

EDITORIAL

PAG 2

OPINIÓN

PAG 4

Plan de Servicios Sociales.

C. Alonso, D. Gil y ML. Pérez

PAG 9

Ha llegado un papel del juzgado al SSM, ¡échate a temblar!

JJ. Rodríguez Solano y A. Crespo Valencia

PAG 11

Entorno al modelo muface. O la perversión llama a la perversión

L. Ralón

PANÓPTICO

PAG 13

COLABORACIONES

PAG 18

Esquizofrenia, autismo y teoría de la mente.

A. García, L. Gayubo, M. Portela y A. Vírveda

PAG 24

Merck contra Laporte. O el derecho recíproco de réplica

J. Gervas

HEMOS LEIDO

PAG 28

ANUNCIOS

Y CONVOCATORIAS

PAG 28

AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

primavera

04

**BOLETÍN
DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA
DE SALUD MENTAL**

**JUNTA DE LA ASOCIACIÓN
MADRILEÑA DE SALUD MENTAL**

AMSM

PRESIDENTE

Antonio Escudero Nafs

VICEPRESIDENTES

Cristina Alonso Salgado
Juan González Cases

SECRETARIA

Violeta Suárez Blázquez

TESORERA

Esther Pérez Pérez

VOCAL DE PUBLICACIONES

María Diéguez Porres

VOCAL DE DOCENCIA

Déborah Ortiz Sánchez

VOCALES

Carmen Carrascosa Carrascosa
Alberto Ortiz Lobo
Ivan de la Mata Ruiz

BOLETÍN

María Diéguez Porres
Alberto Ortiz Lobo
Iván de la Mata Ruiz
Eva Grau Catalá

EDITORIAL

Psicodrama por entregas

Se cumple un año del estreno de *Plan de Salud Mental, psicodrama por entregas* en los principales cines. El equipo de realización está muy orgulloso de cómo ha ido la primera entrega y espera un éxito de taquilla en los próximos años. Sin embargo la acogida del público no ha sido tan optimista. Siguen las dudas de cómo se va a desarrollar el guión en las siguientes entregas y todavía hay pocos actores para tantos papeles. Se reconoce, no obstante el trabajo de la Oficina de guionistas y su Director que a diferencia de los presdigitadores anteriores (nada por aquí nada por allá), se han empeñado en sacar adelante el culebrón. Y lo tienen difícil porque el metaguión de todos los culebrones sanitarios, la LOSCAM (que es una ley sanitaria de cine) extiende su sombra sobre los próximos capítulos de *Plan de salud mental, psicodrama por entregas*. Porque si la Productora Sanitaria, como parece que va a ser, desarrolla las escenas más confusas del metaguión nuestra película perderá coherencia, los actores no sabrán bien su papel y el público se confundirá. Es fundamental que la Oficina de guionistas de Salud Mental salga de la ubicación entreplantas que heredó del antiguo Departamento y se haga con un sitio de relevancia en la Productora Sanitaria para perfilar bien los personajes, las escenas y el esqueleto narrativo. Creemos que en eso guionistas, actores y público compartimos objetivos. Creemos, pero no lo sabemos, porque en este año no ha habido una sola reunión de seguimiento de la primera parte de Plan de Salud Mental, psicodrama por entregas con las asociaciones de actores. Ni una. Se ha instalado un estilo comunicativo unidireccional muy de estos tiempos mediáticos (presentaciones, comunicados a la prensa, cartas a los profesionales de la red de la “que tu formas parte”, hojas parroquiales del IMSALUD) que según tengas el día te da por hacer Jogging o por comer-te una ensaimada.

Dejémonos de películas. En el anterior boletín ya adelantábamos lo difícil que iba a ser poder evaluar con objetividad las actuaciones derivadas del Plan de Salud Mental al tratarse de un catalogo de intenciones sin compromisos explícitos. En esta Asociación de grandes reflexiones y verbo fácil preferíamos a la hora de evaluar un examen de tipo test a un comentario de texto navideño como el balance presentado por la Oficina en la carta recientemente enviada a todos los profesionales, donde nos cuentan, si los “cuentadores” han bien “cuentado”, los recursos nuevos con los que “cuentamos” y los dineros (“cuentantes y suenantes”) que hemos “cuenseguido”. Cuentos aparte, aunque seguimos sin plantilla ni cronograma, cuantitativamente es un hecho que se han creado más recursos que en los precedentes años de La Gran Marcha (no era difícil), pero, como en la lotería, la alegría va por barrios y enseguida se satura. Todavía no tenemos ni para la manta eléctrica que nos alivie la lumbalgia asistencial. La esperanza (con minúscula) es un poderoso factor curativo. Recuperaríamos cuarto y mitad de esperanza si nos adelanta-

ran el guión: qué van a seguir haciendo, cuándo, dónde y sobre todo de qué manera. Porque a la hora de crear recursos importa tanto el cuánto como el cómo. Y ahí es donde pensamos que algunas partes del guión de la primera entrega son un caldo de cultivo para que se mantengan o empeoren problemas tradicionales de la red de salud mental como, por ejemplo, la fragmentación asistencial y descoordinación, la apuesta por Unidades de Cuidados Prolongados en Hospitales Psiquiátricos y los agravios entre distintos profesionales. Veamos estos capítulos:

Capítulo La Integración. En el guión de *Plan de Salud Mental* se mencionaba como un problema la existencia de culturas asistenciales diferentes, (Comunidad, INSALUD y en menor medida Ayuntamiento). Con las transferencias esperábamos que el final de esta subtrama fuera que todas estas culturas se integraran (que no es lo mismo que ser abducidos por los “extraterrestres” hospitalarios), pero no contábamos con la posmoderna LOSCAM y su multiculturalismo. Este año sin noticias de Gurb. Por el contrario hemos tenido nuevas piezas para el puzzle de la única Red Única de Salud Mental: la UHB de la Fundación Alcorcón, la empresa pública Hospital de Fuenlabrada y el Hospital de Día de Villaverde en régimen de contrato público. Todavía son pocos, pero marcan tendencia. Entendemos que la idea de trabajo en una red, que gestionada desde cada área sanitaria, integre los recursos necesarios para el correcto tratamiento y continuidad de cuidados de los pacientes, sean éstos hospitalarios, ambulatorios, intermedios o de rehabilitación, es una idea fácil de poner en el guión pero difícil de aplicar en el modelo sanitario que tenemos. Aunque, nos mantendremos al tanto del nuevo ensayo (del) clínico del Instituto del Profesor (en el papel de Gran Timonel de la gestión Salud Mental de la patria) que armado de la semántica de la Calidad Total ya postula a uno de esos premios de calidad que dan a la leche Pascual cada año.

Capítulo La Cronicidad. En cuanto a la hospitalización de media y larga estancia, ¿se puede estimar cual va a ser la necesidad de este tipo de camas en los próximos años teniendo en cuenta, por un lado los cambios sociodemográficos de las familias cuidadoras y por otro lado lo planificado por Servicios Sociales? Porque una cosa es resolver el grave y urgente problema actual contratando más camas en Ciempozuelos o cambiando el nombre al Hospital Psiquiátrico y otra que ese sea el modelo de unidades más adecuado para el futuro. Esa no es la filosofía general del guión de *Plan de salud Mental*. Vale que vuelva el Un, Dos Tres, Camilo Sexto, y naranjito, pero ese “revival” de manicomio que se respira en el ambiente profesional y no profesional (vease lo sucedido en Torredolones con el CRPS proyectado) es fruto en parte del insuficiente desarrollo de las alternativas rehabilitadoras y residenciales, y de las prestaciones sociales que llevan a los pacientes más graves y a las familias más desfavorecidas a un deterioro de su calidad y nivel de vida.

Capítulo Recursos Humanos. Aquí tenemos otro “revival”: los nuevos contratos de psicólogos en Atención Primaria. ¿para qué hacer las cosas bien desde el principio con lo aburrido que es vivir sin problemas de los que quejarnos? En un momento tan importante para la psicología clínica en proceso de consolidación de la especialidad tras los intentos más retrógrados por impedirlo se planifican menos plazas en comparación con otras categorías, se retrasan las contrataciones y finalmente no se hacen en atención especializada. En temas de Recursos Humanos sigue el materialismo dialéctico: atención primaria/ atención especializada; IMSALUD/ SERMAS; público/ concertado; fijos/ interinos; hospitales/ centros de salud mental; servicios sociales/ servicios sanitarios. Profesionales mal retribuidos, sobrecargados, algunos de los cuales tienen dorsal para una carrera profesional que se ha convertido en maratón y a otros como los interinos del Hospital Psiquiátrico les niegan la exclusiva por la testosterona de su gerente. ¿no tienen bromuro en la Oficina para este tipo de actores de reparto a los que se les ha subido el papel?

En definitiva la primera parte de *Plan de Salud Mental, psicodrama por entregas*, se ha centrado en el crecimiento de recursos con mayor o menor acierto según como se mire. Independientemente de que este incremento deba de continuar de forma constante, la transformación organizativa queda pendiente para los próximos años y sujeta al metaguión sanitario y social que desarrollen los actuales responsables políticos. Esta transformación sobrepasa en muchos temas las competencias de la Oficina de Salud Mental, pero ésta tiene el reto de transmitir a las alturas las específicas necesidades y desafíos de nuestro campo de actuación. Y esto conlleva, entre otras cosas, defender que las redes se integren y no se favorezca la fragmentación, que se creen sistemas de gestión en atención especializada acordes con el trabajo en red, que se coordinen adecuadamente los Servicios Sociales y Sanitarios en la planificación y desarrollo de recursos y que se potencie la atención primaria. Pero quizás el reto más difícil de la Oficina es sacar a “todos los que componemos la Red” del escepticismo que a veces roza la baja laboral cuando le dedicamos “demasiado esfuerzo”. Hasta la próxima entrega.

Algunas reflexiones sobre la atención social a las personas con enfermedad mental grave y crónica. A propósito del plan de atención social a enfermos mentales graves y crónicos de la consejería de servicios sociales

Aprovechando la aprobación del “Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica” (Plan ASPEMGC) de la Consejería de Servicios Sociales de la CM. y su interrelación con el Plan de Salud Mental de la Consejería de Sanidad, aprobado previamente, desde el Grupo de Trabajo Social y Salud Mental del Colegio Oficial de Trabajo Social, queremos realizar algunas anotaciones/reflexiones en torno al desarrollo de la llamada “atención social” a este colectivo, centrándonos en el Plan de SS.SS dada su mención explícita a la misma.

Estamos de acuerdo con el “Plan ASPEMGC”, en que una adecuada atención comunitaria integral a las personas con enfermedad mental grave y crónica no puede descansar exclusivamente en el sistema de salud y que es necesaria la implicación y colaboración del sistema de servicios sociales, en todos sus niveles (generales y especializados), así como de otros sistemas de protección social (vivienda, empleo, trabajo...). Sin embargo, siguiendo la opinión de algunos profesionales de la red de atención y de asociaciones como la AMRP (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial) y AMSM (Asociación Madrileña de Salud Mental), consideramos que esta “adecuada atención” se debería plasmar en el esfuerzo de las distintas consejerías (en concreto Sanidad y Servicios Sociales) por elaborar un solo Plan conjunto, complementario, consensuado y compartido, con reparto de competencias y sistemas de financiación. Suponemos que sería más rentable en recursos humanos y asequibles a mayor número de ciudadanos, persiguiendo el principio de universalidad de prestaciones para cualquier enfermo mental de la Comunidad de Madrid y manteniendo el modelo de atención comunitaria. Sin embargo en la realidad los

recursos de rehabilitación (sus principios, funciones, organigramas...) aparecen escindidos en la existencia de dos Planes y tienden, cada vez más, a la dualidad de redes de atención y a la duplicación de programas y recursos. La rehabilitación del enfermo mental grave y crónico es un continuo, una unidad, un proceso, difícilmente estructurable en la dispersión que se está construyendo.

Antes de empezar con los aspectos “críticos”, queremos destacar lo positivo que es el Plan de ASPEMGC en lo que respecta al aumento de recursos y la temporalización de su desarrollo, en una población que sufre un déficit manifiesto de los mismos para desarrollar su asistencia. Así mismo es reseñable la calidad técnica del Plan, en cuanto a objetivos, programas, presupuestos..., y la mención a aspectos como el estigma, la perspectiva de género o la interrelación con el sistema de salud, que nos parecen esenciales en la intervención y suponen elementos fundamentales a desarrollar.

Como crítica previa, querríamos hacer mención a que en la presentación del mismo se dice que se ha elaborado mediante un proceso participativo, pero debemos señalar que los Trabajadores sociales de los equipos de Salud Mental, que pensamos son el colectivo profesional que asume principalmente las funciones de establecer/coordinar las redes y recursos asistenciales para los usuarios de los programas de rehabilitación, así como el Colegio Profesional de Madrid, no hemos sido invitados a participar en dicha elaboración. Nos parece que podríamos haber aportado algún criterio profesional de interés, no solo de evaluación de los años de experiencia en la atención social a este colectivo, sino sobre todo en lo que se refiere a cómo establecer los canales funcionales y reales de coordinación entre los dos ámbitos de interven-

ción: salud y servicios sociales. El colectivo de trabajadores sociales de los servicios comunitarios de salud mental de Madrid, tiene representación en un grupo de trabajo constituido hace varios años desde nuestro colegio profesional, con actividad permanente en temas de referencia y consulta a otros profesionales y de participación en foros sociales. Se ha participado como grupo consultivo externo en la elaboración del Plan de Salud Mental y se ha colaborado en las aportaciones del Colegio en Foros Sociales sobre legislación en materia de Servicios Sociales, como el Plan contra la exclusión Social (Dic. 2001), Plan estratégico de Servicios Sociales (2001-2003), Ley 11/2003 de Servicios sociales de la Comunidad de Madrid...

Nuestro análisis se centra en aspectos generales de la atención, pero que inciden directamente en el desarrollo del Plan y en el trabajo cotidiano de los profesionales:

1. “La confusión de la realidad” por la duplicidad, mejor dualidad, de redes de atención: existencia de dos planes, líneas de actuación divergentes, profesionales “diversos” en formación y en dependencia administrativa y “empresarial” formando “equipos”...
2. “La confusión lingüística” por la ambigüedad en la utilización de términos: confusión entre programa o recurso, rehabilitación o “apoyo” a la rehabilitación, atención social o servicios sociales, apoyo comunitario o coordinación de cuidados, ámbito sanitario-psiquiátrico o socio-sanitario....
3. La atención social al enfermo como prestación en el ámbito de la salud y su interrelación con el desarrollo de los planes de SS.SS.
4. La universalidad de las prestaciones del sistema de SS.SS. y la privatización de los sistemas de protección (SS.SS, salud, educación...).

1) “LA CONFUSIÓN DE LA REALIDAD”

Empecemos por esa confusión de la realidad cotidiana de nuestro trabajo que impregna el ambiente, con la construcción de “dos realidades” que son/deberían ser “una”. Muchos factores (históricos, epistemológicos, económicos, políticos...) han potenciado esta situación, pero nos centraremos en la concreción final de los mismos: **la duplicidad de planes** (Plan de ASEMGC y Plan de Salud Mental) **y la dualidad en la atención** (no duplicidad, pues, supuestamente, todos los dispositivos se integran en una sola red de atención). Jugamos con el juego entre duplicidad y dualidad^(*). Volvemos a hacer

hincapié en que el sentir de algunos profesionales y asociaciones de la salud mental (profesionales y de familiares) demanda la existencia de un único plan que permita una integración real de la atención a la población con enfermedades mentales graves y crónicas. Un solo plan que no escinda la atención en “sanitaria” y “social”, ya que consideramos la misma un único proceso que integra la atención médica, la rehabilitación, el apoyo social, etc., sin poder delimitar claramente cuándo empieza uno o acaba el otro. Todos debemos “hacer” rehabilitación en los equipos, todos debemos tener en cuenta las consecuencias sociales de la enfermedad, todo está incluido en el tratamiento... La rehabilitación psicosocial (como concepto que integra los distintos elementos) es un proceso complejo que requiere la movilización coordinada de dispositivos varios en momentos distintos de su curso y nos parece un error, o cuanto menos una confusión, que la misma tenga dependencias administrativas y técnicas distintas: el Programa de Rehabilitación de Salud Mental y el Plan de atención social de SS.SS. Más cuando todos sabemos que una parte importante de los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados consiste en desarrollar un trabajo eminentemente social con los pacientes y que muchos de los recursos de la red de atención social tienen exclusivamente una función de tratamiento rehabilitador en mejora de habilidades.

Como ejemplo más manifiesto estaría la novedad de los equipos de “apoyo social comunitario”, diseñados para apoyar la atención domiciliaria y el mantenimiento en el entorno. Los mismos nos inducen muchas dudas respecto a la complementariedad y apoyo a los servicios comunitarios de salud, que aunque por una parte somos conscientes que está en retroceso respecto a las funciones que deberían cumplir según los objetivos previstos en un programa de rehabilitación comunitaria (apoyo domiciliario, atención a la familia, redes de apoyo...), por otro nos parece que la creación de estos equipos, que podrían superponerse a los equipos de seguimiento y rehabilitación de distrito, supone una distorsión del modelo y una confusión de funciones. No dudamos de que exista la necesidad que dichos equipos deben cubrir, ni que el apoyo social-comunitario sea un elemento esencial de la atención (desde luego no es una novedad), lo que duda-

^(*) Según el Diccionario de la RAE Duplicidad: cualidad de dúplicel/doble. Dicho de una cosa: que va acompañada de otra semejante y que juntas sirven para el mismo fin. Dualidad: existencia de dos caracteres o fenómenos distintos en una misma persona o en un mismo estado de cosas

mos es de si el camino para ofrecer al ciudadano una atención integral es este. Resulta paradójico desde el Plan de Salud Mental se decida potenciar en todas las áreas sanitarias los programas de continuidad de cuidados y rehabilitación y con objetivos similares desde el Plan de atención social, se creen estos equipos. Desde luego que los profesionales, la metodología y el soporte social que se plantea son necesarios, pero sería conveniente sumar ambos esfuerzos desde una misma línea de actuación y, si fuera posible, una integración en los mismos equipos.

La dualidad se observa en el plan en muchos aspectos, presentando como novedades líneas de actuación ya arraigadas en muchos Centros de Salud Mental Comunitarios, desde los mencionados equipos de apoyo social y comunitario, al trabajo con las familias, pasando por los centros de día..., etc. Una curiosidad en esta línea es que en el análisis de la red asistencial al colectivo objeto de atención, se mencionan los recursos de Salud (pisos, centros de día, centros de rehabilitación,...), pero a la hora de establecer las necesidades, los ratios y la creación de nuevos dispositivos desaparecen. ¿Qué diferencia hay entre unos centros de día y otros, entre unos pisos y otros?. Desde luego que no supone una maravilla de optimización de recursos, pero sin querer menoscabar el esfuerzo real que la Consejería de SSSS hace por aumentar los mismos y su calidad, deberían clarificarse algunos aspectos.

Otros aspecto que se está implantando, en este mundo dual, es la dependencia administrativa por perfiles profesionales, en vez de por programas de atención o por prestaciones ofrecidas por los distintos sistemas de protección. Tan difícil es que una mini-residencia de Servicios Sociales tenga personal de enfermería que mejoraría notablemente su atención, como que se contraten educadores para los centros de salud mental. En estos momentos si uno es educador, trabajador social e incluso psicólogo se ve abocado a trabajar en los “servicios sociales” y si uno es enfermero, psiquiatra o auxiliar de enfermería debe estar en “sanidad”; con una visión muy corporativa de los ámbitos de intervención. En este sentido la rehabilitación supone un trabajo multidisciplinar, que se empobrece en la creación sesgada de equipos. Aunque en el plan de atención social se menciona la creación de recursos, sin definir los profesionales que se consideran necesarios para desarrollarlos, nosotros consideramos que la constitución de los equipos es un elemento esencial, que debe priorizar la diversidad y la utilización de los conocimientos de

todas las disciplinas profesionales (psicología, trabajo social, terapia ocupacional, enfermería, psiquiatría...) No querríamos olvidar otro elemento esencial de esta estructura organizativa: la distinta dependencia administrativa no solo supone problemas en la atención, sino también para los propios profesionales. Dada la política de conciertos y potenciación de la iniciativa privada de la Consejería de Servicios Sociales, los profesionales que desarrollen labores “sociales”, “psico-sociales”... se ven condicionados a unas condiciones laborales en muchos casos penosas en comparación con sus “compañeros” de la red sanitaria (todos personal de la administración). Si eres trabajador social, educador, psicólogo..., puedes estar abocado al subempleo. Todo esto no es un debate frívolo, sino que responde a la privatización de los servicios sociales, la universalidad de sus prestaciones... y el intento de “sacar” del ámbito sanitario aquellas prestaciones que pudieran ser privatizables y que si dependieran de salud sería más complicado (por ahora). No queremos decir que exista una política malintencionada en los gestores de los planes, sino que es una tendencia macro-política que se va plasmando en la realidad del día a día y sobre la que deberíamos reflexionar.

2) “LA CONFUSIÓN LINGÜÍSTICA”

Existe en el Plan una **ambigüedad terminológica**, que nos parece lleva detrás un complejo conjunto de factores que no permiten “llamar a las cosas por su nombre”. Una palabra ambigua, muy utilizada últimamente y que no nos convence, es el término socio-sanitario. Creemos que conduce a confusión y evita el desarrollo pleno de las prestaciones ya existentes y reconocidas por ley en el sistema de SSSS y el sanitario. Si las prestaciones sociales básicas se desarrollaran en plenitud y con criterio de universalidad (ayuda a domicilio, apoyo residencial, renta mínima...) y el sistema sanitario desarrollara la ley general de sanidad en todo su contenido, no sería necesaria la creación de recursos híbridos, que potencian la atención fuera del criterio de normalización y universalidad. En este sentido consideramos que la atención social a los enfermos mentales crónicos y graves debería fundamentarse, en gran medida, desde un acceso a las prestaciones de la red de SS.SS generales y a la asunción del sistema sanitario de la rehabilitación con todo su contenido social y comunitario. Además, sin lugar a dudas, son necesarios recursos sociales específicos, pero parece que el Plan de SS.SS. considera que la atención social a un colectivo (en este caso enfermos psiquiátricos) se reduce a la creación de recur-

sos y que su desarrollo es, exclusivamente, el ámbito de los SS.SS. Nos parece un poco reduccionista este uso del término “atención social” como mera dispensación de soporte social. Creemos que este uso ambiguo lo que permite es incluir una red variada de dispositivos en un Plan, sin tener que usar términos que pudieran ser considerados “sanitarios”, como rehabilitación, tratamiento..., y que pudieran generar conflictos de intereses. Todos sabemos, como ya hemos dicho que en los CSM. Se realiza una labor de atención social y comunitaria a los enfermos mentales y que muchos de los dispositivos de este plan son eminentemente de tratamiento, como los CRPS, (si es que se puede establecer una frontera). Un ejemplo claro es la labor de formación de los MIR y PIR en dichos dispositivos de “atención social”. ¿Por qué la utilización de esta terminología ambigua y no llamar a las cosas por su nombre?, ¿no se quiere reconocer la escisión de la atención y la asunción confusa de competencias?. Así mismo nos resulta curiosa la mención permanente a que estos recursos son de “apoyo al programa de rehabilitación de los CSM”. Nos parece lógico que la atención tenga su eje en el equipo de salud mental de distrito y su programa de rehabilitación y continuidad de cuidados, pero llamar “apoyo” a recursos que en algunos casos van a duplicar en numero de profesionales a dichos programas nos parece cuanto menos una paradoja.

3) “EL OLVIDO CONFUNDE”

Así mismo creemos que el plan se olvida de la existencia de **la atención social dentro del sistema sanitario** y como trabajadores sociales que desarrollamos nuestra labor en la red de Salud mental y realizamos desde hace tiempo programas de apoyo social, comunitario y de rehabilitación, queremos hacer notar que si uno lee el Plan, sin un conocimiento de la historia y la realidad de la atención a este colectivo en la CM, parecería que todos los dispositivos y programas de apoyo social han surgido desde su creación y vinculados a los SS.SS. Olvidando los grupos de apoyo social a las familias, los clubs sociales, centros de día, programas de apoyo domiciliario, coordinación con servicios sociales generales... que se realizan desde siempre en los Centros de Salud Mental.

El Plan considera que “la atención y tratamiento de la salud mental” consiste en: “las personas con enfermedad mental grave y crónica necesitan adecuados procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento psiquiátrico que permitan controlar su sintomatología psicopatológica,

prevenir la aparición de crisis y en su caso controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico”. Así mismo dice que “las necesidades de esta población son múltiples y complejas. En la mayor parte de los casos desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico...”. Es una visión un tanto sesgada de lo que es la atención a los enfermos mentales desde el ámbito sanitario, que no es solo el campo de actuación de la psiquiatría, aunque siendo generosos también se incluye “el funcionamiento psicológico”.

No debemos olvidar, que el desarrollo de la ley general de Sanidad supuso el RD/63/1995 de “ordenación de prestaciones del sistema nacional de salud” y entre sus artículos encontramos los siguientes:

Art. 6.5 “Las actuaciones de las administraciones públicas sanitarias, estarán orientadas a promover la rehabilitación funcional y la reinserción social del paciente”.

Art. 18 “Programas de atención integral a grupos de población en riesgo social”.

Art. 20.3 “Se desarrollaran los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral, en coordinación con los SS.SS.”.

Art. 44.1 “Todas las estructuras y servicios públicos estarán al servicio de la salud integral del individuo.”.

Finalmente y definiéndolo de manera clara y concreta se establece como prestación del sistema el contenido en su disposición adicional 4ª, que dice:

“Atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en las situaciones de enfermedad, garantizándose la continuidad del servicio a través de la coordinación por las administraciones de los servicios sanitarios y sociales”.

Como trabajadores sociales y principales exponentes de la atención social a los pacientes en el sistema de salud, sabemos que este modelo no está en pleno desarrollo y que la tendencia del sistema sanitario no va en esta línea. La LOSCAM, ya utiliza otra terminología como “prestaciones sanitarias de apoyo a la atención sociosanitaria”, pero no se desprende de la necesidad de una atención integral al paciente. Creemos que como profesionales del trabajo social debemos defender dicha atención integral y el pleno desarrollo de los derechos de los pacientes. No supone negar la necesidad de la implicación de otros sistemas de protección (Servicios Sociales, empleo...) en la atención a desarrollar, pero tampoco negar el derecho del paciente a que su enfermedad y las consecuencias sociales y personales de la misma sean vistas como un todo. Es en esta línea en la que defendemos la

necesidad de un solo plan de atención a los Enfermos Mentales Graves y Crónicos, si no queremos copiar para la salud mental un modelo extremadamente sanitario y con “lo otro” de la enfermedad ubicado “fuera” de la salud.

4) POR LA GARANTIA DE DERECHOS, POR LA UNIVERSALIDAD DE LA ATENCIÓN, POR LA ATENCIÓN INTEGRAL, QUE CLARIFIQUEN LA CONFUSIÓN

En esta línea queremos defender la campaña del Colegio en defensa de la Universalidad de los SSSS. Este es un elemento que consideramos fundamental para el pleno desarrollo de la atención social de la que estamos hablando. “Es necesaria la consolidación del sistema público de SSSS (creando un marco normativo estatal que garantice la universalización de derechos y la financiación estable) como un sistema de protección dirigido al conjunto de los ciudadanos”⁽¹⁾. Sin un sistema realmente universal de SSSS., sin una igualdad de dichos sistema al educativo o al sanitario ¿cómo garantizar la atención social y la rehabilitación desde este Plan? Es un elemento esencial para analizar. La no universalidad de las prestaciones y la dependencia de la iniciativa privada (Bancos, Fundaciones...) para el desarrollo de recursos supone una limitación importante para el desarrollo de la atención integral mencionada. Sólo desde la integración real de la atención, en base a concebir los tratamientos como procesos y a la existencia de prestaciones básicas garantizadas se puede desarrollar una atención adecuada al EMGC.

Ya el Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios emitió un informe monográfico en el 2000, sobre los retos que debería afrontar el Sistema Nacional de Salud en esta década y uno de ellos era la integración de los servicios sociales en la atención a los problemas de salud (¿el espacio sociosanitario?). El problema es como asumir las consecuencias sociales de la enfermedad, sin escindir la atención. No solo es algo que afecte a la Salud Mental, quizás es donde más interrelación exista, otros ámbitos de la asistencia sanitaria como los problemas neurológicos o la geriatría, gozan de un purismo sanitario absoluto en la atención, sin casi integración de la atención llevada a cabo por los servicios sociales.

⁽¹⁾ Lucila Corral: “El preocupante deterioro de las políticas sociales en España”, en “Trabajos Social Hoy”. Monográfico: Política Social. 1ª. semestre 2003. Colegio Oficial de DTS. Y AA.SS. de Madrid.

Sabemos que el desarrollo actual de la política sanitaria y social en la CM (e incluso en el ámbito estatal) no es esperanzadora para la creación de servicios de atención integral y públicos, que se está potenciando la dualización de la atención en social y sanitaria, pero sin un pleno desarrollo de las mismas con la consiguiente necesidad de los tan traídos recursos sociosanitarios, que abren la puerta de la iniciativa privada a un mercado hasta ahora inaccesible. Pero como profesionales del trabajo social debemos mantener la actitud crítica y defender los derechos de nuestros usuarios (aquí también surge la batalla lingüística: ¿usuarios o pacientes?), defender la atención social desde la universalización y la normalización, defender una atención integral de los problemas.

El trabajo social como disciplina y profesión siempre tiene en cuenta estos ejes fundamentales y ve al paciente desde todas sus facetas y complejidad, es por eso que este análisis se centra en aspectos generales de la atención y no entra en detalle a analizar si tal recurso es o no idóneo. Es momento de reflexionar sobre la influencia de las corrientes macros (políticas y económicas) en el desarrollo de los planes. En este caso el Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica.

CM: Comunidad de Madrid.

LOSCAM: Ley Ordenación Sanitaria Comunidad Madrid.

CSM: Centro de Salud Mental.

SSSS: Servicios Sociales.

CRPS: Centro de Rehabilitación Psicosocial.

MIR: Médico Interino Residente.

PIR: Psicólogo Interino Residente.

Cristina Alonso

Daniel Gil

Maria Luisa Pérez

Trabajadores Sociales de los Servicios de Salud Mental y miembros del grupo de Trabajo Social y Salud Mental del Colegio de Madrid

Este artículo ha sido publicado en el número 40 de la Revista de TRABAJO SOCIAL HOY, editada por el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS. de Madrid en el tercer cuatrimestre del 2003 con el Título: “Algunas reflexiones sobre la atención social a las personas con enfermedad mental grave y crónica. A propósito del Plan de Atención Social a enfermos mentales graves y crónicos de la Consejería de Servicios Sociales”.

Ha llegado un papel del juzgado al SSM, ¡échate a temblar!

A principios de los años 90 los Servicios Centrales de Salud Mental de la entonces Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid llegó a un acuerdo de colaboración con la Administración de Justicia, para nuestro gusto y el de muchos de nuestros compañeros desafortunado. Este acuerdo consistía en que los psiquiatras de los Servicios de Salud Mental comunitarios se encargarían de todas las valoraciones forenses relacionadas con patología psiquiátrica. El acuerdo, no se sabe bien firmado por quién, nos ha levantado muchos dolores de cabeza en los CSM. No decimos que la finalidad no fuera buena, quizá era una colaboración entre la Salud Mental y la Administración de Justicia. El objetivo: que nuestros pacientes más graves, aquellos que han podido perder la conciencia de sí mismos pudiéramos obligarles, sin su consentimiento pero con la tutela de la Justicia, a realizar un tratamiento en su propio beneficio. El problema surge cuando en el mundo judicializado en el que nos encontramos las demandas que hace la Administración de Justicia son crecientes y muchas veces claramente abusivas. Si el acuerdo era para atender mejor a “nuestros” pacientes que hacemos interviniendo en la mitad de los casos con personas que no son “nuestros” pacientes y que muchas veces no sabemos ni tan siquiera si son pacientes. Nos piden intervenir en personas que padecen patologías que nada tienen que ver, al menos hoy por hoy con los Servicios de Salud Mental, como las drogodependencias o distintos tipos de patologías de las llamadas somáticas solo por el hecho de tener trastornos de conducta. Y lo que es más grave a veces nos piden intervenir en personas en las que luego no se demuestra ningún tipo de patología. Así la Administración de Justicia en Madrid nos pide hacer valoraciones psiquiátricas de personas para considerar la posibilidad de ingreso psiquiátrico involuntario. Se basaban en el artículo 211 del Código Civil y ahora en el 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Esta actividad está realizada en el resto de España por los médicos forenses. Cuando hablamos con compañeros forenses y se les comenta que en Madrid hacemos esto nos miran con cara de incredulidad. Podemos entender en aras de una mayor calidad asistencial que colaboremos con la Administración de Justicia para los pacientes que conocemos porque han estado o están siguiendo tratamiento en nuestros servicios, pero no podemos

entenderlo para todo lo demás. Este tipo de valoraciones está especialmente indicada para pacientes con psicosis o cualquier otra patología psiquiátrica que carecen de conciencia de enfermedad y no realizan adecuadamente los tratamientos necesarios. Pero también nos encontramos con peticiones de valoración que son para personas de la tercera edad, de enfermos con retraso mental o de pacientes con drogadicciones buscando ingresos en una unidad de hospitalización breve donde muchas veces estarían contraindicados. Muchos de estos casos están promovidos por la familia buscando forzar el ingreso en centros específicos residenciales o unidades de larga estancia a los que desde los CSM no tenemos acceso directo y mucho menos por vía de urgencia.

La valoración de ingreso involuntario propuesta por la ley de Enjuiciamiento Civil lo que pretende es establecer una cautela previa por parte del Poder Judicial hacia el internamiento. Cuando el Poder Judicial no valora directamente el internamiento mediante sus propios médicos, los forenses, está favoreciendo sutilmente que los ingresos con previa autorización judicial ordinaria se reduzcan, aumentando los ingresos involuntarios urgentes, es decir, aquellos que se notifican una vez que el paciente ya está en el hospital.

Cuando si consideramos indicado el ingreso involuntario, y después de movilizar una parte importante de los recursos del CSM. a la familia, etc., nos hemos encontrado con una respuesta muy poco ágil de las ambulancias para traslado al hospital.

En el caso de no conocer a la persona afectada (no siempre un paciente), habitualmente ésta no tiene conocimiento del procedimiento en curso y la mayor parte de las veces hay que hacer la evaluación en su domicilio sin su consentimiento. Incluso de forma anecdótica pero muy representativa, a veces hay que hacer valoraciones de internamiento en circunstancias y lugares que respetan poco la intimidad y la confidencialidad de los pacientes. En la intervención para valoración de un ingreso psiquiátrico de la persona nos encontramos con que tenemos que ir la mayoría de las veces a ver una persona que no conocemos de nada, ni sus antecedentes ni de quién ha partido la propuesta, que él no ha decidido hablar con nosotros y que tenemos que entrar en su intimidad física (domicilio) y psí-

quica (exploración psicopatológica). Todo ello produce un grado de violencia y malestar importante. Si realmente se tratara de un paciente, nos encontramos con un riesgo añadido, fundamentalmente un impedimento para la futura alianza terapéutica. Y una cosa importante. Cuando vamos a valorar a una persona a su domicilio, los profesionales de salud mental sentimos miedo ante la violencia generada. Aunque podemos ser especialistas en manejar el miedo, a veces tememos por nuestra propia integridad física cuando vamos a “pecho descubierto” a los domicilios.

A veces requieren de los psiquiatras la presencia física a la hora de abrir la puerta para entrar en el domicilio de un ciudadano sin su consentimiento. Si lo que sospechan es que el sujeto no abre porque tiene un problema de salud mental, díganos ustedes que podemos hacer los profesionales de salud mental en ese preciso momento. Nuestra respuesta es nada, para abrir la puerta de un domicilio nuestra intervención es absolutamente irrelevante. No negamos que los habitantes de ese domicilio puedan necesitar una intervención psiquiátrica. Pero tenemos que entender que las intervenciones psiquiátricas son idénticas que las de cualquier otra especialidad médica. Es decir, si se requiere la intervención de un médico habría que solicitar la participación del médico de Urgencias o de Familia. O acaso, ¿va el digestivo o el cardiólogo a abrir una puerta judicialmente porque el que habite dentro tenga un problema digestivo o cardiológico y no se quiera tratar?

Otras veces los Fiscales nos piden valoraciones psiquiátricas y sociales de la capacidad de las personas. Se basan en el artículo 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Si las conocemos, lógicamente, deberemos opinar, pero nuestros datos nos dicen que la mayoría de las peticiones son de personas no conocidas en nuestro servicio. Solicitar un informe psiquiátrico por parte de la fiscalía para una incapacitación tendría mucha lógica cuando se trata de un paciente conocido por nosotros, pero ¿tiene esa misma lógica cuando no le conocemos? ¿Que tenemos que hacer, citarle con esa finalidad o incluso ir a su domicilio? ¿No deberían hacer esto los forenses? Si no las conocemos ¿por qué no hacen las valoraciones los médicos de la Administración de Justicia, los forenses, cuya formación en psiquiatría es magnífica por absolutamente necesaria? Además con respecto a estas peticiones que llegan desde Fiscalía nos encontramos con que no aportan ningún tipo de información. Llegan sólo con el nombre de la persona que hay que valorar. La ausencia de datos esenciales, como domicilio, teléfono, etc.,

para poder contactar con los presuntos pacientes complica un trabajo con el que no nos sentimos nada cómodos y obligándonos a actuar como policías o detectives. A veces las fiscalías incluso nos solicitan sólo informes sociales. Es que los CSM ¿somos Servicios Sociales o Servicios Sanitarios?

Lo que nos acaba de sacar de nuestras casillas son las frecuentes peticiones de la Historia Clínica completa para cuestiones que no acabamos de entender como son las cuestiones civiles o matrimoniales. En estos casos ¿no se está haciendo un uso perverso de una información que ha sido obtenida con el secreto profesional y con una finalidad exclusivamente clínica? Será legal pero ¿es lícito que nosotros intervengamos por mucho que lo pida un juez? ¿Y si además el paciente no da su consentimiento para ello? Si el paciente no da su consentimiento, pero el juez nos levanta el secreto profesional, ¿el paciente volverá a nuestras consultas para sigamos ayudándole en su proceso de enfermedad? Tal y como nos ha pasado alguna vez, probablemente no vuelva. ¿No debería ser un perito independiente de la tarea terapéutica quien debería encargarse de estos asuntos? Aunque las respuestas a estas preguntas son claras, a veces la Justicia nos pone en situaciones muy incómodas.

De las intervenciones que nos pide la justicia la única que se admitiría como ajustada a nuestros objetivos “sanitarios” es la del sometimiento a tratamiento ambulatorio de pacientes psiquiátricos. A pesar de las dificultades que puede entrañar un tratamiento en contra de la voluntad, este es un reto que creemos debemos asumir, conociendo las limitaciones terapéuticas, pero sabiendo que a veces los tratamientos involuntarios ambulatorios pueden aportar mejoras notables en algunos pacientes, sobre todo en aquellos sin conciencia de enfermedad y con incumplimientos crónicos de las prescripciones. ¿Pero de que medios disponemos para ello? ¿Acaso la Justicia realiza algún esfuerzo práctico en obligar al paciente a acudir a nuestra consulta? ¿Acaso deberíamos nosotros personarnos en los domicilios de las personas obligadas a tratamiento y hacérselo de forma expeditiva? ¿Nos abrirá la puerta el día siguiente? ¿El tratamiento obligatorio a quien obliga al paciente o a los profesionales de salud mental?

En todas estas intervenciones que nos requiere la Administración de Justicia se nos plantean dudas añadidas en determinadas patologías: las drogodependencias y las demencias. La pregunta sería, cuando la persona que tiene un problema de drogodependencias que hoy por

hoy se atienden en un recurso paralelo ¿por qué no llaman a un profesional de los CAD? Cuándo la persona tiene un problema de Demencia que tan de moda está que lo traten los neurólogos ¿por qué no llaman a un Neurólogo? La cuestión es que en ambos casos nos llaman a nosotros. ¿Quizá ellos se deben encargar de la parte curativa y nosotros somos los médicos “apagafuegos” de los trastornos de conducta? Creemos sinceramente que en los Servicios de Salud Mental del Municipio de Madrid hemos abierto una senda muy peligrosa en la relación con la Administración de Justicia.

Un pacto que pudo tener un cierto interés se ha convertido en un aprovechamiento y acoso a los servicios de salud mental por parte de la Administración de Justicia. Esto es así por el elevado número de intervenciones que la Justicia nos solicita y que la mayor parte de las veces no las vemos engarzadas en nuestra labor terapéutica con la población. Y esto supone un aumento de la pre-

sión de trabajo en los servicios comunitarios, que tan saturados están. Nuestros recursos son asistenciales, son claramente escasos y están sólo organizados para un fin exclusivamente sanitario, “terapéutico” y no “auxiliador de la justicia”. En función de la limitación de recursos, el tiempo que nos ocupa este auxilio a la justicia, va en detrimento de nuestro objetivo principal. Nuestra formación está y debe estar dirigida a este objetivo “terapéutico”. El rol que tenemos asignado es el de “curar” a los pacientes, no valorarlos desde un punto de vista forense. Por todo esto cuando se nos pide una intervención por parte de la Justicia nos echamos a temblar.

José Juan Rodríguez Solano.

Psiquiatra del SSM Puente de Vallecas

Agustina Crespo Valencia.

Trabajadora Social del SSM Puente de Vallecas

Entorno al modelo muface. O la perversión llama a la perversión

De un modo u otro el PP tenía que hacerse con la presidencia de la Comunidad de Madrid, y es más que probable que, si nada lo remedia, marzo nos traiga una nueva mayoría absoluta conservadora en las generales. Si con la primera llegó el momento de quitarse la careta, con la segunda el desnudo puede ser integral. Y no habría de extrañarnos que en esa obscena exhibición de la derecha genuina la Sanidad Pública, ahora sí, ya en serio y de verdad, sufriese con crudeza el castigo que, sin contemplaciones, ha padecido la Enseñanza en las pasadas legislaturas. Un modo interesante, sibilino, discreto de hacerlo, pasa por profundizar en el denominado modelo MUFACE, propuesta sugerida en reiteradas ocasiones por los ideólogos del cinismo tecnocrático imperante.

La mutualidad general de funcionarios civiles del Estado (y sus hermanas pequeñas, ISFAS y MUGEJU) nace a mediados de la década de los años setenta con el fin de regularizar la hasta entonces caótica provisión de recursos sanitarios del funcionariado español. A partir de ese momento, tal colectivo pasa a constituirse en un club exclusivo de beneficiarios de un sistema (algún preclaro catedrático de Hacienda Pública se ha hecho eco de ello: “que es visto por algunos como un privile-

gio que raya los límites de lo constitucional”). Mucho se habla actualmente de lo insolidario de ciertos planteamientos nacionalistas, pero, curiosamente, se pasa por alto la absoluta insolidaridad que supone la existencia de un sistema como el de MUFACE. Y es que, mientras el ciudadano de a pie (incluido el que trabaja al servicio de ese mismo tinglado, al que ni siquiera queda el consuelo, diría Camus, de estar en el bando correcto) cotiza a una hucha común de la que saldrán después los recursos que permitan financiar una Sanidad pública, universal y gratuita, el funcionario mete su dinero en una hucha especial, privada, cuyo contenido habrá de repartirse después, única y exclusivamente, entre los miembros de ese club. Y no sólo eso, pues la Administración aporta, además, una inyección extra (y no pequeña) de dinero a MUFACE para garantizar su funcionamiento. Partida especial para un club de dos millones de miembros en todo el Estado. Aún hay más, pues los privilegios del mutualista serían difíciles de enumerar en este breve espacio. No sólo es factible elegir como proveedor de servicios sanitarios entre la Sanidad Pública (apenas lo hace un 15%) y una aseguradora privada y cambiar cada año, si así se de-

sea, de proveedor, sino que, una vez acomodado en una póliza privada, el asegurado tiene el derecho de recibir, al menos, los mismos servicios que ofrece la Sanidad Pública. Concretemos con un ejemplo: si un mutualista asegurado, digamos en ASISA, residente por ejemplo en Lugo, precisa de una prueba que se realiza en un único hospital del Estado, que puede estar, pongamos por caso, en Barcelona, digamos el Hospital de Bellvitge (público), y que tal funcionario (o beneficiario de la póliza: cónyuge, hijos...) tiene derecho a ser trasladado de Lugo a Barcelona, a saltarse la lista de espera, a hacerse la prueba en cuestión y a ser, felizmente, devuelto a Lugo. Josep Pla preguntaría que quién paga todo esto. La respuesta es... ¡ASISA! Porque éste es otro aspecto de este entramado perverso, el sistema MUFACE resulta en torno a un 35% más barato que la Sanidad Pública, lo cual es posible a través del sistema de conciertos (mucho más barato) y gracias a la oferta a las aseguradoras privadas de condiciones económicas leoninas que éstas, coherentes con el capitalismo montañés y salvaje, aceptan con urgencia temerosas de que sea la competencia quien se quede con su trozo de pastel. Consecuencia: profesionales mal pagados y semi-esclavizados, recursos escasos aunque puedan resultar atractivos al potencial cliente que los observa expuestos en un escaparate, maltrato final a unos pacientes que sienten que su sistema sanitario es mucho mejor que el público básicamente porque, muchas veces sin criterio, tienen libertad de acción para consumir recursos a la carta de modo voraz e independiente de la sensatez o de la indicación desde un punto de vista clínico.

En Salud Mental en Madrid la situación es muchas veces dantesca. La sangre llama a la sangre y el maltrato al maltrato. Los profesionales que pelean por sus garbanzos, y los abiertamente psicópatas que no van a renunciar a tener un coche de lujo, optan en muchas ocasiones por intervenir del modo más lucrativo posible sin tener en cuenta si el paciente saldrá mejor o peor parado (a nivel ambulatorio, las primeras visitas se cobran más que las revisiones, por lo que interesa ver muchos pacientes nuevos, pero no seguirlos después). Las compañías, que defienden lo suyo, cierran el grifo más y más, moviéndose al límite de lo intolerable (un manicomio ruinoso y sin apenas personal sale más barato que un hospital decente). MUFACE (a fin de cuentas, el Estado), supuesta garante de una atención sanitaria de calidad, se desentiende por completo una vez se han firmado los conciertos, limitándose a decir-

le al mutualista que sí, que tiene derecho a todo, que lo exija; pero sin llevar a cabo la más mínima supervisión de lo que se hace después, de si tiene o no sentido (un asegurado insistente puede así conseguir residir una buena temporada en un hospital, a modo de balneario, mientras un psicótico crónico sin habilidades reivindicativas puede quedar abandonado a su -mala- suerte). Y los pacientes... Estos, del mismo modo que en el sistema de colaboradoras (que, dicho sea de paso, el Gobierno Aguirre, con la aquiescencia de todos, ha resuelto perpetuar y financiar), quedan atrapados, seducidos, encantados en el embrujo de una sanidad que, maravillas del capitalismo de ficción, aparece como otro bien de consumo más, que persigue la satisfacción del cliente, su gratificación directa; muchas veces a mayor gloria de su psicopatología, ignorante de lo que debe ser el cuidado real y la atención seria, de la ética que debe regir la actuación clínica. Desde una filosofía clientelista (a la que también la Sanidad Pública se va viendo abocada); sin Atención Primaria; sin sectorización; sin coordinación entre profesionales; con un acceso libre a especialistas que funcionan de modo independiente y que, en general, no sólo hacen la guerra por su cuenta sino que persiguen vender su consulta, su psicoterapia, su cama de agudos o su hospital de día, venga o no a cuento; en ese bazar desconcertante, el paciente psiquiátrico puede sentir que dispone de recursos y atenciones muy superiores en cantidad y calidad a los ofrecidos por la Sanidad Pública, sin ser consciente de que, con mayor probabilidad, se encuentra a expensas de un mercado que elude cualquier tipo de sentimentalismo cuando está tratando de colocar sus productos, que está al servicio de sí mismo, que no defiende otra causa.

Sin duda hay excepciones. No ignoro que puede acusarse de paternalista. Es cierto que algunos pacientes pueden beneficiarse de un sistema mucho más flexible. Es cierto que muchos profesionales abnegados logran mantener a flote su dignidad, se caracterizan por su buen hacer, se sostienen inasequibles al desaliento y a las diversas corruptelas. Es verdad que ciertas empresas (conscientes de que si no ejercen cierto control pueden verse desbordadas por el gasto, no, claro, por altruismo) tratan de organizar de una forma más racionalizada una suerte de red de asistencia psiquiátrica que posibilite un funcionamiento menos caótico y que, indirectamente, termina por beneficiar al paciente. Todo ello es cierto. Pero en Salud Mental el objeto de atención no es separable de las complejidades relacionales, de las carencias afectivas, de las proyecciones masivas, de la búsqueda

de chivos emisarios, de los funcionamientos sádicos y masoquistas, de la voracidad en la demanda, del abandono en el autocuidado o del desinterés por la propia vida; no es tan sencillo en Salud Mental aludir a la madurez y responsabilidad del usuario (por no decir cliente) para elegir lo que le conviene en el contexto del libre mercado.

Y no es tan sencillo obviar el efecto colateral inevitable: la insistencia en este modelo, con todo el disimulo que se quiera, todo lo indirectamente que se quiera, conlleva finalmente un recorte de los recursos disponibles para impulsar una Sanidad Pública digna, eficaz y sostenible.

Leopoldo Ralón

PANÓPTICO

María Inés López-Ibor nombrada Viceconsejera de Sanidad

Dentro del panorama político de la Comunidad de Madrid donde últimamente se han producido episodios de nepotismo y corrupciones, a veces, de forma insólita surgen figuras que a uno le hacen creer de nuevo en que las cosas pueden funcionar. De pronto aparece esa persona que huye del camino fácil y que, por mérito propio, se forja un destino basado en la vocación de entrega a los demás, rehuendo de cualquier ganancia personal. A veces incluso, tienen que renunciar temporalmente a sus carreras profesionales en las que tanto han luchado y donde son irremplazables. Son personajes hechos a sí mismos, difíciles de reconocer por su apego al anonimato, al trabajo bien hecho sin proclamas ni vanaglorias. Cuando una de estas figuras alcance un puesto que le honre, nos alegraremos.

Primeros pasos del plan de salud mental en Fuenlabrada

Actualmente se está procediendo a la selección de dos plazas de psiquiatra para el Hospital de Fuenlabrada, primer hospital madrileño abierto tras la aprobación del Plan de Salud Mental, por lo que el análisis de dicho proceso resulta especialmente significativo sobre el previsible desarrollo de dicho plan.

En primer lugar llama la atención la falta de información en torno a la convocatoria. Aunque es cierto que se ha anunciado en prensa nacional, no se ha facilitado información, entre otras cosas, sobre qué tipo de actividad asistencial se va a realizar (interconsulta hospitalaria, urgencias psiquiátricas, consulta ambulatoria, etc.), sobre si va a haber camas de psiquiatría en el hospital o sobre el tipo de convenio laboral de los contratados (en la web del hospital se afirma tan sólo que se va a elaborar un convenio específico). Cuando uno se dirige a responsables de psiquiatría del área correspondiente para recabar información se encuentra con que no sólo no habían sido consultados, sino que ni siquiera habían sido informados y se sorprendían ante dicha convocatoria.

En segundo lugar, esto pone de manifiesto la falta de sintonía con las buenas intenciones del plan de salud mental, pleórico de referencias (extraídas literalmente) a la red única de salud mental, a la integración, territorialidad e interdisciplinariedad, a la convergencia entre diferentes regímenes laborales, a la coordinación entre dispositivos y a la estructura asistencial en torno al área sanitaria (área a la que, por cierto, se adscribirían las nuevas plazas contratadas). Pareciera que la única integración funcional que ha de desarrollarse es la de los centros monográficos públicos.

En tercer lugar, a falta de información oficial nos fijamos en la que nos facilitan quienes han pasado la fase de baremación del currículum, por parte de una mesa de selección compuesta exclusivamente por representantes del hospital y los sindicatos, y que vuelve a apelar una vez más a los principios de igualdad, mérito y capacidad. Sin embargo, comentan los candidatos, por ejemplo, que se valoran los cursos realizados durante la residencia para la obtención del doctorado (si se ha logrado la suficiencia investigadora) pero no otras formaciones complementarias en centros acreditados durante el mismo periodo; o que la puntuación máxima por cursos de ofimática o de

gestión es la misma que por cursos clínicos (licenciatura en psicología, master de psicoterapia, incluso cursos de psicofarmacología o terapia electroconvulsiva); o que la experiencia laboral en hospitales públicos puntúa el triple que como autónomo; pero, y he aquí lo desconcertante, los centros de salud mental no se consideran hospitales públicos (lo que por otro lado no deja de tener su sentido).

Pendientes aún las fases psicotécnica y de entrevista, parece entreverse, tal y como insiste la dirección del hospital, el perfil del candidato requerido para el puesto (si no se encuentra podrá declararse desierto). Y mucho nos tememos que la capacidad de dicho perfil para desarrollar de forma concreta y específica la asistencia integral e integrada que promulga a los cuatro vientos el plan de salud mental irá acorde con la del mismo plan.

Participación de la AMSM en la III Semana de la Ciencia

Dentro de la III Semana de la Ciencia realizada en la Comunidad de Madrid del 3 al 16 de noviembre del 2003, la Asociación Madrileña de Salud Mental representada por la psiquiatra Cristina Polo Usaola y la psicóloga Marisa López Girones, realizaron un curso-taller en el pequeño anfiteatro del Colegio de Médicos, sobre Teorías y Creencias en torno a la Violencia de Género y su investigación científica.

La actividad despertó interés y contó con una participación de 68 personas, profesionales de la psicología, trabajadores sociales y público en general.

La sesión transcurrió con un recorrido temático sobre la violencia hacia la mujer, las aportaciones teóricas más significativas desde las distintas disciplinas, psicológicas y sociales, para posteriormente mediante técnicas de manejo de grupos reducidos, analizar las concepciones y Mitos instalados en la población, en torno al origen y mantenimiento de la relación de abuso y que consecuencias produce en la Salud Mental de la mujer y de los hijos. MITOS sobre: La violencia en la pareja, sobre las mujeres víctimas de violencia, sobre el agresor y planteamiento de las diferentes teorías explicativas sobre los malos tratos.

TEORIAS: psicológicas, modelos explicativos sociológicos, aportaciones feministas etc.

Los asistentes mostraron un elevado interés y motivación, expresada a través de una activa participación, tomando conciencia de algunos de los mitos en torno a la violencia de género.

Agradecemos a los coordinadores de la Semana de la Ciencia la oportunidad de acercar a la población algunos temas tratados en Salud Mental y que son de gran interés para la población en general de nuestra Comunidad.

El modelo Torreldones. Ciudad sin ley o la ley ciudadana

Desde hace relativamente poco tiempo estamos observando con gran atención algo que ocurría al otro lado del Atlántico. El modelo de gestión que la ciudad brasileña de Porto Alegre había ido desarrollando desde el año 1989 parecía algo novedoso y en cierta manera “revolucionario”. Los ciudadanos podían participar activamente en la gestión municipal a través del llamado presupuesto participativo. Pero resulta que este modelo lo teníamos aquí y no nos habíamos dado cuenta. Vecinos de Torreldones decidieron oponerse a la apertura de un Centro de Rehabilitación Psicosocial. Dicha oposición la trasladaron a sus representantes y éstos la ejecutaron. Por fin había verdadera participación ciudadana en la política municipal. Esto es lo importante.

No importa que los posibles beneficiarios de este recurso, vecinos por cierto de Torreldones, tengan que desplazarse casi 30 kilómetros para acudir al Centro que les corresponde en la actualidad. Ni que las personas afectadas por tal medida, vuelvan a sentir que son marginadas en su comunidad. Ni que no protejamos y ayudemos a los que más lo necesitan. Ni que aseguremos que en los 15 años de funcionamiento de los Centros no han existido problemas de convivencia vecinal (sin embargo pedimos, por ejemplo, que nos pongan más institutos de enseñanza en nuestros barrios cuando éstos son infinitamente más conflictivos para el entorno que los Centros de Rehabilitación). Ni que los datos que aporta la investigación científica confirmen que las personas con enfermedad mental no son violentas. Ni que se desoigan las voces de los propios afectados, sus familias, asociaciones profesionales o las de la propia administración que promueve y financia el recurso.

Al final lo importante parece que es la imagen, el metro para casi todos, los desarrollos urbanísticos, las radiales y las listas de espera quirúrgicas. Si los poderes públicos no velan por los más desfavorecidos, si no se atiende a las asociaciones, ni existe sensibilidad y criterio político, hemos inventado el nuevo modelo de gestión de lo público: el modelo vecinal-asambleario Torreldones.

Nuevos Usos y Abusos de las Agendas de Citación

Dentro de las profesiones sanitarias las agendas ocupan un papel primordial: es el instrumento que rige el orden de la consulta. Gestionadas por el propio el profesional responsable, o externamente desde un servicio de admisión, cumplen un papel fundamental: la administración temporal de la consulta. Quizás pocas agendas en el campo de la Salud sean tan particulares como las que administran los psiquiatras y psicólogos, trabajadores sociales o enfermeros. En este caso, de autogestión, no es el orden de aparición del paciente, ni un tiempo de intervalo entre citas vinculado a una psicopatología concreta la que determina la variabilidad en la frecuencia de las consultas. Generalmente estos intervalos los determinan la vulnerabilidad psíquica del paciente reconocida por el profesional, y las crisis derivadas de dicha vulnerabilidad. Por ello son agendas dinámicas: así el día “x” del futuro mes “y” puede variar de forma cuando nuevas citas marcadas por la urgencia de la atención deban hallar acomodo entre los intersticios de citas semanas antes programadas. Esto, de forma muy simplificada podría ser la descripción de una agenda “psf”.

Pero..., recientemente estamos apreciando nuevos usos y utilidades descubiertos por “otros gestores de la sanidad”.

1. Así, sin ir más lejos nuestra Asociación y otras, han denunciado el requerimiento por el Colegio de Médicos de Madrid de las agendas de los profesionales del Área 3, como supuesta prueba inculpatoria de intrusismo profesional de psicólogos en un centro de Salud Mental (ver expediente del ICOMEN contra dos profesionales en nuestra página WEB). Podríamos decir de otro modo, que las propias agendas se pueden volver contra los profesionales que las administran, al margen del rango de confidencialidad que sin duda les amparan.

2. El pasado 10 de Marzo, se envió para su difusión una circular a los Jefes de Distritos y Dispositivos, en la que se insta a los mismos a que intenten “a través de los profesionales” del centro “**y, concretamente, por medio de sus agendas**” información sobre el número de personas diagnosticadas de TP y TA, ya en tratamiento y nuevos casos detectados a lo largo de 2002. Se justifica ello dentro del contexto del Plan de Salud Mental, para “una revisión más profunda en cuanto a su epidemiología, nosología y abordaje”. Se reconoce en el mismo escrito, –parece que se admite finalmente que la costosa base de datos que desde un lustro ayudábamos a construir, sobre el CIE-9 no tiene validez–, que “debido a las dificultades de los sistemas de clasificación de Registro de casos, no tenemos una auténtica información de la carga que estos pacientes representan en nuestro trabajo diario”.

Y aún así, desconocemos, qué criterios clínicos quieren que utilicemos o qué trastorno de personalidad quieren identificar. Surgen asimismo confirmaciones a planteamientos críticos que ya habíamos pronunciado: El Plan, se hizo sin un estudio serio y previo de necesidades –una regla básica de cualquier plan-. Y en segundo lugar aún no saben cómo hacerlo. Pero, para ello parecen que están nuestras agendas.

En una cosa sí coincidiríamos, las agendas revelan la realidad de la asistencia que los profesionales realizamos. Revelan hojas saturadas de citas, reflejan el abandono en el que los profesionales que trabajan principalmente en dispositivos ambulatorios se encuentran sometidos por la Administración, con plantillas congeladas frente a una creciente demanda, ¿en aras de un déficit “0”?

Cabe preguntarnos también, si el motor de esta iniciativa ante “la carga que estos pacientes representan en nuestro trabajo diario”, responde más bien, a las presiones que diversos colectivos, en todo su derecho y hábilmente, dirigen, no al profesional de base, sino a las Instancias superiores de las cuales proviene la circular.

Por último, pareciera por otra parte que se estuviese gestando el canto de cisne de nuestras agendas si desde el IMSALUD, como parece que es el proyecto de acción, se empieza a instaurar un sistema centralizado e informatizado de citas. Sin duda aquí, el criterio de vulnerabilidad psíquica será excluido..., pues ¿no están para eso las Urgencias de los HG?

Sobre la retribución de las guardias del SER+MAS

El pasado 23 de enero se celebró una reunión en el CSM de Ciudad Lineal donde se nos había convocado a los psiquiatras laboralmente vinculados al SERMAS con el objetivo de tratar el tema de las diferencias retributivas entre este organismo y el IMSALUD en las guardias que realizamos de presencia física en los diversos hospitales de la Comunidad de Madrid. Únicamente se reunieron allí 10 personas como representantes de todos los psiquiatras de los Servicios de Salud Mental y de los Hospitales Psiquiátricos de las 11 áreas de Madrid. Tal vez, teniendo en cuenta la presión asistencial que sufrimos, resultara muy complicado para algunos desplazarse al mencionado centro un

viernes a la 14h. También podría darse el caso de que muchos de los compañeros no conocen la cuantía de la diferencia salarial que se trata de corregir. Resulta que en un mismo hospital, por poner un ejemplo, al psiquiatra del IMSALUD que está de guardia un sábado se le paga aproximadamente el **doble** que a su compañero, que trabaja en el mismo distrito, dependiendo del SERMAS y que realiza la guardia otro sábado en el mismo hospital y por supuesto, disfrutando también del derecho de libranza.

Puede que estos argumentos no sean suficientes para movilizar al personal médico; teniendo en cuenta nuestra vocación de servicio, tan altruista que hace que nos mostremos indiferentes ante banales cuestiones crematísticas. La misma indiferencia que mostramos cuando de golpe y plumazo se les retiró a los médicos especialistas con contrato temporal (interino) del antiguo Servicio Regional de Salud el complemento de atención exclusiva. También hemos pasado de largo sobre la cuestión de la carrera profesional, únicamente pensada para los facultativos con contrato fijo y sin que realmente se esté desarrollando, al no haberse reunido ningún comité evaluador para los psiquiatras y psicólogos de los CSM. Mientras tanto aún quedan especialistas en algunos centros sanitarios que, por su condición laboral de temporalidad, ni están incluidos en la carrera profesional, ni cobran la “exclusiva”.

Nada de esto parece importarnos a los psiquiatras, tan entregados a la tarea asistencial, al cuidado del otro, –pero a veces tan quejosos y “quemados”– que parecemos incapaces de entender que si ni siquiera nosotros nos respetamos no podemos esperar que ni pacientes ni administraciones sanitarias nos respeten y que, desde luego, cuando somos nosotros los primeros en valorar tan poco el trabajo que realizamos que ni siquiera reclamamos lo que en justa medida nos corresponde, no podemos esperar que otros nos consideren valiosos. Por todo ello, es posible que, de alguna manera, merezcamos el maltrato de la Administración.

En la reunión del pasado día 23 se planteó la dificultad de que se nos equipararan económicamente la guardias a nuestros compañeros del IMSALUD, siendo nosotros personal laboral regulado por un convenio (que por cierto, ahora se está negociando), mientras que ellos son personal estatutario. La iniciativa de dicha reclamación la habían tenido ya los médicos especialistas del HGUGM que se estaban movilizando por la vía judicial, asesorados por letrados del SATSE. Parecía la suya una exigencia demasiado ambiciosa y difícil de conseguir, pero desde luego justa y suficientemente importante como para que los sindicatos que están ahora implicados en la negociación del convenio la tuvieran en cuenta a pesar del escaso interés que tradicionalmente estos han mostrado hacia nuestros derechos y reivindicaciones. Se pensó en primer lugar recabar información sobre la realidad de la situación acudiendo a alguna de las reuniones convocadas por nuestros colegas del Marañón y estudiar posteriormente nuestras posibilidades. Se consideró también importante explicar a los psiquiatras de los distintos centros lo que está sucediendo, así como recoger sugerencias y propuestas para redactar un escrito dirigido a los responsables de la administración competente, en el que reclamemos la igualdad retributiva de las guardias como una medida lógica encaminada a lograr la equiparación salarial entre profesionales de similares categorías que ya debería hacerse realidad al haber asumido la transferencia de Sanidad el Gobierno de la Comunidad Autónoma. Considerando, por otra parte, que ya se habló de nuestra plena integración dentro de la Atención Especializada en el último Plan de Salud Mental, nos preguntamos para cuándo está esto previsto ya que da la impresión de que va para largo a tenor de lo que está sucediendo.

Por parte de los asistentes a la reunión se sugirieron distintas posibilidades como forma de presión, incluida la huelga, si se diera el caso de que la Consejería de Sanidad hiciera caso omiso a nuestras peticiones, aunque el ánimo general no era de llegar a medidas radicales. Eso sí, se hizo patente el hartazgo y el descontento de muchos psiquiatras, que puede también refleje el de otros profesionales de la Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Como sólo desde la queja pasiva nada se puede conseguir ni construir, tal vez deberíamos movilizarnos para respetarnos y conseguir un reconocimiento básico.

La formación continuada de los trabajadores sociales y la docencia M.I.R. Y P.I.R.

En 1997 se creó la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con el objetivo, entre otros, de garantizar la calidad de los cursos de formación que se imparten a los profesionales que trabajan en el Sistema Nacional de Salud. Esta Comisión se encarga de evaluar cada curso para otorgarle su valor en créditos (que no tienen que ver con el sistema universitario). La idea es que en el futuro, sólo los cursos aprobados por dicha Comisión van a ser financiados por la Administración (la Agencia Pedro Laín Entralgo en nuestro caso) y van a ser tenidos en cuenta

en la carrera profesional. No parece mala idea que en este maremagno de seminarios, reuniones científicas, cursos, talleres, congresos, jornadas y demás haya un organismo que objetivamente valore qué cosas merecen realmente la pena y en qué medida.

Pero todo esto, que tiene un planteamiento tan razonable, no puede escaparse tampoco de la sinrazón. Resulta que esta Comisión, por consenso nacional, considera que los trabajadores sociales empleados en el Sistema Nacional de Salud no forman parte en ningún caso de las profesiones que merezcan formación continuada sanitaria. Por poner un ejemplo, si se organiza un curso sobre el seguimiento y la continuidad de cuidados en enfermos mentales crónicos este ha de dirigirse únicamente a otros profesionales que no sean trabajadores sociales para ser aceptado (por ejemplo enfermeros). Si a este curso asisten trabajadores sociales no se les dará ningún certificado de asistencia, ni como oyentes tan siquiera. Además si hubiera una auditoría y se comprobara que los inscritos no son todos sanitarios, el curso puede ser desacreditado. Por supuesto, si los trabajadores sociales no pueden asistir a los cursos, a nadie le cabe en la cabeza la posibilidad de que pudieran coordinarlos.

Algo parecido sucede con los residentes. Todos los cursos que se organizan a través de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y que financia la Agencia Pedro Laín Entralgo son de formación continuada (y en un futuro tendrán que ser obligatoriamente evaluados y acreditados por la Comisión de Formación Continuada del S.N.S.). Esto excluye explícitamente a los residentes porque se supone que ellos ya tienen su programa de formación (desde luego hay mucho que suponer, especialmente en algunas de las áreas sanitarias). Al igual que los trabajadores sociales pueden ir como oyentes pero esto no significa que vayan a recibir ningún certificado por ello. Cabe la posibilidad de que, como son médicos y psicólogos, si sobra alguna plaza puedan inscribirse, pero en ningún caso fuera de su área sanitaria. Así que no lo olviden: los trabajadores sociales del Sistema Nacional de Salud (incluidos los de la red de salud mental) no merecen formación continuada sanitaria y los residentes tiene un programa de formación tan completo, homogéneo y redondo que hace innecesario que se organicen actividades docentes desde la Agencia Pedro Laín Entralgo.

II Semana de la Ciencia 2003: Mesa redonda sobre “la problemática de las personas sin hogar con trastornos mentales”

La AMSM junto con el grupo SMES MADRID organizó dentro de las actividades de la II Semana de la Ciencia una Mesa redonda el martes 11 de noviembre de 2003 en el Colegio de Médicos de Madrid. En dicha Mesa Redonda se presentaron los resultados de algunos estudios, tanto de ámbito nacional como internacional en los que han participado profesionales españoles y que tratan sobre la problemática de las personas sin hogar con trastornos mentales. Los temas tratados y los ponentes fueron los siguientes:

- Presentación de las investigaciones (Encuesta Preliminar y H&D) y del grupo SMES. Marife Bravo.
- Investigaciones sobre personas sin hogar en la Comunidad de Madrid y necesidades. Pedro Cabrera.
- Resultados de los estudios del grupo de la UCM de Madrid. Sonia Panadero y Manuel Muñoz.
- Descripción de experiencias de intervención en Madrid:
 - Asociación Realidades. Carmen Lozano.
 - Unidad Móvil de Emergencias Sociales (UMES). Rubén Andreo Canovas.
 - Asociación RAIS. Jose Manuel Caballo.
 - SOLIDARIOS para el Desarrollo. Jose Anierte.
 - Equipo de calle para personas sin hogar con Trastornos Mentales del SSM de Centro. María Vázquez.

La asistencia al acto fue muy buena, contando con 102 personas, fundamentalmente psicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales, terapeutas ocupacionales y enfermeros y estudiantes de estas carreras. El debate fue rico y hubo coincidencia sobre la importancia y urgencia de la problemática que estas personas presentan y la necesidad de que se cubran sus necesidades, tanto desde el ámbito de lo sanitario como de lo social. Los primeros pasos que se están dando parecen estar orientados en un sentido positivo pero todavía son muy insuficientes.

Además se organizaron dos visitas guiadas al "Rincón del Encuentro" de RAIS y al "Centro de Acogida de Mínima Exigencia Puerta Abierta" del Ayuntamiento de Madrid organizado por Grupo 5.

Esquizofrenia, autismo y teoría de la mente⁽¹⁾

1. INTRODUCCIÓN

¿Puede un “fallo metacognitivo” identificar y explicar las dificultades en la interacción social (con otros sujetos, con el mundo) de pacientes limitados en esta área? Nuestro proyecto pretende revisar las aportaciones del concepto de “theory of mind” (ToM) o Teoría de la Mente a la psiquiatría clínica. Analizaremos la correlación de este déficit con la clínica supuestamente explicada por él, mediante un estudio comparativo de pacientes en los que se ha postulado un déficit en la ToM como explicación de su sintomatología. Un déficit metacognitivo de este tipo se ha puesto en relación con el espectro autista¹ y más recientemente con pacientes esquizofrénicos². Al igual que hace cincuenta años la “extrañeza” que produce el primer contacto con estos pacientes incita a pensar en las relaciones entre ambos trastornos³. ¿Es sólo una intuición clínica? ¿Son otros los motivos del uso de este déficit como explicación de trastornos diferentes? ¿Cuál es el alcance explicativo del déficit en “ToM” en cada caso? Una observación clínica detallada y comparación de pacientes con ambos trastornos mediante pruebas neuropsicológicas y neurofuncionales creemos pueden aportar claridad a un problema que alcanza más allá de la clínica. Las dificultades en la interacción social (con el otro y con el mundo) son una de las limitaciones más graves que puede presentar un paciente psiquiátrico. La mejoraría de estas limitaciones pasa por una mejor descripción y conocimiento del problema.

1.1. Teoría de la Mente (ToM)

La ToM se define como la habilidad que permite comprender el comportamiento de los otros, interpretar y predecir acciones propias y ajenas. Surge para explicar cómo conocemos a los otros, ha sido utilizada para dar cuenta de las explicaciones que los hombres dan de la propia conducta humana⁴.

Los primeros en definir la ToM son Premack y Woodruff (1978)⁵. Posteriormente Pylysin⁶ la define como la capacidad de tener relaciones representacionales acerca de relaciones representacionales o metarrepresentación. Dennett⁷ hace posible la aparición de tareas de falsa creencia, que permiten evaluar la posesión de ToM.

En 1983, Wimmer y Perner⁸ diseñan un escenario experimental que prueba la adquisición de capacidades mentalistas entorno a los 4 años de edad.

Surgen dos posiciones teóricas fundamentales acerca de la ToM: Las “teorías de la teoría”, que señalan como necesaria una competencia mentalista para adquirir la habilidad de interactuar con otras personas. Y por otro lado, el enfoque simulacionista que define la ToM como un sistema de procesamiento, donde existe un autoacceso a la propia mente y una proyección simulada de cómo se experimenta y concibe el mundo.

1.2. Aplicaciones de ToM en el trastorno generalizado del desarrollo (TGD)

A partir del trabajo de Baron-Cohen⁹ comienza a plantearse en los TGD la existencia de un déficit metacognitivo: un fallo en el mecanismo que nos permite tener una teoría de la mente y que explicaría la tríada sintomática de Wing (1980): deficiencias en las relaciones sociales, en la comunicación y en la capacidad de crear juego de ficción. La ToM se explora mediante tareas de falsa creencia; existen tareas de falsa creencia de primer orden, donde un personaje tiene una creencia errónea sobre el estado del mundo, y tareas de falsa creencia de segundo orden, donde un personaje tiene una creencia errónea sobre la creencia de otro personaje. Estas herramientas han permitido gran cantidad de estudios empíricos con resultados a favor de un déficit en la ToM en pacientes con TGD, incluso aquellos con alto nivel de funcionamiento y lenguaje verbal desarrollado^{10,11}.

Fruto de estos resultados han surgido hipótesis para explicar los síntomas clínicos como el resultado de este déficit metacognitivo: Leslie¹² define el autismo como un déficit neurológico, donde la capacidad de crear ficciones reside en el mismo mecanismo que da

⁽¹⁾ Este trabajo resultó premiado con la V Beca de Investigación Miguel Ángel Martín de la AMSM

lugar a la ToM. Por otro lado, U. Frith^{13,14} señala un déficit de coherencia central y dice que el impulso que lleva a dar una coherencia central a toda la información es débil en el autismo.

1.3. Aplicaciones de ToM en esquizofrenia

En 1992 C. D. Frith³ planteó un déficit en la ToM como hipótesis explicativa de la clínica de pacientes esquizofrénicos. Dentro del marco teórico de la psicología evolutiva y cognitiva y tomando como referencias teóricas la “modularidad de la mente”¹⁵ y la “metarrepresentación”¹⁶; supone un fallo en la metarrepresentación como el causante de las alteraciones cognitivas que subyacen a los síntomas y signos esquizofrénicos. Los divide en anomalías del comportamiento (síntomas negativos, incoherencia del habla e incongruencia del afecto) y síntomas positivos. “Mi propuesta es que las personas con esquizofrenia se parecen a las autistas en que también tienen dañado el mecanismo que les permite mentalizar”. Presupone que en la esquizofrenia existe una alteración de la conciencia producida por una falta de control por parte de los procesos conscientes superiores; si el esquizofrénico tiene una alteración de la autoconciencia es posible que exista una alteración en su capacidad de metarrepresentación. En las 3 áreas de autoconciencia en las que la metarrepresentación desempeña un papel (conciencia de las metas, conciencia de las propias intenciones y de las intenciones de los otros) se pueden producir fallos produciéndose síntomas: pobreza de acción; anomalías de la experiencia; delirios de persecución y de referencia respectivamente.

Explica las diferencias clínicas existentes entre autistas y esquizofrénicos (a pesar de tener el mismo déficit cognitivo los autistas no tienen síntomas positivos) por la distinta edad de aparición. En este sentido, argumenta que el esquizofrénico sabe por sus experiencias pasadas que es útil y fácil inferir los estados mentales de los demás, y que incluso lo seguirán haciendo cuando el mecanismo falle. La deducción de estados mentales se habrá convertido en una rutina. Con todo esto su propósito es diseñar una hipótesis unificadora que permita entender la relación de los síntomas entre sí, la relación entre síntomas esquizofrénicos y déficits cognitivos, y la identificación de procesos cerebrales implicados en la esquizofrenia, mediante una clasificación de síntomas y signos que facilite la experimentación.

En general, la investigación de la ToM en la esquizofrenia no ha producido resultados satisfactorios y coherentes como en la investigación en TGD. Existen varios es-

tudios empíricos al respecto^{17,22}. Algunos señalan la relación de los déficits en esta área con determinados clúster sintomáticos: desorganización y pobreza psicomotora, y con mayor alteración si hay trastorno del pensamiento o pobreza²³. Al revisar la bibliografía, sólo se encuentra un estudio²⁴ que compare las tareas de la ToM en esquizofrénicos y TGD (a pesar de que se haya propuesto un mismo mecanismo cognitivo subyacente a ambos trastornos). Los participantes en dicho estudio eran niños.

1.4. Interés del estudio

Más que su posible uso como herramienta de medida en la clínica nuestro interés en esta “theory of mind” se centra en aquello que intenta medir: la relación del sujeto con los otros, la interacción social. No es casualidad que una herramienta que ha dado tantos frutos en el campo de los TGD se empiece a utilizar ahora en esquizofrénicos. Una operación parecida, aunque a la inversa, ya tuvo lugar con el concepto de autismo³, que se traspasó del campo de la esquizofrenia al de dichos trastornos en las primeras descripciones de este síndrome en la década de los 40. Kanner y Asperger, sugirieron un trastorno del contacto afectivo destacando las peculiaridades de la comunicación, las dificultades de integración social, los movimientos estereotipados y las capacidades intelectuales aisladas de estos pacientes¹³. El traspaso de esta herramienta del campo de los TGD a la esquizofrenia² intenta equiparar ciertos aspectos de ambos trastornos y poner en relación hallazgos clínicos con déficits “metacognitivos”. Algunos pacientes que podrían diagnosticarse de TGD se parecen en la superficie de su comportamiento a cierto tipo de pacientes esquizofrénicos. Este parecido en la superficie es el resultado de una trayectoria muy diferente que necesita ser reconstruida para que se aprecien los diferentes modos de llegar a un comportamiento socialmente extraño. Como complemento a esta reconstrucción pueden utilizarse estudios neuropsicológicos y de imagen que ya han sido utilizados en el estudio de pacientes con TGD. Como vemos, parece existir un conjunto de homogeneidades que dan cierto aire de familia a estos pacientes vinculados por el concepto de autismo. Pero, ¿Son lo mismo? ¿Se pueden equiparar como hace CD Frith?

1.5. Objetivos del estudio

El trabajo que hemos realizado pretende revisar las aportaciones del concepto de “theory of mind” (ToM) a la psiquiatría clínica. Analizaremos la correlación del déficit en ToM con la clínica supuestamente explicada por él, mediante un estudio comparativo transversal de

pacientes en los que se ha postulado un déficit en ToM como explicación de su sintomatología: TGD (síndrome de Asperger) y esquizofrénicos. Planteándonos los siguientes objetivos:

1. Comparar la frecuencia de déficit en la ToM en pacientes diagnosticados de TGD (Subtipo: Síndrome de Asperger) y pacientes diagnosticados de Esquizofrenia (Subtipos: distorsión de la realidad, pobreza psicomotora, desorganización).
2. Valorar la correlación de dicho déficit con hallazgos en pruebas neurofuncionales: SPECT.
3. Valorar la correlación de dicho déficit con anomalías pragmáticas del lenguaje detectadas mediante exploración neuropsicológica con batería DNA-Luria.

Así nos preguntamos: 1. si hay diferencias entre TGD y esquizofrenia en la realización de tareas de ToM y en la exploración neuropsicológica. 2. Si hay algún subtipo de esquizofrenia más parecido a los TGD en la realización de tareas de la ToM y en la exploración neuropsicológica. 3. Si el déficit en la realización de tareas de la ToM está relacionado con algún déficit neurológico, que quizá podría deberse a un déficit semántico-pragmático como en TGD.

2. METODOLOGÍA

Sujetos participantes:

Han participado en el estudio 30 sujetos adultos diagnosticados antes de la realización del estudio. Todos ellos pertenecen al área 2 de Madrid y al menos han ingresado en una ocasión en la Unidad de Hospitalización Breve.

1. TGD: Seis pacientes tipo síndrome de Asperger, diagnosticados por criterios de Gillberg y Gillberg²⁵, CIE-10²⁶ o DSM-IV²⁷. 2.- TAB: Seis pacientes como grupo control, diagnosticados mediante criterios de DSM-IV²⁷ o CIE-10²⁶.
3. Esquizofrenia. Dieciocho pacientes diagnosticados con criterios de DSM-IV²⁷ o CIE-10²⁶. Dentro de este grupo se dividió a los pacientes en tres subgrupos según los síndromes descritos por Liddle²⁸: E. distorsión de la realidad (6 pacientes), E. Desorganizada (6 pacientes) y E. Pobreza motora (6 pacientes).

De todos los pacientes participantes en el estudio se recogió edad, situación laboral, tipo de convivencia, GAF y nivel de estudios. Es importante señalar el nivel educativo porque las puntuaciones escalares obtenidas en una de las exploraciones realizadas (DNA-Luria) se comparan para extraer la puntuación típica con pobla-

ciones de referencia según nivel educativo y no según la edad como en el WAIS.

Exploraciones realizadas:

Realización de tareas de habilidad en “ToM”: se utilizaron las tareas de falsa creencia de primer y segundo orden y los “comic-strip”. Se considera fallo grave en de la “ToM” cuando el paciente presenta dificultades en las tareas de primer y segundo orden. Se considera fallo menos grave si sólo presenta dificultades en tareas de segundo orden. Se ha definido en el estudio una cuarta variable que llamamos *déficit en ToM* entendido como el fallo en dos de las tres tareas para medir ToM que se han explicado anteriormente.

En una historieta de falsa creencia de primer orden un personaje tiene una creencia errónea sobre el estado del mundo. La tarea de primer orden que se ha utilizado es la de “Anne y Sally” explicada previamente. Para la realización de las tareas se utiliza un texto narrado y se acompaña de unas imágenes que facilitan su comprensión. Se realizan preguntas de control para evitar que el fallo no sea debido a falta de atención o de retención. En una historieta de falsa creencia de segundo orden, un personaje tiene una creencia errónea sobre la creencia de otro personaje. Para la realización de las tareas se utiliza un texto narrado y se acompaña de unas imágenes que facilitan su comprensión. Se realizan preguntas de control para evitar que el fallo no sea debido a falta de atención o de retención. Hacer la tarea bien quiere decir tener buena capacidad deductiva de los estados mentales.

Los Comic-Strip son historias en las que el paciente tras ver tres viñetas tiene que elegir cual será la cuarta entre otras tres. Para realizar bien la tarea hay que comprender cual es la intención del personaje. Estos últimos no se usan todavía en la clínica, son usados sólo en investigación.

La valoración neuropsicológica fue hecha mediante las baterías: WAIS ya que en estudios previos en este campo se ha señalado el C.I. como variable de confusión; y DNA-Luria (haciendo hincapié en la presencia o no de dificultades en la comprensión y manejo de conceptos y expresión de los mismos con un lenguaje predicativo normal). Dado su carácter cualitativo y el hincapié en aspectos lingüísticos que posee, diferente al de otras baterías. En la batería DNA-Luria los ítems 27 a 31 valoran la capacidad para realizar operaciones lógico-gramaticales que son las que permiten ordenar el pensamiento y adaptarse a la realidad y la relación interpersonal que se encuentran alteradas en pacientes con

TGD (Síndrome de Asperger)²⁹. A su ausencia llamamos en el estudio déficit pragmático.

Se utilizó el SPECT para estudiar la perfusión cerebral utilizando como contraste el ^{99m}Tc (HMPAO), que se fija al tejido cerebral de forma proporcional al flujo sanguíneo. Ofrece imágenes representativas de la perfusión en el momento de la inyección. Se consigue una valoración cualitativa mediante escalas colorimétricas y semicuantificación del flujo sanguíneo cerebral, usando índices relativos de captación entre regiones de interés (ROI) dibujadas sobre áreas a evaluar y ROI de referencia (cerebelo, cuentas totales del cerebro). Sólo se pudo realizar a 12 de los 30 pacientes.

Análisis estadístico:

Para el análisis multivariable se utiliza el programa informático G-STAT. El test ANOVA se usa para comparar las variables sociodemográficas, la información clínica y la evaluación de la ToM y neuropsicológica. El Test de Bonferroni para las comparaciones múltiples. Para ver si existe relación entre el fallo en tareas de la ToM y la puntuación en las distintas subescalas neuropsicológicas empleadas se utiliza como estadístico la *t* de student.

3. RESULTADOS

No existen diferencias estadísticamente significativas entre esquizofrénicos, TGD y controles en cuanto a edad, nivel de estudios, situación laboral, convivencia, GAF y CI (tanto en el verbal, como en el manipulativo o el total).

Existe diferencia en cuanto al sexo, siendo la proporción de varones del 100% entre los TGD y de 50% entre los pacientes con esquizofrenia y TAB. La edad media de los sujetos participantes está comprendida entre los 25 y los 30 años. El nivel socioeconómico es medio en la mayoría de los participantes.

El 70% de los TAB tenía estudios secundarios, el resto primarios. Entre los TGD el 50% tenía estudios primarios, el 30% secundarios y el 20% superiores. Entre los esquizofrénicos, la gran mayoría tenía estudios secundarios. Hay que señalar que en el subtipo de pobreza psicomotora un 50% tenía estudios superiores.

3.1. Fallo en la ToM

Tareas de falsa creencia de primer orden (viñetas de primer orden): De los treinta participantes, sólo seis hicieron mal esta tarea. El mayor porcentaje de pacien-

tes que falló se encontraba entre los TGD y en el subtipo de esquizofrenia desorganizada. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los cinco grupos.

Tareas de falsa creencia de segundo orden (viñetas de segundo orden): De los treinta pacientes doce fallaron esta tarea. El mayor porcentaje de pacientes que falló se encontraba entre los TGD, seguidos del subtipo de esquizofrenia de distorsión de la realidad. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los cinco grupos ($p < 0.05$).

Cómic strips: Fallan en esta tarea 9 de los 30 pacientes, de ellos el 45% son TGD. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los cinco grupos.

Déficit pragmático: De los pacientes con déficit pragmático un 33% son TGD. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los cinco grupos.

3.2. Diferencias entre los cinco grupos de pacientes

Realización de tareas de la ToM: Existen diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los cinco grupos de pacientes en la realización de tareas con viñetas de segundo orden. Fallan esta tarea un 83% de los TGD, un 66% de los esquizofrénicos tipo distorsión de la realidad, un 33% de esquizofrénicos tipo desorganizada, un 16% de los esquizofrénicos tipo pobreza psicomotora y ningún paciente con TAB.

Comparando viñetas de primer orden, los Comic-strips y el déficit en ToM, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los cinco grupos de pacientes.

Exploraciones neuropsicológicas: Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas entre los cinco grupos de pacientes.

3.3. Diferencias entre pacientes adultos diagnosticados de TGD y esquizofrenia

Realización de las tareas de ToM:

Comic-Strip: Existe diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.014$) en la realización de esta tarea, siendo la tasa de error de TGD de un 83% frente al 22% de los esquizofrénicos.

Déficit ToM: También encontramos diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.015$) en este promedio, siendo la tasa de déficit de TGD de un 83% frente al 22% de los esquizofrénicos.

No se encontraron diferencias al comparar entre los dos grupos de pacientes la realización de tareas de falsa creencia de primer y segundo orden.

Exploración neuropsicológica:

Se compararon las medias en los diferentes subtest del Luria entre los dos grupos de pacientes. Los pacientes TGD obtuvieron peores resultados, estadísticamente significativos, en los siguientes subtest: Habla expresiva, donde la media de los TGD en el subtest es de 48.16 y la de los esquizofrénicos 58.72. ($p = 0.034$) y Dibujos temáticos y textos donde la puntuación media de los TGD en el subtest de dibujos y textos es de 28.33 y de los esquizofrénicos 49.41. ($p = 0.005$).

3.4. Comparación entre pacientes con TGD y los subgrupos de esquizofrenia (clasificación de Liddle) en la realización de tareas de la ToM y en la exploración neuropsicológica

Ya hemos visto como las únicas diferencias estadísticamente significativas encontradas al comparar pacientes adultos con TGD y esquizofrenia las hallamos al explorar el déficit en tareas ToM mediante “comics strips” y déficit promedio; con respecto a la exploración neuropsicológica hallamos diferencias estadísticamente significativas en las áreas de habla expresiva y dibujos y textos. Nos preguntamos al realizar el estudio si comparando cada subtipo de Esquizofrenia (desorganizada, distorsión de la realidad y pobreza psicomotora) con los TGD, podremos concluir que hay algún subtipo de esquizofrenia más parecido a los TGD.

3.4.1. Esquizofrenia desorganizada

No hallamos diferencias estadísticamente significativas en la realización de las tareas de ToM con respecto a los TGD.

En la exploración neuropsicológica se han encontrado diferencias significativas en la memorización lógica ($p = 0.011$), el habla expresiva ($p = 0.011$) y en la realización de dibujos y textos ($p = 0.012$).

3.4.2. Esquizofrenia distorsión de la realidad

En la realización de las tareas de ToM hallamos diferencias estadísticamente significativas en la realización de comic-strip ($p = 0.011$), y en el déficit promedio de ToM ($p < 0.01$) con respecto a los TGD.

En la exploración neuropsicológica: Se han hallado diferencias significativas en dibujos y textos ($p < 0.01$) y en déficit pragmático ($p < 0.01$).

3.4.3.- Esquizofrenia pobreza psicomotora

En la realización de las tareas de ToM se han hallado diferencias estadísticamente significativas en la reali-

zación de tareas de falsa creencia de segundo orden ($p = 0.02$), y en el déficit promedio de ToM ($p = 0.02$) con respecto a los TGD.

En la exploración neuropsicológica no existen diferencias significativas en ninguna de las áreas exploradas.

3.5. Relación entre realización de tareas de la ToM y déficit neuropsicológico o déficit neurofuncional

Nos planteábamos en el estudio evaluar si existe relación entre los fallos en las distintas tareas para medir la tarea de la mente y peores resultados en alguno de los subtest del Luria. Apuntábamos, incluso, hacia la posible existencia de relación con un déficit semántico- pragmático. Nuestros resultados avalan dicha hipótesis en el caso de las tareas de falsa creencia de segundo orden. Los pacientes que fallaron en la realización de tareas de falsa creencia de segundo orden obtuvieron peores resultados en la realización del subtest de actividad conceptual ($p = 0.05$) y en déficit pragmático ($p = 0.06$).

Los pacientes que fallaron en la realización de comic-strip obtuvieron peores resultados en la realización del subtest de dibujos y textos ($p = 0.019$) y en la puntuación total del Luria ($p = 0.023$). No se encontraron datos estadísticamente significativos en el caso de las tareas de falsa creencia de primer orden.

El SPECT sólo pudo realizarse en 12 de los 30 pacientes, en todos se halló algún déficit de perfusión aunque sin que se repita ningún patrón y con resultados muy heterogéneos. Dado el escaso número de pacientes en la muestra no se ha realizado estudio estadístico para comparar el déficit en la ToM con el déficit neurofuncional.

4. CONCLUSIONES

De las pruebas que exploran la ToM la que mejor discrimina entre los cinco grupos es la de Viñetas de 2º orden. Entre los pacientes con TGD y esquizofrenia se encuentran diferencias estadísticamente significativas con la tarea de ToM de **comic-strip**, y dentro de la exploración neuropsicológica con DNA Luria en las subescalas de **habla expresiva** (el deterioro en esta área refleja daño en regiones corticales diversas del hemisferio izquierdo) que explora la producción del habla mediante repetición de palabras y frases; explora también el proceso de incluir palabras en una secuencia particular, la función nominativa y generalizadora del lenguaje y la función narrativa y en la subescala de dibujos y textos que explora la comprensión de mensajes transmitidos de forma pictórica y verbal. El significado de los mismos se acla-

ra como resultado de una actividad analítico-sintética. Los dibujos sólo pueden ser interpretados después de la síntesis de una serie de detalles y una vez hechas ciertas deducciones. Los textos de las historias, tienen una estructura gramatical simple, expresan un tema complejo, para captar su esencia se requiere un cuidadoso análisis de los mismos y de sus relaciones internas. La comprensión de las metáforas indica que el sujeto traspasa los límites de la función nominativa del habla siendo capaz de asignar una significación sutil a determinadas expresiones en una situación dada.

Al comparar los pacientes con TGD con los tres subtipos de esquizofrenia descritos por Liddle observamos que el grupo de esquizofrénicos que más se diferencia es el de *distorsión de la realidad*. El subtipo esquizofrenia desorganizada no difiere en cuanto a habilidades de la ToM y sí en la exploración neuropsicológica, hallándose diferencias en las subescalas de habla expresiva y memorización lógica. Por otro lado, en la comparación entre pacientes con TGD y esquizofrenia subtipo pobreza psicomotora, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la realización de tareas de falsa creencia de 2º orden y no en la exploración neuropsicológica.

Los resultados obtenidos en este estudio no avalan un mismo déficit metacognitivo como explicación de ambos trastornos tal y como defiende C.D. Frith.

Cuando exploramos a un paciente podemos discriminar si es un TGD o un esquizofrénico, sin embargo cuando utilizamos herramientas de medición para ello los resultados son heterogéneos. Para que se aprecien las diferencias entre ambos grupos de pacientes se necesita reconstruir la trayectoria que recorre cada uno de los pacientes y la manera en que tienen restringido el acceso al transcurrir cotidiano de la vida en sociedad. Un fallo en la ToM, un déficit neuropsicológico concreto, sólo son datos que nos ayudan en esa reconstrucción. No podemos, por tanto, según los resultados de nuestro estudio, afirmar que la ToM sea la causa común de ambos trastornos.

Agradecimientos: A la AMSM por la concesión de la beca de investigación de Miguel Ángel Martín. A Carlos Rejón Altable y Pablo Ramos Gorostiza por su colaboración.

Alicia García Recio, Lydia Gayubo Moreo, María Portela Vicente y Alicia Vírveda Antoranz.
Hospital Universitario de la Princesa.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H, Cohen DJ. Understanding other Minds. Oxford: Oxford University Press, 2000.
2. Frith C.D. The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia. Hove: Lawrence Erlbaum associates, 1992.
3. Bleuler E. Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Hormé, 1993.
4. A Riviere. "Teoría de la Mente y metarrepresentación". En: Chacón P, Rodríguez M, eds. Pensando la mente. Perspectivas en filosofía y psicología. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 2000.
5. Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? Behav Brain Sci 1978; 4:515-26.
6. Pylysin ZW. When is attribution of beliefs justified? Behav Brain Sci 1978; 1: 592-3.
7. Dennet C. D. "Beliefs about beliefs". Behavioral and Brain Sciences 1978; I: 568-580.
8. Wimmer H, Perner J. Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. Cognition 1983; 13(1): 103-28.
9. Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., Frith, U. Does the autistic child have a theory of mind? Cognition 1985; 21: 37-46.
10. Carpenter, Malinda, Pennington, Bruce F, Rogers, Sally J. Understanding of others' intentions in children with autism. Journal of autism and developmental disorders 2001; 31: 589-99.
11. Baron-Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C, Robertson M. Another advance test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or asperger sd. Journal of child psychology and psychiatry 1997; 38: 813-22.
12. Leslie, A. Pretense and representation: The origins of theory of mind. Psychological Review 1987; 94: 84-106.
13. Frith U. Autism: Explaining the Enigma. Oxford: Blackwell, 1989.
14. Frith U. Autism and Asperger's Syndrome. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
15. Fodor J. The modularity of Mind. Cambridge: MIT, 1983. (ed. Cast. La modularidad de la mente. Madrid: Morata, 1986).
16. Safarty Y. Déficit of the theory of mind in schizophrenia: clinical concept and review of experimental arguments. Canadian Journal Psychiatry 2000; 45: 363-8.

17. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1995; 17: 5-13.
18. Corcoran R, Cahill C, Frith CD. The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: a study of "mentalizing" ability. *Schizophrenia Research* 1997; 24: 319-27.
19. Sarfati Y, Hardy-Bayle MC, Besche C, Widlöcher D. Attributions to others in people with schizophrenia: a non-verbal exploration with comic strips. *Schizophrenia Research* 1997; 25: 199-209.
20. Sarfati Y, Hardy-Bayle MC, Brunet E, Widlöcher D. Investigating theory of mind in schizophrenia: influence of verbalization in disorganized and non-organized patients. *Schizophrenia Research* 1999; 37: 183-90.
21. Sarfati Y, Passerieux C, Hardy-Bayle M. Can verbalization remedy the theory of mind deficit in schizophrenia?. *Psychopathology* 2000;33:246-51.
22. Mazza MD, De Risio A, Surian L, Roncone R, Casacchia M. Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2001;47:299-308.
23. Blackwood NJ, Howard RJ, Bentall RP, Murray RM. Cognitive Neuropsychiatric models of persecutory delusions. *American Journal Psychiatry* 2001;158:527-539.
24. Pilowsky T, Yirmiya N, Arbelle S, Mozes T. Theory of mind abilities of children with schizophrenia, children with autism, and normally developing children. *Schizophrenia Research* 1999;42:145-55.
25. Gillberg C, Gillberg IC. Asperger syndrome some epidemiological considerations: a research note. *J Child Psychol Psychiatr* 1989;3:631-638.
26. OMS. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Panamericana, 2000.
27. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a ed. (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association, 1994.
28. Liddle P. F. The symptoms of chronic schizophrenia: a reexamination of the positive-negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry* 1987;158:340-345.
29. Ramos P, Fournier del Castillo C. Síndrome de Asperger y disfasia semántica. *Arch Neurobiol* 1995; 58:391-398.

Merck contra Laporte. O el derecho recíproco de réplica

A. HECHOS, DE LO GENERAL A LO CONCRETO

1. Los anti-inflamatorios no esteroideos (AINE) están indicados en el tratamiento a/ paliativo de la inflamación articular aguda y crónica (gota, por ejemplo), b/ del dolor (dismenorrea, por ejemplo) y c/ de la fiebre. No se conoce bien su mecanismo de actuación, pero disminuyen la síntesis de prostaglandinas al inhibir la ciclo-oxigenasa (COX). Los efectos beneficiosos se atribuyen a la inhibición de la COX-2 en la inflamación tisular, y los efectos adversos gastrointestinales, a la inhibición de la COX-1 en la mucosa gástrica. Los AINE, además de poder provocar hemorragias digestivas, pueden precipitar una crisis de isquemia coronaria, provocar edema, agravar la hipertensión arterial, desencadenar aborto, y otros efectos adversos.
2. El ibuprofeno es el AINE con menos efectos secundarios gastrointestinales, por lo que se recomienda su empleo inicial, salvo contraindicaciones. El ibuprofeno apenas inhibe la COX-2, lo que contradice la hipótesis comentada acerca del efecto de los AINE. Por el contrario, otros AINE como el piroxicam y el meloxicam, con selectividad por la COX-2, se asocian a mayor incidencia de hemorragia gastrointestinal que el ibuprofeno.
3. El debate COX-1/COX-2 se basó durante muchos años en los resultados de estudios in vitro, de muy poco interés clínico. Con ello se distrajo al médico acerca del verdadero debate (las aplicaciones terapéuticas de los AINE) y se llamó su atención sobre las novedades del mercado. Se olvida así, muchas veces, que la incidencia anual de hemorragia gastrointestinal grave por AINE es de unos 10 casos por 1.000 pacientes y año (y la mortalidad entre los hospitalizados por esta causa, entre el 5 y el 10%). Se debe al uso de AINE el 40% de los ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva, desde urgencias.
4. El mejor AINE es el que se utiliza en las indicaciones específicas, en la dosis correcta y durante el

tiempo pertinente. En ese sentido, el mejor AINE, el que menos daño hace, es el que no se utiliza (cuando hay otra alternativa terapéutica), o se utiliza en caso necesario, en dosis y duración adecuada. Como decía un anuncio del Gobierno de Canadá, en el *Canadian Family Physician*, a toda página, con la imagen de un coche destrozado contra un árbol, “mueren más canadienses por las hemorragias producidas por AINE que por accidentes de tráfico”. Los AINE, además, pueden potenciar el efecto gastroerosivo de otros medicamentos. Por ejemplo, el riesgo de hemorragia gastrointestinal alta se multiplica por tres con el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, y por dieciséis si se utiliza un AINE al tiempo del antidepresivo.

5. El desarrollo de nuevos AINE inhibidores selectivos de la COX-2, como celecoxib y rofecoxib, y las publicaciones de los resultados de los ensayos clínicos deslumbraron a médicos y pacientes por la baja incidencia de hemorragias digestivas. Extraños resultados, por la debilidad de la hipótesis en que se basaban. Además, se sabe que a/ probablemente se precisa de la expresión normal de la COX-2 en la mucosa del estómago para la curación de la úlcera gastroduodenal y b/ el ibuprofeno suprime la actividad trombotica de la COX-1, lo que no consigue el celecoxib (con el consiguiente esperable aumento de la incidencia de eventos tromboticos con el uso de los inhibidores selectivos de la COX-2).
6. La publicación e interpretación de los resultados de los ensayos clínicos CLASS (con celecoxib) y VIGOR (con rofecoxib) han estado ligados a la polémica, por su manipulación y parcialidad. Los títulos de los comentarios de las revistas científicas generales y en las técnicas sobre medicamentos en español, francés e inglés son muy claras. Por ejemplo, en español: “*Las supuestas ventajas de celecoxib y rofecoxib: fraude científico*”, “*¿Fraude en las publicaciones científicas?. Ventajas en materia de seguridad de celecoxib y rofecoxib*”, “*Posibles problemas de falta de objetividad, transparencia, doble publicación y autoría en el análisis coste-efectividad del celecoxib*”.
7. Si no se ha mentado, se han manipulado, o se han sesgado los resultados de CLASS y VIGOR, de forma que se puede dudar de la supuesta ventaja de los inhibidores selectivos de la COX-2, en lo que respecta a la menor incidencia de hemorragias y perforaciones gastrointestinales (en todo caso, a largo

plazo, mínimas y sin interés en la práctica clínica). Parece que, además, se ocultó la toxicidad cardiovascular del rofecoxib, con mayor incidencia de eventos tromboticos y de infarto de miocardio. Ambos problemas eran esperables, plausibles según la lógica científica.

8. Muchos médicos clínicos y científicos sanitarios hemos vivido como intimidación la reclamación judicial de Merck contra Laporte, pues es insólita la búsqueda de un derecho de réplica a la crítica contra los ensayos clínicos con inhibidores selectivos de la COX-2 en una revista técnica sobre medicamentos. Además, como se ha reconocido en la sentencia judicial favorable a Laporte, las críticas a los ensayos clínicos CLASS y VIGOR, han sido un clamor internacional bien fundamentado (y al que han podido responder los criticados en la sección de “cartas al director” de las revistas científicas generales correspondientes).
9. En justa correspondencia deberíamos empezar una cascada interminable de querrelas judiciales contra la industria farmacéutica, si seguimos la moral y la filosofía del derecho a la réplica al que aspira Merck, y tenemos una conducta recíproca acorde. Los médicos clínicos, los salubristas y los investigadores que criticamos la incorrección de la información que proporciona la industria farmacéutica tenemos ahora la fuerza de los hechos para pasar al campo judicial las quejas acerca de la incorrección científica en la transmisión de información. Muchas veces se engaña en los anuncios de medicamentos. En España, en 2002, en las seis mejores revistas clínicas, se demostró que las frases de los anuncios de medicamentos no se justificaban por los trabajos que se citaban en casi la mitad de los casos. ¿Qué decir del boca a boca, o de los folletos informativos, en la visita promocional?. Los gráficos se retuercen y violentan, las imágenes seducen en contra de la lógica científica y las frases expanden indicaciones y sugieren duración y dosis no justificadas. Y
10. Merck ha perdido el juicio contra Laporte. Además, puede haber perdido gran parte del crédito científico y social que hacía que muchos médicos clínicos prescribiéramos sus productos en la confianza de ofrecer lo mejor de la terapéutica a los problemas de nuestros pacientes.

B. CONCLUSIONES, DE LO CONCRETO A LO GENERAL

1. Los AINE tienen un campo específico de uso, con limitaciones que deben tener siempre presentes los médicos, los pacientes y los farmacéuticos (por la dispensación autorizada sin receta de algunos, y por las interacciones que se pueden determinar en la oficina de farmacia cuando se dispensan medicamentos prescritos por médicos diversos). Necesitamos mejores AINE y, en ese sentido, es de aplaudir la iniciativa de los ensayos clínicos CLASS y VIGOR. En todo caso, la discusión última debe ser siempre acerca de la necesidad del uso de los AINE, en dosis, duración, circunstancias y casos específicos. Para evitar un dolor menor no vale la pena morir, vomitar sangre, descompensar una hipertensión o una insuficiencia cardíaca, abortar o tener un infarto, entre otros efectos adversos posibles.
2. Los ensayos clínicos tienen muchos problemas per se, y conviene que la discusión científica ayude a descubrirlos para mejorar la aplicación de sus resultados a la clínica diaria. Los ensayos clínicos CLASS y VIGOR son un buen ejemplo de manipulación inadmisibles, pero pueden no ser los peores ensayos clínicos realizados (al menos se publicaron, y han podido ser criticados). Se trata de un problema global, de difícil solución, que se refiere a los sesgos que conlleva la financiación industrial interesada de los ensayos clínicos (“el que paga manda”). La moda de la Medicina Basada en Pruebas (“en la Evidencia”, dicen los bárbaros) tiene sus efectos adversos, como todo en Medicina.
3. Parece que la iniciativa de Merck se inscribe en una incomprensible nueva actitud agresiva de la industria farmacéutica. Ya no es el estilo de Eli Lilly en los pasados 80: amenaza de reclamación judicial contra el *British Medical Journal* por la publicación de un trabajo que demostraba los efectos adversos de un AINE presentado como “droga milagrosa”, y que hubo que retirar. Ni siquiera es la retirada de anuncios de *Annals of Internal Medicine* tras publicar un artículo sobre el engaño en los anuncios de medicamentos. Va más allá, con la reclamación de Apotex contra Oliveri, que empezó a mitad de los 90 y todavía colea: persecución judicial por publicar resultados acerca de la toxicidad mortal del producto que estudiaba (deferiprona, en la talasemia). Se llega a amenazar y presionar al científico que desarrolla un trabajo cuyos resultados no favorecen a un laboratorio (el caso de Patsy y de la asociación de infarto de

miocardio con los bloqueantes de los canales del calcio utilizados como antihipertensivos). O se intimida al médico que desarrolla una guía de práctica clínica o un protocolo que no gusta (el caso de AstraZeneca contra Holbrook, respecto a la equivalencia de los inhibidores de la bomba de protones). El ejemplo que nos ocupa, Merck contra Laporte, es sólo un paso más en esa incomprensible nueva actitud agresiva de la industria farmacéutica contra las críticas, evaluaciones y comentarios fundados de médicos y científicos independientes. Y

4. La codicia guía el comportamiento de los accionistas, de los dueños de los medios de producción. La industria farmacéutica se mueve por la codicia, por el afán de beneficios, y por ello ayuda a la mejora y al mantenimiento de la salud, en la búsqueda de la ganancia. Esta codicia es compatible con normas de conducta ética que hacen vivible el mundo capitalista, y posible la colaboración entre la sociedad y los accionistas. La industria farmacéutica, incluidas Merck y las otras compañías citadas directamente en este escrito, tienen un crédito científico y social que conviene conservar. Es necesario, pues, que mejoren sus estudios científicos, que promuevan la divulgación imparcial de los resultados, que atemperen su nueva incomprensible agresividad contra las críticas y evaluaciones fundadas, que utilicen las “cartas al director” para las discusiones científicas, y que sigan contribuyendo a lograr un mundo mejor (con todos los honrados y justos beneficios monetarios que puedan lograr).

CONFLICTO DE INTERESES

El autor de estos comentarios conoce, admira y respeta el trabajo científico de Laporte, pero carece de lazos de sangre o amistad con el mismo. También conoce, aprueba, y respeta el esfuerzo de la industria farmacéutica para lograr el desarrollo de mejores medicamentos, pero discrepa de algunas pautas de promoción, y especialmente de la transferencia al mundo judicial de las disputas científicas.

Juan Gérvas

*Médico general, Canencia de la Sierra (Madrid),
Equipo CESCA (Madrid). Travesía de la Playa, 3.
Buitrago del Lozoya 28730 (Madrid, España),
jgervasc@meditex.es*

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Abajo FJ, García Rodríguez LA, Montero D. Association between selective serotonin reuptake inhibitors and upper gastrointestinal bleeding: population based case-control study. *BMJ* 1999; 319: 1106-1109.
- Anónimo. Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y selectividad sobre Cox-2. *Bol Ter Andal* 1998; 14: 14-16.
- Anónimo. Las supuestas ventajas de celecoxib y rofecoxib: fraude científico. *Butll Groc* 2002; 15: 13-15.
- Anónimo. ¿Fraude en las publicaciones científicas? Ventajas en materia de seguridad de celecoxib y rofecoxib. *Bol Ter Andal* 2003; 19: 5-6.
- Bekelman JE, Li Y, Gross CP. Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research. A systematic review. *JAMA* 2003; 289: 454-465.
- Bombardier C, Laine L, Reicin A, Shapiro D, Burgos-Vargas R, Davis B et al. Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. *N Engl J Med* 2000; 343: 1520-1528.
- Cooper RJ, Schriger DL, Wallace RC, Mikulich VJ, Wilkes MS. The quantity and quality of scientific graphs in pharmaceutical advertisements. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 294-297.
- Deyo RA, Psaty BM, Simon G, Wagner EH, Omenn GS. The messenger under attack. Intimidation of researchers by special interested group. *N Engl J Med* 1997; 336: 1176-1179.
- Fletcher RH. Adverts in medical journals: caveat lector. *Lancet* 2003; 361: 10-11.
- Gérvas J. Los médicos y la industria farmacéutica. *Bol Asoc Madrileña Salud Mental* 2003; verano:5-7.
- Gérvas J. La prescripción científica en la práctica clínica. De la teoría a la práctica. En: Meneu R, Peiró S, eds. Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica. Barcelona: Masson; 2004 [en prensa].
- Gibson E, Baylis F, Lewis S. Dances with the pharmaceutical industry. *JAMC* 2002; 116: 448-450.
- Horton R, Smith R. Time to register randomised trials. *Lancet* 1999; 354: 1138-1139.
- Jones R. Efficacy and safety of COX-2 inhibitors. New data are encouraging but the risk-benefit ratio remains unclear. *BMJ* 2002; 325: 607-698.
- Jüni P, Rutjes AWS, Dieppe PA. Are selective COX-2 inhibitors superior to traditional non steroidal anti-inflammatory drugs? Adequate analysis of the CLASS trial indicates that this may not be the case. *BMJ* 2002; 324: 1287-1288.
- Laporte JR, Carné X, Moreno V, Juan J. Upper gastrointestinal bleeding in relation to previous use of analgesics and non-steroidal ant-inflammatory drugs. *Lancet* 1991; 337: 85-89.
- Lexchin J, Bero LA, Djulbejovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ* 2003; 326: 1167-1170.
- Mata Ruíz I, Ortiz Lobo A. Industria farmacéutica y psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2003; 86: 49-71.
- Peiró S, Meneu R, Ortún V, Puig J. Posibles problemas de objetividad, transparencia, doble publicación y autoría en el análisis coste-efectividad del celecoxib. *Gac Sanit* 2003; 17: 342-344.
- Shapiro MF. Regulating pharmaceutical advertising: what will work? *CMAJ* 1997; 156: 359-361.
- Silverstein FE, Faich G, Goldstein JL, Simon LS, Pincus T, Whelton A et al. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatic arthritis. The CLASS study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 284: 1247-1255.
- Smith R. Medical journal and pharmaceutical companies: uneasy bedfellows. *BMJ* 2003; 326: 1202-1205.
- Schuchman M. Drug company threatens legal action over Canadian guidelines. *BMJ* 1999; 319: 1388.
- Villanueva P, Peiró SW, Librero J, Pereiró I. Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. *Lancet* 2003; 361: 27-32.
- Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000; 283: 373-380.
- Wolfe AM, Lichtenstein DR, Singh G. Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal antiinflammatory drugs. *N Engl J Med* 1999; 340: 1888-1899.

HEMOS LEIDO

Átopos. (salud mental, comunidad y cultura)

Se han publicado los dos primeros números de esta revista, correspondientes al año 2003: “Desastres”, en junio e “Historia de las ideas psiquiátricas”, en diciembre.

Las trayectorias de los componentes del equipo redactor y consejo editor son conocidas en lo profesional y en lo comunitario, y la mayoría ha coincidido ya en otras publicaciones.

El contenido es monográfico, (o, más bien, temático). La orientación “...plural, comunitaria...”, tal como dice su director, Manuel Desviat, en la primera editorial y con expresa voluntad de alejarse de “...la fragmentación utilitarista, en la seducción de la eficacia, de lo inmediato y lo práctico”, para extenderse al necesario contexto de lo social, la cultura, el arte y la filosofía, la historia.

El formato se estructura en dos partes, cumpliendo por partida doble la estimulante promesa de desechar la

aridez del reduccionismo. Por un lado en la serie de artículos: en el talante de los autores escogidos y en sus trabajos. Por otro en los contenidos de las páginas centrales, presentadas en color distinto las demás, donde conviven textos de autores clásicos y contemporáneos –poesía, pensamiento–, con atractivas consideraciones de profesionales actuales de la salud mental sobre temas no psiquiátricos (guerra, música, danza, creación).

Hacía falta y hace esperar al siguiente.

ANUNCIOS Y CONVOCATORIAS

Taller sobre trastornos de la personalidad y psicoterapia de grupo

ORGANIZADOR

Escuela Madrileña de Salud Mental (Asociación Madrileña de Salud Mental).

Escuela de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría).

PRESENTA

Iván de la Mata Ruiz. Psiquiatra. CSM Leganés.

PROFESORES

Jose Luis López Atienza.

Psiquiatra. Psicoterapeuta individual, grupal y familiar. Responsable del Hospital de Día del CSM de Uribe (Getxo). Responsable de los cursos de Formación Continuada en psicoterapia de grupo organizados por la Fundación OMIE.

José María Ayerra Balduz.

Psiquiatra. Psicoterapeuta individual, grupal y familiar. Director del CSM de Uribe. Presidente de la Fundación OMIE y responsable de los cursos de postgrado en psicoterapia de grupo, organizados por la Fundación OMIE y la Universidad de Deusto.

La Fundación OMIE (Fundación para la Investigación en Salud Mental), miembro de la European Group Analytic Training Institutes Network (EGATIN), pionera en el desarrollo, formación e investigación grupal, con sedes en Bilbao, Barcelona y Ginebra, organiza un Máster de Psicoterapia de Grupo así como cursos de Formación Continuada.

LUGAR

Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid. C/ Gran Vía 16, planta 3ª. Madrid.

FECHA

23 y 24 de Abril de 2004.

PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS

Los trastornos de la personalidad suponen actualmente uno de los mayores desafíos en la práctica clínica. La dimensión grupal es un instrumento clave para la comprensión y el tratamiento de los fenómenos intrapsíquicos, interpersonales, familiares y sociales de estos pacientes.

La experiencia desarrollada por los profesores tanto en el consultorio privado como en el Hospital de Día de Uribe Kosta para pacientes mentales graves, trabajando desde un modelo individual, grupal, familiar y multifamiliar, nos permitirá entender la complejidad y adentrarnos en el manejo terapéutico de estas personas.

Lo que se pretende con este taller es profundizar en las dinámicas grupales más específicas de los trastornos de personalidad a través de espacios de supervisión y análisis grupal para que nuestra problemática asistencial y de conocimientos humanos y técnicos tengan un lugar de comprensión, intercambio y aprendizaje.

METODOLOGÍA

El taller se hará en grupos de pequeño tamaño (15 alumnos). Esta distribución permite la participación activa los alumnos, enriqueciéndose no solo de las temáticas sino de las experiencias grupales compartidas. El taller está estructurado fundamentalmente como un espacio de reflexión en clínica grupal.

Se utilizarán grabaciones en vídeo de grupos de pacientes con trastornos de personalidad como soporte clínico que ilustrarán las temáticas sobre las que se trabajarán.

PROFESIONALES A LOS CUALES SE DIRIGE EL CURSO

Psiquiatras, psicólogos, MIR, PIR y profesionales de la salud mental interesados.

Número de horas: 11

Número de plazas: 30

Precio de matrícula:

– Socios AEN-AMRP y Residentes: 100 €.

– No socios: 120 €.

Para más información y solicitud de preinscripción contactar con:

Secretaría de la Asociación Madrileña de Salud Mental-AEN (AMSM)C/ Villanueva, 11, 3ª planta. 28001, Madrid.Teléfono: 91 4314911, Fax: 91 4314911, Y en la página web de la AMSM: <http://www.sie.es/amsm/>

Beca Miguel Ángel Martín VII Beca de Investigación Asociación Madrileña de Salud Mental

BASES

- 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 €**, 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 totalmente, 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:
 - 1ª) **Al fallo del Jurado: 600 €.**
 - 2ª) En un momento **intermedio**, fijado por el Jurado según los contenidos del proyecto: **1.200 €.**
 - 3ª) **Al finalizar** el desarrollo y entrega del Proyecto de Investigación: **1.200 €.**
5. **Plazos:**
 - 1º) **Admisión** de los Proyectos Investigación: **hasta el 3 de Mayo de 2004.**
 - 2º) **Fallo del Jurado:** en acto público a desarrollar durante las **XIV Jornadas Anuales de la A.M.S.M.** (11 y 12 de Junio de 2004).
 - 3º) **Finalización y entrega** de los trabajos de investigación: **Junio de 2005;** presentándose en el **VII Congreso 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”.

Trabajo Premiado con la VI Beca Miguel Angel Martin de Investigación de la AMSM

“Efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos en niños y adolescentes”.

Los autores: Celso Arango López, Paula Laita de Roda y Olalla Robles Aranda.

Fe de erratas

En el número anterior se omitió por error la publicación de la bibliografía correspondiente al artículo firmado por Juan Gervas “Los médicos y la industria farmacéutica” que se incluye a continuación

1. MeReC UK. Prescripción de nuevos medicamentos. *Bol Medicamentos Esenciales* 1995; 19: 15-16.
2. Costas Lombardía E. Despilfarro consentido. *El País*, 25 julio 2002, pág. 28.
3. Núñez Feijoo, A. Regulación de la prescripción a través de receta médica oficial en la atención especializada. Madrid; INSALUD, Circular nº 8/96: 1996.
4. Wade VA, Mansfield PR, McDonald PJ. Drug companies' evidence to justify advertising. *Lancet* 1989; II: 1261-1264.
5. Wilkes MS, Doblin B, Shapiro M. Pharmaceutical advertisements in leading medical journals: experts' assessments. *Ann Intern Med* 1992; 116: 912-919.
6. Keng A, Colley RMR. Evaluating the accuracy of citations in drug promotional brochures. *Ann Pharmacother* 1994; 28: 1231-1235.
7. Villanueva P, Peiró S, Librero J, Pereiró I. Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. *Lancet* 2002; 361: 27-32.
8. Fletcher RH. Adverts in medical journals: caveat lector. *Lancet* 2002; 361: 10-11.
9. Avorn J, Chen M, Hartley R. Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians. *Am J Med* 1982; 73: 4-8.
10. Gervas J, Pérez Fernández M. Las hiperlipemias y la prevención primaria de la cardiopatía isquémica. *Med Clín (Barc)* 1997; 109: 549-552.
11. Gervas J. Experiencia, ciencia y “medicina basada en pruebas en atención primaria” *SEMERGEN* 2002; 28: 302-304.
12. Yaphe J, Edman R, Knishkowsky B, Herman J. The association between funding by commercial interest and study outcome in randomized controlled drug trials. *Fam Pract* 2001; 18: 565-568.
13. Anónimo. Prescripción de nuevos medicamentos en atención primaria. *Bol Terapéutico Andaluz* 2001; 17: 17-20.
14. Anónimo. Nuevo medicamento a examen: fluoxetina semanal. *CEVIME*, 2002, Ficha 69.
15. Gibson E, Baylis F, Lewis S. Dances with the pharmaceutical industry. *JAMC* 2002; 116: 448-450.
16. Olalla JF, Gervas J. Relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales sanitarios. *Gac Sanit* 1989; 11: 389-340.
17. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000; 283: 373-380.
18. Steinman MA, Shlipak MG, McPhee. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. *Am J Med* 2001; 110: 551-557.

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:

