

La Mente

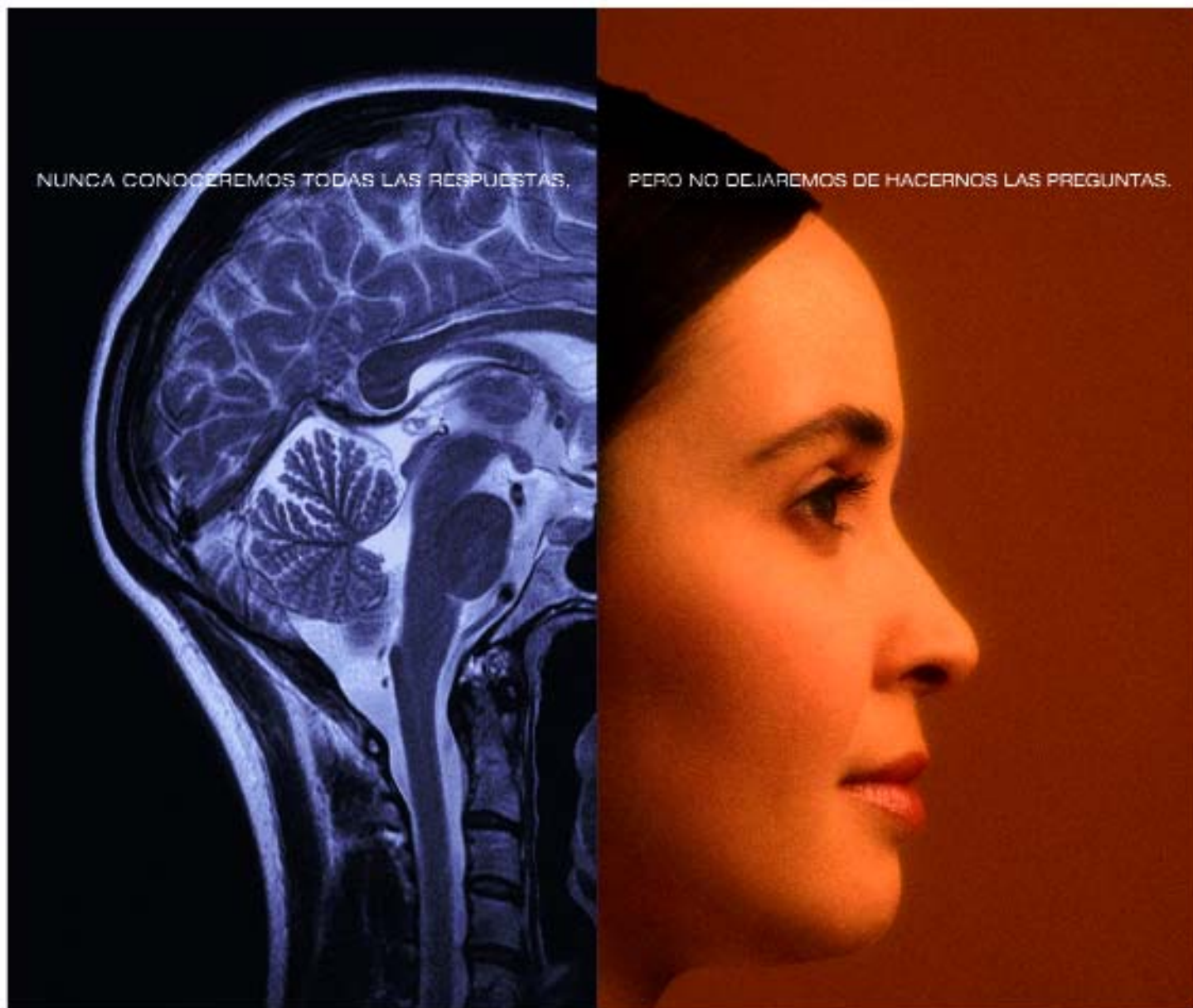
Psiquiatría y Neurología para todos

Personas sin hogar

Una población invisible

→ José Manuel Martínez-Lage, neurólogo:
“Espero que en 2007 el Alzheimer
haya hincado la rodilla”

→ Un repaso a la ley antitabaco



NUNCA CONOCEREMOS TODAS LAS RESPUESTAS,

PERO NO DEJAREMOS DE HACERNOS LAS PREGUNTAS.

www.cuilhc.com

www.astrazeneca.com

AstraZeneca es una de las compañías farmacéuticas líderes a nivel mundial. En consecuencia, nuestro compromiso se centra en desarrollar medicamentos que salven vidas.

Es igualmente importante nuestra preocupación por asegurar una mejor calidad de vida.

Dentro de nuestras siete principales áreas terapéuticas (gastrointestinal, respiratorio, oncología, cardiovascular, SNC, dolor/anestesia y enfermedades infecciosas), buscamos más allá del aspecto clínico o de eficacia, para encontrar productos con los que los pacientes puedan vivir, durante y después del tratamiento.

Nuestra inversión en investigación ha dado lugar a una amplia gama de productos avanzados. Productos con menos, y

más leves, efectos adversos, capaces de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Como uno de los proveedores de medicamentos líderes en el mundo, nuestro principal objetivo es simple. Dotar al suministro y encontrar la curación de las enfermedades que continúan azolando a la humanidad.

Tal vez nunca lo consigamos, pero nunca dejaremos de intentarlo. Nunca.



TRABAJANDO JUNTOS POR EL VALOR DE LA INNOVACIÓN

Sumario

5 Carta a los lectores, por M.I. López-Ibor 6 Reportaje: Salud mental en la calle 12 En el punto de mira: Ley antitabaco 14 Actualidad 18 La visión del experto, por J.A. Flórez Lozano 20 Entrevista: José Manuel Martínez Lage 25 Hoy, por Francisco Ferre 26 Cuidadores, por Víctor Contreras 28 En movimiento 30 Correo del lector

La Mente / Enero 2006 / Número 7



Nota: Esta revista no se hace responsable de las opiniones vertidas por sus colaboradores.

Dirección
Enrique Baca Baldomero
Redactora jefe
Marta Baeza Escudero
Redacción
Javier Barbado
María Madrigal
Esther Martín del Campo
Mónica Raspal
Lara Robles Recio
Secretaría de redacción
Margarita Rodríguez
Director de arte
José María Martín
Maquetación
Miguel Ángel Escobar
Luca Paltrinieri
Han colaborado en este número:
Víctor Contreras
Francisco Ferre
José Antonio Flórez Lozano
Edita



C/ Cea Bermúdez 14 B. 2ºD. 28003 - Madrid

Consejo editorial
Julio Bobes
 Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo
Víctor Contreras
 Presidente de Femasam
 (Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental)
Francisco Ferre
 Jefe del Departamento de Salud Mental de la Comunidad de Madrid
José Luis González de Rivera
 Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz
José Manuel Martínez Lage
 Neurólogo de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra
María Sáinz
 Presidenta de Adeps (Asociación de Educación para la Salud)
Eduardo Rodríguez Rovira
 Presidente de Ceoma
 (Confederación Española de Organizaciones de Mayores)

Imprime:
 Indugraf Madrid S.A.
 Depósito Legal: M-25616-2004

publicidad institu- cional PFIZER

Un nuevo siglo para la salud mental



Mª Inés López-Ibor
Psiquiatra

Carta a los lectores



Quisiera, en primer lugar, agradecer al editor su amable invitación para escribir esta Carta a los lectores.

Nadie pone en entredicho que la salud física y la salud mental son inseparables y que su influencia recíproca es intensa y compleja. Sin embargo, a menudo se han ignorado o incluso evitado los signos de sufrimiento emocional y psicológico. Una de las razones por las cuales la importancia de la patología psiquiátrica no ha sido reconocida hasta ahora es el grado de estigmatización que pesa sobre los que las padecen, sus allegados y, en ocasiones, también sobre quien se ocupa de ellos. En algunos casos, quizás, porque se sabía poco sobre ellos o por miedo a no disponer de un tratamiento. En otros, acaso por temor a que la persona que los padecía o su entorno pudieran resultar marcados de alguna manera. Mitos y estigma son, por lo tanto, una de las razones clave que explican por qué muchas personas no han recibido y todavía hoy en algunos lugares no reciben una adecuada atención en salud mental.

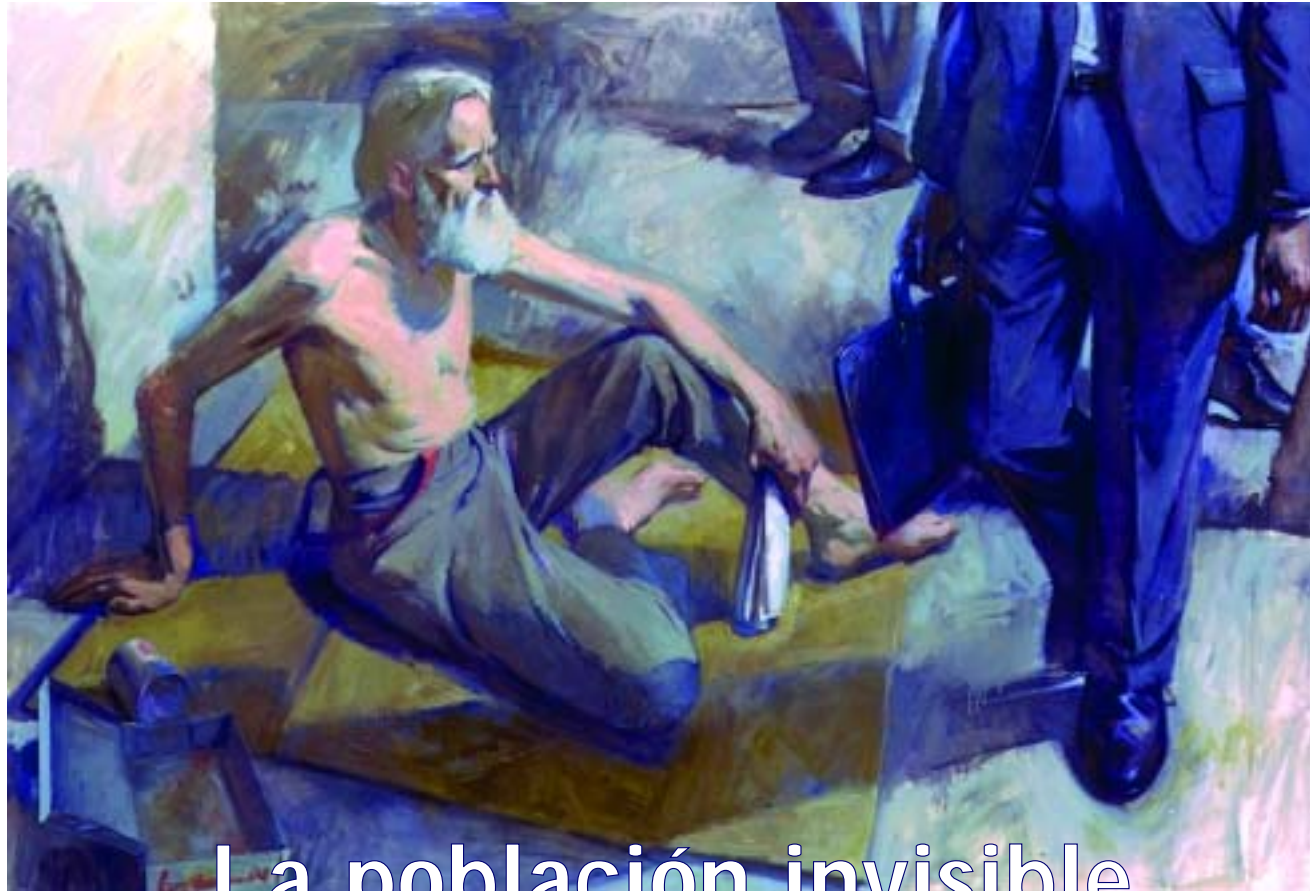
Recién estrenado el siglo XXI, la Organización Mundial de la Salud dedicaba el informe sobre salud en el mundo 2001 a la salud mental. Este informe pretende sensibilizar respecto a la carga real de los trastornos mentales y neurológicos y su coste desde el punto de vista humano, social y económico. Estima que una de cada cuatro personas en el mundo se verá afectada en algún momento de su vida por un trastorno de estas características. Además, señala que entre las diez primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden a trastornos mentales, y que el envejecimiento de la población, los nuevos patrones familiares y modelos de convivencia y los cambios en el entorno social supondrán, sin duda alguna, un aumento en el número de afectados.

Los estudios genéticos de ciertas enfermedades, los avances en psicofarmacología y en el conocimiento del funcionamiento cerebral con las nuevas técnicas de neuroimagen funcional han supuesto un cambio notable en la asistencia psiquiátrica, poniendo de manifiesto que las enfermedades mentales son consecuencia de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

Los avances en neurociencia han permitido obtener grandes éxitos en el tratamiento de las enfermedades mentales y nos plantean nuevos retos futuros. Las grandes instituciones psiquiátricas podrán ser sustituidas por centros de atención comunitaria y existirá una integración de la salud mental en la atención primaria y en el sistema general de salud, haciendo un especial hincapié no solo en el tratamiento agudo de la enfermedad, sino también en la rehabilitación de todas aquellas discapacidades que pueden aparecer en la persona como consecuencia de la misma. Por lo tanto la Sanidad en general tiene que afrontar en este siglo no solo las nuevas y desconocidas enfermedades, sino también la discapacidad y dependencia de los enfermos. La Psiquiatría tendrá que conjugar los conocimientos más avanzados de la neurociencia con un mayor desarrollo de las técnicas de rehabilitación psicosocial de los enfermos mentales.

Reportaje

Un porcentaje importante de las personas sin hogar padecen algún trastorno psicótico



Texto: Marta Baeza

La población invisible

España, al igual que el resto de países desarrollados, no escapa de la pobreza. Todo el mundo se ha encontrado por las calles a gente que no tiene dónde ir y vaga de un lado a otro sin rumbo. Nadie conoce la razón por la que una persona llega a esa situación, pero se sabe que hay ciertos factores de riesgo. Los problemas que afectan a toda la sociedad (dificultad de acceso a la vivienda, a un trabajo estable, etc.) pueden llegar al extremo cuando se padece una enfermedad mental. Un porcentaje importante de los 'sin hogar' tienen tras de sí una patología psiquiátrica y, entre ellos, una mayoría son víctimas de algún trastorno psicótico. Algunos organismos públicos y privados han tomado conciencia de esta realidad y han puesto en marcha programas que tienen como objetivo normalizar sus vidas. En Madrid existe un equipo de profesionales que trabaja para eliminar esta triste realidad.

Los profesionales que trabajan para integrar en la sociedad a las personas sin hogar que padecen una enfermedad mental se plantean retos muy cercanos. En la primera visita, lo que buscan es verle una vez posterior. Cuando le han visto varias veces, su mayor alegría es conseguir un diálogo con él.

Yo no tengo por qué hacerme ninguna foto para el DNI. Soy el ministro de Justicia y todo el mundo me conoce". Estas palabras pueden ser uno de los ejemplos más claros de los problemas con los que se encuentran los profesionales que trabajan para integrar a las personas sin hogar dentro de la sociedad. La labor dentro de este colectivo es muy complicada y el primer paso suele empezar por los aspectos más básicos: higiene personal, documentación, alojamiento, etc.

Conocer el número de hombres y mujeres españoles que vagan por las calles sin tener sitio donde dormir es muy complicado, puesto que conforman una población prácticamente invisible. Algunas administraciones han puesto en marcha determi-

nadas medidas destinadas a analizar esta realidad y ponerle una solución. Para afrontar los distintos aspectos de la problemática, se desarrollan programas desde diferentes consejerías, en especial Familia y Asuntos Sociales y Sanidad. Sin embargo, son pocas las administraciones que han logrado establecer planes con actuaciones multidisciplinares dirigidas a solucionar la realidad de estas personas desde todos los puntos de vista.

NECESIDAD DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

En Madrid capital se calcula que entre un 20 y un 30 por ciento de las personas sin hogar son enfermos mentales, por lo que la asistencia psiquiátrica se dibuja como una de las muchas necesidades sanitarias que puede presentar este grupo social. Por lo tanto, deberían contemplarse programas de salud mental entre las diferentes actuaciones destinadas a erradicar esta situación.



La mayor parte de los enfermos mentales que están en la calle sufren algún tipo de psicosis (pérdida de contacto con la realidad) y, al mismo tiempo, consumo de alcohol.

En Madrid capital se calcula que hay entre 600 y 800 personas sin hogar. De todas ellas, entre un 20 y un 30 por ciento padecen una enfermedad mental.

La Consejería de Familia y Asuntos Sociales tiene establecida una ayuda (denominada renta mínima) que asciende a 305 euros. Para aquellos que tienen que pagar un alojamiento, la cantidad es de 450 euros. Este dinero está destinado a las personas que tienen entre 18 y 65 años.

Los enfermos mentales pueden, además, optar a otro tipo de ayudas y ser integrados en programas de rehabilitación.



No obstante, no hay muchas Administraciones que hayan tenido en cuenta este aspecto. Entre ellas, la Comunidad de Madrid es una de las excepciones. Esta región cuenta con un plan denominado *Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar* que, por ahora, desempeña su labor en la capital y pone en práctica un modelo peculiar respecto al resto de territorios: proporciona una atención activa en la calle. El equipo, que trabaja desde 2003, lo conforman: María, psiquiatra; Marta, trabajadora social; Carmen y Sierra, enfermeras; y Marta, Carmen y Manuel, educadores sociales. Elia es la encargada de coordinarlo desde la Oficina Regional de Salud Mental.

María Vázquez, coordinadora del grupo y psiquiatra, explica que las patologías mentales más frecuentes que presentan las personas sin hogar son aquellas en las que se pierde el contacto con la realidad, es decir, los denominados trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastornos con ideas delirantes, etc.), y de forma concomitante consumo de alcohol. El perfil más habitual, continúa, es "varón blanco, de unos 50 años, sin ninguna

Reportaje

clase de vinculación social o familiar, que padece un problema psicótico y consume alcohol antes de llegar a la calle". No obstante, puntualiza que, actualmente, el perfil está cambiando (cada vez hay más extranjeros y más jóvenes).

PSICOSIS EN LA CALLE

Ante la pregunta de qué le sucede a una persona para llegar a esa situación, la psiquiatra se encoje de hombros: "Nunca se sabe, cada persona tiene su historia. Muchas veces padece una situación social anterior mala, que se agrava por las dificultades que actualmente tiene todo el mundo: acceso a la vivienda, a un trabajo estable, etc. Si a esto añades una enfermedad mental, la vulnerabilidad es aún mayor".



La coordinadora del programa madrileño argumenta que, en el caso de la esquizofrenia, la aparición suele darse entre los 25 y los 35 años; es decir, justo en el momento en el que vas a iniciar la incorporación al mercado laboral y la construcción de una relación familiar. "No obstante, eso no quiere decir que toda persona con esquizofrenia acabe en la calle, ni que todo el que está sin hogar sufra una patología psiquiátrica", matiza.

RETO: INTEGRACIÓN

El objetivo del Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar de la Comunidad de Madrid es, según Elia González, de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, "conseguir sacar a estas personas del circuito de la exclusión e integrarlas en la sociedad" y está dirigido a aquellos que no tienen casa y que presentan además una patología mental con o sin consumo de tóxicos.

"Nunca se sabe por qué una persona llega a la calle. Cada uno tiene su historia. Muchas veces padece una situación social anterior mala, que se agrava por las dificultades que actualmente tiene todo el mundo (vivienda, trabajo, etc.). Si a esto añades una enfermedad mental, la vulnerabilidad es aún mayor", expresa María Vázquez

La vía de entrada de los pacientes es doble: por los servicios sanitarios y por los sociales. En el primer caso, según indica María Vázquez, el equipo se reúne una vez al mes con todas las entidades implicadas en la mejora de la calidad de vida de las personas sin hogar (fundaciones, comedores públicos, albergues, etc.). En esa cita, se diferencian los casos que se sospecha que padecen una patología mental de los que no.

En cuanto a la actuación de los servicios sanitarios, los profesionales llaman al equipo cuando tienen a un paciente de estas características (patología mental y sin domicilio ni familia). "Las unidades de agudos a veces se encuentran con personas ingresadas que saben que al alta no van a tener



María Vázquez, psiquiatra, afirma que se intenta adecuar la actuación a la persona.



El equipo profesional del Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar de la Comunidad de Madrid.

ningún seguimiento, ya que no cuentan con tarjeta sanitaria ni se les puede adscribir a ningún servicio. Entonces acuden a nosotros y nosotros entramos en contacto con ellos para que de cara al alta podamos mantener el cuidado", argumenta Vázquez.

Elia González asegura que "está comprobado que si a estas personas se les pone muchas trabas desde el principio, no acuden a los centros. Se trata de ir vinculándoles poco a poco a los servicios de atención social y sanitaria". De ahí que muchos de los pacientes con los que trabajan vengan de los llamados centros de baja exigencia (comedores o albergues públicos), en lo que lo único que se les pide es no pegarse ni consumir sustancias tóxicas dentro.

PRIMERA VISITA

La primera visita la hace siempre María, aunque a veces es necesario más de una. El principal reto: conseguir verle una vez posterior. De los primeros encuentros se deriva una valoración inicial, se fija un responsable del caso y se dibuja un primer plan de intervención para lograr la

rehabilitación que, a medida que pasa el tiempo, se va adaptando a las circunstancias.

El equipo del Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar se ha organizado en dos grupos, uno dedicado a 'enganche' y calle, y otro más enfocado a las labores de rehabilitación. María, la psiquiatra, y Marta, la trabajadora social, desempeñan su labor en ambos dispositivos, y el resto (enfermeras y educadores sociales) se reparten en uno u otro lado.

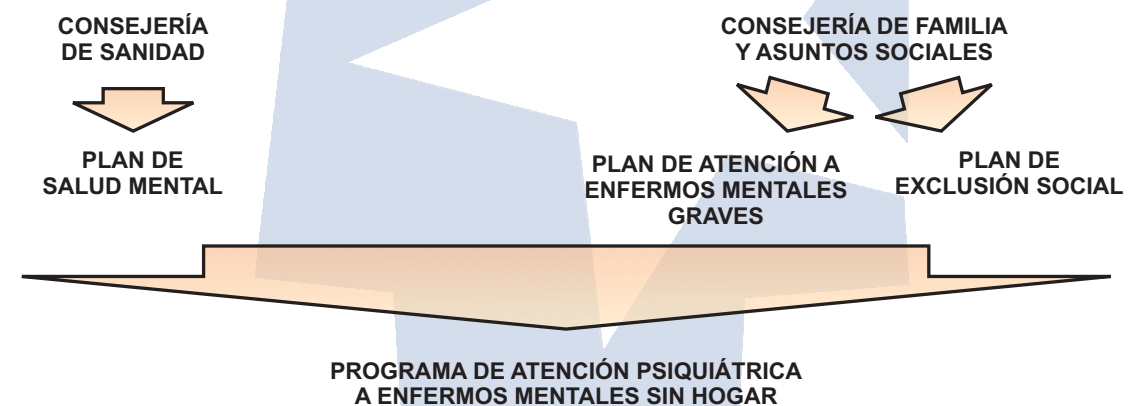
Paloma, la psicóloga, explica las dificultades de los comienzos. "Nos convertimos en 'mobiliario urbano' para pasar de ser personas habituales en su vida a abordarles de manera directa. Es lo que denominamos fases de 'pre-enganche' y de 'enganche'", manifiesta. El objetivo es "ir consiguiendo información a través de lo que ellos mismos nos expresan como una necesidad", continúa.

'ENGANCHE'

Lo más habitual es empezar a trabajar con cuestiones muy básicas: eliminación de las suspicacias, higiene, etc. Después, los profesionales van inculcando al paciente otros aspectos

Modelo madrileño

Desde la capital, se ha desarrollado un modelo para reinsertar en la sociedad a las personas sin hogar que se desarrolla mediante la coordinación de los recursos de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y la de Sanidad. El caso particular del Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar, que intenta solucionar los problemas mentales desde un punto de vista sanitario, se apoya en tres planes políticos dependientes de ambas consejerías: Plan de Salud Mental, Plan de Atención a Enfermos Mentales Graves y Plan de Exclusión Social.



Reportaje

tos más enfocados a la mejora de su salud: conciencia de enfermedad, toma de medicación, acompañamiento a revisiones médicas, etc.

En esta labor es imposible hablar de plazos, comenta el equipo. "Son muchas las variables que se manejan, desde la persona y el entorno hasta el mismo profesional. A veces la fase de observación puede prolongarse meses", señala la psicóloga. Una de las entidades con las que más trabaja este equipo es con el Centro de Acogida de Puerta Abierta, que es un centro de baja exigencia en el que "la persona suele haber sido expulsada de varios dispositivos, tiene muchos años de deterioro y le cuesta dar información", según Paloma. "Nuestra filosofía tiene como máxima la baja exigencia. Lo principal es no volver a perder al paciente y esto implica que nuestro primer objetivo vaya encaminado a la reducción del daño", expresa María Vázquez.

FLEXIBILIDAD

Una vez que existe una continuidad en la relación de una persona sin hogar con un profesional, se intenta avanzar con él en los aspectos que



necesite. "Nuestro modelo es de búsqueda activa. Es decir, consiste en ir trabajando a través de las necesidades que ellos nos plantean. Cubrimos la carencia que tienen para luego, a través de ella, ir cumpliendo los objetivos sanitarios para su normalización", añade la psiquiatra.

"El procedimiento se adecúa a la persona", asegura Elia. Por lo tanto, la intervención abarca desde el diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad mental hasta la tramitación de ayudas públicas, documentación e higiene.

Sin embargo, no toda la labor es desempeñada por el *Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar*, sino que este equipo se coordina con el Samur Social (parte social) y colabora con otras asociaciones, como Realidades, RAIS, etc.

Su objetivo inicial consistía en atender a 120 personas, pero, desde que empezaron hace dos años, han tratado ya a 178. En palabras de María Vázquez, "van apagando fuegos", y sus ilusiones se centran en el día a día. "Hay ya tres personas en una miniresidencia de la red de salud mental y otros están asistiendo a talleres", expresa con una sonrisa. Para ellos, que una persona con enfermedad mental y sin hogar les llegue a hablar después de días o meses de observación constituye un gran éxito.

PUBLICIDAD MONTREAL

Una historia feliz



R.R. tiene 23 años, sufre esquizofrenia y llevaba un año y medio perdido por la ciudad. Es el protagonista de una historia que tiene un final feliz gracias al equipo que forma parte del *Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar* de la Comunidad de Madrid. Cuando los profesionales contactaron con él, decía que no tenía documentación. Lo que se descubrió más tarde es que sí contaba con ella, pero no la quería enseñar porque creía que le perseguían para matarle. Su enfermedad, en primer lugar, y no tomarse la medicación, en segundo, fueron los causantes de que huyera de casa, ya que estaba convencido de que su vida corría peligro. Su familia le buscó durante mucho tiempo y puso varias denuncias, pero, como R.R. pasó a formar parte de lo que María Vázquez, psiquiatra, denomina 'una población invisible que vive en la calle', nadie le encontró. Nadie, excepto el equipo que hace posible

el desarrollo del *Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar*, que le ayudó y trató su patología hasta que él mismo mostró su identidad. Una vez que él estaba mejor y se descubrió quién era, los profesionales se pusieron en contacto con su familia que, entusiasmados, fueron a buscarle inmediatamente.

En marcha la ley antitabaco

Entre la múltiples novedades de esta legislatura, la normativa respecto a la venta, suministro, consumo y publicidad de los productos del tabaco ha sido una de las más discutidas. Profesionales sanitarios, agentes sociales, partidos políticos y otros colectivos han levantado su voz a favor o en contra de unas medidas que han sorprendido a todos. En cualquier caso, parece que esta ha sido la última nochevieja en la que los fumadores han podido brindar con un 'pitillo' en la mano al lado de los no fumadores.

Año nuevo, vida sin humo". Este es el objetivo que parece que se ha marcado el Gobierno con la puesta en marcha el 1 de enero de la denominada ley antitabaco. Para ello, las medidas contempladas por la normativa abarcan todos los ámbitos posibles: venta, suministro, consumo y publicidad de los productos del tabaco; y, desde diferentes tribunas, se ha tachado al documento de excesivamente restrictivo.

Entre los aspectos más polémicos destacan aquellos que se refieren a la prohibición total del consumo de cigarrillos en determinados lugares, como centros de trabajo, educativos, deportivos, etc. Los locales de ocio (bares, restaurantes, teatros, cines, etc.) también están afectados por la restricción, aunque con matices. En algunos se permite habilitar zonas y en otros el dueño decide si se puede o no fumar (depende del tipo de establecimiento y la superficie).

Otro de los puntos más controvertidos se refiere a la financiación de los tratamientos para la deshabituación

tabáquica. El PP, apoyado por CiU, consiguió en el Senado que se integrara esta atención dentro de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. También propuso, aunque sin éxito, que se crearan espacios para fumadores en los lugares de trabajo.

En cualquier caso, las cifras son el apoyo que utiliza el Gobierno para dar sustento a una ley que va a afectar a toda la sociedad. Según se cita en el documento, en España fallece cada año como consecuencia del consumo de tabaco un número de personas que representa el 16 por ciento de todas las muertes ocurridas en la población mayor de 35 años. Elena Salgado, ministra de Sanidad, ha manifestado que el objetivo último de esta novedad es "evitar el inicio del hábito entre los jóvenes, garantizar el derecho de los no fumadores a respirar aire no contaminado y hacer más fácil el abandono del consumo a los que lo deseen".

claves de la nueva norma

> en el punto de mira

Restricciones a la venta, suministro y consumo de los productos del tabaco:



- ▶ Prohibida la venta a menores de 18 años.
- ▶ Prohibida la venta en lugares donde esté prohibido su consumo. Solo se puede vender el producto en la red de expendurías de tabaco y timbre o a través de máquinas expendedoras debidamente autorizadas.
- ▶ Lugares donde está totalmente prohibido fumar:
 - Centros de trabajo, docentes, instalaciones deportivas cubiertas, centros culturales y centros comerciales.
 - Lugares de reducido tamaño y uso público (ascensores, cajeros automáticos, etc.).
 - Todos los espacios de transporte, excepto en los espacios al aire libre.

- ▶ Lugares donde está prohibido fumar, pero que se permite habilitar zonas para fumar:
 - Centros de atención sanitaria y social.
 - Hoteles, hostales y establecimientos análogos.
 - Bares, restaurantes y análogos con una superficie útil igual o superior a 100 m² (en los más pequeños no está prohibido, pero se obliga a anunciar a la entrada si se permite o no su consumo). Estará prohibida la presencia de menores de edad en aquellos espacios públicos compartidos en los que esté permitido fumar.
 - Estaciones de autobuses, trenes, puertos y aeropuertos.
 - Teatros, cines y otros espectáculos en espacios cerrados.

Nota: Durante el paso de la ley por el Senado, se ha ampliado de ocho a dieciocho meses el plazo con el que cuentan los establecimientos de hostelería para habilitar zonas para fumadores.

Regulación de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco:



- ▶ Prohibido el patrocinio, así como toda clase de publicidad y promoción de los citados productos en todos los medios y soportes. Excepciones: publicaciones o presentaciones de productos dirigidas a profesionales que intervienen en el comercio del tabaco.

Medidas de prevención del tabaquismo, de promoción de la salud y de facilitación de la deshabituación tabáquica:



- ▶ Las Administraciones públicas, en colaboración con otras entidades, promoverán acciones y programas de educación para la salud.



Régimen de infracciones y sanciones:



- ▶ La cuantía a pagar dependerá de la capacidad económica del infractor y del riesgo generado para la salud.
- ▶ Tres tipos de multas:
 - leves** (hasta 600 euros),
 - graves** (de 600 a 10.000 euros)
 - y **muy graves** (de 10.000 a 600.000 euros).
- ▶ Tres grados:
 - máximo** (si se perjudica a un menor o se es reincidente),
 - medio** y
 - mínimo** (cuando sea realizada por un menor de edad).

Día Mundial de la Salud Mental

Por una atención sanitaria de calidad



El pasado 10 de octubre se celebró el Día Mundial de la Salud Mental. Una vez más, el objetivo fundamental perseguido por los diferentes organismos implicados era aunar esfuerzos para erradicar los prejuicios y el estigma que padecen los enfermos. Para ello, se llevaron a cabo diversas actividades, entre las que destacan las exposiciones artísticas y las jornadas educativas.

Asimismo, la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (Femasam) convocó una manifestación dos días antes en Madrid para reivindicar una atención sanitaria de calidad y la inclusión de la rehabilitación psiquiátrica como competencia sanitaria. A ella acudieron más de 4.000 personas, según fuentes de la organización.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría critica la situación actual de la salud mental

Disparidad de recursos por comunidades autónomas

La Comunidad Valenciana cuenta con 4,74 psiquiatras por 100.000 habitantes frente a los 10,80 del País Vasco. Con respecto a los psicólogos clínicos, la Comunidad Valenciana vuelve a mostrar su cifra más baja, con 2,64 por 100.000 habitantes, y la más alta se localiza en Cantabria (8,16).

