

BOLETIN

SERVICIOS DE SALUD MENTAL AREA 11

Número 15 – Diciembre 2009



Jornada de Docencia de Area 28 Octubre 2009 -
Cuadernos de Salud Mental del 12 (2009, 1): "Aproximaciones contemporáneas a la Histeria":
Presentación Dr. Palomo y prólogo Dr. García Bernardo -
Tratº Depresión Psicótica (E. Verdura y G. Rubio) -
Recomendaciones de colegas (Jesús Fdez., J. Camilo Vázquez)
A propósito del Trast. Bipolar (Mª J. Muñiz) - Programa TMG Septiembre 2009 -
Area Sanitaria Unica - Crónicas de Francia (Justo Díez)

¹ Miguel Brieva © Dinero. Revista de Poética Financiera e Intercambio Espiritual (2001-2005) N° 4

- **Jornada de Docencia de Area: 28 Octubre 2009.** Una vez realizada el acta resumen de la Jornada de Docencia, la publicaremos en el próximo número del Boletín. El objetivo principal es seguir mejorando en nuestra tarea docente, que construimos entre TODOS los profesionales del Area que desean participar y se comprometen. A través de la Comisión de Docencia del Servicio y tutores de residentes se vehiculan las diferentes iniciativas participativas.

En próximos Boletines actualizaremos asimismo la información disponible sobre la **Carrera Profesional**, aunque los carteles sindicales del hospital auguran congelación absoluta de incrementos salariales por este concepto (incluyendo acceso a nuevos niveles o por parte de nuevos colectivos sanitarios) en el 2010.

1. DOCUMENTOS DE AREA ²

- **Comisiones de Docencia Hospital Universitario 12 de Octubre**

- **Comisión de 26 Junio 2009 (Acta 5/2009)**

1. **Programación de las guardias de Urgencias**
2. **Aprobación 1 residente más de Neurología por año** (rotan por 2 meses por Psiquiatría: UHB y CSM Usera)
3. **Nombramiento vocal Residentes:** Dr. Jorge Alvarez, R-4 de Psiquiatría y otros
4. **Reunión de la Comisión de Docencia con el subdirector médico Dr. Rivas** por el conflicto de las guardias de Urgencias

- **Comisión de 30 Junio 2009 (Acta 6/2009 extraordinaria)**

- **Comisión de 30 Septiembre 2009 (Acta 7/2009 extraordinaria)**

1. **Escrito Director Recursos Humanos**
2. **Nuevo programa Psicología Clínica:** el tutor de Psiquiatría Dr. Vega informa, por indicación del tutor de Psicología Clínica del Servicio de Psiquiatría (D. Juan José Belloso), de la reciente publicación en el BOE del nuevo programa de la especialidad de Psicología Clínica. En él se amplía el programa docente de 3 a 4 años, de obligado cumplimiento para los residentes que accedan en el 2010 a plazas de formación sanitaria especializada. Asimismo se establece una disposición transitoria única que contempla la posibilidad de que los psicólogos Internos Residentes (PIR) que actualmente ya están cursando su programa formativo puedan ampliarlo a 4 años a propuesta del tutor PIR y con la conformidad del residente y de la Comisión de Docencia de la Unidad Docente. De todo ello ha informado el tutor PIR al Presidente de la Comisión de Docencia del Hospital Univ.

² Sección para la difusión de documentos de trabajo sobre nuestra organización asistencial. Información sobre los temas recogidos en las Actas de las Comisiones de Asistencia, Docencia, Rehabilitación, Usuarios u otras (así quien quiera puede leerlas: se envían a cada CSM y queda copia en la Secretaría del Servicio Psiquiatría Hospital 12 Octubre). Información sobre grupos de trabajo de la Cdad. de Madrid (Gestión de la Demanda, Urgencias, Historias Clínicas...), etc...

12 de Octubre por carta fechada el pasado 25/9/2009, así como a la Comisión de Docencia del Servicio de Psiquiatría (23/9/2009)”

Por todo ello se solicita en esta Comisión de Docencia del Hospital la aceptación de dicha propuesta que afecta a las 4 actuales psicólogas PIR del Hospital y que se lleven a cabo los trámites necesarios a fin de que la Dirección Gerencia valore la prórroga del contrato de dichas 4 psicólogas PIR, según se explicitó en la carta (**se adjunta**) enviada por el tutor PIR al Presidente de esta Comisión.

Se valora de manera positiva por los miembros de la Comisión de Docencia y se aprueba por unanimidad como conveniente dicha prórroga en base al evidente interés docente de la misma.

- **Comisión de 7 Octubre 2009 (Acta 8/2009 extraordinaria)**

1. **Asuntos docentes del Hospital**

- **Comisión de 30 Octubre 2009 (Acta 9/2009)**

1. **Asuntos docentes del Hospital**

2. **Implantación del plan de mejora docente:** Como parte de la implantación de un plan de mejora docente y en base a las recomendaciones de la Auditoria Docente pasada por el Hospital en Octubre de 2008, se va solicitar a los tutores de las distintas especialidades que actualicen el protocolo docente y que envíen un cronograma y/o itinerario docente, con una justificación del mismo si existe una desviación significativa de lo que marcan los programas docentes de la especialidad publicados en el B.O.E. Una vez recibidos serán valorados y aprobados por la Comisión de Docencia

- **Comisión de Docencia Serv. Psiquiatría - S. Mental Area 11 del 23 Sept. 09**

1. **Propuestas de cursos de formación continuada 2010** Tras la presentación de las diferentes propuestas se decide llevar a la Comisión Central de Formación las propuestas de los siguientes cursos, por este orden:

1. Taller de supervisión de casos. Carabanchel
2. Actualización en alcoholismo. UPRA
3. Demandas no psiquiátricas. Villaverde
4. Tratamientos biológicos en patologías resistentes. Hospital

3. **Seguimiento Programa MIR y PIR:** El tutor MIR anuncia que están prácticamente ultimadas las guías de las diferentes rotaciones y los planes de rotaciones 2009-10. Asimismo informa que está pendiente de cerrarse de forma inminente el calendario docente. Ambas informaciones se enviarán en cuanto estén disponibles.

El tutor PIR comenta el nuevo programa PIR con duración de cuatro años. Este es vigente para las personas que inician su residencia pero los PIR actuales pueden prorrogar su formación a estos cuatro años. Es necesario elevar la propuesta a la Comisión de Docencia del Hospital. Está por decidir el tema de la jornada continuada PIR, si en forma de guardia o de otra manera. El Dr. Jiménez Arriero advierte que se ha de elaborar una propuesta concreta para elevarla al Gerente ya que probablemente tenga que ser objeto de negociación.

4. **Ruegos y preguntas: Sesión General Docente de Area:** se informa de la próxima celebración de dicha reunión el 28 Octubre de 2009, de 8.30 a 12 h., abierta a todos los profesionales y residentes del Area. **Página web del Servicio de Psiquiatría – Salud Mental Area 11:** en construcción (en colaboración con el CRL Usera). **Manual de Psiquiatría (Palomo y Jiménez-Arriero):** descargable en www.cermente.com. **Profesionales colaboradores del Practicum:** Ana López informa de las gestiones en curso con la Facultad de Psicología de la UCM para coordinar a los colaboradores del Practicum. El Dr. Moré pide conocer la **carga docente total** con suficiente antelación para poder organizar las actividades docentes, es decir, tanto las personas que reciben docencia como las que colaboran en su impartición. Angeles Lassaletta comenta la posible **colaboración con Elipsis en el campo infantil** y la buena disposición que desde esa institución hay para ello. Finalmente el Dr. Agüera comenta que, tras los cambios habidos, se debería fijar de nuevo la **composición final de la Comisión de Docencia**. Para ello propone que se continúe con el esquema del Jefe de Distrito o Unidad junto con un representante para cada uno de ellos y en el caso de Carabanchel se contemple el mismo esquema para los dispositivos de Guayaba y Pontones.

- **Calendario laboral 2010**

 **Comunidad de Madrid**

Medios de comunicación

El Corpus Christi se celebra el 3 de junio y el día de la Asunción de la Virgen no se computa este año como festividad laboral

El Gobierno regional aprueba el calendario laboral del año 2010 de la Comunidad de Madrid

30.sép.09 - El Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid aprobó en su reunión de hoy el calendario de fiestas laborales para el año 2010. Serán 12 días festivos en todo el territorio de la Comunidad de Madrid, más otros dos días festivos que establece cada municipio madrileño, en total 14 días.

Las novedades en relación al presente año son que el Corpus Christi se celebra el 3 de junio y que el día de la Asunción de la Virgen no se computa como festividad laboral al ser este año, 15 de agosto, domingo.

Además, el Día de Todos los Santos, 1 de noviembre, que cae en lunes, completa los días festivos del calendario porque el año pasado recayó en domingo.

El calendario de días festivos para el año 2010 a efectos laborales queda fijado del modo siguiente:

- 1 de enero (viernes), Año Nuevo
- 6 de enero (miércoles) Epifanía del Señor
- 19 de marzo (viernes) San José
- 1 de abril (jueves) Jueves Santo
- 2 de abril (viernes) Viernes Santo
- 1 de mayo (sábado) Fiesta del Trabajo

Esta información puede ser consultada en parte o en su totalidad en la web de esta Unidad
 Dirección General de Medios de Comunicación - Puerta del Sol 7, planta baja / 28013 MADRID
 Fax: 91 080 20 75 / Web <http://www.madrid.org/medios>

 **Comunidad de Madrid**

Medios de comunicación

- 3 de junio (Jueves) Corpus Christi
- 12 de octubre (martes) Fiesta Nacional de España
- 1 de noviembre (lunes), Todos los Santos
- 6 de diciembre (lunes), Día de la Constitución Española
- 8 de diciembre (miércoles) Inmaculada Concepción
- 25 de diciembre (sábado) Natividad del Señor

Esta información puede ser consultada en parte o en su totalidad en la web de esta Unidad
 Dirección General de Medios de Comunicación - Puerta del Sol 7, planta baja / 28013 MADRID
 Fax: 91 080 20 75 / Web <http://www.madrid.org/medios>

5. RECURSOS DE LA RED DE SALUD MENTAL ³

6. OTROS RECURSOS ⁴

7. BAZAR - PETICIONES DEL OYENTE ⁵

8. DOCENCIA ⁶

9. RESIDENTES

- Los residentes de la UHB están haciendo todos los martes sesiones clínicas, que exponen a los adjuntos y demás personal de planta. Algunas de dichas revisiones son muy interesantes y si bien no son como para hacer un publicación, podrían ser útiles a nivel divulgativo en el Boletín del área. Iniciamos la publicación de algunas de estas revisiones con la realizada por el MIR Ernesto Verdura, supervisada por el Dr. Gabriel Rubio (UHB).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA LA DEPRESIÓN PSICÓTICA ⁷

Esta revisión se refiere al tratamiento del **Tr. Depresivo Mayor Unipolar** con características **psicóticas**, (delirios o alucinaciones). La prevalencia de **Depresión Psicótica** es del **0.4%** y de la **no psicótica**, del **2%**. El **14%** de pacientes con **depresión mayor**, presentan clínica **psicótica**. El **25%** de los pacientes internados con **depresión**, presentan síntomas **psicóticos**.

La depresión psicótica presenta en comparación con la no psicótica, mayor *severidad*, mayor *incapacidad*, *menor* probabilidad de *respuesta a placebo*, *mayor duración de episodios* y recurrencia de *características psicóticas en episodios posteriores*.

³ Información sobre los nuevos recursos que se van añadiendo a la red de Salud Mental del Area 11 (tanto del propio IMSALUD como los concertados). Criterios de derivación y forma de contactar con estos nuevos recursos o programas

⁴ Información sobre otros recursos de utilidad para nuestro trabajo (sociales, sanitarios no psi, educativos, OO.NN.GG., municipales...)

⁵ Puesta en común de materiales de interés clínico o docente: p.e. una escala de evaluación clínica o de investigación, una escala de evaluación de la docencia que impartimos o de satisfacción de usuarios. Solicitud de datos (respetando las normas legales de confidencialidad: ¡ojo!) o casos clínicos para estudios de investigación proyectados o en marcha, etc...

⁶ Información de publicaciones de nuestros residentes. Solicitud de colaboración para estudios o publicaciones o docencia, etc...

⁷ Se excluyen las referencias bibliográficas por motivo de espacio: pueden solicitarlas al Dr. Ernesto Verdura: ernestoverdura@hotmail.com

TEC: Para muchos médicos es el tratamiento *más eficaz* en depresión psicótica. En los Metanálisis que se basan en los ECA en los que se compara **TEC** con **TEC - placebo** en depresión psicótica, *se demuestra su eficacia. No hay ECA en los que se compare TEC con fármacos en depresión psicótica.*

La **farmacoterapia** también se considera de **primera elección**, por su *mayor accesibilidad* y por ser necesaria en el *mantenimiento* y evitación de recurrencia.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN PSICÓTICA

¿Comenzar con antidepresivo sólo o con combinación antidepresivo más antipsicótico? Las Guías internacionales y revisiones, sugieren la monoterapia con un ADT. La Guía práctica de la APA 2000 y el National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE 2004. Recomiendan el tratamiento combinado de inicio. La Revisión de Coryell, 1998, tratamiento combinado de inicio. *Incluso existe la opción de comenzar el tratamiento con un antipsicótico (atípico), sólo, debido a sus escasos efectos extrapiramidales y a sus propiedades antidepresivas, comparados con los típicos* (Rotschild, 2004). (¿efectos adversos, SEP, hiperprolactinemia, convulsiones, hipotensión, efectos anticolinérgicos, aumento de peso, Sdr Neuroléptico Maligno, disfunción sexual, cardiotoxico...?).

Según los estudios que se revisen se llega a distintas conclusiones. **La monoterapia con antidepresivos es más eficaz que con antipsicóticos. La TEC, es lo más efectivo. Los ATD son también efectivos. Si en 2-4 semanas el AD no es eficaz, se puede añadir un AP.**

La TEC es lo más eficaz. Combinación AD (ISRS vs. ADT) con AP, es lo más eficaz. Si falla cualquiera de las dos, potenciar con Litio. Otra opción es monoterapia con Clozapina. Si existen razones para evitar el AP empezar con el AD.

Los dos ejemplos anteriores muestran la diversidad de conclusiones que se revisan en la literatura, por ello en adelante la revisión se centra en un artículo publicado en 2007, considerándose la más completa revisión de los últimos años: **Tratamiento farmacológico para la depresión psicótica. Wijkstra J, Lijmer J, Balk F, Geddes J, Nolen WA. Revisión Cochrane, Biblioteca Cochrane Plus, 2007, núm 4.**

OBJETIVOS

Comparar la efectividad clínica de los tratamientos farmacológicos para los pacientes con depresión psicótica actual: Monoterapia antidepresiva, Monoterapia Antipsicótica y Combinación de Antidepresivo con Antipsicótico.

Selección de ensayos controlados y aleatorizados de tratamiento de depresión psicótica, así como de tratamiento para la depresión seleccionando para el análisis el subgrupo con síntomas psicóticos. Tanto pacientes internados como ambulatorios. Solo pacientes con depresión unipolar, no bipolares, por el riesgo de viraje a manía. El tratamiento debía durar al menos 4 semanas. Se estableció respuesta clínica reducción de al menos un 50% en la *Hamilton Rating Scale For Depression* o la *Montgomery Asberg Depression Rating Scale*, o una puntuación en la *Clinical Global Impression Scale*.

CRITERIOS

Búsqueda en CENTRAL (Registro Cochrane de ensayos controlados), en MEDLINE (1966-2004), y en EMBASSE (1980-2004).

- *Paso 1*, dos autores seleccionaron todos los ECA, centrados en el estudio del tratamiento farmacológico de la depresión mayor, en fase aguda.
- *Paso 2*, un estudiante de medicina seleccionó aquellos en los que no se excluyese a pacientes con depresión psicótica, y además que se les introdujese en un subgrupo, informado por separado. JW lo hizo de forma aleatoria en 60 y comprobó que estaba bien realizado.
- *Paso 3* se examinaron las referencias de las revisiones, publicaciones incluidas, resúmenes de congresos y comunicaciones personales.
- *Paso 4*, se examinó cada uno de los artículos seleccionados.

Se hizo una evaluación de la calidad de cada uno de los artículos, usando el *Manual Cochrane del Revisor*. (1). Se tuvo en cuenta la asignación al *azar del tratamiento*, el tipo de *ocultamiento*, tipo de pacientes, cegamiento del estudio, *análisis*, así como los *abandonos*.

Se extrajeron datos de las características de los pacientes, el diagnóstico, el tratamiento previo al episodio actual, la intervención, la duración de la enfermedad, los intentos de suicidio, los detalles del tratamiento (periodo de lavado...), así como las medidas del resultado.

En muchos *estudios los datos se convirtieron en datos por intención de tratar*.

ECA Incluidos:

- **Anton 1990.** amoxapina 300mgr a 500 mgr Vs amitriptilina (150-250mgr), + perfenazina (24mgr-40mgr), 4 semanas.
- **Van den Brock 2004,** imipramina Vs fluvoxamina. Según niveles en sangre. 4 semanas tras alcanzar los niveles en sangre predefinidos.
- **Bruijn 1996.** Imipramina Vs Mirtazapina, con niveles en sangre predefinidos. 4 semanas tras alcanzar niveles en sangre.
- **Mulsant 2001** nortriptilina (dosis promedio de 76 mgr) Vs nortriptilina (promedio de 63 mgr) + perfenazina (promedio 19mgr). Se comenzaba con nortriptilina y cuando el nivel plasmático estaba en rango se asignaba al azar. El tratamiento es de 2 a 16 semanas.
- **Rothschild 2004^a y 2004b:** Olanzapina (promedio de 11,9 mgr y 14mgr respectivamente) Vs olanzapina (12,4 y 13,9 mgr respectivamente) + fluoxetina (23,5 mgr y 22,6 mgr respectivamente), dosis de 20-80mgr. Vs placebo.
- **Spiker, 1985:** perfenazina (dosis promedio de 50mgr, nivel en sangre, 19 a 113 ngr/ml) Vs amitriptilina (promedio de 218mg, de 130 a 500mgr) Vs amitriptilina + perfenazina (promedio de 54mgr, 157 mgr/l a 690 mgr/ml). Período de tratamiento 4 semanas.
- **Spiker 1988,** amitriptilina (tres semanas al menos 150mgr) Vs placebo. Periodo de tratamiento 4 semanas.
- **Zanardi 1996,** sertralina (150 mgr desde el día 8) Vs paroxetina (50mgr desde el día 8). Período de tratamiento 5 semanas.

- **Zanardi 2000: venlafaxina 300mgr desde el día 8 Vs fluvoxamina 300 mgr desde el día 8. Período de tratamiento 5 semanas.**

CALIDAD METODOLÓGICA

Todos los estudios fueron aleatorizados y doble ciego.

En siete estudios el foco del mismo era el tratamiento de la depresión psicótica, en tres de ellos era un subgrupo.

En todos ellos el diagnóstico fue según un sistema de clasificación formal, (RDC, DSM III y DSM IV). Cuatro estudios usaron una entrevista semiestructurada. Cinco estudios incluyeron solamente pacientes con depresión psicótica.

En cada uno de los estudios hubo un período de lavado previo al inicio del tratamiento que fue de 5 a 7 días. Uno de dos semanas.

La dosificación de los distintos psicotrópicos utilizados se consideró adecuada.

En la mayoría se usó *medicación adicional como BDZ y Anticolinérgicos*. Cuando usó *haloperidol se los consideró como abandonos*.

RESULTADOS

Antidepressivo Vs placebo: En un solo estudio, la efectividad de Amitriptilina no fue estadísticamente más significativa que la del placebo. Los estudios que compararon AD + AP Vs AP, (se podrían considerar como AD Vs placebo), muestra diferencia estadística a favor del tratamiento con AD.

Antidepressivos VS Antidepressivos: Imipramina demuestra con SE (significación estadística) mayor efectividad que fluvoxamina. La imipramina fue ES más eficaz que mirtazapina. La Sertralina fue ES más eficaz que paroxetina. No hubo diferencias significativas entre fluvoxamina y venlafaxina.

Al agrupar estudios los ADT mostraron diferencias significativas VS los AD no tricíclicos.

Las tasas de respuesta a los ISRS variaron, 21% paroxetina, 30% fluvoxamina, 72% sertralina, 81% fluvoxamina. Tasa de respuesta promedio de los ISRS de 51,5%.

Antipsicótico VS Placebo: Ninguna diferencia estadísticamente significativa entre Olanzapina y Placebo. Los que compararon AD +AP Vs AD, es como AP Vs placebo, se combinaron con los que usaron AP Vs placebo y no se encontró ninguna diferencia significativa.

Antipsicótico Vs Antipsicótico. No hay.

Antidepressivo Vs Antipsicótico. La diferencia entre perfenazina y amitriptilia no fue estadísticamente significativa.

Antidepressivo y antipsicótico Vs placebo. No hay datos.

Antidepressivo más antipsicótico Vs Monoterapia antidepressiva. No se mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Antidepresivo más antipsicótico Vs antipsicótico. Perfenazina más amitriptilina, mejor que perfenazina solo, ES Olanzapina más fluoxetina, mejor que Olanzapina sola de forma ES.

Cuando se combinaron los tres ensayos que hicieron la combinación, fue estadísticamente significativa, a favor de la combinación, AD +AP Vs AP.

Ninguno de los estudios informó sobre cambios en la calidad de vida. La tasa general de abandono varió del 9% al 41%. No hubo diferencias ES entre los tratamientos ni en los estudios individuales frente a combinados.

DISCUSIÓN

Existen muy pocos artículos, a modo de ECA, sobre el tratamiento farmacológico de la depresión unipolar con síntomas psicóticos.

En esta revisión, *7 ECA de tto de depresión psicótica y 3 ECA en los que esta, se presenta en un subgrupo de los pacientes con depresión.*

Causas: 1. Frecuente el *tratamiento directo con TEC.* 2. *Dificultad para incluir pacientes con depresión psicótica en un ECA.* Asocian quejas somáticas y ansiedad. 3. *Dificultad para consentimiento informado, tendencia a retirarse de los ensayos.* 4. La depresión psicótica, como subgrupo, no es un diagnóstico separado, por tanto, *no presenta una indicación terapéutica por lo que no interesa mucho financiar estos ensayos.*

La combinación de los estudios que compararon *AD+AP VS AD y AP VS Placebo*, no mostraron diferencias estadísticas.

La combinación de estudios que compararon *AD+AP VS AP y AD VS Placebo*, sí mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Estas conclusiones apoyan que, un AD solo es eficaz, pero un AP solo no lo es.

La eficacia en más del 50% de los pacientes se ha comprobado con sertralina, imipramina, fluvoxamina y venlafaxina.

La imipramina (con control del nivel plasmático) fue *más efectiva que fluvoxamina y mirtazapina respectivamente.*

Este hallazgo sugirió que se debería preferir un ATD tricíclico, sobre otros AD en Depresión psicótica.

Un estudio de la Danish University Antidepressant Group (DUAG), en pacientes internados en los que la clomipramina fue *más eficaz que citalopram, paroxetina y moclobemida.*

Se encontró que un *mayor número de pacientes respondieron a la sertralina que a la paroxetina*, quizá por mayor número de abandonos con paroxetina.

El mismo grupo encontró *buenas tasas de respuesta a fluvoxamina y venlafaxina.*

Se encuentran diferencias entre estudios europeos y de EEUU.

- En los dos estudios italianos hubo tasas de más del 50% de respuesta a ISRS, en los dos estudios holandeses, también tasas de respuesta a imipramina por encima del 50%.
- Los estudios en EEUU encontraron tasas de respuesta a AD por debajo del 50%.
- *Quizá por la distinta población, por los tratamientos previos...*

Es importante recordar que: *No hay evidencia de que la combinación de un AD más un AP sea más eficaz que un AD solo.*

Las recomendaciones de la APA 2000, en las que se prefiere la combinación, no están basadas en la evidencia.

Estas recomendaciones se basan en el estudio de Spiker 1985, que informó de mejor respuesta con amitriptilina y perfenazina que con amitriptilina y perfenacina solas.

Esta diferencia fue estadísticamente significativa estudiando solo los pacientes que terminaron el estudio, si lo hacemos por intención de tratar, (con los que comienzan), ya no es estadísticamente significativa.

Análisis según los pacientes que concluyen, tasas de respuesta: 3 de 16 con perfenazina, 7 de 17 con amitriptilina, y 14 de 18 con la suma de amitriptilina y perfenacina.

Las tasas de respuesta por Intención de Tratar, fueron: 3 de 17 con perfenazina, 7 de 19 con amitriptilina y 14 de 22 con amitriptilina más perfenazina, luego ya no era ES. (RR 1,73, IC 95%: 0,89 a 3,37, $p=0.11$).

Importa recordar que: *existe evidencia de que la combinación de un AD más un AP es más eficaz que un AP sólo.*

Perfenazina y amitriptilina VS perfenazina. Olanzapina + fluoxetina Vs olanzapina sola). En el análisis combinado de ambos se confirmó.

No hubo diferencias en las tasas de abandono entre los estudios.

No hubo diferencias significativas en la aceptabilidad de los tratamientos.

Los estudios fueron pequeños, *ninguno con AD solo, superó los 25 pacientes.* Los estudios de *Rotshchild, patrocinados por Lilly* tenían más de 50 pacientes por grupo, pero menos en el combinado AD + AP.

Es posible que existiese *sesgo de publicación* (publicar sólo aquellos que tienen resultados positivos).

Se usó como medida de eficacia la *Tasa de Respuesta que los autores establecieron*, no se estableció una nueva por los distintas versiones HRSD, usadas.

Se duda de que el diagnóstico un tuviese errores, solo se usó entrevista semiestructurada en tres estudios.

Se piensa que quizá se tomaron como *síntomas psicóticos* ideas que no lo eran, como culpa... así como se duda que no se incorporasen *casos de bipolares, o con influencia neurológica por ejemplo demencia en ancianos incluidos*. Además es probable que los pacientes más graves no se incluyesen porque se diese *directamente TEC*, dificultad en el consentimiento, etc...

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

- Debido a la escasez de ECA, aún se desconoce cuál es el tratamiento farmacológico más efectivo para la depresión psicótica.
- *No se encontró evidencia de que la combinación de un antidepresivo más un antipsicótico sea más efectiva para el tratamiento de la depresión psicótica que un antidepresivo solo, mientras que si resultó más eficaz que un antipsicótico sólo.*
- *AD + AP no es mejor que AD. AD + AP si es mejor que AP.*
- El comienzo con un antipsicótico solo no es buena opción.
- *El comienzo con un AD más un AP o con un AD solo con la agregación posterior de un AP si el paciente no responde, parece ser lo más adecuado.*
- *Según el balance de riesgos y beneficios, el inicio con un AD solo, añadiendo posteriormente un AP si no responde, parece ser lo más adecuado.*
- *Un antidepresivo tricíclico (por ej, imipramina con control plasmático), sería una buena elección de AD; la efectividad de los ISRS es incierta.*
- *Existe una clara necesidad de estudios adicionales que comparen AD con AD + AP. A su vez comparar antidepresivos específicos (ATC Vs ISRS u otros más nuevos), con antipsicóticos atípicos, enfocándolo de modo escalonado.(AD, AD + AP, agregado de litio) y comparaciones con TEC.*
- Esta revisión fue financiado por Wyeth, GSK, Astra Zeneca y Sanofi Aventis.

Por tanto, la conclusión que se podría sacar tras esta revisión bibliográfica es que aparentemente la evidencia científica, que dice que según los riesgos y beneficios lo más adecuado sería empezar por un antidepresivo sólo y si no responde añadir un antipsicótico, no concuerda por completo con la práctica habitual a la que estamos acostumbrados al enfrentarnos a un paciente que padece un episodio de depresión psicótica. Además es útil para recordar la eficacia de los ADT.

*Ernesto José Verdura Vizcaíno. R2. Psiquiatría.
Gabriel Rubio Valladolid. Adjunto psiquiatría.*

10. RECOMENDACIONES DE COLEGAS ⁸

- José Antonio Méndez Ruiz y Joaquín Ingelmo Fernández *"La psicoterapia psicoanalítica desde la perspectiva del enfoque Modular-Transformacional"* Introducción a la obra de Hugo Bleichmar. Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. Madrid 2009

El pasado mes de abril apareció este libro, escrito por dos miembros de la Sociedad Forum de Psicoterapia, uno de cuyos autores nos ayuda en funciones de supervisión desde hace algún tiempo a profesionales de nuestro Área.

Siendo H. Bleichmar un autor cuyos trabajos son claros, rigurosos y sistemáticos y su docencia pedagógicamente insuperable, algo inusual en la teorización psicoanalítica ¿por qué una introducción a su obra?

Este parece un reto al que se han enfrentado, y a mi juicio con éxito, los autores. Se han centrado en el aporte teórico fundamental de H. Bleichmar: la concepción de la psicoterapia psicoanalítica desde la perspectiva del enfoque Modular-Transformacional. Desde que en 1997 apareció su obra "Avances en psicoterapia psicoanalítica", este enfoque no ha dejado de seguir madurando.

Los autores no sólo recogen e integran estos nuevos aportes, sino que tienen el mérito de resignificar una obra anterior, que desde veinte años antes pareciera que estaba como esperando una idea central para que cobrara nuevo sentido y complementariedad.

Todo ello sin tener que hacer un recorrido cronológico, tan al uso en los libros que introducen la obra de un autor.

El libro sigue fielmente la línea de pensamiento de H. Bleichmar. No es una introducción crítica a su obra pero tampoco condescendiente. Se percibe un discurso integrado e interiorizado en el propio pensamiento y en la práctica de los autores, que nos devuelven con un estilo claro y conciso ideas complejas. No caen en el fácil recurso de mostrar las palabras originales y hacer del texto todo un ejercicio de montaje de párrafos entrecorridos.

Esta estructurado en cuatro partes.

La primera "Teoría de lo inconsciente..." que por su densidad, rigor y claridad bien podría figurar como parte independiente, no solo de este texto sino del propio modelo, ya que ofrece una exposición de la teorización de lo inconsciente y otros conceptos claves del psicoanálisis, introductoria o válida para cualquiera otra perspectiva psicoanalítica.

⁸ En esta sección tal compañero recomienda un libro o artículo, profesional o no (literatura, prensa...), de especial interés, con un breve comentario o sugerencia introductoria. Recomendaciones de un evento de especial interés sin pretender ser una "agenda de Congresos": *tal curso o congreso suele ser interesante, o no, por tal motivo, tal conferencia...*

La segunda parte "Teoría del trastorno" que constituye una verdadera reflexión sobre lo patológico y su generación, apoyado en las dos dimensiones de su aparición, en base al conflicto y en base al déficit. Con un capítulo, muy corto pero clarificador, sobre procesos defensivos. Otro sobre el proceso de deconstrucción de las diferentes categorías psicopatológicas, ejemplificado con la depresión, ofreciendo, si no un método o sistemática, si una actitud de indagación ante el hecho clínico. Acabando con una propuesta de los posibles componentes para poder realizar un diagnóstico dimensional.

La tercera parte "Teoría de la cura" en la que se echa de menos un mayor desarrollo de conceptos como ampliación de la conciencia, que en definitiva es el nexo de unión con las teorizaciones y modelos cognitivos.

Una cuarta parte "Teoría de la técnica" en la que se revisan aspectos clave como la vinculación terapéutica, el tratamiento como proceso, el foco terapéutico...junto a un apartado sobre el desarrollo de técnicas específicas para situaciones determinadas. Esta parte es especialmente rica en propuestas y matices y con la que los clínicos, necesitados siempre de amparo teórico, nos podemos reconciliar y estimular.

En resumen, este es un libro necesario, por lo sistemático de su aporte teórico y útil para los clínicos que estimen más la fidelidad a la clínica que a la teoría en que se sustenta; no sólo introduce a la obra de H. Bleichmar, de una manera fiel y rigurosa sino que, a los que vienen siguiendo con atención la evolución de su modelo, permite una sólida comprensión de éste y una base desde la que poder dialogar y evolucionar con otros aportes psicoanalíticos y de la ciencia cognitiva.

Jesús Fernández Rozas
Psicólogo Clínico - CSM Carabanchel-Guayaba

- Ramos J (editor): **"Aproximaciones contemporáneas a la histeria"**
Editorial electrónica Luarna www.luarna.com Edición digital 2009

Reseñamos a continuación el índice del libro, la presentación del Dr. Palomo a los "Cuadernos de Salud Mental del 12" y el jugoso prólogo del Dr. Enrique García Bernardo a la publicación. Una invitación a su lectura para formación continuada y como material docente.



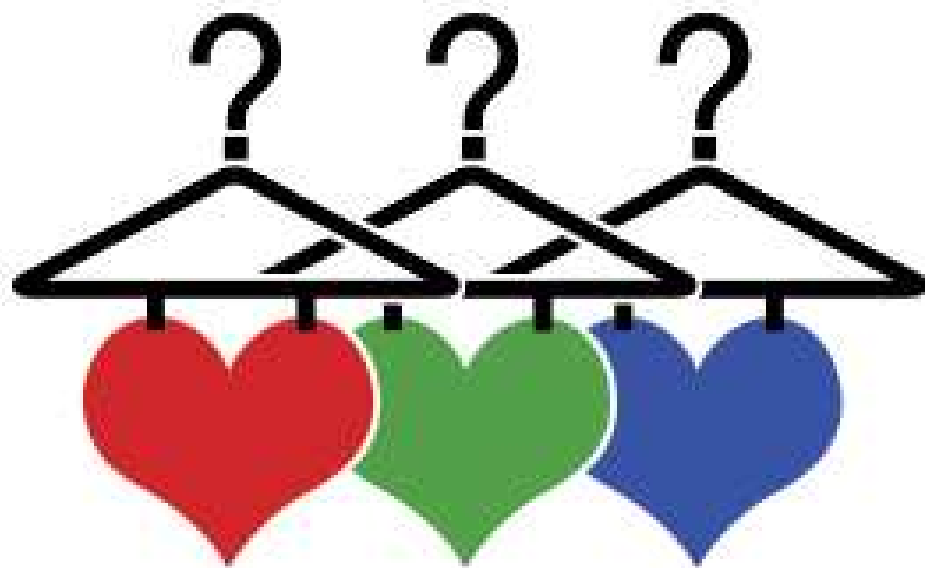
CUADERNOS DE SALUD MENTAL DEL 12

Nº 1 (2009)

UNIDAD DOCENTE DE SALUD MENTAL Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

APROXIMACIONES CONTEMPORÁNEAS A LA HISTERIA

Editor: Javier Ramos



Hospital Universitario
12 de Octubre

Universidad de Madrid

Descargable para lectura en
e-book (formato reader) y PC (formato pdf)
en la web de la Editorial Luarna: www.luarna.com

ÍNDICE

Presentación de los Cuadernos de Salud Mental del 12. Por Tomás Palomo	7
Los autores	9
Un prefacio lleno de gratitud. Por Javier Ramos	13
Prólogo. Por Enrique García Bernardo	21
La historia. Cuestiones diagnósticas a debate. Algunos aportes desde el pensamiento de D. W. Winnicott. Por Augusto Abello Blanco	29
Una visión personal de la historia. Por Marian Fernández Galindo	59
La perspectiva psicoanalítica de la historia. Por Norma Tortosa	94
Histeria con mayúscula. Por Pedro Cubero	117
Histeria, ventaja con el síntoma y necesidad de hermenéutica. Por Guillermo Rendueles	145

La historia camaleónica y la seducción de los nuevos diagnósticos: Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica. Por Javier Ramos	189
De Cenicienta a Barbie. Por Mariela Michelena	213
Histeria. ¿Categoría elusiva o transformaciones de la feminidad? Por Emilce Dio Bleichmar	233
Malestar e histeria. Por José Jaime Melendo	263

CUADERNOS DE SALUD MENTAL DEL 12

UNIDAD DOCENTE DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID)

En la primavera de 2007 escribía unas líneas introductorias a un proyecto modesto pero muy especial: nuestro *Boletín de los Servicios de Salud Mental del Área 11*, que ya va por su número decimotercero y que como era su objetivo está sirviendo de vehículo de cohesión entre los profesionales y cada vez son más los que incluyen sus aportaciones.

Una vez consolidado el Boletín que haremos que sobreviva a los avatares dudosos de la política sanitaria de Madrid, de nuevo Santiago Vega, tutor de los residentes, nos sorprende con otra iniciativa que va enriqueciendo nuestra identidad como Hospital y como Área. Área 11 en la que se inserta el Hospital Universitario 12 de Octubre, pues aquí en nuestra Área, fundamentada sin ambigüedades en la Reforma Psiquiátrica de los últimos 25 años, no estamos de acuerdo con una separación artificial de áreas o su desaparición confusa en un Área Única artificial en aras a un planteamiento demagógico de "libre elección" que confunde al ciudadano.

Además, en estos tiempos que corren, a veces nosotros corremos tanto que no dejamos sedimentar nuestro aprendizaje. Tiene por tanto especial mérito conseguir, en esta situación revuelta madrileña, poner en marcha el proyecto *Cuadernos de Salud Mental del 12* para publicar aportaciones valiosas realizadas en la formación de nuestros residentes y profesionales. Aportaciones hechas por nuestros propios profesionales y por otros profesores invitados que nos centran en la realidad del enfermo mental que es nuestro objetivo principal. Estos Cuadernos nos brindan la oportunidad de releer, repensar y dar a conocer a otros el contenido de los cursos de formación que realizamos en nuestra Unidad Docente de Salud Mental.

| 7

Empezamos esta colección con el monográfico dedicado a la Histeria realizado el curso 2008-09 en colaboración con la Agencia Lain Entralgo de la Comunidad de Madrid y dirigido por Javier Ramos con tanto acierto en la elección de temas, ponentes y estímulo intelectual para la reflexión clínica. Frente a patologías como la Depresión y otros trastornos directamente accesibles a nuestro entendimiento empático, la Histeria - como la Esquizofrenia - se nos escapa hasta constituirse en la representación más genuina de lo irracional. Viendo el resultado de este primer *Cuaderno de Salud Mental del 12* dedicado a la Histeria, estoy seguro de que los lectores van a disfrutarlo.

Aquí en el Área 11 y su cabecera el Hospital 12 de Octubre seguimos trabajando haciendo oídos sordos a los cantos de sirena de la histeria de conversión administrativa/política que propone una disociación (hospitales / áreas) ante la *belle indifférence* de un sistema que intuye ganancias secundarias.

Profesor Tomás Palomo

Catedrático de Psiquiatría UCM.
Jefe Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario 12 de Octubre.
Coordinador de Salud Mental del Área 11 de Madrid.

| 8

CUADERNOS DE SALUD MENTAL DEL 12
Unidad Docente de Salud Mental del
Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)

En la primavera de 2007 escribía unas líneas introductorias a un proyecto modesto pero muy especial: nuestro *Boletín de los Servicios de Salud Mental del Área 11*, que ya va por su número decimotercero y que como era su objetivo está sirviendo de vehículo de cohesión entre los profesionales y cada vez son más los que incluyen sus aportaciones.

Una vez consolidado el Boletín que haremos que sobreviva a los avatares dudosos de la política sanitaria de Madrid, de nuevo Santiago Vega, tutor de los residentes, nos sorprende con otra iniciativa que va enriqueciendo nuestra identidad como Hospital y como Área. Área 11 en el que se inserta el Hospital Universitario 12 de Octubre pues aquí en nuestro Área, fundamentada sin ambigüedades en la Reforma Psiquiátrica de los últimos 25 años, no estamos de acuerdo con una separación artificial de áreas o su desaparición confusa en un Área Única artificial en aras a un planteamiento demagógico de “libre elección” que confunde al ciudadano.

Además, en estos tiempos que corren, a veces nosotros corremos tanto que no dejamos sedimentar nuestro aprendizaje. Tiene por tanto especial mérito conseguir, en esta situación revuelta madrileña, poner en marcha el proyecto *Cuadernos de Salud Mental del 12* para publicar aportaciones valiosas realizadas en la formación de nuestros residentes y profesionales. Aportaciones hechas por nuestros propios profesionales y por otros profesores invitados que nos centran en la realidad del enfermo mental que es nuestro objetivo principal. Estos *Cuadernos* nos brindan la oportunidad de releer, repensar y dar a conocer a otros el contenido de los cursos de formación que realizamos en nuestra Unidad Docente de Salud Mental.

Empezamos esta colección con el monográfico dedicado a la Histeria realizado el curso 2008-09 en colaboración con la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid y dirigido por Javier Ramos con tanto acierto en la elección de temas, ponentes y estímulo intelectual para la reflexión clínica. Frente a patologías como la Depresión y otros trastornos directamente accesibles a nuestro entendimiento empático, la Histeria - como la Esquizofrenia - se nos escapa hasta constituirse en la representación más genuina de lo irracional. Viendo el resultado de este primer “*Cuaderno del 12*” dedicado a la Histeria, estoy seguro de que los lectores van a disfrutarlo.

Aquí en el Área 11 y su cabecera el Hospital 12 de Octubre seguimos trabajando haciendo oídos sordos a los cantos de sirena de la histeria de conversión administrativa/política que propone una disociación (hospitales / áreas) ante la *belle indifférence* de un sistema que intuye ganancias secundarias.

Profesor Tomás Palomo

Catedrático de Psiquiatría UCM
Jefe Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario 12 de Octubre
Coordinador de Salud Mental del Área 11 de Madrid

PRÓLOGO

Enrique García Bernardo

Aquel a quién el orden de las causas últimas le será siempre inaccesible considerará mas oportuno ayudar al movimiento natural que tratar de intervenir a ciegas en un proceso después de todo conducido por la providencia.

Thomas Sydenham. 1680

En cualquier caso, el círculo se cierra: la sociedad determina, las personas la padecen y los profesionales sostienen o/y responden a una y otras.

José Jaime Melendo. 2009

¿Por qué yo?

Es la primera pregunta que me surgió cuando Javier Ramos me llamó para proponerme que escribiera este prólogo. Se lo agradezco como buen amigo que es, y me halaga que piense en mí para ello. No es que dude demasiado de las capacidades que él dice que yo tengo, para encargármelo pero, ¿qué tengo yo que mi amistad procuras?⁹, ¿qué hago? Es la primera cuestión que el encargo me suscita. ¿Me identifico con ése que el otro (Javier Ramos) dice que soy y con su deseo? Y vamos entrando ya en el terreno de la Histeria que nos ocupa. Pues será precisamente esto aquello de lo que oímos hablar con tanta frecuencia al escuchar a nuestro/as pacientes: la fantasía histérica, siempre presente, de lograr la completud, el “falo” sin restricciones, que el otro le va a otorgar.

¿Tengo yo pues todo lo que hay que tener para ocupar este lugar simbólico, aquí como prologuista de un libro sobre la histeria? Y, ya puestos, ¿qué es lo que hay que tener? Gran pregunta que tanto la histérica por su parte como los terapeutas que intentan tratarla por otro, intentan responder. ¿Cómo se evalúa, cuantifica, define, lo que hay que tener para semejante tarea (tratarla o escribir sobre ella)? Sabemos que hay veces en que es mejor “dejar correr el agua” que intentar pararla. Y este libro no sólo procura, sino que consigue, con gran éxito a mi juicio, detener delante de nosotros esa realidad fugaz y efímera, y se acerca realmente a la comprensión del fenómeno histérico.

⁹ Lope de Vega. Sonetos.

Pero, ¿cuales son las reglas, y quién autoriza y delimita el campo? Yo puedo identificarme con ese alguien “autorizado” para hablar de este tema, puesto que llevo unos cuantos años ya metido en este mundo de la clínica psiquiátrica. El tema me ha interesado y me interesa, soy testigo de la generación anterior y de sus intentos de acercarse desde la clínica a este mismo campo, algo he pensado sobre él, (o, mas bien, algo me han hecho pensar aquellos pacientes con los que me he ido encontrando a lo largo de mi carrera profesional) y, por lo tanto, algo puedo decir con alguna autoridad. Lamentablemente, por otro lado puedo ser perfectamente desautorizado por otros profesionales que podrían tacharme de advenedizo sin una identidad suficiente como para hablar de un tema tan importante: No soy psicoanalista de carrera, ni participo de ningún credo psicológico oficial; soy bastante heterodoxo, más aún según van pasando los años, y no he escrito ningún trabajo (algún artículo sí, clínico¹⁰), y no sé si alguien avalaría oficialmente una hipotética postura mía ante la Histeria, pues no la tengo -si es que alguien puede decir que tiene una-

Y tras estas disquisiciones, no banales sino quizás algo retóricas, vamos a intentar la tarea.

Empiezo con gran placer el prólogo de este libro que, ni mas ni menos, se plantea la difícil y compleja tarea de recoger, a día de hoy, aquellos aspectos fundamentales que abarcan el concepto y la realidad clínica de la Histeria en estos comienzos del siglo XXI.

El terreno es deslizante, resbaladizo, complejo, y, a día de hoy, incierto, si uno tuviera que fijarse en la realidad de la Psiquiatría oficial (la académica, la de las clasificaciones en vigor, etc.) donde sencillamente ha desaparecido. ¿Quiere ello decir que ya no hay Histeria? ¿Se ha curado? ¿No será que fiel a si misma y a lo que la ha caracterizado como realidad nosológica a lo largo de la historia ha mutado?¹¹ Los velos que la ocultan, en su esfuerzo por adaptarse a los tiempos, a la cultura dominante en nuestra apagada ciencia, la han desplazado una vez más, y ahora aparece, qué pena, con los ropajes, tristes a mi juicio, de la fibromialgia. “La Gran Simuladora” vuelve a la carga. Los mismos perros con distintos collares dice el dicho tradicional. Nunca fue más cierto.

¹⁰ García Bernardo, E; Capllonc Gamundi, I. (1993). "Síndrome catatónico refractario a tratamiento". *Psiquiatría Pública*, Vol 5, n. 4: 301-311.

¹¹ Para una referencia cinematográfica, ver la película de Nunnally Johnson “Las tres caras de Eva” (1957).

Recuerdo que cuando iniciaba el MIR en Cruz Roja, apareció en una guardia, una chica que venía de Jaén, de un convento, a parir. Soltera, vivía recogida por las monjas, y el escándalo era mayúsculo: ¡se había quedado embarazada!. Vientre abultado, dolor, contracciones... Estaba de parto. Se desinfló ante nuestros ojos. No había nada salvo deseo, pseudociesis. Nunca lo he vuelto a ver.

Hoy, cuando la Histeria se esconde y parece que no queremos verla, me parece doblemente meritorio que a algunos compañeros se les haya ocurrido, y con tanto éxito, darle una vuelta de tuerca al tema. "Hysteria Revisited" que diría una revista internacional. Si no pensamos en ella vamos a tener que inventar otra nosología para no nombrarla. ¡A que les suena!

Referencia al libro anterior

"¿Tiene sentido hablar de la Histeria hoy?" se preguntaba el prefacio del libro que durante años hemos tenido de referencia en nuestro medio. Han pasado casi treinta años desde la publicación de la última monografía dedicada a la Histeria. La titularon "Aproximación a la Histeria"¹².

Aquel libro surgió alrededor de la inquietud de un grupo de psiquiatras-psicoanalistas agrupados por la doble vertiente de trabajar en la Psiquiatría pública, en el antiguo Hospital Psiquiátrico de Leganés, el Marañón, Niño Jesús, y su conexión con la Asociación Psicoanalítica de Madrid.

Fue una de las ponencias oficiales del XV Congreso de la AEN (1979). Era desde el modelo psicoanalítico, utilizado como referencia teórica, desde donde se planteaba la ardua tarea de entender fenómenos y situaciones, habituales en la clínica diaria, englobadas bajo el epígrafe de Histeria. Terreno ambiguo, difícil de delimitar, confuso, y que en ocasiones chocaba, y sigue chocando, con los modelos de comprensión y/o de clasificación de la nomenclatura psiquiátrica.

¹² Mascarell, S. (Ed.). (1980). *Aproximación a la histeria*. Madrid: AEN.

Las lecturas a las que obligó la tarea fueron exhaustivas, y deparó, como no podía ser de otra manera, bastantes sorpresas. La primera y más importante fue que, aunque parecía que desde Freud ya todo estaba dicho sobre la Histeria, las cosas no sólo no eran así, sino que los enigmas continuaban. Estaban antes de Freud y seguían después de su desaparición, reconociendo lógicamente el salto de gigante que su obra supuso. ¿Qué decir de las Psicosis Históricas, nunca aceptadas aunque, como las meigas, haberlas haylas? ¿O las agudas observaciones en relación a la depresión en la histeria o “el depósito que nunca se llena”, por mas antidepressivos que le pongamos?

Aquel libro se convirtió en un clásico para aquellos de nosotros que comenzábamos nuestra andadura en este campo y que tuvimos la suerte de poder compartir puntos de vista y de debate con muchos de sus autores, con algunos de ellos incluso amistad personal además de contacto profesional.

Creo obligado aquí acordarme de ellos, empezando por los que ya no están. **Salvador Mascarell**, coordinador del trabajo y, mérito añadido a su gran capacidad tanto teórica como clínica, alguien de quién siempre escuché maravillas. Su trabajo sobre el carácter y la personalidad histérica ha sido una fuente muy importante para mí en mis búsquedas en el territorio de los Trastornos de la Personalidad. Y **Baldomero de Cabo**, tan echado de menos, y sus precisos comentarios sobre la conversión (¿se acuerdan de la conversión?).

Luego los vivos. **Carlos Cobo**, agudo psiquiatra y psicoanalista infantil, y **Antonio Campoy**, con quien luego me he encontrado en muchas ocasiones, y a quien recuerdo ocupando actualmente yo una posición hospitalaria que él ocupó antes y, seguramente, mejor.

Dejo para el final los más cercanos: **Luis Guzmán, Félix Blanco y José Jaime Melendo**. Agudos clínicos y estudiosos de éste y otros temas, la vida nos ha ido juntando y separando, pero siempre ha perdurado el gran afecto que siento por ellos y el reconocimiento a su trabajo que tanto nos ha inspirado a muchos en este y otros terrenos clínicos.

Aproximaciones contemporáneas a la histeria.

Y ahora van otros a los que se les ocurre ir en contra de la historia académica y ponerse a pensar sobre este “caduco y desagradable” tema. ¡En el siglo XXI!

Aproximaciones contemporáneas a la histeria es su título y esta su presentación.

Cito a su *alma mater*, **Javier Ramos**, cuando decía en 2007: “La Histeria siempre ha puesto en evidencia los límites del saber...hasta que invencible, ha terminado por ser negada”¹³. De contradecir esta afirmación se ha encargado él mismo, para, a través de un ciclo de conferencias en el espacio de docencia MIR y PIR en el Hospital 12 de Octubre - donde se formó y forma él ahora-, recuperar la Histeria y ofrecerla en tiempo presente, para el deguste de los mas jóvenes, que han oído poco y mal sobre este asunto, y que (mucho me temo por ellos) van a tener que enfrentarse a un número no pequeño de pacientes histéricas a lo largo de su futura práctica. Con lo que o empiezan a hacerse una idea o van a sufrir y/o a hacer sufrir una barbaridad.

Para ello se ha rodeado de excelentes profesionales que han pasado revista, cada uno desde su ángulo, a nuestra Histeria. El resultado es óptimo y lo comprobarán cuando lo lean.

Aquí empiezo, al revés que en el libro anterior, citando a los más cercanos. Primero el propio **Javier Ramos** y su excelente conceptualización del “mundo fibromiálgico”, sus claves y una forma de aproximación que pasa por la estructura, lo que supone entenderla desde dentro del mundo de los pacientes. Javier ha evolucionado de forma continua desde que lo conocí acabando el PIR. Siempre atraído por los temas complejos, demuestra una vez más su profundidad y sutileza de análisis en esta contribución, además de organizar el conjunto de la obra. Está **José Jaime Melendo**, superviviente del intento anterior, con todo el mérito que ello tiene, pero ahora desde ese lugar que los que le conocemos tanto valoramos, mezcla de Psicología, Sociología, Ciencia y pensamiento puro, con aderezos periodísticos. Vean su bibliografía y lo entenderán. Original y lúcido siempre. Cito a continuación a dos “chicas”, queridas y cercanas: **Emilce Dio Bleichmar y Marian**

Fernández Galindo. La primera en su reflexión de largo vuelo, tan prolífica, sobre femineidad y histeria, que se va sofisticando en su enfoque artículo tras artículo; y la segunda adentrándose desde lo más clásico (Freud) a lo más novedoso (Damasio y las Neurociencias). El planteamiento de una hipotética conexión entre el concepto de la Neurona Espejo y los fenómenos imitativos de la Histeria resulta estimulante y novedoso. No se pierdan ninguna de las dos.

Luego **Pedro Cubero**, el psiquiatra de esta historia con la histeria. Repasa la psicopatología, la historia y las diversas conceptualizaciones, centrándose en la clínica y la semiología. Exhaustivo y sugerente. Mas allá **Guillermo Rendueles**, que como dice un amigo común, ejerce desde hace años de intelectual orgánico de la AEN, aquí con uno de sus favoritos, la Histeria-dismorfofobia. Sagaz, irónico, cáustico, no decepciona. **Mariela Michelena** y su original visión desde una óptica de desarrollo infantil en la Histeria ayudada por una detallada exposición de un caso clínico analizado en profundidad. Por fin **Norma Tortosa** desde una óptica psicoanalítica en estado puro. Y por último **Augusto Abello**, a quién no conozco pero ardo en deseos de conocer tras la lectura de su "Winnicott".

