

JUNTA DIRECTIVA :
Presidente: José J. Uriarte

Vicepresidente: José Antonio De La Rica

Secretario: Juan Moro

Tesorero: Mirko Gerolin

Vocales: Ana Blanca Yoller, Manuel Conde, Carlos Gil, Peio Múgica

www.fearp.org/asvar.htm
**Miembro de la Asociación Española de
Rehabilitación Psicosocial FEARP**
www.fearp.org
S U M A R I O

_ Editorial _

_ Colaboraciones _

_ Actividad Asociativa _

EDITORIAL
Fin de una Etapa

Tras cumplirse cuatro años largos desde la fundación de la asociación, afrontamos la renovación de la junta directiva, y con ello, el fin de una primera etapa que puede considerarse casi como "constitutiva". Es difícil decir si hemos hecho poco o mucho durante este tiempo; al final poco o mucho son cosas relativas. Entre otras cosas, la asociación ha concitado el interés de más de 100 profesionales, ha organizado, con variable éxito, seis reuniones científicas, ha editado ocho números de este humilde boletín, mantenido una sencilla página Web (en www.fearp.org/asvar.htm), sacado adelante cuatro promociones de alumnos del Curso de Rehabilitación en colaboración con la Universidad de Deusto, mantenido un Seminario de Rehabilitación, colaborado activamente con la puesta en marcha de la Federación Española de Rehabilitación Psicosocial, y en algunas de sus iniciativas, como la edición de la Revista de Rehabilitación Psicosocial y creado la Agrupación de Deporte Adaptado ASVAR, para dar soporte a iniciativas actuales y futuras relacionadas con la actividad deportiva del colectivo de personas con enfermedades mentales. Otras cosas se han quedado en el tintero, y parece que siempre somos más conscientes de lo que no hemos hecho que de lo que hemos sido capaces de sacar adelante. En todo caso, eso queda para la tarea futura.

Con este boletín recibís el segundo número de la Revista de Rehabilitación, de forma totalmente gratuita gracias al patrocinio de Astra-Zeneca, y también la convocatoria para la Asamblea que aprobará la candidatura de la nueva junta directiva, el próximo 2 de junio, y en dicho contexto la celebración de una jornada sobre "**Exclusión Social, Marginalidad y Enfermedad Mental**", con especial mención a los problemas asociados a la atención a colectivos como los inmigrantes.

Así que muchas gracias a todos por vuestro apoyo, colaboración y paciencia. Esperamos que la nueva junta cuente con el apoyo de todos para mantener viva a la asociación e impulsar nuevas iniciativas.

José J Uriarte

Presidente de ASVAR, en nombre de la actual junta Directiva

COLABORACIONES
**TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL
Y REHABILITACIÓN DE LA PSICOSIS.
UN ENCUENTRO NECESARIO.**
*Oscar Vallina Fernandez**
*y Purificación Fernandez Iglesias***
**CSM de Torrelavega. Servicio Cántabro de Salud*
*** Centro de Rehabilitación Psicosocial
Padre Menni. Santander*

Resumen: A lo largo de este trabajo se presenta la terapia cognitivo conductual de la esquizofrenia como la forma de terapia más indicada para este tipo de trastorno y se defiende la necesidad de integrar psicoterapia y rehabilitación en una nueva modalidad de tratamiento para la enfermedad mental severa que combine ambas y que rompa la tradicional y artificial separación entre tratamiento y rehabilitación.

El diseño y la aplicación de estrategias de tratamiento y de rehabilitación, se articula de manera habitual en torno a tres planos estrechamente entrelazados. Por un lado, es necesario para cualquier red asistencial de tratamiento comunitario disponer de diversos dispositivos asistenciales básicos, desde los que llevar a cabo las intervenciones precisas para cada caso, estas incluyen normalmente: hospitales de día, centros de rehabilitación, unidades de agudos, centros de salud mental, centros de empleo protegido, etc.; Por otra parte, las distintas



fases por las que pasa la enfermedad: prodrómica, aguda, estabilización, refractaria, residual, remisión y las características sintomatológicas y conductuales propias de cada una de ellas nos indicará cuales son las necesidades a cubrir en cada paciente. Y por último, las diferentes técnicas y procedimientos terapéuticos de los que disponemos y que se hayan mostrado eficaces: entrenamiento en habilidades sociales, intervenciones psicoeducativas familiares, terapia cognitivo-conductual, tratamiento farmacológico, etc.. para combinarlas dentro de un formato general, continuo e integrado (Lieberman, DeRisi & Mueser, 1989). Es de este modo, como suponemos en la actualidad, que se pueden abordar los graves deterioros e incapacidades que produce la psicosis.

Si mantenemos esta perspectiva integral e integrada en nuestros servicios, los programas de tratamiento que traten de mitigar los efectos de la enfermedad, deberán dirigirse tanto a mejorar sus anomalías neuropsicológicas y cognitivas como a los aspectos conductuales y sociales, ya que la integración y articulación de estas variables es imprescindible para abordar adecuadamente los deterioros y discapacidades que genera la psicosis debido al grado de interdependencia entre todas ellas. Y esto es así, porque como observamos diariamente en nuestro trabajo, un déficit en las habilidades sociales que impide el establecimiento de relaciones interpersonales, puede provocar el desarrollo de esquemas negativos ("Nadie quiere a un psicótico", "No hay nada en mí pueda interesar a los demás"), y estos esquemas, a su vez, facilitar el surgimiento de alteraciones cognitivas básicas (distracción, fallos de memoria). Pero el ciclo también podría ser a la inversa, y así, los trastornos básicos (dificultades de comunicación, distraibilidad, alteraciones perceptivas) podrían producir esquemas defectuosos ("soy incapaz de poder mantener una conversación normal", "no me puedo fiar de mi mente") que a su vez, producirían una evitación del contacto interpersonal y una reducción del nivel de funcionamiento psicosocial (Chambon, Marie-Cardine & Dazord, 1996).

Sin embargo, y a pesar de estas consideraciones, que posiblemente se asumirían con naturalidad desde el ámbito de los profesionales de la rehabilitación, la realidad cotidiana de nuestros sistemas de salud, sigue consistiendo en una separación artificial entre tratamiento y rehabilitación. Como si los deterioros y las discapacidad fuesen compartimentos estancos que funcionasen de manera absolutamente independiente y como si las personas, en alardes de admirable ubicuidad, pudiesen disociar sus creencias delirantes de su práctica conductual y de este modo fraccionarse para que los unos se pudiesen tratar desde los espacios de las psicoterapias (centros de salud mental por ejemplo) y los otros desde espacios típicamente reservados a la rehabilitación (centros de rehabilitación psicosocial).

Desde nuestro punto de vista, esta visión de la enfermedad mental severa, está limitando seriamente las posibilidades de mejoría y de recuperación de la misma. Sirva como ejemplo, que las carencias en los recursos conductuales necesarios para un adecuado funcionamiento social, en múltiples ocasiones, proceden directamente de los deterioros psicológicos generados por la presencia de una clínica delirante o alucinatoria activa. A este respecto, no olvidemos, que a lo largo de diferentes estudios se ha coincidido en señalar que entre un 30 y un 50% de pacientes con esquizofrenia mantienen una clínica con síntomas positivos residuales (Nor-



man & Townsed, 1999). Bien es cierto, que hasta recientemente, la posibilidad de abordar esta sintomatología de manera diferente a la farmacológica era muy pesimista. Sin embargo y afortunadamente, en la actualidad este estado de cosas parece estar cambiando, y a la existencia de nuevos modelos cognitivos de entender la psicosis, se añade el desarrollo de tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales que combinados con neurolépticos vienen demostrando una creciente eficacia terapéutica (Vallina y Lemos, 2003).

Esta nueva perspectiva, propone la incorporación adaptada a las especificidades de la psicosis, de las terapias cognitivas estándar de los formatos tradicionales de Beck y de Ellis que se venían aplicando con éxito a patologías como la ansiedad o la depresión. Esta opción, se establece en torno a una serie de planteamientos generales perfectamente recogidos por Jackson, Edwards, Hulbert y McGorry (1999) sobre la accesibilidad de las personas con psicosis a las terapias psicológicas y que afirman, que las experiencias psicóticas son multidimensionales, se desarrollan a lo largo de un continuo y se describen mejor aplicando varios parámetros como por ejemplo: grado de preocupación, frecuencia, intensidad. Se asume además que la capacidad de las personas para influir en su conducta se mantiene en la mayoría de los estadios de la enfermedad y que la tenacidad en el mantenimiento de las ideas delirantes y alucinatorias es fluctuante y por tanto puede ser modificable, debiendo centrarse los posibles abordajes terapéuticos tanto en el contenido cognitivo (creencias específicas) como en los procesos cognitivos (distorsiones cognitivas) que subyacen a los delirios y a las alucinaciones.

Basándonos en las sugerencias de Rector y Beck (2002) extraídas de su análisis y actualización de las terapias que se venían aplicando a la psicosis y que describen el marco común y los ingredientes que contiene la terapia cognitivo conductual de la psicosis, entendemos que los elementos nucleares de esta terapia son:

1. El establecimiento de una sólida alianza de trabajo con el paciente centrada en sus necesidades y problemas actuales.
2. El desarrollo de una detallada y específica evaluación de los delirios y las alucinaciones que permita la formulación

del caso y el establecimiento de una lista de problemas con los que trabajar.

3. La utilización de psicoeducación y naturalización de los síntomas de la psicosis como dos potentes estrategias centrales de cambio.
4. El desarrollo, conjuntamente con el paciente, de una conceptualización cognitiva de sus vivencias, experiencias y fenomenología psicótica que permita la reestructuración cognitiva y el desarrollo de atribuciones internas y de control sobre su enfermedad.
5. La utilización de técnicas cognitivas y conductuales para el tratamiento, tanto de los síntomas positivos y negativos, como de la comorbilidad existente. Técnicas específicas que promuevan el dominio y la convivencia con las experiencias psicóticas y que faciliten la adaptación y recuperación de la enfermedad.
6. Establecer estrategias a medio y largo plazo que permitan la prevención de futuras recaídas.

Siguiendo este marco general de terapia, disponemos en estos momentos de varios tipos de formatos de terapias cognitivas. Entre estas formas de terapia se encuentra la propuesta en nuestro país por Perona, Cuevas, Vallina y Lemos (2003). Todos estos tratamientos psicológicos disponen de sus correspondientes manuales de terapia y de sus estudios experimentales validando la terapia propuesta. Se dispone además, de varios libros de casos clínicos que ilustran su aplicación. Y aunque cada uno presenta rasgos diferenciados, todos ellos comparten el marco de terapia general que hemos expuesto y un desarrollo terapéutico que se lleva a cabo articulándose en torno a seis etapas específicas y a las metas terapéuticas y técnicas concretas que se requiere en cada una de ellas y que se sintetizan en la tabla 1 (Glynn, 2003). Para una revisión más detallada de estas formas de terapia vease Vallina y Lemos (2003). y para un análisis minucioso de sus resultados vease Perona, Cuevas y Martínez (2003).

Como conclusión, nos gustaría señalar que en estos momentos estas formas de terapia están recomendadas como tratamientos indicados para la esquizofrenia, por instituciones como la American Psychiatric Association (1994), la British Psychological Society (2000) o el National Institute for Clinical Excellence (2002), quienes indican que estas intervenciones psicológicas se han mostrado eficaces en la reducción de las experiencias psicóticas y de la angustia y discapacidad que estas producen; que sus principales beneficiarios serían los pacientes ambulatorios crónicos con delirios y alucinaciones que no remiten con el tratamiento farmacológico y que para ser eficaces necesitan un tiempo de tratamiento superior a 6 meses e incluir al menos 10 sesiones planificadas.

Hemos hecho una breve presentación de las terapias cognitivas para la psicosis, y estamos, en nuestra opinión, ante una nueva forma de entenderla y de abordarla. Esta nueva perspectiva, creemos que permite y facilita la necesaria fusión entre terapia y rehabilitación dentro del lógico y necesario continuo asistencial. No reproduzcamos errores del pasado y diseñemos maneras coherentes de incluir sus aportaciones desde una óptica rehabilitadora de fondo, que permita un desarrollo armónico e integral del individuo sin fracciones artificiosas y que nos acerquen a la mejor de las recuperaciones posibles para la enfermedad mental severa. Seguro que vale la pena.

Tabla 1.
Visión general de la terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia

Fase	Metas terapéuticas	Técnicas
Evaluación y enganche	Desarrollo de la alianza, de una evaluación estructurada y de metas compartidas	Escucha activa, empatía, aclarar expectativas, evaluar la historia y funcionamiento actual
Desarrollo de estrategias de afrontamiento	Manipulación de factores que mantienen los síntomas	Reestructuración cognitiva, respiración, distracción
Comprensión de la psicosis	Desarrollo de comprensión personal de la psicosis, modelo de vulnerabilidad	Psicoeducación normalización
Tratar delirios y alucinaciones	Modificación revisando evidencias y generando explicaciones alternativas	Dialogo socrático, empirismo colaborador y explicaciones alternativas, terapeuta activo, no confronta
Manejo de evaluaciones negativas, ansiedad y depresión	Modificación del habla interna Reconceptualización cognitiva	Pensamientos automáticos y asunciones disfuncionales, historia y fuente de síntomas, reformular
Reducir el riesgo de recaída y la discapacidad	Plan de manejo de agudizaciones e identificar metas sociales	Revisar comprensión enfermedad, próximas intervenciones

Bibliografía

American Psychiatric Association. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Second edition. <http://www.psych.org/cme>.

British Psychological Society. (2000). Recent advances in understanding mental illness and psychotic experiences. UK <http://bps.org.uk>.

Chambon, O., Marie-Cardine, M. & Dazord, A. (1996). Social skills training for chronic psychotic patients: a french study. *European Psychiatry*, 11, (suppl 2),77s-84s.

Jackson, H. J., Edwards, J., Hulbert, C., & McGorry, P. (1999). Recovery from psychosis: Psychological interventions. In P. McGorry & H. J. Jackson (Eds.), *The recognition and management of early psychosis: A preventive approach* (pp. 265-307). Cambridge: Cambridge University Press.

Glynn, S.M. (2003). Psychiatric rehabilitation in schizophrenia: advances and challenges. *Clinical Neuroscience Research*, 3, 23-33.

Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. Eknsford, NY: Pergamon Press.

National Institute for Clinical Excellence. (2002). *Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. London.National Institute for Clinical Excellence.

Norman, R., & Townsend, L. (1999). Cognitive behavioural therapy for psychosis: A status report. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 245-252.

Perona, S., Cuevas, C. & Martínez, M.J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en delirios y alucinaciones. En Pérez, M., Hermida, J.R., Fernández, C. & Amigo, I. (Eds.). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Madrid. Ediciones Pirámide. 81-106.

Perona, S., Cuevas, C., Vallina, O. y Lemos, S. (2003). Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia: Guía clínica. Madrid. Minerva Ediciones.

Rector, N.A. & Beck, A.T. (2002). Cognitive Therapy for schizophrenia: from conceptualization to intervention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 1, 41-50.

Vallina, O. y Lemos, S. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En Pérez, M., Hermida, J.R., Fernández, C. & Amigo, I. (Eds.). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Madrid. Ediciones Pirámide. 35-79.

TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

M^a Josefa Cano Mesías
Abogada de AVIFES

El día 2 de julio de 2004 se presentó por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergencia i Unió) una Proposición de Ley de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos. La Proposición de Ley presentada es la siguiente:

“Se adiciona un apartado 5 nuevo al artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil que queda redactado como sigue:

Art.763

5. Podrá también el Tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un periodo de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del Facultativo, audiencia del interesado, informe Forense y del Ministerio Fiscal.

En la resolución que se dicte deberá establecerse el plan de tratamiento, sus mecanismos de control y el dispositivo sanitario responsable del mismo que deberá informar al Juez, al menos cada tres meses, de su evolución y seguimiento, así como sobre la necesidad de continuar, modificar o cesar el tratamiento.”

(Ref.:122/000085, publicado en el boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados con fecha 19/7/2004).

Esta propuesta es fruto del trabajo realizado por el Comité Técnico Jurídico de FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales). En el año 2001 se constituyó el Comité Técnico Jurídico cuyo cometido principal es estudiar la situación jurídica del enfermo mental y sus familiares, con el análisis de la legislación existente. El Comité está compuesto por Letrados y juristas que trabajan y colaboran de forma directa con el mundo Asociativo de familiares de enfermos mentales de las diferentes Comunidades Autónomas, representando al País Vasco, se encuentra el Servicio de Asesoría Jurídica de AVIFES. A este núcleo inicial (de unos 10 Letrados) se unen dependiendo del tema a debatir otros profesionales tales como fiscales, jueces, psiquiatras, trabajadores sociales, responsables sanitarios en salud mental, defensores del pueblo de las diferentes Comunidades Autónomas, defensores del paciente, etc. Cuando comenzó su andadura se pusieron muchos temas sobre la mesa, entre ellos y durante un periodo de dos años y

medio se ha debatido el tema del TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO.

Apoyando esta medida han participado en el Comité, en representación del País Vasco: El Jefe de Salud Mental del País Vasco, la Fiscal de Incapacidades e Internamientos de Bilbao, la Magistrada del Juzgado de Primera Instancia nº 6 de San Sebastián, que se encarga de las incapacitaciones e internamientos, la Asesora Jurídica de la Oficina del Ararteko.

Lo primero que se debe de aclarar es que se trata de un tratamiento ambulatorio de índole civil, y no penal, el fundamento de la medida lo determina la salud de la persona afectada.

La situación es que nos encontramos con personas enfermas mentales que una vez que reciben el alta que pone fin al expediente de ingreso involuntario, no continúan posteriormente con el tratamiento ambulatorio, dándose el grave problema de la llamada “puerta giratoria”, en el sentido que entran y salen continuamente en los hospitales, sin conseguir una eficacia de la terapia debido al abandono del tratamiento médico.

Estas personas deberán ser dadas de alta en su internamiento porque ya no existe justificación terapéutica para el mismo y sin embargo necesita un tratamiento en régimen ambulatorio que no cumplirá. Ante estas situaciones se han buscado algunas soluciones en diferentes ciudades, dependiendo de interpretaciones que han efectuado determinados Jueces a los que se les ha planteado este problema. En este sentido, en concreto en Madrid y en San Sebastián desde hace aproximadamente tres años, desde los Juzgados especializados y por impulso de la Fiscalía se han dictado ya varios Autos en los que se impone un tratamiento involuntario a determinadas personas con enfermedad mental en los que confluyen una serie de características (tras un ingreso de carácter forzoso, por prescripción médica concreta en este sentido, se le impone la medida de someterse a control ambulatorio, con el correspondiente seguimiento del CSM y el Juzgado). Estas medidas pioneras en su aplicación se sustentan:

En lo dispuesto en el art. 762 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, sobre medidas cautelares que puedan adoptarse al hilo de un procedimiento de incapacitación, y en la teoría clásica de “quien puede lo más, es decir, la privación de libertad del enfermo (internamiento), puede lo menos (tratamiento sin privación de libertad)”.

Otro apoyo legal de este tipo de medidas constituye el Convenio Europeo de los Derechos Humanos y Biomedicina (Convenio de Oviedo), cuyo art. 7 señala: *“Protección de las personas que sufran trastornos mentales. La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso”.*

Con estas premisas se comenzaron los trabajos en el Comité, teniendo que en determinadas zonas del Estado se adoptan este tipo de resoluciones y en otras no, de acuerdo con la interpretación del juez que resuelve el asunto. Por ello se apuesta por una norma que recoja expresamente estos tratamientos, incluida como nº 5 del art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, puesto que este artículo es el que regula el aspecto procesal del internamiento involuntario.

En el País Vasco, como en el resto del Estado, nos encontramos en la actualidad con diferentes situaciones, en Donosti la juez responsable de internamientos ha dictado varios autos autorizando el tratamiento ambulatorio obligatorio y entiende que con la interpretación que hace de la normativa existente caben dichos tratamientos, sin embargo en Bilbao el titular del juzgado encargado de estos temas considera que con la legislación existente no cabe la imposición de un tratamiento ambulatorio obligatorio, salvo como medida cautelar en un procedimiento de incapacitación, (sin embargo hace ocho o nueve años en Bilbao ya se aplicó el tratamiento ambulatorio obligatorio, puesto que la juez titular en aquellos momentos entendía que era posible dicho tratamiento fundamentado en la teoría de "quien puede lo más puede lo menos"). Sobre la experiencia de Donosti se celebró el 13 de junio de 2003 en Bilbao un "Taller sobre Tratamiento Ambulatorio Obligatorio en supuestos de Enfermedad Mental Grave", organizado por Osakidetza, Ararteko, Gobierno Vasco y Consejo General del Poder Judicial dirigido a jueces, fiscales y psiquiatras del País Vasco. En esta jornada se elaboraron las siguientes conclusiones y resoluciones que se exponen a continuación y todos los asistentes consideraron necesaria una reforma legislativa que ampare estos supuestos.

CONCLUSIONES

1. Las Psicosis, y dentro de ellas el grupo de las Esquizofrenias como prototipo de enfermedad grave, son trastornos psiquiátricos graves, de curso crónico e invalidantes en los que la instauración de un tratamiento adecuado multidisciplinar y continuado disminuye sensiblemente la posibilidad de recaídas, mejorando sustancialmente el pronóstico a largo plazo.
2. En el momento actual existen tratamientos eficaces para estas enfermedades, si bien, la ausencia de conciencia de enfermedad complica o impide en algunos casos el tratamiento.
3. En estos casos, es el ingreso involuntario con autorización judicial la fórmula empleada mayoritariamente para instaurar el tratamiento (25% del total de ingresos en unidades de agudos lo fueron con autorización judicial en el año 2002). Esto, sin embargo, no deja de ser una solución parcial limitada al tiempo del ingreso hospitalario.
4. Estimamos que el marco jurídico actual, si bien no contempla específicamente este tipo de medidas, contiene disposiciones que facilitan su aplicación. En todo caso, una reforma legislativa que incluyera estos supuestos se estima necesaria.

En base a ello los participantes en el taller adoptan las siguientes:

RESOLUCIONES

1. Impulsar, desde el ámbito judicial y fiscal y desde los movimientos asociativos de toda índole que trabajan en el ámbito de la enfermedad mental, una reforma legislativa en la Ley de Enjuiciamiento Civil que, explícitamente, reconozca la posibilidad de instaurar un tratamiento psiquiátrico ambulatorio judicializado.

2. Impulsar, desde el ámbito sanitario psiquiátrico, el consenso en el establecimiento de criterios para la inclusión de casos en este supuesto.
3. Impulsar el debate sobre esta materia en los diferentes foros implicados (jueces, fiscales, hospitales, centros de salud mental, etc), teniendo como base el protocolo presentado en la jornada y que figura como anexo.
4. Participar en cuantas iniciativas se generen en nuestro entorno cercano, destinadas a la consecución de esta medida.
5. Estudiar la posible apertura de un foro permanente de discusión y aportación de ideas en Internet.

En los últimos dos años han sido muchos los foros donde se ha planteado esta cuestión. En las XVIII Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo, celebradas el 21 de octubre de 2003 se presentó una ponencia sobre "Los Derechos del Enfermo Mental como Usuario del Sistema Nacional de Salud", en esta ponencia se incluye el tratamiento ambulatorio involuntario desde perspectivas de derecho comparado y establece el marco de una propuesta legislativa diferenciada de la incapacidad legal.

Dentro del Comité Jurídico de FEALES, el Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana (Defensor del Pueblo), presentó un estudio sobre "Medidas de Tratamiento Obligatorio Externo en Salud Mental: Marco de una Propuesta Legislativa Respetuosa con los Derechos Humanos." Propuesta tenida en cuenta en los trabajos realizados en el Comité.

En numerosas jornadas y seminarios se ha tratado este tema: Jornadas organizadas por la Escuela Judicial, por la Fiscalía, por la Psiquiatría Forense, en el XII Simposium de la Sociedad Española de Psiquiatría Forense. "Salud Mental y Derecho Civil", en las Jornadas del Hospital de Zamudio celebradas en el 2003, también se trató el tema del tratamiento ambulatorio involuntario.

En general en todas estas Jornadas se ha señalado la necesidad de una norma que ampare estos supuestos para no encontrarnos con diferentes interpretaciones en función del juez titular en cada momento. En la actualidad los instrumentos legales existentes para el tratamiento de un enfermo mental que no tome la medicación son por una parte el internamiento involuntario, que como sabemos hay que esperar a que la salud del paciente lo requiera para proceder al mismo, y por otra parte la incapacitación. Se trata en definitiva de crear otro instrumento legal que permita el tratamiento del paciente sin necesidad de internamiento ni de incapacitación. En el Taller celebrado en Bilbao se presentó un Borrador de Protocolo de Actuación, elaborado sobre la experiencia de Donosti.

De todo el trabajo realizado en el Comité se entregó copia para su valoración a la Asociación de Usuarios EGUNABAR, a quien se informó a través de su Presidente de la evolución de los trabajos realizados y a quien se animó a escribir su opinión en la revista de FEALES.

Lógicamente no todo es unanimidad y FEALES ha recibido opiniones en contra de dicha medida, que se basan en:

- que consideran que es una medida desproporcionada.
- que es un acto judicial y no una intervención terapéutica como se pretende.

- que aumentará el estigma de las personas con enfermedad mental.
- que la medida no soluciona el problema de fondo.
- que representa una trasgresión de los derechos de las personas a escoger libremente su tratamiento o a que no le sea aplicado contra su voluntad.

Otras opiniones manifiestan que se trata de un parche que no va a solucionar nada y que lo que hay que hacer es aprovechar este momento en el que en el Congreso de los Diputados se habla de enfermos mentales para demandar el lugar que le corresponde a la atención psiquiátrica, exigiendo equipos de atención sanitarios de carácter domiciliario, que realicen un seguimiento individual a cada paciente, y que en todo caso, una vez bien implantada la atención domiciliaria y para un número muy limitado de pacientes que se resistan a esa atención se podría considerar dicha medida. Desde mi punto de vista esta posición no es incompatible con la proposición presentada, ya que ambas medidas son necesarias.

Otra cuestión importante que ha sido señalada desde FEAFES es que la medida legislativa debe ir acompañada de recursos económicos puesto que la medida será eficaz si se acompaña de un buen nivel de servicios.

En definitiva tratamiento ambulatorio involuntario en los casos que sea necesario sí, pero con las garantías adecuadas. Garantías que han tratado de articularse en el texto propuesto y que son las mismas que existen para el internamiento involuntario, (medida judicial, informe forense, informe Ministerio Fiscal, audiencia del interesado, posibilidad de recurso contra dicha medida).

HEMEROTECA

José J Uriarte. Psiquiatra

Jefe De Servicio UGC Rehabilitación Hospital de Zamudio

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

El número de Octubre de 2004 de Psychiatric Services dedica sus páginas íntegramente a homenajear a John Talbott, su editor durante 23 años. John Talbott ha sido durante este tiempo un auténtico líder en lo que concierne a la asistencia a las personas con enfermedades mentales graves. Fue Presidente de la American Psychiatric Association, y su labor al frente de Psychiatric Services (antiguamente Hospital and Community Psychiatry), siempre se destacó por su sensibilidad hacia el tema de la enfermedad mental crónica y de la rehabilitación. Así que el número de Octubre de 2004 de la revista reedita varios de sus artículos y editoriales, con contribuciones actuales de otros autores de renombre, incluyendo a Richard Lamb, Lisa Dixon o Jeffrey Geller, y recuerda temas que aún hoy día, siguen sin resolverse: la desinstitutionalización, la organización de los servicios necesarios para una adecuada asistencia comunitaria, las dificultades para implantar las intervenciones terapéuticas más eficaces en la asistencia rutinaria, o los problemas relacionados con los llamados "nuevos crónicos".

En 1981, hace casi 25 años, el propio Talbott escribía en un editorial:

"... la preocupación más inmediata es el drástico incremento en el número de nuevos pacientes crónicos jóvenes, en una época en la que los únicos servicios disponibles capaces de

proporcionar tratamiento y cuidados a largo plazo están siendo cerrados. Todo el sistema de salud mental parece estar diseñado en la actualidad para asistir a los cuadros agudos. Para este propósito el sistema parece funcionar bien, incluyendo la asistencia a las urgencias, las unidades de agudos en hospitales generales, los centros de salud mental....sabemos también como hemos de atender a las personas con enfermedades mentales crónicas en la comunidad, con programas de soporte comunitario que deben incluir tratamiento farmacológico adecuado, apoyo psicoterápico y gestión y coordinación con servicios que cubran las necesidades de alojamiento, recursos económicos, ocupación y reinserción laboral y social....pero no podemos atender a estos pacientes sin dinero y sin los servicios necesarios. Gestores, profesionales, gobernantes no pueden sencillamente permitir llevar a cabo procesos de desinstitutionalización en ausencia de programas y servicios comunitarios adecuados en un momento en el que tenemos una población creciente de nuevos y jóvenes pacientes crónicos..."

25 años después no parece que hemos avanzado en este sentido todo lo que sería necesario. Los llamados nuevos crónicos siguen siendo un problema, especialmente los pacientes graves, jóvenes, con baja retención en los dispositivos asistenciales habituales, con consumo de drogas asociado, que no cumplen con el tratamiento y que muestran alteraciones de conducta. Los sistemas de seguimiento comunitario de alta intensidad, como el llamado Tratamiento Asertivo Comunitario distan de estar disponibles de forma generalizada. Por otro lado, en algunos lugares se inicia el debate en torno a medidas no propiamente asistenciales para tratar de mantener "bajo control" a este tipo de pacientes, incluyendo medidas judiciales como el Tratamiento Ambulatorio Involuntario. Mientras en algunos países ya cuentan con una cierta experiencia que permite valorar sus resultados, en otros, como España, las iniciativas por parte de algunos sectores para poner en marcha modificaciones legislativas que permitan judicializar la asistencia ambulatoria han generado discrepancias cuando no la oposición franca a dichas medidas por parte de profesionales y afectados. Asociaciones profesionales como la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación, la Sociedad Española de Psiquiatría Legal o la Asociación Española de Neuropsiquiatría-AEN se han pronunciado al respecto con diversas declaraciones. En todo caso sigue siendo un tema discutido y discutible. En este sentido, la revista Canadian Journal of Psychiatry publica en su número de enero una revisión basada en la experiencia en Canadá de la aplicación de dicha medida. A pesar de que parecen desprenderse aspectos positivos, como la mejora en la retención en el tratamiento o la reducción en el número y la duración de los reingresos hospitalarios, no parece que una medida judicial pueda sustituir a la creación de los recursos comunitarios necesarios, que para dichos pacientes superan ampliamente la heterogénea disponibilidad de centros de salud mental (que en muchos casos no son más que meras consultas ambulatorias, sin otros servicios específicos para esta población), centros de día y ocupacionales o talleres protegidos con escaso personal, financiaciones escasas, y dirigidos en muchos casos a satisfacer las necesidades de los pacientes más dóciles y menos conflictivos.

Cambiando de tercio, el número de marzo de Psychiatric Services contiene varios artículos acerca de un tema al que se le ha prestado escasa atención, pese a su potencial como ele-



mento motivador, integrador, y sus beneficios sobre la tantas veces olvidada salud física de nuestros pacientes: la actividad deportiva. Como ejemplo, un artículo de Richardson y cols: Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons With Serious Mental Illness, revisa la evidencia que soporta la conveniencia de incorporar intervenciones para promover el ejercicio físico en personas con enfermedades mentales severas, no solo desde el punto de vista de salud física, sino también en cuanto a la autoestima, la motivación o el aislamiento social.

El número de Noviembre de *Schizophrenia Bulletin* publica una revisión y actualización de las recomendaciones de las guías PORT, poniendo de manifiesto que la brecha entre la evidencia y la práctica clínica no parece haberse estrechado demasiado en estos años, y que parece que nuestras prácticas terapéuticas psicofarmacológicas siguen más los dictados del *marketing* que los de la evidencia científica independiente, y que la generalización de intervenciones psicosociales en la práctica rutinaria dista mucho de ser la norma. La revisión de las recomendaciones PORT¹ sigue alertando de los escasos resultados que se obtienen de confiar el destino de los pacientes únicamente a la toma de la, por otro lado, imprescindible, medicación. Con la guía en la mano, todos nuestros pacientes debieran tener acceso a intervenciones como el apoyo y psicoeducación individual y familiar, el entrenamiento en habilidades sociales o los programas de tratamiento asertivo comunitario, además del acceso a los mejores fármacos. Quizás convenga que cada uno haga su propia prueba, se lea las guías, y luego medite sobre la probabilidad de que un paciente estándar de su entorno reciba el tratamiento aconsejado. La revisión toma en cuenta los cambios ocurridos en estos últimos años en el conocimiento que debe sustentar nuestra práctica clínica, y que reafirman lo ya conocido: que lo más efectivo es la combinación, de forma integrada, de una medicación sensata y de un paquete de intervenciones psicosociales que incluyen intervención y apoyo familiar, tratamiento asertivo comunitario, entrenamiento en habilidades sociales, etc. Vamos, toda una sorpresa.

¹ Lehman AF et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin* 2004, 30: 193-217

Y en ese mismo número *Schizophrenia Bulletin* se despedía; el NIMH había decidido suspender su publicación, y las perspectivas de continuidad parecían remotas. *Schizophrenia Bulletin* apareció por primera vez en 1969, inicialmente de forma experimental, y a partir de 1974 de forma estable con

una periodicidad cuatrimestral hasta la actualidad. Ha publicado muchos de los artículos más relevantes en el campo de la investigación y la asistencia a la esquizofrenia, y ha sido testigo y notario de los cambios y vaivenes teóricos, ideológicos, asistenciales y técnicos que nuestros pacientes han soportado en estas tres décadas largas. Pues bien, parece que *Schizophrenia Bulletin* va a sobrevivir. La revista, antes subvencionada, y por tanto, más o menos "pública", ha pasado a manos privadas. Sorprende que mientras la revista ha sido pública no ha dispuesto de un sitio Web que permitiera acceder a sus archivos de forma electrónica, y que en cuanto se ha privatizado ya disponga de página Web, y los artículos de su primer número a disposición del personal. Lamentablemente no parecen haberse hecho cargo del archivo, y no hay manera (o yo no la he encontrado) de recuperar electrónicamente artículos como la revisión de las guías PORT.

Y es que siguiendo con problemas que persisten, década tras década (y década del cerebro por medio) la dificultad, señalada de forma muy explícita por Lehman en el señalado estudio PORT para llevar a la práctica clínica cotidiana las intervenciones más eficaces sigue siendo una realidad. La aparición y amplia implantación de los nuevos y carísimos antipsicóticos no han hecho desaparecer la necesidad de combinar de forma adecuada el tratamiento psicofarmacológico y las intervenciones psicosociales si se quieren obtener los mejores resultados en el tratamiento de la esquizofrenia, y hoy en día, la implantación rutinaria del tratamiento integrado psicofarmacológico y psicosocial basado en evidencia sigue siendo la excepción, y no la norma.

José J Uriarte
jota.jota@telefonica.net

Referencias

1. Howard H. Goldman and Donald Hammersley A Tribute to John A. Talbott, M.D. *Psychiatric Services* 2004 55: 1089
2. John A. Talbott The Emerging Crisis in Chronic Care *Psychiatric Services* 2004 55: 1111
3. Dixon L. The need for implementing evidence-based practices. *Psychiatric Services* 55:10, 1160-1161
4. Lehman AF et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin* 2004, 30: 193-217
5. Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin* 1998, 24: 1-10
6. O'Brien AM, Farrel S. Community Treatment Orders: Profile of a Canadian Experience. *J Psychiatry* 2004;49:27-30)
7. Richardson et al. Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons With Serious Mental Illness *Psychiatr Serv* 56:324-331, March 2005
8. Samuel J Keith, M.D. View from a Former Editor. *Schizophrenia Bulletin*. Volume 31, Number 1, January 2005

ACTIVIDADES DE LA ASOCIACIÓN

El día 2 de diciembre de 2005, y en el marco de las **VII Jornadas de Rehabilitación** celebradas en el Palacio de Congresos Euskalduna, se llevó a cabo la Reunión. Asamblea anual de la asociación, en la que se expusieron las actividades llevadas a cabo a lo largo del año, el estado de cuentas y las previsiones para el año 2005. Contamos con una asistencia

razonable (unas 40 personas), sin que se presentaran iniciativas o cuestiones reseñables.

En el mes de noviembre inició su andadura la cuarta promoción del **Curso de Especialización de Rehabilitación Psicosocial** que ASVAR organiza en colaboración con la Universidad de Deusto. 22 nuevos alumnos que terminarán su formación en mayo del presente año 2005, con la tradicional entrega de diplomas en el Salón de Grados de la Universidad de Deusto.

Se ha iniciado ya el **VIII Campeonato Intercentros de Fútbol**, este año con el apoyo y la cesión de los locales deportivos por parte del Ayuntamiento de Erandio. El campeonato, y las actividades relacionadas con el mismo, se vehiculizan a través de la Sección de Deporte Adaptado de ASVAR.

Actividades FEARP

Se informa de actividades realizadas, incluyendo:

- Participación en la organización e impartición del curso de Rehabilitación Psicosocial para profesionales de la República de Panamá, en colaboración con el Gobierno Panameño y su Comisión de Salud Mental y la Agencia de Cooperación Española.
- Constitución del Observatorio de Rehabilitación.
- Participación en actividades de la WAPR. La FEARP se hará cargo de la edición del boletín de la WAPR y de la elaboración y el mantenimiento de su página Web.
- Edición de la Revista de Rehabilitación Psicosocial. Ya disponible el 2º Número.
- Organización del I Congreso Nacional de la FEARP (Regional-Europeo WAPR). En marcha los preparativos, que en la actualidad pueden resumirse en:

I Congreso Nacional de la FEARP

Se llevará a cabo en Madrid, los días 24, 25 y 26 de Noviembre. Será un Congreso Nacional y considerado oficialmente Congreso Regional de WAPR.

En cuanto a **ponentes internacionales**, han confirmado recientemente su disponibilidad:

- Geoff Shepherd
- Graham Tornicoft
- Rene van del Male (representante de usuarios en WAPR)
- Julian Leff
- Robert Liberman
- Marianne Farkas
- Begoñe Ariño, en representación de EUFAMI
- Angelo Barbato, presidente de WAPR.

El programa no está aún cerrado, y pueden esperarse otras incorporaciones de interés.

El congreso se plantea como un lugar donde ofrecer un espacio para compartir experiencias, investigaciones, etc. experiencia, investigación, etc. entre los socios de la FEARP, la WAPR, y los de otras asociaciones tradicionalmente próximas a nuestros objetivos y actividades, como la AEN.

La política de participación, teniendo en cuenta la multidisciplinariedad y heterogeneidad de los profesionales de nuestro campo, incluye abaratar las inscripciones hasta donde les permitan las circunstancias. Estamos trabajando para que las presentaciones tengan posibilidad de ser expuestas en condiciones de comodidad, con medios técnicos y tiempo suficiente. Para ello, seguiremos la estrategia de organizar las presentaciones agrupadas en simposiums o talleres, con un coordinador.

Podemos llegar hasta 18 reuniones satélite (entre simposiums, talleres, espacios para presentaciones libres). Consideraremos la posibilidad de que alguien se proponga al Comité Científico con un proyecto para coordinar o dirigir un Taller o Simposium de su especial conocimiento e interés. En principio, valoramos que no estaremos en condiciones de ofrecer facilidades de viaje o alojamiento a estas personas por razones ya expuestas. La idea es que "pagaremos poco, pero pagaremos todos".

Información enviada por:
Ricardo Guinea, José Manuel Cañamares y Clara Lopez.

Información EGUNABAR

EGUNABAR informa de nuevos proyectos en marcha, y de nueva sede y locales, situados en: Gordóniz 44, 6ª Planta.



www.fearp.org



ASOCIACIÓN MUNDIAL DE
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL



Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial
Birgaiketa Psikosozialaren Euskal Elkarte

www.fearp.org/asvar.htm