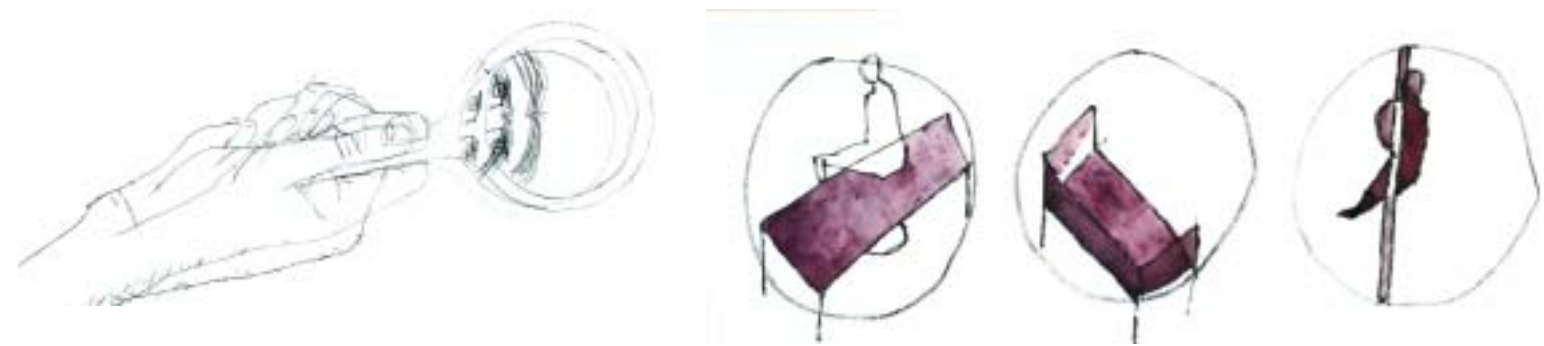
Estos datos han sido revelados por un estudio realizado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y con la colaboración de la compañía farmacéutica Pfizer. En él se ha puesto sobre la mesa la disparidad de recursos, profesionales y modelos de gestión por comunidades autónomas que existe en España en cuanto a la atención de los problemas de salud mental.

Según el cuaderno técnico de la AEN denominado *Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad*, el total de profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros...) recomendable en las unidades/centros de salud mental por 100.000 habitantes debe oscilar entre 28 y 32,5.

Por otro lado, la investigación también ha desvelado que Canarias, Extremadura, Murcia, La Rioja y la Comunidad Valenciana no disponen de ningún hospital de día para adultos con problemas de este tipo.



La ministra de Sanidad (en el centro) posa con los responsables de salud mental de las distintas autonomías.



La exposición reúne 52 obras realizadas por personas que padecen enfermedad mental

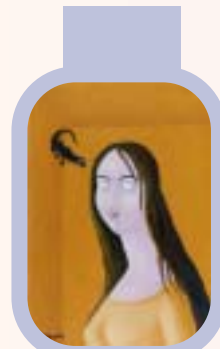
Una colección de arte dirigida a luchar contra el estigma

La Fundación Lundbeck ha puesto en marcha la colección *Arte Contra Estigma* que reúne un total de 62 obras, de las cuales diez han sido realizadas por artistas profesionales y las 52 restantes son creaciones de personas que padecen algún tipo de enfermedad mental. Estas últimas han sido seleccionadas de entre 500 procedentes de 19 países del mundo.

El objetivo de esta iniciativa es, según explica el psiquiatra y profesor Juan José López-Ibor, uno de los directores de la exposición en España, "despertar la admiración por la creación artística de personas que han padecido o padecen un trastorno mental. Su fin último es contribuir a que sea reconocida su dignidad de ser humano, muchas veces herida por la estigmatización que pesa sobre la enfermedad".

En consonancia con estas palabras, el principio con el que se puso en marcha en Madrid el pasado octubre fue el siguiente lema: La creatividad pertenece a la persona independientemente de la enfermedad que padezca.

La muestra internacional es itinerante y ha sido montada ya en Inglaterra, Irlanda, Grecia, Noruega, Dinamarca, Israel, Polonia, Australia y España. En Madrid, la puesta en marcha se hizo en colaboración con la Consejería de Cultura y Deportes.



CONGRESOS

IX CONGRESO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

Guía de ayudas prácticas sobre la esquizofrenia

En el marco del IX Congreso Nacional de Psiquiatría, celebrado en Pamplona, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Feafes) presentó la guía *Cómo afrontar la esquizofrenia*. El objetivo de esta iniciativa, manifiesta uno de los autores de la obra, Sergio Rebolledo, "es aumentar la adherencia al tratamiento y el autocuidado de las personas afectadas".

Para ello, la publicación contiene una serie de ayudas prácticas sobre todos los aspectos esenciales relacionados con esta patología. Uno de los apartados hace referencia a la necesidad de que las personas con esquizofrenia cuiden su salud física, ya que son más vulnerables a su deterioro.

Según datos barajados en el congreso, este tipo de pacientes presenta una elevada frecuencia de las enfermedades metabólicas, como obesidad y diabetes. Estos factores duplican el riesgo de padecer patologías cardiovasculares y disminuyen en 10 años la esperanza de vida.

Los expertos advierten de la necesidad de una segunda reforma psiquiátrica



Se estima que la tasa de paro en los enfermos mentales asciende a un 80 por ciento. Este dato ha sido puesto sobre la mesa durante la clausura del IX Congreso Nacional de Psiquiatría que ha tenido lugar en Pamplona.

Administraciones, pacientes y expertos se sentaron juntos a debatir sobre la falta de integración social de las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental. Todos ellos coincidieron en destacar la necesidad que existe de impulsar una segunda reforma psiquiátrica desde la Administración que permita la reinserción de estos pacientes en la sociedad.

Se estima que la tasa de paro en los enfermos mentales asciende a un 80 por ciento. Este dato ha sido puesto sobre la mesa durante la clausura del IX Congreso Nacional de Psiquiatría que ha tenido lugar en Pamplona.

LA DEPRESIÓN EN EL XVIII CONGRESO EUROPEO DE PSIQUIATRÍA

Solo el 40 por ciento de los enfermos recibe tratamiento



Los trastornos depresivos afectan a un 2-3 por ciento de la población mundial. Solo el 40 por ciento de los afectados recibe tratamiento y, entre ellos, un 25-35 por ciento presentan remisión o alivio de todos los síntomas. Con estas cifras en la mano, numerosos expertos mundiales han debatido el panorama actual existente en este tipo de problemas durante el XVIII Congreso Europeo de Psiquiatría, celebrado en Amsterdam.

En este sentido, los especialistas han señalado que el fallo en lograr la remisión de esta enfermedad puede conducir a un mayor riesgo de recaída, problemas continuos en el trabajo, mayor uso de los servicios médicos y un aumento sostenido de suicidio y abuso de sustancias de riesgo.

Entre las opciones terapéuticas que se han presentado destacan los inhibidores duales de la recaptación de la serotonina y noradrenalina, cuya seguridad y eficacia han sido demostradas en cuatro ensayos clínicos.

CONGRESOS

Nuevo congreso sobre la relación de la sociedad y las drogas



El Instituto sobre Drogas y Conductas Adictivas (Idyca) de la Universidad Cardenal Herrera-CEU organizó el *I Congreso Nacional Sociedad de consumo ¿de drogas?* que se desarrolló en Valencia. Durante su primera edición, este evento abordó cuatro grandes áreas relacionadas con el consumo de sustancias: Sociedad y drogas; Violencia y drogas; Medios de comunicación y drogas; y La adicción, una enfermedad.

Al encuentro acudieron más de 400 expertos que revelaron diferentes realidades: el aumento del consumo de cocaína y cannabis, la baja percepción de riesgo ante el consumo, la baja demanda de ayuda asistencial, la trivialización de la información sobre drogas, etc.

Entre los asistentes había profesionales de diferentes ámbitos: Patricia Molina, investigadora del *National Institute on Drugs Abuse* de EE UU; José Antonio Marina, filósofo; Ramón Sánchez-Ocaña, periodista; etc.; con el objetivo de dar a esta problemática un enfoque multidisciplinar.

!Un apunte

Para abordar las viejas y nuevas adicciones en el médico de cabecera



La Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (Semergen) y el laboratorio Novartis han publicado el libro *Viejas y Nuevas Adicciones*, cuyo objetivo es servir de ayuda a los médicos de atención primaria a la hora de identificar e intervenir en casos de dependencia, en sus diferentes grados, niveles y tipos. La publicación encaja dentro de la colección "Retos en la Salud Mental del siglo XXI en Atención Primaria" que avala la sociedad científica. Los diferentes ejemplares se distribuirán entre los médicos de todo el territorio nacional.

Érase una vez un niño que no quería salir de casa...



Más de treinta relatos sobre Psiquiatría Infantil se reúnen en un libro escrito por Mª Jesús Mardomingo, jefa del servicio de esta área del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. En él, la doctora ha querido reflejar las vivencias de aquellas personas que han sufrido las consecuencias de una enfermedad mental. *Tiempos Cortos: Historias de Psiquiatría Infantil*, título de la publicación, se trata de un compendio de anécdotas con el que se pretende demostrar que la vida de los pacientes psiquiátricos es tan rica como la de cualquier otra persona.



Felicidad y salud

No es fácil tener un concepto claro de la felicidad. Probablemente, sea la palabra más importante para el hombre, de tal suerte que buscarla es, sin duda, la tarea fundamental de nuestra existencia. Muchos filósofos y psicólogos se han preocupado de ella desde la antigüedad. Todos estamos de acuerdo en que constituye la base de la salud. El ser humano busca la felicidad, todos la deseamos, se vende de todo por conseguirla y se adquiere de todo para conservarla; pero se trata de un escurridizo anhelo que, en vez de ser permanente, muchas veces, cuando la alcanzamos, se esfuma.

Estamos en la sociedad de la felicidad, al menos eso es lo que se nos ofrece: viajes, coches, concursos, fiestas, drogas, etc. Parece un mundo surrealista en el que nos sumergimos, a través de éste consumismo feroz, en una efímera y ficticia felicidad. Fabricamos la felicidad mediante un utilitarismo sin límites gracias al diseño de fármacos que tratan de mejorar nuestro estado de ánimo. Pero, a pesar de todo, la salud se resiente y, por ejemplo, los trastornos depresivos aumentan con tal intensidad que amenazan con convertirse en los problemas de salud más importantes actualmente.

Pero, **buscar la felicidad en lo exterior se aparta bastante de las auténticas necesidades psicológicas del ser humano**, cuya satisfacción nos lleva a la felicidad y, por tanto, a la salud. Una alimentación sana y equilibrada, así como unas experiencias satisfactorias del mundo de los sentidos, pueden implicar para el ser humano un cierto grado de felicidad que experimenta como placer. En estas circunstancias, no cabe la menor duda de que la vida se ve más optimista y más agradable. John Stuart Mill decía: "La felicidad es el placer y la ausencia de dolor; por infelicidad se entiende el

dolor y la ausencia de placer". Pero, curiosamente, es algo tan personal y subjetivo que difícilmente la entendemos y ello nos plantea problemas desde el punto de vista médico.

La persona esconde en su cerebro otros aspectos que son esenciales en la felicidad y que trascienden lo meramente material. Hegel lo complicaba aún más cuando decía: "La felicidad es encontrarse a sí mismo en el SER, el absoluto fin del mundo". Tal vez sea un estado tan deseado que realmente sea inalcanzable. Poder, riqueza, éxito, prestigio, *status*... son palabras que habitualmente se relacionan con ese estado psicológico. Curiosamente, estos conceptos tienen que ver con dimensiones de la personalidad como competitividad, agresión, impaciencia, sentido de responsabilidad, conformismo y baja autoestima. Estas características no pueden conformar la felicidad, sino más bien estados de tensión emocional determinados por una alta secreción de adrenalina y cortisol (hormonas del estado de tensión), que elevan el colesterol sérico y el riesgo de cardiopatía.

La felicidad auténtica, como decía Aristóteles, es una actividad de acuerdo con la virtud, siempre fruto de un esfuerzo del acompañamiento, de la aceptación de la afectividad, del amor. Por eso, el gran escritor José Saramago afirmaba instantes después de conseguir el Premio Nobel que: "La alegría sólo no es nada"; es necesario compartirla para que sea intensa y duradera. Pero, además, es conveniente distinguir entre la alegría y la felicidad. La primera es un estado emocional momentáneo y la mayoría de las veces efímero.

Algunos autores, como Enrique Rojas, consideran que la felicidad depende de una serie de rasgos de la personalidad tales como: un buen conocimiento de uno mismo, equili-

brio de la personalidad, red social estable, sentido del humor, apoyo en los valores, disciplina, coherencia, constancia, vida activa llena de proyectos e ilusiones, etc. Kierkegaard hablaba de que la clave de la felicidad es como una puerta que se abre hacia fuera; es decir, un sujeto que está pendiente de lo que necesita el otro hace que nos acerquemos a ella. En este sentido, Wolfgang Goethe afirmaba que "el hombre más feliz del mundo es aquel que sabe reconocer los méritos de los demás y puede alegrarse del bien ajeno como si fuera propio". Por ello, es necesario superar sentimientos muy arraigados en el ser humano de la cultura occidental: envidia, resentimiento y odio.

Pero, la felicidad tiene también una dimensión metafísica y espiritual que tiene que ver con la trascendencia superando al individualismo y el materialismo. Se trata de un contenido más espiritual, de una sensación de plenitud que explica que, incluso en una situación de intenso dolor y sufrimiento, el hombre puede ser feliz. Posiblemente, cuanto más sepa de la verdad, de la belleza, del bien, etc., más se acerque a la felicidad.

Por lo tanto, la felicidad es el resultado último de todas las potencialidades humanas y espirituales; **no es hacer lo que nos gusta, sino que nos guste lo que hacemos**. La grandeza de la felicidad nace de su humilde génesis, de experimentar minutos sin agobio, reflexiones sin prisas, meditación ininterrumpida. En estas situaciones, el hombre abre de par en par sus sentidos y ese mundo de sensaciones y emociones empapa el cerebro y la mente de un estado anímico de paz y felicidad capaz de arrinconar la bruma de los abatimientos, de las frustraciones y de las depresiones.

La felicidad es un proyecto personal, una asignatura harto difícil en la

que somos seres analfabetos. En este sentido, Pascal afirmó que "el hombre sobrepasa infinitamente al hombre", lo que nos ilustra la tremenda complejidad de la felicidad. Cada día, cada minuto es una obra de arte.

La persona que acaricia la felicidad se caracteriza porque es consciente de sus límites, insuficiencias e incapacidades. Su actitud es predominantemente positiva, de superación en muchos valores esenciales para la felicidad: valor, autodisciplina, coraje, justicia, solidaridad, etc. Todo ello naturalmente muy alejado de valores que dominan en nuestra cultura

El descanso veraniego, por ejemplo, poco o nada tiene que ver con la felicidad. Se trata de una restricción temporal de los temas relacionados con el trabajo, la familia y los avatares de la vida cotidiana. La vuelta de las vacaciones nos enfrenta con el drama real de la vida y, por ello, nos sentimos atrapados por ese síndrome postvacacional que nos lleva directamente al estrés de la vida diaria. Uno puede evadirse o huir de la realidad, pero termina apareciendo con toda su crudeza. **La felicidad es la vida misma con todas sus contradicciones, frustraciones e insatisfacciones; no es, por supuesto, una fuente permanente de gozo**. Esto nos puede llevar al pesimismo cultural y a la conciencia de que nos encontramos ante una utopía imposible de alcanzar.

Pero la felicidad es un estado psicológico muy complejo, en el que el conocimiento de uno mismo es fundamental. A veces no disponemos de los hábitos necesarios para dedicar tiempo a esta labor. Esa introspección o autorreflexión diaria es fundamental para conocer y dominar nuestro mundo interior. William James dijo acerca de la felicidad: "La felicidad es la prueba de la verdad". Tal pragmatismo es imposible, porque el egoísta y el narcisista tendrían la prueba inequívoca de la felicidad. Pero ¿realmente son felices? Todo lo contrario. En su

mente domina la preocupación, el temor, la expectación aprensiva, la impaciencia, la hiperactividad vegetativa y los síntomas obsesivos.

Si resulta casi imposible alcanzar ese proyecto de la felicidad, parece razonable que en la insatisfacción se encuentra buena parte de nuestros desequilibrios mentales y/o enfermedades. Freud hablaba en este sentido del sentimiento de naufragio del hombre, de su profunda insatisfacción. Otros poetas también se refieren a esta frustración crónica del hombre. Así, por ejemplo, Miguel Hernández, habla de tres heridas: vida, muerte y amor. En este sentido, Unamuno se refiere a la "inanidad" del hombre, que no le permite llegar a su propia infinitud y que es origen de insatisfacción, desconcierto y angustia profunda. Quizá, por ello, sea necesario refugiarnos en el estoicismo para alcanzar cierto grado de felicidad. Un gran estoico como Marco Aurelio decía: "No discutas más qué es un hombre bueno o feliz, sé tú uno".

A medida que profundizamos en el concepto, tal parece que nos encontramos ante una ilusión, tal vez una alucinación. El hombre trata desesperadamente de huir de una realidad agresiva y, por ello, se refugia en los pequeños placeres, en las alegrías pasajeras, es decir, en el hedonismo. Nuestra existencia día a día se encuentra con la gran paradoja de la que deriva una profunda angustia. Por un lado, el hombre tiene una sed infinita de vivir, y, por otro, choca con sus propios límites perfectamente definidos por la enfermedad y la conciencia universal de la muerte. No obstante, puede mitigar esa sed si se resigna a ser poco feliz o si huye de la realidad agobiante y estresante traspassando la frontera de la realidad para situarse en un mundo totalmente imaginario (de ahí deriva el abuso de alcohol, sexo, drogas, etc.). También adopta a veces una actitud estoica para hacerse insensible al dolor situándose finalmente por encima. En última instancia, reiteramos el papel del humor como bálsamo para tratar el estrés de la vida diaria y que nos equilibra, ayuda y genera confianza. Nos permite actuar como un suavizante en las relaciones interpersonales y, generalmente, se relaciona con una personalidad saludable.





*José Manuel
Martínez-Lage*

Espero que en 2007 el Alzheimer haya hincado la rodilla

Neurólogo

Su nombre va ligado a la lucha contra una de las enfermedades más temidas de la actualidad, el Alzheimer. Tras más de cuarenta años investigando, enseñando a alumnos y asistiendo enfermos, José Manuel Martínez-Lage, neurólogo, marido y padre de ocho hijos, ha dejado de percibir un salario, como él mismo define, de la que ha sido su segunda casa: la Clínica Universitaria de Navarra. Este profesional creó el Departamento de Neurología en este centro y lo ha dirigido durante 27 años. Para él, la etapa de la jubilación está siendo la mejor de su trayectoria profesional, ya que "es cuando se está lleno de experiencia y se percibe el respeto y cariño de la gente". No obstante, no piensa quedarse parado. De hecho, acaba de publicar un libro, *Universo Alzheimer: realidades, respuestas y esperanzas*.

■ A grandes rasgos, ¿cuál es su opinión sobre el estado actual de las enfermedades neurológicas?

En los últimos 20 años se han producido avances extraordinarios y descubrimientos espectaculares. Los dos puntos de inflexión más importantes están marcados por las técnicas de imagen cerebral y los tests de laboratorio genético-moleculares. Poder ver el cerebro en vivo funcionando en estado de salud y de enfermedad es un prodigio. Esto concede ya al diagnóstico neurológico una fiabilidad cercana al 100 por cien. Conocer los biomarcadores de cada enfermedad, los genes implicados en la misma y las moléculas responsables de su fisiopatología y patogenia son un paso gigantesco para descubrir tratamientos eficaces. He tenido la satisfacción de ser testigo de cómo la Neurología ha pasado de ser una especialidad 'diagnosticadora' a una disciplina terapéutica. Esto ha ocurrido en el campo de las enfermedades neurodegenerativas, vasculares, epilepsias, dolor, etc.

■ Su terreno es el de las enfermedades neurodegenerativas, como el Alzheimer o el Parkinson.

Así es. Al principio de mi carrera en la Universidad de Navarra, a la que me incorporé en 1959 participando en la creación de su clínica universitaria (CUN), me dediqué al estudio de las epilepsias. Luego, hasta 1984, investigamos la enfermedad de Parkinson. Ese mismo año, al leer un trabajo en la revista *Lancet*, caí en la cuenta de la importancia del Alzheimer como problema de salud pública y de la posibilidad de tratarlo con manipulaciones farmacológicas de las sinapsis, de modo semejante a como hacíamos con el Parkinson. Decidí entonces dedicar mi estudio e investigación a esta patología y ahí sigo. Arrancamos realizando un estudio epidemiológico urbano, puerta a puerta, para conocer la prevalencia de la demencia en las personas de 70 años o más. El doctor José María Manubens fue el alma y el cuerpo de este proyecto que se conoce a nivel mundial como *Estudio Pamplona*. Hoy no tiene sentido contar casos, hay que probar hipótesis. Quienes me siguen en la CUN están haciendo ya epidemiología genética. Son por tanto 20 años los que llevo ocupado en el estudio de esta enfermedad, a la que espero que le hagamos hincar la rodilla hacia el año 2007, justo 100 años después de que Alois Alzheimer la describiera.

■ ¿Hacia donde se dirige actualmente la investigación en este campo? ¿Cuál es el nivel en España?

La línea de vanguardia está en el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz. La única manera de obtener frutos tera-

Fotos:
Luca Paltrinieri

Texto:
Marta Baeza Escudero

péuticos adecuados es detener la enfermedad en las fases más iniciales. Vislumbramos ya medicamentos que podrán detener la neurodegeneración debida a la toxicidad de la proteína amiloide beta y de la tau hiperfosforilada (causa de la enfermedad). En la primavera de 2007 conoceremos los resultados de un ambicioso ensayo clínico (950 enfermos tratados durante 18 meses) que compara Alzhemed, una molécula que impide que la agregación de la proteína amiloide beta, con placebo (sustancia inocua). Creo sinceramente que antes de 2010 habrá fármacos para impedir que la afección progrese y conduzca a la demencia.

En España, tras la creación de la Red CIEN y su fundación, hay una firme esperanza de que la investigación de las enfermedades neurológicas coja el camino para hacerse competitiva a nivel mundial. Precisamos trabajar de manera coordinada para desarrollar proyectos punteros, con modestia británica e ingenuidad americana, sin egoísmos ni 'grupismos'. La ciencia no tiene nación ni bandera ni debe exceptuar a personas, religiones o razas.

■ **Así pues, las causas del Alzheimer tienen que ver con proteínas.**

La enfermedad consiste fundamentalmente en que se deposita en el cerebro una excesiva cantidad de amiloide beta. Esto comienza a partir de los 45 o 50 años, pero hasta que no alcanza un determinado nivel (entre los 65 y los 75 años) no se producen los síntomas. Por lo tanto, tenemos un periodo muy largo para actuar en cuanto a prevención. Mi previsión es que dentro de cinco o diez años, en las revisiones de salud rutinarias de los mayores de 50, se harán dos pruebas: un PET cerebral y la medida del amiloide en sangre. Así pues, cuando el PET revele indicios de placas de esta sustancia en el cerebro o los niveles del amiloide en sangre sean menores de los normales, el afectado empezaría a tomar medicación. Este es el lento camino hacia la prevención.

■ **Pero, ¿cuál es la raíz de esta enfermedad? ¿Por qué hay alteraciones del amiloide en un organismo?**

La aparición de esta patología es fruto de un cúmulo de circunstancias. Hay una parte genética y otra de estilo de vida en una proporción más o menos igualitaria. También se sabe que afecta más a las mujeres, a aquellos que no desempeñan trabajos intelectuales, etc.

■ **Se dice que ha aumentado la prevalencia de las enfermedades mentales. ¿Es cierto? ¿Por qué?**

A ciencia cierta no lo sé, porque un neurólogo no conoce bien las enfermedades mentales. Sin embargo, acabo de leer en la revista científica *New England Journal of Medicine* que la prevalencia de los trastornos mentales en los EE UU no ha cambiado entre 1990 y 2003. En cuanto a las demencias y al Alzheimer, no se deben confundir con la patología psiquiátrica, ya que son la consecuencia de lesiones en el cerebro perfectamente conocidas en cuanto a naturaleza y topografía. Yo acepto el modelo psicosocial de la enfermedad mental, pero soy decididamente cerebralista en lo que se refiere a las demencias.

“La línea de vanguardia en el Alzheimer está situada en el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz. La única manera de obtener frutos terapéuticos adecuados es detener la enfermedad en las fases más iniciales”

■ **¿Cree que en la mente es necesario el trabajo entre profesionales de diferentes áreas?**

Para mí, la mente nace de las moléculas y trabaja con moléculas. Dicho lo cual, es tal la amplitud de este órgano que un solo médico o paramédico no puede afrontar la magnitud global del trastorno mental, según se entiende desde hace un siglo con Kraepelin, o de una demencia, conforme entendemos los neurólogos. Necesitamos trabajar multidisciplinariamente. Pero, hay que tener cuidado con la cabeza del equipo, ya que ha de ser la persona más capacitada. Ni el hábito hace al monje ni el título de tal o cual especialidad confiere dotes especiales. Nada de 'monroísmo' y todo para el marxismo de la práctica y el pragmatismo. El paciente ha de ser cuidado por la persona más cualificada para hacerlo. En el campo del Alzheimer, puede ser un neurólogo, un psiquiatra o un geriatra que conozca a fondo y tenga experiencia en el terreno. Y, ¿por qué no?, un psicólogo o un cogniterapeuta con capacidad de liderazgo, carisma y sólidos conocimientos integrales. La superespecialización conduce a trabajar en un escenario reducido, cada uno cultiva su parcela y desconoce la del otro. Esto va en perjuicio del enfermo. En cuanto a las demencias, yo defiendo que hay que romper barreras y crear 'demenciólogos', vengan de la especialidad que sea.

■ **¿Cómo describiría los recursos existentes en Neurología? ¿Cree que son suficientes?**

Conocí los años entre 1960 y 1970, la etapa de una Neurología cenicienta. Contribuí a forjar una nueva especialidad en España a partir de la década de 1980. Alcanzó su cénit al inicio de 1990 y, desgraciadamente, se estancó en cuanto a creación y dotación de servicios y plantillas. No entiendo cómo puede haber paro neurológico cuando los servicios de urgencia no tienen especialistas que pueden salvar vidas y desastres secuelares ante un ictus. La priorización de la asistencia médica ha de estar guiada por la prevalencia, incidencia y costes de las patologías. No es de recibo que hoy en día el ictus sea tratado en un servicio sin cualificación neurológica. Es demencial que la Administración no oiga y atienda la voz de los expertos, que por fortuna los hay y muy buenos, que no eche cuentas y que no decida valientemente. Mi impresión es que si lo hace habrá mejorado mucho la salud neurológica de los ciudadanos, se habrán reducido los costes sanitarios y farmacéuticos y habrá mejorado sensiblemente la calidad de vida de todos en el plazo de diez años.

■ **Las asociaciones de pacientes neurológicos, ¿son un grupo de presión real?**

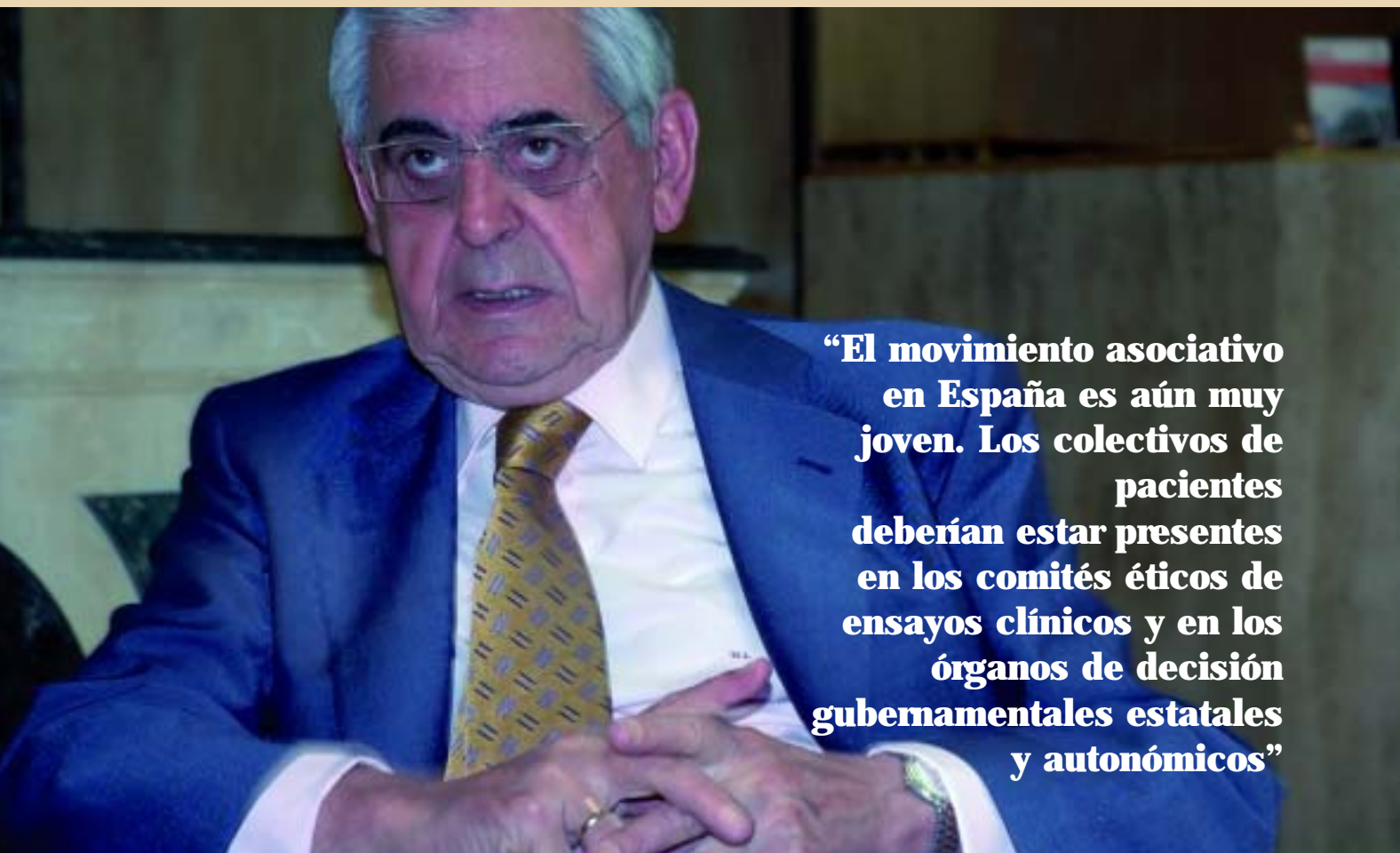
No, todavía no cuentan ni son tomados en serio. El movi-

miento asociativo en España es aún muy joven. Le falta organización, dotación y recursos. Lo digo desde la experiencia. Presidí la Liga Española contra la Epilepsia, estuve en la Fundación Esclerosis Múltiple y ahora coordino el Comité Científico de la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y Otras Demencias (Ceafa). Esas asociaciones deberían estar presentes en los Comités Éticos de Ensayos Clínicos, fundaciones y órganos de decisión gubernamentales estatales y autonómicos. Tienen que organizarse empresarial y gerencialmente, tener personal de plantilla y contar con asesoramientos médicos y científicos adecuados. Mi modelo es la *Alzheimer's Association* de EE UU, una potentísima organización que financia proyectos de investigación, desarrolla programas de cuidados y es consultada por el congreso periódicamente. No hay que inventar nada, hay que aprender de la experiencia de los demás.

■ **A lo largo de su trayectoria, ¿a qué no se ha acostumbrado todavía?**

Tras más de 40 años de ejercicio profesional, no me he acostumbrado a dar a conocer diagnósticos infaustos. Sufro y no poco en cada ocasión. Es porque me involucro mucho emocionalmente con los enfermos y sus familiares. En el caso del Alzheimer, sin mentirle, no nombro la enfermedad ante el paciente salvo que él me lo pida ex-

Martínez-Lage admite que, tras 40 años de ejercicio profesional, no se ha acostumbrado a dar a conocer diagnósticos desafortunados



“El movimiento asociativo en España es aún muy joven. Los colectivos de pacientes deberían estar presentes en los comités éticos de ensayos clínicos y en los órganos de decisión gubernamentales estatales y autonómicos”

presamente y aún así soy muy delicado y no sobrepaso la cuota de enfermedad que ese enfermo es capaz de aceptar y afrontar, dejando siempre una puerta abierta a la esperanza. Con los familiares hay que ser claros, francos y envolver toda esa entrevista en una atmósfera de amor y cariño palpables ofreciendo todo cuanto uno puede para ayudar, aliviar y recorrer juntos el camino.

■ **¿Qué le llevó a estudiar Neurología? ¿Por qué se ha especializado en el Alzheimer?**

Mi padre fue dentista en Betanzos durante casi medio siglo. Quise imitarlo y por eso pensé en hacerme estomatólogo. Pero en segundo curso de carrera cambié de rumbo. Me interesaba la filosofía y la Psiquiatría, probablemente porque mi personalidad estaba desviada y quería buscarle solución como en tantos otros casos. Me desencanté enseguida porque entonces todo era especulación. Tuve la suerte de encontrar una técnica objetiva, la electroencefalografía, y desde ahí llegué a la Neurología, que mamé en París, en el hospital de La Salpêtrière. Como el ciclo se cierra siempre, yo la demencia la veo como una gran ventana para entrar en el conocimiento de la mente humana, el gran problema de la existencia.

■ **Ahora que empieza una nueva etapa, ¿qué momentos destacaría de su carrera?**

Cuando termina definitivamente la percepción de un sala-

rio y uno pasa a ser pensionista, la única preocupación es de tipo crematístico, máxime cuando no se ha podido granjear un patrimonio. Sin embargo, el que uno pueda retirarse ahora de la vida académica oficial, a los 70 años, tras 46 de servicio a la Universidad de Navarra (apenas interrumpidos por estancias de trabajo en París y Londres), es una bendición. Máxime si uno conserva el ánimo emprendedor de siempre, la mente clara, el espíritu de que cualquier tiempo pasado no fue mejor y el demostrado afán de devolver a la sociedad lo que ella le otorgó. La jubilación puede ser una excusa para no seguir trabajando, como decía hace poco un amigo canadiense. No la voy a utilizar. Al contrario, mantendré mi marcha de estudiar, conferenciar, publicar, asesorar a todos cuantos quieran seguir contando conmigo.

■ **Con una vida profesional tan plena, ¿ha sido difícil compatibilizarla con una familia numerosa?**

La compatibilidad descansa en tu cónyuge. Tuve un profesor de Pediatría que decía, a la sazón, que las mujeres de los profesores universitarios o eran corcho para hacer flotar a sus maridos o eran plomo para hundirlos. Amalia, para mí, ha sido salvavidas permanente. Sencillamente, la mitad de lo que soy es de ella. ¿Los hijos? Si salen con barba, San Antón y, sino, la Purísima Concepción. De los ocho que tenemos, todos son formidables, cada uno en su estilo. Dos de ellos son neurólogos.

Hoy...

Francisco Ferre
Psiquiatra



Un balance íntimo para terminar un año y un proyecto coherente para comenzarlo

En estos días hemos leído anuarios de revistas y diarios que nos remiten a un examen de conciencia con motivo del fin de un año y comienzo de otro. En estos días, las campañas publicitarias aprovechan la universal experiencia de arrepentimiento por el tiempo perdido y anhelos de una vida renovada. Inducen al ‘hombre-masa-consumidor’ a equilibrar su balance íntimo con más consumo de soluciones a sus conflictos y déficits: adelgazar, ponerse en forma, aprender de una vez inglés, ahorrar desde el primer día, cambiar de coche y/o casa...

Cuando un año acaba, termina una etapa de nuestra vida. En realidad, un año es una medida de ‘tiempo oficial’ con el que la humanidad ha decidido, mediante calendarios, organizar nuestra vida material, aunque la vida interior o espiritual sea intemporal. Sin embargo, los seres humanos siguen usando referentes materiales para mejorar su vida espiritual. Resulta que con la llegada del nuevo año se pretende un cambio completo de la persona: aprenderá idiomas, adelgazará, mejorará la relación con su cónyuge, intentará ganar más dinero, etc. Es paradójico que nos proponamos cambios y metas materiales tras los cuales creemos que se modificarán esferas más elevadas de nuestra existencia, sin plantearse previamente el proyecto existencial, es decir, un plan estratégico para nuestra vida.

Observo con frecuencia entre mis contemporáneos un debate con objetivos contradictorios. Por ejemplo, véase la escisión cultural de los que se diluyen entre dos modelos contrarios de normas: la caridad y el altruismo

cristianos frente a la indiferencia y egoísmo consumidor burgués.

Este dilema no se puede resolver en cinco minutos mientras tomamos



las uvas de las doce campanadas y brindando con cava, cuando enunciamos sentencias tan densas como “a ver si mejora la racha” o “que por lo menos nos quedemos como estamos”. Parece más bien una ceremonia mágico-primitiva en la que, tras expresar un conjuro, se entrega a unas fuerzas desconocidas la dirección y rumbo de nuestras vidas.

Lo cierto es que la resolución de nuestros problemas está en gran parte en nuestras manos y nuestro esfuerzo. Pero la cuestión radica en diagnosticar con certeza cuáles son nuestros problemas que anualmente se repiten. En ningún caso se pueden concretar en mejoras materiales, eso sería maquillar un proyecto incoherente.

Hacer un balance íntimo de nuestro devenir es la clave. Mirar por encima de lo externo y material es preciso. La evaluación pasa por preguntarnos por nuestro propio historial desde

la infancia y termina con los proyectos de futuro. Hay que obtener una imagen fotográfica de los sucesos importantes, de nuestros primeros temores, esperanzas y decepciones. Debemos, aunque resulte agrio, identificar los hechos que disminuyeron nuestra fe y confianza en los demás y en nosotros mismos. Se trata de una reflexión autobiográfica en el plano de lo real, de ver, sentir e imaginar reduciendo al mínimo los pensamientos teóricos. Pero lo más importante es descubrir las distancias entre los objetivos que manifestamos y aquellos inconscientes que no conocemos.

El grado de discordancia entre el proyecto existencial consciente y el inconsciente varía muchísimo entre las personas. En un extremo están los que se han liberado tanto que no tienen proyecto inconsciente oculto, están totalmente de acuerdo con ellos mismos y no necesitan reprimir nada. En el otro están los que se identifican tanto con su proyecto oculto que no tratan de aparentar un ‘mejor yo’. Estos son señalados como enfermos graves, etiquetados con diagnósticos que no servirían para comprenderlos. Entre ambos se encuentra la inmensa mayoría de las personas y, en los casos de las grandes contradicciones entre los dos proyectos existenciales, aparece la inseguridad, la duda y la pérdida de energía y, en consecuencia, se desarrollan síntomas psíquicos.

Hacer un auténtico balance íntimo le ayudará a superar esas contradicciones... ¡Por cierto! No es necesario hacerlo a final de año, ni siquiera hay que hacerlo todos los años. Basta hacerlo una sola vez, pero despacio y con mucha sinceridad.



Víctor Contreras

Presidente de la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (Femasam)

La inserción laboral de personas con discapacidad producida por enfermedad mental (I)

Los dispositivos considerados necesarios para una ayuda efectiva a la integración laboral de estas personas deben de ser variados y ajustados a la propia evolución de su enfermedad y, por tanto, de la discapacidad que ésta les produce. La evolución de las psicosis, en particular de la esquizofrenia, no sigue el curso único y de continuo deterioro indicado por Emil Kraepelin en 1899. En 1972, hace tan sólo 33 años, Manfred Bleuler, estudiando la evolución de un grupo de 208 enfermos con esquizofrenia hospitalizados 20 años antes, comprobó que un 25 por ciento se habían recuperado completamente mientras que otro 60 por ciento lo habían hecho de forma notable, concluyendo que la evolución y curso de la esquizofrenia era mucho más favorable y heterogénea de lo afirmado por E. Kraepelin.

En los últimos años se han realizado muchos estudios longitudinales de la evolución de los síntomas y discapacidad producidas por la esquizofrenia, observándose que su curso es muy heterogéneo y que los síntomas pueden agruparse de forma general en cuatro grandes grupos de pacientes: a) 22 por ciento, un sólo episodio sin discapacidad remanente; b) 35 por ciento, varios episodios sin discapacidad remanente; c) 8 por ciento, discapacidad después del primer episodio y sin regreso a la normalidad; d) 35 por ciento y una discapacidad que aumenta con cada uno de los episodios¹.

Estos estudios se han realizado en su inmensa mayoría con pacientes hospitalizados, por lo que es lícito

suponer que la evolución de los síntomas y discapacidad producidos son aún más favorables. En una reciente entrevista (18 de octubre de 2005) realizada a Robin Murray, profesor de Psiquiatría e investigador en el *Kings College Institute of Psychiatry at Maudsley*, en la Universidad de Londres para el "Schizophrenia Research Forum", este experto indicaba que un 10 por ciento de las personas diagnosticadas de esquizofrenia tienen una remisión completa de la enfermedad y llevan una vida normal sin necesidad de seguir un tratamiento psiquiátrico, negando así el carácter crónico que, de forma general, se da a esta enfermedad. Añadía que otro 10 por ciento no se recuperará de su primer episodio.

En un trabajo realizado por el Departamento de Salud Mental del Estado de Nueva York (*New York State Adult Home, New Models Workgroup*), se admite que el grado de discapacidad producida por trastornos psiquiátricos se clasifica mediante una distribución normal

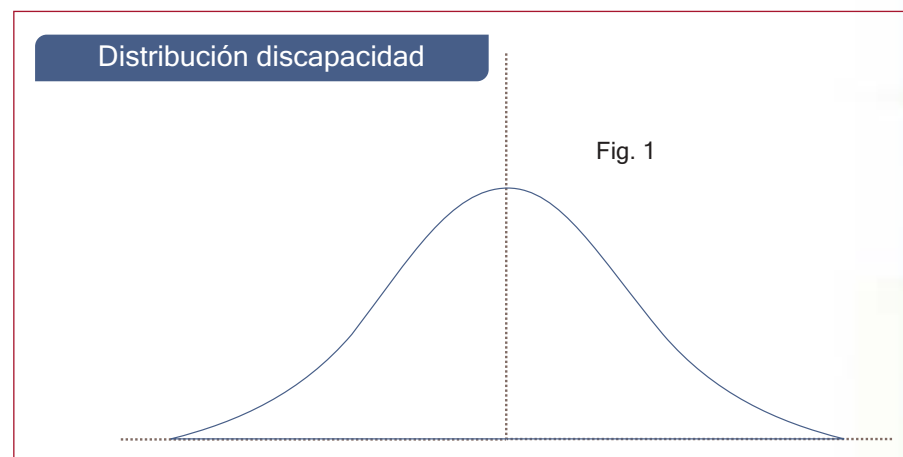
(Campana de Gauss, figura 1) según un *continuum* de capacidad funcional que iría desde pacientes sin ninguna discapacidad hasta pacientes con mucha discapacidad. El concepto de recuperación en las psicosis es ahora universalmente reconocido y, así, en el Reino Unido (*Nacional Health Service*²), se considera la recuperación e integración de los pacientes psiquiátricos como un concepto básico en la organización y estructuración de los servicios de atención a las enfermedades mentales. Los síntomas negativos se asocian con déficits cognitivos que interfieren con la integración social y laboral³, y es conocida la ineficacia de los antipsicóticos actuales⁴ para mejorar los síntomas negativos y la capacidad cognitiva de las personas diagnosticadas de esquizofrenia. Sin embargo, se han desarrollado tratamientos sanitarios de psicoterapia⁵ que, en conjunción con los tratamientos farmacológicos, han demostrado una gran eficacia cuando son facilitados por profesionales sanitarios con la debida preparación y experiencia. La psicoterapia cogniti-

vo conductual forma parte de los tratamientos basados en la evidencia e indispensables para una adecuada recuperación e integración social y laboral. En una reciente intervención de la doctora Nancy Andreasen, psiquiatra de prestigio universal, esta experta indicaba a un grupo de colegas⁶: "...Nuestro trabajo no está concluido cuando hacemos que nuestros pacientes dejen de escuchar voces. Tenemos que procurar llevarlos a un estado lo más próximo posible al que tenían antes de contraer la enfermedad". La heterogénea evolución de la esquizofrenia, en síntomas y discapacidad producida, hace necesario que los dispositivos y pro-

gramas necesarios para una adecuada integración laboral de las personas que las padecen tengan en cuenta esta gran variabilidad. En la continuación de este artículo, indicaré con mayor detalle los principales programas para la rehabilitación laboral de personas que padecen esquizofrenia.

Modelos de programas para la inserción laboral:

- ▶▶ Empleo protegido
- ▶▶ Rehabilitación vocacional
- ▶▶ Empleo con apoyo
- ▶▶ Empresas sociales
- ▶▶ Cooperativas
- ▶▶ Empleo normal e independiente



Referencias

1. - WPA (*Open the Doors*), *Course and Outcome // Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus*. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY* 162 (3): 441-449 MAR 2005 // *The Varied Outcomes of Schizophrenia*. Larry Davidson, PhD, Thomas H McGlashan, MD.
2. - *NHS Mental Health Policy Implementation Guide Support, Time and Recovery // The Journey to Recovery NHS // Exploring the concept of recovery in schizophrenia*. KELLY M. & GAMBLE C. (2005). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.
3. - *Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2005 Oct; Wexler BE, Bell MD. Department of Psychiatry. Yale University. USA. // *Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial*. Schizophr Bull. 2005 octubre. McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A. New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center. Dartmouth Medical School // *Cognitive and clinical predictors of success in vocational rehabilitation in schizophrenia*. J.D. Evans et al. *Schizophrenia Research* (2004) 331-342 // *Cognitive and Symptom Predictors of Work Outcomes for Clients with Schizophrenia in Supported Employment*. Susan R. McGurk, Ph.D. et al. // *Cognitive Correlates of Job Tenure among Patients with Severe Mental Illness*. Anthony F. Lehman, M.D., M.S.P.H. et al.
4. - *Unmet Therapeutic Needs, Schizophrenia Bulletin* vol. 31 2005. //
5. - *Schizophrenia Guideline: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. (NHS- National Institute for Clinical Excellence) // *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia*, American Psychiatric Association // *The Negative Symptoms of Schizophrenia: A Cognitive Perspective*, Neil A Rector, PhD, Aaron T Beck, MD, Neal Stolar, MD-PhD // *Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies*, Krabbendam L, Aleman A. Department of Psychiatry and Neuropsychology Maastricht University, PO // *Functional Cognitive-Behavioural Therapy* Corinne Cather, PhD // *Cognitive-Behavioural Therapy for Severe Mental Disorders*, Neil A Rector, Ph D // *COGNITIVE REMEDIATION*, (Institute of Psychiatry - Maudsley) //
6. - *Treating the Negative Symptoms of Schizophrenia*. Nancy Andreasen, MD, PhD,

En movimiento

por Lara Robles

FAMA



El teatro Calderón de Madrid acoge desde el 1 de febrero al musical *Fama*, inspirado en la película de Alan Parker que también fue serie de televisión durante los años 80. Esta representación ha viajado por diferentes países del mundo, Estados Unidos, Reino Unido, Italia, Alemania, Suiza, Suecia, Sudáfrica, Japón, Australia y México y, por último, por Barcelona, donde se representó una versión en catalán. Ahora, la capital escuchará la célebre frase que se hizo mítica en boca de la profesora de danza Lidya Grant y que encandiló a todos los amantes del filme: **“Queréis la fama, pero la fama cuesta y aquí es donde vais a empezar a pagar. Con sudor”.**

teatro

teatro

MUERTE, AMOR Y SECRETOS

La *novia cadáver*. Un cuento fantástico en el que Tim Burton enseña una lección a niños y mayores sobre el tabú de la **muerte** sería una buena definición para esta fábula en la que triunfa el **amor**. Víctor es un joven cuyos padres, adinerados pescadores, han acordado su boda con la hija de un matrimonio de alta alcurnia, que espera con el casamiento salir de su ruina. Los futuros esposos no se han visto nunca y aborrecen la idea de casarse sin estar enamorados, aunque lo harán por sus familias. Por suerte, al conocerse la chispa del amor les sorprende. Todo se verá truncado cuando Víctor, sin querer, practicando los votos de la ceremonia, desposa a una novia cadáver, que fue asesinada justo antes de la boda por un novio cruel que sólo quería robarle la dote. La unión parece irreversible, y el joven se ve inmerso en el mundo de ultratumba del que no puede salir. Es increíble que este mundo con sus calaveras, gusanos, ataúdes y telarañas pueda resultar tan entrañable y tierno, y tiene aún más mérito cómo se conjuga con el de los vivos, donde algunos personajes dan más miedo que los propios cadáveres. Es la pócima perfecta para quitar el miedo a los pequeños (y a los grandes).

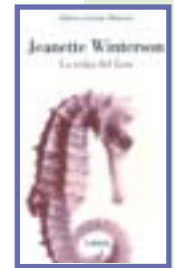
La *vida secreta de las palabras*. Una chica poco habladora e introvertida que trabaja en una fábrica coge vacaciones por primera vez en cuatro años ante la insistencia de su jefe. No sabe qué hacer con el tiempo, parece que no quiere tener tiempo y, como es enfermera, se ofrece para cuidar a un trabajador quemado en una plataforma petrolífera de la que no se le puede sacar hasta que se estabilice. La relación que se establece entre ambos irá dejándonos conocer poco a poco los secretos de la misteriosa joven, y también las miserias del curtido enfermo (Tim Robbins). Los silencios llenan la primera mitad de la película que va introduciendo al espectador en un espacio en el que cada detalle irá cobrando gran importancia para comprender lo que hay detrás de cada ser humano. La curiosidad y la incertidumbre en la que poco a poco te va envolviendo dejan paso a una dura revelación. Una historia dramática, sin duda, pero un mensaje optimista es lo que nos plantea Isabel Coixet en su última película. **Vivir merece la pena el esfuerzo porque, si uno se deja, podrá volver a ser feliz.**



música

LA SOLEDAD A TODAS LAS EDADES

La *niña del faro*, de Jeannette Winterson. Editorial Lumen. Cierre los ojos e imagine un mundo diferente lleno de fantásticas metáforas. Imagine que la oscuridad se toca, que la gente vive cientos de años, o que su casa está en la ladera de una montaña tan inclinada que sus gallinas se sostienen clavando el pico en la pared. Allí, en ese lugar, está Silver, una niña que se queda huérfana y que por azares del destino, y porque nadie la quería cuidar, acaba viviendo con Pew, el farero del pueblo. Este hombre ciego y anciano, de edad desconocida, logra llevar a la pequeña con sus cuentos a otros tiempos y otros lugares que llenarán su vida de un contenido extraordinario. Las historias del viejo, que siempre se enredan y nunca terminan, llenarán de luz la existencia ciertamente trágica de la **niña**, que luego **tendrá que enfrentarse a un mundo real bañado por la fantasía de su infancia**. Original y muy bien elaborado, llega, sin que uno se dé cuenta, a lo más profundo y anida allí para quedarse. Cada historia, cada párrafo, son un pequeño tesoro que merece la pena descubrir.



El *hombre lento*, de J. M. Coetzee. Editorial Mondadori. El Nobel de Literatura continúa su tendencia a la reflexión en su última obra, que gira en torno a tres de las grandes protagonistas de la sociedad contemporánea: **la soledad, la dependencia y la vejez, cada vez más prolongada y temida**. El protagonista, un fotógrafo profesional que acaba de pasar la barrera de los sesenta, debe enfrentarse de pronto a todas estas situaciones a la vez, cuando, de manera inesperada, le amputan una pierna como consecuencia de un accidente de bicicleta. Este hecho supondrá un punto de inflexión y le hará parar en seco el ritmo de su vida de hombre solitario e independiente. Separado y sin hijos, cuando sale del hospital, con su recién estrenada invalidez, decide contratar a una enfermera para que le atienda en su casa de soltero. A pesar de su estado de desesperanza, el amor que va surgiendo por su nueva compañera le irá devolviendo la motivación. La aparición de una antigua amiga que le anima a nuevas aventuras amorosas irá complicando la historia.



ALIVIO DE LUTO, DE JOAQUÍN SABINA

El poeta más atrevido de la canción española regresa con un nuevo trabajo en el que gustará seguro a los clásicos seguidores del cantautor puesto que sigue siendo él mismo más que nunca y como siempre. Poemas con música en los que reina la sencillez instrumental para dar protagonismo a lo que verdaderamente lo tiene, unas letras en las que encontramos frases como **“todos nacemos en cualquier lugar, me pido primer para desertar de la estrechez de los que saben negociar tablas en el ajedrez”** o **“sólo puedo pedirte que me esperes al otro lado de la nube negra, allá donde no quedan mercaderes que venden soledades de ginebra”**. El auténtico Sabina vuelve después de tres años de silencio con un trabajo en el que además de 13 nuevas canciones, se incluye una entrevista con este genio de la voz quebrada.





Esperando un milagro

Aunque pueda parecer exagerado, desde hace treinta años vivo esperando un milagro; un nuevo tratamiento para la depresión que me haga volver a sentirme yo misma. A pesar de la enfermedad, por mi propio carácter y mi fuerza interior, mantengo la esperanza de que surja un nuevo fármaco, de que se avance definitivamente en la investigación del tratamiento de la depresión. Tengo la fe de que algún día, al mirar atrás, todo lo que he pasado a lo largo de este tiempo me pueda parecer un sueño.

Conocí de primera mano esta enfermedad tras dar a luz a mi segunda hija y desde entonces he tenido que aprender a convivir con ella. La explicación que me dieron los especialistas es que mi sistema nervioso se había debilitado por una excesiva pérdida de sangre durante el parto a la que no se dio respuesta con una transfusión. En mi caso, parece predominar un componente físico, hay antecedentes de depresión en mi familia y, de alguna manera, he asumido que es parte de mi herencia. Además, desde muy joven, me vi lejos de mis padres, con dos niñas pequeñas y una salud delicada, y eso tampoco debió ayudar mucho a la recuperación.

Hace treinta años, las cosas eran bastante diferentes. A menudo pienso que si mi enfermedad hubiese comenzado en esta época, habría tenido más posibilidades de atajarla al principio, y no se habría cronificado, pero nunca se sabe. Según mi experiencia personal, hasta ahora, los especialistas que me han atendido en el sistema público no han logrado dar con un tratamiento con el que me haya sentido más o menos bien. Por eso, al

final, siempre acabo buscado psiquiatras con consultas privadas, estoy pendiente de los especialistas que aparecen en los medios de comunicación y me inspiran confianza, o peregrino por las clínicas de los profesionales que me recomiendan los conocidos. Si tuviera junto todo el dinero que hemos invertido buscando una mejoría, podríamos tener dos casas.

En este sentido, creo que los enfermos mentales estamos bastante desprotegidos. Y lo que es peor, la desesperación también te hace caer



en manos de supuestos profesionales que emplean técnicas que resultan incluso controvertidas para los propios especialistas. Durante unos años, por ejemplo, acudí a una clínica en Madrid en la que, aparte del tratamiento convencional, el psiquiatra te administraba un suero de composición desconocida para hacer frente a las recaídas. A precio de oro, por supuesto. Consultando con otros expertos, hemos sabido que podría tratarse de un placebo, que, además, en mi caso, no llegó a dar resultado. Eso sin contar con la combinación

explosiva de fármacos que, a juicio de otros profesionales, estaba tomando.

Por otra parte, este tiempo también me ha ayudado aprender a controlar mejor la ansiedad gracias a las técnicas de relajación que me enseñó un equipo de psicólogos de uno de los centros de salud mental de la comunidad de Madrid. Aunque, con respecto a mi experiencia con los psicólogos, también he realizado sesiones de psicoterapia y terapias de grupo en una clínica privada en la que me dieron el alta justo en el momento en el que peor me encontraba. Demasiadas contradicciones en mi ansiada búsqueda de la salud.

Después de todos estos años, tengo que admitir que me encuentro algo mejor que al principio, aunque sigo teniendo temporadas bastante malas. Es una enfermedad difícil. A veces piensas que no puedes más, que nadie que no haya pasado por esto te comprende. Pero hay que mantener la esperanza, buscar siempre ayuda en los mejores profesionales y cumplir a rajatabla con los tratamientos que nos prescriben (conozco a muchas personas que suben o bajan las dosis a su antojo, y no debe ser así). No es agradable ver la cantidad de pastillas que tengo que tomar a diario, aunque, por ejemplo, tampoco creo que a un diabético le entusiasme inyectarse insulina.

Espero que mi experiencia pueda servir a otras personas que estén atravesando situaciones parecidas a la mía. Cada día puede estar un poco más cerca el momento en el que comencemos a sentirnos bien de nuevo. Hay que seguir adelante.

M^a Carmen Molina



**TRANQUILO.
TE CUIDA UN GRAN PROFESIONAL.
TE CUIDA UNA ENFERMERA.**