Una obra, en fin, para no perderse y que recomiendo de verdad. La "Hysteria Revisited" triunfa en sus pretensiones, que eran ambiciosas y complejas, con gran brillantez y profundidad, dejando abundante material para poder seguir pensando. ¿Hay quién dé más?

Dr. Enrique García Bernardo

-
- *Hola, os envío un texto de una página que he preparado pensando en las recomendaciones varias que se hacen desde el Boletín de Salud Mental. Trata acerca de un libro que estuve leyendo hace un par de meses y que me tuvo entusiasmado. Quizás pueda interesarte, aunque reconozco que podría ser más breve. Sea como sea lo dejo a tu disposición. Lo envío adjuntado en formato Word y el que utilizo yo, que es software libre, por aquello de las licencias de Microsoft.*

Un saludo.

J. Camilo Vázquez. R1

¹³ Ramos García, J. (2007). Fibromialgia y otros algoritmos asociados. ¿Nuevos destinos para la histeria? En A. Talarn. *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder, 2007.

SOBRE LA PSICOLOGÍA DE LA INCOMPETENCIA MILITAR

Norman F. Dixon

Editorial Anagrama. Colección Argumentos (552 páginas)

Decía Groucho Marx que “inteligencia militar” son dos términos contrapuestos. Y es que, aunque duro, en ocasiones el oxímoron no podría estar más justificado. La magnitud de ciertas operaciones, desastrosas tanto por su torpe ejecución como por el intolerable calibre de sus consecuencias humanas ha llevado con frecuencia, ya desde antiguo, a intentar depurar un “método” para afrontar el inevitable conflicto, vencer y conseguirlo no a cualquier precio, sino minimizando el sufrimiento y las penalidades. *Sun Tzu, Von Clausewitz, Guderian...* representan el esfuerzo por hacer emerger algo de racionalidad desde lo más profundo de ese barrizal que es el enfrentamiento armado: la distribución estratégica de fuerzas. Sin embargo, frente a la brillantez de líderes militares que han pasado a la posteridad por su dominio del arte de la guerra no palidecen ejemplares como los presentados en este libro: oficiales sobrepasados por las circunstancias. Hombres lastrados con un poder excesivo, que les llevaría a tomar decisiones irracionales y condenaría a sus hombres al desastre, haciendo que decidirse entre la incompetencia, la estupidez o incluso la maldad sea una tarea prácticamente imposible a la hora de encontrar una explicación siempre insatisfactoria.

El presente libro acomete un análisis escrupuloso de la incompetencia militar basándose en la tradición castrense Británica de los últimos cien años. Aunque bien podría haberse extendido a lo largo de otras tantas, incontables batallas, que acuden a la mente leyendo sus páginas, el autor se ha centrado en una serie de vergonzantes pasajes que se suceden desde la guerra de Crimea hasta la malograda operación de Market Garden, ya en los últimos compases de la Segunda Guerra Mundial. Una descripción somera de dichos episodios compone la primera parte del texto. La segunda, más amplia y de verdadero interés, busca la raíz de la incompetencia en los ejemplos propuestos. Analiza la maquinaria de selección y formación de los oficiales. Ahonda en las cualidades ideales del líder y desvela qué hábitos y rutinas han acabado siendo favorecidas a la hora de obtener ascensos debido a la perversión de sus propios incentivos. Finalmente se adentra en la tarea de aventurar qué perfiles psicológicos tienden a buscar su autoafirmación en el seno de la rígida y jerarquizada maquinaria militar. Y cuáles son las nefastas posibilidades a las que esta tendencia abre puertas.

Este libro no es un tratado de estrategia. Tampoco un libro de historia. Ni siquiera se trata de un manual de autoayuda para cadetes agobiados. Es una ventana abierta al interior de todas las organizaciones humanas y sus vicios. Es un canto desesperado a los tropiezos que se veían venir y a las profecías autocumplidas. Es la obra de un psicólogo, filósofo, militar de carrera y lúcido testigo empeñado en arrojar algo de luz sobre todo aquello que queda más allá de la mala suerte o el azar siempre unidos a este tema eterno: la guerra, que se hace más humana, patética y desgarradora, a medida que, con un humor inconfundiblemente inglés nos muestra los hilos invisibles que manejan a muchos de estos niños que juegan a ser soldados y acaban segando – y este es el inevitable contrapunto terrorífico- miles de vidas por el camino.

José Camilo Vázquez Caubet (MIR - 1)

- *En el siguiente tipo de colaboración pedimos a un compañero que es experto en un tema que comparta con los demás (tanto residentes como resto del personal) una actualización bibliográfica básica o algún libro o artículo de especial interés sobre su campo de profundización*

A PROPÓSITO DEL TRASTORNO BIPOLAR

Dra. Maria Jesús Muñoz de la Torre (Psiquiatra C.S.M. Usera)

F.K. Goodwin y K.R. Jamison publicaron, en el año 1990, el libro **“Manic-Depressive Illness”** en el que, siguiendo el punto de vista Kraepeliniano, enfatizaron el curso cíclico de la enfermedad y la unidad en esencia de las formas Bipolares y Unipolares recurrentes (1). En éste sentido *“...la característica clave de la enfermedad Maníaco-Depresiva tanto de la forma Bipolar como de la Unipolar recurrente sería la recidiva, en otras palabras, el nº de episodios afectivos, no el tipo de episodio, era lo que preocupaba a Kraepelin...”* (2).

Los mismos autores publicaron en el año 2007 una nueva edición con el título **“Manic-Depressive Illness, Bipolar Disorders and Recurrent Depresión”** imprescindible desde el punto de vista clínico, docente y de investigación al ser más reciente y actualizado (3).

Por otra parte K.R. Jamison, coautora de ambos libros, publica **“Una Mente Inquieta. Testimonio sobre afectos y locura”** donde describe sus vivencias como enferma diagnosticada de Trastorno Bipolar (4). Además, publica **“Marcados con Fuego. La enfermedad maniaco-depresiva y el temperamento artístico”** describiendo la enfermedad de artistas reconocidos como Van Gogh, Lord Byron, Virginia Woolf, Ernest Hemingway y Robert Schumann entre otros (5).

Otro aspecto importante a destacar es que, a lo largo de estos años, diferentes autores observaron que algunos pacientes bipolares tenían más tendencia a tener manías y pacientes con más tendencia a hacer depresiones, pudiendo existir una **“Polaridad Predominante”**. E. Vieta y cols. operativizaron y validaron éste término, apoyado por la ISBD (Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares), como propuesta de inclusión como especificador de curso (propuesta aún sin aprobar) en el DSM-V (6) (7).

BIBLIOGRAFÍA.

1. Goodwin, FK., Jamison, KR., 1990. Manic-Depressive Illness. 1ª edición. Oxford University Press. New York.

- 2.El-Mallakh, RS., Nassir Ghaemi, S., 2008. Depresión Bipolar. Guia completa. Ars Médica.
- 3.Goodwin, FK., Jamison, KR., 2007. Manic-Depressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression. 2ª edición. Oxford University Press. New York.
- 4.Jamison, KR., 1996. Una mente inquieta. Testimonio sobre afectos y locura. 1ª edición. Editorial Tusquets.
- 5.Jamison, KR., 1998.Marcados por el fuego. La enfermedad maniaco-depresiva y el temperamento artístico. Fondo de cultura económica. Colección de Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis.
- 6.Colom, F., Vieta, E., Daban, C., Pacchiarotti, I., Sanchez-Moreno, J., 2006. Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. J. Affect. Disord. 93, 13-17.
- 7.Vieta, E., Berk, M., Wang, W., Colom, F., Tohen, M., Baldessarini, RJ., 2009. Predominant previous polarity as an outcome predictor in a controlled treatment for depression in bipolar I disorder patients. J. Affect. Disord. 119, 22-27.

Dra. Mª Jesús Muñoz - CSM Usera

11. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS ¹⁴

- Próxima reunión PARG: **2 Diciembre 2009, 13.30 h.**
- **Artículo:** Espín JC y Belloso JJ. **Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año** Rev AEN (2009) XXIX, 104: 329-354
[http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/2009/revista-104/estudio descriptivo de los ninos y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un ano.pdf](http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/2009/revista-104/estudio%20descriptivo%20de%20los%20ninos%20y%20adolescentes%20nuevos%20vistos%20en%20un%20servicio%20de%20salud%20mental%20en%20el%20periodo%20de%20un%20ano.pdf)

12. CONVOCATORIAS ¹⁵

- **Curso Intensivo de “Introducción a la investigación básica en Neurociencias”.** Organiza: CIBERSAM – Dra. Lourdes Fañanás. 11 Diciembre 2009 en el Instituto Cajal – CSIC (Av. Dr. Arce, 37 – 28002 Madrid). 10 horas lectivas. Información:
http://www.cibersam.es/opencms/opencms/cibersam/calendario/verevento.jsp?event=/cibersam/modules/events/event_0100.html

¹⁴ Información de líneas de investigación en curso en nuestro área 11, publicaciones de artículos, libros, tesis, conferencias, etc... nuestras: para compartir y *sacar del armario* nuestra producción científica. **Como solemos ser bastante modestos, también invitamos a que unos recomendemos los trabajos de los otros.** Eso no es delación... ¡¡Perded la vergüenza: lo que investigamos y publicamos no es sólo *“para aumentar el C.V.”* !!

¹⁵ Reuniones de las Comisiones de Area, grupos de trabajo, Congresos y reuniones científicas en las que participamos activamente u organizamos. Conferencias de profesionales que invitamos a participar en la formación MIR-PIR y que son abiertas al resto de profesionales del área, etc...

- **Curso "Bases metodológicas de la investigación biomédica" 19ª edición 2010.** Organiza: Unidad de Investigación Hospital Universitario 12 de Octubre

Horario: 12 Enero a 11 Febrero 2010
(Martes, Miércoles, Jueves)

Sede: Hospital Universitario 12 de Octubre

Información: Unidad de Epidemiología Clínica
Unidad de Investigación
Edificio Materno-Infantil. Planta (-2)
Hospital Universitario 12 de Octubre
Tel: 91 390 86 72

13. SESIONES CLINICAS 2008 ¹⁶

- **Calendario Sesiones Clínicas de Área (miércoles 8.15 a 9.30 h.)**

- **DICIEMBRE 2009**

- Día 2 : Infancia y Adolescencia Carabanchel
- Día 9 : UHB Hosp. 12 de Octubre
- Día 16: Unidad Conductas Adictivas

- **ENERO 2010**

- Día 13 : Entre dos tierras: coexistencia de clínica neurótica y psicótica en el TLP - Raúl Huerta
- Día 20:
- Día 27:

14. REFLEXIONES ¹⁷

- **Premio a las mejores prácticas e innovación en gestión de calidad en el Servicio Madrileño de Salud (2009):** *En el mes de Septiembre se han convocado unos premios a nivel de la Comunidad de Madrid destinados a premiar la calidad de intervenciones asistenciales innovadoras. Cada Hospital ha presentado un proyecto. En el 12 de Octubre se ha seleccionado el programa de TMG. Posteriormente, de todos los proyectos seleccionados*

¹⁶ Publicación de las revisiones de especial interés presentadas en las sesiones clínicas de área presentadas en el Hospital. Información sobre las últimas sesiones clínicas realizadas (así se puede contactar con los profesionales que presentaron la sesión y que probablemente revisaron la última bibliografía a propósito del caso)

¹⁷ Análisis cuantitativos y cualitativos de nuestro trabajo, nuestra organización, propuestas CONSTRUCTIVAS de cambio, textos breves nuestros y/o importados de la prensa y/o literatura profesional o general, cartas, artículos, etc...

de cada hospital, habrá un nuevo proceso de selección, pero ya es positivo que en este hospital hayan seleccionado un proyecto relacionado con la Salud Mental. Compartimos a continuación el programa TMG presentado, con unos resultados estadísticos actualizados.

Juanjo Belloso - TMG

PROGRAMA TRASTORNOS MENTALES GRAVES: SEPTIEMBRE 2009

1. INTRODUCCIÓN

El tratamiento integral de los Trastornos Mentales Graves (TMG) supone un reto a la actual estructura de sanidad. Esta categoría, universalmente aceptada, caracteriza a personas que sufren ciertos trastornos mentales o emocionales como esquizofrenia, trastorno bipolar y otros trastornos psicóticos, además de otras patologías neuróticas y de personalidad grave que pueden llegar a ser crónicas y deteriorantes. Estos desórdenes impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales sobre tres o más aspectos primarios de la vida cotidiana (Higiene personal y autocuidado, autonomía, relaciones interpersonales, transacciones sociales, aprendizaje y ocio) y menoscaban el desarrollo de su autosuficiencia económica.

Estas patologías consumen un elevado número de recursos sociosanitarios (múltiples reingresos, fenómeno de puerta giratoria, abuso de la atención en urgencias, consumo abusivo de psicofármacos, saturación de las consultas ambulatorias en los Centros de Salud Mental (CSM), bajas laborales prolongadas, alto riesgo de desarrollar comorbilidad), unido a la obtención de resultados terapéuticos pobres con los recursos habituales (Unidad de Hospitalización Breve y CSM). Esta situación repercute negativamente en varios niveles, como por ejemplo el estado de salud de las familias y cuidadores principales del enfermo, generándose a su vez nuevas demandas de asistencia y finalmente delegación sobre el sistema sanitario de la responsabilidad sobre estos pacientes.

En esta línea, el Servicio de Psiquiatría del H. U. 12 de Octubre detecta en los últimos años un incremento de situaciones / pacientes afectados de psicopatología grave, que a menudo precisan ser hospitalizados para contener / compensar crisis. El grado de psicopatología al que nos referimos impide a estas personas una rehabilitación social y laboral completa. Estos pacientes se beneficiarían de un recurso con alta capacidad de contención sin llegar al ingreso.

Este programa pretende incidir en el fenómeno de puerta giratoria, que condena a muchos de los pacientes con trastorno mental grave a una situación crónica de inestabilidad psicopatológica, dificultándoles el desarrollo de una vida normalizada en todas sus facetas (social, laboral, familiar...).

2. OBJETIVOS

EL Objetivo general del programa de TMG es mejorar la situación clínica de los pacientes incluidos en este proyecto (desglosado en los siguientes objetivos específicos):

1. Reducir la duración de los ingresos
2. Disminuir los reingresos
3. Disminuir la asistencia a urgencias
4. Potenciar la adherencia a los diferentes dispositivos terapéuticos y rehabilitadores
5. Promover la participación de las familias en el proceso terapéutico

3. METODOLOGÍA

3.1 Ubicación del programa

El programa está centralizado en el H. U. 12 de octubre, en el Pabellón de Medicina Comunitaria, pero la actividad del programa incluye actuaciones conjuntas con otros dispositivos como captación de pacientes (UHB), reuniones de coordinación (Urgencia y CSM), visitas a domicilio y reuniones con otros dispositivos.

3.2 Población

El programa atiende a la población de Trastornos Mentales Graves del Área 11 de Madrid que actualmente ingresa en las Unidades de Hospitalización Breve del H. U. 12 de Octubre y el Complejo Asistencial Benito Menni (Aranjuez, Usera y Villaverde) con las siguientes características:

- Dificultad para alta hospitalaria de la UHB del H. U. 12 de octubre, bien por la persistencia de sintomatología y/o problemas para la transición del paciente a otros dispositivos.
- Elevado número de ingresos en UHB en un corto período de tiempo
- Consumo abusivo de la urgencia hospitalaria
- Baja adherencia a los dispositivos tras el alta de la UHB
- Escaso seguimiento de las prescripciones terapéuticas
- Ausencia de apoyos efectivos tras el alta en UHB (familiar, social, laboral...)
- Elevada vulnerabilidad por consumo de tóxicos

Como se puede ver, se trata de una población difícil desde el punto de vista del manejo clínico y que han fracasado reiteradamente en otros dispositivos de la red de Salud Mental. La asistencia al programa es voluntaria.

Se evitará la inclusión en el Programa de TMG de pacientes en los que el diagnóstico predominante sea el Trastorno de personalidad o que presenten un Trastorno Mental Orgánico.

3.3. Período de estudio.

El programa de atención a Trastornos Mentales Graves del H. U 12 de Octubre empezó a funcionar en abril del 2008. Desde entonces han transcurrido 18 meses, durante los cuales hemos recibido 43 derivaciones que se han ido incorporando paulatinamente.

3. 4 Profesionales que forman el equipo del programa

El equipo del programa TMG actualmente está compuesto por los siguientes profesionales: Un Psiquiatra, una Enfermera especialista en salud mental y un Psicólogo clínico.

3.5 Funcionamiento del programa

La Admisión de los pacientes da lugar a la realización de evaluación, diagnóstico, tratamiento, y seguimiento hasta su alta de todos los pacientes derivados al programa. El paso siguiente consiste en la elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento.

Existe una Historia Clínica debidamente cumplimentada y en la que consta por escrito el Plan de Tratamiento Individualizado, con especificación de los objetivos a alcanzar con el mismo. Se realizará un Informe de Alta del paciente en el momento de producirse la misma, debiendo ser remitido al paciente y al profesional derivante.

El programa está planeado sobre un máximo de 20 pacientes en curso. Dadas las características de los pacientes (establecidas al hablar de la población), consideramos que este número optimiza las intervenciones terapéuticas tanto grupales como individuales.

La estancia media de los pacientes es de seis meses, lo cual permite una renovación frecuente de la población atendida.

Al alta del dispositivo, se les ofrece a los pacientes la posibilidad de mantener un enganche psicoterapéutico consistente en asistir a un grupo de “veteranos” una hora a la semana por tiempo indefinido.

3.6 Actividades que componen el programa

Se prestan las siguientes modalidades terapéuticas: Atención individual (psicoterapéutica, farmacológica), atención grupal y atención familiar.

El horario de actividades es de Lunes a Viernes, de 8.00 a 15.00

Las actividades del programa TMG se dividen en dos bloques:

A. CLÍNICAS:

A1. GRUPALES:

Psicoeducación de pacientes y de familias

Psicoterapia de grupo

Talleres de relajación y adquisición de habilidades de autocontrol

Taller de arteterapia: expresión plástica y musicoterapia

Cineforum

Grupo de “Veteranos”

A2. INDIVIDUALES

Entrevistas clínicas con el paciente y/o familiares (Consulta psiquiátrica, psicoterapia, seguimiento por enfermería, etc.)

B. DE COORDINACIÓN:

B.1 CON LOS PROFESIONALES DERIVANTES (UHB): al objeto de facilitar la derivación del paciente.

B.2. CON LA URGENCIA HOSPITALARIA: Satisfaciendo una doble necesidad: algunos de los pacientes pueden ser atendidos en sus crisis en la urgencia de este hospital durante la realización del programa. La coordinación con la urgencia facilita la reincorporación del paciente al programa y/o evita una rehospitalización. Por otra parte, una de las vías de entrada al programa es la propia urgencia, desde donde el paciente puede ser derivado directamente y por primera vez a este proyecto.

B3. CON LOS PROFESIONALES DE LOS CSM: al objeto de informar de la evolución de los pacientes así como facilitar la derivación a sus CSM correspondientes tras el alta del programa y la adherencia a otros dispositivos.

3.7 Evaluación de resultados

Para evaluar el impacto sobre la evolución clínica de los pacientes nos parece oportuno establecer dos periodos para comparar una serie de indicadores. De esta manera hemos establecido un periodo previo al inicio del programa de 6 meses y un periodo posterior al alta de este programa también de seis meses.

Desde la puesta en marcha del programa, hasta la actualidad, han sido dados de alta 18 pacientes en el programa. De esta población, solo 9 fueron dados de alta hace más de seis meses. La evaluación de resultados se efectúa sólo sobre aquellos pacientes (9) que han completado el programa y hayan sido dados de alta, al menos, hace seis meses. Procedemos a comparar el período pre con el post a través de la medición de indicadores que sirvan para valorar el cumplimiento del objetivo general y los cinco objetivos específicos anteriormente mencionados:

Indicador 1: Número de días de ingreso

Indicador 2: Número de ingresos

Indicador 3: Número de visitas a urgencias

Con respecto a estos tres indicadores, nuestro objetivo inicial es lograr una disminución del cincuenta por ciento.

Indicador 4: Número medio de dispositivos en la red de salud mental por paciente: En relación a este indicador, nos planteamos que el número de dispositivos a los que asista el paciente sea superior tras la intervención

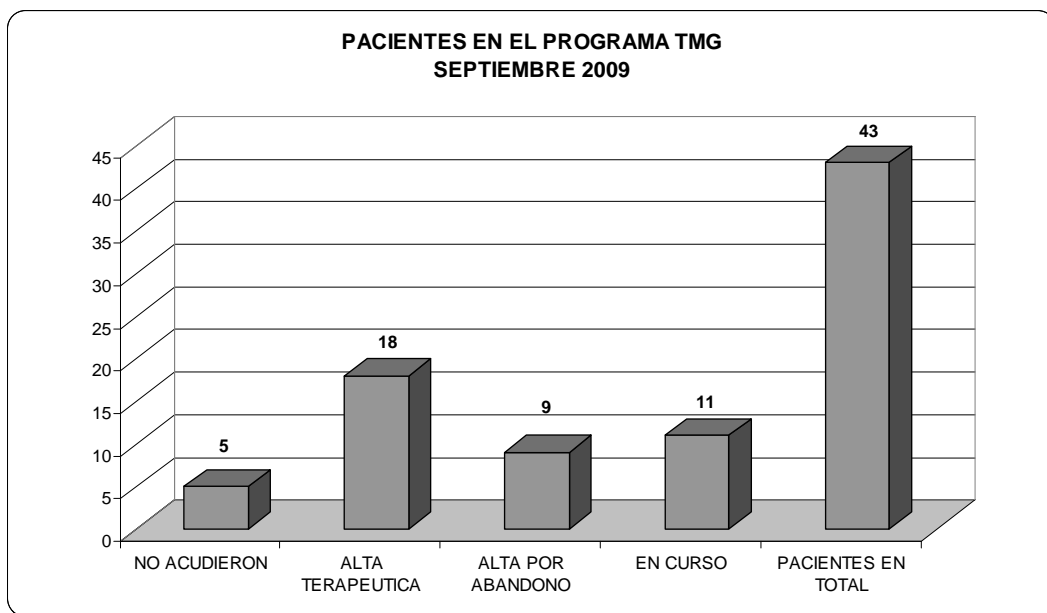
Indicador 5: Número medio de entrevistas – actuaciones con familias por paciente: En este caso no es posible realizar una comparativa con el período previo, con lo cual nos limitamos a aportar datos cuantitativos absolutos

4. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

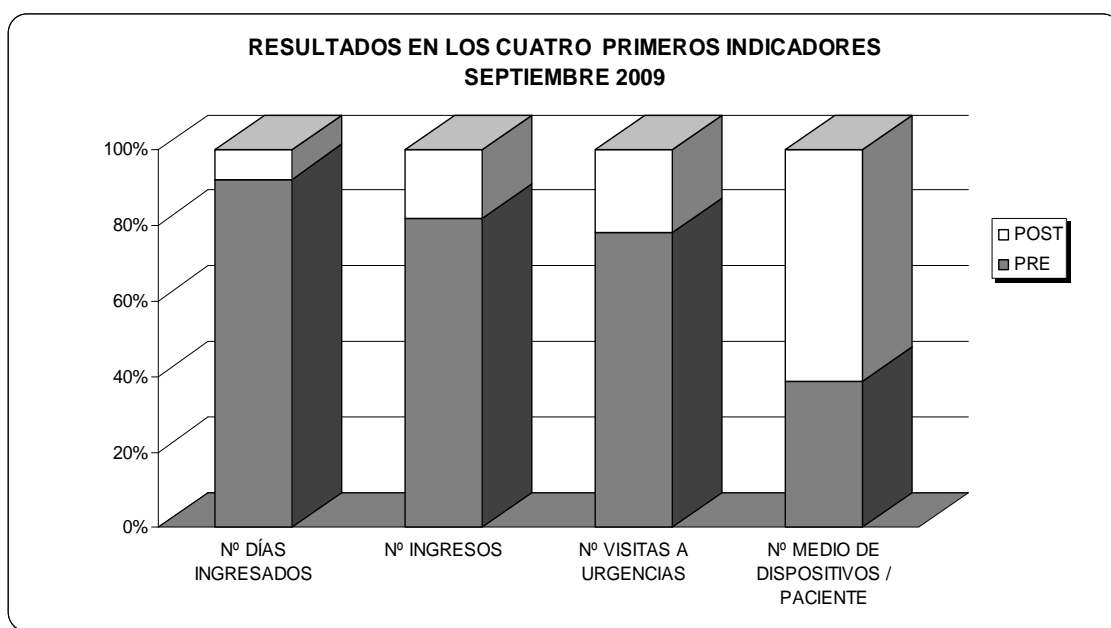
4.1 Resultados

El programa de atención a Trastornos Mentales Graves del H. U 12 de Octubre empezó a funcionar en abril del 2008. Desde entonces hasta el momento presente han sido derivados a dicho programa 43 pacientes desde distintos dispositivos (UHB, CSM, Urgencias). Del total de pacientes derivados, cinco rehusaron participar en el programa, dieciocho han sido dados de alta tras cumplimentar el programa, nueve abandonaron y actualmente están en curso once pacientes. Con lo cual 29 pacientes han cumplido y/o están realizando el programa de tratamiento (70 % del total)

En el gráfico 1 puede apreciarse la situación actual y el estado de los pacientes derivados.



A continuación se presentan en la siguiente tabla los resultados en los cuatro primeros indicadores:



	PRE	POST	% CAMBIO
Nº DÍAS INGRESADOS	244	21	91,4
Nº INGRESOS	9	2	77,7
Nº VISITAS A URGENCIAS	14	4	71,4
Nº MEDIO DE DISPOSITIVOS / PACIENTE	1,11	1,77	37,2

Con respecto al quinto indicador, no es posible realizar una comparación entre los seis meses anteriores y los posteriores, por lo que se ofrece únicamente un promedio de entrevistas – contactos por paciente mantenidos durante su estancia en el programa. Esta cifra asciende a 7, 88 entrevistas con familiares / paciente.

4.2 Conclusiones

El programa de Trastorno Mental Grave del H. U. 12 de Octubre lleva en funcionamiento dieciocho meses. Los tiempos de evaluación seleccionados (seis meses) vienen impuestos por el escaso tiempo que el programa está funcionando. Es un período breve de tiempo, pero hemos encontrado resultados esperanzadores.

En el futuro podrá realizarse una evaluación que incluya un mayor número de pacientes y períodos de seguimiento superiores a los seis meses. Igualmente, estamos planteando implementar una escala de satisfacción del paciente tras el alta.

Consideramos que este programa está resultando muy útil para reducir los tiempos de ingreso, el número, el consumo abusivo de la urgencia y mejorar la adherencia a la red de salud mental. Finalmente, estos cambios redundan en la mejora clínica del paciente.

Los indicadores muestran que los objetivos propuestos se han alcanzado satisfactoriamente: en los tres primeros indicadores la disminución ha superado ampliamente el cincuenta por ciento que nos habíamos planteado. En el cuarto indicador, se ha conseguido un incremento en el número de dispositivos.

A pesar de trabajar con una población muy difícil, este programa ha conseguido un alto nivel de adherencia (70 %). Precisamente el gran problema de fondo de estos pacientes es la falta de adherencia a los dispositivos y tratamientos, que condicionan una pésima evolución clínica, con un consumo abusivo e improductivo de los recursos hospitalarios y, finalmente, llegando a situaciones personales de gran deterioro.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. APA. Guía Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia, Segunda edición española de Practice Guideline for the treatment of Patients with Schizophrenia, publicada por la American Psychiatric Association, Grupo Ars XXI, Barcelona 2005.
2. Birchwood y Tarrrier. El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Ed. Ariel, 1995
3. Bravo, M., Díaz, B., Fernández Liria, A.: Atención a los trastornos mentales graves. En "Dos décadas tras la reforma Psiquiátrica", Pérez, F. (Coord.) Ed. AEN Estudios nº 36. 2006. (pp 277-296).
4. Comunidad de Madrid: Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003 – 2007. Consejería de Servicios Sociales. Madrid, 2003.
5. Colom, F. y Vieta, E. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Ed. Ars Médica, 2004
6. Consejería de sanidad. Junta de Andalucía (2006): Proceso Asistencial Integrado del Trastorno Mental Grave.
7. Gisbert, C. (Coord.): "Rehabilitación Psicosocial del Trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones". Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) Cuadernos Técnicos. Madrid, 2002.
8. Lieberman, RP., Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Ed. Martínez Roca, 1993.
9. Mc Gorry Patrick, Eoin Killckey, Kathryn Elkins, Martin y Tim Lambert, Guía de la Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia, reproducida con autorización del real Colegio de psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda para Acapi-Psicondec, en <http://psicondec.rediris.es>.
10. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Colección documentos. Serie documentos técnicos Nº 21005. Primera ed: 2007
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de gestión del hospital de día psiquiátrico. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 1999.
12. Perona S, Cuevas C, Vallina O y Lemos S.- Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia.

13. Rodríguez Abelardo coordinador. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos.. Ediciones Pirámide S.A. Madrid, 1997.
14. World Health Association: Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF The International Classification of Functioning, Disability and Health. Ginebra, 2005.

*Montserrat Caballero, Juan José Belloso y Manuela Arranz
Programa de Trastornos Mentales Graves
Servicio de Psiquiatría - Hospital Universitario 12 Octubre*



Fig.1. Adjuntos de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre, cada uno con su sensibilidad particular, debatiendo con la nueva Gerente del Area Unica sobre EL TEMA

AREA UNICA Y LIBRE ELECCION

Somos libres, y sin embargo no somos felices ¹⁸

30 de Noviembre del 2009

Por José Ramón Repullo. Profesor de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad, y co-autor de la extinta zonificación de áreas de salud de Madrid.

El pasado agosto José Ramón Repullo publicó en su blog el artículo “El proyecto de Ley de libre destrucción de las áreas sanitaria en Madrid” que hoy actualiza con este “Somos libres...”.

La Ley 6/2009 de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid nos ha traído finalmente la tan ansiada libertad. Han hecho bien Ana Sánchez, Juan José Güemes y Esperanza Aguirre no dejando que todas las voces críticas de estos meses hayan movido un solo átomo del texto; además, el debate parlamentario es inútil cuando se gobierna sin complejos, eso ya lo sabíamos. Esta pertinacia al menos nos ahorra el esfuerzo de volver a formular críticas: simplemente vale todo lo que escribimos antes del verano.

Gracias a la obstinación de nuestros líderes, parece que ahora podemos “disfrutar” de la anulación de las áreas de salud que venían tanto en la Ley General de Sanidad, como en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (la “LOSCAM” que el propio PP había aprobado en 2001), y que al parecer constituían barreras a nuestra libertad, y obstáculos a la mejora del servicios sanitario público.

Pues, ¡hala!, ahora toca disfrutar de un área única enorme y dirigirnos a cualquier médico general, pediatra, enfermera, hospital o especialista que queramos, en cualquier momento y sin necesidad de justificación alguna... Bueno... parece que la felicidad del deseo cumplido no puede ser inmediata: al menos para especializada necesitamos un PROCEDIMIENTO que se reglamentará posteriormente. Siempre con los peros...

Los profesionales de primaria tendrán muchas preguntas de cómo demonios se va a poder funcionar sin los servicios de apoyo de la gerencia, con la visita domiciliaria escindida, o en entornos potencialmente competitivos donde parece que no hay límites superiores a la captura de clientes.

¹⁸ Quien quiera puede enviar otros documentos que reflejen otras posturas sobre el debate que tantas incertidumbres suscita entre los profesionales del Area. Mandad el autor y lugar de publicación si es posible

Si el que lee estas líneas es especialista, se preguntará que tiene que ganar o perder en el caso de ser más o menos elegido. Buena pregunta: la complicación del sistema de incentiación puede llegar a ser tan impracticable como destructiva de los servicios y de las unidades de alta especialización.

Y si lo lee un gerente de hospital (el de primaria está ya recogiendo sus cosas porque cierran su despacho), se estará preguntando cómo va a gestionar todo el proceso informativo, económico y de personal que se le viene encima.

Pero... ¿acaso estas quejas pueden ser obstáculo ante esta revolución de la LIBERTAD que se abre paso en la sanidad de Madrid? Ha caído la Bastilla de las áreas de salud. Aunque con poca igualdad y fraternidad, esta revolución liberal avanza imparable. El Servicio Madrileño de Salud ha conseguido desprenderse de la rigidez de los huesos, y ahora se muestra como una masa tan libre como informe y desarticulada.

Pobre sanidad pública de Madrid, y pobres de los que tengan que reorganizar este desastre y rehacer el camino y el tiempo perdidos.

Y lo que publiqué el 17 de Agosto 2009:

EL PROYECTO DE LEY DE LIBRE DESTRUCCIÓN DE LAS ÁREAS SANITARIAS EN MADRID Avanza la ley de libre destrucción de las áreas sanitarias de Madrid

El anteproyecto de Ley de libertad de elección, no por casualidad llamado popularmente del “área única sanitaria”, que está en trámite de discusión de enmiendas en la Asamblea de Madrid, presenta cuatro problemas que complicarán enormemente la organización y funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud.

a) Con el argumento de la libre elección se destruyen las áreas sanitarias.

Se trata de una gran falacia técnica sobre la cual está construido todo el proyecto de Ley: si la “libre elección”, se entiende como la no existencia de restricciones por el lado de la utilización de servicios por parte del paciente, entonces esto no exige ni precisa la desaparición de las Áreas de Salud.

Recordemos que las Áreas de Salud, que establece la Ley General de Sanidad de 1986, y que revalida la LOSCAM de 2001 (Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid), son estructuras

territoriales que tienen como propósito fundamental coordinar los centros y dispositivos sanitarios del territorio para dar servicios integrados a los ciudadanos: por lo tanto, la organización de las áreas de salud se justifica en la organización y articulación de la oferta, y no en el encuadramiento de la demanda.

Y este problema se agranda cuando enfrentamos a un cambio en el patrón de necesidades de salud: envejecimiento, cronicidad, comorbilidad, pluripatología, etc. Todo ello orienta a una actuación más coordinada, más integral y a lo largo del tiempo, con una mayor relación entre niveles asistenciales, y con un gran énfasis en la gestión de enfermedades, de casos, de educación e información al paciente y su familia, y de incorporación de acciones de prevención y promoción de la salud. En esta clave están realizándose innovaciones en otros países y sistemas sanitarios (incluso en los seguros privados californianos como Kaiser Permanente)

También en España Comunidades Autónomas como Extremadura, Aragón, Valencia y próximamente Galicia, han optado decididamente por generalizar estructuras integradas para todos los centros y servicios del área de salud. A través de esta arquitectura organizativa, se intentan aproximar la primaria, la especializada, la salud mental, la salud pública y lo socio-sanitario.

Incluso el modelo “Alzira” de privatización de la provisión, se basa en una fuerte integración en el área territorial y poblacional asignada.

Por ello, cualquier política que desarticule o debilite la relación entre niveles y servicios que trabajan en un territorio y con una población, incurre en riesgos de merma de la eficiencia, efectividad, calidad y sostenibilidad. Y por este camino parece que la futura ley quiere que nos adentremos.

Lo preocupante es que el verdadero y único contenido regulatorio real de la Ley de libertad de elección se centra una labor derogatoria que promueve la disposición adicional única que modifica la LOSCAM de 2001, y que redacta el artículo 4 de la misma en estos términos: “El Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid se organiza en un Área Sanitaria Única integrada por el conjunto del territorio de la Comunidad de Madrid.”

Y es precisamente en este artículo 4 donde se establecía la importancia de la descentralización a las áreas sanitarias, el trabajo de coordinación entre niveles, y la planificación de recursos en base a las necesidades de salud de la población. El contraste entre las dos leyes permite apreciar la diferencia entre los tandems Gallardón-Echániz y Aguirre-Güemes, que abunda en la tesis de que el actual ejecutivo autonómico está transitando por una senda divergente respecto a los acuerdos y consensos tácitos que animan el Sistema Nacional de Salud.

b) Una ley defectuosa e inconcreta para dar plenos poderes de derribo al gobierno de la Comunidad de Madrid.

La manufactura jurídica del texto es muy defectuosa. El propio Consejo Económico y Social, pese a rendir vasallaje político al gobierno, no ha podido dejar de deslizar algunas críticas: así cuando dice que “es indispensable que el desarrollo legislativo subsiguiente a la entrada en vigor de esta Ley sea sometido a su consideración”; parece que ante el tono retórico e inconcreto de la Ley, no acaba de fiarse mucho del gobierno y le pide visar o revisar los decretos y normas de desarrollo.

También lanza una educada alerta ante el miedo contenido al desbarajuste organizativo que puede producirse, cuando afirman que “dada la envergadura de los posibles cambios organizativos y de gestión que se derivarán del Área Única, se debería tener en cuenta en su desarrollo reglamentario los aspectos propios de una asistencia sanitaria de calidad”; ¿no parece que el CES percibe un antagonismo entre el manejo de la libre elección y la calidad de los servicios?

Lo que ocurre realmente, es que se ha elaborado un anteproyecto de Ley que tiene un carácter habilitante exagerado y vergonzante. Es una técnica de filibusterismo político bien conocida la de aquellos partidos políticos con mayorías absolutas (o asimiladas) que se otorgan desde el poder legislativo al poder ejecutivo un cheque en blanco para obviar el debate en el foro parlamentario y evitar la resonancia social y mediática.

c) Análisis económico ignorante, ingenuo o malicioso.

Hay un importante problema de diseño, que afecta a la dimensión económica y financiera. El texto nos hace creer que se puede obtener la libre elección sin gastar casi nada (sólo un poquito más en tecnologías y comunicaciones);

la memoria económica completa esta tarea de ocultación, afirmando claramente que no supondrá un mayor gasto global porque lo que unos ganan otros pierden, que los costes históricos no representan problemas porque hay márgenes de reasignación financiera (de los centros y servicios menos elegidos a los más elegidos), y simplemente ignorando los costes de transacción del nuevo modelo (programación, organización, administrativos, de intercambio de información, de facturación o compensación cruzada y de resolución de incidencias y litigios).

Pero, aunque casi no se hable de la organización necesaria para que esto funcione, está claro de que si a alguien le pagan un salario fijo (con una productividad variable casi simbólica), lo último que querrá es ser elegido por muchos pacientes, salvo que se le pague una cantidad relevante por asumir la

demanda incremental. Y también que los centros más elegidos incurrirán en mayores costes variables que deberán ser tenidos en cuenta. Todos estos temas espinosos que aparecían en los borradores previos ahora han quedado excluidos del texto del anteproyecto por pura conveniencia política.

La literatura de economía de la salud lleva ya muchos años explicando los problemas de la demanda inducida por la oferta (que lleva a que la demanda crezca cuando se recompensa la actividad adicional), la especificidad de activos sanitarios (que complica gestionar la disminución y reasignar recursos), y la teoría de agencia (que explica porqué al ser un responsable político el “agente principal” no es tolerable social y políticamente ni la quiebra ni la disminución de los que son menos elegidos).

Los británicos han jugado a esto este juego a fondo (Thatcher, Major, Blair y Brown); los dos primeros (en especial Major), conservadores, se encontraron con el efecto indeseado de un crecimiento del gasto como resultado del mercado interno y la libre elección; los dos segundos, laboristas, impulsaron la libre elección y la competición entre proveedores públicos dentro de un paquete explícito y de gran volumen de recapitalización, inversión y expansión de la red sanitaria del NHS.

En Madrid parece que vamos a hacer verdad lo de bueno, bonito y barato: estando por debajo del gasto per-cápita español, siendo España de los que menos gasto público muestra en la Europa-15, y en medio de una crisis económica que es grave y se prevé larga, nos lanzamos a reconocer un derecho irrestricto, y a buscar modelos claramente inflacionarios donde el dinero siga al paciente, y todos nos facturemos voluptuosamente. Ingenuidad, ignorancia o malicia...

d) desorientación sistémica e incapacidad para gobernar un sistema complejo

El tercer problema de diseño se refiere a la organización del sistema sanitario. Hay varios errores profundos de concepción.

Primero cuando se afirma taxativamente que “La Libertad es el valor esencial y el principio organizador de toda sociedad avanzada”. Es emocionante este entusiasmo liberal, pero las ciencias políticas y morales nos hablan de que la acción humana y social está basada en diversos valores, que entre éstos hay jerarquía y conflicto, y que las decisiones públicas deben ponderarlos o sopesarlos en cada caso. Si dominara sistemáticamente el principio de autonomía (libertad individual), entonces el gobierno autonómico debería proponer cambios como el de elegir al juez que nos juzga, al inspector de hacienda que nos revisa la declaración, o al policía de tráfico que nos puede sancionar.

Esta exageración puede provenir de un concepto más estrecho del principio de autonomía, limitado al ámbito de la “libertad de consumir”. En efecto, se tiende al mimetismo de las reglas del mercado,

donde toma fuerza la “soberanía del consumidor” y lo de “el cliente siempre tiene razón”. Pero en el mercado de bienes y servicios privados, el consumidor tiene mucha más información para la toma de decisiones, y (sobre todo), afronta su decisión con su propio dinero, y no con el que se ha recaudado coercitivamente a la ciudadanía a través de impuestos.

Libertad es algo más que la inexistencia de restricciones formales; es la hegeliana “comprensión de la necesidad”; es la libertad de oportunidades, es la capacidad efectiva de mejorar las oportunidades de salud; y es la posibilidad de mejorar la calidad y satisfacción en la relación del usuario con los servicios sanitarios.

Lamentablemente no es un término unívoco: por ejemplo la libertad aparente puede estar en contradicción con la real: así, se puede restringir la financiación pública (limitando por tanto las oportunidades de utilizar servicios sanitarios al conjunto de una población) aunque a la vez se permita que los pacientes se muevan (¿desesperadamente?) para sortear el racionamiento y la lista de espera y buscar alguien que les quiera atender.

Otro error de concepción, es entender la atención sanitaria como un proceso de consumo independiente y desacoplado de ítems de servicio: una consulta, una prueba diagnóstica, un tratamiento, una intervención, un ingreso, etc. Dice candorosamente el texto “Los pacientes a quienes se les prescriba atención especializada podrán elegir libremente médico en cualquier hospital...”; no repara el redactor en que usa el término “prescribir”, para derivar entre niveles a un paciente. Como si fuera un fármaco o una sesión de fisioterapia o aerosoles.

Este modelo de “Shopping around” o ir de tiendas para elegir quién puede operarme de la cadera, quién me cura la migraña, quién me quita las varices o quién me trata el acné, revela una visión fragmentada del grueso de las necesidades asistenciales de la población, y profundamente equivocada sobre lo que se precisa para mejorarla.

Y este es el tercer problema de concepción: pensar que la rivalidad y competición entre proveedores, será el mejor motor de la eficiencia y la calidad. Y para ello se busca crear un mercado atomizado, un bazar caótico de visitas, procedimientos y procesos médicos, monetarizar las transacciones para que mimeticen el mercado, y construir un esquema adversarial entre los centros y servicios públicos para que sean más “eficientes”.

Es más, se supone que el propio paciente, picoteando de unos proveedores a otros, será la fuerza motora de la eficiencia asignativa; el enorme problema de la asimetría de información (entre pacientes

y médicos) se salva con unas irrelevantes estadísticas y encuestas de satisfacción que en casi nada ayudan a decisiones complejas sobre qué debo hacer o quién puede ayudarme.

Hay alternativas: libre elección sin romper las áreas de salud.

Técnicamente existen alternativas que permitan conciliar la llamada “libre elección” con la integración de proveedores en áreas de salud. Se trataría de:

a) zonificar por el “lado de la oferta” para garantizar que el principio de necesidad está apropiadamente cubierto y que se estructura adecuadamente la relación entre niveles y servicios;

b) pero no “encuadrar” a la población por el “lado de la demanda”, y permitir al usuario moverse a otros proveedores con tan sólo mínimas barreras de canalización, e incluso facilitando activamente su derecho a una segunda opinión para procedimientos o intervenciones de mayor alcance o riesgo.

c) y para que haya elección real, deberíamos compensar la asimetría de información que sufre el paciente, con un papel activo de su médico de atención primaria, que debe actuar como su intermediario, consejero y agente ante el conjunto del sistema.

En esta fase de tramitación de la Ley, lo que podría pedirse, volviendo a la primera y principal crítica, es que sólo se legislara sobre la libre elección, y se eliminara la disposición adicional única, que es la responsable directa del derribo de la organización territorial de la sanidad pública madrileña.

Nos tememos que va a ser rechazada la petición, porque en último término parece que la destrucción de las gerencias de área de atención primaria es uno de los objetivos más apreciados por los actuales gobernantes de la Consejería de Salud (ignoramos las razones de esta conducta tan hostil).

Como terapia paliativa, y supuesto que se lleva a cabo ésta anunciada desarticulación de las gerencias de atención primaria, cabría quizás recomendar que se mantuviera una estructura de gestión de la atención primaria y comunitaria, que coincidiera con el área de influencia de los hospitales generales de agudos de Madrid; al menos estas nuevas “áreas tácitas de salud”, permitirían tener un reducto organizativo desde donde ensayar el rediseño asistencial y el trabajo por procesos para problemas crónicos de salud.

Suponemos que estas dos sugerencias técnicas encajan mal con el estilo de “gobernar sin complejos” que parece caracterizar los usos y costumbres políticos en la Comunidad de Madrid. Lo peor del estilo

de “despotismo ilustrado” es cuando se produce huérfano de ilustración y con escasa vocación de diálogo sincero, de transacción y de consenso.

CRONICAS DE FRANCIA

Primera entrega:

MEFIEZ VOUS DES JUGES, DOCTEUR! (Doctor, no se fíe de los jueces!).

Pequeña lección de historia para iniciar el proceso de aculturación.

Lo primero que debe leer un psiquiatra al empezar a ejercer en Francia en una institución pública es el texto de la Ley de 27/06/1990¹ que regula la hospitalización psiquiátrica forzosa. En dicha ley se detallan 2 procedimientos: la Hospitalización de Oficio (HO) y la Hospitalización a Demanda de un Tercero (HDT). La HO la declara el *Préfet* (equivalente del antiguo Gobernador Civil español) en el caso de los enfermos mentales que comprometan el orden público o la seguridad de las personas, a la vista de un certificado médico circunstanciado donde se solicite la hospitalización psiquiátrica del paciente. La HDT la declara *Monsieur le Directeur* del hospital (gerente) en el caso de pacientes con alteración mental constatada por 2 médicos y ante la demanda de una persona de su entorno familiar². Con toda seguridad, al cabo de la primera semana de trabajo, el “nuevo” habrá leído y releído las indicaciones de cada una de estas modalidades pormenorizadas en el texto legal y, sin duda, habrá confeccionado una chuleta en la que quedará plasmado el esquema de un procedimiento médico-administrativo más bien engorroso. Si el psiquiatra recién llegado se ha formado en España, seguro que se sorprenderá de que la autoridad pública que garantiza en primer término la legalidad de la retención contra su voluntad del paciente sea la del *Préfet*, en el caso de la HO y la de *M le Directeur* del hospital, en el caso de la HDT. El “nuevo” albergará también alguna que otra duda más o menos corrosiva al respecto, que procurará exponer lo antes posible a su Jefe de Servicio: estudiado el procedimiento, no encuentro el momento de informar directamente al juez como era mi costumbre, echo de menos al juez, no sé... no me hallo... - *Méfiez vous des juges, docteur!* (doctor, no se fíe de los jueces!) - *Ah, bon!* Primero, el juez es un profesional no elegido democráticamente y, segundo, sabía usted que durante el régimen de Vichy el Mariscal Petain convocó a todos los jueces de Francia en París y les exigió lealtad y obediencia. Sólo un juez honró la memoria de Montesquieu, negándose a abandonar el poder judicial en manos del poder ejecutivo! – *Ah, bon!* La psiquiatría francesa confía más en el *Préfet* en tanto que autoridad pública tutelada por un Gobierno elegido por el pueblo periódicamente, *mais oui, naturellement!*. Por eso, aun habiendo considerado la posibilidad de anclar el procedimiento legal en el poder judicial³, en 1990 y con motivo de la reforma de la ley de internamiento psiquiátrico forzoso, el legislativo rechazó inspirarse en el modelo anglosajón de habeas corpus y quiso mantenerse en el modelo administrativo de la vieja Ley de 1838. *D'accord*, claro, cada país tiene su propia historia. Además, el juez también está presente en los aspectos garantistas del procedimiento francés, lo que explica su intervención sólo en segundo o tercer término. De todas formas... ¿qué pasaría si Le Pen ganara un día las elecciones y obtuviese así la capacidad de nombrar *Préfets*? – *Ne rigolez pas, docteur, s'il vous plaît!* (no bromea, por favor!).

Únicamente estaba pensando que la psiquiatría española actual desconfía tanto de los *Préfets* como la francesa de los jueces, quizá los correspondientes mitos fundadores contemporáneos sean diversos. – *Ah, bon! C'est étonnant* (sorprendente). En fin, más vale que me olvide del juez, aunque el hacerlo me cueste cierto esfuerzo, dadas seguramente mis propias circunstancias históricas. *C'est comme vous voulez*. Por cierto, *M le Directeur* desea saber si ya está usted al corriente de los procedimientos médico-administrativos en los que su figura y su autoridad están involucradas⁴. – *Je crois que c'est bon* (creo que sí). – *A lundi et bon week-end!*

Justo Díez - CSM Carabanchel- Guayaba

1 - Ley nº 90-527 de 27 de junio de 1990 relativa a los derechos y a la protección de las personas hospitalizadas a causa de sus alteraciones mentales y sus condiciones de hospitalización. Publicada en el "Journal Officiel de la République" con la firma de François MITTERAND (presidente de la república) y de Michel ROCARD (primer ministro) entre otros.

2 – Normalmente el entorno familiar pero también cabe la posibilidad de que sea alguien susceptible de actuar en interés del paciente; es el caso de los trabajadores no sanitarios del propio hospital, como los Trabajadores Sociales, si así lo desean y no se oponen, claro está.

3 – El modelo judicial (habeas corpus) fue debatido en el parlamento francés y rechazado por sólo 20 votos. A posteriori, la opinión general es que en interés del paciente es mucho mejor el modelo administrativo que no presupone (como el judicial) la idea de juicio y condena, lo que "sería terriblemente nefasto para el psiquismo de los enfermos". Lo cierto es que el legislador tuvo que admitir la falta crónica de medios de la maquinaria de la justicia francesa y evitó sobrecargarla con un procedimiento devorador de recursos y de tiempo. *Psychiatrie Légale. Yves TYRODE, Thierry ALBERNHE. Ellipses, Paris, 1995.*

4 – El pesado fardo evitado a la justicia lo siguen soportando sobre todo los *Monsieur le Directeur* y también los *Préfets*. El capítulo IV de la Ley de 27/06/1990, en el que se detallan las disposiciones penales, describe las penas de prisión y de multa económica en que podría incurrir un director de hospital que incumpliera alguna de las normas destinadas a proteger a los enfermos mentales cuando son hospitalizados en contra de su voluntad.

15. INFORMACION PRACTICA ¹⁹

- **Formación Continuada Agencia Laín Entralgo**

LA OFERTA COMPLETA DE CURSOS EN:
INTERNET: [Formación Continuada](#)
INTRANET: <http://saluda.salud.madrid.org>

Área de Formación. Agencia Laín Entralgo
C/ Gran Vía, 27. 28013 Madrid
cursos.lainentralgo@salud.madrid.org



Agencia Laín Entralgo
para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios

 **Comunidad de Madrid**

¹⁹ Para los nuevos profesionales que se incorporan a nuestros Servicios o para el respetable en general (*p.e. carrera profesional, etc...*). Preguntad... y tal vez alguien responderá

16. OTRAS SECCIONES A PROPONER ²⁰

Espacio abierto a cualquier propuesta.



Entre varios compañeros hemos construido este número. Os animamos a enriquecer los siguientes con vuestro trabajo y creatividad ²¹

La lista de distribución desde la que se envía este BOLETIN es exclusivamente para el envío del mismo, agradeciéndooos que no la empleéis para el envío de otros correos personales, según marcan las normas de protección de datos vigentes

²⁰ Apuntad y motivad el posible contenido del apartado

- ²¹ **Objetivos del BOLETIN:**
 - Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en los Servicios de Salud Mental del Area 11
 - Mejorar el clima de comunicación entre los profesionales de los SSM del Area 11
 - Mejorar al interno de nuestro Servicio el conocimiento de las valiosas contribuciones profesionales (en la organización asistencial, docencia y/o investigación) de los profesionales de los SSM del Area 11
- **Periodicidad:** según interés de los profesionales y/o la necesidad de hacer circular determinadas informaciones
- **Metodología de elaboración (lo más sencilla y doméstica posible):**
 - Algún "corresponsal" en cada dispositivo anima inicial y periódicamente a la colaboración de los profesionales en este boletín que construimos entre todos.
 - Santiago Vega (svega.scsm@salud.madrid.org), del CSM de Usera, se encargará de coordinar el Boletín. Se envían a sus *e-mail*/las colaboraciones, encuadradas en las distintas secciones del boletín (u otras que a alguien se le ocurra).
- **Forma de distribución:** documento Pdf enviado por *e-mail* a cada dispositivo y a quien lo solicite de los profesionales de los Servicios de Salud Mental del Area 11 (lista de distribución)