CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA

Vol. 10, número 1, 2010

SALUD MENTAL Y EMERGENCIA HUMANITARIA

Víctor Aparicio Basauri y Paz Arias García
(Compiladores)

Fundada en 2001

Consejo de redacción: Víctor Aparicio Basauri, Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, Cristina Fernández Álvarez, José Filgueira Lois, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González y Juan José Martínez Jambrina.

© Copyright 2001: Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental- Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)
Camino de Rubín s/n 33011 Oviedo
e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web **www.aen.es** de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustracion de la cubierta: Hamburguesa gigante de Claes Oldenburg. 1962. Art Gallery of Ontario, Toronto (Canadá).

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, trasmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Número de ejemplares: 400
Depósito legal: AS – 3.607 – 01
ISSN: 1578/9594
Impresión : Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo
Periodicidad: Semestral

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 10 - Núm. 1 - 2010

PRESENTACIÓN 7

ARTÍCULOS ORIGINALES

Reflexiones sobre la crisis de Haití: del individuo a la comunidad
José Navarro Góngora 9

Haití: hacia un sistema de salud mental comunitario tras la emergencia
Víctor Aparicio Basauri, Zohra Abaakouk 25

Estrategias de intervención en salud mental post terremoto y tsunami de Chile 2010: aprendizajes y desafíos desde la atención primaria
Alberto Minoletti, Pamela Grandón, Alvaro Jiménez, Sandra Saldivia 35

Las emergencias humanitarias y catástrofes como oportunidades estratégicas de cambio en los sistemas de salud mental. El caso del Plan Regional de Salud Mental de Huencavelica (Perú)
I. Kohann, Pau Pérez-Sales, M. Humani, R. Chirinos, R. Pérez-Langa, M. Rivera, B. Cid, A. Silva . . . 49

Reforzar el sistema de salud público palestino como forma de intervenir en emergencias y conflictos armardos
Susana de Val D'Espaux, Bassam Saeed Madi, Jamil Yousef Saleh Nasif, Mohamad Fathi Abd Al-Latif Arabasi, Sa'eda Sami Yousef Rabbad, Amal Madi, Noha Amin Amin Abu-Alrob, Alberto Fernández Liria 59

INFORMES 75
Informe de situación de 2010 sobre el Plan de Acción de la Unión Europea en materia de Lucha contra la Droga 2009-2012

IN MEMORIAM 85
José María López Piñ ero

RESEÑAS 87
NOTICIAS BREVES 91
REUNIONES CIENTÍFICAS 93
NORMAS DE PUBLICACIÓN 97

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 10, N.º 1, pp. 7 - 7, 2010

Presentación

La globalización nos ha permitido conocer más y mejor las crisis humanitarias y poder actuar con mayor rapidez ante una emergencia humanitaria. Sin embargo, el camino no está solo en esa actuación intensa, rápida y eficaz que se desea ante cualquier emergencia o desastre sino más bien en buscar políticas y acciones para fortalecer a las comunidades a enfrentarse a este tipo de realidades. El informe mundial sobre desastres de 2004 de Cruz Roja señalaba que se debía de hacer; "En primer lugar, entender aquello que permite a la gente adaptarse para capear los riesgos y recuperarse. En segundo lugar, planificar nuestras intervenciones a partir de los propios conocimientos, prioridades y recursos de la comunidad. En tercer lugar, ampliar las intervenciones comunitarias, creando condiciones con los gobiernos y abogando por cambios de políticas y prácticas a todo nivel" (M. Niskala).

Estas recomendaciones se entienden perfectamente cuando uno ve la situación vivida en Haití tras el terremoto que produjo más de 300.000 fallecidos y 1.200.000 de afectados, a lo que se sumo posteriormente la epidemia de cólera. En este número el tema de la situación de Haití se toca en dos artículos por profesionales que conocen de primera mano la situación. Jose Navarro Góngora analiza el tema de las fases por la que pasa una crisis humanitaria desde el nivel individual al comunitario. Por otro lado, los consultores de OPS/OMS Víctor Aparicio y Zohra Abaakouk, plantean el fortalecimiento de un sistema comunitario de atención en salud mental basado en la atención primaria de salud como forma de enfrentarse a la crisis y a sus consecuencias.

Alberto Minoletti con un equipo de expertos chilenos analizan la experiencia vivida en Chile tras el terremoto y el tsunami que afectó a varias regiones del país. La lección aprendida es como un sistema de atención primaria de salud bien estructurado, previamente capacitado y con un plan de contingencia para la emergencia humanitaria es clave para dar una respuesta adecuada al apoyo psicosocial y a la atención de salud mental que se deriva de estas situaciones.

Los restantes artículos han sido realizados por profesionales vinculados a organizaciones no gubernamentales. Médicos del Mundo muestra como una situación de emergencia, como la del terremoto de Perú, puede generar un proyecto más amplio que actuar sobre los temas prioritarios desencadenados por la emergencia y ser el estímulo para desarrollar un proyecto de reconstrucción sostenible. El último artículo toca el tema de le emergencia humanitaria en Palestina donde se mantiene un conflicto armado de larga duración. Nuevamente el equipo de Médicos del Mundo plantea el fortalecer un sistema público de atención en salud mental basado en la atención primaria de salud como la mejor manera de dar sostenibilidad a las acciones de salud mental más allá de las actuaciones coyunturales.

Víctor Aparicio Basauri
Psiquiatra (Panamá)

Paz Arias García
Psicóloga (España)

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 10, N.º 1, pp. 9 - 21, 2010

Reflexiones sobre la crisis de Haití: del individuo a la comunidad

Reflections on the crisis in Haiti: the individual to the community

José Navarro Góngora
Profesor.
Facultad de Psicología.
Universidad de Salamanca (España).

RESUMEN

El artículo que presentamos analiza y ofrece una serie de reflexiones sobre las fases tempranas de una crisis masiva (la primera semana) y las fases avanzadas (entre seis meses y un año). Muchas de las ideas se basan en la experiencia del autor en Haití, una crisis que, quizás, tiene como características el ser interminable y una administración incapaz de asumir un papel directivo en la rehabilitación del país. Se asume que en la fase temprana la intervención se dirige hacia las personas afectadas tomadas individualmente (el objetivo es salvar vidas), mientras que la fase avanzada la mejor forma de mejorar a los individuos pasa por intervenciones en la comunidad orientadas a restaurar sus funcionamientos básicos.

***Palabras Clave**: Emergencia humanitaria, crisis, intervención psicosocial, Haiti.*

ABSTRACT

The paper offers a number of reflections about the first moments of a massive crisis –the first week, and the long term effects –between six month and a year. Most of the ideas stem from the author's experience working in the Haiti, a crisis characterizes by being both endless and having a local administration unable of leadering the rehabilitation process of the country. It is assumed that the early phase of the intervention is intended to provide individual assistance to the victims–saving lives, and the long term intervention is more community oriented with the aim of restoring the basic functioning of the community which is assumed to be the best way of helping the individuals.

***Keywords:** Humanitarian emergency, crisis, psychosocial support, Haiti.*

LA EVOLUCIÓN DE UNA CRISIS MASIVA

La evolución de una crisis masiva parece seguir la curva mostrada en la figura[1]. La curva asume que en algún momento se produce una recuperación de la colectividad, recuperación que se debe tanto a los esfuerzos de los intervinientes en la fase de impacto como por la asunción de la administración y de la comunidad afectada de los esfuerzos de recuperación. Aunque en su conjunto este proceso parece irse dando en el caso del terremoto de Haití, un año y medio más tarde la población haitiana ha sido de nuevo golpeada por varias catástrofes naturales (varios huracanes y una epidemia de cólera), y por una persistente incapacidad de la administración para movilizar los recursos locales (de la propia nación), y de coordinar y controlar los recursos internacionales para la reconstrucción del país. Algo de esto ya estaba presente antes del terremoto, al fin y al cabo Haití es un país con una fuerza de paz de las Na-

[1]Muchas de ideas son deudoras de discusiones interminables con el equipo de intervención en Haití creado a raíz del terremoto y después consolidado por una beca de cooperación de la Universidad de Salamanca. Pertenecieron, y algunos siguen perteneciendo, a este grupo Vanessa Espaillat (UNIBE, Santo Domingo), Peter Berliner (Universidad de Copenhague), Alfredo Guijarro (UME, España), Miguel Navarro (Ayuntamiento de Madrid), Luís García-Lomas (Ayuntamiento de Madrid); a todos ellos gracias por sus comentarios, cercanía y ayuda.

ciones Unidas desplegada después de sufrir regímenes políticos que unían la crueldad a la pobreza, la injusticia y la corrupción. Si una catástrofe masiva es fundamentalmente un problema de logística, de organización de los recursos para aplicarlos de manera eficiente, Haití previo al terremoto no era el mejor candidato para organizar la asistencia a más de dos millones de afectados.

Terr (1991), identifica tres tipos de crisis, de un solo episodio (tipo I), de varios episodios (tipo II) y de un solo episodio al que sigue una situación de estrés alto (tipo I y II combinados), afirmando que las dos últimas (tipo II, y I y II combinados) son las que peores consecuencias tienen en salud mental. Gran parte de la población haitiana antes del terremoto estaba en una situación de estrés muy alto debido al conflicto civil agravado por la pobreza y la corrupción, y la salida del terremoto fue hacia otra cadena de situaciones críticas (un año y medio después, más de medio millón sigue viviendo en campos de refugiados; en el intervalo ha habido varios huracanes que no sólo han causado más víctimas sino que han destruido las precarias infraestructuras de los campamentos, finalmente una epidemia de cólera ha afectado a más de 250.000 personas y causado casi tres mil muertos).

Fig. 1. Evolución de las crisis masivas

La persistencia de la inestabilidad política, la pobreza (que aumentó), la corrupción y la incapacidad de una administración para organizar la recuperación del país (se perdió el 40% de sus profesionales en el terremoto), componen una situación de alto estrés que es el marco post-crisis. Este marco social parece impulsar a la población hacia "soluciones" individuales y a no esperar nada del gobierno. Las ONGs, mejor organizadas y cualificadas que la administración local, son las que *de facto* han asumido el liderazgo de la fase de reconstrucción, manteniendo con las autoridades una relación cuanto menos difícil, a caballo entre la desconfianza derivada de la corrupción y la competencia por hacerse con el control de la reconstrucción, en un ejemplo claro de lo que se ha venido en denominar "injerencia por motivos humanitarios". Está por ver que esa injerencia beneficie a largo plazo a las víctimas.

El efecto neto de todo este panorama es la dificultad de la población haitiana por remontar y entrar en la fase de reconstrucción; año y medio más tarde siguen, probablemente, en la fase de desilusión alternando periodos de respiro y breve recuperación con nuevas crisis de origen natural y de gestión de necesidades básicas (alimentación, agua, seguridad, sanidad, educación…).

CRISIS: EL MOMENTO DEL IMPACTO

Psicológicamente la respuesta a una crisis severa tiene que ver con la forma en que los seres humanos enfrentamos lo inevitable que nos desborda y que tiene un carácter presunta (o realmente) letal. Se ha caracterizado de muchas formas ese encuentro, los pioneros, Caplan (1985) por ejemplo, caracterizaron el impacto en términos fenomenológicos y la intervención como preventiva, conscientes de que aunque en términos psicopatológicos los resultados de cualquier crisis son los mismos, la experiencia de la crisis es diferente según su origen. Hoy estamos perdien-

do la noción de que la intervención en el momento de la crisis *(psicología de emergencias)* no resuelve tanto como que previene (en su formulación clásica es prevención secundaria). Hoy tratamos de resolver problemas, algo que obviamente puede hacerse, aunque lógicamente *el problema,* la enfermedad, la muerte de un familiar, el accidente, etc., que motiva la crisis ya no puede resolverse; quizás estemos perdiendo la idea de que el efecto de la intervención se verá en el futuro en términos de prevenir la aparición de trastornos mentales (en el peor de los escenarios) o una visión pesimista de la vida (en el mejor). Las formulaciones clásicas recogen factores como el shock inicial, el carácter inesperado, la visión de túnel, la pérdida de acceso a la identidad previa, de la atención, el papel de la disociación, el deterioro cognitivo, la necesidad de afiliación y la mayor sugestionabilidad, interpretándolas como respuestas normales, aunque extremas y dolorosas (Dyregrov *et al,* 2000). Hoy hemos añadido más elementos de comprensión como el papel del apego (se activa la respuesta de apego) y el papel de la activación neuro-fisiológica en el momento del impacto y su capacidad de predecir el grado de disociación y de patología en el futuro (Kolk, 1994, 1996).

Siempre me ha intrigado la diferencia entre el trabajo en nuestro programa de Intervención en Crisis del máster de Terapia Familiar y de Pareja de la Facultad de Psicología en Salamanca y la intervención en situaciones de crisis masivas (en Tajikistán cuando las tropas rusas se retiraban de Afganistán, en nuestro desgraciado 11M y ahora en Haití). Como otros autores han observado (Luxenburg et al., 2001a, 2001b), un 70% de quienes acuden a los centros de salud mental tienen como característica común que han sido objeto de traumas múltiples (crisis tipo II), su estado psicológico está más deteriorado y el tratamiento es más complejo y duradero, mientras que en el momento del impacto la intervención puede ser muy corta y centrada en prestar algún tipo de servicio positivo a la víctima. Esto nos ha llevado a plantearnos ciertas observaciones en torno a cuáles son los problemas que tratamos en el momento de la emergencia vs en periodos posteriores (meses e incluso años) cuando el trauma se ha consolidado, y cómo entender la forma de intervención en un momento o en otro.

1. La crisis como mensaje y como guión: Además de los factores a los que hemos hecho alusión más arriba, la crisis supone un mensaje sobre las personas, sobre los valores, sobre ciertos aspectos de la vida o sobre la vida en general. Ese mensaje se matiza por la circunstancias de la crisis y del sujeto. Lo interesante del mensaje es que puede no ser consciente por un lado y que se proyecta como un guión sobre la vida posterior de la persona. Pero quizás lo más interesante es que es impuesto. Una de las victimas que vimos en un hospital con una cicatriz considerable en el rostro, temía que su novio la abandonara porque se veía muy fea. Estos significados se deducen de la misma forma que cuando nos quemamos tocando una superficie caliente: aprendemos a tener más cuidado la próxima vez; no son exactamente el producto de una reflexión más o menos concienzuda. El que desarrollemos una fobia (el guión) a tocar superficies o no, depende muy mucho de lo desagradable de la experiencia; pero lo importante es que no somos libres de elegir el significado de la experiencia. *En una crisis los significados se imponen, por lo menos a corto plazo.* No hay manera de evitar un significado negativo, si pudiéramos manipular los significados probablemente las crisis no lo serían tanto. El profesional que interviene en el momento del impacto no puede evitar lo negativo de la conclusión, *todo lo que puede hacer es unir*

algo positivo a lo negativo que ha sucedido, confiando que a la víctima le será difícil pasar (generalizar) de un mensaje negativo a un guión de vida negativo: en una intervención que no duró más de cinco minutos, el médico explicó a la joven del hospital que se le iba a hacer una cirugía plástica que le haría desaparecer el costurón que le afeaba el rostro. La intervención *no* hizo desaparecer la cicatriz del rostro, ni el trauma del terremoto que la originó, pero asoció una experiencia positiva de atención personal y de reparación de daños que tuvo un impacto emocional considerable. Este es quizás el aspecto más curioso de la intervención en emergencias, la falta de relación entre la capacidad de solucionar problemas de la intervención (que es pobre), y el enorme significado emocional que, no obstante, tiene.

Esta forma sencilla de conceptualizar la intervención, centrarse en unir algo positivo a lo negativo que acaba de ocurrir, nos ayudó (nos ayuda) a orientarnos sobre qué hacer en el caos y alto contenido emocional que suele ser característico de las intervenciones en crisis en los momentos posteriores al impacto.

2. El valor del relato del acontecimiento traumático. En un trabajo sobre la revisión de la investigación sobre el trauma (MacIntosh y Whiffen, 2005) se concluía que al recordar acontecimientos traumáticos se activa la parte derecha del sistema límbico y paralímbico, la amígdala (adscripción del significado emocional a una experiencia) y el córtex visual, mientras que el hipocampo (almacenaje de recuerdos) reduce su volumen (consecuencia: se perciben como amenazantes estímulos que son ambiguos). Lo que quizás resulte tan llamativo como inesperado es que el área de Broca (control del lenguaje) se desactiva, es por ello que resulta difícil poner en palabras la experiencia traumática. Complementariamente otros autores han investigado el valor del relato del trauma (por ejemplo, Raphael y Wilson, 2000; Richards, 2001; Wessely y Deahl, 2003; Regel, 2007), no sólo cuestionando lo que ha sido un lugar común en el trabajo, el valor de contar lo que le sucedió a la víctima, sino encontrando cierta evidencia de que, por momentos, resulta perjudicial. Por otro lado tanto los procedimientos derivados del psicoanálisis como de la modificación de conducta (por ejemplo, Follette y Ruzek, 2006; Foa et al., 2009), han insistido, por razones diferentes, en la necesidad de que las víctimas tengan y verbalicen un relato pormenorizado de lo que les pasó.

En las emergencias nos encontramos con que unas víctimas cuentan de forma interminable lo que les ha ocurrido y otras están más o menos bloqueadas, correspondiendo a las dos disfunciones de la memoria de la que hablan los autores (por ejemplo, Hart, Steele, Boon y Brown, 1993; Kolk, 1994). El problema se presenta con aquellos que se niegan a contar lo que les ocurrió. Nuestro criterio fue el de responder a la necesidad que el sujeto manifestara en el momento, fuera esa hablar de lo que le ocurrió o fuera otra, y no forzarle a hablar (ni siquiera sugerírselo). Asumíamos que *responder a la necesidad del momento era la forma más fácil de unir algo positivo a lo negativo del trauma,* y que eso dificultaba la construcción de un guión negativo (generalización). Complementariamente, una vez obteníamos el relato nos esforzábamos primero en una escucha en la que lo importante era contener y validar lo que hizo, pensó y sintió la víctima (como una reacción adecuada a las circunstancias). En segundo lugar, y si el tiempo disponible y las condiciones de la persona lo permitía, buscábamos el mensaje recibido (concluido) de la experiencia traumática, asumiendo que identificarlo permite entender qué pasó y sus consecuencias, y posibilita cambiar el guión de vida. La fórmula que empleamos pide al paciente un relato pormenorizado que distinga entre hechos, pensamientos

y sentimientos y busca relacionar lo que pasó con las circunstancias vitales de la víctima y del episodio traumático. Además de la identificación del mensaje, suele concluirse una imagen de competencia de la víctima en la gestión del incidente crítico.

El hecho de que en torno al 70% de los afectados en una crisis masiva no tengan secuelas psicopatológicas (otra cosa es que lo que pasó no afecte a sus vidas), implica que en realidad nuestra actuación profesional no tiene porque ser ni compleja, ni prolongada. A quienes trabajamos en el campo de crisis y trauma nos sigue resultando sorprendente la diferencia entre la actuación en el momento del impacto (Psicología de Emergencias) y la realidad de nuestras consultas con pacientes traumatizados. Sorprende que resulte suficiente una intervención de no más de 15 minutos de naturaleza psicoeducativa, de contención, centrada en un síntoma y orientada a cumplimentar una necesidad básica, sobre todo si la comparamos con la intervención con personas que llevan tiempo traumatizadas que necesitan un trabajo más prolongado y una considerable destreza clínica.

Caracterizar el 20% ó 30% que resulta seriamente afectado desde el punto de vista de salud mental es importante en términos de prevención. Factores como el grado de exposición al estresor traumático y de activación neurofisiológica, la repetición de traumas y que éstos lo sean de índole interpersonal (causados por la mano del hombre) parecen jugar su papel.

DE LA PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS A LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

En algún momento de la trayectoria temporal del trauma (ver figura 1) empieza a quedar claro que intervenciones de tipo comunitario tienen un mayor impacto psicológico que actuaciones de tipo individual. En Haití al cabo de unos meses se nos hizo patente que la violencia familiar y la depresión, por poner dos ejemplos, se debían más la pobreza que a los efectos tardíos del terremoto. Las mujeres presionaban a sus maridos para que les trajeran comida para sus hijos, la falta de trabajo y la pobreza generalizada lo hacía imposible, lo que aumentaba la presión dentro de la pareja lo y disparaba la violencia, el abandono de la pareja y los hijos y la depresión de las mujeres. No tenía sentido tratar este tipo de problemas con psicoterapia, teníamos que pasar de la intervención individual de los estados emocionales al desarrollo de los aspectos más básicos de funcionamiento de la comunidad como la forma más eficaz de tratar los estados emocionales de los individuos. La intervención no se dirigía (no se dirige) sólo a que la comunidad se apoye en las penalidades que colectivamente han padecido (lo que, por otra parte, ni se niega, ni se evita), sino a restaurar un funcionamiento social que garantice necesidades básicas de sus individuos. *La intervención se orienta más a la restauración del funcionamiento social que a fomentar el apoyo emocional intra-comunitario en las experiencias colectivas sufridas.*

En todas las catástrofes de carácter masivo pasa lo mismo, las ONGs intervinientes juegan su papel en la puesta en marcha del funcionamiento de la comunidad afectada, es la administración local la que en un momento dado asume primero la coordinación de los esfuerzos y después los esfuerzos mismos con una participación mucho más restringida de la ayuda externa. La diferencia con Haití es que este proceso de asunción de la coordinación y de la rehabilitación no se ha producido, o se produce de forma muy lenta; con la vehemente sospecha de los afectados y de las ONGs sobre el terreno de que eso no va a ocurrir nunca.

Las consecuencias de tal estado de cosas son múltiples y matizadas, y van desde asumir (las ONGs) que hay que entrenar a las autoridades en cómo organizarse y gestionar recursos para el desarrollo de sus comunidades (campos de refugiados), hasta un profundo trabajo de coordinación entre ellas para elevar el grado de competencia en los servicios que prestan. Ni lo uno, ni lo otro resulta fácil. Las ONGs se definen por funciones que, por lo general, no incluyen tener que entrenar a las autoridades en cómo organizarse y gestionar recursos, todo lo que se plantean son fórmulas de *colaboración*, no de *entrenamiento*. Además para llegar a poder entrenar a las autoridades locales hace falta desarrollar toda una relación previa que haga aparecer a los intervinientes con *autoridad moral* y no exactamente con un poder derivado de su *estatus* que en realidad no tienen (no pertenecemos a ningún organismo local).

Por otro lado y cuando las ONGs responden a la desorganización reinante con fórmulas de agrupamiento (los *cluster*, por ejemplo) que mejoren sus prestaciones y optimicen recursos, utilizan fórmulas de coordinación y procedimientos de intervención de un grado de sofistificación que puede hacer muy difícil a la población local (de afectados y de profesionales) incorporarse a la toma de decisiones y a los programas de intervención mismos. En Haití la población de los campamentos difícilmente puede acceder a los recursos de los *clusters* porque la mayoría están en internet y en los campamentos ni hay electricidad, ni hay ordenadores, ni dinero para pagar la conexión a internet. Además cuanto más eficaces son las ONGs en la administración de servicios básicos más se apropian de funciones que deberían ser de la administración local que reacciona con una suspicacia creciente; al fin y al cabo a ninguna administración le gusta ver sus funciones asumidas por extraños, a esto nos referíamos antes cuando afirmábamos que en Haití, de *facto*, probablemente se ha llegado a una injerencia por motivos humanitarios. Quizás sea ésta una de las razones de las tensas relaciones entre el gobierno haitiano y las ONGs.

Finalmente, por finalizar este análisis en algún sitio, se coloca en los hombros de los intervinientes una responsabilidad indebida. Asumidas funciones básicas para la supervivencia de las comunidades, cualquier fallo de organización, de relación con los líderes locales o con otras ONGs, en la aplicación de los programas, puede tener consecuencias muy serias para las víctimas, lo que no es necesariamente malo porque conscientes de esa responsabilidad se fuerzan políticas de colaboración.

La filosofía de la Intervención Psicosocial se basa en la necesidad de fomentar la cohesión de los grupos que han sufrido algún tipo de experiencia traumática común. En una primera etapa el aumento de la cohesión grupal resulta en un aumento de la capacidad de ayuda mutua que funciona como un catalizador hacia objetivos posteriores que se orientan a la acción y no sólo al apoyo emocional (fase de rehabilitación) (Speck y Attneuve, 1974; Navarro Góngora, 1991).

En el terremoto de Haití pusimos en marcha diferentes tipos de programas psicosociales en los cinco escenarios en los que intervenimos: hospitales y albergues de refugiados haitianos en Santo Domingo, refugiados haitianos en Jimaní (República Dominicana, al lado de la frontera) y los campamentos de Fond Parisien y Croix des Bouquets (CDB) e Haití. Excepto en los hospitales, en todos los otros lugares trabajamos en un equipo mixto de psicólogos y médicos que proporcionaban asistencia sanitaria a la población, mientras que nosotros asumíamos el trabajo de salud mental y de intervención psicosocial.

En los albergues nuestro objetivo fue que los médicos *enseñaran* rehabilitación a los mutilados por el terremoto y a sus familiares o cuidadores, y no sólo que aplicaran la fisioterapia, asumiendo que una vez en Haití era más que probable que no tuvieran un profesional y dependieran de sí mismos y de sus familiares para la continuidad de la rehabilitación. El tema de la rehabilitación tenía en el contexto haitiano además de un obvio sentido médico, un sentido de supervivencia. Debido a la pobreza reinante, tener en la familia una persona mutilada significaba un recurso menos y una boca más que alimentar, de forma que la familia tendía a abandonarlo.

La comunidad de refugiados de Jimaní funcionó como un campo de pruebas, y algunas de las ideas las intentamos exportar a CDB. Los programas que se pusieron en marcha con mejor o peor fortuna fueron sobre desarrollo económico, educación, sanidad y agricultura de supervivencia, en todos ellos se siguió un modelo de cooperativas, una de nuestras psicólogas (Tijilde Serrata) llevaba la coordinación de los programas que incluía fundamentalmente tres aspectos: seguimiento de los programas, identificación de los problemas, identificación de recursos comunitarios para su solución y propuestas de solución.

Lo mismo que en Jimaní, en el campamento de CDB la intervención psicosocial corrió paralela a un programa de atención médica. Una vez identificados los problemas elegimos aquel que los líderes consideraban prioritario, la violencia sexual, para incrementar la cohesión en la población (unos cinco mil asilados), utilizando como agentes a un grupo de enfermeras locales que empezaron una labor de contacto e información a las afectadas. Posteriormente y presionados por necesidades muy básicas (alimentación, higiene, educación), ayudamos a los líderes a organizarse y gestionar las necesidades del campamento negociando con ONGs y autoridades, siendo esta, probablemente, la intervención de mayor calado. Algunos de las reflexiones que toda esta experiencia comunitaria nos provocó la hemos recogido más abajo:

a) Organizar, estructurar y cohesionar la comunidad, normalizar su funcionamiento, tiene un profundo impacto psicológico, que resulta más poderoso que las intervenciones individuales. Todas estas intervenciones siguen las líneas maestras de lo que son las necesidades básicas de las comunidades: alimentación, seguridad, sanidad, vivienda, higiene, educación… *El denominador común, y el objetivo último es volver operativa la comunidad en relación con sus propios problemas.* Los programas psicosociales no son la única forma en que la comunidad obtiene cohesión en relación con una necesidad y se abre a la acción, juegan un papel probablemente más fundamental los rituales colectivos. En la comunidad haitiana las ceremonias religiosas juegan un papel fundamental en la cohesión y en la elaboración de las experiencias sufridas. Colaborar con quienes tienen acceso a la comunidad a través de tan poderosos medios de cohesión resulta decisivo.

b) Nuestro grupo de intervención en crisis es bastante atípico, somos un grupo universitario (UNIBE de santo Domingo, de Copenhague y de Salamanca), de médicos y psicólogos especialistas en intervención en crisis (de hecho directores de máster en Intervención en Crisis). Nuestra área de intervención comprendía tanto la atención médica como la intervención psicosocial. Nuestra falta de adscripción a una ONG u organismo internacional, junto con nuestra orientación teórica al conjunto de la población (Caplan, 1989) pensamos que nos ha facilitado el cambio de objetivos de-

pendiendo de las necesidades de las poblaciones con las que hemos venido trabajando: de enseñar rehabilitación médica, a programas de recuperación económica, puesta en marcha de educación informal, entrenamiento de líderes comunitarios en la gestión de necesidades de la población, entrenamiento de enfermeras en tratamientos médicos sencillos (incluido el cólera). Una ONG definida por un objetivo y un segmento de la población puede tener más difícil este cambio de objetivos.

El reverso de la moneda de esta falta de adscripción es no poder apoyarse en un nombre que facilitara el acceso a los distintos lugares en los que intervenimos: hospitales, albergues y campamentos de refugiados en Haití. En este sentido las cartas de presentación de la Dirección General de Salud Mental de la República Dominicana y de la Universidad de Salamanca jugaron su papel. Pronto desarrollamos un protocolo de entrada: presentación ante la autoridad del albergue o del campo, con ellas/os hablábamos sobre quiénes eran las personas necesitadas de ayuda (o cuáles eran los problemas). Al finalizar volvíamos a hablar con ellos/as informándoles de las intervenciones realizadas. Pronto nos dimos cuenta que contactar con la dirección antes y después de la intervención era una manera informal de facilitar el *debriefing*, de ayudarles psicológicamente, a la vez que consolidábamos la relación con ellos y consiguientemente su confianza en nuestro trabajo. Seguramente al lector no le resultará extraño que las mayores complicaciones no provinieran de la colaboración con los directores sino de la colaboración con otras ONGs. A día de hoy (junio, 2011), las ONGs se han repartido el país en áreas de trabajo, y han desarrollado fórmulas de coordinación, de programas y objetivos, de forma y manera que cuando lo que se les propone no encaja con lo que han definido resulta muy difícil la colaboración. Más adelante haremos algún otro comentario al respecto.

c) Las situaciones de catástrofes masivas convocan a muchas ONGs de muchos países. Lo masivo de la afluencia conlleva toda una serie de problemas, en Haití hemos sido testigos de varios. En los primeros momentos hubo un problema de coordinación y de protocolos de actuación. La coordinación tenía que ver, en primera instancia, con cómo iban a colaborar sobre el terreno grupos de intervención de países diferentes, con objetivos, poblaciones diana y procedimientos más o menos comunes, ¿quién tenía que asumir la coordinación? En un país devastado, a una administración precaria, muy necesitada de la ayuda exterior, le resultaba muy difícil controlar qué ONGs estaban operando, con qué recursos contaban, cuáles eran sus objetivos y ejercer una muy necesaria función de coordinación. Orientadas hacia poblaciones de riesgo, muchas de las ONGs intervinientes tenían un mismo objetivo y una misma población, mientras que otras poblaciones y otros problemas se encontraban sin recursos, por ejemplo para la formación profesional de hombres no afectados por el terremoto. Asumir que las organizaciones que tenían duplicadas funciones y poblaciones se auto-excluirían para evitar duplicaciones era irreal. El resultado fue la competencia por las poblaciones-diana.

La estrategia de organización pasa por ayudar a agrupar a las asociaciones con un mismo objetivo y que trabajan con una misma población; esta es la idea de los *cluster*. A falta de una administración local que cumpla ese objetivo, los organismos internacionales (OMS, por ejemplo), ayudan en los contactos, y hasta cierto punto organizan (como en la campaña de vacunación lanzada recientemente por el

gobierno haitiano); fomentan los contactos, pero lógicamente prefieren que sean las propias ONGs quienes negocien entre ellas y alcancen acuerdos sobre cómo colaborar, dónde trabajar y con qué medios.

Todo este proceso de coordinación, colaboración y gestión de recursos entre las organizaciones intervinientes implican acuerdos que más temprano que tarde se ven obligados a reformular. Por lo general las ONGs tienen periodos relativamente cortos de permanencia en el lugar de la catástrofe; a los seis meses muy pocas de ellas siguen teniendo un presupuesto que les permita la permanencia en el campo, ello fuerza la necesidad de rediseñar los acuerdos más o menos constantemente. En una crisis como la de Haití que ha salido de una catástrofe a una situación (crónica) de alto estrés con necesidades importantes y a largo plazo, la desaparición de ONGs supone la pérdida de recursos y un problema muy serio. Finalmente los procedimientos de coordinación y gestión de recursos de las ONGs pueden resultar esotéricos para los profesionales locales e inaccesibles para la población afectada, todo ello redunda en serias dificultades para participar en la toma de decisiones y en un progresivo distanciamiento que se traduce en tensiones difícilmente evitables con la administración local, tal y como apuntamos más arriba.

El otro tema es el de los protocolos de intervención. Toda una serie de organismos internacionales se han preocupado en desarrollar procedimientos (por citar algunos de los más importantes, Cruz Roja, ACNUR, IASC, OMS, SPHERE), que haga homogéneo la forma de actuar y evite una victimización secundaria de los profesionales. El primero de los problemas es que no todos los intervinientes los conocen, y cuanto mayor es la afluencia más posibilidades de que quienes acuden lo hagan movidos por su deseo de ayudar como todo protocolo de actuación. Resulta clave que la intervención se oriente hacia: 1. Dar respuesta a necesidades básicas de la población (para lo cual se necesita evaluar cuáles son esas necesidades básicas). 2. Dar participación a la población afectada en todo y cada uno de los procesos ligados a la evaluación e intervención. 3. La forma en que se cumplimentan necesidades básicas debe aprovecharse, además, para generar estructura y organización dentro del grupo social. 4. Si la situación de necesidad se prolonga en el tiempo, lo que es el caso de Haití, es muy importante que la estructura creada por la intervención se mantenga en el tiempo; su permanencia genera esperanza y sirve como catalizador de nuevas acciones. La esperanza en situaciones de estrés crónico alto es la condición de posibilidad para emprender nuevas acciones.

Los protocolos de intervención psicosocial de las agencias internacionales cubren los aspectos que hemos mencionado en el punto anterior. Finalmente la puesta en marcha de un programa (nutrición, seguridad, educación, sanidad, desarrollo económico, etc.) termina en una malla de problemas, detalles y acciones que van mucho más allá de lo que su mero contenido haría pensar. Hay que entrar en el campamento, evaluar, empezar a implantar un programa a partir de un grupo-diana que puede rehusar la cooperación con extranjeros, mantener el programa, dar participación en la evaluación, intervención y gestión del programa a la población y a los profesionales locales (a los que hay que entrenar), y finalmente dejar todo ello en sus manos de una forma tal que asegure su supervivencia. Todo está en los protocolos, pero finalmente compone un perfil profesional tanto más exigente y sofisticado cuanto más crónico sea el problema y cuanto menor sea la capacidad de la administración local para realizar ese trabajo, lo que es el caso de Haití.

EL CUIDADO DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES

No podemos dejar de hacer una mención a la organización del equipo de intervención. El cuidado de los profesionales hace su función más eficaz, y en último término la posibilita. En el cuadro 1 hemos hecho un breve resumen de algunos aspectos de este cuidado.

Medidas de protección y apoyo a los profesionales

Momento	Tipo de apoyo
Pre-intervención	Criterios de intervención psico-social basados en el respeto a los derechos humanos Definición de funciones a realizar Información previa sobre el escenario de la crisis masiva Entrenamiento específico en crisis y trauma Coherencia y apoyo de la institución a la filosofía de la intervención
Durante la intervención	Trabajo en pares Limitación del tiempo de exposición (rotaciones) Entrenamiento en ayuda mutua Supervisión (caliente y fría) Apoyo por la relación con el equipo Apoyo por la relación por la familia (pareja) Programa de seguridad si el contexto es violento
Post-intervención	Debriefing profesional y emocional

Cuadro 1. Medidas de protección y apoyo a los profesionales intervinientes en una situación de catástrofe masiva.

En nuestra experiencia en Haití tuvimos que combinar medidas de apoyo a nuestro trabajo con medidas de protección (de seguridad), cuando, próximas las elecciones, el clima político de país se enrareció. Las medidas son pre, durante y post-intervención.

Entre las medidas pre-intervención al autor le parece importante recalcar que en caso de duda y en ultimo extremo *el manual de intervención ha de basarse en el respeto a (y la promoción de) los derechos humanos.* Después el interviniente debe saber que de su actuación, de su capacidad de colaborar y de acertar en lo que hace, de saber promover la iniciativa de la población afectada deriva no sólo un mayor bienestar de las víctimas sino que en situaciones especialmente difíciles, como la de Haití, la posibilidad de supervivencia misma de la población. Por eso es importante saber cuál es el escenario al que vamos.

Como expertos en salud mental nuestro entrenamiento debe incluir cómo abordar a la población afectada, cómo ayudarla, pero todo lo expuesto a lo largo del punto anterior deja claro que, además, debemos saber cómo entrar en una situación crítica, cómo colaborar con otros intervinientes en el campo, como incluir (y entrenar) a la población y a los profesionales locales, cómo mantener un programa en el tiempo, cómo devolver la iniciativa a la población afectada. *Probablemente el éxito de la intervención no se mida sólo por el número de personas atendidas, sino más bien por la capacidad de movilizar la auto-gestión de la población y de los profesionales afectados.* Ello es tanto más crítico cuanto más crónica es la crisis y menos capacidad de auto gestión tengan las autoridades locales.

Durante la intervención, y una vez se conocen los protocolos de actuación y razonablemente se cumplimentan los requerimientos del punto anterior, nos parece importante el sistema de apoyo de los intervinientes. Probablemente no podamos evitar ser afectados, y menos cuando se está expuesto sin posibilidad de salir de la situación, y todo lo que podamos hacer es protegernos del impacto. Quizás la medida más general, pero también de más amplio alcance, tenga que ver con el papel de las relaciones personales del interviniente. El cuadro 1, distingue entre relaciones familiares (de pareja) y relaciones con los miembros del equipo y también con amigos íntimos. Las relaciones protegen no sólo porque uno puede hablar de forma significativa, sino por su mera existencia y calidad. *Lo importante no es sólo relatar lo que te pasó, sino poder estar con alguien que sentimos significativo; eso protege y consuela.* El equipo con el que trabajas cumple una triple misión: te orienta profesionalmente, te apoya emocionalmente, pero también es tu grupo de referencia

(de amigos). Estar con ellos, y eventualmente hablar, tiene este triple carácter; quizás en un sentido profundo en eso consiste el *debriefing*.

Resulta curioso comprobar que un mismo evento pueda narrarse a tus compañeros de equipo con una carga emocional diferente que a tu pareja, siendo los efectos diferentes (y hasta notablemente diferentes). Muchos profesionales no hablan de lo que han vivido con sus parejas, es una forma de protegerlas (y de protegerse), pero no hay mayor consuelo, ni forma más rápida de recuperar el equilibrio después de una experiencia difícil que escuchar a tu pareja decir, *si tú lo has podido ver, yo puedo escucharlo.*

Nosotros tuvimos la fortuna de contar además de las discusiones de equipo sobre el terreno con un tipo de supervisión *en frío;* contactábamos con Alfredo Guijarro, presidente de la Asociación Española de Psicología de Emergencias, por internet, todos los martes desde la semana siguiente al terremoto y hasta el presente, lo que ha constituido una fuente impagable de ideas, de discusión de alternativas, de apoyo, que en su conjunto ha servido para tener claridad sobre las líneas a seguir dejando sólo un cierto margen para lo inevitable de la improvisación. Creemos que este tipo de experiencia de consulta a distancia, sin la urgencia y dramatismo de lo inmediato, es innovador por un lado e implica un tipo de apoyo que haríamos bien en incorporar como procedimiento estándar a los intervinientes que tienen que trabajar en contexto lejanos y difíciles.

CONCLUSIONES:

1. La salida de una crisis hacia otra sucesión de crisis y/o a una situación crónica de alto estrés (pobreza, por ejemplo), no sólo complica la recuperación de las personas, sino que tiene consecuencias en término de salud mental más serias. La situación sufre una vuelta de tuerca adicional si, como sucede en Haití, la administración del país no puede hacerse cargo de la recuperación.

2. Las crisis imponen mensajes susceptibles de generar un guión de vida. La intervención en el momento de la emergencia asocia un mensaje positivo al negativo, lo que puede ayudar a que no se generalice el mensaje negativo.

3. Quizás el primer movimiento del profesional en una situación de crisis no sea tanto preguntar por lo que pasó como preguntar qué necesita la víctima en ese momento.

4. La reconstrucción del funcionamiento básico de la comunidad es, quizás, la mejor forma de ayudar a las víctimas en fases avanzadas del trauma. La intervención psicosocial se orienta a que la población y los profesionales afectados sean quienes asuman la reconstrucción de la comunidad, y no sólo a un programa de prestaciones.

5. La puesta en marcha de programas psicosociales va más allá del programa mismo, incluye aspectos como la colaboración con la administración local y con las ONGs en el campo, entrenamiento de profesionales, la identificación de aquellos temas que puedan generar los primeros pasos en la cohesión del grupo, la apertura a la acción, etc.

6. La imposibilidad de la administración local para hacerse cargo de la reconstrucción tensa las relaciones con las ONGs en la medida en que éstas se ven en la necesidad de asumirla.

7. La forma relativamente sofisticada en que las ONGs se organizan las vuelve más eficaces en su gestión de los programas, pero puede dificultar la participación de la pobla-

ción y de los profesionales locales en la toma de decisiones de alto nivel (planificación y gestión de las actuaciones).

8. Los profesionales intervinientes han de tener como primera inspiración y como última referencia en sus intervenciones la defensa de los derechos humanos. En su cuidado juega un papel importante tener relaciones significativas personales y de cierta significación con el equipo con el que trabajan. Siempre que la situación lo requiera, la planificación de la intervención tiene que incluir necesariamente la seguridad de los profesionales.

9. Una supervisión con profesionales fuera del área de intervención resulta hoy posible a través de internet, introduciendo en la dinámica del trabajo de campo una reflexión al margen de las preocupaciones y presiones del momento.

REFERENCIAS

Caplan, G (1985) Principios de Psiquiatría preventiva. Barcelona: Ed. Paidós.

Caplan, G. (1989) Population Oriented Psychiatry. New York: Human Science Press.

Foa, E., Keane, T. M., Friedman, M. J. y Cohen, J. A. (2009) Effective treatments of PTSD. New York: The Guilford Press.

Follette, V. y Ruzek, J. I. (2006) Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma. New York: The Guilford Press.

Dyregrov, A., Solomon, R. y Bassoe, C. F. (2000) Mental mobilization processes in critical incidents stress situations. International J. of Emergency Mental Health. Vol. 2, nº 2: 73-81.

Hart, O. van der, Steele, K., Boon, S. y Brown, P. (1993) The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization and integration. Dissociation. Vol. 3, nº 2 y 3: 162-180.

Kolk, B. van der (1994) The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of the post-traumatic stress. Harvard Review of Psychiatry. Vol. 1, nº 5: 253-265.

Kolk, B. van der (1996) Dissociation, affect dysregulation, and somatization. American J. of Psychiatry. Vol. 15, nº7: 83-93.

Luxenburg, T., Spinazzola, J., Hidalgo, J, Hunt, Ch. Y Kolk, van der (2001) Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS). Diagnosis. Part I: Assessment y II. Treatment. Psychiatry. Vol. 21: 372-392, 395-413.

MacIntosh, H. B. y Whiffen, V. E. (2005) 20 years of progress in the study of trauma. J. of Interpersonal Violence. Vol. 20, nº 4: 488-492.

Navarro Góngora, J. (1991) Intervención en grupos sociales. Revista de Psicoterapia. Nº 6-7: 5-33.

Raphael, B. y Wilson, J. P. (2000) Psychological debriefing. Theory, practice and evidence. Cambridge: Cambridge University Press.

Regel, S. (2007) Post-trauma support in the workplace: The current status and practice of critical incident stress management and psychological debriefing within organizations in the UK. Occupational Medicine.

Richards, D. (2001) Afield study of critical incident stress debriefing vs critical incident stress management. J. of Mental Health. Vol. 3, nº 3: 351-362.

Speck, R. y Attneave, C. (1974) Redes familiars. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Terr, L. (1991) Childhood traumas: an outline and overview. American J. of Psychiatry. Vol. 148, nº 1: 10-20.

Wessely, S. y Deahl, M. (2003) Psychological debriefing is a waste of time. British J. of Psychiatry. Vol. 183: 12-14.

Dirección para correspondencia:

José Navarro Góngora

Profesor

Facultad de Psicología

Universidad de Salamanca (España)

jgongora@usal.es

Rápida **eficacia** hacia una **remisión** completa en trastorno bipolar I

Sycrest®, el antipsicótico "no-típico"

- **Sycrest®** ofrece una **rápida mejoría de los síntomas maníacos** con un novedoso comprimido sublingual.[1,2]
- **Sycrest®** obtiene las **mismas tasas de remisión** que olanzapina en pacientes con manía.[1,3]
- **Sycrest®** es **más eficaz** que **olanzapina en los síntomas depresivos** en pacientes con episodios mixtos.[4]
- **Sycrest®** ofrece una **buena tolerabilidad**.[5]

Lundbeck

Sycrest® (asenapina)
comprimidos sublinguales 5 y 10 mg

"The SYCREST® trademark is used under license from N.V. Organon, a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA."

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ⚠**Sycrest®** 5 mg comprimidos sublinguales. ⚠**Sycrest®** 10 mg comprimidos sublinguales. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA: Sycrest®** 5 mg: Cada comprimido sublingual contiene 5 mg de asenapina (como maleato). Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1. **Sycrest®** 10 mg: Cada comprimido sublingual contiene 10 mg de asenapina (como maleato). Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido sublingual. **Sycrest®** 5 mg: Comprimidos sublinguales redondos, de blanco a blanquecino, con "5" grabado en una de las caras. **Sycrest®** 10 mg: Comprimidos sublinguales redondos, de blanco a blanquecino, con "10" grabado en una de las caras. **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1 Indicaciones terapéuticas: Sycrest®** está indicado para el tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves, asociado con el trastorno bipolar I en adultos. **4.2 Posología y forma de administración:** Posología. *Episodio maníaco* La dosis de inicio recomendada de **Sycrest®** en monoterapia es de 10 mg dos veces al día. Se debe tomar una dosis por la mañana y otra dosis por la noche. La dosis puede reducirse a 5 mg dos veces al día según valoración clínica. Para terapia de combinación, se recomienda una dosis de inicio de 5 mg dos veces al día. Dependiendo de la respuesta clínica y tolerabilidad de cada paciente individual, la dosis puede aumentarse a 10 mg dos veces al día. Información adicional en poblaciones especiales. *Población pediátrica.* No se ha establecido la seguridad y eficacia de **Sycrest®** en niños menores de 18 años. Existen datos limitados de seguridad con **Sycrest®** en pacientes adolescentes. Se realizó un estudio de farmacocinética en pacientes adolescentes. Los datos disponibles actualmente están descritos en la sección 5.2, pero no es posible realizar una recomendación posológica. *Pacientes de edad avanzada.* **Sycrest®** debe ser usado con cuidado en pacientes de edad avanzada. Se dispone de datos limitados de eficacia en pacientes mayores de 65 años de edad. Los datos farmacocinéticos disponibles se describen en la sección 5.2. *Pacientes con insuficiencia renal.* No se requiere ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal. No hay experiencia con asenapina en pacientes con insuficiencia renal grave con un aclaramiento de creatinina menor a 15 ml/min. *Pacientes con insuficiencia hepática.* No se requiere ajuste de dosis para pacientes con insuficiencia hepática leve. No puede excluirse la posibilidad de un aumento de los niveles de asenapina en plasma en algunos pacientes con insuficiencia hepática moderada (Clasificación B de Child-Pugh) y se aconseja precaución. En sujetos con insuficiencia hepática grave (Clasificación C de Child-Pugh), la exposición a asenapina aumentó 7 veces. Por lo tanto, **Sycrest®** no se recomienda en pacientes con insuficiencia hepática grave. Forma de administración. El comprimido no debe extraerse del blíster hasta el momento de la toma. Siempre manipular el comprimido con las manos secas. No se debe presionar el comprimido contra el blíster, ni tampoco cortar o romper el blíster. Despegar la lengüeta coloreada y extraer el comprimido con cuidado. El comprimido no debe aplastarse. Para asegurar una óptima absorción, el comprimido sublingual de **Sycrest®** debe situarse bajo la lengua y dejar que se disuelva completamente. El comprimido se disolverá en la saliva en unos segundos. Los comprimidos sublinguales de **Sycrest®** no deben masticarse ni tragarse. Se debe evitar comer y beber 10 minutos después de la administración. Cuando se administre en combinación con otros medicamentos, **Sycrest®** debe tomarse el último. No se aconseja el tratamiento con **Sycrest®** en pacientes incapaces de cumplir con esta forma de administración, por la baja biodisponibilidad de asenapina ingerida (<2 % con una formulación oral en comprimidos). **4.3 Contraindicaciones** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo** Pacientes de edad avanzada con psicosis asociada a demencia. Los pacientes de edad avanzada con psicosis asociada a demencia, tratados con medicamentos antipsicóticos tienen un mayor riesgo de muerte. **Sycrest®** no está aprobado para el tratamiento de pacientes con psicosis asociada a demencia y no se recomienda su uso en este particular grupo de pacientes. Síndrome neuroléptico maligno. Con el uso de antipsicóticos, incluyendo asenapina, se ha notificado síndrome neuroléptico maligno (SNM), caracterizado por hipertermia, rigidez muscular, inestabilidad del sistema nervioso autónomo, conciencia alterada y elevados niveles de creatina fosfoquinasa en suero. Otros signos pueden ser mioglobinuria (rabdomiolisis) y fallo renal agudo. Si un paciente desarrolla signos y síntomas indicativos de SNM se debe suspender el tratamiento con **Sycrest®**. Convulsiones. En ensayos clínicos, se notificaron esporáticamente casos de convulsiones durante el tratamiento con asenapina. Por lo tanto, **Sycrest®** debe ser utilizado con precaución en pacientes que tengan antecedentes de trastornos convulsivos o que tengan enfermedades asociadas a convulsiones. Suicidio. La posibilidad de intento de suicidio es inherente a las enfermedades psicóticas y al trastorno bipolar, por lo que el tratamiento de los pacientes de alto riesgo debe acompañarse de una estrecha supervisión. Hipotensión ortostática. Asenapina puede inducir hipotensión ortostática y síncope, especialmente al inicio del tratamiento, que refleja probablemente sus propiedades antagonistas α_1-adrenérgicas. Los pacientes de edad avanzada tienen especialmente un alto riesgo de sufrir hipotensión ortostática (ver sección 4.8). En ensayos clínicos, durante el tratamiento con **Sycrest®** fueron notificados esporáticamente casos de síncope. **Sycrest®** debe ser utilizado con precaución en pacientes de edad avanzada y en pacientes con enfermedad cardiovascular conocida (por ej., fallo cardíaco, infarto de miocardio o isquemia, defectos en la conducción), enfermedad cerebrovascular o enfermedades que predispongan al paciente a la hipotensión (por ej., deshidratación e hipovolemia).Discinesia tardía. La inducción a discinesia tardía se ha asociado con medicamentos con propiedades antagonistas de los receptores de dopamina. La discinesia tardía se caracteriza por movimientos rítmicos involuntarios, predominantemente de la lengua y/o la cara. En ensayos clínicos, se notificaron esporáticamente casos de discinesia tardía durante el tratamiento con asenapina. La aparición de síntomas extrapiramidales es un factor de riesgo para la discinesia tardía. Si aparecen los signos y síntomas de la discinesia tardía en un paciente en tratamiento con **Sycrest®**, debe considerarse la interrupción del tratamiento. Hiperprolactinemia. Se observaron aumentos de los niveles de prolactina en algunos pacientes tratados con **Sycrest®**. En ensayos clínicos, fueron notificadas pocas reacciones adversas relacionadas con niveles anormales de prolactina. Intervalo QT. La prolongación clínicamente relevante del intervalo QT no parece estar asociada con asenapina. Se debe actuar con precaución cuando **Sycrest®** se prescribe a pacientes con enfermedad cardiovascular conocida o historia familiar de prolongación del intervalo QT, y en uso concomitante con otros medicamentos que pueden prolongar el intervalo QT. Hiperglucemia y diabetes mellitus. Se ha notificado ocasionalmente hiperglucemia o exacerbación de una diabetes preexistente durante el tratamiento con asenapina. La valoración de la relación entre el uso de antipsicóticos atípicos y niveles anormales de glucosa se complica por la posibilidad de un incremento de base del riesgo de diabetes mellitus en pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar y un aumento de la incidencia de diabetes mellitus en la población general. Se aconseja el seguimiento clínico apropiado en pacientes diabéticos y en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus. Disfagia. Se han asociado dismotilidad esofágica y aspiración con el tratamiento antipsicótico. Se notificaron esporadicamente casos de disfagia en pacientes tratados con **Sycrest®**. Regulación de la temperatura corporal. Se ha atribuido a los medicamentos antipsicóticos un trastorno de la capacidad del cuerpo para reducir la temperatura corporal. A partir de los ensayos clínicos, se concluye que asenapina no parece asociarse a una alteración clínicamente relevante de la regulación de la temperatura corporal. Cuando se prescriba **Sycrest®**, se aconseja la asistencia adecuada en aquellos pacientes que se encuentren en situaciones que pueden contribuir a un aumento de la temperatura corporal, es decir, hacer ejercicio enérgicamente, exposición a calor extremo, que reciban a la vez medicamentos con actividad anticolinérgica o que sean susceptibles de sufrir deshidratación. Pacientes con insuficiencia hepática grave. La exposición a asenapina aumenta 7 veces en pacientes con insuficiencia hepática grave (Clasificación C de Child-Pugh). Por lo tanto, **Sycrest®** no está recomendado en tales pacientes. Enfermedad de Parkinson y demencia con cuerpos de Lewy. Los psiquiatras deben valorar los riesgos frente a los beneficios cuando prescriben medicamentos antipsicóticos, como **Sycrest®**, a pacientes con enfermedad de Parkinson o demencia con cuerpos de Lewy (DCL), ya que en ambos grupos se puede incrementar el riesgo de síndrome neuroléptico maligno, así como presentar una mayor sensibilidad a los antipsicóticos. Este aumento de sensibilidad puede manifestarse como confusión, embotamiento, inestabilidad postural con caídas frecuentes, además de síntomas extrapiramidales. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Dados los efectos principales de asenapina en el sistema nervioso central (SNC) (ver sección 4.8), se debe utilizar con precaución cuando se toma en combinación con otros medicamentos que actúan a nivel central. Se debe avisar a los pacientes que eviten el alcohol mientras estén tomando **Sycrest®**. Potencial de que otros medicamentos afecten a **Sycrest®**. Asenapina se elimina fundamentalmente mediante glucuronidación directa por UGT1A4 y metabolismo oxidativo a través de las isoenzimas del citocromo P450 (predominantemente la CYP1A2). Se estudiaron los efectos potenciales de los inhibidores y de un inductor de varias de estas rutas enzimáticas sobre la farmacocinética de asenapina, concretamente fluvoxamina (inhibidor de la CYP1A2), paroxetina (inhibidor de la CYP2D6), imipramina (inhibidor de la CYP1A2/2C19/3A4), cimetidina (inhibidor de la CYP3A4/2D6/1A2), carbamazepina (inductor de la CYP3A4/1A2) y valproato (inhibidor de las UGT). Excepto para fluvoxamina, ninguno de los medicamentos que interaccionan causó alteraciones clínicamente relevantes en la farmacocinética de asenapina. Durante la administración combinada con una dosis única de asenapina 5 mg y fluvoxamina 25 mg dos veces al día se produjo un aumento del 29% en el área bajo la curva de asenapina. Es de esperar que la dosis terapéutica completa de fluvoxamina produzca un aumento mayor en las concentraciones de asenapina en plasma. Por lo tanto, la administración concomitante de asenapina y fluvoxamina debe abordarse con precaución. Potencial de que **Sycrest®** afecte a otros medicamentos. **Sycrest®** puede aumentar los efectos de ciertos agentes antihipertensivos a causa de su antagonismo α_1-adrenérgico, con posibilidad de inducir hipotensión ortostática (ver sección 4.4). Asenapina puede antagonizar el efecto de levodopa y de agonistas dopaminérgicos. Si esta combinación se considera necesaria, debe prescribirse la menor dosis eficaz de cada tratamiento. Estudios *in vitro* indican que asenapina inhibe débilmente la CYP2D6. Se obtuvieron los siguientes resultados de estudios clínicos de interacciones de medicamentos, que investigaron los efectos de la inhibición de la CYP2D6 por asenapina: - Tras la administración concomitante de dextrometorfano y asenapina en individuos sanos, se midió la proporción de dextrorfano/dextrometorfano (DX/DM) como indicador de la actividad de la CYP2D6. El tratamiento con asenapina 5 mg dos veces al día resultó en una disminución mínima de la proporción DX/DM a 0,43, lo que es indicativo de la inhibición de la CYP2D6. En el mismo estudio, el tratamiento con paroxetina 20 mg al día disminuyó la proporción DX/DM a 0,032. - En otro estudio, la administración conjunta de una dosis única de 75 mg de imipramina con una dosis única de 5 mg de asenapina no afectó las concentraciones plasmáticas del metabolito desipramina (un sustrato de la CYP2D6).- La administración conjunta de una dosis única de 20 mg de paroxetina (sustrato e inhibidor de la CYP2D6) durante el tratamiento con 5 mg de asenapina dos veces al día en 15 individuos varones sanos causó un aumento en la exposición a paroxetina de casi 2 veces. *In vivo*, asenapina parece ser como máximo un inhibidor débil de la CYP2D6. Sin embargo, la asenapina puede aumentar los efectos inhibitorios de la paroxetina sobre su propio metabolismo. Por lo tanto, **Sycrest®** en asociación debe administrarse con precaución con medicamentos que sean sustratos e inhibidores de la CYP2D6. Para asegurar una óptima absorción, debe evitarse comer y beber durante 10 minutos después de la administración. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia:** Embarazo. No hay suficientes datos sobre el uso de **Sycrest®** en mujeres embarazadas. Asenapina no fue teratogénico en estudios en animales. Se encontraron efectos tóxicos embrionarios y maternales en estudios con animales (ver sección 5.3). **Sycrest®** no debe usarse durante el embarazo a menos que sea claramente necesario y solo si el beneficio potencial es mayor que el posible riesgo para el feto. Lactancia. Asenapina se excretó en la leche de las ratas durante la lactancia. Se desconoce si asenapina o sus metabolitos se excretan en la leche materna. Se recomienda que las mujeres que reciben **Sycrest®** no den el pecho. Fertilidad. No se han observado alteraciones de la fertilidad en ensayos preclínicos (ver sección 5.3) **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas. Asenapina puede causar somnolencia y sedación. Por la tanto, los pacientes deben ser prevenidos sobre el uso de maquinaria, incluyendo vehículos a motor, hasta que estén razonablemente seguros de que **Sycrest®** no les afecta de forma negativa. **4.8 Reacciones adversas:** Las reacciones adversas notificadas más frecuentemente durante el tratamiento con asenapina fueron somnolencia y ansiedad. La incidencia de reacciones adversas al fármaco asociadas al tratamiento con asenapina se tabulan seguidamente. La tabla se basa en efectos adversos notificados a partir de los ensayos clínicos. Todas las reacciones adversas se enumeran por órganos y sistemas y por frecuencia; muy frecuentes (≥ 1/10), frecuentes (≥ 1/100 a < 1/10), poco frecuentes (≥ 1/1.000 a < 1/100) y raras (≥ 1/10.000 a < 1/1.000). En cada grupo de frecuencia, las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad. Descripción de reacciones adversas seleccionadas. *Síntomas extrapiramidales (SEP).* En ensayos clínicos, la incidencia de síntomas extrapiramidales en pacientes tratados con asenapina fue mayor que con placebo (15,4 % frente a 11,0 %). A partir de los ensayos de esquizofrenia a corto plazo (6 semanas) parece haber una relación dosis-respuesta para la acatisia en pacientes tratados con asenapina, y para el parkinsonismo hubo una tendencia al aumento con dosis altas. *Aumento de peso.* En los ensayos combinados a corto y largo plazo de esquizofrenia y trastorno bipolar, el cambio promedio en el peso corporal fue de 0,8 kg. En los ensayos a corto plazo de esquizofrenia, la proporción de sujetos con aumento de peso clínicamente significativo fue del 5,3 % para asenapina comparado con el 2,3 % para placebo (aumento de peso ≥ 7 % desde el inicio al final del estudio). En los ensayos a corto plazo de manía bipolar, la proporción de sujetos con aumento de peso clínicamente significativo fue del 6,5 % para asenapina comparado con el 0,6 % para placebo (aumento de peso ≥ 7 % desde el inicio al final del estudio). *Hipotensión ortostática.* La incidencia de hipotensión ortostática en pacientes de edad avanzada fue del 4,1 % comparado con un 0,3 % en la población combinada de los ensayos fase 2-3. *Enzimas hepáticas.* Se han visto frecuentemente aumentos transitorios y asintomáticos de transaminasas hepáticas, alanino transferasa (ALT) y aspartato transferasa (AST), especialmente al comienzo del tratamiento. *Otros efectos.* Se han notificado eventos cerebrovasculares en pacientes tratados con asenapina, pero no hay evidencia de incidencia por encima de lo esperado en adultos entre 18 y 65 años. Asenapina tiene propiedades anestésicas. Tras la administración pueden producirse hipoestesia oral y parestesia oral, y normalmente se resuelven en 1 hora. Tras la comercialización se han notificado reacciones graves de hipersensibilidad en pacientes tratados con asenapina, como lengua hinchada e hinchazón de garganta (edema faríngeo). **4.9 Sobredosis:** En el programa de asenapina fueron notificados pocos casos de sobredosis. Las dosis estimadas notificadas fueron entre 15 y 400 mg. En la mayoría de los casos no se aclaró si asenapina se tomó sublingual. Las reacciones adversas relacionadas con el tratamiento fueron agitación y confusión, acatisia, distonía orofacial, sedación y datos asintomáticos de ECG (bradicardia, complejos supraventriculares, retraso de la conducción intraventricular). No hay información específica disponible acerca del tratamiento de la sobredosis con **Sycrest®**, ni un antídoto específico. Debe considerarse la posibilidad de implicación de múltiples medicamentos. Es necesaria la monitorización cardiovascular para detectar posibles arritmias, y el control de la sobredosis debe concentrarse en el tratamiento de apoyo que mantiene una adecuada oxigenación y ventilación así como el control de los síntomas. La hipotensión y el colapso circulatorio deben tratarse con las medidas apropiadas, como fluidos intravenosos y/o agentes simpaticomiméticos (no deben utilizarse epinefrina y dopamina, ya que una estimulación beta puede empeorar la hipotensión en el contexto del bloqueo alfa inducido por **Sycrest®**). En caso de síntomas extrapiramidales graves, se deben administrar medicamentos anticolinérgicos, y continuar con una estrecha supervisión y seguimiento hasta que el paciente se recupere. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS: 5.1 Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: psicolépticos, antipsicóticos, código ATC: N05AH05 Mecanismo de acción. El mecanismo de acción de asenapina, igual que con otros medicamentos eficaces en el trastorno bipolar, no se conoce completamente. Sin embargo, basándose en su farmacología de receptores se considera que la eficacia de asenapina está mediada por la combinación de la actividad antagonista sobre los receptores D_2 y $5\text{-}HT_{2A}$. Las acciones a nivel de otros receptores como el $5\text{-}HT_{1A}$, $5\text{-}HT_{1B}$, $5\text{-}HT_{2C}$, $5\text{-}HT_{6}$, $5\text{-}HT_{7}$, D_3 y receptores α_2-adrenérgicos, también pueden contribuir a los efectos clínicos de asenapina. Eficacia clínica. *Eficacia clínica en el trastorno bipolar tipo I.* La eficacia de asenapina en el tratamiento de episodios maníacos o mixtos, con o sin características psicóticas, del trastorno bipolar tipo I del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), se evaluó en dos ensayos de 3 semanas diseñados de forma similar, aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo y fármaco activo en monoterapia (olanzapina), en los que participaron 488 y 489 pacientes respectivamente. Todos los pacientes cumplieron los criterios diagnósticos del trastorno bipolar tipo I, episodio maníaco actual (DSM-IV 296.4x) o episodios mixtos (DSM-IV 296.6x) de la 4ª Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), y presentaron un resultado ≥ 20 en la Escala de Young para la Valoración de la Manía (YMRS) en la fase de cribado y al inicio. Los pacientes con oscilaciones rápidas fueron excluidos de estos estudios. Asenapina demostró una eficacia superior al placebo en la reducción de los síntomas de la manía en 3 semanas. Los puntos estimados [IC del 95 %] para el cambio desde el inicio hasta el final del estudio en la Escala de Young para la Valoración de la Manía (YMRS) usando el análisis LOCF en los dos estudios fue el siguiente: -11,5 [-13,00; -10,0] para asenapina frente a -7,8 [-10,0; -5,6] para el placebo y -10,8 [-12,3; -9,3] para asenapina frente a -5,5 [-7,5; -3,5] para el placebo. Desde el día 2 se observó una diferencia estadísticamente significativa entre asenapina y placebo. Los pacientes de los dos ensayos principales de 3 semanas se estudiaron durante 9 semanas más, en un ensayo de extensión. En este ensayo se demostró el mantenimiento del efecto durante el episodio tras 12 semanas de tratamiento aleatorizado. En un ensayo de 12 semanas controlado con placebo, en el que participaron 326 pacientes con manía o episodios mixtos de trastorno bipolar I con o sin características psicóticas, parcialmente norespondedores al tratamiento durante 2 semanas con litio o valproato en monoterapia, con niveles terapéuticos en suero, la adición de asenapina como terapia adyuvante mostró una mayor eficacia que litio o valproato a la semana 3 (estimación de puntos [IC del 95 %] para el cambio desde el inicio hasta el final del estudio en la YMRS usando el análisis de LOCF: -10,3 [-11,9; -8,8] para asenapina y -7,9 [-9,4; -6,4] para placebo) y a la semana 12 (-12,7 [-14,5; -10,9] para asenapina y -9,3 [-11,8; -7,6] para placebo) en la reducción de los síntomas de manía. Población pediátrica. La Agencia Europea de Medicamentos ha concedido al titular un aplazamiento para presentar los resultados de los ensayos realizados con asenapina en uno o más grupos de la población pediátrica en esquizofrenia y trastorno bipolar I (ver sección 4.2 para consultar la información sobre el uso en población pediátrica). **5.2 Propiedades farmacocinéticas:** Absorción. Tras la administración sublingual, asenapina se absorbe rápidamente con concentraciones plasmáticas máximas entre 0,5 y 1,5 horas. La biodisponibilidad absoluta de 5 mg de asenapina sublingual es del 35%. La biodisponibilidad absoluta de asenapina cuando se traga es más baja (<2 % con formulación en comprimido oral). La toma de agua después de varios minutos (2 o 5) tras la administración de asenapina, causó una disminución de la exposición a asenapina (19% y 10%, respectivamente). Por lo tanto, se debe evitar comer y beber 10 minutos después de la administración (ver sección 4.2). Distribución. Asenapina se distribuye rápidamente y tiene un gran volumen de distribución (aproximadamente 1.700 l), que es indicativo de una extensa distribución extravascular. Asenapina tiene una alta

Clasificación por órganos y sistemas	Muy frecuentes	Frecuentes	Poco frecuentes	Raras
Trastornos de la sangre y del sistema linfático				Neutropenia
Trastornos del metabolismo y de la nutrición		Peso aumentado Apetito aumentado	Hiperglucemia	
Trastornos psiquiátricos	Ansiedad			
Trastornos del sistema nervioso	Somnolencia	Distonía Acatisia Discinesia Parkinsonismo Sedación Mareo Disgeusia	Síncope Crisis Trastorno extrapiramidal Disartria	Síndrome neuroléptico maligno
Trastornos oculares				Trastorno de la acomodación
Trastornos cardíacos			Bradicardia sinusal Bloqueo de rama Intervalo QT del electrocardiograma prolongado	
Trastornos vasculares			Hipotensión ortostática Hipotensión	
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos				Embolia pulmonar
Trastornos gastrointestinales		Hipoestesia oral	Lengua hinchada Disfagia Glosodinia Parestesia oral	
Trastornos hepatobiliares		Alanina aminotransferasa elevada		
Trastornos músculo esqueléticos y del tejido conjuntivo		Rigidez muscular		Rabdomiolisis
Trastornos del aparato reproductor y de la mama			Disfunción sexual Amenorrea	Ginecomastia Galactorrea
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración		Fatiga		

unión a proteínas plasmáticas (95%), como la albúmina y la α, -glicoproteína ácida. Biotransformación. Asenapina se metaboliza ampliamente en el hígado. Las principales rutas metabólicas de asenapina son la glucuronidación directa (mediada por UGT1A4) y la oxidación y desmetilación mediada por el citocromo P450 (principalmente CYP1A2, con participación de la 2D6 y la 3A4). En un estudio *in vivo* en humanos con asenapina marcada-radioactivamente, el metabolito predominante relacionado con el fármaco fue asenapina N+-glucurónido; otros fueron N-desmetilasenapina, N-desmetilasenapina Ncarbamoil glucoronido y asenapina inalterada en pequeñas cantidades. La actividad de **Sycrest®** es debida principalmente al compuesto original. Asenapina es un inhibidor débil de la CYP2D6. Asenapina no produce inducción de las actividades metabólicas de la CYP1A2 o de la CYP3A4 en los cultivos de hepatocitos humanos. La administración concomitante de asenapina con inhibidores, inductores o sustratos conocidos de estas rutas metabólicas, se han estudiado en varios estudios de interacción fármaco-fármaco (ver sección 4.5). Eliminación. Asenapina es un compuesto de alto aclaramiento, siendo éste de 52 l/h tras la administración intravenosa. En un estudio de balance de masas, la mayoría de la dosis radioactiva se recogió en orina (sobre el 50 %) y heces (sobre el 40 %), con solo una pequeña cantidad de compuesto inalterado excretado en heces (5-16 %). Tras una fase inicial de distribución más rápida, la vida media final de asenapina es aproximadamente 24 h. Linealidad/No linealidad. El aumento de dosis de 5 a 10 mg dos veces al día (aumento del doble) causó un aumento de menos del doble (1,7 veces) en el grado de exposición y la concentración máxima. Con la dosis menor, este aumento inferior al proporcional de Cmáx y del área bajo la curva puede atribuirse a limitaciones en la capacidad de absorción a través de la mucosa oral tras la administración sublingual.Tomando una dosis de dos veces al día, el estado estacionario se alcanza en 3 días. En general, la farmacocinética de asenapina en el estado estacionario es similar a la farmacocinética de una dosis única. Farmacocinética en poblaciones especiales. *Pacientes con insuficiencia hepática.* La farmacocinética de asenapina fue similar entre sujetos con una insuficiencia hepática leve (clasificación A de Child-Pugh) o moderada (clasificación B de Child-Pugh) y sujetos con función hepática normal. En sujetos con insuficiencia hepática grave (clasificación C de Child-Pugh) se observó que la exposición a asenapina aumentó 7 veces (ver sección 4.2). *Pacientes con insuficiencia renal.* La farmacocinética de asenapina tras una dosis única de 5 mg de asenapina, fue similar entre sujetos con diversos grados de insuficiencia renal y sujetos con función renal normal. No hay experiencia con asenapina en pacientes con insuficiencia renal grave con aclaramiento de creatinina menor de 15 ml/min. *Pacientes de edad avanzada.* En pacientes de edad avanzada (entre 65 y 85 años de edad), la exposición a asenapina es aproximadamente un 30 % mayor que en adultos más jóvenes. *Población pediátrica (adolescentes).* A un nivel de dosis de 5 mg dos veces al día, la farmacocinética de asenapina en pacientes adolescentes (de 12 a 17 años ambos incluidos) es similar a la observada en adultos. En adolescentes, la dosis de 10 mg dos veces al día no causó un aumento de la exposición comparado con 5 mg dos veces al día. *Género.* Un análisis farmacocinético de población indicó que no hay evidencias de diferencias relacionadas con el género en la farmacocinética de asenapina. *Raza.* En un análisis farmacocinético de población, no se encontraron efectos clínicos relevantes de la raza en la farmacocinética de asenapina. *Fumadores.* Un análisis farmacocinético de población indicó que fumar, que induce la CYP1A2, no tiene efecto sobre el aclaramiento de asenapina. En un estudio realizado a tal efecto, no se observó efecto del tabaco durante la administración sublingual de una dosis única de 5 mg en la farmacocinética de asenapina. **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad. Estudios de toxicidad a dosis repetidas en ratas y perros, mostraron los efectos farmacológicos relacionados con la dosis, como la sedación. Además, se observaron efectos en las glándulas mamarias mediados por la prolactina y trastornos en el ciclo estral. Altas dosis orales producen hepatotoxicidad en perros, cosa que no se observó tras la administración crónica intravenosa. Asenapina tiene afinidad por los tejidos que contienen melanina. Sin embargo, cuando se analizó *in vitro* carecía de fototoxicidad. Además, el examen histopatológico de los ojos de los perros tratados crónicamente con asenapina, no reveló signos de toxicidad ocular, demostrando la ausencia de riesgo de fototoxicidad. Asenapina no fue genotóxico en una serie de análisis. En estudios de carcinogenicidad subcutánea en ratas y ratones, no se observó aumento en la incidencia de tumores. Se observaron efectos en estudios preclínicos solo a exposiciones consideradas suficientemente excesivas respecto a la exposición máxima en humanos, que indica una relevancia reducida en el uso clínico. Asenapina no afectó la fertilidad en ratas y no fue teratogénico en ratas ni conejos. Se encontró embriotoxicidad en estudios toxicológicos en la reproducción en ratas y conejos. Asenapina produjo una leve toxicidad materna y un leve retardo en el desarrollo del esqueleto fetal. Tras la administración oral a conejas preñadas durante el periodo de organogénesis, asenapina afectó negativamente el peso corporal a la dosis alta de 15 mg/kg, dos veces al día. A esta dosis, el peso fetal disminuyó. Cuando asenapina se administró vía intravenosa a conejas preñadas, no se observaron signos de embriotoxicidad. En ratas se observó toxicidad embriofetal (aumento de las pérdidas postimplantación, disminución del peso fetal y retraso en la osificación) tras la administración oral o intravenosa durante la organogénesis o durante toda la gestación. Se observó aumento de la mortalidad neonatal entre las crías de ratas hembra tratadas durante la gestación y la lactancia. A partir de un estudio de adopción, se concluyó que asenapina indujo las pérdidas peri y post natales causadas por discapacidad de las crías más que por un comportamiento alterado de las madres. **6. DATOS FARMACÉUTICOS: 6.1 Lista de excipientes:** Gelatina, Manitol (E421) **6.2 Incompatibilidades:** No procede. **6.3 Periodo de validez:** 3 años **6.4 Precauciones especiales de conservación:** Conservar en el embalaje original para protegerlo de la luz y la humedad. Este medicamento no requiere ninguna temperatura especial de conservación. **6.5 Naturaleza y contenido del envase Sycrest® 5 mg**: Blíster de aluminio/aluminio despegable en envases de 20, 60 o 100 comprimidos sublinguales por envase. **Sycrest® 10 mg**: Blíster de aluminio/aluminio despegable en envases de 20, 60 o 100 comprimidos sublinguales por envase. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6 Precauciones especiales de eliminación:** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** N.V. Organon, Kloosterstraat 6, NL-5349 AB Oss, Holanda **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN: Sycrest® 5 mg**: Comprimidos sublinguales: EU/1/10/640/002 **Sycrest® 10 mg**: Comprimidos sublinguales: EU/1/10/640/005 **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN: Sycrest® 5 mg**: Comprimidos sublinguales: 01.09.2010 **Sycrest® 10 mg**: Comprimidos sublinguales: 01.09.2010 **10, PRESENTACIÓN Y PRECIO PVP (IVA) Sycrest® 5 mg**: 60 comprimidos sublinguales: P.V.P. 150,31 €, P.V.P. I.V.A. 156,32 € **Sycrest® 10 mg**: 60 comprimidos sublinguales: P.V.P. 150,31 €, P.V.P. I.V.A. 156,32 € **11. CONDICIONES DE DISPENSACIÓN POR LA SEGURIDAD SOCIAL:** Con receta médica. Financiado por la Seguridad Social con aportación reducida. **12. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Julio 2011. La información detallada de este medicamento está disponible en la página Web de la Agencia Europea de Medicamentos http://www.ema.europa.eu/.

Bibliografía: 1 McIntyre RS, Cohen M, Zhao J, Alphs L, Macek TA, Panagides J. A 3-week, randomized, placebo-controlled trial of asenapine in the treatment of acute mania in bipolar mania and mixed states. Bipolar Disord 2009;11(7):673-86. **2.** Ficha Técnica Sycrest® 2011. **3.** McIntyre RS, Cohen M, Alphs L, Macek TA, Panagides J. Asenapine versus olanzapine in acute mania: a double blind extension study. Bipolar Disord 2009;11:815-826. **4.** Szegedi A, Zhao J, van Willigenburg A, Nations KR, Mackle M, Panagides J. Effects of asenapine on depressive symptoms in patients with bipolar I disorder experiencing acute manic or mixed episodes: A post hoc analysis of two 3-week clinical trials.BMC Psychiatry. 2011; 20;11(1):101. **5.** McIntyre RS, Cohen M, Zhao J, Alphs L, Macek TA, Panagides J. Asenapine for long-term treatment of bipolar disorder: a double-blind 40-week extension study. J Affect Disord 2010 ;126(3):358-65.

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 10, N.º 1, pp. 25 - 33, 2010

Haití: hacia un sistema de salud mental comunitario tras la emergencia

Haiti: towards a community mental health system after the emergency

Víctor Aparicio Basauri
Psiquiatra.
Asesor Subregional de Salud Mental (Centroamérica, Caribe Hispano y México).
OPS/OMS (Panamá).

Zohra Abaakouk
Psicóloga.
Consultora de Salud Mental OPS/OMS (Haití).

RESUMEN

El terremoto en Haití ha significado un gran sufrimiento para la población por la cantidad de vidas pérdidas, personas lesionadas y amputadas, pérdida de hogares, nuevos asentamientos humanos con estructuras muy frágiles, movimientos migratorios importantes,…En el campo de la salud mental y de apoyo psicosocial esto supone un aumento de las necesidades de la población en un país donde la brecha en salud mental era mayor del 95% y donde los recursos están centralizados en un solo departamento del país, el del Oeste, donde está la capital Puerto Príncipe.

El país ha evaluado su sistema de salud mental con el instrumento de OMS denominado IESM-OMS y ha creado un marco de política de salud mental estando actualmente inmerso en el desarrollo de un plan estratégico de salud mental que permita descentralizar los recursos y diseminar el componente de salud mental a través de la atención primaria de salud, así como incorporar ese componente a los hospitales generales. El nivel especializado se concibe en forma de equipos comunitarios de salud mental, como mínimo uno por departamento, que también sirvan de apoyo y supervisión para los equipos de atención primaria de salud. Junto a esto es básico la capacitación y formación de los profesionales de atención primaria en salud mental basándose en las condiciones prioritarias que señala el mhgap (Plan global para reducir la brecha en salud mental).

***Palabras Clave**: Haití, salud mental, emergencia, mhgap, condiciones prioritarias.*

ABSTRACT

The earthquake in Haiti has led to great suffering for the population by the number of lives lost, people injured and amputated, lost homes, new settlements with fragile structures, migration important... In the field of mental health and psychosocial support that an increase of the needs of the population in a country where the gap in mental health was greater than 95% and where resources are centralized in one department in the country, the West, where the capital Port au Prince.

Country has evaluated the mental health system with the WHO instrument called WHO-AIMS and created a framework for mental health policy currently being involved in the development of a mental health strategic plan that allows decentralize resources and disseminate the component mental health through primary health care, and incorporate that component to general hospitals. The specialist level is conceived as a community mental health teams, at least one department, which also serve to support and supervision for primary care teams of health. Alongside this is basic training and training of primary care mental health conditions based on priority points the mhGAP (comprehensive plan to reduce the gap in mental health).

***Keywords:** adherence, noncompliance, compliance, schizophrenia, psychotic disorders.*

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se detalla inicialmente la situación de la salud mental del país basándose en las visitas y encuentros realizados en instituciones del país, con agencias de ONU, con ONGs y con agencias de cooperación. Asimismo, se ha analizado la escasa documentación encontrada mediante búsqueda en Google y medline sobre el tema y los informes de OPS/OMS. El sistema de información sanitaria del país es débil y fragmentado y no contiene información de salud mental.

Para la realización del estudio se han tenido en cuenta, principalmente, los informes iniciales de dos misiones de OPS/OMS de evaluación realizado el primero (1) por Devora Kestel (asesora subregional de salud mental del Caribe inglés) y de Marc Laporte de la Univ. McGill de Montreal (Canadá) a finales de enero y principios de febrero y el segundo (2) por Víctor Aparicio Basauri (asesor subregional de salud mental de Centroamérica, Caribe hispano y México) en febrero 2010. También se ha valorado la revisión de la literatura científica sobre la salud mental en Haití realizada por equipos de Canadá por encargo de OMS (3) y el informe de evaluación de las instalaciones psiquiátricas públicas de Haití realizado por el IMC (4). Posteriormente, en 2011, se ha realizado la evaluación del sistema de salud mental del país con el IEMS-OMS (5).

ANáLISIS DE SITUACIÓN

1.- Situación general (6):

La población de Haití sobrepaso los 10 millones en el 2009, de la cual el 60% tiene menos de 24 años y el 36,5 5 menor de 15 años (7). El 60% vive en el medio rural. Un 53% de la población esta concentrada en dos departamentos vecinos: el del Oeste, donde esta la capital Puerto Príncipe, y el de Artibonite. El 40% de la población mayor de 10 años es analfabeta y el 71% de la población vive con menos de $2 por persona/día.

El sistema de salud público depende en su financiación principalmente de la cooperación internacional. Tiene pocos recursos humanos y materiales, esta poco regulado e institucionalizado, con un sistema de información sanitaria poco desarrollado y fragmentado. La accesibilidad es limitada y un 50% de la población no tenía en 2010 acceso a los servicios de salud. La medicina tradicional juega un papel relevante en la atención a la población. El gasto en salud representa el 2,7% del gasto público. El 37% del gasto en salud proviene del bolsillo de los pacientes. El 50% de las instalaciones de salud se concentran en Puerto Príncipe. Solo el 30% de la instalaciones de salud son públicas.

Los servicios de salud estaban organizados en tres niveles (8); uno dedicado a los servicios de salud primaria (SSP) con un equipo mínimo que puede estar compuesto de médico general, enfermera, trabajador social y promotor de la salud y que abarca a una población entre 5.000 y 10.000 habitantes. Estos SSP pueden tener o no tener camas. Su dotación en camas, si las hay, es de 5 a 10. El número de SSP supera los 500. El segundo nivel es la Unidad Comunal de Salud (UCS) que agrupa a varios SSP y que abarca a una población de 30.000 a 60.000 habitantes con hospitales de 30 a 60 camas. Estos hospitales tienen 4 servicios básicos; medicina interna, cirugía, obstetricia y pediatría. La planificación de estas unidades es de 53 para todo el país. Además, hay un tercer nivel con 3 hospitales universitarios y 10 departamentales, uno por cada departamento. Estos hospitales de tercer nivel tienen de 100 a 180 camas. En este tercer nivel se encuentran los dos hospitales psiquiátricos del país, pero sin integración en la red sanitaria.

El terremoto ha ocasionado más de 300.000 fallecidos, 300.000 lesionados, unos 4000 amputados, más de 1.200.000 de personas afectadas y 500.000 que se han desplazado desde Puerto Príncipe a otras localidades. Los asentamientos de más de 3.000 personas, en tiendas de campaña, eran 68 en 2010 En estos 68 asentamientos hay unas 400.000 personas.

Ante esta situación el Ministerio de Salud ha diseñado una estrategia de intervención de 3 niveles, siendo el primer nivel las clínicas y brigadas móviles de intervención que dan atención a la población en los nuevos asentamientos. En este nivel se incluye la atención psicosocial. El segundo nivel es el puesto fijo de salud que también incluye cuidados psicológicos y el tercer nivel son instituciones con capacidad quirúrgica. Esto ha sido posible con la ayuda de las ong nacionales e internacionales, así como el sistema de naciones unidas.

2.- Problemas psicosociales y de salud mental:

Tras el terremoto había un sentimiento general de sufrimiento y de dificultad para el duelo debido a las condiciones generales de la vida en Haití. Además en el segundo mes todavía quedaba gente desaparecida. Junto a esto, un segundo evento apareció en octubre de 2010 la epidemia de cólera, que a 31 de julio de 2011 alcanzó la cifra de 419.511 afectados y 5.968 fallecidos (OPS/OMS) (9).

Los problemas en el ámbito de lo psicosocial y de la salud mental más comunes tras el terremoto fueron:

- **General en la población afectada:** ansiedad de anticipación y elementos fóbicos con conductas de evitación para residir en edificios cerrados, todo ello en relación a las nuevas replicas del temblor (en las instalaciones hospitalarias los pacientes y familias preferíann estar en carpas y no en los edificios). Las personas referían presentar alteraciones del sueño y somatizaciones, así como revivir con frecuencia la experiencia traumática.

- **Específicos en la población afectada:** experiencias de duelo ante pérdidas familiares, pérdida de salud o de alguna parte de los miembros inferiores o superiores y pérdidas del hogar. Elementos de ansiedad ante la incertidumbre del futuro e incluso presencia de síntomas de la serie depresiva en algunas personas. Situación de estrés severo.

- **Específicos derivado de la amputación:** síndrome del miembro fantasma.

- **Situaciones de agotamiento en el personal de la emergencia** por largas horas de trabajo, poco descanso y experiencias estresantes.

- **Problemas relacionados con el estrés postraumático:** los servicios de salud mental referían haber recibido más demanda de la habitual, con retornos de pacientes antiguos y con pacientes nuevos que ellos relacionan con el estrés sufrido en el terremoto. Se valora que pueda haber un 10% de problemas de salud mental importantes en las personas afectadas por el seísmo.

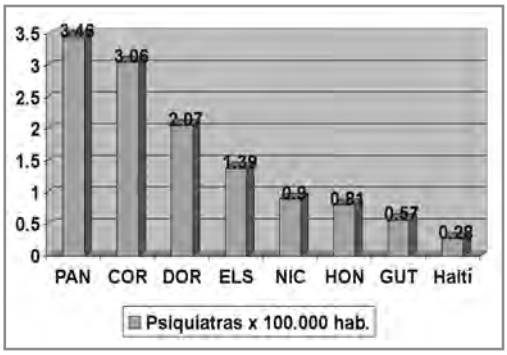
3.- Sistema de atención en salud mental y centros de atención psiquiátrica:

La atención en salud mental pública esta reducida al tercer nivel de atención y a dos centros públicos que prestan atención psiquiátrica, ambos en el Departamento del Ouest donde se encuentra la capital Puerto Príncipe. Uno, el **Centro psiquiátrico Mars & Kline** esta en la capital y el otro el **Hôpital Defilée de Bedeut** (Croix de Bouquet). esta a unos 20 Km. de la capital En ese departamento del Ouest también hay algunas clínicas psiquiátricas privadas de diferente índole (alrededor de 4) (4) y hay otra en el Departamento del Sur (Les Cayes).

No hay una recogida estandarizada de la actividad en salud mental y la información que se presenta aquí ha sido dada por informantes clave. Tras el terremoto se decía que el país tenía alrededor de 23 psiquiatras (entre públicos y privados) lo cual da una tasa de 0,23 por 100.000, pero en el IESM-OMS (5) se señalan 27, contando los de las ONGs, lo que da una tasa de 0,28 por 100.000 habitantes. Esta tasa es claramente inferior a los países de su entorno (gráfico 1), donde se incluyen otros dos países prioritarios para OPS/OMS (Nicaragua y Honduras). Sin embargo, los psiquiatras del sector público tras el terremoto solo son 7 (en el IESM-OMS de 2011 se señalan 8), aunque en el momento de la emergencia había hasta 4 psiquiatras voluntarios en el hospital Mars & Kline lo que daba una cifra de 11. Psiquiatras en formación solo había uno en el Centro Mars & Kline.

Gráfico 1: tasa de psiquiatras por 100.000 habitantes de Centroamérica, R. Dominicana y Haití mediante la evaluación con el IEMS-OMS.

Los profesionales de enfermería del sector público son 32, entre enfermeras y auxiliares de enfermería, y hay referencias a que en todo el país solo hay 10 enfermeras con formación específica en salud mental (10), adquirida en el extranjero.



	Enfermeras + auxiliares de enfermería (sector público)	Psiquiatras (sector público)	Psiquiatras + psiquiatras voluntarios (sector público)
Número	32	7	11
Tasa x 100.000 habitantes	0,32	0,07	0,11
	Psiquiatras (sector público y privado)	Psicólogos (sector público)	Psicólogos + psicólogos voluntarios (sector público)
Número	23	2	7
Tasa x 100.000 habitantes	0,23	0,02	0,07

Tabla 1: recursos humanos en salud mental de Haití tras el terremoto (visitas realizadas en febrero 2010)

3.1.- Centro psiquiátrico Mars & Kline (Port au Prince):

Este centro está ubicado al lado del Hospital General Universitario de Puerto Príncipe aunque no forma parte del mismo. Esta organizado como un hospital autónomo. El centro lleva un nombre compuesto por el nombre del primer psiquiatra haitiano (Dr. Mars) y un psiquiatra americano (Dr. Kline) que realizó un experimento con un neuroléptico (perfenazina) en los años 60 en Haití y funciona desde 1958.

El centro fue ligeramente dañado por el seísmo, pero ha vuelto a ser utilizado aunque sus instalaciones son muy deficientes. En febrero de 2010 había internados 10 pacientes varones, aunque el centro estaba disponible para atender más pacientes de ambos sexos (hay referencias de unas 50 camas disponibles) (1). En el jardín del centro se pasaba la consulta de psiquiatría y de psicología en dos tiendas de campaña[1]. Las consultas por día eran alrededor de 100 (4). En el mismo hay también un asentamiento de personas desplazadas (alrededor de 120 tras el terremoto), aunque con el

[1] Las tiendas de campaña fueron sustituidas posteriormente por pequeñas casitas provistas por IOM para pasar las consultas ambulatorias y la farmacia.

tiempo ha ido disminuyendo el número de acampados (4). Profesionales de salud mental de IMC estaban apoyando la capacitación del personal hasta finales del 2010.

El centro es el único del país de carácter público para ingresos agudos y para consulta ambulatoria, entre sus deficiencias esta el no contar con instrumentos y material para realizar evaluación orgánica de los pacientes mentales (por ejemplo; laboratorio, radiología,..), aunque está junto al Hospital General Universitario.

Contaba con 3 psiquiatras de plantilla (uno es el director), 4 psiquiatras voluntarios, 1 psiquiatra en formación, 1 psicólogo de plantilla, 5 psicólogos voluntarios y 18 profesionales de enfermería.

3.2.- Hôpital Defilée de Bedeut (Croix de Bouquet) :

Este hospital se encuentra a unos 20 km. de Puerto Príncipe y tiene una dotación de 189 camas. Antes del seísmo había 150 pacientes internados, pero tras el seísmo el 50% de los pacientes se evadió al caer parte de los muros que rodean el recinto. En febrero de 2010 había hospitalizados 76 pacientes, pero los pabellones estaban dañados y no se utilizaban. Había una tienda de campaña en los jardines que albergaba a una parte de los pacientes[2].

El hospital se dedica a pacientes mentales severos crónicos. Tiene unos 15 ingresos mensuales, pero también tiene consulta externa (unos 30 diarios). La plantilla de personal es de 64 personas, de las cuales 14 son de enfermería con turnos de 12 horas (3 días a la semana). Hay un psicólogo y 4 psiquiatras (uno es el director). Cada psiquiatra trabaja dos días (mañanas) a la semana, por lo que diariamente hay un psiquiatra en el hospital en horario matutino.

En un estudio realizado hace unos años se señalaba (10) que el diagnostico mas frecuente entre los internados era la esquizofrenia (50%) y un 5% de los pacientes padecían epilepsia.

El hospital tiene 7 hectáreas de terreno, aunque la parte cercada por los muros es alrededor de 1,5 hectárea. El hospital está en lo que fue una base militar americana antes de 1915. Al principio fue un lugar de atención sanitaria regido por un enfermero americano que quedó en el país. En 1961 se convirtió en un asilo de alienados y a partir de 1986 en un hospital psiquiátrico. Las instalaciones son muy deficientes y hay escasez de recursos humanos y materiales.

	Pacientes internados	Psiquiatras	Psiquiatras + psiquiatras voluntarios
Centre psychiatrique Mars & Kline (Port Prince)	10 (varones) (Antes del terremoto había 100; mujeres y hombres)	3 (incluye director)	7
Hôpital Defilée de Bedeut (Croix de Bouquet)	76 (varones y mujeres) (Antes del terremoto había 150)	4 (incluye director)	-
	Psicólogos	**Psicólogos + psicólogos voluntarios**	**Enfermeras + auxiliares de enfermería**
Centre psychiatrique Mars & Kline (Port Prince)	1	6	18
Hôpital Defilée de Bedeut (Croix de Bouquet)	1	-	14

Tabla 2: datos de los centros psiquiátricos de Haití (visitas realizadas en febrero (2010) (2)

[2] Tras la visita se informo a IOM (Organización internacional para las migraciones) para suministrar tiendas de campaña al hospital con el fin de dar una mejor habitabilidad a los pacientes. El 22/2/10 se consiguieron 20 tiendas de campaña para el Hospital con una capacidad para 100 personas. Posteriormente estas tiendas de campaña fueron sustituidas por 50 casitas de madera.

3.3.- Agencias de cooperación:

Además de los servicios públicos del país, durante la emergencia la Cooperación del Gobierno de Cuba ha desplazó a Haití un equipo de salud mental. A finales de febrero de 2010 había 10 psiquiatras, 4 psicólogos y diversos profesionales de salud mental apoyando varias Unidades Comunales[3]. Tras el periodo de emergencia este programa finalizó.

Otra organización que desplazo 2 psiquiatras al país fue IMC con el fin de hacer capacitación de los profesionales del país. Dos secciones de Médicos sin fronteras (MSF) (la francesa y la suiza) aportaban también psiquiatras. Médicos del mundo (MdM) (sección española) ha tenido en varias ocasiones un psiquiatra y algunos psicólogos, lo mismo que MdM (sección Canadá).

Diversas ONGs han apoyado con profesionales de psicología, de los cuales unos pocos han dado atención clínica y la mayor parte apoyo psicosocial. La mayoría de estas organizaciones de apoyo psicosocial han estado agrupadas en un subgrupo del cluster de salud dedicado a "Salud mental y apoyo psicosocial", que en una primera fase ha estado coordinado por UNICEF y en la segunda fase por IOM. Este grupo tenía dos reuniones periódicas semanales de carácter general y varias temáticas (educación, infancia, religión,….). En Mayo 2010, se creó un grupo de trabajo de salud mental para las organizaciones que proporcionan atención psicológica y psiquiatrica a la población.

HACIA UN SISTEMA DE SALUD MENTAL COMUNITARIO

1.-Antecedentes en la política de salud:

En Haití no hay plan de salud mental, pero en el Plan estratégico para la reforma del sector salud 2003-2008 (7) se señalan tres objetivos para la salud mental a alcanzar en 2008:

- Asegurar que el primer y segundo nivel de atención tomen a cargo los trastornos mentales más sencillos.

- Reforzar los hospitales psiquiátricos especializados

- Los hospitales departamentales y los especializados deben asumir los trastornos mentales severos.

Para alcanzar esos objetivos se proponían tres tipos de intervención:

- Formación del personal del primer y segundo nivel para poder asumir los casos más simples y lo que deben ser referidos a otro nivel.

- Talleres para la integración familiar y comunitaria de las personas con trastornos mentales.

- Refuerzo de los servicios especializados en los hospitales del segundo y tercer nivel.

Estos objetivos de salud mental no se desarrollaron. Tras la emergencia de enero el Ministerio de Salud ha marcado entre sus prioridades la salud mental y ha formado dos grupos de trabajo, uno de ellos para el desarrollo de una estrategia nacional de salud mental. En este grupo de trabajo liderado por el Ministerio están representadas las dos instituciones públicas de salud mental del país y junto a ellas están las organizaciones que colaboran con el país en la atención en salud mental (IMC, OIM, MSF, MdM, Partners in Health), así como OPS/OMS.

[3] La cooperación sanitaria cubana es anterior a la emergencia, pero entonces no incluía la atención en salud mental.

2.- Hacía una estrategia nacional de salud mental:

En el primer mes tras el terremoto, el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud ya estaban discutiendo el futuro modelo de la atención de salud mental para Haití, junto a otras organizaciones no gubernamentales presentes por la emergencia. La intención era utilizar la experiencia y los fondos que estaban llegando para las intervenciones de respuesta a la emergencia para generar las sinergias necesarias que permitieran construir un sistema sostenible de salud mental que permaneciera más allá de la presencia internacional por la emergencia.

Desde mayo de 2010, con la llegada de un asesor de salud mental basado en Haití, la OPS/OMS ha trabajado en estrecha colaboración con el MSPP con el fin de fortalecer el sistema de salud mental, incluyendo el diseño de un plan de acción para el corto y mediano plazo. Las dos entidades también coordinan un grupo de trabajo de salud mental con los actores principales proveedores de servicios psicológicos y psiquiátricos. Este grupo se centra en temas específicos relacionados con el modelo de salud mental para la intervención a nivel nacional: la lista de medicamentos esenciales psicotrópicos, protocolos de salud mental, colección de datos de salud mental, campaña de sensibilización de salud mental,...

A lo largo de los años 2010 y principios de 2011, se han desarrollado las bases para el diseño de la futura política nacional de salud mental, plan y sistema de atención. El proceso para avanzar en la consecución de este objetivo fue alterado por la epidemia de cólera de 2010, dado que supuso dedicar el esfuerzo de todas las organizaciones en controlar la epidemia.

Sin embargo, durante los días 27 y 28 de junio de 2011 se desarrolló en Puerto Príncipe, el primer taller sobre el "Plan estratégico nacional de salud mental para Haiti". El evento fue co-auspiciado por el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Asistieron al taller 47 profesionales, representando al Ministerio de Salud, hospitales psiquiátricos, dirección administrativa penitencial, secretariado de la discapacidad, universidades, asociación haitiana de psicología, organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales.

En la primera parte del taller, el borrador final de la política nacional fue discutido para completar el documento y realizar los últimos ajustes. También, se discutieron en detalles las conclusiones y las recomendaciones de la evaluación del instrumento de evaluación de salud mental (IESM/OMS). Por fin, los participantes trabajaron sobre temas.

En la actualidad, existe un acuerdo común en cuanto al diseño e implementación de un plan nacional de salud mental para Haití. Muchos actores de la salud mental y los representantes del sistema de salud pública, organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, profesorado universitario, las asociaciones de psicólogos y profesionales haitianos de la diáspora haitiana se unieron al proceso de trabajo para participar en la reconstrucción de un sistema sostenible de salud mental.

Durante el verano 2011, se está llevando a cabo un gran proceso de consulta para desarrollar el contenido de las diferentes partes del plan. A finales de octubre, se prevé tener el segundo taller "Plan estratégico nacional de salud mental" para llegar a la validación del borrador final del documento.

CONCLUSIONES

El sistema de salud tiene muchas limitaciones en cuanto a institucionalización, financiación, accesibilidad y sistemas de información. Esto repercute sobre la atención de salud mental.

El sistema de atención en salud mental esta basado en el modelo institucional, con dos únicas instituciones centralizadas en el departamento del Oeste, donde esta la capital del país. No hay integración de la salud mental en el sistema sanitario y los sistemas de información no reflejan los temas de salud mental. Los recursos humanos y materiales son claramente insuficientes, siendo la brecha entre las necesidades de la población y los recursos materiales alrededor del 95%.

No existen programas de capacitación y formación continuada para los profesionales de salud mental.

Antes del seísmo la salud mental no estaba entre los objetivos de la cooperación técnica con el país.

Se ha desarrollado un documento de política de salud mental y se ha realizado la evaluación del sistema de salud mental con el IESM-OMS. Actualmente se trabaja en el plan estratégico de salud mental.

En conclusión, tan solo una intervención sostenida en términos de capacitación y financiación podrá permitir reducir la brecha existente entre número creciente de necesidades de atención psicológica y psiquiátrica en Haití y los servicios de salud mental del Ministerio de Salud.

RECOMENDACIONES

El país precisa una estrategia de salud mental. El Ministerio de Salud ha tomado una primera medida de formar un grupo de trabajo para el desarrollo de esta estrategia, al cual se ha incorporado OPS/OMS.

Se recomienda contar con una unidad de salud mental en el Ministerio de Salud

Se precisa establecer un sistema de información en salud mental sencillo y compatible con el sistema de información sanitaria nacional que recoja la actividad asistencial de los servicios de salud mental del país de manera estandarizada.

Se recomienda que el modelo de atención de salud mental este basado en la atención primaria de salud e integrado en el sistema sanitario general. Un modelo de base comunitaria que integre el componente de salud mental en el hospital general.

Se precisa un programa de capacitación de los profesionales de atención primaria en salud mental y un fortalecimiento de la capacitación de los profesionales de salud mental. La base para la capacitación de atención primaria puede ser el programa mhgap basado en ocho condiciones prioritarias.

Respecto a los dos hospitales psiquiátricos: se recomienda que en la futura reconstrucción hospitalaria el Centro Mars & Kline pase a ser un servicio de salud mental del Hospital Universitario y se recomienda un análisis de los pacientes crónicos internados en el Hospital Defilée de Bedeut con vistas a ver las posibilidades de rehabilitación.

Se recomienda crear en los diez hospitales departamentales un equipo mínimo de salud mental comunitaria que preste la atención especializada y de apoyo a los equipos de atención primaria. Este equipo debería contar con un psiquiatra o médico general con formación en salud mental, un psicólogo y un profesional de enfermería.

REFERENCIAS

Kestel D. & Laporte M. Informe de misión de salud mental en la emergencia de Haití. OPS/OMS. 2010.

Aparicio Basauri V. Informe de misión de salud mental y apoyo psicosocial en la emergencia de Haití. OPS/OMS.2010.

Mental Health in Haiti: a literature review. WHO. 2010.

Rapid assessment of psychiatric institutions in post earthquake Haiti. IMC. 2010.

Rapport sur le systeme de santé mentale en Haiti. OPS/OMS. 2011 (en prensa)

Haití population Health assessment prior to the 2010 earthquake. Intranet.paho.org.2010.

Institut Haïtien de Statistiques et d'informatique (ISHI/ECVH 2001) – Estudio sobre condiciones de vida http://www.ihsi.ht/pdf/ecvh/ECVHVolumeI/Population.pdf

Stratégie de coopération technique de l´OPS/OMS en Haití (CCS) 2009-2011.

Boletín del grupo de acción sanitaria de Haití, n° 27 (2011).

Leconté Y. Plaidoyer pour une politique de santé mentale a Haïti. http://www.haitisantementale.ca/article.php3?id_article=98. 2009

Informe sobre los sistemas de salud mental en Centroamérica y República Dominicana. OPS/OMS. 2009

Dirección para correspondencia:

Víctor Aparicio Basauri

apariciv@pan.ops-oms.org

Panamá

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 10, N.º 1, pp. 35 - 47, 2010

Estrategias de intervención en salud mental post terremoto y tsunami de Chile 2010: aprendizajes y desafíos desde la atención primaria

Intervention strategies in mental health post Chile earthquake and tsunami of 2010: lessons and challenges in primary care

Alberto Minoletti
Profesor Asociado. Escuela de Salud Pública "Dr. Salvador Allende".
Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago de Chile

Pamela Grandón
Profesor Asociado. Departamento de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Concepción. Concepción, Chile

Alvaro Jiménez
Encargado de Salud Mental y Coordinador Programa PRAIS
Servicio de Salud Valparaíso. San Antonio, Chile

Sandra Saldivia
Profesora Asociada. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.
Universidad de Concepción. Concepción, Chile

RESUMEN

La experiencia chilena confirma el rol central que pueden cumplir los equipos de atención primaria para proteger y recuperar la salud mental desde los primeros días posteriores a situaciones de emergencia y desastre, y que este rol puede extenderse por varios meses después de ocurrido el evento. Para el adecuado cumplimiento de las funciones que implica este rol se requiere que los equipos dispongan de guías sobre como intervenir en salud mental en situaciones de desastres, estén debidamente capacitados y hayan participado en simulacros, se haya elaborado además un plan de contingencia local, y existan mecanismos expeditos de refuerzo de recursos humanos y de transporte una vez que haya ocurrido esta tragedia.

***Palabras Clave**: Terremoto, Tsunami, Atención primaria, Chile*

ABSTRACT

The Chilean experience confirms the central role that can meet the primary care teams to protect and restore mental health since the early days of emergency and disaster situations, and that this role may extend for several months after the event occurred. For the proper use of the functions included in this role the teams are required to have intervention guidelines in mental health in disaster situations, also to get adequately trained and have participated in drills, has also developed a local contingency plan, and expeditious mechanisms exist to strengthen human resources and transportation once this tragedy has occurred.

***Keywords:** Earthquake, Tsunami, Primary care, Chile*

ANTECEDENTES

Los efectos de los desastres sobre la salud mental están siendo identificados y abordados recién en los últimos 30 años y en forma creciente son considerados con la misma importancia que se le brinda a las consecuencias sobre la salud física de víctimas y sobrevivientes (1). La investigación y los resultados de la experiencia internacional ofrecen ya evidencias sobre la naturaleza y origen de tales efectos. Se estima que, de acuerdo a la magnitud del desastre, en los meses siguientes al evento entre un 30 y un 50 % de la población expuesta sufre alguna manifestación psicológica que compromete su bienestar y/o funcionalidad (2-8).

La Región de las Américas tiene una larga y nutrida historia de exposición a situaciones de desastres y emergencias, tanto por eventos naturales como por accidentes tecnológicos y situaciones provocadas por el hombre. Estas situaciones afectan especialmente la salud mental de las poblaciones pobres, las cuáles desde antes de cualquier tragedia presentan alta vulnerabilidad psicosocial y mayor prevalencia de trastornos mentales (9). Una vez producida la tragedia, estas poblaciones presentan habitualmente menor capacidad para aliviar o resolver los efectos producidos y restablecer la normalidad, así como para acceder a servicios sociales y de salud.

La experiencia de salud pública acumulada en el manejo de problemas de salud mental asociados a situaciones de desastres en diferentes regiones del mundo ha llevado en los últimos años a una evolución desde enfoques biomédicos, centrados en la identificación de los síntomas, la medicación y el hospital, a otros de tipo psicosocial, más preventivos, integrales y comunitarios, realizados principalmente desde centros de Atención Primaria en Salud (APS) (1, 10-13).

Desde el retorno a la democracia en 1990, Chile ha desarrollado en el sistema público de salud, en forma progresiva y consistente, un modelo de atención en salud mental de tipo ambulatorio/comunitario. Este modelo está basado en una amplia inclusión de la salud mental en la atención primaria, donde se atiende a la mayoría de las personas con trastornos mentales; la descentralización de la atención de especialidad, de preferencia en centros de salud mental comunitarios; la participación de las personas, familias y sus organizaciones en los procesos de tratamiento y rehabilitación; el traslado de los cuidados de mayor intensidad desde hospitales psiquiátricos a hospitales generales y hospitalizaciones diurnas; y la creación de una serie de dispositivos y programas comunitarios que permitan a las personas con los trastornos y discapacidades más severas vivir y ser incluidas en la comunidad (14, 15).

La voluntad política que se ha puesto en juego y el tipo de modelo de salud mental en implementación, aunque a medio camino y con desarrollos heterogéneos en las distintas regiones del país, han permitido que se responda significativamente mejor a las necesidades de la población y que se haya realizado alguna preparación para enfrentar los aspectos de salud mental de las situaciones de emergencia y desastre, incluyendo la formulación de un plan nacional específico para este tema en el 2008. Situaciones de desastres, de menor intensidad, ocurridas en diferentes lugares del país en los últimos años impulsaron también procesos locales y nacionales de intercambio de experiencias de cómo apoyar a la población en aspectos de salud mental, capacitación de algunos equipos de salud en este tema y elaboración de documentos con orientaciones de cómo enfrentar estas situaciones desde el sector salud. Desde esta perspectiva, es interesante analizar cómo han respondido estas redes de atención de salud mental y en particular la atención primaria a las necesidades de la

población afectada por el terremoto y tsunami del 27 de febrero del 2010.

TERREMOTO Y TSUNAMI DEL 27 DE FEBRERO DE 2010 EN CHILE

El terremoto del 27 de Febrero de 2010 ocurrió a las 03:34 horas y alcanzó una magnitud de 8,8 en la escala de Richter. El epicentro se ubicó en el mar, cerca de 150 kilómetros al noroeste de la ciudad de Concepción. El sismo tuvo una duración de cerca de 2 minutos 45 segundos y fue percibido en Perú por el norte y hasta Buenos Aires y Sao Paulo por el oriente. Las zonas más afectadas por el terremoto fueron las regiones chilenas de Valparaíso, Metropolitana (Santiago), O'Higgins, Maule, Bio Bío y la Araucanía, que acumulan más de 13 millones de habitantes, cerca del 80% de la población del país. En las regiones del Maule y el Bio Bío, el terremoto alcanzó la mayor intensidad, afectando seriamente a gran parte de las principales ciudades. Cerca de 500 mil viviendas quedaron con daño severo y se estimó un total de 2 millones de damnificados (más del 10% de la población del país), en la peor tragedia natural vivida en Chile desde 1960. El sismo es considerado como el segundo más fuerte en la historia del país y el sexto más fuerte registrado en el mundo.

Gran parte de los estragos fueron ocasionados por el maremoto asociado al movimiento sísmico sobre las localidades costeras. Esta masa de agua a gran velocidad azotó las costas chilenas en pocos minutos, con olas de hasta unos diez metros de altura. El mar ingresó en algunas localidades entre 150 a 200 metros al interior. La alerta de maremoto generada para el Océano Pacífico se extendió posteriormente a 53 países ubicados a lo largo de gran parte de su cuenca.

El número de fallecidos a consecuencias del sismo se estableció en 486 muertos identificados y 79 desaparecidos; de éstos, una de las principales causas de muerte fue la asfixia por inmersión producto del maremoto.

Casi inmediatamente después del terremoto, comenzaron a suceder réplicas de distintas intensidades. En las 24 horas siguientes, ya se habían producido más de un centenar de éstas, algunas de ellas de gran intensidad, siendo la más fuerte una ocurrida a menos de dos horas del suceso principal y que alcanzó una magnitud de 6,9 grados. Como consecuencia de las réplicas, muchas de las casas que habían quedado dañadas por el terremoto principal colapsaron definitivamente, quedando la población con una mayor sensación de indefensión y miedo.

A los 12 días de ocurrido el terremoto, asumió el Gobierno del país una nueva coalición política, la cual remplazó a otra que había estado en el poder ejecutivo por 20 años. Esto significó un cambio total de autoridades nacionales y locales, agregando una complejidad mayor a la articulación de respuestas frente a la situación de emergencia ocasionada por el terremoto y tsunami.

PRINCIPALES INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL EFECTUADAS POR LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (16, 17)

Etapa crítica (primeras 2 o 3 semanas después del sismo):

En el ámbito de la salud mental, la catástrofe del 27 de febrero del 2010 encontró a muchos equipos de atención primaria y secundaria carentes de estrategias de enfrentamiento del desastre y sus consecuencias. Más aún, los profesionales y funcionarios del sistema sanitario fueron demandados a dar respuesta, siendo ellos mismos víctimas de la tragedia. En este contexto, debieron generarse respuestas rápidas, construidas y adecuadas

durante el proceso, y con los recursos humanos y materiales disponibles.

Después de un período de confusión y paralización inicial, de duración variable en los diferentes centros (desde una pocas horas hasta varios días), los equipos de atención primaria lograron reorganizarse y realizar visitas a las comunidades más afectadas. Se privilegió en general a tres grupos poblacionales: familiares de personas fallecidas, familias que habían perdido sus casas y estaban en albergues, y las poblaciones con alta vulnerabilidad social que se vieron afectadas por la carencia de insumos básicos y la desorganización social. Estas visitas tenían el objeto de evaluar los principales daños y necesidades así como realizar acciones de protección de la salud en general y de la salud mental en particular. Las actividades se orientaron a apoyar a las comunidades en la solución de las necesidades básicas de techo, abrigo, agua y comida, y a dar una primera respuesta psicológica a personas con desbordes emocionales.

En la mayoría de los centros de atención primaria se efectuaron intervenciones grupales para sus funcionarios, ya que muchos de ellos se encontraban afectados emocionalmente por el desastre y a pesar de ello debían apoyar a las poblaciones afectadas. Las intervenciones consistían generalmente en una mezcla de educación sobre los efectos psicológicos normales de los desastres y de catarsis y contención emocional. Estas actividades fueron realizadas tanto por profesionales de los mismos centros como por integrantes de equipos de salud mental del nivel secundario y profesionales de universidades que acudieron voluntariamente a ayudar.

Intervenciones similares comenzaron a realizarse con la población general dentro de los centros y en espacios comunitarios. Ambos tipos de acciones, comunitarias y de educación/contención emocional, tuvieron una alta aceptación y demanda por parte de la población. Algunos equipos de atención primaria efectuaron también acciones de rescate, incluyendo visitas domiciliarias, con personas que habían interrumpido su tratamiento en salud mental con posterioridad al terremoto y tsunami.

En las etapas crítica y post crítica llegó un alto número de voluntarios a las zonas dañadas por el terremoto/tsunami. Ellos colaboraron con el apoyo a las poblaciones afectadas en diversos aspectos, y muchos de ellos realizaron también intervenciones de salud mental. En general, el trabajo de los voluntarios, aunque bien intencionado, fue desorganizado, sin continuidad y muchas veces duplicando lo que realizaban los equipos de atención primaria. Se observaron distintas respuestas desde los centros de atención primaria hacia los voluntarios, desde aquellos que consideraron que los voluntarios entorpecían el trabajo en salud mental y los desincentivaban a trabajar con sus poblaciones, hasta otros que valoraron ampliamente su aporte, coordinándose adecuadamente con ellos e incluso incorporándolos como miembros de sus equipos.

Las Direcciones de los Servicios de Salud[1], a través de sus encargados de salud mental, jugaron un importante rol en el apoyo a la reorganización de los equipos de atención primaria, en las orientaciones técnicas y en la organización del trabajo de voluntarios.

Etapa post crítica (1 a 2 meses después del sismo):

Se continuaron las acciones de protección de la salud mental con comunidades que habían experimentado los mayores daños, tales como aquellas que se encontraban en albergues y campamentos de emergencia (con viviendas precarias y transitorias) y otras que se encontraban viviendo en carpas al lado de sus casas destruidas. Las intervenciones co-

munitarias más frecuentemente realizadas fueron las de normalización de la vida de los niños, con actividades lúdicas, deportivas, artísticas y manualidades, a través de las cuales también se trabajaban las emociones asociadas al desastre. La otra actividad de alta frecuencia fue la realización de talleres de apoyo emocional para las personas que los líderes de la comunidad identificaban como las más afectadas por el terremoto. Estas intervenciones fueron evaluadas positivamente por las comunidades beneficiadas y tuvieron una alta demanda.

En este período se concentraron la mayor cantidad de talleres grupales de apoyo emocional con funcionarios de salud primaria, realizados tanto por equipos de atención primaria como secundaria, con el apoyo de voluntarios. Generalmente estas intervenciones consistían de una sesión de alrededor de 1 a 2 horas de duración, con 20 a 25 participantes, conducidos por 2 facilitadores. Estos talleres servían también para detectar a los funcionarios que presentaban problemas emocionales de mayor intensidad o trastornos mentales, los cuales eran derivados para atención individual. La alta demanda por participar en estos talleres muestra la buena recepción que ellos tuvieron, siendo varios cientos de funcionarios beneficiados con esta actividad. Talleres similares se efectuaron con miembros de otros equipos que también realizaban labores de ayuda a la población damnificada con el sismo, tales como bomberos, rescatistas y policías.

En esta etapa se observó un aumento de la demanda a atención primaria de personas con desbordes emocionales o trastornos mentales provocados o agravados por el terremoto/tsunami. La categoría diagnóstica donde se observó el mayor aumento fue la de los trastornos de ansiedad (ver figuras 1, 2 y 3).

El funcionamiento de las redes de atención de salud mental volvió gradualmente a su nivel normal en todas las regiones afectadas. En algunos centros de atención secundaria se dispusieron mecanismos para la atención preferencial de personas referidas desde atención primaria con trastornos mentales severos asociados a la experiencia traumática del terremoto.

Las respuestas más rápidas a las necesidades de la población después del terremoto/tsunami y las intervenciones de mayor intensidad se observaron en los centros de atención primaria con mayor cantidad de recursos, mejores ofertas programáticas en salud mental y que contaban con un apoyo regular de equipos de salud mental del nivel secundario.

Etapa de reparación y normalización (varios meses después del sismo):

En la mayoría de los centros de atención primaria de las zonas más dañadas por el terremoto/tsunami se continuaron realizando las mismas actividades que en la etapa anterior. Las redes de atención en salud volvieron a su nivel habitual de funcionamiento y el trabajo de los voluntarios terminó. En esta etapa, como parte de políticas nacionales o regionales, se implementaron algunas estrategias para reforzar la capacidad en salud mental de los centros de atención primaria. Se pueden destacar las siguientes estrategias de reforzamiento:

Auto cuidado del personal de salud: desde el ministerio de salud y con el apoyo de centros universitarios y sociedades científicas se implementaron talleres, en base a sesiones únicas, centrados en la identificación de factores de auto y mutuo cuidado, presentes en los propios equipos de salud de las zonas más damnificadas. La cobertura fue de 2.622 funcionarios, la mayoría de centros de atención primaria, con un total de 176 talleres. Este plan nacional fue complementado con diversas actividades similares de auto cuidado de iniciativa regional y local.

Capacitación en protección de la salud mental en emergencias y desastres: el ministerio de salud en conjunto con OPS/OMS y centros universitarios realizaron un curso a distancia (internet) para aproximadamente 2.000 funcionarios de salud, incluyendo a muchos de la atención primaria. Algunos de los servicios de salud locales también realizaron acciones de capacitación para sus profesionales de atención primaria.

Fondo de refuerzo para promoción de salud mental: centros de atención primaria de 57 comunas de las zonas afectada recibieron orientaciones y recursos financieros de pequeña magnitud para fortalecer la resiliencia comunitaria, identidad y convivencia local, así como fomentar entornos psicosociales saludables y facilitar auto cuidado y ayuda mutua.

Refuerzo de recursos humanos para centros de atención primaria: se contrataron 26 psicólogos y 26 trabajadores sociales para conformar duplas psicosociales en un número igual de centros de las localidades con más daños producidos por el terremoto/tsunami.

Implementación de equipos móviles de salud mental de nivel secundario: el ministerio de salud destinó recursos frescos para conformar 8 equipos, cada uno con 4 integrantes (profesionales y técnicos) y 1 vehículo. Estos equipos fueron destinados a zonas afectadas, preferentemente costeras y alejadas de las ciudades más grandes, con el fin de apoyar el trabajo de la atención primaria y realizar atenciones de especialidad.

Ej EMPLOS DE INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE DOS LOCALIDADES

Estrategia de intervención temprana en isla Robinson Crusoe

La Isla Robinson Crusoe se vio afectada por el tsunami que devastó parte importante de su único poblado, destruyendo viviendas, arrasando con la casi totalidad de los servicios públicos y comercio, además de provocar la muerte y desaparición de un número considerable de isleños.

La isla cuenta con una Posta de Salud Rural, integrada por un equipo básico que conforman, entre otros un médico, odontólogo, enfermera, matrona, psicólogo y asistente social. Los miembros de este equipo no se vieron afectados directamente por el tsunami, pero si por su impacto emocional.

La experiencia de trabajo conjunto desarrollado por profesionales de salud mental y emergencias de la Dirección del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio con otros sectores permitieron planificar y coordinar un equipo de primera respuesta que en menos de 24 horas estuvo instalado en Robinson Crusoe, pudiendo abordar las necesidades y tareas de la etapa crítica. Este equipo, integrado por 2 psicólogos, un psiquiatra y un asistente social, desarrollaron una serie de tareas:

- Apoyar al equipo de atención primaria local en sus necesidades más inmediatas, generando, por ejemplo, espacios de contención emocional dirigidos hacia a los integrantes del equipo.

- Se acompañó a las familias en actividades de carácter comunitario como fue la confección de ataúdes y la planificación del acto de sepultación de cuerpos, esto con un enfoque religioso ecuménico y con acompañamiento de autoridades locales.

- Ante demanda espontánea en la posta (y en otros espacios comunitarios) se realizaron atenciones psicológicas y psiquiátricas a personas adultas con reacciones emocionales frente a la pérdida de un familiar.

• Se constituyeron grupos de apoyo para familiares de adultos desaparecidos y otro para ffamiliares y personas vinculadas a los niños fallecidos o desaparecidos.

• Se confeccionó un primer diagnóstico en base a instrumento de OPS "Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades en Salud Mental en Situaciones de Desastres" (EDAN) (12), el cual permitió definir las necesidades inmediatas y sirvió de base para definir las prioridades que fueron abordadas en los días siguientes.

• Se realizaron coordinaciones con organismos de otros sectores, especialmente con la policía.

• Se gestionó el refuerzo del equipo de atención primaria con un psicólogo infanto-juvenil por un período de 10 días, con el fin de apoyar el trabajo con los niños mayormente afectados y entregar orientaciones a los miembros de este equipo.

La estrategia implementada logró una respuesta oportuna a las necesidades iniciales de salud mental de la población de la Isla Robinson Crusoe. El trabajo del equipo interventor fue facilitado tanto por su experiencia previa en salud mental en situaciones de emergencias en la ciudad de Valparaíso desde el año 2007, como por la aplicación de lineamientos definidos por el ministerio de salud y la OPS. Se privilegió un abordaje centrado en la comunidad y en el equipo de atención primaria local, validando y reforzando su rol en esta situación de modo de asegurar la continuidad del trabajo. Sin embargo, en los días posteriores, llegaron a la isla diferentes voluntarios a trabajar en salud mental sin mayor coordinación con las autoridades sanitarias, generando confusión en la población, duplicando actividades y perdiendo continuidad las intervenciones.

Estrategia de intervención comunitaria con base en la atención primaria en la comuna de Talcahuano.

En la comuna de Talcahuano se constituyo un equipo de trabajo formado por profesionales sanitarios, de los niveles primario y secundario, y por docentes de la Universidad de Concepción quienes diseñaron e implementaron una estrategia que buscó dar respuesta a las consecuencias a corto y mediano plazo del desastre.

Los objetivos planteados fueron cuidar y normalizar la situación de salud en la población mediante el reforzamiento de acciones en el ámbito preventivo; acompañar procesos de crisis a nivel individual, familiar y/o comunitario; y evaluar el estado de la población que estaba siendo atendida por problemas en su salud mental y responder a sus eventuales necesidades, todo esto bajo la lógica de fortalecer el tejido social de la comunidad. Dos aspectos centrales fueron considerados: las acciones de salud mental debían ser desarrolladas en el contexto de las acciones de salud general, y se requería reforzar las medidas preventivas en la población de riesgo, lo que demandaba una coordinación estrecha con los diferentes sectores e instituciones en ese momento y en el mediano plazo.

Si bien toda la población, incluida el personal sanitario, fue definida como población vulnerable, se establecieron algunos grupos prioritarios: familias con fallecidos y/o desaparecidos y aquellas con dispersión de sus miembros; albergados y personas viviendo en campamentos; pacientes con patología crónica, con problemas de salud física y de salud mental; adultos mayores, incluyendo postrados; y niños y adolescente.

La estrategia básica buscó responder a las necesidades de la población promoviendo intervenciones realizadas en espacios de la propia comunidad o lo más cercano posible a

ésta. Se diseñó un modelo piramidal de intervenciones que consideró al municipio, a los centros de salud y a la comunidad. En cada comunidad se identifico y contacto a los líderes locales; en los centros de atención primaria se designaron referentes por territorio, quienes coordinaban acciones con estos líderes; en cada centro de salud había una persona de referencia; y, finalmente, se designo un referente comunal. Se trata de una estrategia bottom-up donde cada líder local se hacía cargo de detectar las necesidades y demandas de aproximadamente 20 familias, esta información era rescatada por el referente sectorial que coordinaba a 5 o más líderes y entregaba la información al referente del centro, quien a su vez traspasaba la información al referente comunal, el que gestionaba y coordinaba con las distintas instancias municipales y sanitarias para intentar responder a las diversas necesidades de la población.

La estrategia demandó un rol activo del nivel secundario, principalmente en la coordinación e implementación de mecanismos de asistencia y derivación expeditos para el rescate de pacientes descompensados, la atención de urgencias y, en la medida que el sistema se fue normalizando, para atender a nuevos pacientes con cuadros de mayor complejidad.

Dentro de las acciones específicas en el ámbito de la salud mental, se consideraron las siguientes:

• Primeros auxilios en salud mental. Intervención de baja complejidad realizada en la comunidad, destinada a entregar una contención inicial, a identificar eventuales casos y evaluar las necesidades básicas.

• Psico-educación: Básicamente consistía en entregar información y estrategias de afrontamiento de baja complejidad para abordar la sintomatología más activa y los diversos problemas que la población enfrentaba.

• Mantención de tratamientos pre-existentes: La población en tratamiento fue contactada, visitada y se evaluó su condición de salud, buscando favorecer su adherencia a tratamiento y así evitar las descompensaciones.

• Acciones orientadas a tres poblaciones específicas: familias con fallecidos (cómo enfrentar el duelo, incluyendo todo el proceso de la muerte), familias con desaparecidos y acciones de rastreo para la re-unificación.

• Atención al personal prestador de cuidados. Se realizaron acciones de auto cuidado dirigida a los equipos de salud.

DISCUSIÓN

A pesar de que el plan nacional de salud mental en situaciones de catástrofe o emergencia había tenido insuficiente difusión y solo un escaso número de profesionales había recibido capacitación en el tema antes del terremoto/tsunami, la mayoría de los centros de atención primaria efectuaron intervenciones oportunas y adecuadas a las necesidades de la población. Una posible explicación para este hecho, es el esfuerzo realizado en los últimos 20 años por el sistema público de salud (que cubre al 75% de la población chilena) para integrar la salud mental en la atención primaria, con el apoyo de 2 planes nacionales sucesivos, la difusión de guías clínicas y capacitación para equipos de salud general, la incorporación de psicólogos, la destinación de fondos adicionales para aumentar recursos humanos y adquirir medicamentos psicotrópicos, y el apoyo brindado a los equipos de atención primaria por parte de los equipos de nivel secundario, especialmente a través de consultorías efectuadas en los mismos centros primarios.

Es necesario asegurar a futuro que, en nuevas situaciones catastróficas, los centros de atención primaria entreguen intervenciones de salud mental más tempranas y de mejor cobertura y calidad. Para este efecto, dichos centros requieren una preparación adecuada para emergencias y desastres a través de la capacitación específicamente en este tema de todos sus funcionarios, la elaboración de planes locales de contingencia, y la realización de simulacros en los que se consideren los aspectos de salud mental.

La mayoría de las personas que demandaron atención por problemas de salud mental asociados al sismo lo hicieron en centros de atención primaria, y en la gran mayoría de los casos la totalidad del tratamiento fue efectuado en estos centros sin necesidad de recurrir a especialistas, salvo para consultorías ocasionales. Tal como muestran las cifras chilenas de número de personas ingresadas a tratamiento en atención primaria, en los meses siguientes a un terremoto/maremoto es esperable que exista una mayor demanda por trastornos de ansiedad.

La experiencia chilena muestra que la ausencia de una definición previa de un modelo de gestión del conjunto del sistema público para enfrentar emergencias y desastres, en el que se defina con claridad las distintas funciones a cumplir por los diferentes actores de salud mental, tiende a dificultar la toma de decisiones y enlentecer las respuestas hacia la población. Un ejemplo de ello, fue la demora de varios meses entre el momento que ocurrió el terremoto/tsunami y la fecha de llegada de recursos de refuerzo desde el Ministerio de Salud a la atención primaria. La respuesta de salud mental en situaciones de emergencias y desastres parece seguir dependiendo de motivaciones y coordinaciones personales, tanto en los niveles nacionales como locales, más que de la capacidad instalada en las diferentes instituciones del Estado y de los sistemas de coordinación entre ellas.

Considerando las dificultades de comunicación telefónicas, por internet y de transporte aéreo y terrestre ocurridas en los primeros días después del desastre y la situación dinámica y cambiante de los procesos locales, de difícil seguimiento y evaluación por el Ministerio de Salud, es probable que el modelo de gestión requiera tener un alto grado de descentralización hacia los niveles periféricos – por ejemplo, regiones y comunas. De manera similar, las estrategias nacionales podrían tener una implementación más flexible en los niveles locales, con transferencia de fondos de emergencia y orientaciones generales desde el ministerio pero con toma de decisiones sobre cómo utilizar dichos fondos en los niveles periféricos.

Los lugares que disponían de una red de servicios de salud mental con una fuerte base en la comunidad y en la atención primaria, articulada con equipos de especialidad descentralizados y organizada en micro redes autosuficientes lograron respuestas más oportunas, con una mayor diversidad de intervenciones y con mayor sintonía con las necesidades de la población, tal como fue el caso en la comuna de Talcahuano. Por su parte, en algunos de los lugares con menor desarrollo del modelo comunitario, la dirección del servicio de salud jugó un rol activo en reorganizar y apoyar el trabajo en salud mental de los equipos de atención primaria, tal como fue el caso en la isla Robinson Crusoe.

Los centros de atención primaria fueron la base fundamental de las respuestas de salud mental en las distintas etapas post-sismo, tanto en la atención individual de personas como en las intervenciones con las comunidades más afectadas. Si bien todos los centros desarrollan habitualmente actividades de salud mental

dentro de un modelo familiar y comunitario, con horas programadas para ello, contemplando la participación de médicos generales, psicólogos, asistentes sociales y enfermeras, no todos respondieron de igual forma después del terremoto. Los factores que parecieron influir en una mejor respuesta se relacionan con las competencias desarrolladas para el trabajo comunitario, el nivel de articulación con equipos de especialidad en salud mental y psiquiatría, y la experiencia previa y capacitación en salud mental en situaciones de desastre.

Los equipos de atención primaria realizaron más trabajo comunitario en salud mental, en los meses siguientes al terremoto/tsunami, que lo que habitualmente realizaban. La experiencia de ellos en los refugios, campamentos, aldeas y otras poblaciones vulnerables ha generado aprendizajes interesantes, los cuales serán de utilidad no solo para las situaciones de desastres sino también para el trabajo habitual en salud mental. Sin embargo, la ausencia de evaluaciones de proceso y resultados de las distintas intervenciones psicosociales utilizadas en comunidades, grupos e individuos, ya sea para efectos de protección como de recuperación de la salud mental, impedirá obtener conclusiones sólidas sobre cuáles son las intervenciones de salud mental más efectivas y costo efectivas para ser incorporadas en futuras estrategias sobre desastres.

Este sismo, al igual que desastres previos en Chile y en muchos países del mundo, despertó un enorme movimiento solidario, una de cuyas expresiones fue la masiva concurrencia de voluntarios a la zona devastada y, entre ellos, muchos deseaban hacer su aporte en el área de salud mental. Sin embargo, su llegada inorgánica, saltándose a las personas responsables de las redes de atención, su alto número en algunas localidades, el desconocimiento de sus competencias técnicas y la falta de supervisión de su trabajo hicieron que en muchos casos se desperdiciara el tiempo que dispusieron y las capacidades técnicas que tenían, y que en otros casos, su presencia resultara un factor obstaculizador para el trabajo en salud mental que estaban realizando las propias comunidades y los equipos de salud.

En el trabajo con voluntarios, algunos centros de salud desarrollaron experiencias que permitieron una utilización más eficaz y eficiente de las personas que se ofrecieron para trabajar en salud mental. Una de las estrategias exitosas utilizadas fue el trabajo del voluntario integrado a un equipo de salud primario, bajo la dirección y supervisión de algún profesional de dicho equipo, y cumpliendo las funciones que habían sido priorizadas por el equipo. Este aprendizaje podría ser incorporado en un plan nacional de manera anticipatoria, de modo de disponer de voluntarios dispuestos a trabajar en salud mental en caso de emergencia o desastre, los cuales podrían estar previamente capacitados y acreditados, y conocedores del funcionamiento de la atención primaria. Parece importante buscar formas de capitalizar las conductas solidarias que despiertan los desastres, garantizando al mismo tiempo la seguridad de la población, la orgánica del sistema de salud mental y la continuidad de las actividades que se realicen.

En condiciones de gran adversidad personal y colectiva, el personal de salud primaria mostró enormes fortalezas y capacidades técnicas, trabajando durante largas jornadas, mucho más allá de lo estipulado en sus contratos de trabajo, con el fin de apoyar solidariamente a las personas y comunidades dañadas por el terremoto/tsunami y sus réplicas. Además, es destacable la flexibilidad que mostraron, de modo de adecuar su forma de trabajo a las nuevas necesidades que presentaba la población, y la capacidad de aprendizaje para implementar intervenciones comunitarias en salud mental en condiciones inusuales.

Este hecho apunta a la necesidad de generar medidas especiales de cuidado del capital humano de salud para estas situaciones, en las que se incluyan un programa de relevos, con el objeto de prevenir burnout, y un sistema de incentivos.

El desarrollo de los dos planes nacionales de salud mental durante los últimos 20 años, junto con el aporte de algunos diplomados y maestrías sobre salud mental desde la perspectiva de la salud pública, han permitido la formación en Chile de un conjunto de profesionales que ejercen liderazgo en este campo tanto a nivel de las regiones cómo de los centros de atención primaria. Ellos fueron fundamentales a partir del terremoto para conducir los procesos de implementación de las diferentes estrategias de salud mental, convocar y organizar el trabajo de muchos profesionales y técnicos de salud y de otros sectores, y también para reorganizar las redes de servicios de salud mental. De acuerdo a la experiencia chilena, aparece como altamente rentable que los países inviertan en la formación de este tipo de líderes, considerando el impacto que pueden tener en el desarrollo de redes de salud mental en condiciones de normalidad, y en particular en una situación de desastre.

CONCLUSIONES

La experiencia chilena confirma el rol central que pueden cumplir los equipos de atención primaria para proteger y recuperar la salud mental desde los primeros días posteriores a situaciones de emergencia y desastre, y que este rol puede extenderse por varios meses después de ocurrido el evento. Para el adecuado cumplimiento de las funciones que implica este rol se requiere que los equipos dispongan de guías sobre como intervenir en salud mental en situaciones de desastres, estén debidamente capacitados y hayan participado en simulacros, se haya elaborado además un plan de contingencia local, y existan mecanismos expeditos de refuerzo de recursos humanos y de transporte una vez que haya ocurrido esta tragedia.

El trabajo de los equipos de atención primaria en salud mental no puede hacerse en forma aislada, sino que requiere integración tanto en estrategias sanitarias generales para enfrentar emergencias y desastres como en redes de salud mental y psiquiatría. Además, es necesario que las estrategias sanitarias se integren en forma coherente con las de otros sectores, de preferencia en el nivel más local posible (la comuna, en el caso de Chile), y se utilice un enfoque territorial global, de modo de abordar en forma integral tanto el estrés agudo como el sostenido que enfrenta la población después de una catástrofe, el que tiene causas que están mucho más allá de lo sanitario, y se relaciona con aspectos tales como vivienda, seguridad, educación y empleo, entre otras.

Una de las riquezas de la atención primaria en la experiencia chilena fue la activación del trabajo comunitario para responder a las necesidades de salud mental de la población después del terremoto/tsunami. Sin embargo, esto significó al mismo tiempo un complejo desafío del cómo mantener el trabajo comunitario de terreno sin abandonar las funciones asistenciales tradicionales, especialmente durante la etapa post crítica donde aumentaron progresivamente las consultas en los centros de atención primaria. Otro de los desafíos del trabajo comunitario fue la generación y mantención de una coordinación expedita y efectiva entre los distintos componentes de la red sanitaria y entre estos y los líderes comunitarios. El surgimiento de nuevos liderazgos bajo condiciones de emergencia y desastres, tanto en las comunidades como en los equipos de salud, los cuales muchas veces tomaron roles más activos que las personas en cargos oficiales, complejizó aún más estos procesos.

Es fundamental generar procesos de aprendizaje y generación de conocimientos en torno a las experiencias de manejo de la salud mental en situaciones de emergencias y desastres. Al menos estas experiencias deben ser sistematizadas y difundidas para que sirvan de insumos en la formulación de políticas y estrategias nacionales, y en la planificación y preparación de las comunidades locales, como así mismo para que se utilicen como material de estudio y reflexión en los procesos de capacitación del personal de salud. Sin embargo, urge además realizar estudios que generen evidencias respecto a la efectividad de las diversas intervenciones de salud mental realizadas después de una catástrofe, lo cual implica el tremendo desafío de superar las dificultades metodológicas de investigar en una situación tan especial como la que se genera después de un evento de esta naturaleza.

REFERENCIAS

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington DC, 2002.

Udomratn P. Mental health and psychosocial consequences of natural disasters in Asia. International Review of Psychiatry, October 2008; 20(5): 441–444.

Van Griensven, F, Pengjuntr W, Lopes B, Tantipiwatanaskul P, Mock P et al. Mental health problems among adults in tsunami-affected areas in Southern Thailand. JAMA, August 2, 2006—Vol 296, No. 5; 537-548.

Harville EW, Xiong X, Pridjian G, Elkind-Hirsch K, Buekens P. Postpartum mental health after Hurricane Katrina: A cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth 2009, 9:21:1186-93.

Gross R, Neria Y, Tao X, Massa J, Ashwell L, Davis K, Geyh A. Posttraumatic stress disorder and other psychological sequelae among World Trade Center clean up and recovery workers. Annals of the New York Academy of Sciences. 2006,1071(1):495-499.

Galea S, Nandi A, Vlahov D. The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters. Epidemiol Rev 2005;27:78–91

Kokai M, Fujii S, Shinfuku N, Edwards G. Natural disaster and mental health in Asia. Psychiatry & Clinical Neurosciences, 2004, 58(2):110-116.

Figueroa RA, Marín H, González M. Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y meta análisis. Rev Med Chile 2010; 138: 143-151.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra 2001.

World Health Organization. Mental health in emergencies. Geneva 2003.

Van Ommeren M, Saxena S, Sarraceno B. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus. Bulletin of the World Health Organization, 2005, 83(1): 71-75.

Rodríguez J, Zaccarelli M, Pérez R (eds.). Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C. 2006.

Inter-Agency Standing Comité. Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. Ginebra 2007.

Minoletti A y Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Rev Panam Salud Pública 2005, 18 (4/5): 346-358.

Minoletti A, Narváez P, Sepúlveda R, Caprile A. Capítulo 26. Chile: Lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental. En Rodríguez J (ed.), Salud Mental en la Comunidad, Organización Panamericana de la Salud, serie PALTEX, Washington, 2009: 339-348.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Protección de la salud mental luego del terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010 en Chile: crónica de una experiencia. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Santiago de Chile, 2010.

Erazo C, Pemjean A. Red de atención de salud mental en Chile y el terremoto de febrero 2010: fortalezas, daños y respuestas. Revista Chilena de Salud Pública 2010, 14(1):59-65.

Dirección para correspondencia:
Alberto Minoletti
Profesor Asociado
Escuela de Salud Publica "Dr. Salvador Allende"
Facultad de Medicina. Universidad de Chile
aminolet@vtr.net

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 10, N.º 1, pp. 49 - 57, 2010

Las emergencias humanitarias y catástrofes como oportunidades estratégicas de cambio en los sistemas de salud mental. El caso del Plan Regional de Salud Mental de Huancavelica (Perú)

Humanitarian emergencies and disasters as strategic opportunities for change in mental health systems. The case of the Regional Mental Health Plan of Huancavelica (Peru)

Kohan I, Pérez-Sales P.
Humani M, Chirinos R.
Pérez-Langa R.
Rivera M.
Cid B, Silva A.
Médicos del Mundo

RESUMEN

La puesta en marcha y evolución de este proyecto evidencia cómo una intervención de emergencia tras el terremoto que asoló el centro de Perú el 15 de agosto del 2007, derivó a mediano plazo en un proyecto de desarrollo. El trabajo de emergencia de reconstrucción de infraestructuras físicas dañadas que llevó cerca de un año y medio fue aprovechado para elaborar un proyecto transformador de mayor profundidad e incidencia para el conjunto de la población. El tiempo de la reconstrucción permitió visualizar las necesidades en salud mental y el vacio de respuestas, pensar las alternativas de manera conjunta con los técnicos y las autoridades locales y diseñar de forma participativa un proyecto que respondiera a esas necesidades. La crisis fue la oportunidad para el cambio.

***Palabras Clave**: Perú, salud mental, emergencia humanitaria, médicos del mundo*

ABSTRACT

The implementation and development of this project reveals how an emergency response following the earthquake that struck central Peru on August 15, 2007, resulted in a medium term development project. The emergency work of reconstruction of damaged physical infrastructure which took about one and a half was used to develop a transformative project of greater depth and impact to the whole population. The time of reconstruction allowed visualization of the mental health needs and empty of answers, to think alternatives together with technicians and local authorities and participatory design of a project to respond to those needs. The crisis was an opportunity for change.

***Keywords:** Peru, mental health, humanitarian emergency, medicos del mundo*

Mientras que los enfoques clásicos de trabajo en catástrofes han primado la detección y atención de las necesidades de la población, los esquemas contemporáneos (y en especial en el caso de las sociedades golpeadas por la violencia política) ponen el énfasis en las condiciones estructurales y el énfasis en el análisis de las vulnerabilidades y capacidades (Anderson & Woodrow, 1998; IASC, 2007). Eso significa poner el foco en las oportunidades de cambio que la crisis puede generar. Estas oportunidades derivan de la necesidad de re-

construir (y por tanto la posibilidad de repensar y rediseñar) las estructuras, así como de la llegada de apoyos solidarios que permiten contar con fuentes adicionales de personal técnico cualificado y de recursos económicos.

Médicos del Mundo es una asociación de solidaridad internacional e independiente que promueve, a través del compromiso voluntario, el desarrollo humano mediante la defensa del derecho fundamental a la salud y una vida digna para todas las personas. Tiene entre sus prioridades estratégicas el trabajo psicosocial y en salud mental. Desde 1994 ha desarrollado programas de Salud Mental, además de en el Estado Español, entre otros lugares, en lugares como Bosnia, Kosovo, Palestina, Sri Lanka, El Salvador, Guatemala, México, Perú, Colombia, Haití . En algunos casos se ha tratado de intervenciones de apoyo a organizaciones locales en acciones de tipo sectorial (p.e. trabajo con población desplazada, menores de la calle, trabajadoras del sexo u otras). En otros se ha tratado de intervenciones en el marco de emergencias.

A lo largo de los años ha ido desarrollando un modelo de trabajo que apuesta por el apoyo a modelos de salud pública y la transformación de las condiciones de vida de la población a partir de los contextos de guerra, emergencias o catástrofes.

Durante la fase aguda de la emergencia.

El enfoque inicial evita las intervenciones de carácter clínico individual o grupal con supervivientes basadas en la idea de trauma y prima el trabajo de organización comunitaria que permita a la población recuperar el control sobre su vida cuanto antes y ser actores de su propio proceso. En este sentido la guía IASC ha recogido y formalizado desde el año 2007 buena parte de estas líneas estratégicas que se habían desarrollado, y en este momento es el punto de referencia para Médicos del Mundo. Los programas de acción desarrollados por MdM tienen como ejes conceptuales: (1) Apoyo en el desarrollo e implementación de la Guía IASC. Apuesta por el apoyo a los mecanismos de coordinación interinstitucional (incluyendo a las autoridades locales, allí donde sea posible por el contexto político y de derechos humanos). (2) Actuar reforzando la respuesta comunitaria y los factores de resistencia colectiva. (3) Respeto por la cultura y las formas propias de actuación. (4) Intervenciones que unen la emergencia con el proceso de reconstrucción posterior, lo que conlleva un compromiso de permanencia inicial de 6 a 12 meses, que se amplía en función de las posibilidades de apoyar en procesos de consolidación de sistemas públicos de atención en salud mental.

De la fase aguda a la transformación.

Siendo las catástrofes oportunidades de cambio, se requiere desde el principio de una intervención tener una perspectiva que una conceptualmente la crisis y la post-crisis en una sola mirada compartida. Esto implica una apuesta por los Sistemas de Salud Pública con actuaciones que contemplen reforzar o crear dispositivos de salud mental que no sustituyan o compitan con los del Estado, sino que lo complementen temporalmente, permitiendo reflexionar sobre experiencias de implementación de modelos integrados de atención clínica y comunitaria. Ello conlleva un trabajo previo pactando unos ciertos acuerdos de transferencia de servicios a la red de salud pública. Los servicios a desarrollar, en consecuencia, deben estar acorde al diseño de la estrategia global en salud y al Plan Nacional de Salud Mental. En algunos contextos este existirá ya previo a la crisis, en otros la Organización Mundial de la Salud o la Organización Panamericana de Salud estarán en el proceso de acompañamiento o concertación con el Ministerio de Salud, y en otros no existirá y será necesario plantear la necesidad de elaborarlo.

Para ello MdM se integra a otras organizaciones e instancias nacionales e internacionales para ayudar a crear las condiciones para que pueda realizarse un Plan Nacional de manera concertada entre las autoridades de salud, las instituciones públicas implicadas, las organizaciones sociales y de derechos humanos que trabajan en salud mental o en el ámbito psicosocial y la propia población y especialmente los usuarios. En aquellos contextos en que los Planes Nacionales no contemplen una mirada integral (p.e. reforma progresiva de hospitales psiquiátricos, sistemas integrados en la red de atención básica de salud etc), se busca promover a través de un trabajo en red los procesos de reflexión con las autoridades y los actores implicados hacia modelos de atención integral de tipo psicosocial y comunitario en el ámbito de la salud mental. El objetivo es, por tanto, poder hacer un diagnóstico del sistema de atención en salud mental del país o la región que sufre la crisis, trabajando de manera concertada con el Ministerio de Salud, las agencias de Naciones Unidas, las grandes ONGs con trabajo en salud mental implicadas en la crisis y las propias personas afectadas.

En el trabajo de MdM, este proceso camina en paralelo con el desarrollo de una o más partes de ese plan. Típicamente, el desarrollo del sistema completo en una región con especiales dificultades o carencias y que pueda servir como piloto y espacio de reflexión y aprendizaje. En este sentido no son comparables los contextos de trabajo en un país como Sri Lanka (renta media, con voluntad política de implementación de un proceso de reforma, un número de profesionales mínimo y un plan quinquenal elaborado por el gobierno y la OMS), con Palestina (renta baja, número elevado de profesionales, múltiples actores políticos con actitudes políticas diferentes respecto a las autoridades y un plan quinquenal elaborado con la OMS) o Haití (renta muy baja, ausencia completa de profesionales, medicina esencialmente privada o por organizaciones caritativas, ausencia de plan y casi total ausencia de recursos para dotar cualquier propuesta) . Cada contexto requiere un cuidadoso análisis y un laborioso trabajo de consensos con mirada transformadora a largo término.

En este trabajo se describe el trabajo que se está realizando en la región de Huancavelica (Perú), gravemente afectada por un terremoto en el año 2007 y en otro trabajo, en este mismo monográfico, el trabajo desde hace años, en los Territorios Ocupados Palestinos. Ambos ejemplifican esta filosofía de trabajo que proponemos. Esquemas similares se han desarrollado o se están desarrollando en Trincomalee (Sri Lanka) o Petit Goave (Haiti).

HUANCAVELICA

Médicos del Mundo interviene por primera vez en la Región de Huancavelica inmediatamente después del terremoto de agosto de 2007 (Rivera et al., 2008). Esta región registró menor número de víctimas mortales que la zona costera pero se produjeron muchos daños materiales y se profundizó el sufrimiento de una población que no sólo es la más pobre del Perú sino que además ha sido una de las más afectadas por la violencia política de los años 1980-2000. En esa etapa Médicos del Mundo centró su intervención en reconstruir 8 establecimientos de salud e identificó la necesidad de apoyar al equipo de salud mental local que estaba trabajando en la emergencia. Un equipo de MdM acompañó a los profesionales y se promovió en paralelo un primer proceso participativo con organizaciones sociales, instituciones y profesionales para reflexionar sobre la situación de la salud mental en la región (prácticamente inexistente a la fecha) y trazar algunas líneas maestras de lo que podría ser un hipotético sistema regional de salud mental. El momento era estratégico por cuanto el gobierno de Perú estaba implementando una

amplia política de descentralización y transfiriendo progresivamente a las regiones las competencias (y los presupuestos) en materia de salud. Con el acuerdo de todas las partes sobre los lineamientos básicos y líneas posibles de trabajo, en noviembre de 2008 se firma un Convenio de colaboración entre Médicos del Mundo y el Gobierno Regional de Huancavelica, la Dirección Regional de Salud y el Hospital Departamental, con el aval del Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de Salud (PAHO) que supone la puesta en marcha de un proyecto de rediseño y mejora de la atención en salud mental en el marco de un fortalecimiento de la estructura de los servicios de atención primaria de salud. Entre junio y septiembre de 2009 se realizan los estudios de línea base y el proyecto comienza en enero de 2010 con un compromiso inicial de apoyo a tres años aunque con una realidad de financiación frágil y por períodos cortos renovables que ha ido condicionando en buena medida las dinámicas y la viabilidad de partes sustanciales del mismo. El proyecto fortalece la creación de sistemas de salud pública y se desarrolla de manera integrada y participativa, bajo la coordinación de la Dirección Regional de Salud, y con la participación del personal de salud local en sus diferentes niveles.

CONTExTO DEL PROYECTO

La región de Huancavelica, enclavada en los Andes centrales peruanos se caracteriza por ser la más pobre y de menor desarrollo del país. Su población (475 mil habitantes) en su mayoría rural y quechua-hablante, habita pequeñas comunidades dispersas y ha sufrido a lo largo de los siglos marginación y discriminación étnica y cultural por parte del poder central. Entre los años 1980 – 2000 Huancavelica fue una de las regiones más afectadas por el conflicto armado entre Sendero Luminoso y el Ejército que supuso masacres masivas, desaparición sistemática de personas, tortura, violencia sexual, desplazamientos forzosos y un largo etcétera. Esta guerra, unida a un nivel de pobreza extremo, ha dejado importantes secuelas en las personas y en las comunidades, resquebrajando las redes de soporte comunitarias y familiares (TCR, 2003).

Figura 1: Mapa de la violencia - N.º de víctimas oficiales por región. Huancavelica; 13.523. Fuente: Consejo de Reparaciones

Con respecto a la atención de la salud mental, hasta hace pocos años ésta era prácticamente inexistente (Rivera, 2003). Recién a partir del año 2005 se empezó a contar con algunos psicólogos, en buena medida gracias al impulso del Programa Integral de Reparaciones. Inicialmente fueron 5 con muy poca demanda de atención circunscrita a problemas sociales que llegaban a atención primaria (conflictos derivados del consumo de alcohol, fracaso escolar, tentativas de suicidio y embarazo adolescente). Por otra parte las grandes barre-

ras geográficas impedían que los pacientes de fuera de la capital regional pudieran desplazarse y recibir atención. Progresivamente se ha aumentado el número de profesionales hasta cerca de 40 en la actualidad, distribuidos en los 51 Centros de Salud con los que cuenta la región y un Centro de Salud Mental que depende del Hospital Departamental de Huancavelica. Paradójicamente, este pronunciado avance de RRHH no supuso un cambio sustantivo en el número de atenciones, en el perfil de los pacientes atendidos ni tampoco una inclusión de la dimensión comunitaria en el horizonte de actuación. También había un psiquiatra que en esos primeros años realizaba básicamente actividades administrativas. En la actualidad la región carece de psiquiatras por las duras condiciones de la zona. El incremento de profesionales tampoco fue de la mano de la creación de estructuras funcionales que orienten y den consistencia a equipos de trabajo con metas determinadas y objetivos y planes de acción basados en las necesidades locales.

La región presenta desafíos muy importantes. Por un lado estaría una geografía muy complicada, en los Andes, a más de 4000 metros en muchas zonas, con comunidades inaccesibles, una única carretera asfaltada y el resto vías carrozables cortadas en época de lluvias, dispersión de la población en pequeñas comunidades y por sobre todo, unos niveles de pobreza y exclusión extremos. A esto se añaden aspectos de tipo étnico: la mayoría de la población es quechua-hablante y se mueve desde concepciones idiosincrásicas de la salud-enfermedad, explicaciones etiológicas, formas de búsqueda de ayuda y curación y el lugar que ocupa el lazo social y familiar en el proceso de enfermar con las implicaciones que todo esto conlleva para la atención en salud mental y las estrategias de intervención. La formación de los profesionales de la salud mental es muy precaria y obtenida fuera de la región dado que en Huancavelica no existe formación en psicología. Carecen, por ejemplo, de competencias en intervención comunitaria, abordajes preventivos y enfoque intercultural. Ha habido importantes esfuerzos de capacitación por parte del Ministerio de Salud y de programas de la Cooperación Internacional, como el Proyecto Amares (financiado por la Unión Europea) y el Proyecto de Atención Integral a Personas Afectadas por la Violencia (financiado por la Cooperación Japonesa). Pero los profesionales, dadas las condiciones laborales y la dureza, una vez formados, es muy difícil que permanezcan en la zona y se pierden los aprendizajes.

A ello se añaden otras problemáticas propias de sistemas en evolución: falta de un sistema integrado epidemiológico y de recogida de información, escasez y discontinuidad en el suministro de psicofármacos a los pacientes, provocado fundamentalmente, por la falta de formación de los médicos generales que no los consideran entre los fármacos esenciales a solicitar. En este panorama uno de los primeros datos que llamaron la atención al hacer la línea base era la práctica inexistencia de atenciones clínicas por enfermedad mental grave (esquizofrenia y trastorno bipolar). En el registro regional constaba una media de 16 atenciones anuales para 450 mil habitantes y de 2 ingresos al año en el hospital regional, de 108 camas. La idea asumida era que en Huancavelica no existen pacientes psicóticos o se iban a atender a otras regiones. Análogamente sorprendía la ausencia de atenciones a víctimas de la violencia política pese a la extrema gravedad del problema y a pesar de contar, oficialmente, con un programa específico para reparaciones en salud mental para las víctimas.

En base a ello, el proyecto ha desarrollado acciones en los diferentes niveles de intervención.

Figura 2: Niveles de atención y estructuras propuestas (Fuente: Elaboración propia)

Figura 3: Línea Base. Entrevistas con supervivientes de violencia política.

• Remodelación, ampliación y equipamiento del Centro de Salud Mental Comunitario, que depende del Hospital Departamental de Huancavelica. El objetivo es atender la demanda clínica de la capital y a la vez crear un centro de referencia técnica regional con capacidad de formar, supervisar y fortalecer institucionalmente el desempeño de los trabajadores y equipos de salud mental de toda la región. Por eso está diseñado con amplios espacios multiusos. Una segunda etapa prevé dormitorios colectivos para ser utilizados por el personal que viene de las redes a capacitarse, y para estancia de familiares de pacientes graves que requieran ser internados en el hospital y con los que poder trabajar psicoeducación.

• Elaborar un Plan Regional de Salud Mental, para el que ya está en marcha un amplio proceso participativo impulsado desde MdM y la Dirección Regional.

• Profundizar la línea base en los temas críticos detectados en el análisis inicial y en especial realizar un trabajo de investigación-acción para la detección de pacientes con patología mental grave a través de sistemas de informantes comunitarios y un estudio sobre la situación y necesidades de atención en salud mental de las víctimas de violencia política con afectación psicológica grave. Cabe señalar que solo en la primera semana de trabajo con informantes clave en una sola de las 27 micro-redes con las que cuenta la región se localizaron 13 pacientes psicóticos graves en condiciones de semi-abandono o reclusión domiciliaria. Más de los atendidos en los últimos cinco años en el Hospital Regional. Estas dos líneas estratégicas deberían marcar, junto al suicidio y el alcoholismo, ambos de alta prevalencia en la región, las prioridades en los programas de capacitación futura de los psicólogos en las micro-redes.

• Se está revisando con el Ministerio de Salud el sistema de registro, e implemen-

tando un sistema de seguimiento y continuidad de la atención de los pacientes, elevando propuestas para el conjunto de Perú.

• Procesos de capacitación en atención clínica y comunitaria, a través de formación supervisada y tutorías, por el momento en una red piloto (Angaraes, 60.000 habitantes). Se está trabajando en la creación de equipos de salud mental en los 5 centros de salud de esta zona, con formación clínica (detección y apoyo, junto con la comunidad, de la patología mental grave) y la capacitación para la realización de diagnósticos comunitarios y procesos de fortalecimiento colectivo en comunidades golpeadas por la violencia. Se espera que los psicólogos puedan generar procesos comunitarios autogestivos de base psicosocial.

• Apoyo a las Asociaciones de Afectados por la Violencia Política y a los Comités Regional y Provinciales de Reparaciones buscando el trabajo en Derechos Humanos desde las redes de salud mental acompañando e impulsando iniciativas que permitan fortalecer la participación de los afectados y sus organizaciones así como intervenir acompañando en procesos extraordinariamente sensibles a nivel individual y comunitario como son por ejemplo la investigación sobre desaparecidos y exhumaciones de fosas comunes.

El horizonte, con todo, es incierto. Aunque se firmen acuerdos y se realicen consensos, este tipo de intervenciones tienen la fragilidad inherente a los ciclos políticos. En Perú, como en muchos otros países, la distinción entre cargos técnicos o de carrera profesional y cargos de confianza es difusa y los cambios de poder pueden conllevar cambios radicales en todas las personas de referencia con las que se venía trabajando hasta la fecha. Huancavelica tuvo elecciones en el 2010 y tendrá en el 2011 nuevas autoridades regionales, provinciales y distritales. A ello se añade que el estado peruano introducirá nuevos sistemas de gestión presupuestaria por resultados. Estos esquemas, quizás adecuados para otros ámbitos de la medicina más orientados a diagnósticos clínicos cerrados, son difíciles de casar en el terreno psicosocial y amenazan con limitar el alcance de las reformas logradas si no se buscan medidas de flexibilización. Por ello es fundamental el carácter participativo del proceso, para que más allá de los acuerdos de transferencia, haya una implantación de los cambios en la lógica de los equipos y una amplia base de participación social y ciudadana que apuntale el futuro de los cambios más allá de las coyunturas del momento.

APRENDIzAj ES Y SUGERENCIAS

El programa brinda numerosas lecciones aprendidas.

1. Por un lado la importancia de apostar por el fortalecimiento de la salud mental dentro del sistema de salud pública. Perú está realizando un importante esfuerzo por desarrollar programas de atención gratuita en salud y este programa incide por tanto sobre un contexto político receptivo y favorable. Aunque por el momento estas se limitan a las enfermedades y trastornos definidos en el PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud), la mayor parte del personal de salud de los centros y de las Redes están ávidos por ampliar sus conocimientos y competencias en esta área que muchas veces los desborda.

2. Por otro lado el valor de adaptar los esquemas de intervención localmente a través de procesos participativos que impliquen a todos los actores. Las diferentes regiones de Perú difieren enormemente unas de otras y en esa medida el Plan Nacional de Salud Mental

y los lineamientos del Gobierno Central no pueden aplicarse directamente sin un reconocimiento de las características particulares de cada zona y del mapa de las instituciones y actores locales. Al mismo, la perspectiva local se nutre y beneficia si se puede integrar en la dimensión nacional e internacional, en particular de las orientaciones y el apoyo de la OPS.

3. Un reto particular de Huancavelica es la geografía extensa y extrema, las dificultades de las vías de comunicación y la dispersión de su población. Por este motivo requiere de sistemas innovadores basados en pequeñas unidades en red, con poca o ninguna dependencia de estructuras centrales, particularmente del hospital y en el que puede existir un Centro regional, pero más como asesor técnico y de capacitación que como referente clínico.

4. Las víctimas de la violencia política, presentes en todas las declaraciones políticas, están ausentes de la agenda de salud, pese a la existencia de recursos específicos. Múltiples razones permiten explicarlo. Por un lado la propia naturaleza del daño, que obliga a que deban diseñarse programas pro-activos de acercamiento a las víctimas en lugar de esperar a que ellas acudan a los dispositivos de salud. A ello se une la falta de formación específica de los profesionales para esta tarea, agravado por su rotación permanente lo que impide crear vínculos de confianza con las víctimas. Se está poniendo gran énfasis en revertir esta situación.

5. La metodología de detección de patología mental grave a través de búsqueda proactiva en las comunidades se está mostrando como una estrategia extraordinariamente eficaz. Los datos concretos de tipo epidemiológico y las metodologías específicas que se están usando se publicaran elsewhere. Baste decir que va a suponer un antes y un después en la atención en la salud mental de la región.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La puesta en marcha y evolución de este proyecto evidencia cómo una intervención de emergencia tras el terremoto que asoló el centro de Perú el 15 de agosto del 2007, derivó a mediano plazo en un proyecto de desarrollo. El trabajo de emergencia de reconstrucción de infraestructuras físicas dañadas que llevó cerca de un año y medio fue aprovechado para elaborar un proyecto transformador de mayor profundidad e incidencia para el conjunto de la población. El tiempo de la reconstrucción permitió visualizar las necesidades en salud mental y el vacio de respuestas, pensar las alternativas de manera conjunta con los técnicos y las autoridades locales y diseñar de forma participativa un proyecto que respondiera a esas necesidades. La crisis fue la oportunidad para el cambio.

REFERENCIAS

Anderson, M. B., & Woodrow, P. J. (1998). Rising from the ashes. Development strategies in times of disaster: Lynne Rienner Publishers.

IASC. (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva.

Rivera, M. (2003). Proyecto Amares. Diagnóstico de servicios de salud mental del MINSA dirigido a personas afectadas por violencia política. Lima: ECHO.

Rivera, M., Perez-Sales, P., Aparcana, J., Bazan, M., Gianella, C., & Lozano, A. (2008). Community mobilization after an earthquake: case study of the use of the IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings on mental health and psychosocial support in Peru. Intervention, 6, 275-283.

TCR. (2003). Truth and Reconciliation Commission Final Report. Lima: Presidencia Republica.

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto está siendo posible gracias a la ayuda solidaria de los pueblos y los gobiernos del Principado de Asturias, de los Ayuntamientos de Siero y de Burjassot.

Dirección para correspondencia:

Pau Perez Sales.

Psiquiatra. España.

Email: pauperez@arrakis.es

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 10, N.º 1, pp. 59 - 69, 2010

Reforzar el sistema de salud público palestino como forma de intervenir en emergencias y conflictos armados. Un programa de Médicos del Mundo España en los territorios palestinos ocupados.

Strengthening palestinian public health system as to intervene in emergency and armed conflict. A program of Medicos del Mundo España in the Occupied Palestinian Territories.

Susana de Val D´ Espaux
Psicóloga, Médicos del Mundo, Salfeet TPO.

Bassam Saeed Madi
Médico y Director de atención Primaria de Salfeet, Salfeet TPO.

Jamil Yousef Saleh Nasif
Psicólogo, Centro de Salud Mental Comunitario, Salfeet TPO.

Mohamad Fathi Abd AL-Latif Arabasi
Psicólogo, Centro de Salud Mental Comunitario, Salfeet TPO.

Sa'eda Sami Yousef Raddad
Trabajadora Social, Centro de Salud Mental Comunitario, Salfeet TPO.

Amal Madi
Trabajadora Social, Centro de Salud Mental Comunitario, Salfeet TPO.

Noha Amin Amin Abu-Alrob
Terapeuta Ocupacional, Salfeet TPO.

Alberto Fernández Liria
Psiquiatra, Médicos del Mundo Madrid, España.

RESUMEN

Los autores describen el programa aplicado por médicos del mundo en Palestina con el fin de reforzar el sistema de salud público para el trabajo en la emergencia humanitaria creada por el conflicto armado. MdM basa su programa en fortalecer un sistema de salud mental basandose en la atención primaria de salud y en la participación de la comunidad. El programa implica una capacitación de los profesionales de salud en intervenciones de salud mental.

***Palabras Clave**: Palestina, emergencia, médicos del mundo, salud mental.*

ABSTRACT

The authors describe the program implemented by Médicos del Mundo in Palestine in order to strengthen the public health system to work in the humanitarian emergency created by the armed conflict. MdM bases its program to strengthen mental health system based on primary health care and community participation. The program involves training of health professionals in mental health interventions.

***Keywords:** Palestine, emergency, medicos del mundo, mental health.*

ANTECEDENTES: LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL DE MéDICOS DEL MUNDO EN PALESTINA

Médicos del Mundo (MdM) puso en marcha sus primeros programas de salud mental durante la guerra de Bosnia en 1994 (Díaz del Peral, et al., 2002; Fernández Liria & González Aguado, 1995). En ese momento no era frecuente que las intervenciones en salud mental se incluyeran en los programas de emergencias. Desde este primero, los programas de salud mental de MdM han tenido como características:

1. Orientarse al fortalecimiento de los recursos propios de las comunidades afectadas y no a la provisión de ayuda directa a través de recursos externos.

2. Orientarse a la reconstrucción de los sistemas públicos de atención de un modo que puedan funcionar autónomamente y puedan ser adecuados y sostenibles durante la emergencia y en el panorama previsible tras ésta.

3. Implicar a todos los posibles agentes de salud (Y muy especialmente a la atención primaria de salud) y no sólo a los profesionales del nivel especializado.

4. Tener en cuenta las necesidades de las personas que sufren trastornos mentales graves y de sus convivientes y no sólo las de los que padecen trastornos que pueden ser vinculados a las experiencias debidas a la situación de emergencia.

5. Trabajar siempre con una perspectiva comunitaria, una visión de salud pública y un enfoque psicosocial.

Para ello, se han desarrollado distintas estrategias que se han aplicado en mayor o menor medida en función de las necesidades y características de cada uno de los contextos en los que se ha trabajado. Estas incluyen:

1. Actuaciones orientadas a la capacitación de agentes de salud como personal sanitario de atención primaria y especializada en salud mental y otros posibles agentes propios de cada contexto.
1.1. Dotación de recursos e infraestructuras necesarias para la actuación.
1.2. Actividades regladas de formación.
1.3. Acompañamiento e in service training (Formación en servicio) para los profesionales de salud mental a nivel clínico y organizativo.
1.4. Supervisión y tutoría.

2. Actividades orientadas a la sensibilización de las comunidades.
2.1. Actividades de sensibilización y educación sanitaria para la población general o grupos diana determinados por el contexto.
2.2. Actividades de abogacía frente a la administración y otros agentes implicados en los procesos que afectan a la atención a la salud mental.

Con estos planteamientos MdM ha desarrollado hasta la fecha programas de salud mental en Bosnia, Kosovo, Sri-Lanka, Palestina, Perú (Rivera, et al., 2008), Colombia o Haití.

En los Territorios Palestinos Ocupados (TPO)- Cisjordania, la Franja de Gaza y Jerusalen Este- MdM ha implementado varios programas de salud mental, uno en Salfeet (2007-2009) que se detalla a continuación, otro en la Franja de Gaza tras los ataques Israelíes a Gaza -Operación Plomo fundido (2009)- durante la emergencia que tras unos meses se transformó acorde a las necesidades del contexto y de los servicios de salud en el que se desarrolla actualmente en la franja y otro en Jericó que comenzó a principios del

2009 y cuya implementación continua desarrollándose en este momento.

CONTExTO

Una población de aproximadamente 3.8 millones de personas viven en los TPO. Están inmersos en un conflicto crónico que ha llevado al aislamiento de la Franja de Gaza. Cisjordania se divide en 11 regiones, incluyendo el Gobernorado de Jerusalen (5600m 2) y la Franja de Gaza sigue siendo el área mas poblada del mundo con aproximadamente 1,5 millones de personas viviendo en 360 Km2. El conflicto entre Israel y los TPO ha sido continuo desde 1948. La vida diaria está enmarcada dentro del contexto de la ocupación militar israelí. En 2009, el Programa Mundial de Alimentos estimó que había un 25% de inseguridad alimentaria en Cisjordania. Aproximadamente 350.000 personas viven en las colonias que Israel ha ido construyendo en Cisjordania y Jerusalén. Un 15% de la población vive en campos de refugiados donde las tasas de desempleo y pobreza son altas. Israel controla el espacio aéreo, las aguas territoriales, los recursos naturales, los movimientos de personas y de productos y los instrumentos macro-económicos que permiten la autonomía económica (PNUD,2010).

El tejido social ha sido minado por los check points (controles del ejército Israelí), la construcción del muro de separación entre Cisjordania e Israel, el bloqueo a Gaza, la fragmentación del territorio y la anexión de Jerusalén Este por Israel. Estas características de la Ocupación han tenido devastadoras consecuencias en el bienestar psicológico de la población. Junto a la demolición de casas, la construcción de las colonias dentro y fuera de los TPO, las incursiones militares y la polarización política entre los palestinos están traumatizando a la comunidad. La mayoría de los palestinos han experimentado violencia física y psicológica y los derechos humanos se han visto recortados. La condiciones económicas empeoran, directa o indirectamente por los costes en salud mental, estableciendo un círculo vicioso entre la pobreza y los trastornos mentales (Patel y Kleiman, 2003). En definitiva se conjugan una colección de factores que sabemos que se asocian a un aumento de la incidencia de los trastorno depresivos y ansiosos, así como de otros problemas de salud mental asociados a las situaciones traumáticas. En los TPO nos encontramos con situaciones potencialmente traumáticas que llevan durando décadas. Otro dato importante es que la población menor de 30 años representa el 75% de la población, siendo sólo un 3% mayor de 65 años. Esto hace que la prevalencia de trastornos mentales de inicio temprano sea alta, y que los menores sean uno de los grupos más vulnerables en el inicio de la psicosis o de los problemas relacionados con las situaciones políticas en contextos de conflicto armado. En los TPO casi el 50% de los menores mencionan haber vivido experiencias violentas relacionadas con el conflicto armado o haber sido testigos de la misma en algún miembro de la familia (Programa de Salud Mental Comunitario de Gaza, 2003).

MISIÓN ExPLORATORIA DE MéDICOS DEL MUNDO (MDM)

La primera misión se llevo a cabo en el año 2004. Se vio que había una distribución desigual de los servicios de salud dentro de Cisjordania y entre Cisjordania y la Franja de Gaza (OMS, 2003). Los servicios de salud mental estaban compuestos por dos hospitales psiquiátricos, uno en Cisjordania y otro en la Franja de Gaza, y Centros de Atención Primaria que albergaban un a pequeña clínica de salud mental para uno o dos distritos, con falta de recursos humanos y materiales que mayormente ofrecían tratamientos farmacológicos. En Cisjordania existe un hospital psiquiátrico

y nueve clínicas de salud mental pertenecientes al Ministerio de Salud palestino, y unas 20 Organizaciones No Gubernamentales (ONG). Desde estas estructuras se facilitaba cuidado psicosocial a personas con trastornos de salud mental y a sus familias, las cuales sufren de aislamiento social, desestructuración familiar y bajos logros educativos (OMS, 2004). Un Comité Directivo para la Salud Mental formado por el Ministerio de Salud palestino, ONG locales e internacionales, Naciones Unidas y la comunidad de donantes internacionales, desarrolló un Plan Estratégico Operacional (PEO 2004).

Se realiza una segunda misión exploratoria en el 2005 donde desde las clínicas de salud mental se informa que hay 2.261 nuevos casos durante ese año (Ministerio de Salud, 2005). Tras una evaluación la OMS y el Ministerio de Salud Palestino, coordinan una estrategia conjunta para apoyar el PEO y Médicos del Mundo España firma un acuerdo con el Ministerio de Salud para trabajar en Salfeet. El acuerdo era llevar a cabo un proyecto piloto para mejorar la calidad del servicio de salud mental integrándolo en primaria y mejorar la estructura física de la clínica de salud mental. Los objetivos eran transformar la clínica en un Centro de Salud Mental Comunitario; contratar nuevos recursos humanos que el Ministerio de Salud Palestino pudiera absorber para que formaran parte permanente del centro y aumentar las capacidades técnicas y organizativas del Equipo de Salud Mental (ESM) del Ministerio de Salud. Todo esto mediante la formación a los médicos y enfermeras de Atención Primaria para detectar problemas de salud mental y la "Formación en servicio" al ESM dándoles apoyo técnico (clínico y organizativo) junto a ellos en su trabajo diario para mejorar la atención en salud mental a los usuarios, las familias y la comunidad, de modos que esto pudiera llevar a un modelo de intervención en salud mental comunitario.

RECURSOS DE SALUD MENTAL EN EL ÁREA DE IMPLEMENTACIÓN.

El Gobernorado de Salfeet en un área fragmentada por los check points, tanto los fijos como los itinerantes y las carreteras cortadas. Además tienen 16 colonias y más de 10 outposts (colonias ilegales para el Estado israelí), habitando en ese gobernorado 62.125 palestinos y 35.000 colonos. La construcción del muro de separación continúa y de acuerdo al ministro palestino una vez completo recortará una zona de aproximadamente un 45.3% del área de Salfeet. Esté área es predominantemente rural y está expuesto a la confiscación de tierras y a la violencia derivadas de la ocupación y el conflicto interno. En lo que respecta a la salud mental, en el año 2006 en el Directorado de Atención Primaria de Salfeet había una trabajadora social a tiempo completo, un psicólogo a tiempo parcial, y un psiquiatra una vez por semana. Tenían un solo despacho para los servicios de salud mental, lo que dificultaba enormemente mantener la confidencialidad así como definir claramente los roles.

Desde la Segunda Intifada (2000-2004), comenzó a haber problemas de movilidad, muchos casos fueron tratados a un nivel muy básico y muchos quedaron simplemente sin tratamiento. El modelo tradicional era médico-psiquiátrico, basado en la prescripción de medicamentos. Los ESM a nivel de Atención Primaria no tienen establecido un sistema de citas, los médicos de familia y personal de enfermería raramente referían los casos al ESM. Aún así, la sociedad palestina tiene muchos factores protectores que les ayuda a tener una buena salud mental, como el apoyo de la familia extensa, la importancia de la religión, un profundo sentimiento nacional y una tasa de personas que han recibido educación muy alta (OMS, 2004)

•¿POR QUé TRABAj AR CON EL SISTEMA PúBLICO EN LUGAR DE CON ONG LOCALES?

Los conflictos armados tienen un impacto psicológico y psicosocial a largo plazo, que afecta a los individuos y las comunidades, así como a los vínculos entre los mismos. Por otro lado, la resiliencia y la capacidad para superar los eventos negativos juegan un papel muy importante. El compromiso de las comunidades y de las autoridades locales es crucial para el éxito de acciones coordinadas a nivel multisectorial y la sostenibilidad de las acciones llevadas a cabo en los contextos de emergencias (IASC, 2007).

Cuando se adoptan modelos emergencistas las desventajas son las siguientes: por un lado la mayor parte de las acciones llevadas a cabo son temporales y terminan una vez que la emergencia ha pasado, además suelen estar diseñadas para atender sólo a los problemas de salud mental que tienen relación directa con la emergencia y no a las personas que tienen trastorno mental grave y que son una de las poblaciones mas vulnerables en estas situaciones; finalmente no suelen trabajar con el sistema público y a menudo compiten con el mismo por los pocos recursos humanos que suelen existir.

El marco de trabajo de MdM España ha sido adoptar un sistema de partenariado con el Ministerio de Salud para mejorar la provisión de servicios públicos y desde ahí coordinar las acciones con las ONG locales y otras instituciones. Esto permite una continuidad en la atención a los usuarios de los servicios de salud mental una vez que el proyecto finaliza. El alcance además es mayor ya que la población diana serían tanto personas con problemas de salud mental relacionadas con el conflicto como aquellas con trastorno mental grave que en situaciones de violencia y conflicto son más vulnerables, incluyendo a niños y adolescentes. Colaborar junto al Ministerio de Salud hace que se trabaje con el sistema de salud que normalmente es más accesible a la población. se trabaja reforzándolo a través del empoderamiento de los profesionales locales, la mejora de sus capacidades y el desarrollo de intervenciones comunitarias que permitan restaurar mecanismos de resiliencia tanto nivel individual como social. El papel de la OMS es fortalecer la capacidad técnica del ministerio de Salud para elaborar políticas públicas, mejorar la planificación y coordinar la ayuda internacional (OMS, 2004). MdM apoya esa tarea a través del trabajo en los Centros de Atención Primaria y los servicios de Salud Mental de los mismos. A menudo los centros de primaria son el primer lugar desde donde se ayuda a las personas con problemas de salud mental o psicosociales (IASC, 2007). Los problemas que la violencia política y los conflictos armados dejan en la población no pueden ser, a menudo, resueltos en programas a corto plazo. Se necesita un mejor sistema público que tenga la capacidad de intervenir a largo plazo con las personas que tienen trastornos mentales y que sensibilicen a las comunidades sobre los mismos tanto para involucrarlas en el proceso de recuperación como en el de prevención.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

La implementación del programa se hace en el marco de la integración de los servicios de salud mental en los centros de atención primaria promovido por la OMS y contemplado en la Estrategia Nacional de Salud Mental Palestina desarrollado en el PEO. El objetivo del proyecto era reforzar los servicios de salud mental provistos por las estructuras de atención primaria.

La estrategia que se desarrolla incluye: desarrollar un Centro de Salud Mental Co-

munitario (CSMC); mejorar el acceso y la calidad del CSMC de Salfeet; realizar intervenciones individuales, familiares y comunitarias; realizar sensibilización y ser culturalmente apropiado. Estos componentes son necesarios para enfrentarse al reto que supone prevenir e intervenir sobre los trastornos de salud mental así como los problemas psicosociales que se derivan del conflicto. Este modelo de trabajo se diseño para dar una respuesta tanto a la situación actual como para preparar a los servicios de salud mental para intervenir ante una posible escalada de la tensión y la violencia.

Los principales componentes del proyecto se desarrollaron en coordinación con la OMS y el Ministerio del Salud Palestino y fueron tomados del PEO:

1- A nivel de CSMC:

Proveer de las infraestructuras necesarias para desarrollar un CSMC; dar apoyo técnico a nivel clínico y organizativo; formar a los profesionales; incrementar en numero de recursos humanos en el CSMC del Ministerio de Salud.

2- A nivel de Atención Primaria:

Sensibilizar a los profesionales de salud (médicos, enfermeras, educadores y trabajadores sociales); formar a los profesionales de atención primaria para mejorar su capacidad para detectar, manejar y referir a las personas con trastornos de salud mental; crear materiales de apoyo.

3- A nivel comunitario:

Sensibilizar a la comunidad, a los medios de comunicación, a los políticos; fortalecer el partenariado y la coordinación con otras ONG y las organizaciones de Naciones Unidas que trabajan en el campo de la salud mental; construir una forma de trabajo integral que promocione la participación de las a las organizaciones e instituciones locales en la prevención y el proceso de recuperación de la población afectada; vincular las actividades con los colegios; y proporcionar apoyo para las familias y cuidadores.

METODOLOGÍA

La metodología usada fue participativa, desde el principio se trabajó con el ESM del Ministerio de Salud, con el Director y los profesionales de atención primaria del distrito. Se utilizó con el ESM la "Formación en servicio" (trabajar diariamente con ellos, supervisarles y darles apoyo organizativo y clínico), acompañamiento en la visitas domiciliarias, formación con formadores locales e internacionales, participación conjunta en programas de sensibilización y se crearon y tradujeron materiales en árabe. Todo esto requirió de un psicólogo expatriado que trabajaba con el ESM todos los días en la coordinación e implementación técnica del proyecto así como un equipo de profesionales locales y expatriados que trabajaban en la gestión, elaboración de materiales y logística del proyecto.

La implementación se realizó en dos fases. La primera desde finales del 2006 hasta septiembre del 2008 y la segunda desde septiembre del 2008 hasta octubre del 2009, con seguimiento hasta septiembre del 2010. Los mismos componentes fueron desarrollados en las dos fases, la principal diferencia fue el énfasis en intervención en crisis durante la segunda. La Tabla 1 muestra el proceso de implementación y la Tabla 2 algunos factores políticos relevantes que influyeron en el desarrollo del proyecto.

Tabla 1. Desarrollo de los servicios en el CSMC, médicos y enfermeras de atención primaria y a nivel comunitario.

2007
"Formación en servicio" a nivel técnico y organizativo con el ESM.
Formaciones para los profesionales de salud mental.
Comienza de la construcción del CSMC.
Provisión de una unidad móvil al ESM.
Desarrollo del Programa de visitas domiciliarias.
A finales de año MdM contrata a una trabajadora social, una terapeuta ocupacional y un psicólogo con el objetivo de transferirlos al Ministerio de Salud al cabo de unos meses.
Evaluación de la actitud de los profesionales de la salud hacía los problemas de salud mental.
Formación a los médicos y personal de enfermería de atención primaria.
Comienzo de la traducción de dos libros: "ICD 10 PC" de la OMS y "Habilidades de psicoterapia".
Mejora de la comunicación entre el ESM y atención primaria.
Realización de una guía de recursos comunitarios.
2008
Continuación de la "Formación en servicio".
Formación a los profesionales de atención primaria.
Termina la construcción del CSMC.
Consolidación del Programa de visitas domiciliarias.
En octubre de 2008 los profesionales de salud mental contratados por MdM pasan a formar parte y ser contratados por el Ministerio de Salud.
Creación de una base de datos para localizar a aquellos usuarios que no acuden al CSMC.
Comienzo de atención psicológica una vez a la semana en la segunda mayor ciudad del distrito.
Mejora del sistema de registro.
Comienzo del desarrollo de un sistema de citación de usuarios.
Comienza un programa de rehabilitación.
Edición de la versión en árabe del "ICD 10 AP" acompañado de una formación a médicos y personal de enfermería para aprender a usarlo.
Edición de la versión árabe de "Habilidades de entrevistas para psicoterapeutas" acompañado por una formación en las mismas a la que se le da seguimiento en la "Formación en servicio".
Formación en "Comunicación como una herramienta de salud" realizada por el ESM a los profesionales de atención primaria.
Presentación a la comunidad de la guía de recursos y distribución de la misma.
Programa de sensibilización con charlas informativas a los lideres religiosos, organizaciones locales, orientadores escolares, distribución de dípticos y actividades de voluntariado en la comunidad con los usuarios.

Tabla 2. Factores políticos generales que han influido en desarrollo del proyecto.

2007
En enero de 2006 Hamas fue democráticamente elegido en las elecciones palestinas. En marzo la ayuda internacional fue congelada hasta julio del 2007 empeorando la situación humanitaria. Los trabajadores del ministerio de Salud no recibieron los salarios y se pusieron en huelga en agosto de 2006 (Ministerio de Salud, el , 2008). Esto llevó a un aumento de la división entre las dos facciones: Hamas y Fatah. La situación empeoró el cuidado hacía las personas con trastorno mental. También hubo un decremento en la provisión de medicamentos psicotrópicos durante el 2007.
2008
La situación de la Franja de Gaza empeoró debido a la falta de gas y de gasolina. Muchos pacientes tenían familiares en Gaza y estaban preocupados por su situación así como por las incursiones que el ejercito israelí realizaba en Salfeet.
2009
La "Operación Plomo Fundido" entre el 27 de diciembre de 2008 y el 19 de enero de 2009 dejó en la franja de Gaza: 1380 muertos de los cuales 431 eran menores. Otros 1872 menores fueron heridos (OMS, 2009).

DIFICULTADES ENCONTRADAS DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN

Algunos problemas surgieron durante la implementación del proyecto. Referidos al contexto político, la huelga de los profesionales de salud y la Operación Plomo Fundido en Gaza, otro problema fue la resistencia de los profesionales del ESM y les costaba involucrase en algunas actividades aunque estaban consensuadas con ellos. También afectó el cambio del psicólogo de MdM a principios del 2008 tras un año de trabajo creando un vacío de mes y medio hasta la incorporación de otro psicólogo expatriado. Finalmente porque los fondos se obtenían año por año debido a los tipos de convocatorias de los donantes, aunque proyectos de este tipo necesitan una implementación mínima de 3 años para poder no sólo comenzar los procesos sino para que se de la generalización de los mismos.

LOGROS DEL SISTEMA DE SALUD PúBLICO Y DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL

El ESM en el CSMC se sitúa como referente en Cisjordania como un modelo de intervención comunitaria. Uno de los principales retos fue promover cambios sobre la actitud del cuidado hacia las personas con problemas de salud mental. Además el ESM y los profesionales de atención primaria apoyaron la estrategia de integración de salud mental en primaria. Los informes anuales del ESM comenzaron en 2008 y las mejoras en el proceso de documentación han promovido un compromiso con el servicio y la mejora de la atención a los usuarios, familiares y comunidad.

La desestigmatización del servicio es otro logro, con el apoyo del ESM los líderes religiosos hablan de la salud mental y la importancia de recibir un tratamiento adecuado.

También los estudiantes y lideres de organizaciones locales apoyan mediante actividades en la comunidad.

Las habilidades de comunicación mejoraron entre los profesionales de primaria, así como su sensibilización hacia los usuarios debido a la formación sobre como reconocer trastornos mentales comunes. La OMS continua desarrollando estos programas y trabajando con las personas del distrito. MdM pudo planificar y proveer de formaciones sin tener que cerrar el servicio en los diferentes centros de primaria, dando a todos la oportunidad de participar mediante la creación de grupos. El proyecto además reforzó el vínculo con los orientadores escolares y profesores que había comenzado a establecer el programa de salud mental en escuelas del Ministerio de Salud.

Finalmente la salud mental se ha convertido en un componente importante en los centros de atención primaria y el directorado de atención primaria ha tomado un rol muy activo en la diseminación de información promoviendo la participación de médicos y enfermeras en la detección de casos así como la mejora en el trato que los usuarios reciben.

¿QUé NO HA SIDO POSIBLE LOGRAR?

MdM comenzó fortaleciendo al ESM y desarrollando el servicio en el CSMC, como forma de empoderar al equipo y prepararles para liderar y continuar con la integración del servicio. Por eso mismo algunos de los componentes que apoyan la integración de salud mental en atención primaria no estuvieron presentes al termino del proyecto. Por ejemplo, el que el ESM y los médicos y enfermeras tuvieses reuniones regulares para revisar o discutir posibles casos no se ha implementado. El sistema de referencia necesita mejoras. Documentos existentes deberían de ser usados sistemáticamente. Al finalizar el proyecto la base del sistema estaba pero necesita ser desarrollado. Tampoco ha sido posible tener un psiquiatra que trabajará al menos dos días completos a la semana o involucrarle el aspectos diferentes a la prescripción de medicamentos salvo en una formación del ICD 10 PC. Tratamos de implementar reuniones familiares para involucrarles en el proceso de recuperación y apoyarles para que entiendan la enfermedad, las recaídas y su papel durante este proceso. Sin embargo no fue posible mantenerlas regularmente hasta 2010 año en que recibieron apoyo de la OMS. Se les dio fondos para realizar actividades de ocio para fomentar que los familiares de distintos usuarios se conocieran y facilitar la articulación de reuniones entre ellos, así como asesoría técnica basada en la experiencia previa en otros distritos.

¿QUé SE PUEDE APRENDER DE ESTA ExPERIENCIA?

En un contexto humanitario, conflicto y crisis, el reto de desarrollar el sistema de salud y hacerlo accesible a la mayor parte de la población recae en los profesionales que viven en los TPO, especialmente en los profesionales que trabajan en el sistema público. Las ONG, s internacionales deberían de ser sólo facilitadores de este proceso porque una vez que la crisis pase la comunidad internacional dejara la zona. La ayuda internacional debe de ser vista como una oportunidad para mejorar o transformar las estructuras existentes en el sistema de salud, haciéndoles capaces de manejar los problemas y las situaciones predecibles tras una situación de crisis ya sea crónica como en este caso como crisis agudas que se puedan dar dentro de la crónica. Esta ha sido la idea central de MdM España desde 1994 (durante la guerra en Bosnia), y ha sido aplicada en Kosovo, Sri Lanka, Peru y otros lugares antes de ponerse en marcha en los TPO.

Combinando la acción de formadores altamente especializados y los profesionales expatriados que son expertos en la acción en terreno permite a MdM poder dotar de las herramientas y elementos necesarios para contribuir al desarrollo de los servicios de salud mental. Esto asegura que las habilidades y conocimientos aprendidos en las formaciones se aplican al darse un seguimiento durante la "Formación en servicio". De acuerdo a esta filosofía de trabajo el papel de la ayuda internacional debe llevarse a cabo con respeto, teniendo en cuenta que uno de los elementos mas dañados durante los conflictos armados es la perdida de la dignidad, que ha de ser diseminada y trabajada por los profesionales que viven en la misma zona de conflicto que el resto de la población, además en los usuarios no sólo el conflicto mina su dignidad sino también los estereotipos y prejuicios generadas por conceptos erróneos y falta de información sobre la enfermedad (Corrigan y Watson 2002) que alimentan el estigma e influye negativamente en la recuperación del paciente.

El desarrollo de los servicios de salud mental ha de ser constante y la única forma de hacerlo posible es trabajar dentro de las estructuras existentes y que son las que permiten el acceso a un tratamiento adecuado para la mayoría de la población. El proyecto desarrollado en Salfeet en realidad no tiene un punto final ya que la estructura y la capacitación necesaria de los profesionales para desarrollar intervenciones comunitarias, mejorar los tratamientos y promover la resiliencia de la población se ha desarrollado y continuara presente durante los próximos años siendo ellos los que continúen mejorando el servicio. El compromiso, apoyo y comprensión de la salud mental por los directores de atención primaria son esenciales. El desarrollo organizativo debe de ser paralelo a la mejora de las habilidades de intervención individual, familiar y comunitaria. Trabajar por los usuarios y tener esto como objetivo común por el Ministerio de Salud, el ESM y MdM ha ayudado a resolver las dificultades cuando estas surgían. Esta experiencia ayudó a desarrollar la respuesta a la Operación Plomo Fundido en 2009 y los componentes están presentes en el proyecto que se desarrollo en Gaza y Jericó durante 2010 y que continúan en 2011.

Lo que dará sostenibilidad a los servicios de salud mental en los PTO serán las acciones políticas, ya que de ellas depende que el sistema de salud en general y de salud mental en particular pueda superar su fragilidad, ya que hay una dependencia de los donantes. Trabajar para restaurar una vida normal, la dignidad y por un contexto libre de violencia política es trabajar por la salud mental.

REFERENCIAS

Batniji, R., Rabaia, Y., Nguyen–Gillham, V., Giacaman, R., Sarraj, E., Punamaki, R., Saab, H., & Boyce, W. (2009). Health as human security in the occupied Palestinian territory. The Lancet, 373 (9669), 1133-1143.

Díaz del Peral, D., Fernández Liria, A., González Aguado, F., Ibañez Rojo, V., Massip Amorós, I., & Rodríguez Vega, B. (2002). Los programas de salud mental de Médicos del Mundo en los conflictos balcánicos. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 2(1), 18-26

Fernández Liria, A., & González Aguado, F. (1995). Sobre el programa de salud mental de Médicos del Mundo en Mostar. Boletin de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, 4, 16-19.

Giacaman, R., Rabaia, Y., Nguyen-Gillham, V., Batniji, R., Punamäki R.L., and Summerfield, D. (2010) "Mental Health, social distress and political oppression: The case of the occupied Palestinian territory", Global Public Health, First published on 23 november 2010 (iFirst). http://www.informaworld.com/10.1080/17441692.2010.528443

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). "IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings." Geneva: IASC.

Mataria, A., Khatib, R., Donaldson, C., Bossert, T., Hunter, D.J., ,Alsayed, F., Moatti, J.P. The health-care system: an assessment and reform agenda, The Lancet 373 (9670), 1207-1217

Ministry of Health (2006). Health Status in Palestine. Annual report 2005. Ramhalla: Palestinan Health Information Center.

Ministry of Health (2008). National strategic health plan: medium term development plan (2008-2010). Ramhalla: Palestinian National Authority, Ministry of Health, Health Planning Unit

Ministry of Health.Health Annual Report (2010). Palestine 2009. Ramhalla: Palestinian National Authority, Ministry of Health.

Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS) (2007)

Patel V, Kleinman A. (2003). Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries International Journal of Public Health 81: 8 609 – 15

Rivera, M., Pérez-Sales, P., Aparcana, J. L., Bazán, M., Gianella, C., & Lozano, A. (2008). Community mobilization after an earthquake: case study of the use of the IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings on mental health and psychosocial support in Peru. Intervention, 6(3/4), 275 - 283.

Steering Committee on Mental Health (2004). Plan on the organization of mental health services in the occupied Palestinian territory.

WHO/HAC (2006). Health action in crisis. Highlight N. 131-23-29

WHO (2009). Sixty-second World Health Assembly. Health conditions in the occupied Palestinian territory, including east Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan. May 2009.

Dirección para correspondencia:
Alberto Fernandez Liria
Psiquiatra. Madrid (España)
Email: afliria@gmail.com

NUEVO ANTIPSICÓTICO

NANO-TECNOLOGÍA[1,2,3]

EFICACIA A PARTIR DE LA PRIMERA DOSIS[5,6*]

EFICACIA MENSUAL[5,7]

TOLERABILIDAD CONTRASTADA[4,5,7,8]

LIBERTAD

- Sin suplementación oral[5]
- Flexibilidad[5§] · Intervalo de dosis 25†-150 mg · deltoides/glúteo
- Sin refrigeración[5]
- Sin reconstitución[5]

...Moldeando el futuro

* Mejorías en la PANSS recogidas en el día 4. Mejorías estadísticamente significativas en la PANSS recogidas en el día 8.
§ En fase de mantenimiento: 12 administraciones al año
† En España no se comercializa la presentación de 25mg.

Janssen-Cilag S.A.
Paseo de las Doce Estrellas 5-7
28042 Madrid
www.janssen-cilag.es

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. ▲ XEPLION 50 mg suspensión inyectable de liberación prolongada. XEPLION 75 mg suspensión inyectable deliberación prolongada. XEPLION 100 mg suspensión inyectable de liberación prolongada. XEPLION 150 mg suspensión inyectable de liberación prolongada. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** XEPLION 50 mg: Cada jeringa precargada contiene 78 mg de palmitato de paliperidona equivalentes a 50 mg de paliperidona. XEPLION 75 mg: Cada jeringa precargada contiene 117 mg de palmitato de paliperidona equivalentes a 75 mg de paliperidona.XEPLION 100 mg: Cada jeringa precargada contiene 156 mg de palmitato de paliperidona equivalentes a 100 mg de paliperidona. XEPLION 150 mg: Cada jeringa precargada contiene 234 mg de palmitato de paliperidona equivalentes a 150 mg de paliperidona. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1. 3. **FORMA FARMACÉUTICA.** Suspensión inyectable de liberación prolongada. La suspensión es de color blanco a blanquecino. La suspensión tiene un pH neutro (aproximadamente 7,0). **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1. Indicaciones terapéuticas.** XEPLION está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona. En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, XEPLION puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada. **4.2. Posología y forma de administración.** Posología. Se recomienda iniciar XEPLION con una dosis de 150 mg en el día 1 de tratamiento y 100 mg una semana después (día 8), ambos administrados en el músculo deltoides para alcanzar concentraciones terapéuticas rápidamente. La dosis de mantenimiento mensual recomendada es de 75 mg; algunos pacientes pueden beneficiarse de dosis inferiores o superiores dentro del rango recomendado de 25 a 150 mg en función de la tolerabilidad y/o eficacia individual del paciente. Los pacientes con sobrepeso u obesos pueden requerir dosis situadas en la parte superior del intervalo. Después de la segunda dosis, las dosis de mantenimiento mensuales se pueden administrar tanto en el músculo deltoides como en el glúteo. El ajuste de la dosis de mantenimiento se puede hacer mensualmente. Al realizar ajustes de la dosis, se deben tener en cuenta las características de liberación prolongada de XEPLION, dado que el pleno efecto de las dosis de mantenimiento puede no resultar evidente durante varios meses. Cambio desde paliperidona oral o risperidona oral. El tratamiento recibido previamente con paliperidona oral o risperidona oral puede ser interrumpido en el momento de iniciar el tratamiento con XEPLION. XEPLION debe iniciarse según se describe al principio de la sección 4.2 anterior. Cambio desde Risperidona inyectable de acción prolongada. Al realizar el cambio de tratamiento de los pacientes desde risperidona inyectable de acción prolongada, inicie el tratamiento con XEPLION en lugar de la siguiente inyección programada. A partir de entonces, XEPLION se debe continuar en intervalos mensuales. No es necesario seguir el régimen de dosificación inicial de una semana incluyendo las inyecciones intramusculares (día 1 y 8, respectivamente) según se describe en la sección 4.2 anterior. Los pacientes previamente estabilizados con diferentes dosis de risperidona inyectable de acción prolongada pueden alcanzar una exposición similar a paliperidona en estado estacionario durante el tratamiento de mantenimiento con dosis mensuales de XEPLION según se describe a continuación:

Dosis de Risperidona inyectable de acción prolongada y XEPLION necesaria para alcanzar una exposición a paliperidona similar en estado estacionario

Dosis previa de Risperidona inyectable de acción prolongada	Inyección de XEPLION
25 mg cada 2 semanas	50 mg mensualmente
37,5 mg cada 2 semanas	75 mg mensualmente
50 mg cada 2 semanas	100 mg mensualmente

La interrupción de los medicamentos antipsicóticos debe realizarse de acuerdo a una apropiada información de prescripción. En caso de interrupción de XEPLION, se deben considerar sus características de liberación prolongada. Tal y como se recomienda con otros medicamentos antipsicóticos, se ha de reevaluar periódicamente la necesidad de continuar con la administración de los medicamentos actuales para el tratamiento de los síntomas extrapiramidales (SEP). Dosis omitidas. Medidas para evitar la omisión de dosis. Se recomienda que la segunda dosis de iniciación de XEPLION se administre una semana después de la primera dosis. Para evitar la omisión de esta dosis, los pacientes pueden recibir la segunda dosis 2 días antes o después del momento de administración semanal (día 8). Del mismo modo, se recomienda administrar mensualmente la tercera inyección y las siguientes después del régimen de iniciación. Para evitar la omisión de la dosis mensual, los pacientes pueden recibir la inyección hasta 7 días antes o después del momento de administración mensual. Si se omite la fecha límite para la segunda inyección de XEPLION (día 8±2 días), el momento de reinicio recomendado depende del tiempo que haya transcurrido desde la primera inyección del paciente. Omisión de la segunda dosis de iniciación (<4 semanas desde la primera inyección). Si han transcurrido menos de 4 semanas desde la primera inyección, se le debe administrar al paciente la segunda inyección de 100 mg en el músculo deltoides tan pronto como sea posible. Se debe administrar una tercera inyección de XEPLION de 75 mg en el músculo deltoides o en el glúteo 5 semanas después de la primera inyección (independientemente del momento en el que se haya administrado la segunda inyección). A partir de entonces, se debe seguir el ciclo normal de inyecciones mensuales, ya sea en el músculo deltoides o en el glúteo, de 25 mg a 150 mg en función de la tolerabilidad y/o eficacia individual del paciente. Omisión de la segunda dosis de iniciación (entre 4 y 7 semanas desde la primera inyección). Si han transcurrido entre 4 y 7 semanas desde la primera inyección de XEPLION, reanude la administración con dos inyecciones de 100 mg de la siguiente manera: 1. una inyección en el deltoides tan pronto como sea posible, 2. otra inyección en el deltoides una semana más tarde, 3. reanudación del ciclo normal de inyecciones mensuales, ya sea en el músculo deltoides o en el glúteo, de 25 mg a 150 mg en función de la tolerabilidad y/o eficacia individual del paciente. Omisión de la segunda dosis de iniciación (>7 semanas desde la primera inyección). Si han transcurrido más de 7 semanas desde la primera inyección de XEPLION, inicie la administración según las pautas recomendadas para la iniciación de XEPLION recogidas anteriormente. Omisión de la dosis de mantenimiento mensual (1 mes a 6 semanas). Tras la iniciación, el ciclo de inyección recomendado de XEPLION es mensual. Si han transcurrido menos de 6 semanas desde la última inyección, entonces se debe administrar la dosis previamente estabilizada tan pronto como sea posible, seguida de inyecciones a intervalos mensuales. Omisión de la dosis de mantenimiento mensual (>6 semanas a 6 meses). Si han transcurrido más de 6 semanas desde la última inyección de XEPLION, la recomendación es la siguiente: *Para los pacientes estabilizados con dosis de 25 a 100 mg:* 1. una inyección en el deltoides tan pronto como sea posible, de la misma dosis en la que el paciente se estabilizó previamente. 2. otra inyección en el deltoides (misma dosis) una semana más tarde (día 8). 3. reanudación del ciclo normal de inyecciones mensuales, ya sea en el músculo deltoides o en el glúteo, de 25 mg a 150 mg en función de la tolerabilidad y/o eficacia individual del paciente. *Para los pacientes estabilizados con 150 mg:* 1. una inyección en el deltoides tan pronto como sea posible, de una dosis de 100 mg. 2. otra inyección en el deltoides una semana más tarde (día 8) de una dosis de 100 mg. 3. reanudación del ciclo normal de inyecciones mensuales, ya sea en el músculo deltoides o en el glúteo, de 25 mg a 150 mg en función de la tolerabilidad y/o eficacia individual del paciente. *Omisión de la dosis de mantenimiento mensual (>6 meses).* Si han transcurrido más de 6 meses desde la última inyección de XEPLION, inicie la administración según las pautas recomendadas para la iniciación de XEPLION recogidas anteriormente. Poblaciones especiales. Población de edad avanzada. No se ha establecido la eficacia y la seguridad en la población de edad avanzada >65 años. En general, la dosis recomendada de XEPLION en los pacientes de edad avanzada con función renal normal es la misma que para los pacientes adultos más jóvenes con función renal normal. Sin embargo, ya que los pacientes de edad avanzada pueden tener disminuida la función renal, puede ser necesario ajustar la dosis (ver *Insuficiencia renal* más adelante para conocer las recomendaciones de dosificación en pacientes con insuficiencia renal). Insuficiencia renal. No se ha estudiado XEPLION sistemáticamente en los pacientes con insuficiencia renal. En los pacientes con insuficiencia renal leve (aclaramiento de creatinina ≥50 a <80 ml/min), se recomienda iniciar XEPLION con una dosis de 100 mg el día 1 del tratamiento y 75 mg una semana después, ambos administrados en el músculo deltoides. La dosis de mantenimiento mensual recomendada es de 50 mg con un rango de 25 a 100 mg, en función de la tolerabilidad y/o eficacia individual del paciente. XEPLION no está recomendado en pacientes con insuficiencia renal moderada o grave (aclaramiento de creatinina <50 ml/min) (ver sección 4.4). Insuficiencia hepática. Basándose en la experiencia con paliperidona oral, no es preciso ajustar las dosis en los pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada. Dado que paliperidona no se ha estudiado en pacientes con insuficiencia hepática grave, se recomienda precaución en estos pacientes. Otras poblaciones especiales. No se recomienda ajustar la dosis de XEPLION por motivos de sexo, raza o tabaquismo. Población pediátrica. No se ha establecido la seguridad y la eficacia de XEPLION en niños <18 años de edad. No hay datos disponibles. Forma de administración. XEPLION se utiliza únicamente para uso intramuscular. Se debe inyectar lentamente, profundamente en el músculo. Cada inyección debe ser administrada por un profesional sanitario. La administración debe realizarse en una sola inyección. La dosis no se debe administrar en inyecciones divididas. La dosis no se debe administrar por vía intravascular o subcutánea. Las dosis de iniciación del día 1 y del día 8 se deben administrar ambas en el músculo deltoides para alcanzar concentraciones terapéuticas rápidamente. Después de la segunda dosis, las dosis de mantenimiento mensuales se pueden administrar tanto en el músculo deltoides como en el glúteo. Se debe cambiar del glúteo al deltoides (y viceversa) en caso de dolor en el lugar de inyección si no se tolera bien el malestar en el lugar de inyección (ver sección 4.8). También se recomienda alternar entre los lados izquierdo y derecho (ver más adelante). Para consultar las instrucciones de uso y manipulación de XEPLION, ver prospecto (información destinada únicamente a médicos o profesionales del sector sanitario). *Administración en el músculo deltoides.* El tamaño de la aguja recomendado para la administración inicial y de mantenimiento de XEPLION en el músculo deltoides viene determinada por el peso del paciente. En los pacientes ≥90 kg, se recomienda la aguja de calibre 22 de 1½ pulgadas (38,1 mm x 0,72 mm). En los pacientes <90 kg, se recomienda la aguja de calibre 23 de 1 pulgada (25,4 mm x 0,64 mm). Las inyecciones en el deltoides se deben alternar entre los dos músculos deltoides. *Administración en el músculo glúteo.* El tamaño de la aguja recomendado para la administración mantenimiento de XEPLION en el músculo glúteo es el de una aguja de calibre 22 de 1½ pulgadas (38,1 mm x 0,72 mm). La administración se debe realizar en el cuadrante superior externo de la zona glútea. Las inyecciones en el glúteo se deben alternar entre los dos músculos glúteos. **4.3. Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo, a risperidona o a alguno de los excipientes. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Uso en pacientes que se encuentran en un estado sumamente agitado o psicótico grave. XEPLION no se debe utilizar para el tratamiento de estados agitados agudos o psicóticos graves cuando esté justificado el control inmediato de los síntomas. Intervalo QT. Se debe tener precaución al recetar paliperidona a pacientes con enfermedad cardiovascular conocida o antecedentes familiares de prolongación del intervalo QT, y en caso de uso concomitante con otros medicamentos que prolonguen el intervalo QT. Síndrome neuroléptico maligno. Se han notificado casos del Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM), que se caracteriza por hipertermia, rigidez muscular, inestabilidad autonómica, alteración de la conciencia y elevación de los niveles séricos de creatina fosfocinasa relacionados con paliperidona. Otros signos clínicos pueden ser mioglobinuria (rabdomiólisis) e insuficiencia renal aguda. Si un paciente desarrolla signos o síntomas indicativos del SNM, se debe interrumpir la administración de todos los antipsicóticos, incluido paliperidona. Discinesia tardía. Los medicamentos con propiedades antagonistas del receptor de la dopamina se han asociado con la inducción de discinesia tardía, caracterizada por movimientos rítmicos involuntarios, predominantemente de la lengua y/o la cara. Si aparecen signos y síntomas de discinesia tardía, se debe considerar la interrupción de la administración de todos los antipsicóticos, incluido paliperidona. Hiperglucemia. En los ensayos clínicos con paliperidona, se han notificado casos raros de reacciones adversas relacionadas con la glucosa, por ejemplo, aumento de la glucosa en la sangre. Es recomendable realizar un seguimiento clínico apropiado en pacientes diabéticos y en pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de la diabetes mellitus. Hiperprolactinemia. Los estudios de cultivo de tejidos sugieren que prolactina puede estimular el crecimiento de células en los tumores de mama humanos. Aunque hasta ahora los estudios clínicos y epidemiológicos no han demostrado la existencia de una asociación clara con la administración de antipsicóticos, se recomienda precaución en pacientes con antecedentes patológicos de interés. Paliperidona debe utilizarse con precaución en pacientes con posibles tumores dependientes de prolactina. Hipotensión ortostática. Paliperidona puede inducir hipotensión ortostática en algunos pacientes sobre la base de su actividad alfa-bloqueante. Según los datos agrupados de los tres ensayos controlados con placebo, de dosis fijas y 6 semanas de duración con comprimidos orales de paliperidona de liberación prolongada (3, 6, 9 y 12 mg), el 2,5% de los pacientes tratados con paliperidona oral comunicaron hipotensión ortostática, en comparación con el 0,8% de los sujetos tratados con placebo. XEPLION debe utilizarse con precaución en pacientes con enfermedad cardiovascular conocida (p. ej., insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio o isquemia, trastornos de la conducción), enfermedad cerebrovascular, o afecciones que predispongan al paciente a la hipotensión (p. ej. deshidratación e hipovolemia). Convulsiones. XEPLION debe utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes de convulsiones u otros trastornos que potencialmente puedan reducir el umbral convulsivo. Insuficiencia renal. Las concentraciones plasmáticas de paliperidona aumentan en pacientes con insuficiencia renal y por tanto, se recomienda un ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia renal leve. XEPLION no está recomendado en pacientes con insuficiencia renal moderada o grave (aclaramiento de creatinina <50 ml/min) (ver secciones 4.2). Insuficiencia hepática. No se dispone de datos en pacientes con insuficiencia hepática grave (clase C de Child-Pugh). Se recomienda precaución si se utiliza paliperidona en dichos pacientes. Pacientes de edad avanzada con demencia. No se ha estudiado XEPLION en pacientes de edad avanzada con demencia. XEPLION se debe utilizar con precaución en pacientes de edad avanzada con demencia y con factores de riesgo de padecer ictus. La experiencia con risperidona citada más adelante se considera válida también para paliperidona. *Mortalidad global.* En un metanálisis de 17 ensayos clínicos controlados, los pacientes de edad avanzada con demencia tratados con otros antipsicóticos atípicos, tales como risperidona, aripiprazol, olanzapina y quetiapina, tenían un mayor riesgo de mortalidad en comparación con placebo. Entre los pacientes tratados con risperidona, la mortalidad fue del 4% frente al 3,1% con placebo. *Reacciones adversas cerebrovasculares.* Se ha observado un aumento de aproximadamente 3 veces del riesgo de reacciones adversas cerebrovasculares en los ensayos clínicos aleatorizados controlados con placebo en la población con demencia al utilizar algunos antipsicóticos atípicos, tales como risperidona, aripiprazol y olanzapina. Se desconoce el mecanismo de este aumento del riesgo. Enfermedad de Parkinson y demencia con cuerpos de Lewy. Los médicos deben sopesar los riesgos y los beneficios de prescribir XEPLION a los pacientes con enfermedad de Parkinson o Demencia con Cuerpos de Lewy (DCL), ya que ambos grupos pueden tener mayor riesgo de padecer Síndrome Neuroléptico Maligno, así como tener una mayor sensibilidad a los antipsicóticos. Las manifestaciones de este aumento de la sensibilidad pueden incluir confusión, obnubilación, inestabilidad postural con caídas frecuentes, además de síntomas extrapiramidales. Priapismo. Se ha notificado que los medicamentos antipsicóticos (incluida risperidona) con efectos de bloqueo alfa adrenérgico inducen priapismo. Durante la vigilancia post-comercialización, también se han notificado casos de priapismo con paliperidona oral, que es el metabolito activo de risperidona. Se ha de informar a los pacientes de la necesidad de acudir al médico urgentemente en caso de que el priapismo no haya sido resuelto en el transcurso de 3 a 4 horas. Regulación de la temperatura del organismo. Se ha atribuido a los medicamentos antipsicóticos la interrupción de la capacidad del organismo para reducir la temperatura corporal central. Se aconseja proceder con especial cautela cuando se prescriba XEPLION a pacientes que vayan a experimentar circunstancias que puedan contribuir a una elevación de la temperatura corporal central, p. ej. ejercicio físico intenso, exposición a calor extremo, que reciban medicamentos concomitantes con actividad anticolinérgica o que

estén sujetos a deshidratación. Tromboembolismo venoso. Se han notificado casos de tromboembolismo venoso (TEV) con medicamentos antipsicóticos. Dado que los pacientes tratados con antipsicóticos suelen presentar factores de riesgo adquiridos de TEV, se han de identificar todos los posibles factores de riesgo de TEV antes y durante el tratamiento con XEPLION y adoptar medidas preventivas. Efecto antiemético. Se observó un efecto antiemético en los estudios preclínicos con paliperidona. Este efecto, si se produce en humanos, puede enmascarar los signos y síntomas de la sobredosis de determinados medicamentos o de enfermedades como la obstrucción intestinal, el síndrome de Reye y los tumores cerebrales. Aumento de peso. Se ha de advertir a los pacientes ante la posibilidad de que sufran un aumento de peso. El peso se debe medir regularmente. Administración. Se debe tener cuidado para evitar la inyección involuntaria de XEPLION en un vaso sanguíneo. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Se recomienda precaución al prescribir XEPLION con medicamentos que prolonguen el intervalo QT, p. ej. antiarrítmicos de clase IA (p. ej., quinidina, disopiramida) y antiarrítmicos de clase III (p.ej. amiodarona, sotalol), algunos antihistamínicos, algunos otros antipsicóticos y algunos antipalúdicos (p. ej. mefloquina). Esta lista es indicativa y no exhaustiva. Posibilidad de que XEPLION afecte a otros medicamentos. No se espera que paliperidona produzca interacciones farmacocinéticas clínicamente relevantes con medicamentos que sean metabolizados por las isoenzimas del citocromo P-450. Dado que los efectos principales de paliperidona se ejercen sobre el sistema nervioso central (SNC) (ver sección 4.8), XEPLION debe utilizarse con precaución en combinación con otros medicamentos de acción central, p. ej., ansiolíticos, la mayoría de los antipsicóticos, hipnóticos, opiáceos, etc. o con el alcohol. Paliperidona puede antagonizar el efecto de levodopa y otros agonistas de dopamina. Si se considera necesario administrar esta combinación, sobre todo para la enfermedad de Parkinson terminal, se debe recetar la dosis mínima eficaz de cada tratamiento. Debido a la posibilidad de que induzca hipotensión ortostática (ver sección 4.4), se puede observar un efecto aditivo si se administra XEPLION con otros tratamientos que también tengan esta posibilidad, p.ej., otros antipsicóticos, tricíclicos. Se recomienda precaución cuando se coadministre paliperidona junto con otros medicamentos que disminuyan el umbral convulsivo (es decir, fenotiazinas o butirofenonas, tricíclicos o ISRS, tramadol, mefloquina, etc.). La administración concomitante de comprimidos orales de paliperidona de liberación prolongada en estado estacionario (12 mg una vez al día) con comprimidos de divalproato de sodio de liberación prolongada (de 500 mg a 2000 mg una vez al día) no afectó a la farmacocinética en estado estacionario de valproato. No se ha realizado ningún estudio de interacción entre XEPLION y el litio, sin embargo, no es probable que se produzca una interacción farmacocinética. Posibilidad de que otros medicamentos afecten a XEPLION. Los estudios *in vitro* indican que las enzimas CYP2D6 y CYP3A4 pueden tener una intervención mínima en el metabolismo de la paliperidona, pero no hay indicios *in vitro* ni *in vivo* de que esas isoenzimas desempeñen un papel significativo en el metabolismo de paliperidona. La administración conjunta de paliperidona oral con paroxetina, un potente inhibidor de la CYP2D6, no tuvo un efecto clínicamente significativo sobre la farmacocinética de paliperidona. La administración concomitante de paliperidona oral de liberación prolongada una vez al día y carbamazepina 200 mg dos veces al día originó una disminución de aproximadamente un 37% de la media de la C_{max} y del AUC en el estado estacionario de paliperidona. Esta disminución se debe en gran parte a un aumento de un 35% del aclaramiento renal de paliperidona, probablemente como resultado de la inducción de la Pgp renal por carbamazepina. Una disminución menor de la cantidad del principio activo inalterado excretado en la orina sugiere que durante la administración concomitante con carbamazepina, hubo un efecto mínimo en el metabolismo del CYP o en la biodisponibilidad de paliperidona. Con dosis más altas de carbamazepina, podrían aparecer disminuciones mayores de las concentraciones plasmáticas de paliperidona. Al inicio del tratamiento con carbamazepina, se debe reevaluar y aumentar la dosis de XEPLION, si es necesario. Por el contrario, en caso de interrupción del tratamiento con carbamazepina, se debe reevaluar y disminuir la dosis de XEPLION, si es necesario. La administración concomitante de una sola dosis de un comprimido de paliperidona oral de liberación prolongada de 12 mg con comprimidos de divalproato de sodio de liberación prolongada (dos comprimidos de 500 mg una vez al día) tuvo como resultado un aumento de aproximadamente el 50% en la C_{max} y el AUC de paliperidona, probablemente como resultado de un aumento de la absorción oral. Dado que no se observó ningún efecto sobre el aclaramiento sistémico, no se espera que se produzca una interacción clínicamente significativa entre los comprimidos de divalproato de sodio de liberación prolongada y la inyección intramuscular de XEPLION. Esta interacción no se ha estudiado con XEPLION. Uso concomitante de XEPLION y risperidona. Risperidona administrada por vía oral o intramuscular se metaboliza en un grado variable a paliperidona. Se debe proceder con cautela en caso de administración concomitante de risperidona o paliperidona oral con XEPLION. **4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia.** Embarazo. No existen datos suficientes sobre la utilización de paliperidona durante el embarazo. El palmitato de paliperidona inyectado por vía intramuscular y paliperidona administrada por vía oral no fueron teratógenos en estudios en animales, pero se observaron otros tipos de toxicidad reproductiva. Los recién nacidos expuestos a antipsicóticos (como paliperidona) durante el tercer trimestre de embarazo están en peligro de sufrir reacciones adversas como síntomas extrapiramidales y/o síndromes de abstinencia que pueden variar en gravedad y duración tras la exposición. Se han notificado casos de síntomas de agitación, hipertonía, hipotonía, temblor, somnolencia, dificultad respiratoria o alteraciones alimenticias. Por consiguiente, se debe vigilar estrechamente a los recién nacidos. XEPLION no se debe utilizar durante el embarazo salvo que sea claramente necesario. Lactancia. Paliperidona se excreta por la leche materna en tal medida que es probable que se produzcan efectos en el lactante si se administra en dosis terapéuticas a mujeres lactantes. XEPLION no debe utilizarse durante la lactancia. Fertilidad. No se observaron efectos relevantes en estudios no clínicos. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de paliperidona sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es pequeña o moderada debido a sus posibles efectos sobre el sistema nervioso y la vista, tales como sedación, somnolencia, síncope, visión borrosa (ver sección 4.8). Por tanto, se debe aconsejar a los pacientes que no conduzcan ni utilicen máquinas hasta conocer su sensibilidad individual a XEPLION. **4.8. Reacciones adversas.** Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) notificadas con más frecuencia en los ensayos clínicos fueron insomnio, cefalea, aumento de peso, reacciones en el lugar de inyección, agitación, somnolencia, acatisia, náuseas, estreñimiento, mareos, temblores, vómitos, infección de las vías respiratorias altas, diarrea y taquicardia. De estas, la acatisia parecía estar relacionada con la dosis. A continuación se recogen todas las RAM notificadas en sujetos tratados con XEPLION en ensayos clínicos. Se aplican los siguientes términos y frecuencias: *muy frecuentes* (≥1/10), *frecuentes* (≥1/100 a <1/10), *poco frecuentes* (≥1/1000 a <1/100), *raras* (≥1/10.000 a <1/1000), *muy raras* (<1/10.000), *y frecuencia no conocida* (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Clasificación por órganos y sistemas	**Reacción adversa al medicamento**			
	Frecuencia			
	Muy frecuentes	**Frecuentes**	**Poco frecuentes**	**Raras**
Infecciones e infestaciones		infección de las vías respiratorias superiores		
Trastornos del sistema inmunológico			hipersensibilidad	
Trastornos endocrinos			hiperprolactinemia	
Trastornos del metabolismo y de la nutrición		aumento de peso, aumento de la glucosa en sangre, aumento de los triglicéridos en sangre	hiperglucemia, hiperinsulinemia, aumento del apetito, disminución del apetito, aumento del colesterol en la sangre	
Trastornos psiquiátricos	insomnio	agitación	pesadillas	
Trastornos del sistema nervioso	cefalea	distonía, parkinsonismo, acatisia, discinesia, trastorno extrapiramidal, temblores, mareos, somnolencia	síncope, convulsiones, discinesia tardía, disartria, hiperactividad psicomotora, mareos posturales, letargo	síndrome neuroléptico maligno, accidente cerebrovascular
Trastornos oculares			visión borrosa	crisis oculógiras, trastornos del movimiento del ojo
Trastornos del oído y del laberinto			vértigo	
Trastornos cardiacos		taquicardia	taquicardia sinusal, trastornos de la conducción, bloqueo auriculoventricular de primer grado, bradicardia, síndrome de taquicardia postural ortostática, palpitaciones, QT prolongado en el electrocardiograma, anomalías del electrocardiograma	
Trastornos vasculares		hipertensión	hipotensión ortostática	
Trastornos gastrointestinales		vómitos, malestar abdominal/ dolor abdominal superior, diarrea, náuseas, estreñimiento, dolor de muelas	sequedad de boca	
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo		erupción cutánea	urticaria, prurito generalizado, prurito	erupción farmacológica
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo		dolor de espalda, dolor en las extremidades	mialgia, rigidez en las articulaciones	
Trastornos del aparato reproductor y de la mama			ginecomastia, disfunción eréctil, disfunción sexual, galactorrea, amenorrea, menstruación irregular, trastornos menstruales, retraso de la menstruación	secreción mamaria
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración		astenia, induración en el lugar de la inyección, fatiga, dolor en el lugar de la inyección	prurito en el lugar de la inyección	dolor en el lugar de la administración, reacción en el lugar de la inyección, nódulo en el lugar de la inyección

La siguiente es una lista de RAM adicionales que se han notificado con paliperidona oral: **Clasificación por órganos y sistemas:** Infecciones e infestaciones. **Reacción adversa al medicamento:** *Frecuentes:* nasofaringitis. *Poco frecuentes:* infección de las vías urinarias, rinitis. **Clasificación por órganos y sistemas:** Trastornos del sistema inmunológico. **Reacción adversa al medicamento:** *Raras:* reacción anafiláctica. **Clasificación por órganos y sistemas:** Trastornos psiquiátricos. **Reacción adversa al medicamento:** *Poco frecuentes:* trastornos del sueño. **Clasificación por órganos y sistemas:** Trastornos del sistema nervioso. **Reacción adversa al medicamento:** *Raras:* ataque isquémico transitorio, convulsión tónico-clónica generalizada. **Clasificación por órganos y sistemas:** Trastornos cardiacos. **Reacción adversa al medicamento:** *Poco frecuentes:* arritmia sinusal. *Raras:* bloqueo de rama izquierda. **Clasificación por órganos y sistemas:** Trastornos vasculares. **Reacción adversa al medicamento:** *Poco frecuentes:* hipotensión. *Raras:* isquemia. **Clasificación por órganos y sistemas:** Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos. **Reacción adversa al medicamento:** *Frecuentes:* tos, dolor faringolaríngeo, congestión nasal. *Frecuencia no conocida:* neumonía por aspiración. **Clasificación por órganos y sistemas:** Trastornos gastrointestinales. **Reacción adversa al medicamento:** *Frecuentes:* dispepsia. *Poco frecuentes:* flatulencia. *Raras:* obstrucción del intestino delgado. *Frecuencia no conocida:* inflamación de la lengua. **Clasificación por órganos y sistemas:** Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo. **Reacción adversa al medicamento:** *Raras:* angioedema, erupción papular. **Clasificación por órganos y sistemas:** Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo. **Reacción adversa al medicamento:** *Frecuentes:* artralgia. *Poco frecuentes:* dolor musculoesquelético. **Clasificación por órganos y sistemas:** Trastornos renales y urinarios. **Reacción adversa al medicamento:** *Poco frecuentes:* retención urinaria. *Raras:* incontinencia urinaria. **Clasificación por órganos y sistemas:** Embarazo, puerperio y enfermedades perinatales. **Reacción adversa al medicamento:** *Frecuencia no conocida:* síndrome de abstinencia neonatal (ver sección 4.6). **Clasificación por órganos y sistemas:** Trastornos del aparato reproductor y de la mama. **Reacción adversa al medicamento:** *Raras:* congestión de las mamas, dolor de las mamas, sensibilidad en las mamas, eyaculación retrógrada. *Frecuencia no conocida:* priapismo. **Clasificación por órganos y sistemas:** Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración. **Reacción adversa al medicamento:** *Poco frecuentes:* edema periférico. *Raras:* edema. Descripción de algunas reacciones adversas. Reacciones en el lugar de la inyección. La reacción adversa relacionada con el lugar de la inyección notificada con mayor frecuencia fue el dolor. La mayoría de estas reacciones se notificaron con gravedad de leve a moderada. Las evaluaciones del dolor en el sitio de la inyección en los sujetos, basada en una escala analógica visual, indican que el dolor tiende a disminuir en frecuencia e intensidad con el tiempo en todos los estudios de fase 2 y 3. Las inyecciones en el músculo deltoides se perciben como un poco más dolorosas que las correspondientes inyecciones en el glúteo. Otras reacciones en el lugar de la inyección fueron en su mayoría de intensidad leve e incluyeron induración (frecuente), prurito (poco frecuente) y nódulos (raro). Aumento de peso. En el estudio de 13 semanas de duración que incluyó un régimen de dosificación inicial de 150 mg, la proporción de sujetos con un aumento anormal de peso ≥7% mostró una tendencia relacionada con la dosis, con una tasa de incidencia del 5% en el grupo placebo, en comparación con tasas del 6%, 8%, y 13% en los grupos tratados con 25 mg, 100 mg y 150 mg de XEPLION, respectivamente. Durante el período abierto de transición/mantenimiento de 33 semanas de duración del ensayo de prevención de recidivas a largo plazo, el 12% de los pacientes tratados con XEPLION cumplieron este criterio (aumento de peso de ≥7% desde la fase doble ciego hasta el final del estudio); la media (DE) del cambio de peso desde el nivel basal del periodo abierto fue de +0,7 (4,79) kg. Pruebas de laboratorio. Prolactina en suero. En ensayos clínicos, se observaron medianas de aumento de la prolactina sérica en sujetos de ambos sexos que recibieron XEPLION. Las reacciones adversas que pueden sugerir un aumento de los niveles de prolactina (p. ej., amenorrea, galactorrea y ginecomastia) se notificaron en <1% de los sujetos. Efectos de clase. Con antipsicóticos puede aparecer prolongación del QT, arritmias ventriculares (fibrilación ventricular, taquicardia ventricular), muerte súbita inexplicable, parada cardíaca y Torsades de pointes. Se han notificado casos de tromboembolismo venoso, incluidos casos de embolismo pulmonar y de trombosis venosa profunda, con el uso de medicamentos antipsicóticos (frecuencia no conocida). **4.9. Sobredosis.** En general, los signos y síntomas previstos son los resultantes de la exageración de los efectos farmacológicos conocidos de paliperidona, es decir, somnolencia y sedación, taquicardia e hipotensión, prolongación del intervalo QT y síntomas extrapiramidales. Se han notificado Torsades de pointes y fibrilación ventricular en un paciente en relación con la sobredosis de paliperidona oral. En caso de sobredosis aguda, se debe tener en cuenta la posibilidad de que estén implicados varios medicamentos. Al evaluar el tratamiento necesario y la recuperación hay que tener en cuenta la naturaleza de liberación prolongada del medicamento y la prolongada vida media de eliminación de paliperidona. No hay ningún antídoto específico para paliperidona. Se utilizarán medidas de apoyo generales. Hay que establecer y mantener una vía respiratoria despejada y garantizar que la oxigenación y la ventilación sean adecuadas. El control cardiovascular debe empezar inmediatamente e incluir un control electrocardiográfico continuo para controlar posibles arritmias. La hipotensión y el fracaso circulatorio deben tratarse con las medidas terapéuticas adecuadas, como administración de líquidos por vía intravenosa y/o de simpaticomiméticos. En caso de síntomas extrapiramidales intensos, se administrará medicación anticolinérgica. Se debe mantener una supervisión y un control estrictos hasta que el paciente se recupere. **4.10. Presentaciones y precios.** XEPLION 50 mg suspensión inyectable de liberación prolongada: PVP (IVA): 253,38 €. XEPLION 75 mg suspensión inyectable de liberación prolongada: PVP (IVA): 352,32 €. XEPLION 100 mg suspensión inyectable de liberación prolongada: PVP (IVA): 412,19 €. XEPLION 150 mg suspensión inyectable de liberación prolongada: PVP (IVA): 519,97 €. **4.11. Condiciones de prescripción y dispensación.** Con receta médica. Aportación reducida. Con visado de inspección para pacientes mayores de 75 años. **5. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Janssen-Cilag International NV. Turnhoutseweg 30. B-2340 Beerse. Bélgica. **6. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** EU/1/11/672/002. EU/1/11/672/003. EU/1/11/672/004. EU/1/11/672/005. **7. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** 04/03/2011. **8. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** 10/2011. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos http://www.ema.europa.eu

Bibliografía

1. Rosen et al. Nature Reviews Drug Discovery | AOP, published online 22 April 2005; doi:10.1038/nrd1721
2. E. Merisko-Liversidge, G.G. Liversidge, Nanosizing for oral and parenteral drug delivery: A perspective on formulating poorly-water soluble compounds using wet media mill..., Adv. Drug Deliv. Rev. (2011),
3. Samtani et al. Dosing and Switching Strategies for Paliperidone Palmitate Based on Population Pharmacokinetic Modelling and Clinical Trial Data. CNS Drugs 2011
4. Pandina et al. Paliperidone Palmitate in Schizophrenia Journal of Clinical Psychopharmacology & Volume 30, Number 3, June 2010
5. Ficha Técnica de Xeplion®
6. Assessment report Paliperidone palmitate. EMA. 2011
7. Gopal et al. A 52-week open-label study of the safety and tolerability of paliperidone palmitate in patients with schizophrenia. J Psychopharmacol 2010 Jul 8
8. Hough et al. Paliperidone palmitate maintenance treatment in delaying the time-to-relapse in patients with schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo controlled study. Schizophr Res 2010;116:107–117

MENSUAL suspensión inyectable de liberación prolongada

XEPLION®

palmitato de paliperidona

Janssen-Cilag S.A.

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 10, N.º 1, pp. 75 - 84, 2010

INFORMES

Situación de 2010 sobre el Plan de Acción de la Unión Europea en materia de Lucha contra la Droga 2009-2012

INTRODUCCIÓN

Las estimaciones más recientes para la UE en su conjunto indican que entre 25 y 30 millones de adultos —de entre 15 y 64 años— han consumido algún tipo de drogas ilícitas durante el último año1. Entre 1,2 y 1,5 millones de adultos son consumidores problemáticos de opiáceos. Cada año **mueren en la UE entre 6.500 y 7.000 personas por sobredosis.** Las cifras más recientes apuntan a que, tras mantenerse estable durante varios años, el número de muertes causadas por las drogas está ahora repuntando en la UE, debido fundamentalmente al aumento de muertes por sobredosis de cocaína.

Si bien hay cada vez más indicios de que en los últimos años ha descendido el consumo de cannabis, la droga más popular en Europa, no puede decirse lo mismo del consumo de cocaína y heroína, que están en la raíz del problema de las drogas en Europa.

A lo largo de la última década, **las pautas de consumo de drogas han cambiado en la mayoría de los Estados miembros de la UE.** Antes, el consumo problemático de drogas se daba en grupos marginados y relativamente reducidos de personas que consumían sobre todo opiáceos y cocaína, mientras que ahora se observa un aumento del consumo de drogas ilícitas con fines de diversión entre personas socialmente integradas que combinan sustancias sin caer necesariamente en la dependencia.

A la vez que **el policonsumo de drogas se ha convertido en la norma,** se ha ido difuminando la distinción entre consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas. Además de combinar el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas tradicionales como el alcohol y la cocaína, los consumidores de drogas tienen acceso a una amplia gama de sustancias nuevas («euforizantes legales») que se venden por internet, en tiendas especializadas (head shops) o por medio de camellos.

Las **drogas ilícitas son un problema social complejo** que requiere un acercamiento a largo plazo, integrado y multidisciplinar. Un informe escrito de la Comisión sobre la evolución del mercado mundial de las drogas ilícitas entre 1998 y 2007[2] no encontró ningún indicio de mejora a lo largo de dicho período. En algunos países, la situación había mejorado, pero en otros se había agravado, en ocasiones de manera drástica. En general, el problema de las drogas se había reducido en los países ricos, incluidos los Estados miembros de la UE, pero se había agudiza-

1 Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), informe anual de 2009 sobre el problema de las drogas en Europa. Las estimaciones combinadas incluyen a 22,5 millones de consumidores de cannabis y 4 millones de consumidores de cocaína.

2 JLS/2007/C4/005 — Análisis detallado del funcionamiento del mercado mundial de las drogas ilícitas y de las medidas políticas para reducirlo.

do en algunos países grandes en desarrollo o en transición. El estudio concluía que, aunque las medidas contra la producción podían tener una incidencia allí donde se producen las drogas, no había pruebas de que redujeran la producción a nivel mundial. Y a pesar de que las medidas represivas pueden modificar las rutas del tráfico de drogas, no parece que reduzcan de forma notable y duradera la cantidad de drogas en el mercado.

La Estrategia de la UE en materia de Lucha contra la Droga 2005-2012[3] y los dos planes de acción contra las drogas adoptados para su ejecución han consolidado el **enfoque coherente del problema por parte de la UE.** La política en materia de drogas es, en gran medida, **responsabilidad de los Estados miembros.** La Comisión hace una contribución importante al desarrollo de políticas europeas en materia de drogas al garantizar la coherencia general, contribuir a la coordinación de las posiciones de la UE en foros internacionales, desempeñar un papel central en el mecanismo de control de drogas nuevas y brindar financiación y conocimientos especializados. La Comisión es responsable de la formulación, el seguimiento y la evaluación de los planes de acción de la UE en materia de drogas. A través del Programa de Estocolmo[4], la Comisión ha recibido por primera vez el encargo de elaborar la nueva Estrategia de la UE en materia de Lucha contra la Droga para después de 2012.

El presente informe resume las principales conclusiones del informe de situación de 2010 del Plan de Acción de la Unión Europea en materia de Lucha contra la Droga 2009-2012[5], que se presenta en detalle en el anexo.

MÉTODO

El Plan de Acción de la Unión Europea en materia de Lucha contra la Droga 2009-2012 identifica a los principales agentes responsables y fija unos plazos para cada acción específica. El informe de situación, que abarca el año 2009 y la primera mitad de 2010[6], pudo beneficiarse de unas contribuciones valiosas del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) y de Europol. Respecto de algunas medidas en particular, la Comisión realizó una encuesta escrita entre los Estados miembros. No se facilita información sobre acciones cuyo plazo no vence en 2010. La aplicación se mide sobre unos indicadores[7] que se especifican en el Plan de Acción.

ASPECTOS DESTACABLES

Logros

1) El consumo de drogas inyectables, que es una de las principales causas de la propagación de infecciones de transmisión hemática, está en retroceso en la UE. Y **desciende la prevalencia de nuevos casos de VIH entre los consumidores de drogas,** posiblemente como consecuencia de las importantes inversiones realizadas en la última década por los Estados miembros en medidas de reducción de daños, como exigían los planes de acción contra las drogas.

2) Los servicios represivos han intensificado su cooperación más allá de las fronteras de la UE para combatir el tráfico de drogas. Los Estados miembros han creado dos **«plataformas de cooperación»** para intercambiar información y coordinar la capacitación en África Occidental, que es un punto estratégico de la ruta del tráfico de cocaína: una en Ghana (liderada por el Reino Unido) y otra en Senegal (liderada por Francia). En junio de 2010, el Consejo de Justicia y Asuntos Interiores (JAI) adoptó el Pacto europeo de lucha contra el tráfico internacional

de drogas - Desarticulación de las rutas de la cocaína y la heroína con objeto de mejorar la coordinación de los distintos dispositivos de lucha contra el tráfico de drogas. Este instrumento brinda una ocasión importante para interconectar todas las estructuras que combaten el tráfico de drogas en las principales rutas de contrabando.

3) En 2009, la Comisión presentó una **estrategia[8] para fortalecer la cooperación de la UE en materia de investigaciones relacionadas con la droga.** La estrategia ayudará a apoyar las políticas de lucha contra la droga basadas en hechos demostrados y a desarrollar las respuestas políticas necesarias para reducir los efectos sanitarios y sociales nocivos del consumo de drogas en nuestra sociedad. La Estrategia y el Plan de Acción de la UE en materia de Lucha contra la Droga abogan por una política antidrogas basada en hechos objetivos y pruebas científicas.

Retos

4) Tras permanecer estable durante varios años en una cifra de entre 6.500 y 7.000 casos anuales, el número de **muertes debidas al consumo de drogas** en la UE parece ir un aumento, con una subida que en 2008 posiblemente alcanzó el 5 %.

5) La frecuente aparición de nuevas sustancias psicoactivas **(«euforizantes legales»)** se ha convertido en un reto importante de la política antidrogas. Los Estados miembros están luchando por contener la proliferación de nuevas drogas, cuyos riesgos sanitarios y sociales son en gran medida desconocidos. Su labor se ve dificultada por unos cauces de venta que no conocen fronteras, como internet, y por la velocidad con la que sustancias recién controladas se ven sustituidas en el mercado por otras.

6) El Centro de Análisis y Operaciones contra el Tráfico Marítimo de Estupefacientes (MAOC-N)[9], creado en 2007 para luchar contra el tráfico de drogas en el Océano Atlántico, coordinó operaciones que se saldaron con el decomiso de 43 toneladas de cocaína y 21 toneladas de hachís en sus dos primeros años de funcionamiento. Pero las **redes de tráfico de drogas** han cambiado rápidamente sus rutas y métodos de contrabando para eludir las barreras creadas por los Estados miembros de la UE con el fin de impedir su comercio. Según los datos más recientes, los decomisos resultantes de operaciones coordinadas por el MAOC-N y el CeCLAD-M[10], creado en 2008 para luchar contra el tráfico de drogas en el Mar Mediterráneo, han disminuido considerablemente.

7) En el ámbito de las Naciones Unidas culminaron en 2009 las negociaciones de una nueva declaración política y un nuevo plan de acción para hacer frente al problema mundial de las drogas. La UE abogó por unas políticas antidrogas equilibradas, basadas en hechos demostrados y que respeten los derechos humanos y la dignidad humana, pero su posición negociadora se vio debilitada por las **divergencias entre sus Estados miembros.**

8) A lo largo de los últimos dos años, la **política exterior en materia de drogas** en ocasiones se ha focalizado demasiado en la seguridad. Los acuerdos bilaterales concluidos por los Estados miembros de la UE con países de fuera de la UE se centraban sobre todo en la cooperación y la reducción de la oferta.

9) La **recesión económica** ha erosionado los presupuestos destinados a las políticas antidrogas a nivel nacional. La Comisión está preocupada por la reducción de la cofinanciación en favor de los centros de coordinación nacionales (CCN) en los Estados miembros. En 2009, casi la quinta parte de los CCN tuvieron dificultades para utilizar plenamente la subvención concedida por la red REITOX de los CCN, coordinada por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), debido a que no pudieron obtener la subvención nacional correspondiente. Esto podría tener un impacto negativo sobre la calidad y la sostenibilidad del control de las drogas en la UE.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS

La información que figura en el presente informe y su anexo recoge fundamentalmente los resultados de las actividades realizadas. Aún es demasiado pronto para proceder a un análisis de los resultados (¿es eficaz la acción para alcanzar el objetivo?) y del impacto (¿está mejorando la situación en el ámbito de las drogas como consecuencia de la acción?). Ese análisis de resultados y de impacto lo proporcionará la evaluación final de la Estrategia de la UE en materia de Lucha contra la Droga 2005-2012 y del Plan de Acción de la UE en materia de Lucha contra la Droga 2009-2012, que se lanzará el año que viene. Los resultados principales reflejan los cinco objetivos clave del Plan de Acción de la UE en materia de Lucha contra la Droga: mejorar la coordinación y cooperación, reducir la demanda de drogas, reducir la oferta de drogas, fortalecer la cooperación internacional y mejorar nuestra comprensión del problema.

Mejorar la coordinación y la cooperación

Dada la naturaleza transversal del problema de las drogas, la coordinación de las distintas áreas de actuación a nivel de la UE es crucial para poder dar una respuesta eficaz. El Grupo Horizontal «Drogas» (GHD), un grupo de trabajo del Consejo, es el principal órgano de coordinación de las políticas antidrogas a nivel de la UE. Las sucesivas presidencias de la UE han mantenido una línea de acción en el GHD que se ha ajustado estrechamente al Plan de Acción de la UE en materia de Lucha contra la Droga. Pero la implicación de otros grupos de trabajo del Consejo en el desarrollo de políticas en materia de drogas —en su mayoría relativas a la represión— ha suscitado en ocasiones incertidumbre sobre el papel del GHD.

Es fundamental mantener un **enfoque horizontal coherente** a fin de evitar que la política de la Unión en materia de drogas ponga un mayor énfasis en la represión en detrimento de las actuaciones encaminadas a reducir la demanda.

Casi todos los Estados miembros de la UE señalan una **implicación** más estrecha de las organizaciones **de la sociedad civil** en la elaboración, la aplicación y, en ocasiones, la evaluación de la política antidrogas a nivel nacional. En el marco de la Acción Europea sobre la Droga, la Comisión ha movilizado a cerca de 700 agentes de la sociedad civil en campañas de sensibilización sobre la droga a nivel nacional o local y ha proseguido sus consultas con el Foro de la Sociedad Civil sobre las Drogas.

Reducir la demanda de drogas

Los Estados miembros todavía tienen que mejorar sus programas de prevención del consumo de drogas para aumentar su eficacia y lograr que se basen en hechos demostrados. Los países de la UE todavía aplican programas de prevención universales a pesar de que estos han demostrado

ser ineficaces, mientras que los programas de prevención selectivos destinados a grupos vulnerables siguen teniendo una cobertura insuficiente en la mayoría de los Estados miembros. La mayor parte de los Estados miembros cuenta con un número reducido de este tipo de programas selectivos, centrados, por ejemplo, en lugares de recreo y de ocio nocturno. En general, la eficacia de estos programas se evalúa con mayor frecuencia que la de otras acciones preventivas.

En lo relativo a las políticas e intervenciones de **reducción de los efectos nocivos** se registra un avance en los Estados miembros de la UE, pero hay grandes diferencias entre los países en cuanto al nivel de aplicación de medidas específicas que reflejen su situación particular en materia de drogas y sus prioridades políticas.

Del millón de europeos que se estima que recibieron en 2007 un tratamiento relacionado con las drogas —la mayoría de los cuáles eran consumidores de opiáceos—, cerca de 670 000 siguieron un tratamiento sustitutivo. Este tratamiento sustitutivo (con metadona o buprenorfina), combinado con asistencia psicológica, se considera uno de los más eficaces para los consumidores de opiáceos. Hasta la fecha no existe ningún tratamiento sustitutivo para la dependencia de la cocaína y la anfetamina.

La mayoría de los Estados miembros disponen de guías basadas en hechos demostrados o de guías de buenas prácticas para el tratamiento de la drogodependencia, pero son pocos los que supeditan la financiación pública de los servicios de tratamiento a su aplicación.

Los **servicios sanitarios relacionados con las drogas** se prestan cuando menos en algunos establecimientos penitenciarios de cada Estado miembro, pero, en líneas generales, son pocos los presos que pueden acogerse a ellos. El consumo habitual de drogas sigue siendo mayor entre los presos que entre la población en general y va del 3 % en unos países hasta alcanzar nada menos que el 77 % en otros. Las formas más dañinas del consumo de drogas, incluido el consumo por vía intravenosa, parecen ser más frecuentes entre los presos.

En líneas generales están descendiendo en la UE las **infecciones por VIH entre los drogodependientes.** Pero tras un descenso del número de muertes causadas por las drogas a comienzos de la presente década, que se estabilizó entre 6 500 y 7 000 al año, las primeras cifras de 2008 muestran que el número podría ir en aumento y que cada vez son más las muertes por sobredosis de cocaína.

Se dispone de muy poca información sobre la existencia y el tipo de programas de reinserción social para consumidores de drogas en los Estados miembros.

Reducir la oferta de drogas

La evaluación anual de Europol de la amenaza que supone el crimen organizado se utiliza cada vez más para establecer las prioridades de la lucha contra el tráfico de drogas.

En los últimos años se ha intensificado la **cooperación entre Europol y los Estados miembros** en los tres proyectos COSPOL —relativos a la cocaína (COLA), a la heroína (MUSTARD) y a las drogas sintéticas (SYNERGY)—. El Sistema Europeo de Elaboración de Perfiles de las Drogas, cofinanciado por la Comisión, se lanzó en febrero de 2010. Este proyecto, que reúne a

laboratorios forenses de toda la UE con el fin de desarrollar el análisis forense de las drogas, podría aumentar la capacidad de descubrir y desmantelar redes de tráfico de drogas si se implicara estrechamente a los servicios represivos.

Un informe de la Comisión de 2009[11] sobre la aplicación de la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo, de 25 de octubre de 2004, relativa al establecimiento de disposiciones mínimas de los elementos constitutivos de delitos y las penas aplicables en el ámbito del tráfico ilícito de drogas[12], puso de manifiesto que había aumentado el número de casos de tráfico de drogas remitidos a Eurojust a lo largo de los últimos cinco años transcurridos, lo cual parece indicar que ha mejorado la cooperación judicial en este terreno. Sin embargo, algunos países ni siquiera habían incorporado la Decisión marco y el informe concluía que persistían las disparidades entre los sistemas jurídicos de los Estados miembros. Las evaluaciones de las Decisiones marco del Consejo sobre el embargo preventivo y las resoluciones de decomiso han desembocado en conclusiones similares.

En líneas generales, los servicios represivos deberían compartir más información —y con más prontitud— sobre las operaciones, por ejemplo sobre la recuperación de activos; en este sentido, las contribuciones de los Estados miembros a algunos **expedientes de análisis de Europol sobre las drogas** siguen siendo poco satisfactorias.

A lo largo de los tres últimos años, los Estados miembros de la UE han creado **centros de cooperación marítima** para intercambiar información y coordinar operaciones conjuntas contra el tráfico de drogas en el Océano Atlántico (MAOC-N) y en el Mar Mediterráneo (CeCLAD-M), así como «plataformas de cooperación» en África Occidental. Pero, tras el éxito inicial, los decomisos de droga resultantes de operaciones coordinadas por estos centros han disminuido a lo largo de los últimos meses. Este hecho parece deberse sobre todo a la gran capacidad de adaptación de las redes de tráfico, que cambian sus rutas y métodos con mucha rapidez.

En 2009 se realizó una evaluación de la **legislación europea relativa a los precursores de drogas.** A raíz de ello, el Consejo recomendó que se propusieran modificaciones legislativas, una vez que se hubiera evaluado minuciosamente su repercusión potencial en las autoridades y los operadores económicos de los Estados miembros[13]. La firma y la aplicación de un acuerdo entre la UE y China sobre el control de los precursores de drogas y la apertura de negociaciones con Rusia sobre un acuerdo similar son los principales avances a nivel internacional.

Fortalecer la cooperación internacional

En el período considerado, 15 Estados miembros concluyeron acuerdos bilaterales con países de fuera de la UE que abarcan también la cooperación en el ámbito de las drogas, en general con la finalidad de reducir la oferta. Estos acuerdos se suscribieron con países de Europa Oriental y Asia Central (Rusia, Ucrania, Kazajstán, Georgia, Belarús y Armenia), los Balcanes Occidentales y Oriente Medio, América Latina y Asia.

A nivel de la UE, los proyectos apoyados por los programas de ayuda exterior de la UE continúan persiguiendo, además de un desarrollo alternativo, la reducción de la oferta y la demanda de drogas. La financiación de proyectos de reducción de la oferta y, en particular, de capa-

citación para la lucha contra el tráfico aumentaron durante el período analizado, sobre la base de programas adoptados con arreglo al componente para el largo plazo del Instrumento de Estabilidad.

La Comisión sigue apoyando prioritariamente los **programas de desarrollo alternativo** de gran alcance destinados a ofrecer a los agricultores una alternativa legal y económicamente viable al cultivo de drogas, especialmente en los países andinos. La Comisión está integrando el enfoque de la UE en su estrategia de desarrollo más amplia. Ahora bien, el desarrollo alternativo no parece ser una prioridad específica para muchos Estados miembros, pues son pocos los que han señalado que este constituya una parte estructural de su política internacional de desarrollo. Durante el período analizado, la UE ha desarrollado un programa de cooperación nuevo con América Latina en materia de políticas antidrogas centrado en la consolidación del Mecanismo UE-América Latina-Caribe en materia de Drogas, el fortalecimiento de los observatorios nacionales de la droga en los países latinoamericanos y la capacitación para la reducción de la oferta y la demanda.

La UE está desarrollando la **cooperación con los países del África Occidental,** en especial mediante el apoyo al Plan de Acción de Praia contra la Droga de la Comunidad Económica de los Estados del África Occidental (CEDEAO). La implicación de los países afectados por la lucha contra el tráfico de drogas y la cooperación con las organizaciones regionales, en particular con la CEDEAO, son cruciales para poner fin a las «sociedades de conveniencia» constituidas por distintos tipos de grupos delictivos. La coherencia entre la actuación interior y exterior contra el tráfico de drogas, a cargo de la Comisión y del Consejo, es de una importancia crucial.

La coordinación de las posiciones de los Estados miembros de la UE en el seno de la **Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas** (CND) ha presentado una imagen desigual a lo largo de los últimos dos años. En las negociaciones de 2009 sobre una declaración política y un plan de acción nuevos de las Naciones Unidas en materia de drogas, el frente unido de la UE se rompió en la fase final cuando dos Estados miembros retiraron su apoyo a la inclusión del término «reducción de efectos nocivos» en la declaración.

Aunque se han adoptado medidas para fortalecer la sincronización de la posición de la UE en las instituciones de las Naciones Unidas, es necesario mejorar la coordinación de las delegaciones en los foros de las Naciones Unidas en Viena y en el Grupo Horizontal «Drogas» en Bruselas.

Por último, la cooperación en este ámbito con los **países europeos vecinos y los países candidatos** se centró fundamentalmente en la lucha contra el tráfico de drogas, el fortalecimiento de las instituciones, el seguimiento de las drogas y la reducción de la demanda. El OEDT prosiguió su cooperación con Croacia, Turquía y los países de los Balcanes Occidentales para la instauración de mecanismos de información y seguimiento en materia de drogas. En el marco del Instrumento Europeo de Vecindad y Asociación, esta cooperación debe ampliarse a los países cubiertos por la Política Europea de Vecindad.

Mejorar nuestra comprensión del problema

Durante el período considerado, la Comisión lanzó distintas iniciativas para llamar la atención sobre la importancia estratégica de la **investigación en el ámbito de las drogas.** Estas iniciativas perseguían determinar las lagunas en la investigación, mejorar la coordinación entre los agentes políticos y la comunidad científica, promocionar las actividades de investigación conjuntas entre los Estados miembros y aumentar la financiación puesta a disposición de la investigación en materia de drogas. En 2009, en el marco del programa de Ciencias Socioeconómicas y Humanidades del Séptimo Programa Marco de Investigación (7º PM), la Comisión lanzó una convocatoria de propuestas de investigación sobre las adicciones, con una contribución mínima de la UE de 6,5 millones EUR. Para apoyar las actividades de investigación conjuntas entre los Estados miembros, la Comisión puso a disposición un importe de 2 millones EUR para la creación de una Red del Espacio Europeo de Investigación (ERA-NET) en el ámbito de las drogas. El Programa de Seguridad de 2010 en el marco del 7º PM contiene una convocatoria de propuestas relativas a las **consecuencias indeseadas de las políticas antidrogas** y su impacto en la seguridad de la UE. En 2010 se publicó asimismo, en el marco del apartado «Salud» del 7º PM, una convocatoria de propuestas para grandes proyectos en colaboración (6 a 12 millones EUR) en el ámbito de los trastornos por adicción.

Además, en los últimos años la Comisión ha destinado más de 1,1 millones EUR a estudios para apoyar la aplicación del Plan de Acción de la UE en materia de Lucha contra la Droga 2009-2012. El OEDT y la red REITOX han contribuido a mejorar la comprensión del problema de las drogas gracias a una amplia gama de publicaciones.

El sistema de alerta rápida del OEDT ha funcionado bien en lo respecta a la notificación rápida y la evaluación de **drogas nuevas.** En 2009 se comunicaron 24 sustancias psicoactivas nuevas al sistema de alerta rápida, casi el doble que en 2008. En 2010, el comité científico ampliado del OEDT realizó una evaluación de los riesgos de la mefedrona, un estimulante parecido al éxtasis. Sobre esta base, la Comisión debe decidir si propone al Consejo que someta esta sustancia a medidas de control. La rapidez con la que las sustancias controladas a nivel nacional o europeo se sustituyen por otras nuevas que presentan riesgos sanitarios y sociales que han de ser evaluados constituye un argumento indiscutible en favor del fortalecimiento en la UE de la capacidad de investigación en el ámbito de las drogas. Por último, en 2009 y 2010 la Comisión y el OEDT adoptaron medidas para mejorar la recopilación de datos sobre los mercados de la droga, la delincuencia relacionada con la droga y la reducción de la oferta. En la segunda mitad de 2010, la Comisión presentó unas propuestas para mejorar la recopilación de datos sobre los mercados de la droga, la delincuencia relacionada con la droga y las medidas para reducir la oferta en la Unión Europea.

CONCLUSIONES

El 50º aniversario de la Convención sobre Estupefacientes de las Naciones Unidas de 1961, que se celebra en 2011, brinda la oportunidad de reflexionar seriamente sobre la situación actual del problema de las drogas. A lo largo de los últimos cincuenta años, las drogas se han convertido en un problema mundial que afecta a prácticamente todos los países y amenaza la salud y la seguridad de millones de personas. Los países se ven incapaces de encontrar, por si solos, respuestas eficaces para combatir el comercio de drogas ilícitas, que cambia con gran rapidez.

El consumo combinado de sustancias lícitas e ilícitas y la difusa frontera entre ambas se han

convertido en un reto fundamental de las políticas antidrogas. La lucha contra el **policonsumo de drogas** requiere respuestas políticas muy elaboradas, basadas en la investigación científica y que sitúen la drogodependencia en un contexto de adicciones más amplio. Los responsables políticos deben diferenciar entre diversos esquemas de consumo y el potencial de riesgo distinto que plantean las múltiples sustancias lícitas e ilícitas que hay en el mercado a fin de encontrar la mejor combinación de políticas posible para proteger la salud pública y la seguridad.

La **rápida aparición de nuevas drogas** plantea un reto mayor a los responsables políticos. Las sustancias nuevas resultan cada vez más atractivas, tanto para los consumidores, dado que se comercializan como alternativas legales a las drogas ilícitas («euforizantes legales»), como para los productores, ya que la mayoría de estas sustancias se pueden fabricar y distribuir fácilmente. Un mercado de la droga en el que coexisten las sustancias tradicionales con las nuevas y las lícitas con las ilícitas requiere unas respuestas políticas de amplio alcance.

La Comisión está evaluando en estos momentos la Decisión 2005/387/JAI del Consejo[14] relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas y presentará propuestas legislativas para su modificación a fin de poder actuar mejor frente a la expansión del nuevo mercado de la droga.

El aumento notable del número de **muertes causadas por las drogas** en la UE requiere que los Estados miembros pongan un mayor énfasis en las medidas preventivas. La mejora del seguimiento sanitario en relación con las drogas y de la prestación de servicios sanitarios en las prisiones es uno de los pasos que hay que dar para reducir el número de víctimas.

Unas instrucciones de seguridad obligatorias para los lugares de recreo nocturno también podrían contribuir a reducir el número de muertes causadas por la droga en la UE.

La cooperación en plataformas regionales ha dado un impulso a la lucha contra el tráfico de drogas. Sin embargo, a la larga estas estructuras no estarán en condiciones de desmantelar las redes de tráfico de droga, salvo que colaboren entre sí y libren un **combate de redes contra redes.** La Comisión tiene el compromiso de desempeñar un papel activo para mejorar la coordinación de los servicios represivos en su lucha por desmantelar las principales rutas de contrabando de drogas. Para garantizar una represión más eficaz del tráfico de drogas debe prestarse mayor atención al análisis de las políticas y a la evaluación de la actuación en este ámbito.

En consonancia con su política equilibrada en materia de drogas y con el principio de responsabilidad compartida de las naciones frente a un problema mundial, la UE tiene que **volver a hacer hincapié en unas políticas de reducción de la demanda** en sus relaciones con terceros países. El contrabando de drogas con destino a Europa a través de regiones como África Occidental desestabiliza aún más estos países de tránsito y estimulan la demanda local de drogas. Esto podría desencadenar una epidemia de consumo problemático de drogas e infecciones por VIH en países vecinos de la UE. La UE debe velar por que su ayuda exterior haga frente a estos retos. Por lo demás, debe impulsarse la cooperación internacional en la lucha contra el comercio ilícito de precursores de drogas.

La actual **crisis económica** podría repercutir en la situación de las drogas en la UE, si bien es cierto que aún se tiene un conocimiento limitado de esta cuestión y, por tanto, las posibles conclusiones deben interpretarse con cautela. Las dificultades económicas y la sensación de inseguridad que esas dificultades generan entre los grupos vulnerables podrían dar lugar a un aumento del consumo de drogas, ya que algunas personas podrían verse tentadas de refugiarse en las drogas. Las personas que necesitan buscarse la vida en tiempos de creciente desempleo podrían ser captadas por grupos de delincuentes organizados para la fabricación o venta de drogas ilícitas a pequeña escala. Los drogodependientes podrían tener dificultades para conseguir el dinero que necesitan para comprar drogas, lo que podría dar lugar a que asumieran mayores riesgos y se disparara la delincuencia debida a la droga. Al mismo tiempo, las restricciones presupuestarias podrían llevar a los Estados miembros a recortar los servicios de prevención y tratamiento. La **Comisión hace un llamamiento a los Estados miembros para que no reduzcan la financiación de los servicios relativos a las drogas,** ya que esto podría repercutir negativamente en la salud de los que necesitan una terapia y en la seguridad de la sociedad en general.

La entrada en vigor del Tratado de Lisboa y la desaparición de la estructura de pilares para la elaboración de las políticas de la UE brindan la oportunidad de una mejor integración de todas las áreas políticas que intervienen en la lucha contra el problema de las drogas. La Comisión va a desarrollar una nueva Estrategia de la UE en materia de Lucha contra la Droga para después de 2012 que aunará las políticas de salud pública y sociales, de represión y de ayuda exterior en una política coherente que situará a la persona en el centro de su acción.

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 10, N.º 1, pp. 85 - 85, 2010

In MEMORIAN

josé María López Piñero
(1933-2010)
Un pionero de la historia de la psiquiatría

Jose María López Piñero, que fue catedrático de historia de la medicina en la Universidad de Valencia, será reconocido como uno de los pioneros y padres de la historia de la medicina en España. Sin embargo, por su preocupación por los temas psiquiátricos, por lo investigado y publicado por sus discípulos, es sin duda el pionero de la historia de la psiquiatría en España.

Su quehacer en este campo de la medicina comenzó en una época donde los historiadores dedicados a estos temas eran un grupo escaso de personajes ilustres concentrados en tres universidades del país (Madrid, Valencia y Salamanca) alrededor de figuras como la suya, la de Laín Entralgo (Madrid) y la de Sanchez Granjel (Salamanca). Pedro Laín Entralgo fue su iniciador en la disciplina.

Su tesis doctoral en 1963 fue dedicada al tema de los "Orígenes históricos de la neurosis". Este trabajo no solo tuvo una repercusión en el ámbito de la historia de la psiquiatría en España, sino que tuvo una repercusión importante entre los estudiosos de la historia de la psiquiatría en Europa. Nuevamente en 1970 público otro trabajo dedicado a un tema psiquiátrico, "De la melancolía a la psicosis maniaco-depresiva". Su interés por la psiquiatría influyo en el gran volumen de tesis doctorales dedicadas a este tema que se generaron en su cátedra y que contribuyeron a formar un grupo de historiadores de la psiquiatría que han producido trabajos que hoy son marco de referencia en nuestra literatura historiográfica. Ejemplos de esas tesis son la de Julián Espinosa sobre "La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX", la de Pedro Marset sobre "La obra psiquiátrica de Pinel", la de Luis García Ballester sobre "Alma y enfermedad en Galeno" o la de Antonio Rey sobre "La introducción del moderno saber psiquiátrico en la España del siglo XIX".

Víctor Aparicio Basauri
Psiquiatra.
Panamá

La revista "Medicina e Historia" ha dedicado el n° 3 de 2010 monográficamente a Jose María López Piñero

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 10, N.º 1, pp. 87 - 90, 2010

RESEÑAS

Sonríe o Muere. La trampa del pensamiento positivo.

Barbara Ehrenreich
Turner
Madrid. 2011

Este no es un libro recomendable para creyentes en el pensamiento positivo como la fuerza salvífica que puede transformar tu vida, ni para los que alimentan la fe en la autoestima como el ejercicio individual de la voluntad que puede llevarte a la felicidad. Es un libro que introduce respecto a estas creencias peligrosas nociones criticas. Recomendable, sin embargo, para escépticos, descreídos y agnósticos de la fe anteriormente mencionada, entre los que me cuento.

El pensamiento positivo como corriente cuenta con más de 100 años de existencia, innumerables publicaciones en su haber y una enorme penetración en la cultura psicológica popular de Occidente. Cuenta además con cierto aval de la psicología "seria", ya que autores de reconocido prestigio, desde William James, uno de los padres de la psicología en EEUU, a Martin Seligman, que fuera presidente de la American Psychological Association, se han mostrado como sus partidarios cuando no acérrimos defensores. Cabría entonces quizá preguntarse más por los motivos que lo hacen popular y por las necesidades y sentidos que satisface antes que por sus incoherencias intelectuales.

No obstante el análisis de su origen, características y ámbitos de acción como fenómeno intelectual y cultural es de agradecer y a esa tarea se dedica esta obra. Con un estilo coloquial y penetrante, nos guía a través de un viaje en el que la curiosidad y en ocasiones un humor que se parece a la fina ironía nos acompañan. No es un libro técnico, ni de psicología, ni de sociología, lo cual no le impide abordar su temática de un modo pertinente y con una exposición clara y bien hilada.

Antes de nada... ¿qué es el pensamiento positivo?, de acuerdo con la autora, se trata de la disciplina de pensar positivamente, que nos hará sentirnos optimistas y favorecerá que las cosas salgan bien. La explicación racional es que el optimismo mejora la salud, eficacia, confianza y adaptación. Sin embargo la explicación menos racional pero extendida (y ampliamente publicada) es que los pensamientos positivos tienen una incidencia directa en el mundo materializándose en forma de salud, prosperidad y éxito. Los pensamientos negativos, contra los que tenemos que estar en guardia, se transforman a su vez en resultados negativos. Invito a quien desee profundizar en este concepto a que hojee el best seller "El Secreto", al menos hasta localizar la página en la que afirma que lo que nos engorda no es la comida, sino la idea de gordura. Es en todo caso un enfoque originario de EE UU, donde prospera sobre todo en el capitalismo tardío o de consumo. Desde allí se extiende al resto del mundo, en particular al mundo industrializado, en forma de una incesante cantidad de publicaciones y de talleres de formación, de coaches y de terapeutas.

Podríamos pensar que es un fenómeno estadounidense. Pero sin duda se ha convertido ya en mucho más que eso. Bastaría darse una vuelta por las nutridas estanterías de libros de autoayuda de cualquier librería que se precie para comprobar su dimensión. Sin ir más lejos, recientemente algunos carteles de publicidad en nuestras calles presentaban un diálogo con Guardiola, el entrenador del FC Barcelona. A la pregunta "¿Algún consejo sobre los límites que nos ponemos?" este responde que "Lo único que sé es que desaparecen cuando no pienso en ellos". Suponemos que esta filosofía gaseosa no es aplicable a la conducción de vehículos, por el riesgo asociado de comprobar la dureza de los sólidos que se interpongan en nuestro camino. Pero en todo caso... ¿quién podría objetar nada al optimismo?, en realidad.. ¿a quién puede hacerle daño?. En el caso de entrar en una crisis económica, por ejemplo... ¿no sería mejor negarla? ¿no facilitaría la salida de la crisis el optimismo de no verla? Esta postura remite directamente a la escuela del pensamiento positivo, a lo que la autora llama la trampa del pensamiento positivo.

Pero dejemos las elucubraciones imaginarias y volvamos a nuestra realidad. No está claro en todo caso en qué medida el optimismo desmedido multiplica la felicidad. Suponer que podemos triunfar ilimitadamente en la vida y ser ricos y famosos solo con desearlo con suficiente fuerza es sin duda fantástico para los que lo consiguen, y probablemente haya incrementado el número de personas candidatas a participar en programas como Gran Hermano. Pero cabría preguntarse por el impacto de la ambición desmedida en la felicidad de todos los que no pueden triunfar. Ser el mejor de 100, implica que hay 99 por debajo, que tal vez no estén tan felices con la idea de un triunfo indudable, pero que no llega. Por cada Guardiola (supuestamente) feliz, habrá 100, 1000 o 10000 aspirantes que se quedaron en el camino. La ambición permite triunfar... y también fracasar, sobre todo cuando nuestras ambiciones son poco realistas. A la ambición... ¿no habrá también que educarla? Los límites... ¿no habrá que aprender a ubicarlos y sortearlos, antes que a difuminarlos o ignorarlos? No obstante el pensamiento positivo tiene otro planteamiento: si no triunfas, lo que sucede es que no has deseado con la fuerza necesaria, sin fisuras, o que no has utilizado la técnica adecuada.

Efectivamente en su formulación más estricta, aquella que recuerda a la austeridad y a la vigilancia del calvinismo, el pensamiento positivo se formula asumiendo que lo que te pase, sea lo que sea, es consecuencia de tu actitud. Si piensas en positivo tus sueños están a la vuelta de la esquina. Pero si tus sueños no se tornan realidad... ¿cuál ha sido la falla de tu positividad? ¿en qué punto has dejado que el pesimismo o el desaliento se cuelen en tu interior, transformando tu situación en la vulgar realidad en la que vives? Has de aplicarte a desear con más fuerza, sin desaliento ni falla.

En sus vertientes más extremas vemos que el pensamiento positivo supone una posición metafísica, donde el pensamiento domina la materia. Pero incluso en sus vertientes más moderadas resulta llamativo. Se acerca a la idea del optimismo como valor absoluto, por encima de la verdad. Podríamos reconocerlo en las concepciones de la autoestima que preconizan diversos manuales. La autoestima se trabaja de un modo personal e intrapsíquico, a base de autoverbalizaciones, promoviendo un modo optimista y autoensalzador en nuestra forma de ver las cosas. Así logramos controlar nuestras emociones, aumentar nuestro bienestar, y a la postre ser felices. El camino a la felicidad está entonces pavimentado por un estricto control mental que hace que nuestra mente se proyecte sin fisuras en el futuro esplendoroso que nos aguarda. Depende

de la disciplina y voluntad individual, que debe ajustarse adecuadamente a la técnica del pensamiento positivo. Las consideraciones éticas, sobre lo que sea una vida buena o cuales sean los modos de conseguirlo, no son relevantes. Las críticas a la psicología como disciplina que desactiva la transformación social al llevar todo conflicto a la interioridad de cada individuo, sin considerar su entorno, cobran aquí toda su dimensión. Las condiciones sociales en las que vivimos no tendrían mayor importancia.

En la versión más moderada lo llamativo es la ingenuidad de pretender que la relación entre optimismo y bienestar o felicidad son lineales, directas, como si no estuvieran mediadas por dimensiones éticas y ligadas a las circunstancias de vida y a los modos en los que las cosas funcionan, al margen de nuestros deseos.

En su versión más radical, metafísica, la voluntad es la fuerza que mágicamente mueve el mundo. En la ley del efecto, lo semejante atrae lo semejante. Visualiza lo que quieres y será atraído hacia ti. Lo que se realiza en tu vida tiene que ver con lo que llena tu mente. Este credo, que como intuición personal aporta cierta poesía, elevado a verdad universal todoterreno resulta, cuando menos, llamativo. En una suerte de justicia cósmica, toda persona desgraciada es responsable de su situación por permitir que su mente sea habitada por el pesimismo y el desaliento. Su vida es la prueba incontestable.

La autora enhebra estas dos versiones del pensamiento positivo en la tradición cultural estadounidense del optimismo. Nos muestra la genealogía de esta tradición desde la ética protestante que conduce a la austeridad burguesa del trabajo del primer capitalismo, ya retratada en la clásica obra de Weber "La Ética Protestante y el Espíritu del Capitalismo". Desde ahí, pasando por el Nuevo Pensamiento de Quimby, la Ciencia Cristiana de Eddy y las obras entre otros de Norman Vincent Peale, que populariza la expresión "pensamiento positivo", se va incorporando una visión más hedonista de la vida y se conforma el optimismo generalizado del capitalismo tardío estadounidense. Que se expresa entre otros aspectos en lo que la autora retrata como la generalizada cultura empresarial estadounidense del optimismo, en el auge de los telepredicadores y el pensamiento mágico y en las diversas publicaciones, cursos y figuras profesionales de motivadores y coaches. Hasta llegar a la aparentemente más respetable y científica disciplina del Pensamiento Positivo apadrinada por un psicólogo señero y reconocido como Martin Seligman.

Las páginas que se refieren a Seligman son sin duda algunas de las más inspiradas literariamente del libro. La autora relata una entrevista que mantuvo con él, en un tono que produce impresiones que oscilan entre la hilaridad y el esperpento científico. Aprovecha de paso para señalar algunos apuntes que ponen en duda los datos sobre los que se sostiene el enfoque científico del pensamiento positivo. Pero Ehrenreich, nuestra incansable autora, no se detiene aquí. El capítulo VII, "Cómo el pensamiento positivo destruyó la economía", tiene un título que fácilmente evoca la sonrisa ante lo que parece una broma. Al terminarlo es posible que nos preguntemos si dicho capítulo es, como podría desprenderse del título, un guiño al humor o a la retórica, o si acaso la autora, como parece, pretende estar hablando en serio.

Ehrenreich critica en esta obra toda versión del pensamiento positivo. Critica las versiones más extremas y místicas, en las que la voluntad y el pensamiento dominan la materia y crean

la realidad. Critica también las versiones más moderadas, las que hablan de las ventajas del optimismo. Alega para ello la insuficiencia de la correlación entre optimismo y felicidad o bienestar y los excesos a los que el dogma del optimismo ha llegado en la vida laboral y cultural de los Estados Unidos. Quizá es que la autora no diferencia suficientemente ambas versiones, o puede que en el fondo no sean tan distintas.

En cualquier caso la cuestión que Ehrenreich nos lleva a plantearnos sería que el optimismo acrítico, propuesto como el mejor estilo desde el que relacionarse con el mundo, conlleva implicaciones éticas, sobre el sentido del conocimiento, sobre los modos valiosos de funcionar socialmente. Supone un modo de exaltar al individuo haciendo caso omiso de sus condiciones de vida. Supone resolver todas las contradicciones del vivir recurriendo únicamente a la interioridad de cada persona, y a como dicha interioridad de deseos, voluntades y pensamientos sea gestionada. Supone entender la psicología como una caja de herramientas para la gestión técnica de lo intrapsíquico que nos llevará a la felicidad más allá de cualquier consideración social y de condiciones de vida. Criticarlo o aceptarlo como propuesta supone por tanto una tarea profundamente política. En este contexto defenderlo recurriendo a la autoridad de la psicología científica sería para la autora difícilmente justificable, y estaría además mal fundamentado empíricamente.

Este libro nos deja en el paladar un regusto ambiguo. Por un lado el pensamiento positivo que Ehrenreich describe llega a ser demasiado esperpéntico, pero por otro en las librerías tenemos fácilmente a nuestro alcance libros que defienden ese esperpento. Lo que Ehrenreich describe, y del modo en el que lo hace, no puede sino ser una broma. Pero ¿es una broma de la autora? ¿es una broma de algunos libros de pensamiento positivo? ¿es una broma del optimismo estadounidense, y a la postre de nuestro propio optimismo? ¿es una broma de la psicología? ¿es una broma de la industria editorial y cultural? Lo que cuenta en todo caso para promover la felicidad es reírse más. Así que seguramente la respuesta no tenga mayor importancia, siempre que la pregunta evoque una sonrisa. Y si no eres feliz...bueno, resulta un poco embarazoso, pero alguien debería decirte que es porque no lo deseas con la suficiente fuerza. En fin, ahora ya lo sabes. Sonríe o muere.

Javier Manjón González
Psicólogo Clínico
Asturias (España)

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 10, N.º 1, pp. 91 - 92, 2010

NOTICIAS BREVES

Apoyo psicosocial en emergencias y desastres

Esta guía práctica de salud mental y apoyo psicosocial ha sido producida con un enfoque psicosocial y comunitario, en donde el centro de la intervención permita detectar y anticipar problemas y fortalezas con una perspectiva comunitaria. Se ha diseñado para que sea una herramienta de fácil uso y aplicación para los equipos de respuesta en emergencias. De forma prioritaria va dirigida a los equipos de atención primaria de salud y a aquellas personas, instituciones u organizaciones que participan con estos equipos en las tareas de atención de emergencias y provisión de ayuda humanitaria.

Para la elaboración de la guía se han utilizado como principales referencias la Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres, publicada por la OPS/OMS en 2006 y la Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes, publicada por el Comité Permanente Interagencial (IASC, por sus siglas en inglés) en 2007.

Consenso de Panamá

En la Conferencia Regional de Salud Mental celebrada en octubre de 2010 en Panamá se acordó el documento denominado el **Consenso de Panamá** que busca impulsar la implementación de la estrategia de salud mental de OPS en la región de las Américas con el objetivo de reducir las brechas en salud mental.

Se puede consultar en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1167&Itemid=353&lang=es

El Salvador: primer hospital público con atención hospitalaria de salud mental

El Hospital Saldaña, hospital general público en la capital del país, es el primero que ha incorporado (2010) la hospitalización de problemas de salud mental, además de la atención ambulatoria, la psiquiatría de enlace y la atención a la urgencia de salud mental. El hospital cuenta en este momento con cinco camas para salud mental.

Argentina: promulgada la Ley Nacional de Salud Mental

El 2 de diciembre de 2010 se promulgo la Ley Nacional de Salud Mental (ley 26657) que supone avances en la protección de los DDHH de las personas con problemas de salud mental y una regulación de los internamientos involuntarios con una mayor protección jurídica.

Proponen a Itzhak Levav para miembro de honor de la AEN

Un grupo de socios de la Asociación Española de Neuropsiquiatría ha propuesto para su discusión en asamblea general la propuesta de que el Dr. Itzhak Levav sea nombrado miembro de honor de la AEN por sus méritos en el campo de la salud mental entre ellos los de haber promovido la Declaración de Caracas de 1990 que representó un salto cualitativo en la formulación de la atención en salud mental de la Región de las Américas.

Informe mundial sobre "alcohol y salud"

En el mes de febrero durante la conferencia de la Red Mundial para la implementación de la "Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol" se lanzó un nuevo informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud. El informe puede ser visto en:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html

Día Mundial de la Salud Mental 2011: El gran esfuerzo: invertir en Salud Mental

El lema del **Día Mundial de Salud Mental (10 de octubre)** que convoca la Federación Mundial de Salud Mental con la colaboración de OMS, este año es **EL GRAN ESFUERZO: INVERTIR EN SALUD MENTAL.** Nuevamente este lema puede servir para seguir impulsando el tema de la salud mental en nuestros países y que en el plano de las acciones operativas para reducir la brecha se dé difusión al programa **MHGAP de OMS** sobre las 8 condiciones prioritarias en salud mental a implementar en atención primaria.

Día internacional por el derecho a la verdad acerca de las graves violaciones de los derechos humanos y a la dignidad de las victimas (24 de marzo)

La asamblea general de Naciones Unidas adopto por consenso la resolucíón que proclama el día 24 de marzo como "Día internacional por el derecho a la verdad acerca de las graves violaciones de los derechos humanos y a la dignidad de las victimas", rindiendo de esa forma un justo homenaje a Monseñor Oscar Arnulfo Romero, arzobispo salvadoreño, que se constituyó en un incansable defensor de los derechos humanos hasta su martirio.

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 10, N.º 1, pp. 93 - 93, 2010

REUNIONES CIENTIFICAS

- **4° Curso anual en "Liderazgo en salud mental"**
  14 a 25 noviembre 2011
  Goa-India.
  http://www.sangath.com

- **XVI Curso anual de Esquizofrenia**
  24-26 noviembre 2011
  Madrid
  http://www.viajesiberiacongresos.com/

- **Asociación Mundial de Psiquiatría. Conferencia temática**
  "Salud mental y Medicina familiar. Trabajando juntos"
  8-11 febrero 2012
  Granada (España)
  www.thematicconferencegranada2012.com

- **Reunión sección de epidemiología y salud pública (Asociación Mundial de Psiquiatría)**
  "Salud mental y urbanización. Desafíos en las sociedades en transformación"
  14-17 Marzo 2012
  Sao Paulo (Brasil)
  wpaepi2012brazil.com

- **Congreso Mundial de Salud Pública**
  "Hacía una equidad en la salud mundial: oportunidades y amenazas"
  22-27 Abril 2012
  Addis Abeba (Etiopía)
  www.etpha.org/2012/

- **XXV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**
  "Subjetividad e identidad de las experiencias: Discurso y contextos"
  6-9 Junio 2012
  Tenerife (Canarias)
  www.congresoaen12.com

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
ADICIONES
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
ETICA Y LEY
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD MENTAL
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA EN ESPAÑA
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
ANTROPOLOGIA Y SALUD MENTAL
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
SALUD MENTAL Y POBLACIÓN SIN HOGAR
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
SOBRE VIOLENCIAS
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
LA ESQUIZOFRENIA: DÉFICITS Y TRATAMIENTO
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
SALUD MENTAL Y MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
ESTADOS LIMITE
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
CLÍNICA DE LA HISTERIA
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
PSICOTERAPIAS EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
ARTE Y PSIQUIATRÍA
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
Vol. 8, número 2, 2008
SALUD MENTAL INFANTIL
Purificación Ripodas Erro
(Compiladora)
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
ADHERENCIA TERAPEUTICA
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA
LA SALUD MENTAL EN CENTROAMERICA Y R. DOMINICANA

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 9 - Núm. 2 - 2009

PRESENTACIÓN 139

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajando por la Salud Mental de la Niñez y Adolescencia en Costa Rica
Virginia Rosabal Camarillo y Mariana Vargas Brenes 141

Reestructuración en la Atención Psiquiátrica: Una Experiencia Innovadora en Panamá
Jaime Armijo Martínez, Yadira Boyd Ponce y Juana Herrera Arauz 147

Casa de Medio Camino: Experiencia en Honduras
Américo Reyes Ticas, Mario F. Aguilar, Mauricio Orellana, Sagrario Guifarro y Lucy Martínez . 155

Política Nacional de Salud Mental: Experiencia de El Salvador
Carlos Escalante, Maribel de la Rosa, Lorena Bonilla, Félix Evangelista y Hazel Valdez 167

Suicidio en Centroamérica y República Dominicana: 1998-2008
Andrés Herrera, Lucía Solorzano, Víctor Aparicio y Trinidad Caldera 177

Programa CLIPLE: Seguimiento de Psicóticos en la Comunidad en República Dominicana
José Mieses Michel, Jacqueline Gernay e Ivonne Soto 187

INFORMES

Datos demostrativos de la eficacia y costo-eficacia de las intervenciones para reducir el uso nocivo de alcohol 193

IN MEMORIAM 197

Analia Brodie
Eduardo Gutiérrez

RESEÑAS 199
NOTICIAS BREVES 209
REUNIONES CIENTÍFICAS 211
NORMAS DE PUBLICACIÓN 215

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. **Primera página,** que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. **Resumen,** de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índex Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en catellano e inglés.

3. **Texto,** que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

   3. 1. **Introducción:** explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

   3. 2. **Sujetos (pacientes, material) y métodos:** se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

   3. 4. **Resultados:** descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

   3. 4. **Discusión:** exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. **Agradecimientos:** en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Referencias bibliográficas (normas Vancouver): se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa) » tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el(los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.

6. Tablas y figuras: presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental
(Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

• Desarrollo de actividades docentes a través de "**La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.**" (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un "Curso de Psiquiatría y Salud Mental".

• Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.

• Publicación de la revista monográfica **"Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria"** de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.

• Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje "Carmen Fernández Rojero"** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.

• **Premio "Julia Menendez de LLano"** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.

• Actos con motivo del **"Día Mundial de la Salud Mental"** que se celebra el 10 de octubre de cada año.

• **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental

aenasturias@hotmail.com
www.aen.es

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)

Nombre . . . . . 1º Apellido . . . . . .

. . . . . 2º Apellido . . . . . .

profesional de la Salud Mental, con título de . . . . . .

que desempeña en (centro de trabajo) . . . . . .

y con domicilio en c/ . . . . . .

Población . . . . . D. P. . . . . Provincia . . . . . .

Tel. . . . . e-mail . . . . . .

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D. . . . . .

D. . . . . .

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha . . . . . / . . . . . / . . . . . .

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre . . . . . 1º Apellido . . . . . .

. . . . . 2º Apellido . . . . . .

Dirección . . . . . .

BANCO/CAJA DE AHORROS . . . . . .

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma