (AePCL). La Asociación española de Psicoanálisis es sobre todo y primordialmente una propuesta de trabajo en común que no se asienta en ninguna otra justificación institucional. Según afirma el primer texto en torno al cual nos reunimos para su fundación, “queríamos inaugurar un nuevo estilo de transmisión del psicoanálisis en España, que no se asimile a la fragmentación grupal ni a la homogeneización jerárquica, sino que coloque en el centro de su quehacer lo que el saber psicoanalítico no recubre, los impasses de la lógica de una experiencia que exige ser permanentemente interrogada a partir de lo no sabido... No es la jerarquía la que decide cuál es el saber conveniente, sino la consistencia lógica de los desarrollos y la capacidad de éstos para responder a las dificultades e impasses de la experiencia”.

Entre sus objetivos, ese mismo documento resalta que la AePCL “se propone contribuir a que la transferencia se reduzca a su uso en la cura psicoanalítica y subordinada a su fin”.

Este primer número quiere reflejar esa apertura recuperando textos que el alineamiento grupal había desconocido (por ejemplo el de Mitscherlich o el de H. Deutsch) y otros que tienen la frescura de un acercamiento a cómo pensar el cuerpo del hombre (nos referimos al espléndido y curioso texto de X. Bichat) o que reflejan las primeras incursiones del psicoanálisis en nuestro país (por ejemplo el de A. Garma). Por otro lado el lector podrá comprobar que cuando el pensamiento no se rige por el rictus de la obediencia indiferenciada respira al menos por su abierta y viva incompletud.

Francisco Pereña



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

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

Solicita:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la AMSM, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.

D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha: / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación.

La suscripción de la Revista está incluida en la cuota de Asociado.

.....
 Banco/Caja de Ahorros

Sucursal

Cuenta n.º

Población

Muy Sres. Míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Cuenta de Ahorros n.º el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Población día mes año

Firma:

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