

EDITORIAL

PÁG. 2

Crisis, ¿qué crisis?

Junta de la AMSM

OPINIÓN

PÁG. 5

Unidades de Hospitalización

Breve: cifras y letras

Iván de la Mata Ruiz

**El porqué es importante el
Trabajo Social en Salud**

Cristina Alonso

Marisa Perez

PANÓPTICO

PÁG. 14

COLABORACIONES

PÁG. 17

**De la controversia sobre
los antidepresivos en niños
y adolescentes al debate sobre
cómo tratar la infelicidad infantil**

Dra. Ibone Olza Fernández

HEMOS LEÍDO

PÁG.20

TABLÓN DE ANUNCIOS

PÁG. 23

AMSM

Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental

verano

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

Crisis, ¿qué crisis?

La AMSM está viviendo en estos momentos una situación delicada. Se han convocado elecciones en los últimos meses y no se ha presentado ninguna candidatura. En las últimas ocasiones era habitual que de la Junta saliente se organizara la candidatura siguiente con la incorporación de nuevos miembros que cubrirían las vacantes de los que se iban, aproximadamente la mitad. Esto permitía dar continuidad al trabajo. En esta ocasión se estaba organizando de la misma manera, pero fue cuestionada la participación de uno de los miembros del nuevo proyecto de junta, por algunos socios veteranos pues entendían que no representaba su posición frente al conflicto en torno a la Psicología Clínica generado a nivel nacional en este último período. Lo cierto es que ésto ha puesto de relieve algunos problemas que probablemente hay de fondo y que creemos habría que poner sobre la mesa para que todos los socios reflexionen sobre cómo funciona esta Asociación y qué es lo que quieren de ella. Nos ha parecido útil emplear el lema de las Jornadas del año pasado “imposiciones, suposiciones y condiciones” para explicar lo que sucede.

IMPOSICIONES

La representatividad de la Junta en una asociación multiprofesional no es un asunto fácil. Todos quieren/queremos que defiendan nuestros intereses particulares y exigimos que haya al menos “uno de los nuestros”. Es obvio que no puede haber de todos y las cuotas de representación, que son deseables, no pueden ser imprescindibles y condicionar una junta. Además, como en cualquier asociación, plural y democrática, el que defienda un interés concreto siempre puede organizar su propia candidatura, hacerse oír en las asambleas o escribir en el boletín. Esta dinámica es la que hace que una asociación crezca y se renueve. Los movimientos subterráneos, sin embargo, la amenazan. ¿Por qué el miedo a discrepar? ¿Quizás el temor a abrir la caja de Pandora? ¿Quizás el temor al enfrentamiento, la ruptura y la escisión en lugar del logro de un mayor acercamiento? ¿Por qué han de producirse injerencias, boicots y la pérdida de personas valiosas y de sus aportaciones? ¿No hay otras posibilidades de expresar las diferencias?

Las funciones de la Asociación a veces tampoco están claras. Se supone que defendemos un modelo asistencial con todo lo que eso conlleva, pero en ocasiones los límites de esta función son difíciles de trazar y no es fácil dilucidar qué aspectos suponen una defensa del modelo, y cuáles defienden otros aspectos (personales, corporativos, profesionales...). A veces se nos pide que adoptemos una posición de compromiso, que en algunos momentos implica asumir una posición de defensa a ultranza. Pero la función de la junta no sería tanto la de adoptar una postura, como la de realizar un análisis crítico (realizarlo requiere su tiempo) y estimular el debate. Otras veces se pierde el enfoque y no se distingue qué asuntos son de ámbito nacional (y de la AEN) y cuáles regionales (de la AMSM).

SUPOSICIONES

La AMSM es una asociación participativa. ¿Dónde están los 342 socios? ¿Acaso no se sienten identificados con la AMSM? ¿Acaso la Junta no ha sido capaz de establecer esa conexión con los asociados? ¿Por qué no hay otras candidaturas? ¿Es tarea de la Junta saliente designar a la que será su relevo? El criterio de renovación de la misma no puede ser nunca la persuasión de sus miembros “porque no hay otros posibles candidatos”. Debería ser una elección propia basada en múltiples aspectos (pertenecer a la Junta implica un grado de compromiso personal importante en términos de esfuerzo, tiempo, motivación, identificación con unos objetivos...) para que aquellas presiones no devengan en depresiones. Merece la pena expresarse en asambleas, boletines, cartas al director, reuniones extraordinarias si es preciso... Por el contrario, el silencio es poco dinamizador. Existe una crisis asociativa de participación que la AMSM arrastra desde hace años. Probablemente, la crisis es generalizada e inseparable de un contexto que afecta a otros sectores (sociales, económicos, políticos, profesionales...) y disciplinas. Y probablemente se piense que no es oportuno destaparla en un momento en el que las asociaciones tienen que jugar, más que nunca, su papel (en la reinención de la vida social, en la transmisión a/de la Administración, en que tienen cosas que decir respecto a temas y conflictos cruciales en estos momentos, en su intervención sobre el terreno de las transformaciones, en experimentar nuevos tipos de articulaciones...). Pero es que mantenerlas fosilizadas para salvaguardar su mera subsistencia, como guardarlas en conserva para que simplemente aguanten, no parece muy razonable. Sin embargo, existe un aspecto positivo: quizás sea necesaria una crisis para que algo mutante aparezca, pues pensar que basta con que la gente se apunte para que la vida asociativa avance por sí sola es ilusorio.

La Junta debe ser capaz. La sensación que existe es de una total parálisis de las formas de participación y todo debe ser solucionado por la Junta (conexión con la Administración y otras asociaciones, cartas, documentos, boletín, organización y coordinación de talleres, jornadas y congresos, grupos de trabajo, adivinación del pensamiento de los socios...) y ésta tiene muchas, muchas limitaciones. La pasada junta ha tenido unos cuantos defectos: poca capacidad de movilización, pocas asambleas, pocos boletines. Por si fuera poco, además, cabe pensar, desde esas metáforas que nos gusta utilizar en esta Junta, si la misma no ha sido una junta débil, en tanto, que ausente de socios “de primera división”. No creemos que una Junta compuesta por “profesionales de a pie”, tenga menos valor que una constituida por jefes, coordinadores, directores, etc y de hecho, compañeros socios veteranos, externos a la junta, han expresado que esta circunstancia viene bien para “refrescar” el boletín ya que, a su parecer, ellos ya no están en posición de hacer semejantes críticas.

Sin embargo, algunas personas han ejercido ciertas presiones. Hemos de decir que esto no abunda, pero dio al traste con un proyecto de junta. La persona designada como “no representativa” de una opinión, pese al deseo de sus compañeros de viaje, prefirió la renuncia para evitar el conflicto. ¿Habría ocurrido lo mismo si él y sus compañeros hubieran sido jugadores de primera división? No sabemos; pero no es bueno por el daño asociativo que genera, que vuelva a ocurrir en la próxima junta, sea ésta cual sea.

Por otro lado, para determinadas cuestiones nadie se dirige a la Asociación como un lugar donde volcar inquietudes, propuestas, denuncias... El esfuerzo que la junta requiere es muy grande, teniendo en cuenta que la participación es escasa. Si además no se respetan los tiempos de la junta en sus propios procesos, se convierte en titánico. Junto a esto, no hemos de olvidar, que nuestra Junta, como esencia de la Asociación, ha defendido una presencia y defensa del modelo de salud mental multiprofesional. Ello hace a nuestra Asociación sin duda especial, pero también mucho más compleja.

CONDICIONES

Resolver la inercia de la vida asociativa no pasa por la convicción, la propaganda, el proselitismo. Es un proceso, un deseo de creatividad lo que se está tratando de transmitir. Y como eso debe ocurrir sobre el terreno de los demás, la única solución para sentirse autorizado, es formar parte del grupo, sentir su respaldo y cooperación implicada en las iniciativas. Parafraseando cierta campaña actual: *“Todos somos parte del funcionamiento de una Asociación de Salud Mental”*.

Porque, ¿cuál es la opinión de los asociados a los que supuestamente ha de representar la Junta? ¿Se sienten verdaderamente identificados con los objetivos de la AMSM (aquello de la defensa de un modelo comunitario, públi-

co y participativo, de lo multidisciplinar, de la independencia)? ¿Se está respondiendo a sus expectativas? ¿Cuáles son sus propuestas? ¿De verdad están interesados en dinamizar el tejido asociativo? ¿Quieren colaborar en el desarrollo de una nueva vía, verdaderamente asociativa, mediante la cual participen en ese espacio que constituye la AMSM, en sus objetivos, en la próxima elección de la nueva Junta, creando nuevos canales de comunicación? Es posible que determinada forma de asociacionismo, digamos clásico o tradicional, esté en crisis. Pero pueden aparecer y desarrollarse con fuerza otras formas que lo reemplacen. Una nueva etapa que se construya sobre la experiencia no siempre positiva del pasado y sobre la conciencia de la necesidad de nuevas condiciones para hacer posible su existencia. Entre ellas, una mayor comunicación y esfuerzo asociativo que permita alcanzar nuevos espacios, nuevas formas de actuación, que capten así el interés de todos los socios, atrayéndolos y comprometiéndolos en la construcción de una nueva AMSM.

Este es sólo uno de los desafíos con los que deberá enfrentarse la AMSM en los próximos años. Si es capaz de afrontar estos retos, sobrevivirá.

Junta de la AMSM

OPINIÓN

Unidades de Hospitalización Breve: cifras y letras

La participación de la AMSM en el Observatorio de Salud Mental de la AEN¹, en el que se han recogido los datos de recursos asistenciales de todo el país, nos ha permitido tener un mapa bastante exacto de los recursos existentes en nuestra Comunidad.

Los datos que presentamos en este número del Boletín se refieren al número de camas de las unidades de hospitalización breve. Con ellos se intenta contestar a dos preguntas: ¿cuál es la situación actual? ¿cuántas camas son necesarias para cumplir los objetivos del Plan de Salud Mental?

CIFRAS

Número de camas totales

El Plan de Salud Mental² estima como necesarias 12 camas por cien mil habitantes en unidades de hospitalización breve para cubrir las necesidades de la población. Además tiene como objetivo que el total de estas hospitalizaciones sea en hospitales generales.

En la tabla 1 aparece la evolución del número total de camas, población y camas por cien mil habitantes desde el año 2000 hasta la actualidad y la proyección de necesidades hasta el 2008 (fecha de finalización del Plan de Salud Mental). Los datos de población se refieren a último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2001³. Como se observa en la tabla la situación del año 2005 varía considerablemente si el cálculo se realiza con la población censada del 2001 (4.461.434 habitantes mayores de 18 años) o con la proyección de crecimiento de este segmento de población a partir de este censo para el 2005 (4.817.621). Otra forma de calcular las necesidades de camas sería hacerlo a través del número de tarjetas sanitarias, que según los datos recientes de la Consejería ascenderían a 6.006.646⁴ de población total (unos 4.800.000 adultos). En el número de camas no se han contabilizado las camas de la Unidad de Alcoholología ni de la Unidad de Deshabitación Alcohólica del Hospital Lafora por no considerarse estrictamente camas de agudos.

Si bien el número total de camas en UHB ha aumentado desde el año 2000 de 425 a 449 este aumento no ha sido proporcional al crecimiento de la población, encontrándonos en el 2005 con una estimación de camas por cien

mil habitantes de 9,32, peor situación que hace cinco años (10,6 X 100.000 hab).

Para cumplir los objetivos del Plan de Salud Mental de 12 camas por cien mil habitantes con la estimación de población para el 2005 serían necesarias alrededor de 578 camas. Es decir que actualmente hacen falta alrededor de 129 camas y en la proyección sobre el crecimiento de población para el 2008 cuando deje de estar vigente el presente plan harían falta alrededor de 603 camas, 154 más de las actuales.

Respecto al número de camas en hospitales generales frente a los hospitales psiquiátricos la situación ha mejorado notablemente desde la puesta en marcha del Plan de Salud Mental con la apertura de las unidades de los hospitales de Alcorcón, Severo Ochoa de Leganés, Fuenlabrada y La Paz. No obstante todavía quedan 91 camas de agudos (un 20% del total) en hospitales psiquiátricos repartidas entre el Hospital Lafora y el Centro asistencial Benito Menni de Ciempozuelos, lo que significa una población de referencia en torno a 800.000 habitantes.

Número de camas por área sanitaria.

En la tabla 2 aparecen los datos que hemos recogido en cada área sanitaria. Las estimaciones de camas por cien mil habitantes las hemos realizado a partir del Censo del 2001 al no disponer de las proyecciones de crecimiento de población por distritos sanitarios. Eso significa que los datos no tienen en cuenta el crecimiento de la población en estos últimos años ni la movilidad producida, por lo que, en general, son estimaciones a la baja (alrededor de un 10%), especialmente en aquellas áreas en que ha habido crecimientos demográficos importantes. Por ejemplo si tomáramos como referencia el número de tarjetas sanitarias en vez de los habitantes, el Área 5 con 614.035 tarjetas sanitarias de mayores de 18 años tendría una ratio de camas por cien mil habitantes de 9,2 (frente a 10,38 con el censo de 2001) y en el caso de Alcalá (unas 292.000 tarjetas de mayores de 18 años) bajaría del 6,25 al 5,02. No obstante la tabla es bastante orientativa de las diferencias que existen de recursos entre las diferentes áreas y donde es más necesario y urgente solucionar el déficit de camas.

Como se observa en la tabla anterior en la mayoría de las áreas sanitarias ha disminuido la ratio de camas por cien

TABLA 1. TOTAL DE CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE

Situación	Año 2000 ¹	Año 2005 censo 2001 18 a ²	Año 2005 con proyección de población 2005 >18 a ³	Proyección 2008 ³
Población estimada >18 a	4.008.695	4.461.434	4.817.621	5.026.790
Nº camas agudos ⁴	425	449	449	
Nº camas x 100.000 habitantes ⁴	10,6	10,06	9,32	
Nº camas para objetivo del PSM		535,67	578,11	603,2
Diferencias actual/ objetivo del PSM ⁴		-86,67	-129,11	-154,21
Camas agudos hospital general ⁴	279 (65,65%)	368 (79,73%)		
Camas agudos hospital psiquiatrico ⁴	146 (34,35%)	91 (20,27%)		

¹ Datos: Modificado de Memoria de las Áreas Sanitarias de la Red de Salud Mental. Año 2000.

² Fuente: Censo 2001. INE

³ Fuente: Proyección del crecimiento de la población según censo 2001. INE

⁴ No incluye camas de la UDA, ni alcoholología, ni toxicomanías del Hospital Lafora, (en total 36 camas). Si se cuentan estas camas la ratio por 100.000 habitantes es de 11,5 en el año 2000, 10,6 en 2005 con censo de 2001 y 9,81 en la proyección de población de 2005.

mil habitantes, situación que evidentemente no solo afecta a las camas psiquiátricas. Sólo han mejorado su situación Alcorcón, Leganés y Fuenlabrada respecto a cuando estas tres áreas ingresaban en la UHB del Instituto Psiquiátrico José Germain. Aunque la Fundación Jiménez Díaz también ha mejorado su situación merece una consideración especial. Bien es sabido por todos los que han trabajado en ese hospital de la difícil situación por la que se vivía cuando esa unidad tenía 12 camas y los pacientes pasaban días en observación esperando una cama. El parche que se ha puesto es la ampliación de las camas con algunas de las habitaciones con más de cinco pacientes, hecho inadmisibles. Aún así el alivio es poco y continua en el rango bajo de camas con 7,89 x 100.000 hab.

Los datos muestran la existencia de grandes diferencias entre unas áreas sanitarias y otras con un rango que oscila entre las 15,8 x 100.000 del Hospital Ramón y Cajal y las 5,27 del Hospital de Getafe. A parte de la Fundación Jiménez Díaz los hospitales de Getafe, Alcalá, Puerta de Hierro y La Princesa son los que menor número de camas tienen en relación a su población de referencia. No podemos demostrarlo, pero imaginamos que los dos últimos se ven aliviados en parte por el mayor poder adquisitivo de sus poblaciones que en parte utilizan recursos privados. En cualquier caso creemos que el Sistema Nacional de Salud debe dar respuesta a todos los seg-

mentos sociales so pena de terminar con los principios fundamentales del mismo. Trabajar en áreas sanitarias con esa baja tasa de camas repercute no solo en la presión asistencial de los hospitales y servicios de urgencias sino en el resto de los dispositivos. Es probable que paradójicamente estos hospitales ofrezcan las mejores cifras para la razón gerencial en una ecuación que se puede enunciar en los siguientes términos: mejores indicadores gerenciales = peores condiciones x X, donde X es el esfuerzo de los profesionales.

En la columna de la derecha de la tabla 2 aparecen el número de camas que se necesitarían para cumplir los objetivos del Plan de 12 camas por cien mil habitantes en cada una de las áreas sanitarias. Se puede ver que en algunos hospitales las necesidades doblan el número de camas actuales, recordando una vez más que esta tabla esta referida a población del 2001.

El futuro: los nuevos hospitales

La Consejería de Sanidad y Consumo tiene previsto la puesta en marcha de siete nuevos hospitales en la Comunidad de Madrid que según el número de Junio de 2005 de su Boletín de Comunicación⁵ entrarían en funcionamiento en su mayoría en el 2007. Es decir que la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental tiene todavía un margen para acercarse a los objetivos del Plan

TABLA 2. CAMAS ACTUALES Y NECESIDADES POR ÁREAS SANITARIAS SEGÚN CENSO 2001

	Distritos de cobertura	Pob. >18 Censo 2001 ¹	N ^o Camas	Camas /100.000 hab año 2000 ²	Camas/ 100.000 hab año 2005 ²	N ^o camas para objetivo PSM	Diferencia camas Actual/ objetivo PSM
ÁREA 1							
H.G.U.G. Marañón	Arganda, Moratalaz, Retiro Vallecas	551.650	75	14,6	13,59	66,22	+ 8,78
ÁREA 2							
H. de la Princesa	Coslada, Salamanca, Chamartín	341.780	24	7,3	7,02	41,02	-17,02
ÁREA 3							
H. Príncipe de Asturias	Torrejón y Alcalá	239.713	15	7,4	6,25	28,80	-13,80
ÁREA 4							
H. Ramón y Cajal	Barajas y Hortaleza	150.989	24	17,1	15,8	18,22	+5,77
H. Lafora	C. Lineal y San Blas	299.983	36	15,8 ⁴	12,0	36	0
ÁREA 5							
H. La Paz y H. Lafora	Alcobendas, Colmenar, Fuencarral y Tetuán	539.232	56 (21 en La Paz y 35 en Lafora)	15,8 ⁴	10,38	64,73	-8,73
ÁREA 6							
H. Puerta de Hierro	Collado, Majadahonda y Moncloa	409.736	22	6,8	5,36	49,25	-27,25
ÁREA 7							
H. Clínico San Carlos	Área 7 (Chamberí y Latina) y Área 11 (Carabanchel)	524.990	55	10,4	10,47	63,00	-8,00
Fund. Jiménez Díaz	Área 7 (Centro) y Área 11 (Arganzuela)	240.709	19	5,8	7,89	28,91	-9,91
ÁREA 8							
H. Móstoles	Móstoles	164.127	20	13,6	12,18	19,70	+ 0,29
H. Alcorcón	Alcorcón y Navalcarnero	184.912	24	10,1 ⁵	12,97	22,20	+ 1,8
ÁREA 9							
H. Severo Ochoa	Leganes	144.712	18	10,1 ⁵	12,61	17, 12	+ 0,8
H. Fuenlabrada	Fuenlabrada	148.595	16	10,1 ⁵	10,7	17,94	-1,94
ÁREA 10							
H. U. Getafe	Getafe y Parla	227.663	12	6,2	5,27	27,32	-15,32
ÁREA 11							
H. 12 de Octubre y C.A. Benito Menni	Usera, Villaverde y Aranjuez	292.643	40 (20 en 12 de oct. y 20 en B.Menni)	14,9	13,6	35,29	+ 4,70

¹ Fuente: censo 2001. INE

² Camas x 100.000 habitantes en 2005 según censo de población de 2001.

³ Datos: Memoria de las Áreas Sanitarias de la Red de Salud Mental. Año 2000.

⁴ Datos del Hospital Psiquiátrico de Madrid. Incluye camas de alcoholología, UDA y toxicomanías.

⁵ Datos de la UHB del Instituto Psiquiátrico José Germain.

si en este tiempo consigue convencer a los máximos responsables de la necesidad de apertura de unidades de hospitalización psiquiátrica en estos nuevos hospitales y reordenar el resto de camas. En la tabla 3 se pueden ver los 7 hospitales ya previstos, la población de referencia estimada para el 2007 y las necesidades de camas psiquiátricas en estos hospitales, en un ejercicio de futurología que puede resultar ingenuo. ¿Se puede ser optimista? Veamos.

El nuevo Hospital Puerta de Hierro va a atender a una de las zonas de mayor crecimiento demográfico de la Comunidad de Madrid con una población estimada en el año 2011 de 675.127 habitantes según la propia Consejería. Para esta fecha serían necesarias 81 camas para cumplir los objetivos del Plan. Por razones obvias es difícil imaginar que todas esas camas puedan estar en un solo hospital. ¿Cuál es la propuesta de la Oficina?

El resto de hospitales planificados son de pequeño tamaño, entre 100 y 240 camas para el conjunto de especialidades. El ejercicio aquí es saber si hay voluntad política para cumplir el Plan y planificar la apertura de las unidades de psiquiatría correspondientes desde este momento. Los hospitales previstos para Parla y Coslada podrían solucionar los problemas de camas de Getafe y La Princesa y el de Alcobendas podría además de solucionar los problemas del Área 5 reducir el número de camas de agudos de hospital psiquiátrico. Más difícil de imaginar es qué va a pasar con los hospitales de Vallecas y Arganda cuyos habitantes ingresan actualmente en el Gregorio Marañón, cómo se va a solucionar el problema de Alcalá y la Fundación Jiménez Díaz o saber si la población de Ciudad Lineal y San Blas podrán contar con un hospital general para sus ingresos.

No queremos pasar por alto el hecho de que los nuevos hospitales planificados se desarrollaran bajo el marco de las nuevas modalidades de gestión. Suscribimos los planteamientos al respecto de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública⁶ al respecto de estas nuevas formas de gestión en cuanto al riesgo de fragmentación de la red, ya sean fundaciones o empresas públicas. Creemos que el funcionamiento de estos hospitales como unidades independientes de financiación proveedoras de servicios son una amenaza para el trabajo coordinado que requiere la red de salud mental. No cabe imaginar cómo un hospital puede tomar sus decisiones estratégicas en materia de salud mental sin trabajar con los recursos ambulatorios, es decir sin gestionarse el conjunto de dispositivos de cada área como un todo. Esa fue la amenaza que hubo en el Área 9 con la apertura de la Unidad de Fuenlabrada y que se solucionó con un peculiar acuerdo entre el Hospital de Fuenlabrada y la gerencia del Instituto Psiquiátrico José Germain de manera que las camas de psiquiatría de ese hospital son gestionadas por el Instituto. Este peculiar acuerdo parece difícil de repetir en otras sanitarias, lo que implica que si en estos hospitales se abren camas de agudos deberán contar con personal suficiente para cubrir la hospitalización, la interconsulta y la urgencia de 24 horas.

LETRAS: UNA PEQUEÑA REFLEXIÓN

Todo lo anteriormente analizado y especulado parte de la premisa de que el número de camas de hospitalización breve necesaria para una atención óptima de la población de Madrid es de 12 camas por cien mil habitantes. Esa es la cifra mágica que propone el Plan de salud Mental sin que sepamos muy bien la metodología empleada para su

TABLA 3. LOS NUEVOS HOSPITALES PREVISTOS¹

	Distritos	Población prevista en 2007	Número de camas totales	Necesidades de camas psiquiátricas
H. Puerta de Hierro	Collado-Villalba Moncloa Majadahonda	675.127 ² (en 2011)	794	81 (en 2011)
H. del Sur	Parla	147.000 ² (2011)	180	17,72 (2011)
H. del Henares	Coslada	170.000	180	20,4
H. del Norte	Alcobendas	300.000	240	36
H. del Sureste	Arganda	125.000	110	15
H. del Tajo	Aranjuez	70.000	60-90	8,4
H. de Vallecas	Vallecas	324.000	204	38,88

¹ Fuente: Salud.Madrid (Boletín de Comunicación de la Consejería de Sanidad y Consumo) Número 25. Junio de 2005

² Población prevista en 2011

cálculo. Aunque se acerca a las cifras propuestas por la AEN⁷ o queda muy lejos de la media europea (dos a cuatro veces más)^{8,9}. En cualquier caso en una estructura asistencial como la red de salud mental es difícil calcular y posteriormente analizar las necesidades de camas, plazas o profesionales de un solo recurso de manera aislada. En primer lugar, como señala el Informe SESPAS 2002, La Salud Mental en España: ¿cenicienta en el País de las Maravillas?⁸, es imposible tomar como referencia los datos de otros países por la gran variabilidad en los modelos de reforma psiquiátrica y de estructura asistencial, así como el aún escaso desarrollo de los métodos de evaluación y planificación la asistencia de Salud Mental.

En segundo lugar por la interdependencia de los recursos y los problemas de coordinación. El insuficiente desarrollo de las alternativas residenciales, unidades de rehabilitación, programas de continuidad de cuidados o recursos de servicios sociales son paliados con demasiada frecuencia con ingresos repetidos en las UHB, a la espera o en barbecho del recurso necesario, contribuyendo a la paranoia entre los profesionales y entre estos y las familias sobrecargadas. Y qué decir de la coordinación con otras administraciones. Es cada vez más frecuente que un juez envíe a un paciente a una planta de psiquiatría ya sea como medida alternativa a la cárcel, ya sea como medida preventiva a la espera de juicio o por cualquier otra situación judicial sin que haya una respuesta por parte de la Oficina respecto a cómo solucionar la situación. No hay nada previsto, no hay ningún apoyo. Cada cuál debe ingeniárselas como pueda si no quiere tener a una persona encerrada en los amplios espacios de las UHBs durante meses. Otros problemas crecientes son los trastornos de conducta en personas con demencia, retrasos mentales o problemas neurológicos en los que no hay respuesta o bien las plazas dependen de Servicios Sociales y se guían por prioridades que nada tienen que ver con las de las UHBs. En estos casos es exigible a la Oficina que establezca una adecuada coordinación con la administración de Justicia y con los Servicios Sociales para establecer acuerdos de actuación como de hecho figura en el Plan de Salud Mental.

En tercer lugar por el cambio de la demanda que se ha producido desde que se idearon los procesos de reforma y que no han encontrado todavía una respuesta clara. Nos referimos a los trastornos de personalidad, a la patología dual y a los problemas psicogeriatricos que he comentado antes. Los trastornos de personalidad hace veinte años no eran considerados estrictamente como objetos de la atención y cuidados psiquiátricos o al menos no en la medida en que lo son ahora. Probablemente esto tenga que ver más con cambios sociales y políticos en la res-

puesta que se da al control de los riesgos que una sociedad genera¹⁰. La red de salud mental no se pensó para este tipo de población y no ha habido suficiente reflexión del papel que nos corresponde ni de nuestras posibilidades. Pero están ahí y son unos de los usuarios más frecuentes de los servicios de urgencia y de las camas hospitalarias. ¿qué hacer? Existe una tendencia a pensar que es necesario crear espacios de institucionalización específicos para estos pacientes, al menos para los más graves, ya se les llame Unidades de Trastornos de personalidad o Comunidades Terapéuticas. ¿qué experiencias existen sobre la eficacia de esta unidades? ¿Cómo se van a diseñar y con que tipo de profesionales? ¿Qué continuidad de tratamiento van a tener en unos centros de salud mental sobrecargados? Las preguntas y dudas llenarían páginas. Lo importante es que las respuestas sean fruto de una adecuada reflexión y no de la precipitación por lo urgente de la situación, que en cierta medida tiene que ver con la saturación de los servicios que impide plantear programas coordinados desde la estructura actual. Lo mismo sucede con la patología llamada dual que juega al ping-pong entre la red de drogas y la de salud mental sin que encuentre su sitio.

En cuarto lugar la necesidad de camas de agudos y de cualquier cuidado institucional depende la estructuras y dinámicas sociales que se dan en cada momento. El tipo de organización del trabajo actual, con la incorporación de la mujer, y la transformación de la familia tradicional son señalados como factores que influyen en la pérdida de los apoyos sociales cercanos de los enfermos mentales. Esto, junto a la tendencia a la medicalización de las conductas socialmente disruptivas que hemos señalado antes, es para algunos autores¹⁰ el principal factor en el incremento de la demanda de cuidados institucionales y hacen prever que las necesidades de camas en el futuro seguirán creciendo y que la cifra mágica de las doce camas se nos quedará corta.

Por último la necesidad de camas también depende de los modelos y la “filosofía” de intervención en las Unidades de agudos. Perdidos entre las cifras de estancias medias, reingresos, rotaciones, etc. Poco reflexionamos sobre si es posible otro tipo de intervenciones que las meramente farmacológicas. La presión y el tipo de organización del trabajo niega la posibilidad de pensar en la importancia de las unidades de agudos como espacio terapéutico donde realizar por ejemplo intervenciones en crisis con el paciente y las familias o grupos de terapia. Pero esto es otro cantar, quizás pasado de moda y sin ensayos clínicos que lo avalen.

REFERENCIAS:

- 1 Salvador I (coordinadora). El Observatorio de Salud Mental: análisis de los recursos de salud mental en España. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2005; 93 (número monográfico).
- 2 Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad.
- 3 Censo de la población 2001. Instituto Nacional de Estadística. URL: <http://www.ine.es/inebase>.
- 4 El número de tarjetas sanitarias ha aumentado casi un millón en los últimos cinco años. El País, 19 de Agosto de 2005.
- 5 En marcha siete de los ocho hospitales de la Comunidad de Madrid. Salud.Madrid. Boletín de Comunicación interna de la Consejería de Sanidad y Consumo, número 25, Junio 2005.
- 6 Los hospitales que necesitamos. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.
- 7 Asociación Española de Neuropsiquiatría. Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de Calidad. Cuaderno Técnico nº 4 de la AEN. Madrid 2000.
- 8 Carulla L, Bulbena A, Vazquez-Barquero JL, Muñoz PE, Gomez-Beneyto M, Torres F. La Salud mental en España: ¿centenaria en el país de las maravillas? En: Informe SESPAS 2002, Invertir para la salud. Prioridades en Salud Pública, Capítulo 15. Escuela Valenciana para estudios de la Salud. Valencia 2002. URL: http://www.sespas.es/fr_inf.html
- 9 Thornicroft G, Tansella M. La matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios. Fundación de Psiquiatría y Salud Mental. Editorial Triacastella. Madrid 2005.
- 10 Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzalez F, Turner T, Wiersma Durk. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data of service provision from six European Countries. BMJ 2005; 330:123-6

El porqué es importante el Trabajo Social en Salud

A propósito de la ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS 2003) los trabajadores sociales, venimos incidiendo en el hecho de que el trabajo social se inicia en el campo de la salud. Hace ya más de un siglo que el trabajo social comienza en la colaboración con la medicina, aportando conocimiento, incidiendo y modificando las causas sociales que inflúan en la aparición de la enfermedad, así como en el mantenimiento de esta.

En España, el Trabajo Social en Salud ha sido una de las dos especialidades de que disponía la Escuela pionera de Asistencia Social, que surgió en Barcelona en el año 1932. La implantación del Trabajo Social en la Comunidad de Madrid, se remonta a 1950 en el Servicio de Psiquiatría del Dr. López Ibor en el Hospital Provincial de Madrid.

Sin embargo, la promulgación de esta ley, ha provocado que todos aquellos profesionales que trabajamos en el campo sanitario, con una formación académica que no está en el ámbito de las ciencias de la Salud, quedemos relegados (excluidos) de la formación de las Agencias Sanitarias creadas para dicho fin. Por otra parte, esto supone que se cuestione lo que significa el trabajo multi-profesional, cuyo fin es el de abarcar todos los aspectos y momentos que inciden en el enfermar, inicio, proceso y mantenimiento de esta, negando las competencias inhe-

rentes al carácter polivalente que tiene la intervención social en salud.

Teniendo en cuenta que en nuestro Sistema, hay diferentes leyes y reglamentos que avalan la intervención social, como parte del Sistema Sanitario.

- OMS (1948) define la salud como el equilibrio entre lo psicológico, lo biológico y lo social y no tanto la ausencia de enfermedad o dolencia.
- Constitución Española (1978) Entre sus Principios Generales, en su artículo 41 dice que: *“Los poderes públicos mantendrán un régimen de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y las prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad”*.
- La primera Disposición Normativa del Trabajo Social en Salud (1984) sobre Estructuras Básicas De Salud, regula el primer grado asistencial en salud, e incorpora al trabajador social entre los profesionales básicos de los Equipos de Atención Primaria.
- Ley General de Sanidad (1986) regula el derecho de todos los ciudadanos no solo a la salud física sino también a la social, positivizando así el derecho de los ciudadanos a la salud en este ámbito.
- Real Decreto 63/1995 *“Sobre la Ordenación de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud”* entre

su contenido en diferentes artículos destaca: La atención a una salud integral del individuo, a los grupos de población en riesgo social, así como a promover la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.

- Define de manera clara y concreta como prestación del Sistema: *“Atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurran en las situaciones de enfermedad, garantizándose la continuidad del servicio a través de la coordinación con las administraciones de los servicios sanitarios y sociales”*.
- Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM) (2001) En su sección segunda artículo 16. *“La Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid, a través de los recursos y medios de que dispone su Sistema Sanitario, desarrollará las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria: La atención integral de la salud en todos los ámbitos asistenciales, así como las actuaciones sanitarias que sean necesarias como apoyo a la atención socio-sanitaria.”*

Consideramos que nuestro Sistema de Salud, contempla no solo los aspectos sociales de los ciudadanos, como importantes en el desarrollo y evolución de la enfermedad, sino a los trabajadores sociales como técnicos responsables de asumir dichas circunstancias sociales. Teniendo en cuenta, además, que dicha demanda social se ha ampliado a colectivos con problemática social añadida, como pacientes crónicos en situación de exclusión social, colectivos de menores, mujeres en dificultad social, población inmigrante etc.

La experiencia, el desarrollo profesional del trabajo social en salud y los apoyos normativos expuestos, nos permite afirmar la importancia del mismo y a definir la intervención social como: La atención a la carencia de salud, en sus múltiples formas de presentación, ya sea como un proceso súbito, crónico o terminal, añadido, a determinadas circunstancias sociales; lo que produce una sucesión de problemas sociales que precisan la intervención del trabajador social en todos los ámbitos del Sistema de Salud (Primaria, Especializada y Salud Mental).

Cuando la enfermedad como contingencia vital, se suma a otras situaciones como vejez, emigración, hogares monoparentales, precariedad económica, soledad, marginación, etc. el trabajo social adquiere una dimensión definitiva.

Para el trabajo social, no hay enfermedades, sino enfermos, no existen problemas sino personas con problemas, que en ocasiones de enfermedad, incapacitan a la persona en distintos grados y áreas de su vida.

En las situaciones sociales problemáticas, detectadas en numerosos casos en el Sistema Sanitario, el trabajador social es el técnico mejor capacitado profesionalmente para actuar a través de su intervención profesional. Dichas situaciones que surgen, en ocasiones como emergencia, en otras, en un proceso largo de tiempo y que en general, precisan del estudio de la situación y la realización de un diagnóstico social; con frecuencia, necesitan de la elaboración de un informe social, como documento específico que sitúa las circunstancias propias de dicho paciente.

El informe social, como documento de uso, no solo como aportación al equipo interdisciplinario de salud, hospitalario o ambulatorio, sino al ámbito comunitario –principalmente los Servicios Sociales Generales– es imprescindible para informar e implementar medidas que en la medida de lo posible, no agraven ni reincidan en la situación de enfermedad.

En el transcurso del proceso de enfermedad, el sujeto, puede sufrir distintas incapacidades o circunstancias sociales, por las que el trabajador social debe intervenir de una manera particular, según la demanda del individuo, el plan terapéutico elaborado y teniendo en cuenta los propios recursos del paciente, así como los de su medio, cuidando de respetar su propia autodeterminación.

El trabajo social, en las situaciones de no-salud, abarcan desde la prevención, la educación para hábitos más saludables, así como la atención concreta e individualizada al sujeto enfermo.

Esta línea, a veces tenue, entre la situación de normalidad o de problemática social es detectada y forma parte del campo específico de la intervención del trabajador social. Otros profesionales cercanos, como la enfermería, médicos de familia, auxiliares, son técnicos mas ocupados en lo concreto de la enfermedad, la sintomatología, con el fin que el paciente recobre su “normalidad”.

El ámbito de actuación del trabajo social está especialmente orientado a las situaciones sociales, en las que se desenvuelve la vida personal, como la familia; que en diferentes circunstancias, la enfermedad, puede producir alteraciones en dicho medio familiar, ya sea, porque el paciente es quien desempeña en este grupo el papel de cuidador, proveedor económico etc. o por el contrario, por las necesidades de adaptación e integración por el grupo familiar, de la enfermedad de uno de sus componentes.

Las diferentes situaciones laborales, debido a que la incapacidad por enfermedad tiene una repercusión social y una necesidad de readaptación.

Las diferentes circunstancias económicas, especialmente las deficitarias, las condiciones de habitabilidad, de vi-

¹ Revista AEN nº 75 (Pág. 97)

vienda, de las relaciones con los demás y todas las que tengan que ver con la convivencia social del sujeto.

Las intervenciones del trabajador social en salud, en general, son actuaciones denominadas psico-sociales, contempladas no solo con una orientación hacia la persona, sino al problema, al medio o las circunstancias sociales y al proceso. El trabajador social está capacitado especialmente para tratar las demandas de pacientes, mediante un proceso de relación individual o grupal. Actúa con técnicas de esclarecimiento de situaciones, escucha y apoya la incertidumbre sobre la enfermedad y sus consecuencias. Así, trata de ayudar a asumir las diferentes minusvalías que generan determinadas enfermedades, así como los efectos sociales de las mismas. La enfermedad, generalmente, genera situaciones insatisfactorias y el trabajo social trata de potenciar los propios recursos personales, ya sea de una forma individual o en grupo; facilita la información sobre posibles recursos externos; se ocupa de la investigación sobre nuevas formas de adaptación y en ocasiones la gestión de los mismos.

En estos momentos, consideramos que es una realidad que en el ámbito de la salud, se requiere de la participación de todo tipo de profesionales, con sus conocimientos, habilidades y procedimientos que contribuyan a mejorar la salud de los ciudadanos y que entre las competencias inherentes y el carácter polivalente que tiene la intervención del trabajo social, están las relacionadas con el ámbito de la salud.

El colectivo de trabajadores sociales del ámbito de la salud de la Comunidad de Madrid, solicitamos el reconocimiento como profesionales del Sistema Sanitario vigente, así como también, el reconocimiento de que realizamos una función asistencial dentro del sistema sanitario y que no somos profesionales ajenos al mismo, en el sentido que define la LOPS.(2003)

Los profesionales, creemos necesario e imprescindible, regular la función del trabajo social y a los trabajadores sociales, como profesionales que realizamos funciones asistenciales dentro del sistema y que estamos plenamente integrados en los distintos equipos multiprofesionales, (primaria especializada y salud mental).

Aportamos a la atención, evaluación y estudio de los problemas de salud de los ciudadanos, el análisis de los factores sociales que inciden sobre la misma y la intervención profesional, trata de paliar estos efectos sociales de la enfermedad.

Por lo tanto, consideramos que el trabajo social como disciplina, aunque diferente metodológicamente y en su práctica, es imprescindible en el análisis de los proble-

mas de salud y el trabajador social como profesional, un miembro esencial (y además plenamente aceptado) en los equipos multiprofesionales.

En estos momentos, haciendo un análisis de la implantación y desarrollo de nuestra profesión en las diferentes áreas de Salud de Madrid, se puede constatar formas muy dispares de entender e interpretar nuestra función, dependiendo del criterio o prioridad del gerente del área sanitaria, que en ese momento y lugar tenga sobre nuestra profesión, llegando a situaciones de arbitrariedad en las funciones.

También es verdad que en Salud Mental, al menos en los dispositivos de distrito, -en unos más que en otros- es real y evidente el planteamiento de atención a la salud mental desde un equipo multiprofesional y que desde la Asociación Profesional de Neuropsiquiatría, hemos encontrado el espacio teórico donde poder plantear los problemas que emergen de la práctica psiquiátrica -aunque no haya sido muy utilizado por nuestro colectivo-¹.

Los trabajadores sociales que venimos solicitando desde la promulgación de dicha ley, a los responsables de la Administración de la Consejería de Salud, Consejero, Subdirección, Director de Recursos Humanos, así como, a los diferentes grupos políticos, que nuestra función profesional, sea considerada dentro del sistema de prestaciones sanitarias al ciudadano, además, proponemos que el trabajador social de salud, tenga una dependencia directa del Gerente de Área, con una propuesta de creación de Unidades de Trabajo Social por Área, respetando los tres niveles de actuación (Primaria, Especializada y Salud Mental) como la manera de conseguir un espacio profesional autónomo en la planificación de necesidades, líneas de intervención, etc. Pensamos que es la Gerencia el lugar donde revierten las necesidades detectadas propias de la zona y donde se crean las líneas de actuación a través de Programas Específicos de Salud.

En definitiva, no queremos estar excluidos de la formación continuada, de la promoción profesional y pedimos la integración total de la función del trabajo social, así como, su documentación social, historia e informe social, como parte del proceso terapéutico de los equipos asistenciales.

Texto elaborado a partir del documento presentado al Consejero de Salud y grupo parlamentario socialista por las vocales de Salud del Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid

Cristina Alonso
Marisa Perez

BIBLIOGRAFÍA:

- Informe sobre las funciones de los Trabajadores Sociales en los equipos de Salud Mental. Elaborado en Aula de formación de los Servicios de S.Mental de distrito en la Comunidad de Madrid- Madrid 2003
- Garcia Galot,M; Rojas,S; “El informe social en la Historia Clinica” Revista Agathos. Zaragoza 2005
- Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Atención Especializada – Madrid 2000 – coordinado por Dr. Leticia del Moral y Teresa Iglesias, y realizado por grupo de profesionales
- Guía sobre el Trabajo Social en Atención Primaria – Dirección Territorial del INSALUD – Subdirección Provincial de Atención Primaria de Madrid 2001 – Realizado por colectivo de trabajadores sociales de Atención Primaria
- Mateo,J; Fuentes,C; Genaro,A; Gómez,C; Crespo,A; Sillero,N; Ursa,T; y otros. “Propuesta desde los Trabajadores Sociales de Salud, para la futura ley autonómica, que regulará la documentación clínica en Madrid” Revista Trabajo Social Hoy. Colegio de Madrid Nº 43. Madrid 2004
- Ley General de Sanidad 14/86 de 25 de abril
- Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM) 12/2001 de 21 de diciembre
- Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) 2003
- Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2002-2008

PANÓPTICO

La aprobación de nuevas plazas de psicólogos para el 2005

No es ninguna novedad que a pesar del incremento de los últimos meses en recursos humanos, todavía estamos lejos de las cifras que proponía el Plan de Salud Mental. Los incrementos de personal requieren la inversión de dinero y ahora lo importante en materia de Sanidad es reducir las listas de espera quirúrgicas, que es lo que vende. Particularmente sangrante es lo que está sucediendo con los psicólogos. Entre las pocas contrataciones que se hacen y aquellas que son reconvertidas a psiquiatras (parece que en un momento dado pueden ser más polivalentes en algunas cosas porque puedan hacer guardias o tienen sello para hacer recetas y bajas laborales...) las ratios de estos profesionales por habitante son ridículas en casi todas partes y muchos centros de salud mental necesitan la contratación de uno o varios. La Oficina de Salud Mental no tiene una tarea fácil al tener que distribuir poco entre muchos y esto va a despertar recelos: ¿por qué a mí no y al otro sí? En estas circunstancias, únicamente un reparto equitativo, basado en criterios objetivos y realizado de forma transparente puede conseguir que los que se quedan sin nada acepten el reparto.

Para este año 2005, van a contratarse unos pocos psicólogos (¿quién sabe cuántos?) Los criterios en la adscripción de plazas tiene que basarse en argumentos asistenciales o, como prefieren denominarlos algunos, “científicos”. Todos sabemos que el Registro de Casos de la red de salud mental está absolutamente anticuado y a todos nos sigue sorprendiendo que en plena era de desarrollo informático estemos funcionando con un software del siglo pasado que limita enormemente la explotación de los datos asistenciales. Por si fuera poco, hay diferencias notables entre los distintos distritos a la hora de codificar y considerar estos datos y las fichas de asistencia y de alta son rellenas con distintos criterios en según qué sitios, el concepto de paciente nuevo con historia previa varía de un centro a otro... El problema es que si los criterios objetivos se miden con herramientas defectuosas empezamos mal. Si además, en la adscripción de plazas lógicamente pueden influir circunstancias particulares que se escapan a estos criterios, pero que no se aclaran, la desconfianza está servida.

Hay que valorar la iniciativa de la Oficina de poner en marcha un grupo que pretende unificar los datos asistenciales y las actividades realizadas en los centros de salud mental para gestionar mejor la demanda. Cuando esto se consiga y se ponga en funcionamiento un nuevo Registro de Casos digno, la adscripción de plazas se podrá hacer con mayor facilidad y acierto asegurado. Mientras tanto, se echa mucho de menos que se informe de forma clara y a su debido tiempo cuántas son y dónde se ubican las plazas que se proyectan, las que se desestiman y las que se aprueban. Si esto no se hace de forma transparente, siempre va a dar que pensar mal.

Olimpiadas, Severo Ochoa y el asesino en serie

Existen dos principales líneas argumentales para explicar la actuación del Consejero de Sanidad Lamela en el llamado caso de Leganés. La primera es la hipótesis del “atornillao”: el Sr. Lamela comete una torpeza descomunal al dar crédito a unas asociaciones que cualquiera que trabaje en el sector saben de que pie cojean, pero por cuestiones políticas es incapaz de dar marcha atrás y se atornilla al sillón. La segunda hipótesis es la del maligno: el Sr. Lamela y amigos S. A. quieren desprestigiar la sanidad pública para seguir con los concesionarios a sus conocidos y viene bien sacar a la luz este escándalo para concertar los cuidados paliativos y además así se carga a un par de médicos rojeras. La hipótesis del “atornillao” y la del maligno pueden ser simultaneas.

La tercera hipótesis que defendemos desde aquí es que todo tenía que ver con las Olimpiadas. Se reunió una empresa de comunicaciones contratada por el ayuntamiento y la Comunidad de Madrid para diseñar la estrategia para que la candidatura de Madrid 2012 triunfase y se preguntaron:

- ¿que no tenemos nosotros que tengan ellos?
- King kong y un asesino en serie.
- Llamad a Lamela
- Lamela: necesitamos un asesino en serie y un monstruo. Invéntate algo.
- Creo que tengo algo en Leganés.

Ahora que no nos han dado la Olimpiada ya no necesitamos asesinos en serie así que ya vale.

“*eppur si muove*” (y sin embargo se mueve...)

En este momento asistimos en el sur de Madrid a un fenómeno astronómico de gran interés científico: un nuevo big bang en el universo conocido como Área 9 de Salud Mental con la aparición de dos galaxias paralelas (Fuenlabrada y Leganés), organizadas por nuevos criterios espacio-temporales que suponen un salto conceptual de la teoría comunitaria clásica a la nueva teoría de la relatividad psiquiátrica.

El inicio de la expansión de este Universo parece situarse la galaxia de Leganés en un tiempo cero en que se decidió por fin trasladar la Unidad de Hospitalización Breve del Psiquiátrico a su hospital general correspondiente. Esta explosión creó una supernova con forma de múltiples dispositivos asistenciales simultáneos: Unidad de Hospitalización Breve y servicio de urgencias en el Hospital Severo Ochoa, segunda Unidad de Rehabilitación (UR-2 según la cartografía local) para estancias aún más prolongadas y un nuevo cuerpo celeste aún no determinado en las mismas coordenadas espaciales de la UR-2 que según los astrónomos podría tratarse de una unidad de trastornos de personalidad en régimen de ingreso inciertamente voluntario y/o comunidad terapéutica, según dicte la moda. Estos dispositivos unidos a las enanas marrones que ya existían se colapsan sobre si mismos formando un agujero negro que atrae nuevas listas de esperas y provocando un reajuste de las premisas clínicas y asistenciales previas sobre la base de la teoría del caos: no es necesario preparar con calma los dispositivos consultando a los profesionales implicados; definiendo programas asistenciales, criterios de derivación y selección de pacientes; estimando necesidades, ratios asistenciales, ratios de profesionales; y sin pensar también en invertir en otros tipos de recursos comunitarios sin tanto muro.

Por otro lado, en la galaxia de Fuenlabrada se crea en el nuevo Hospital del Futuro un Servicio de Urgencias y una Unidad de Hospitalización aún más Breve (se reduce el número de camas de ingreso para una población joven con demanda creciente). Esta unidad pese a estar ubicada en este nuevo hospital de gestión privada sigue perteneciendo al Universo del Instituto Psiquiátrico Jose Germain tras un extraño acuerdo interestelar publicado en el BO-CAM que coloca a los psiquiatras de nuevo en posiciones de extraterrestres, como colonos sacrificados para salvar la unidad de la Provincia. Esta argucia ha permitido incorporar al equipo de guardias forzosamente a los psiquiatras de Fuenlabrada y a los residentes pese a no tener acreditación docente. Todo ello de forma descoordinada, precipitada y caótica (reflejando las directrices del vigente plan de Salud Mental: ausencia de criterios y “que todo se regule por selección natural entre las diversas especies de dispositivos”) porque la Emperatriz Hope tenía prisa por inaugurar. Surge también del ruido cósmico que en algún lugar de la misma galaxia se está formando un Centro de Rehabilitación Laboral, Ocupacional o Virtual independiente, etc.

Y como si de un acelerador de partículas se tratase, todas estas nuevas unidades se crean de la nada. Sin aumento suficiente de facultativos se han de cubrir los nuevos dispositivos, el doble de guardias (máxima salomónica de mitad para un lado, mitad para otro) y la multiplicación de los puntos de guardia. Otros estamentos (trabajadores sociales, psicólogos, etc.) ni siquiera precisan refuerzos y pueden asumir las nuevas funciones por el mismo principio de ubicuidad. Los dispositivos ambulatorios, como los CSM, probablemente verán hipotecado su crecimiento, que ya ha sido escaso en los últimos años y exclusivamente con incremento de las plazas de psiquiatras. Como en el chiste de los remeros, lo que aumenta son los cargos de coordinadores y responsables asistenciales.

Pero eso sí, no hay que preocuparse, porque diga lo que diga el loco de Galileo, los pacientes siguen siendo el centro del sistema y lo que hacemos es defender una asistencia de calidad (vamos, que Madrid crece y da igual quien la desgobierne).

Unidades que se queman casi solas: a propósito del incendio en Getafe

El pasado mes de junio en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario de Getafe se produjo un incendio que obligo a intervenir a los bomberos teniéndose que cerrar la planta por unos días. Siguiendo las teorías del insigne psiquiatra de origen español pero afincado en Panamá Dr. Ramón de Aguilar recogidas en su famoso libro “*Las casas que se incendian solas. Psicopirosis en Panamá*”¹ hemos decidido investigar si se trataba de un caso de psicopirosis o simplemente de un fuego accidental.

Según este autor la psicopirosis es entendida como la combustión espontánea de un objeto debido a una energía psíquica transmitida de forma habitualmente inconsciente por una persona dotada con esos poderes, es decir de

una “ignición de naturaleza psicógena”. El fenómeno psicopirótico tiene siempre un sentido para el paciente que suele ser “anular su angustia, resolver el problema que le aqueja, desahogarse o vengarse de forma inadecuada. Para de Aguilar la personalidad de estos pacientes tiene un bajo nivel de frustración y un historial de síntomas neuróticos o bien son personas “faltas de esperanza, es decir desesperados por su estado económico, enfermedades, situaciones frustrantes o traumatizantes”. Puede ser entendido como “un suicidio inconsciente” El tercer elemento necesario para que se produzca el fenómeno psicopirótico es un entorno psicosocial determinado. Para de Aguilar lo característico de este entorno es la precariedad.

En el caso en que nos ocupa la combustión se originó en la habitación de un paciente y al parecer fue provocado con un mechero. Es decir, aparentemente, no fue una combustión espontánea ni hubo, aparentemente, otros signos claros del fenómeno psicopirótico como son la ignición salteada (inicio de varias combustiones a la vez en distintos cuartos), la ignición reiterativa (repetición del fuego en lugares que se prendieron con anterioridad) ignición selectiva (el fuego ataca a un objeto respetando a otros) e ignición simultánea (aparición de fuegos en diferentes lugares al mismo tiempo) y el fenómeno de Elías (salir llamas de objetos no combustibles).

Sin embargo analizando el caso en mayor profundidad parece claro que en esa unidad de hospitalización breve se vivía una situación psicopirótica latente de características grupales, fenómeno inadvertido por el Profesor de Aguilar, y que pudo de alguna manera influir en el incendio vivido. Es decir se trataría de un incendio de etiología mixta psicopirótica y accidental. De sobra es conocida la situación de precariedad de esta unidad: pocas camas para la población que atienden, cambios continuos del personal de enfermería, auxiliares y celadores, residentes que hacen guardias solos, espacio de la unidad claustrofóbico, etc.. Esto genera una situación grupal traumatizante y de desesperanza que se corresponde a nivel grupal con los problemas de personalidad de los psicopiróticos. El nivel de riesgo de combustión espontánea siempre es alto en esta unidad y aunque sea a nivel latente se puede encontrar tanto a nivel grupal a nivel individual un sentido para producirse una ignición de este tipo: desahogo, venganza o suicidio inconsciente. De forma latente hemos podido comprobar como con frecuencia se dan señales claras de: ignición salteada (diversos profesionales se queman en distintos despachos, a veces de forma espontánea), ignición reiterativa (el mismo profesional se quema varias veces incluso en el mismo día), ignición selectiva (la combustión afecta a todos los profesionales de la unidad pero nunca a los gerentes ni al coordinador de área) y fenómeno de Elías (salen llamas hasta en los profesionales con más experiencia y de apariencia incombustible). Además el caso que nos ocupa se acompañó de otro fenómeno que algunos consideraron paranormal, como fue la aparición de 12 camas de hospitalización psiquiátrica para trasladar a los pacientes en esa misma mañana tras las gestiones del Jefe de la Guardia cuando el día anterior la Coordinadora de Camas no había encontrado una sola en todo Madrid para efectuar un solo ingreso. Nuestra opinión es que en este caso no se trata de un fenómeno poltergeist sino de la inoperencia de un sistema. ¿alguien va a hacer algo para que funcione la Coordinadora?

- 1 Ramón de Aguilar. *Las casas que se incendian solas. Psicopirosis en Panamá*. Editorial Universitaria. Panamá 1995.

Breves

RESULTADOS DEPORTIVOS

Como anunciamos en el pasado boletín, quedaban algunos encuentros por jugar. Ya ha acabado la temporada y cabe señalar un resultado trascendente e inesperado: los “rojos” del Liverpool ganaron la final al candidato oficial, el Milan respaldado por el todopoderoso Silvio Berlusconi. El Liverpool realizó una remontada digna de una final. Parece increíble que en estos tiempos triunfe el buen hacer sobre el poder político-mediático. Enhorabuena.

RELIGIÓN

El Grupo de Psiquiatría legal de la Comunidad de Madrid realizó una serie de recomendaciones en relación a la Ley de Autonomía del Paciente en lo concerniente a la historia clínica. Como vemos que se han omitido recomendaciones sobre la historia pastoral que se realiza (de forma voluntaria) en alguno de los dispositivos de Ciempozuelos que concierne camas públicas para la Comunidad de Madrid proponemos que en la próxima reunión se trate el tema.

COLABORACIONES

De la controversia sobre los antidepresivos en niños y adolescentes al debate sobre cómo tratar la infelicidad infantil

Dra. Ibone Olza Fernández

Doctora en Medicina.

Psiquiatra Infanto-juvenil

El pasado 15 de febrero un chico americano de 15 años que culpaba a la sertralina de haberle inducido a asesinar a sus abuelos fue declarado culpable y condenado a 30 años de cárcel⁽¹⁾. Tenía 12 años en el 2001 cuando disparó a sus abuelos mientras dormían, y alegó que unas voces en su cabeza le instaban a matarlos. Un mes antes del crimen el menor había sido hospitalizado por un intento de suicidio y se le había recetado Zoloft, sertralina, el antidepresivo más vendido en Estados Unidos. Ha sido la primera vez en que se acusa a un antidepresivo de un crimen cometido por un niño. El menor ha sido juzgado como un adulto, y el caso ha sido visto en un momento en el que crece la preocupación por los efectos de los antidepresivos en niños y adolescentes.

El debate sobre la eficacia y los riesgos de los antidepresivos en niños y adolescentes saltó a la palestra en junio del 2003 cuando mediante una carta dirigida a todos los médicos británicos la compañía farmacéutica Glaxo SmithKline recomendó que no usara la paroxetina en menores de 18 años, ya que según los hallazgos de *estudios no publicados* podría incrementar el riesgo de efectos secundarios graves, como la hostilidad y el suicidio. Ese mismo mes el Committee on Safety of Medicines británico, que dos meses antes ya había formado un grupo de expertos para revisar el tema de los antidepresivos en la infancia, alertó sobre el uso de paroxetina en niños. En agosto del 2003 la compañía Wyeth alertó sobre los riesgos de la venlafaxina, un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina. En diciembre del 2003 el comité británico prohibió la prescripción de todos los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) sal-

vo la fluoxetina en menores de 18 años. Las razones aludían a un *posible incremento de la suicidalidad* por dichos fármacos y a *dudas sobre su eficacia* en el tratamiento de la depresión. En febrero 2004 Health Canada advirtió de los mismos riesgos. En marzo del 2004 la FDA americana también advirtió sobre el uso de antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina en niños sin llegar a hacer ninguna contraindicación.

En abril del 2004 Whittington y col.⁽²⁾ publicaron un artículo en el Lancet que revisaba los datos publicados y los no publicados sobre el uso de ISRS en niños y adolescentes. En dicho estudio los resultados de dos ensayos publicados sugerían que la fluoxetina tenía un perfil riesgo beneficio favorable, y que los datos de estudios no publicados apoyaban este hallazgo. Sin embargo los estudios publicados sobre paroxetina (uno) y sobre sertralina (dos) sugerían un dudoso o muy débil efecto positivo. En ambos casos al añadir a la balanza los datos de estudios no publicados los riesgos de recetar a menores paroxetina o sertralina superaban claramente a los beneficios. Los datos de estudios no publicados de citalopram y venlafaxina también mostraban un perfil desfavorable riesgo-beneficio. El trabajo fue elegido "Artículo del Año" en la influyente revista Lancet. Como se recogía en su misma página web: *"Este estudio no sólo fue el artículo del año. Fue también parte de la historia del año: una historia de ocultación de datos, engaños a médicos, un daño grave a la reputación de una compañía farmacéutica (GlaxoSmithKline), un juicio en Nueva York de 2.75 millones de dólares y la creciente presión para un registro internacional público y accesible de los ensayos clínicos aleatorios. Este estudio y la evidencia que contiene tiene implicaciones enormes sobre: a) el uso inadecuado de dichos antidepresivos en niños y b) sobre la manera inadecuada en*

que la industria farmacéutica (y otros investigadores) presenta al público médico los exagerados y distorsionados resultados sobre los beneficios y eficacia de los fármacos". La compañía GlaxoSmithkline tuvo que pagar 2.5 millones de dólares por ocultar evidencias de las tasas de suicidio infantil asociadas con un antidepresivo⁽³⁾.

En nuestro país la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-juvenil hizo públicas unas recomendaciones en octubre de 2004⁽⁴⁾.

En diciembre 2004 otro trabajo revisó los resultados colectivos de 6 estudios doble ciego más recientes sobre antidepresivos en niños y adolescentes⁽⁵⁾. En ellos se incluía a 941 niños que recibieron fluoxetina, paroxetina, sertralina, venlafaxina o placebo. De 42 medidas, los antidepresivos solo resultaron ser mejores que el placebo en 10 aspectos, todos ellos medidos por los médicos, ya que en los puntos medidos por los pacientes o sus padres no se observaron diferencias significativas. Los efectos secundarios graves fueron mucho más frecuentes entre los que recibieron fármacos que los que recibieron placebos. De todo ello se deriva la impresión de que hay poca evidencia sobre la eficacia de los ISRS en el tratamiento de la depresión infanto-juvenil, salvo la fluoxetina, por lo que se recomienda ser sumamente prudentes o incluso se desaconseja su uso^(6 y 7).

Pero no hay mal que por bien no venga. La controversia sobre el uso de antidepresivos en niños ha obligado a reflexionar a la comunidad médica internacional y ha aportado varias lecciones⁽⁸⁾. La primera de todas es que la comunidad médica por fin comprende que la investigación promovida por la industria farmacéutica ha minado la transparencia y la fiabilidad al tergiversar los datos ocultando la parte más desfavorable en los estudios los facilitados a los clínicos y a los expertos. Así, la controversia sobre los antidepresivos en niños ha motivado **la petición de que todos los ensayos clínicos, y no sólo los favorables, sean publicados**. La Asociación Médica Americana ha aprobado una normativa para pedir al Departamento de Salud americano la creación de un registro público de todos los ensayos y sus resultados. Esta iniciativa ha surgido directamente de la preocupación expresada por la Academia Americana de Psiquiatría Infanto-juvenil y otras sobre los estudios no publicados sobre antidepresivos y riesgo de suicidio. Los editores de las más prestigiosas revistas médicas apoyan dicha petición y se están planteando el exigir que todos los datos del estudio se hayan

hecho públicos como requisito previo para la publicación de los artículos.

La segunda lección es que **los antidepresivos no son medicamentos inocuos** y que deben de ser recetados con sumo cuidado y sus efectos monitorizados cuidadosamente, tanto en niños como en adultos, como aconsejan las nuevas recomendaciones.

La tercera lección es un **incremento de la sensibilidad de la opinión pública hacia la importancia de la depresión y el suicidio en niños y adolescentes**. De las serias dudas sobre la eficacia de los antidepresivos en niños y adolescentes ha surgido un nuevo debate de sumo interés, sobre la validez y la utilidad del diagnóstico de "depresión" en niños y adolescentes. En el Reino Unido, donde a finales del 2003 había más de 50.000 menores de edad en tratamiento con antidepresivos, el debate ha saltado a la más prestigiosa revista médica, el British Medical Journal. Así, un artículo publicado en diciembre 2004 se titulaba "Cuestionando la depresión infantil" ("Rethinking childhood depression") y el autor afirmaba: *"La infelicidad entre los niños parece estar creciendo, pero etiquetarlo como depresión y tratarla con antidepresivos resulta inútil y posiblemente nocivo. Ha llegado el momento de centrarnos en los motivos subyacentes... La medicalización de la infelicidad infantil oculta nuestra incapacidad para ofrecer una solución al problema"*⁽⁹⁾.

Probablemente este debate sea la mejor noticia de todo lo acontecido. Porque el problema no es sólo que los antidepresivos sean poco eficaces en la depresión infantil. Todos los que trabajamos en Salud Mental Infantil sabemos que hay niños y adolescentes verdaderamente deprimidos y con ganas incluso de morir-se. Hay buenos estudios que confirman la eficacia de la psicoterapia en los niños deprimidos⁽¹⁰⁾. Sin embargo a menudo carecemos de recursos suficientes para abordar dicho sufrimiento de manera eficaz. La depresión es una enfermedad grave que interrumpe el desarrollo emocional, el aprendizaje escolar y la adaptación social de los niños y adolescentes⁽⁴⁾. Cuestionar y debatir sobre la utilidad del diagnóstico de depresión infantil no significa pues que vayamos a negar el sufrimiento de muchos niños, sino que nos lleva a reflexionar más allá y a **preguntarnos qué está pasando con la infancia y la adolescencia en el mundo occidental y nuestro papel como cuidadores de su salud mental**. Como han sugerido los autores que han participado en el debate propiciado por el BMJ, los niños hacen mucho menos ejercicio ahora que hace veinte

años, y muchos de ellos han perdido la costumbre de jugar libremente y la pertenencia a una red social y a una familia extensa⁽¹¹⁾. Es de esperar que el debate sobre la depresión infantil y los psicofármacos se reproduzca al hablar de síndrome de hiperactividad con déficit de atención y el tratamiento con derivados anfetamínicos.

Por eso, citando una vez más Timimi “necesitamos un abordaje desde múltiples perspectivas en la valoración y el tratamiento de los niños infelices y de sus familias. Dicho abordaje debería normalizar las respuestas emocionales a las experiencias vitales adversas, destacar abordajes más positivos (como el favorecer la resiliencia) e implicar intervenciones sistémicas biopsicoso-

ciales (incluyendo aspectos biológicos como la dieta, el ejercicio o las habilidades cognitivas)”. En otras palabras, tal vez la única esperanza de “cura” para enfermedades como la depresión infantil venga de mejorar los determinantes sociales de la salud⁽¹²⁾: probablemente la flexibilidad de los horarios laborales y la mejora de las políticas de ayuda a la familia y a las madres puedan hacer más por prevenir la depresión infantil que otro tipo de medidas. Igualmente el debate sobre los modelos educativos y el papel de la escuela en la vida de nuestros niños deberían ayudarnos a ir acercándonos a una nueva situación en la que los niños puedan crecer en un entorno más familiar, con más juego y menos estrés, en un ambiente más saludable.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1 Teen Gets 30 Years in Zoloft Murder Case. By Bruce Smith. The Associated Press
- 2 Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet*. 2004;363:1341-1345.
- 3 Rodríguez A. “El gran «fiasco» de los antidepresivos” EL MUNDO Salud. 9 de Octubre de 2004, número 589
- 4 AEPIJ. Comunicado oficial sobre el tratamiento con antidepresivos de los niños y adolescentes que sufren depresión. Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil, vol 21, número 3, pag 147, septiembre 2004. <http://www.aepij.com/>
- 5 Jureidini J, Doecke C, Mansfield PR, Haby M, Menkes DB, Tonkin A. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *BMJ* 2004;328: 879-83
- 6 Green, Jonathan The SSRI debate and the evidence base in child and adolescent psychiatry *Current opinion in psychiatry* Volume 17(4) July 2004 pp 233-235
- 7 Herxheimer A, Mintzes B. Antidepressants and adverse effects in young patients: uncovering the evidence. *CMAJ* 2004;170: 487-9
- 8 Pomerantz, Jay M. MD Controversy Over Suicide Risk in Children and Adolescents Taking Antidepressants: Lessons Learned. *Drug Benefit Trends* 16(10):526-528, 2004.
- 9 Timimi, S. Rethinking childhood depression *BMJ* 2004;329:1394-1396
- 10 Harrington R, Whitaker J, Shoebridge P, Campbell F. Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescence depressive disorder. *BMJ* 1998; 316: 1559-63
- 11 Walker, S. Rethinking childhood depression Consider what it means to be a child these days Letter *BMJ* 2005;330:418.
- 12 Twiselman, B. Rethinking childhood depression : summary of responses. Letter. *BMJ* 2005;330:418-419.

HEMOS LEÍDO

Psiquiatras, psicólogos y otros enfermos. *Rodrigo Muñoz Avia. Alfaguara. Madrid, 2005*

El protagonista de esta novela vive en Madrid, está casado, tiene dos hijos y lleva una plácida existencia acomodado en la vida familiar y de consumo, como muchos ciudadanos, hasta que un psiquiatra se cruza en su camino. A partir de ese momento, entra en una dinámica en la que no puede dejar de observarse y de consultar a psiquiatras, psicólogos, hipnotizadores, acupuntores, curanderos, homeópatas, naturópatas, psicópatas... El saldo que obtiene de cada consulta es una nueva fuente de angustia y la sensación de estar cada vez más enfermo.

Con un tono humorístico, el autor plantea varias cues-

tiones relacionadas con el papel de los profesionales de la salud mental en la sociedad actual, como su confusa identidad, sus quehaceres tan dispares, la tendencia a la patologización de la vida cotidiana, la imposición social de la felicidad...

La ingenuidad con la que se enfrenta el protagonista a este mundo de terapeutas, que le dan respuestas de todo tipo, da lugar a situaciones divertidas que nos pueden ayudar a entender mejor la perspectiva de nuestros pacientes y a reírnos de nosotros mismos.

Alberto Ortiz Lobo

Beyond depression. Christopher Dowrick *Oxford University Press, Oxford, 2004*

Christopher Dowrick es un médico general, profesor de la Universidad de Liverpool que ha publicado numerosos artículos en revistas de prestigio sobre salud mental y atención primaria en general y sobre la depresión en particular. En este libro cuestiona el concepto de depresión como una condición médica y propone un marco de trabajo alternativo.

Dowrick comienza cuestionando la validez y la utilidad del concepto de depresión y para ello realiza una exhaustiva revisión de las pruebas que lo respaldan. Desde ahí, concluye que las bases biológicas o genéticas de la depresión no son nada definitivas y que el valor de la medicación antidepressiva, incluso en el tratamiento de la depresión mayor, sigue siendo incierto y equívoco. Argumenta que los intentos de mejorar el tratamiento y el diagnóstico en atención primaria han tenido poco éxito y, si han aumentado ambos en número, tiene que ver con la aparición de remedios simples como los nuevos antidepressivos que nos tientan a meter con calzador dentro de formulaciones muy simples a problemas complejos.

Dowrick también se detiene a analizar detenidamente los

intereses que sostienen el concepto de depresión como una entidad médica. Intereses comerciales por supuesto, pero también profesionales ya sean de psiquiatras, médicos generales, profesores universitarios o gestores de servicios. Todos se benefician de esta perspectiva aunque no sea la más idónea para los pacientes en la práctica diaria. Esta popularidad del concepto tiene que ver entonces más con los sistemas de valores que con que tenga un contenido científico intrínseco. Por este motivo, entiende que la depresión tiene graves problemas de aplicabilidad intercultural debido a las profundas diferencias sociales, lingüísticas y culturales. Para ilustrar estas ideas, expone otros marcos alternativos de orden filosófico, religioso o lingüístico con los que comprender esa constelación de emociones, pensamientos y conductas que en occidente hemos decidido, por el momento, llamarla depresión.

La propuesta de Dowrick es una perspectiva de la depresión como un problema que tiene que ver esencialmente con un fallo en el sentido del significado y del propósito del individuo en tanto que este es una entidad coherente, vinculada a un particular espacio geo-

gráfico y social y con capacidad para contar historias. La capacidad del sujeto para conducir su vida y la narrativa que cuenta al respecto son los elementos básicos sobre los que Dowrick desarrolla su modelo. Propugna un encuentro con los pacientes con menos diagnóstico y prescripciones y más comprensión y es-

cucha, un encuentro en el que las metáforas médicas que son estáticas, pasivas y restringidas se cambien por metáforas psicosociales, dinámicas, temporales, activas que proporcionan un sentido y una esperanza.

Alberto Ortiz Lobo

*Let them eat Prozac. The unhealthy relationship between the Pharmaceutical Industry and Depression. David Healy
New York University Press. 2004*

David Healy, Profesor de Psicología Médica en la Universidad de Gales y antiguo Secretario de la Asociación Británica para la Psicofarmacología es un controvertido y prolífico autor muy conocido no solo en los círculos académicos o psiquiátricos sino que sus libros han tenido cierta repercusión mediática (en nuestro país fue entrevistado en el diario El País el año pasado) pero que lamentablemente no han sido traducidos. Psiquiatra, psicofarmacólogo, historiador de la Psicofarmacología, consultor de algunas multinacionales farmacéuticas y testigo-experto de la acusación en varios casos legales contra compañías farmacéuticas su obra no es fácil de clasificar.

En sus anteriores libros *The antidepressant era*¹ y *The creation of psychopharmacology*² su pretensión de escribir una historia crítica del llamado “desarrollo racional de la farmacología en psiquiatría” se ve desdibujada o superada convirtiéndose en libros que basándose en un impresionante conocimiento del desarrollo histórico de la Psicofarmacología intenta explicarnos (y transformar) el presente (las prácticas de prescripción de los psiquiatras y médicos). Es decir desde un punto de vista académico son ensayos a caballo entre la historia de la medicina, la sociología, la antropología, la Psicofarmacología o la economía política, escritos de forma provocativa en una mezcla de estilo científico, periodístico y político. El valor de estos libros es doble: la calidad de sus fuentes es magnífica, y la historia de la Psicofarmacología que nos cuenta está cultural y socialmente contextualizada.

La idea central de estos libros, que también preside el último *Let them eat Prozac*, es una crítica de cómo las actuales teorías neurocientíficas sobre las enfermedades mentales han triunfado sobre otras competidoras

en base a su capacidad de poder crear mercados rentables para la industria farmacéutica. Healy es psicofarmacólogo, no lo olvidemos. Lo que quiere decir es que el poder económico de la industria farmacéutica es capaz de favorecer determinadas líneas de investigación psicofarmacológica y no otras según eso convenga a sus beneficios. No ha sido un desarrollo racional el de la Psicofarmacología, al menos no guiado por la razón de la ciencia sino por la razón del mercado. No es el único factor que menciona como necesario para que el desarrollo de la Psicofarmacología fuera de esta manera y no de otra. Las directrices de los organismos reguladores de los medicamentos como la FDA para aprobar un medicamento, la historia cercenada de los Institutos de investigación públicos, la necesidad de legitimación de la psiquiatría frente a los ataques del movimiento antipsiquiátrico en los años setenta son también elementos claves.

Pero Healy va más allá de la pura Psicofarmacología como he mencionado. Explora cómo esta investigación dirigida al mercado moldea también los conceptos y conocimientos de psiquiátricos poniéndolos al servicio de una nueva Psiquiatría Corporativa dirigida por la industria farmacéutica. Por ejemplo, las hipótesis de receptores monoaminérgicos en las enfermedades mentales han sido de gran utilidad para la lógica de “píldora mágica” (categoría de enfermedad = tratamiento específico) de la acción de los psicofármacos, que en manos del marketing ayudan a generar las metáforas culturas dominantes sobre las enfermedades mentales (esto es: deme algo para subirme la serotonina que tengo depresión). Para Healy estas teorías son meras hipótesis cuya validez científica no es mayor que las teorías alternativas sobre la enferme-

dad mental pero que actúan como poderosas metáforas culturales en lo que el llama la cultura del “biomedical self.”

Las posturas de Healy sobre la industria farmacéutica se han ido volviendo más firmes y menos exculpatorias a lo largo de su obra. Motivos no le han faltado. Desde que en 1997 escribiera *The antidepressant era* hasta la actualidad la conciencia que empieza a haber entre los médicos y los ciudadanos del conflicto de intereses entre la salud como bien común y la industria farmacéutica ha incrementado. El conocimiento de las dudosas prácticas éticas de investigación y publicación por parte de numerosas compañías han puesto en la picota a este sector, uno de los que más beneficios obtiene del conjunto de las industrias. Pero además Healy fue noticia hace unos años por haber sido vetado por varias multinacionales farmacéuticas cuando iba a firmar un contrato como profesor para la Universidad de Toronto tras pronunciar una conferencia en que de nuevo mencionó de pasada la relación entre los ISRS y el aumento de la conductas suicidas o pensamientos suicidas debido a un estado de agitación o acatisia que se produce en los primeros días de tratamiento.

De esto último trata su último libro *Let them eat Prozac: The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*. En él explora la historia de los ISRS y en concreto la relación de la Fluoxetina con el suicidio o con el incremento del riesgo suicida. Apparently este es el tema del libro, profundizando en argumentos que ya expone en anteriores obras, aunque esta vez parece dirigido a un público menos especializado (el propio título recuerda al best seller *Listening to Prozac*). Decía que aparentemente, porque su interés radica menos en la discusión científica sobre la relación entre los ISRS y el incremento del riesgo suicida (conviene leerlos no obstante

porque en este país este tema se ha pasado por alto con demasiada ligereza), sino en contarnos Healy su historia como testigo privilegiado y víctima de la industria farmacéutica. El libro se puede leer como una novela en la que nuestro héroe comienza a investigar de forma un tanto ingenua (a modo del antropólogo inocente) los efectos secundarios que observa en los pacientes a los que empieza a darles Prozac a finales de los años ochenta y acaba de experto en juicios contra Lilly sobre la responsabilidad del Prozac en determinados actos violentos, juicios que por supuesto se realizan en los Estados Unidos y en los que realmente se deciden las cuestiones científicas (es decir finalmente si el Prozac incrementa el riesgo suicida en las primeras semanas de tratamiento lo decide un tribunal de Kentucky y no la Comunidad científica). El libro tiene los mejores ingredientes de una novela de John Le Carré con abogados sin escrúpulos, ejecutivos invisibles que manejan los hilos, sistemas judiciales corruptos, abogados de la Iglesia de la Cienciología, burócratas ineptos de la FDA e investigadores mediocres comprados. Incluso uno puede dudar de si el protagonista no está algo paranoico y le van a dar olanzapina porque uno preferiría que estuviera loco y ser un delirio lo que con él se comparte.

Epilogo: Finalmente David Healy recurrió a los tribunales por su contrato en la Universidad de Toronto consiguiendo que le ofrecieran una plaza como profesor visitante. Las reglas de la Universidad en relación con las donaciones de la industria farmacéutica se han revisado para que exista mayor transparencia. David Healy no toma Olanzapina que sepamos. Lean cualquiera de sus libros.

Iván de la Mata Ruiz

REFERENCIAS:

- 1 Davis Healy. *The Antidepressant Era*. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts, and London, England. 1997.
- 2 David Healy. *The creation of Psychopharmacology*. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts, and London, England. 2002.

TABLÓN DE ANUNCIOS

Seminario de Hipnosis Clínica

ORGANIZADOR

Escuela Madrileña de Salud Mental

(Asociación Madrileña de Salud Mental)

Escuela de Salud Mental

(Asociación Española de Neuropsiquiatría)

COORDINADORA

María Diéguez

Psiquiatra. Hospital Príncipe de Asturias

PONENTE

Moris Kleinhauz

Psiquiatra. Ha sido profesor de la facultad de Medicina sección ciencias conductuales de Ramat Gan en Jerusalem; Jefe de departamento y Asistente de dirección del Hospital Mental Beer Yaakov; Jefe de departamento de Psicopatología y Dolor del Centro Médico Sheeba. Fundador del Servicio Psiquiátrico del Hospital General Assaf Harofe. Ha impartido numerosos cursos de hipnosis a nivel internacional y publicado varios artículos sobre distintas áreas de aplicación. Principal impulsor de la ley que regula actualmente el uso de la Hipnosis en Israel. En 1999 recibe el prestigioso premio Pierre Janet que otorga la Sociedad Internacional de Hipnosis por su larga y brillante trayectoria en el ámbito de la Hipnosis Clínica.

LUGAR: *Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. C/ Arzobispo Morcillo nº 2. Aula por determinar.*

FECHA: 7 y 8 de octubre de 2005

DURACIÓN: 16 horas

HORARIO: De 9,00 a 13,00 h. y de 15,00 a 19,00 h.

PROGRAMA: El seminario se plantea de forma esencialmente práctica y está dirigido a entrenar técnicas de inducción y elicitación de fenómenos hipnóticos y técnicas de aplicación en distintas áreas.

Introducción. La hipnosis como instrumento terapéutico • Principios y bases de la hipnosis • Fenómenos asociados. Técnicas de elicitación de fenómenos hipnóticos • Técnicas de inducción y profundización de estado hipnótico • La comunicación en hipnosis • Aplicaciones clínicas (Técnicas de hipnosis en el manejo del dolor/Técnicas de hipnosis en el tratamiento del estrés y la ansiedad/Técnicas de hipnosis en trastornos psicopatológicos).

DIRIGIDO A: Psicólogos y psiquiatras con experiencia clínica esencialmente en el ámbito de la sanidad pública.

NÚMERO DE PLAZAS: 20

SOLICITADA ACREDITACIÓN DE LA AGENCIA LAIN ENTRALGO

PRECIO DE LA INSCRIPCIÓN: Socios 200 €

No socios: 240 €

SOLICITUD DE PREINSCRIPCIÓN "SEMINARIO DE HIPNOSIS CLÍNICA"

La solicitud de preinscripción debe presentarse antes del 30 de septiembre de 2005, acompañada de un breve Curriculum Vitae, de un máximo de dos páginas.

DATOS PERSONALES

Apellidos Nombre

Dirección

Población C.P. Provincia

Teléfono E-mail

DATOS PROFESIONALES

Titulación

Puesto de trabajo actual

Lugar/Centro

Dirección

Población C.P. Provincia

Teléfono Fax E-mail

Firma del interesado:

Fecha:

Para realizar la preinscripción y para información adicional enviar los datos por correo o fax a la Secretaría de la Asociación Madrileña de Salud Mental-AEN (AMSM). C/ Villanueva, 11, 3ª planta. 28001, Madrid. Teléfono: 91 4314911, Fax: 91 4314911, E-mail: amsm@sie.es Y en la página web de la AMSM: <http://www.sie.es/amsm/>

Una vez le sea confirmada la admisión al curso, deberá realizar antes del comienzo del curso el ingreso de la matrícula por transferencia bancaria al código cuenta cliente c.c.c. 2038/1071/49/6000656198. Caja Madrid. C/ Agustín de Foxá 23. 28036 y enviar el resguardo de la transferencia a la Secretaría de la AMSM

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: