

URIBE COSTA EN UN DECENIO TORMENTOSO

GÉNESIS Y EVOLUCIÓN DE UN RETO ASISTENCIAL



f.1. Vista aérea de la Comarca de Uribe Costa

XXV Aniversario del Consorcio Uribe Costa de Salud Mental
Getxo, 24 de enero de 2008

José Guimón
Catedrático d Psiquiatría de la UPV/EHU
onpguugj@ehu.es

Copyright: CORE Academic, Madrid

Depósito legal: CORE Academic, Madrid

RESUMEN

La reestructuración de la Asistencia psiquiátrica en el País Vasco se inició en un periodo extraordinariamente delicado, el situado a caballo entre los últimos años del franquismo y la nueva democracia española. El contexto ideológico y político que enmarcó la experiencia condicionó cada uno de los pasos. El llamado “Consortio Uribe-Costa de Salud Mental” sirvió de banco de pruebas para el proyecto transformador y se inspiró en las tendencias progresistas psiquiátricas por entonces en boga en los países occidentales más avanzados. Lo que sigue es una reflexión personal, forzosamente subjetiva y limitada sobre su génesis y sus primeros años de evolución. Cito en este texto a muy pocas personas, tanto políticos como profesionales y administrativos que he considerado indispensable procurado mencionar para hacerlo más riguroso, pero fueron muchos los que contribuyeron a esta aventura, a quienes ruego me excusen por omitirlos.

Se expone en primer lugar las circunstancias que motivaron el encargo de evaluación del Sistema Asistencial Psiquiátrico del País Vasco y de modificarlo para adaptarlo al de Psiquiatría de Comunidad que se juzgó más adecuado. Se describe luego los proyectos de docencia y de investigación que desarrollaron por entonces en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco en buena parte en conjunto con el Consortio Uribe Costa y que influyeron en el diseño del plan asistencial y en la formación de los profesionales de la Salud mental de la zona. Se termina esbozando algunas predicciones sobre el futuro de la Asistencia psiquiátrica en esa comarca y en el País Vasco, a la luz de la evolución observada en el cuarto de siglo transcurrido desde entonces.

PALABRAS CLAVE

Salud mental, Consortio Uribe Kosta, Psiquiatría comunitaria, reforma psiquiátrica.

SUMMARY

Restructuring actions involving Mental Health Care services in the Basque Country began at a very sensitive point in time, between the final years of Franco's regime and the onset of the new Spanish democracy. The prevailing ideological and political context influenced all stages of the process. The so-called “Consortio Uribe-Costa de Salud Mental” (the Uribe-Costa Consortium for Mental Health Services) served as a test bench for a transformative project that was inspired by a number of progressive psychiatric trends that were in fashion in the most advanced western countries. What follows hereunder is a personal reflection that is necessarily subjective and limited in its scope to those early years of development. I mention very few people in the text, only politicians, professionals and government officials whom I consider

were essential to achieve a high degree of rigour, although there were many others involved in this adventure to whom I would like to apologise sincerely for having omitted their names.

Firstly, what were the circumstances that brought a request to evaluate the Mental Health Care System of the Basque Country and then modify it accordingly to be adapted to what was then considered to be the most suitable model of Community Psychiatry?. This is followed by a description of the extensive teaching and research projects carried out by the Department of Psychiatry of the University of the Basque Country jointly with the Uribe Costa consortium which influenced health care and training plans drawn up for local mental health care professionals. The paper closes with several forecasts related to the future of Psychiatric Care in this area and throughout the Basque Country in the light of developments observed in the quarter of a century that has elapsed since then.

KEY WORDS

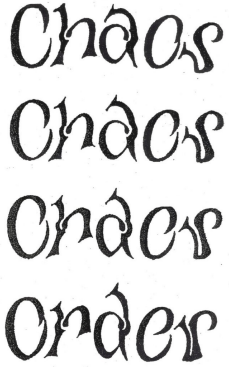
Mental health, Consorcio Uribe Kosta, Community psychiatry, psychiatric reform.

La reestructuración de la Asistencia psiquiátrica en el País Vasco se inició en un periodo extraordinariamente delicado, el situado a caballo entre los últimos años del franquismo y la nueva democracia española. El contexto ideológico y político que enmarcó la experiencia condicionó cada uno de los pasos. El llamado “Consortio Uribe-Costa de Salud Mental” sirvió de banco de pruebas para el proyecto transformador y se inspiró en las tendencias progresistas psiquiátricas por entonces en boga en los países occidentales más avanzados. Se partió de una situación caótica y se evolucionó hacia un “orden” demasiado rígido como consecuencia de la progresiva burocratización de Osakidetza que, al globalizarse, ha perdido buena parte de su frescor y creatividad inicial (f. 2.).

Lo que sigue es una reflexión personal forzosamente subjetiva y limitada sobre su génesis y sus primeros años de evolución. Cito en este texto a muy pocas personas, tanto políticos como profesionales y administrativos que he considerado indispensable, pero fueron muchos más los que contribuyeron a esta aventura a quienes ruego me excusen por omitirles.

He optado por exponer, en primer lugar, las circunstancias que motivaron el encargo de evaluación del Sistema Asistencial Psiquiátrico del País Vasco y de modificarlo para adaptarlo al modelo de Psiquiatría de Comunidad que se juzgó más adecuado. Describiré luego los proyectos de docencia y de investigación que se desarrollaron por entonces en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco (en buena parte en conjunto con el Consortio Uribe Costa) y que fueron

decisivos en el diseño del Plan asistencial y en la formación de los profesionales de la Salud mental de la zona. Terminaré este artículo esbozando algunas predicciones sobre el futuro de la Asistencia psiquiátrica en esa comarca y en el País Vasco, a la luz de la evolución observada en el cuarto de siglo transcurrido desde entonces.

DEL CAOS AL ORDEN	ÍNDICE
	<ul style="list-style-type: none"> ■1. La oposición al macroproyecto de la Diputación ■2. La democratización de la Asistencia ■3. Los programas formativos dinámicos ■4. Vicisitudes del modelo comunitario ■5. El futuro

f.2. Del Caos al orden

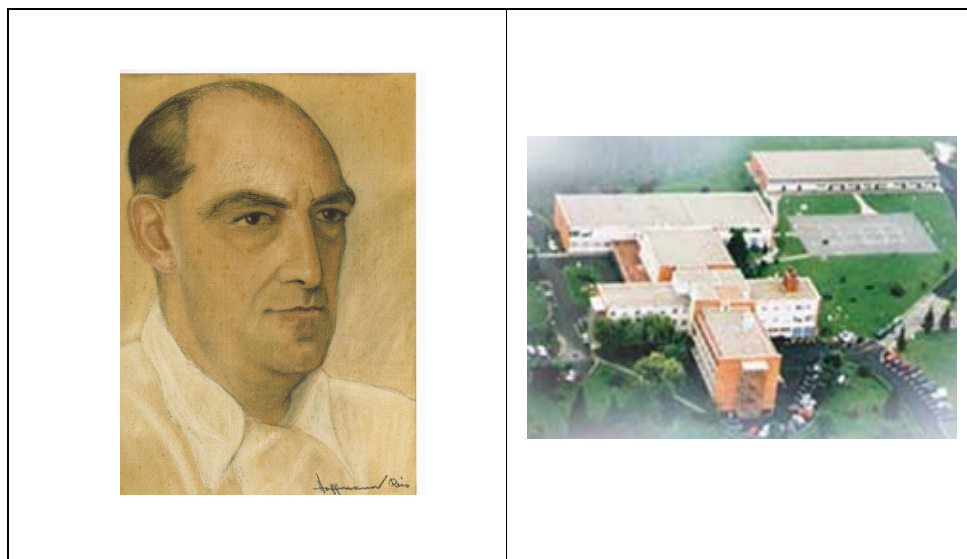
1.La oposición al macroproyecto de la Diputación de Vizcaya

1.1.Los antecedentes asistenciales.

Aunque el Dr. López Albo promovió antes de la Guerra Civil Española la construcción de un Hospital Psiquiátrico en Derio para centralizar la Asistencia

psiquiátrica en la provincia de Vizcaya, dispersa por entonces en los manicomios de Zaldibar y Bermeo, el proyecto fue abandonado, en parte por razones políticas, y el edificio fue dedicado a Seminario.

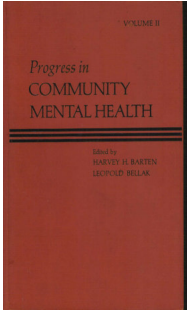
Los primeros intentos de modernización de la Asistencia psiquiátrica en el País Vasco surgieron en Vizcaya, provincia en la que la Diputación había tradicionalmente mostrado interés por estos pacientes desde su política de Beneficencia. El Dr. Mariano Bustamante Burón (f.3) propició, como Jefe de los Servicios Psiquiátricos Provinciales, la creación del Instituto Neuropsiquiátrico Nicolás Achúcarro, de concepción por entonces vanguardista, para pacientes agudos de ambos sexos (del que fui uno de los primeros internos) y un Consultorio Psiquiátrico ambulatorio en la calle Arbieto de Bilbao, en cuyos inicios en 1968 tuve la ocasión de colaborar con él. Por lo demás, funcionaban en la provincia un dispensario de Higiene mental, principalmente para niños y tres consultas de Neuropsiquiatría de la Seguridad Social con dos horas diarias de atención.



f.3. El Dr. Mariano Bustamante, fundador del Hospital de Zamudio

La adscripción del Dr. Mezquita a la dirección del Psiquiátrico de Bermeo supuso un intento de modificación de ese centro (1)ⁱ. Otro fenómeno de interés fue la creación de 1971 con Mary Iturriaga, de la fundación OSABIDE, que se destinamos a la creación de hogares intermedios para los pacientes psiquiátricos y que, tras un lento, modesto y espinoso inicio de asistencia en un hogar de Sondica, fue fraguando en centros más consolidados, como el Hogar Izarra (2).

El quinquenio siguiente (1971-1976) fue marcado por el intento de poner en práctica los dispositivos asistenciales intermedios (Hospital de Día, etc.), los recursos terapéuticos sofisticados (3) y las actividades formativas propuestas por el modelo norteamericano de la Psiquiatría de Comunidad (f.3.), al que nos fuimos haciendo afines varios de los miembros del Departamento de Psiquiatría de la Universidad (4).

<p>■ Tras la Segunda Guerra Mundial</p> <ul style="list-style-type: none">– Francia: P. de sector– Gran Bretaña: P. Social– EEUU: CSMC <p>■ Modificaciones asistenciales</p> <ul style="list-style-type: none">– Desistitucionalización– Sectorización– Trabajo en equipo– Prevención y Rehabilitación– Intervención de crisis– Especialidades	 <p>Progress in COMMUNITY MENTAL HEALTH</p> <p>Edited by HARVEY H. BARTEN LEONARD HILLER</p> <p>J. GUMON UGARTEOA y I. BODAS MARCOS</p> <p>Psiquiatría de comunidad Una visión crítica</p> <p>Publicado en ARCHIVOS DE NEUROLOGÍA Tomo XXIV, Suplemento 199, Núm. 2</p>
--	---

f. 3. Referencias de la Psiquiatría de Comunidad

En 1973 se inauguró el Servicio de Psiquiatría en el Hospital Civil de Basurto (f.4), con secciones de consultas extrahospitalarias, Psiquiatría Infantil y Psiquiatría de enlace. En 1974 se inició un programa de formación en psicoterapia de grupo, dirigido por especialistas de distintos lugares de España y de otros países (5-9). A finales del 76 se iniciaron las actividades previas a la constitución del Hospital de Día de Basurto, inaugurado en 1977. Este dispositivo fue el primero de este tipo en funcionar en España junto con el puesto en marcha por el Dr. Esteban Acosta en la Cruz Roja de Madrid y adoptó una orientación psicodinámica.



f.4. Hospital de Basurto. Pabellón de hospitalización (Escuza) e inauguración de las consultas externas

1.2.El encargo del Colegio de Médicos

Se inició en 1975 el período de democratización abierto tras la muerte de Franco. La Diputación de Vizcaya atravesaba una grave crisis derivada de la inminencia de una transición política que se adivinaba pero que se dilataba, originando, entre otras dificultades, una seria reticencia por parte de los políticos y de los administradores a tomar decisiones y una casi sistemática contestación de la autoridad a todos los nivelesⁱⁱ. La crisis económica era importante y la actividad terrorista creciente, lo que originaba una situación social caótica.

La Diputación de Vizcaya consignó, tras negociaciones con Madrid, un crédito de tres mil millones de pesetas y se mostró dispuesta a poner en marcha un plan de reestructuración de sus servicios psiquiátricos, con un presupuesto de quince mil millones. Tal plan preveía la concentración de los centros asistenciales en terrenos aledaños al Hospital de Zamudio hasta disponer de un gran número de camas, con la

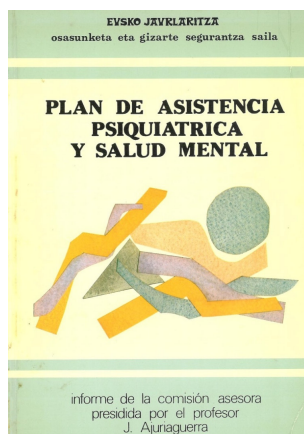
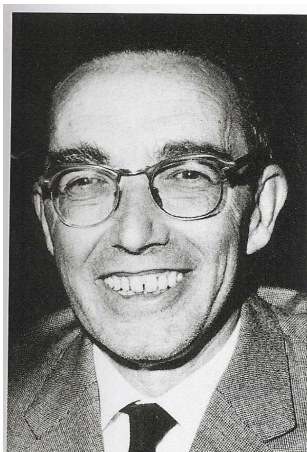
intención de hacer desaparecer los hospitales de Bermeo y Zaldívar. La Diputación se vio forzada a consultar su proyecto con el Departamento de Psiquiatría de la Universidad y con el Colegio de Médicos.

Por entonces empezaron a participar democráticamente en los planes de salud y en concreto en los de Psiquiatría diversas entidades locales. La Asociación Vasco-Navarra de Neuro-Psiquiatría votó en una junta ordinaria la realización de una ponencia sobre Asistencia psiquiátrica propuesta por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Bilbao y la Asociación Argibide, que fue leída en el congreso de Pamplona, y en la que se abogaba por una Asistencia psiquiátrica sectorialⁱⁱⁱ. El presidente del Colegio de Médicos de Vizcaya encargó a nuestro Departamento de Psiquiatría la elaboración de un informe sobre las posibilidades de reestructuración de la Asistencia psiquiátrica^{iv} que esa corporación adoptó como propio. En las reuniones de representantes del Colegio de Médicos y del Departamento de Psiquiatría con la Diputación se llegó (muy a pesar de los representantes de esa corporación) a la conclusión de la necesidad de realizar una evaluación del Sistema antes de tomar decisiones que pudieran hipotecar el futuro cambio asistencial.

2. La democratización de la Asistencia: El Plan de Reforma Psiquiátrica

Se constituyó por entonces una Asamblea de Psiquiatras de Vizcaya (cuya corta vida alguien debería escribir) para cooperar en la elaboración de un Plan psiquiátrico^v.

En 1978, la Consejería de Sanidad del llamado “Consejo General Vasco”^{vi}, de acuerdo con las Diputaciones vascas, encargó a los doctores Ajuriaguerra (f.5), Guimón y Cristóbal el estudio de la situación asistencial en el País Vasco. En la primera reunión de ese equipo se decidió incorporar a un representante de la provincia de Alava, el Dr. Arzamendi. Se encargó a la fundación OMIE (puesta a punto para realizar los estudios necesarios^{vii}, coordinados por el sociólogo Agustín Ozamiz) la elaboración del estudio en Vizcaya y Guipúzcoa, y a otra sociedad el estudio en Álava. Los trabajos se realizaron durante 1978 y se entregaron en 1979. Para comentar y discutir los resultados se celebraron 3 symposia sobre los problemas más graves^{viii}. Las conclusiones de estas reuniones nos llevaron a realizar estudios más extensos^{ix}. Buena parte de los estudios fueron realizados en la comarca Uribe Costa, subvencionados por los representantes de los ayuntamientos, impulsados de forma entusiasta por el Dr. Lopez Arostegui y coordinados por Agustín Ozamiz y Enrique Sacanell^x.

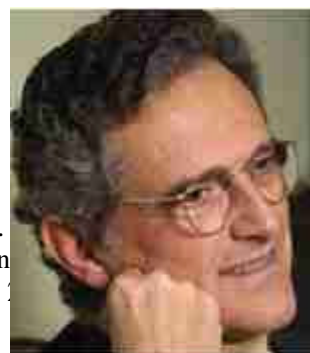
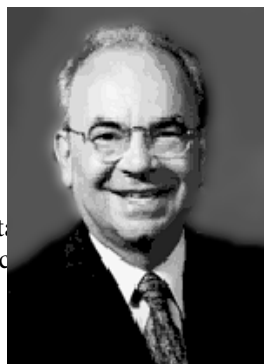


f. 5. El Prof. Julián Ajuriaguerra coordinador del Plan de Asistencia

En 1983 concluyó la redacción de un plan definitivo, que fue publicado y ampliamente difundido (10). El plan, en definitiva, suponía una asistencia descentralizada, sectorial, con continuidad de cuidados del mismo equipo al mismo paciente, desviando el centro de gravedad institucional antes centrado en el Hospital Psiquiátrico hacia el Hospital General y hacia la comunidad^{xi}. Las Comisiones de Psiquiatría Infantil, Psicogeriatría, Legislación Psiquiátrica y Psiquiatría de la Adolescencia realizaron poco después sus informes.

Durante todos esos años los principales asesores del proyecto fueron los Dres. Ajuriaguerra, Trujillo, Rojas Marcos (fig. 7) y Henderson. En el campo de los programas de formación los principales asesores fueron los Dres. Arroyave, Campos y Malcom-Pines.

Decidimos realizar un proyecto piloto en un área de Vizcaya que permitiera ensayar los programas y dispositivos que luego se generalizarían a todo Euskadi. Las características sociodemográficas variadas y la entusiasta colaboración de los Ayuntamientos de la Comarca llamada “Uribe Costa” nos hicieron escogerla para este fin, creándose un “Consortio” como figura administrativa para vehiculizarlo^{xii}. Esta figura resultó ser clave para el buen funcionamiento del proyecto porque la proximidad de los representantes les permitió, bajo la presidencia el Dr. López Aróstegui, una participación muy creativa^{xiii}.

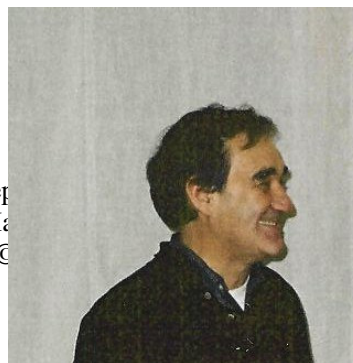


f.7 . Los profesores Manuel Trujillo y Luis Rojas Marcos, dos de los asesores del Plan

3. Los programas formativos dinámicos.

La gestación del Plan psiquiátrico del País Vasco no se comprendería sin tener en cuenta las experiencias formativas que se desarrollaron desde los años setenta estrechamente en contacto entre los profesores responsables del Departamento de Psicología y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Bilbao creada por entonces y los primeros psiquiatras responsables de Uribe Costa, los Drs. Ayerra y Lasa (f.8)^{xiv}.

La mayoría de los profesionales que colaboraron en Uribe Costa se formaron en los cursos de Psiquiatría de Comunidad, centrados sobre todo en la enseñanza de distintas formas de Psicoterapia y que constituyeron un programa de Residencia en Salud Mental, en aquella época en que no existía todavía una formación nacional reglada para los especialistas^{xv}.



f. 8. José M^a Ayerra (Jefe del Servicio de Aultos) y Alberto Lasa
(Jefe del Servicio de Psiquiatría infantil)

La ideología que flotaba en el ambiente era “dinámica” Los autores que influyeron más por sus obras en los programas que impartimos fueron (f.9), en relación con los pacientes graves entre otros, Bion, Searles, Menninger, Meltzer, través de sus obras y García Baradacco y Barenblit a través de su contacto personal. Eran todos ellos psiquiatras clínicos que habían tratado pacientes en situación hospitalaria con métodos dinámicos aportando cada uno su especificidad.

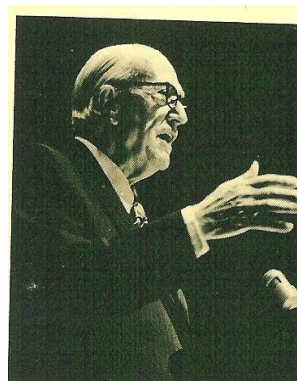


f.9. Bion, Racamier, Meltzer, Searls, Barenblit

La práctica se vio alentada ya desde durante varios años antes del proyecto de reforma psiquiátrica del País vasco por la de la “Psiquiatría de comunidad”, con muchos elementos (iniciados en el hospital de día de Basurto) de las comunidades terapéuticas psicoanalíticas (f.10)



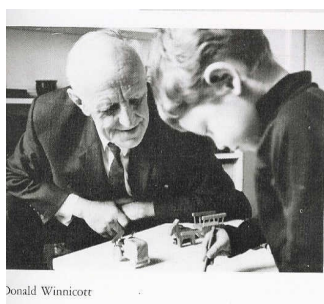
Dr Sigmund Heinrich Foulkes c.1944. Reproduced by kind permission of Mrs E Foulkes



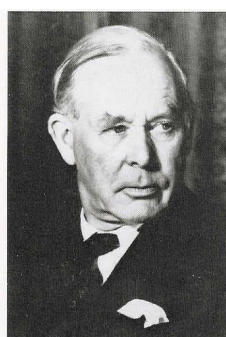
f.10. Foulkes, García Badaracco y Menninger figuras señeras de las Comunidades terapéuticas psicoanalíticas

En lo que se refiere a la Psiquiatría infantil, las influencias fueron también predominantemente psicoanalíticas, provenientes de la Escuela de Ginebra, sobre todo de Ajuriaguerra, Manzano y Palacios (f. 11), pero también de algunos autores británicos como Bowlby y Winnicott





Donald Winnicott



John Bowlby

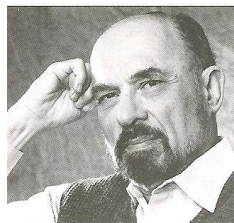
f.11. Manzano, Palacios, Winnicott y Bowlby

Todas estas actividades numerosas y prolongadas en el tiempo hicieron que la transformación de la Asistencia psiquiátrica en el País Vasco fuera, a mi modo de ver, menos traumática que la que sufrió el resto de España. Bien es verdad que la situación asistencial de partida era ya mejor en el País Vasco, donde las Diputaciones habían prestado tradicionalmente más interés y más medios a la Psiquiatría que en el resto del Estado.

En cualquier caso, lo cierto es que, hasta 1970 no existía en el País Vasco ningún profesional del campo de la Salud mental que contara con cierta experiencia en psicoterapia analítica, excepto Bustamante, que se había psicoanalizado en Madrid con Garma y Bruno Rueda , instalado en Vitoria, que había tenido cierta formación en Suiza. A partir de ese año, algunos psiquiatras más comenzaron a interesarse por esa

orientación terapéutica^{xvi}.

Yo había realizada un inicio de formación psicoanalítica en Ginebra en 1969 y, en 1974, motivado por la constatación del auge las técnicas en los EE. UU durante mis estancia allí, entré a mi regreso en contacto con tres terapeutas de grupo residentes en Madrid que colaboraron entusiastamente en organizar un programa de psicoterapia de grupo (f.12) para profesionales que ejercían en el sector público o en el privado en el campo de la Salud mental.^{xvii} . Desde 1980 se realizaron anualmente seminarios experienciales intensivos con diferentes psicoterapeutas internacionales^{xviii}. Algunos profesionales que habían participado en nuestros programas comenzaron su formación psicoanalítica en Madrid^{xix}. El programa incluía formación teórica y práctica durante un mínimo de tres años, aunque la mayoría de los candidatos emplearon cinco o más años.



f.12..Yalom, Anzieu, Kaës. Campos

Los organizadores del programa quedamos un tanto decepcionados por la influencia relativamente pequeña que la experiencia había tenido sobre la Asistencia pública de la zona. En efecto muchos de los profesionales se orientaron hacia la práctica psicoanalítica individual en el sector privado. Aunque otros continuaron trabajando en el sector público y, pese a que algunos de ellos llegaron a ocupar posiciones de considerable responsabilidad, la práctica de la psicoterapia dinámica fue excepcional durante aquellos años en los centros públicos de nuestro ambiente.

En 1982 organizamos un seminario en Cestona con el Instituto de Análisis de Grupo de Londres^{xx}. Acudieron 50 profesionales del País Vasco y entre los conductores de los grupos se contó con la presencia del doctor Malcom Pines, por entonces presidente del Institute of Group Analysis^{xxi}. El éxito obtenido nos animó a organizar un programa con ese Instituto en los años posteriores. El programa^{xxii} se viene realizando en Bilbao en Bacerlona y Ginebra (f. 13) con notable éxito hasta nuestros días o en forma de seminarios secuenciales (11)



De
M
nt ©



f.13: Arriba: Dos de los grupos de formación en Barcelona (izquierda) y Ginebra (derecha). Abajo: Acto de Fundación de la federación Europea de Psicoterapia (FEAP) en Bruselas

Por otra parte , en 1975 pusimos en marcha en el Hospital de Basurto con el Departamento de Psiquiatría de la UPV un programa que llamamos la "Psiquiatría de comunidad", destinado a los médicos generales, médicos de asistencia primaria, a los psicólogos, asistentes sociales, maestros, y a todas aquellas personas que trabajan en agencias comunitarias susceptibles de tratar con personas con problemas psicológicos. Ese programa tuvo una audiencia y un éxito notables^{xxiii}. A él acudieron buena parte de los futuros profesionales de Uribe Costa. Pronto formó el programa parte del Instituto de especialidades de Basurto y posteriormente se convirtió en el Master de Salud Mental que se sigue impartiendo allí en colaboración con la Fundación OMIE y la Universidad de Deusto y en el que se han graduado varios centenares de profesionales.

Todas estas actividades hicieron que, desde OMIE, fuéramos pioneros de la creación de la FEAP, que posteriormente ha tenido un desarrollo importante en España. (f.12, abajo).

4. Vicisitudes del modelo comunitario

4.1. La transformación del internamiento psiquiátrico

Las dificultades que habían rodeado la instauración de la Psiquiatría comunitaria años antes en los países occidentales se presentaron también, como no podía ser menos, en el País Vasco.

Poco a poco se fueron poniendo en práctica algunas de las previsiones del Plan de Reforma Psiquiátrica: se inauguraron unidades de Psiquiatría para estancia corta en los Hospitales de Basurto en Bilbao y Santiago Apóstol en Vitoria, con servicios de urgencias las 24 horas en ambos centros.

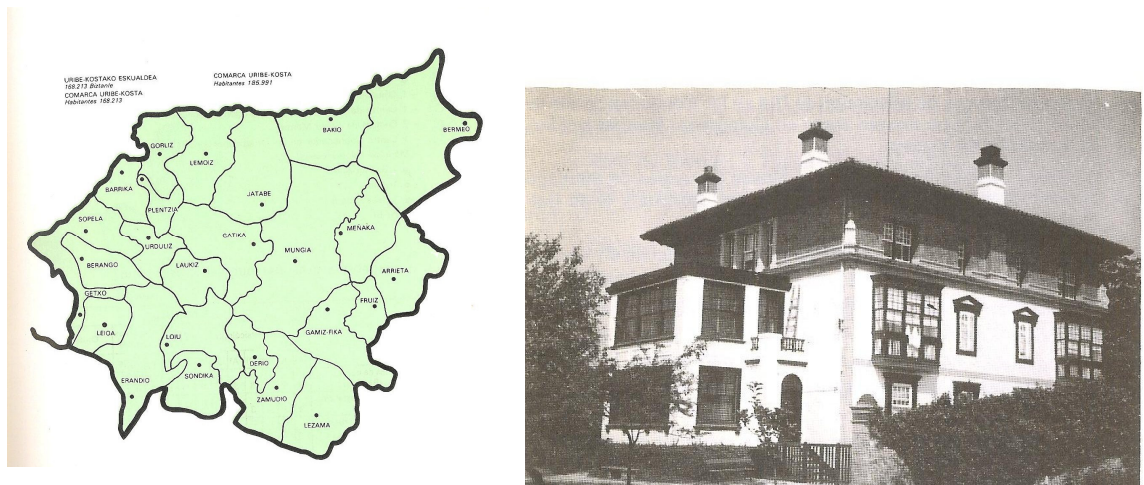
En lo que se refiere a Vizcaya, como quiera que, a la espera de la construcción del citado macrosistema asistencial proyectado en su día en Zamudio, los Hospitales de Zaldívar y Bermeo habían sido abandonados en su mantenimiento y se hubieron de cerrar en ellos numerosas dependencias lo que dejó a finales de los años 80 a la provincia con el índice de 0,8 camas por 1.000 habitantes^{xxiv} notoriamente insuficiente. En consecuencia, los efectos que se habían observado en otros lugares con la desinstitutionalización indiscriminada de los enfermos se comenzaron también a observar en nuestra provincia: prolongadas listas de espera de pacientes para ingreso en los hospitales, presencia en la comunidad de enfermos inadecuadamente asistidos, con

comportamiento asocial, etc.

Poco a poco se realizaron importantes obras en los tres sanatorios Psiquiátricos de la Provincia para habilitar unidades de estancia corta y nuevas camas bien instaladas que permitieran programas terapéuticos activos de estancia media.

La Diputación no desarrolló las iniciativas propuestas de creación de Centros de atención extrahospitalaria. Los Centros que se crearon con la denominación de módulos fueron impulsados y organizados por los propios profesionales de las zonas afectadas por la carencia asistencial. Pese al entusiasmo con que fueron creados, la ausencia de proyectos claros de funcionamiento y la carencia de una ayuda económica consistente por parte de la Diputación, mermó su eficacia. Más tarde se homogeneizaron y financiaron ya más regularmente los módulos Psicosociales^{xxv}.

El aumento durante esos años del consumo de drogas ilícitas, en particular de la heroína, añadió serios problemas a la ya saturada red asistencial. Se cometió desde el Gobierno el error de crear una red paralela de asistencia a las toxicomanías, lo que mermó la eficacia de la actuación en ese campo. En Uribe Costa (f. 14) se creó un Servicio de toxicomanías dirigido por el Dr. Prendes^{xxvi} en los mismos locales que el Servicio de adultos en el que se acabó integrando plenamente al cabo de dos años.



f.14. Sub-sectores y vista del edificio inicial en Getxo

Los dispositivos y programas desarrollados en el servicio de adultos de Uribe Costa^{xxvii} durante aquellos años bajo la dirección del Dr. Ayerra, especialmente el hospital de día orientado como comunidad terapéutica y las reuniones con los médicos de atención primaria resultaron de extraordinaria eficacia para contener esa situación en

el área. .

El servicio de Psiquiatría infantil fue, bajo la dirección del Dr. Albero Lasa^{xxviii} perfilando y poniendo en práctica programas hasta entonces desconocidos en el País vasco y en el resto de España. .

La estructura se completaba con una Oficina de Información y Actividades comunitarias, dirigida por Enrique Sacanel y unos comoletos Servicios administrativos dirigidos por Gloria Quesada.

Cuando en 1984 el Gobierno Central redactó el informe de la Comisión Intermi-nisterial para la Reforma Psiquiátrica^{xxix}., en el que participé, la Comunidad Autónoma Vasca había avanzado ya un largo camino en las mismas líneas que fueron propuestas por ese informe.

En los años siguientes se presentaron numerosas dificultades administrativas en todo el País Vasco y por descontado en Uribe Costa por la falta de transferencia del Insalud a Osakidetza así como por la insuficiente articulación entre planificación y gestión (reflejada en la dicotomía la Salud Mental de la Consejería Gobierno Vasco y la Salud Mental de Osakidetza). Al principio de 1984 surgió una nueva dificultad, mayor en Uribe Costa que en otros sectores al producirse la necesaria transferencia de los centros psiquiátricos de la Diputación a Osakidetza. La comunicación volvió a hacerse más difícil, la Administración se complicó y, se tardó unos años a superar la confusión que este tipo de cambios administrativos necesariamente produce.

Una Comisión para la Reforma de los Servicios de Salud Mental de la CAPV^{xxx} señaló que, para 1989, aunque la cumplimentación de los objetivos propuestos por el mencionado plan fue más lenta de lo previsto, resultó bastante satisfactoria desde el

punto de vista cuantitativo^{xxx1}. En 1992 se había desarrollado la red de consultas ambulatorias. Se habían convertido en mixtas las unidades de corta y media estancia de los hospitales psiquiátricos de Zaldibar y Bermeo. Se habían integrado en Osakidetza los recursos permanentes del INSALUD con lo que la integración de la salud mental era ya prácticamente total, y también se habían integrado desde 1990 casi todos los módulos psicosociales y el Consorcio Uribe Costa. Se habían creado ya las Juntas de Distrito en todas las comarcas sanitarias y se habían establecido jefaturas de los servicios hospitalarios y de los centros de Salud Mental, así como una dirección colegiada de las comarcas.

Durante esos años se contó con bastantes profesionales más pero con una rotación de colaboradores inadecuada forzada por la política de personal de Osakidetza.

4.2. La sectorización

Como lo proponía el movimiento de Salud mental comunitaria en Uribe Costa se intentó implantar la sectorización, el trabajo en equipo, la participación de la población en las responsabilidades de gestión de los servicios, la prevención, la intervención de crisis. En 1980 se había ya elaborado un proyecto^{xxxii} (12) en el que se enumeraban los siguientes servicios con los que contar la red: 1. Oficina de Información y coordinación en salud mental. 2. Servicio ambulatorio con eventual equipo de intervención en crisis. 3. Hospital de Día. 4. Centro de atención de drogadictos. 5. Unidad médico-pedagógica. 6. Alojamientos protegidos (instituciones de transición). 7. Talleres protegidos. 8. Unidad de hospitalización, que deberá encontrarse, momentáneamente, en el Centro

Neuropsiquiátrico Nicolás de Achúcarro de Zamudio. Salvo los alojamientos protegidos, el resto de los servicios estuvieron pronto en funcionamiento.

La sectorización en Uribe Costa permitió la desinstitucionalización de numerosos pacientes psiquiátricos y evitó la hospitalización de muchos nuevos casos al mejorar la continuidad de la Asistencia entre el ámbito hospitalario y el extra-hospitalario. Se mejoró la accesibilidad, la disponibilidad y la colaboración con otros agentes comunitarios ; aumentó la detección de los pacientes; facilitó la interacción de los servicios; permitió apoyar y educar mejor a las familias y al paciente en grupos multifamiliares ; y promovió servicios generales más bien que especializados.

Entre las limitaciones de esa organización algunos usuarios han señalado que se limitó la elección del servicio y del profesional por parte del paciente (13)^{xxxiii}. No cabe duda que el concepto mismo de «sector» se ha tornado menos evidente en algunas de las localidades de la comarca de Uribe Costa que se han convertido en pueblos-dormitorio. Muchos usuarios no encuentran ventaja buscar una asistencia cerca de su domicilio y la prefieren obtener próximas a su lugar de trabajo, en general el casco urbano de Bilbao.

Por otra parte el tamaño de la comarca es demasiado reducido como para que puedan crearse ciertos programas especializados (trastornos de la alimentación, detección de ciertas psicosis precoces, tratamiento específico para patologías poco frecuentes) que deben ser inter-sectoriales.

A pesar de estas dificultades, parece justificado que se continúen con la sectorización inicial, aunque se realiza con cierta flexibilidad, asegurando a la vez la coherencia con los demás sectores a fin de poder, por ejemplo, disponer de una paleta de asistencia homogénea, basada en resultados científicos y no en creencias o actitudes de ciertas escuelas psiquiátricas a las que pueda pertenecer el responsable del sector.

Aunque, en ciertos países, la Psiquiatría geriátrica, la Psiquiatría infantil y la Psiquiatría adulta han obtenido el reconocimiento de subespecialidades con las correspondientes prerrogativas académicas y financieras, en otros países, entre ellos España, se han retenido criterios para el mantenimiento de una única especialidad. Suiza, que reconoce desde hace tiempo las dos especialidades de Psiquiatría y de psicoterapia del adulto y del niño, ha rechazado, después de largas discusiones, la idea de aceptar otras subespecialidades.

En una época en la que el rol del médico general está en vías de revalorización después de décadas de una tendencia excesiva a la especialización, consideramos aceretada la decisión de los responsables de Uribe Costa de haber fortalecido el rol de psiquiatra generalista. Salvo los Servicios de Psiquiatría de adultos y de Psiquiatría infantil, pioneros en España, no subsisten más grandes servicios especializados. El de drogodependencias se integró con el adultos. Respecto a la psicogeriatría, se realizó un estudio sobre las necesidades que no llevó a la creación de un servicio, pero sí a varias actuaciones, por ejemplo sobre dos residencias de ancianos. Lo mismo se puede decir de un programa recientemente instaurado para trastornos de alimentación.

4.3. La prevención

En Uribe Costa se estudió, bajo la coordinación de Ozámiz, Guimón y Sacanell, la prevalencia de los síntomas psiquiátricos y del consumo de alcohol y drogas en la población de Guecho. Se realizó también una comparación de la red social de los habitantes de Guecho con un instrumento norteamericano. También se estudió la sintomatología psiquiátrica de pacientes que se atendían en un ambulatorio de Guecho^{xxxiv}; la prevalencia del alcoholismo y las toxicomanías; actitudes sobre la enfermedad mental (15, 16) ; el estado de salud de la población de Guecho (17) , y las actitudes ante el consumo terapéutico de psicofármacos (18).

Los datos obtenidos de estas investigaciones permitieron abordar un programa ambicioso. Se realizaron reuniones periódicas con los médicos de atención primaria y maestros,. Se hicieron intervenciones sobre varias residencias de ancianos y talleres de niños discapacitados. Se llevaron a cabo reuniones periódicos sumamente útiles con los responsable políticos de los distintos ayuntamientos y algunas campañas de información.

Aunque el paso a Osakidetza disminuyó la independencia del Consorcio, dificultó muchas actividades y disminuyó el entusiasmo, muchas de las acciones preventivas se siguen realizando actualmente y se han introducido nuevos programas como los de intervención sobre las familias de enfermos paliativos y en coma que se realiza en Gorliz..

Aunque las cifras concretas han sido reflejadas en las distintas memorias de lo servicios por sus responsables, sin duda puedo afirmar como observador externo al sistema, que es el más completo de los establecidos hasta ahora en España.

4.3. La atención a pacientes graves

Es hoy bien sabido que la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos sólo tiene éxito cuando existen los recursos comunitarios adecuados, puesto que, en caso contrario, puede ser contraproducente por provocar, a la larga, una resistencia en la población a la aceptación de estos enfermos en su seno. Entre los años 50 y 80 se llevaron a cabo grandes esfuerzos en el mundo entero para utilizar la psicoterapia dinámica (especialmente la grupal) como un elemento esencial del tratamiento psiquiátrico. El programa puesto en marcha en Uribe Costa a partir de las iniciativas del Departamento de Psiquiatría siguió esa línea. Con la aparición de los modernos psicofármacos las comunidades terapéuticas hospitalarias, basadas en la mejoría del ambiente terapéutico de las instituciones, que fueron un elemento esencial de la Psiquiatría comunitaria (e inspiraron el hospital de día de Uribe Costa), cayeron en desuso y se vieron confinadas a las unidades a medio camino y a las comunidades de toxicómanos. Sin embargo, a veces sin reconocer la paternidad, el espíritu de las comunidades terapéuticas ha vuelto al panorama de los cuidados psiquiátricos.

Es de esa forma (si se quiere « desafeinada ») que ha persistido en Uribe Costa. (hoy sólo “Uribe” al anexionarse otros lugares no costeros). Su Servicio de “Hospital de día”, concebido como una comunidad terapéutica de estructura multifamiliar en el sentido de García Badaracco, ha resultado un medio netamente contenedor para los pacientes con patología grave que ha despertado gran interés en España y en otros países.

5. El futuro en una « Psiquiatría gestionada »

5.1. La crisis de la Psiquiatría dinámica

Actualmente, en el mundo entero y tengo la impresión que también en Uribe Costa, los profesionales responsables de las instituciones psiquiátricas (y en general de las médicas) han perdido casi todo su poder político. En los últimos veinte años se impone en todo el mundo una irreversible globalización, un conjunto de procesos sociales, políticos, económicos y culturales que han aumentado la interconexión e interdependencia entre los países llevando a la constitución del mundo en un campo único. En ese proceso los abordajes psicodinámicos no están siendo bien difundidos, en parte por una excesiva prudencia de los psicoanalistas, con lo que su influencia en este poderoso medio es escasa.

En algunos países se han tomado, de hecho, medidas restrictivas respecto a la utilización del Psicoanálisis en los servicios públicos. En lo que concierne a los usuarios, la enorme difusión de los métodos de información bibliográfica a través de fuentes de datos difundidas por Internet ha facilitado al público el conocimiento de los diferentes abordajes existentes en salud mental, mitigando las diferencias ideológicas.

Lo cierto es que, para el aproximadamente 5 % que padece trastornos psíquicos graves el Psicoanálisis tiene hoy mucho menos eficacia que la Psicofarmacología y que algunas otras técnicas psicoterapéuticas. Sin embargo para el otro 20% de la población que tiene un sufrimiento psicológico importante pero muchas veces no detectado como de origen psíquico por los profesionales, podría ser de extraordinaria utilidad en formas modificadas breves, grupales, etc. Desafortunadamente una gran parte de esas personas buscan técnicas más o menos esotéricas y pasan de lado de la ayuda dinámica.

Es muy difícil de medir la eficacia del Psicoanálisis entendido como tal pero hay ya unas investigaciones que las prueban y muchos testimonios de pacientes y profesionales que lo confirman de los que no hay por qué dudar. Las psicoterapias dinámicas breves tienen una eficacia notable en algunos trastornos aunque su eficacia sea más difícil de demostrar que la de otras técnicas. En cualquier caso hay que huir del grave error de hablar de técnicas sobre las que no hay “pruebas substanciales” de eficacia (*whithout substantial evidence*) como si no tuvieran un “valor substancial” (*without substantial value*)^{xxxv}.

En realidad, para los enfermos psiquiátricos, el Psicoanálisis se revela largo y doloroso. Aun cuando para ciertos diagnósticos el análisis representa una de las mejores indicaciones, los pacientes piden un alivio rápido de su sufrimiento y, para la mayoría de los trastornos, los fármacos y ciertas terapias no-analíticas ofrecen resultados sintomáticos más evidentes. Pero no es menos cierto que una actitud informada desde un punto de vista dinámico representa un beneficio para la mayoría de los pacientes psiquiátricos. Ello incluye a los que presentan trastornos graves y crónicos que pueden ser ayudados en medios con ambientes específicos como los existentes en Uribe Costa y otros dispositivos que se podrían crear.

Creo que en el futuro de la salud el Psicoanálisis será particularmente útil para los profesionales de la atención primaria y Uribe Costa está en excelente situación para seguir haciendo esa labor. La mayoría de los enfermos van hoy a los servicios públicos para buscar ayuda para alteraciones que provienen de sus dificultades interpersonales aunque disfrazadas de síntomas físicos. Sin embargo, son atendidos por personal que ha recibido muy poco entrenamiento durante su formación en comprender las relaciones

interpersonales y menos aún en las relaciones terapéuticas. Están además, si no enfermos psíquicamente, frecuentemente desesperanzados y desilusionados con sus vidas profesionales y con las relaciones que tienen con sus administradores. Paradójicamente no aceptarían que se les recetara medicaciones psicotropas para sus problemas y, en cambio, sí las recetan ampliamente a sus clientes^{xxxvi}. Es indispensable ayudarles psicológicamente y formarles para ser capaces de atender a esas demandas de forma adecuada^{xxxvii}.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Roa G, Mezquita J, Guimón J. Evolución de la asistencia en un hospital psiquiátrico. Archivos de Neurobiología 1976;39(5):363-394.
2. Cea C. El hogar Izarra. Psiquis 1982.
3. Gonzalez de Mendivil E, Ayerra Balduz JM. Una experiencia de grupo multifamiliar con madres de chicos deficientes y de psicóticos. In: Ávila A, Garcia A, editors. Aportaciones de la Psicoterapia de Grupo a la Atención pública en salud mental. Madrid: Quipú ediciones/S.E.G.P.A.; 1994. p. 143-154.
4. Guimón J, Rojas Marcos L. Psiquiatría de comunidad :una visión crítica. Archivos de Neurobiología 1976;XXXIX(2).
5. González C, Yllá L, Guimón J. Nuestra experiencia en formación psicoterapia. Formación en psicoterapia grupal. Actas Luso Espanola de Neurología y Psiquiatría y Ciencias Afines 1978;6(5):419-425.

6. Guimón J. Training in Psychotherapy. In: Lopez-Ibor JJ, Saiz J, Lopez-Ibor JM, editors. General Hospital Psychiatry. Amsterdam: Excerpta Medica.; 1983. p. 95-100.
7. Guimón J, Ayerra JM, Sunyer M, Ylla L, Arroyabe F, Campos J. La formación en psicoterapia de grupo en Bilbao: descripción de una experiencia de 11 años. Revista de Psicología General y Aplicada 1985;40(4):811-820.
8. Guimón J. La formation du psychothérapeute de groupe. In: La formation en psychothérapie de groupe et psychodrame: Ed. Argot; 1986. p. 59-77.
9. Guimón J. Group Psychotherapy in Spain. Review of the International Group Psychotherapy Association 1989.
10. Ajuriaguerra de J, Airpiri J, Arzamendi AC, Candina A, Cristobal R, Ciganda M, et al. Plan de asistencia psiquiátrica y salud mental. In: Colección Informes Técnicos; 1983; Vitoria, 1983: Publicaciones del Gobierno Vasco; 1983.
11. Guimón J, Ayerra JM, Trojaola B, González E, de la Sierra E. Thirty Years Experience of Group Analytic Training in Bilbao. The European Journal of Psychiatry 2004;18(Sup):27-33.
12. Appel C. Women just fall under the table... Awareness for gender issues among German EAP's. In: 17th Alcohol Epidemiology Meeting Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol; 1991 June 9-14 1991; Sigtuna; 1991. p. 1-17.
13. Hansson L. Sectorization. In: Thornicroft G, Szumukler G, editors. Textbook of Community Psychiatry. New York: Oxford University Press; 2001.
14. Thornicroft G, Strathdee G, Phelan M, Holloway F, et al. Rationale and design: The PriSM Psychosis Study. British Journal of Psychiatry 1998;173:363-370.

15. Ozamiz JA. Actitudes hacia las enfermedades mentales en el País Vasco [Tesis doctoral]. Madrid; 1980.
16. Ylla L, Ozamiz A, Guimón J. Sociedad, cultura y actitudes hacia la enfermedad mental. *Psiquis* 1982;3:30-38.
17. Guimón J, Ozamiz A, Ylla I. Estudio sobre la Salud Mental en la población de Getxo. In: Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría; 1983; Jaca; 1983.
18. Guimón J, Ozamiz A, Viar I. Actitudes de la Población ante el Consumo Terapéutico de Psicofarmacos. In: VII Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; 1980; 1980. p. 165-175.
19. Breslow E. Emergency Psychiatric Services. In: Thornicroft G, Szukler G, editors. *Textbook of Community Psychiatry*. New York: Oxford University Press; 2001. p. 265-277.
20. Fields S, Weisman GK. Crisis residential treatment: an alternative to hospitalization. *NEW DIRECTIONS FOR MENTAL HEALTH SERVICES* 1995.
21. Guimón J. Scope and Limitations of Psychoanalysis in Clinical Psychiatry. In: (Eds.) JGSZdF, editor. *Challenges of Psychoanalysis in the 21st Century*. New York: Kluwer Academic; 2001. p. 133-149.

ⁱ El inicio de un trabajo de sector en aquella zona, apoyado por otros psiquiatras (provenientes algunos de fallidas experiencias como la del Hospital psiquiátrico de Oviedo) marca un hito en la política asistencial comunitaria.

ⁱⁱ Pronto surgió la conciencia de que su funcionamiento no se adecuaba a las modernas exigencias asistenciales ni a los cambiantes modos de dinámica sociopolítica. Determinados movimientos espontáneos de la organización (creación de asambleas de trabajadores y de gestoras en las instituciones, nombramientos de nuevos directores, etc.) no lograron modificar su rigidificado funcionamiento, y se detectaron pronto las graves deficiencias asistenciales que fueron ampliamente aireadas por la Prensa.

ⁱⁱⁱ En la ponencia que nos encargaron se recogían datos sobre los recursos asistenciales de la provincia de Vizcaya. Los doctores Madoz y Muñoz, por su parte, aportaron los datos epidemiológicos sobre la provincia de Navarra que, por el rigor científico con que habían sido obtenidos y realizados, resultaban pioneros en el Estado español.

^{iv} El equipo del Plan de Salud de Vizcaya impulsado por el Colegio de Médicos incluyó un estudio sobre la Psiquiatría en su informe en el que también se hacía hincapié en la necesidad de una política sectorial

^v Se vio la necesidad de tal estudio ante la decisión de las diputaciones forales de realizar importantes inversiones económicas para psiquiatría, ante la ausencia de un conocimiento adecuado de los recursos asistenciales y de las demandas de la población que permitiera emplear en forma óptima tales recursos, y para poder evaluar en su día los resultados de tales inversiones. .

^{vi} A través del apoyo entusiasta del Viceconsejero de Asistencia Sanitaria, José Andrés Gorriño y del Director de Sanidad y Seguridad Social, Angel Larrañaga.

^{vii} OMIE funcionó informalmente desde 1980 y, la Ministra de Cultura española Soledad Becerril, le dio el permiso para actuar en 1982 hasta su reconocimiento posterior por el incipiente Gobierno Vasco.

^{viii} Se realizaron tres simposios sobre los problemas principales detectados: La Esquizofrenia (Lejona, 1979), Drogodependencia (Fadura, junio 1980) y Psicogeriatría (San Sebastián, 1980).

^{ix} En primer lugar se realizaron estudios parciales de prevalencia en la población hospitalaria en los hospitales psiquiátricos de nuestra provincia y de las otras provincias vascas.

^x . En esos estudios intervinieron Imanol Kerejeta., Javier Ballesteros, Carmelo Araluce, Iñaki Santos Begoña Iriondo., Ignacio Ayani, Ana Madariaga., Vfernando Marquinez, Javier Plorcillo, Itziar Plura, Miren Albizer, Ivon Zorrozuza, Kristian Amezaga, e Isabel Smith..Se realizó una descripción de la población atendida en los diversos servicios psiquiátricos de Vizcaya procedentes del municipio de Guecho; la descripción de los recursos asistenciales de la zona y un análisis epidemiológico de la población de Guecho incluyendo estudios epidemiológicos sobre alcoholismo y drogadicción., una encuesta acerca de la salud psíquica general y sobre consumo y actitudes ante los psicofármacos.

^{xi} Se establecieron una relación de objetivos a corto y medio plazo en relación con: el logro de una comarcalización de la estructura asistencial; la integración de los dispositivos de salud mental en el sistema sanitario; la elaboración y puesta en marcha de programas asistenciales específicos; el desarrollo de la investigación y de la docencia, etc.

^{xii} No faltaron críticas al proyecto como el informe presentado por Ernestina Presser

^{xiii} Inicialmente, el Consorcio fue subvencionado a mitades entre los Ayuntamientos de la zona y la Diputación de Vizcaya. Al crearse Osakidetza, esta entidad se hizo cargo del 25%, la Diputación de otro 25% y los Ayuntamientos del 50%. El Consorcio fue presidido los dos primeros años por J.M. López Aróstegui y posteriormente, tras la escisión de PNV y EA, por Maite Calzada y por Itziar Araluce, hasta su desaparición con la integración en Osakidetza y el traspaso de competencias del Insalud. Por parte de la Diputación, la Consejería de Salud y de Osakidetza las personas más implicadas fueron José M^a Zaldúa, Angel Larrañaga y José Andrés Gorriño.

^{xiv} Inicialmente las actividades formativas se organizaban en el Instituto de Psicoterapia de Bilbao, creado en la calle Manuel Allende, en abril de 1977 por José Guimón, Luis Yllá, Isidoro Delclaux y Miguel Gutierrez, que previamente habían iniciado sus actividades en la Clínica Guimón., En sus locales se realizaban buena parte de los actos teóricos y prácticos. Sobre psicoterapia breve analítica realizamos algunos cursos con Manuel Trujillo aunque no los incorporamos de forma sistemática a nuestro quehacer clínico. En relación con la terapia familiar realizamos seminarios con profesionales del Instituto

Ackerman de Nueva York aunque con orientación más bien sistémica. González de Rivera realizó varios cursos y seminarios de relajación muscular autógena que fue incorporada a las técnicas sobre todo por Pilar Puertas e Isidoro Delclaux aunque posteriormente fueron aplicadas por otros terapeutas en ocasiones precisas con muchos pacientes. Realizamos también seminarios de la terapia de la conducta en el tratamiento de las fobias lo que dio origen a un Symposium sobre neurosis fóbica. Posteriormente, en 1983 las actividades teóricas fueron tomadas a cargo por la Fundación OMIE creada por José Guimón, Ricardo Dávila y Agustín Ozámiz y las actividades clínicas quedaron en el Instituto que sería el esbozo del sistema asistencial privado AMSA, fundado por José Guimón, Norberto Mascaró, José Mariano Galletero e Iñaki Eguiluz, a quienes se unió posteriormente Iñaki Zabala.

^{xv} En 1973 habíamos creado en el departamento de Psicología de Lejona una unidad de psicodiagnóstico infantil con Carmele Atucha en la que colaboraban Asunción González-Pinto, Socorro Martín y Charlotte Crawford y otra de diagnóstico de adultos con Diego Luna, Miguel Gutierrez, Isabel Zuloaga y Agustín Ozámiz. El equipo inicial de 1973 se dividió en 1975 y una parte se trasladó al Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto, creado por entonces. Otra parte se quedó en Lejona y con Asunción González-Pinto al frente y continuó trabajando en psicodiagnóstico hasta 1982 en que Asunción González Pinto y otros se incorporaron al servicio de Psiquiatría infantil de Uribe Costa, bajo la dirección de Alberto Lasa.

^{xvi} Aproximadamente por esa época, se realizaron experiencias de tratamiento de pacientes alcohólicos en un contexto grupal, una de ellas psicoanalíticamente orientada, destinada a mujeres que previamente habían permanecido ingresadas por corto tiempo en el Instituto Neuropsiquiátrico Achúcarro de Zamudio, recién inaugurado por entonces.

^{xvii} Luis Yllá graduado en técnicas de grupo en Berlín, comenzó a acudir semanalmente a Bilbao donde inició un grupo de psicoterapia de dos sesiones, realizadas en días consecutivos, a la que asistieron 10 colaboradores del Departamento de Psiquiatría. Desde 1976 a 1978, el doctor Carlos González comenzó a viajar a Bilbao y organizó un nuevo grupo de profesionales. Su trabajo fue continuado durante dos años más por el doctor Pacho O'Donnell, de Buenos Aires, quien, adicionalmente, realizó seminarios experienciales de psicodrama.

^{xviii} como el doctor Walter Schindler de Londres, la doctora Olga Silverstein de Nueva York, la doctora Nina Fieldsteel de Nueva York, etc.

^{xix} En 1979 actuamos como ponentes en la reunión anual de la Sociedad Española de Psicoterapia Analítica de Grupos recogiendo abundante documentación sobre la experiencia. El programa fue objeto asimismo de una comunicación al Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría celebrado en Barcelona y de una revisión de conjunto.

^{6xx} Durante los años anteriores, algunos de nosotros habíamos participado en diversos seminarios intensivos sobre técnicas grupales (reuniones anuales de la A. G. P. A., seminarios del Post Graduate Center for Mental Health de Nueva York, seminarios en el Institute of Group Analysis de Londres, etc.). Juan Campos organizó en Castelldefels un primer seminario intensivo de Group Analysis al que acudieron varios de los terapeutas de Bilbao.

^{xxi} Durante la reunión anual de la Sociedad de Group Analysis, en abril de 1982 proyectamos con el doctor Pines la realización en Bilbao, a partir de octubre de ese año, de un curso Introductorio al Trabajo Grupal según las líneas del realizado anualmente por el Instituto de Londres y de 4 seminarios de fin de semana distribuidos a lo largo del año.

Durante la reunión anual de la Sociedad de Group Analysis, en abril de 1982, proyectamos con el doctor Pines la realización en Bilbao, a partir de octubre de ese año, de un curso Introductorio al Trabajo

Grupal según las líneas del realizado anualmente por el Instituto de Londres y de 4 seminarios de fin de semana distribuidos a lo largo del año.

^{xxii} El Primer curso se inició en septiembre de 1982. con la participación de 80 profesionales de la Salud Mental que se encontraban trabajando en aquel momento en los Servicios Públicos de la Comunidad Autónoma Vasca.. El Curso se realiza desde entonces los viernes por la tarde en 2 sesiones de hora y media cada una.

^{xxiii} Tanto el Curso Introductorio al Trabajo Grupal como los seminarios secuenciales fueron inicialmente certificados conjuntamente por el Institute of Group Analysis de Londres y el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad del País.

^{xxiv} Ello unido a la negativa de otros Hospitales de fuera de la Provincia a recibir nuevos pacientes de Vizcaya, originó un serio déficit de camas psiquiátricas.

^{xxv} En lo que se refiere a la Comarca Uribe Kosta, existió, desde 1981 un módulo psicosocial en Erandio para la población del Txori Herri, coordinado por el Dr. Iñaki Markez, que se integró plenamente al resto de la organización al integrarse todos los dispositivos en Osakidetza a finales de los años 90. Desde entonces es el CSM de Erandio.

^{xxvi} En ese Servicio colaboraron, por entonces, entre otros profesionales Juan A. Abeijón, Imanol Querejeta, Sagrario Marroquín, Julen Ariño, Javier Ballesteros y Juan A Zaratiegui. Norberto Mascaró introdujo en 1984 la terapia familiar en los tratamientos de los pacientes toxicómanos.

^{xxvii} Entre los profesionales que se integraron por aquellos años en el servicio de adultos figuran Iñaki Viar, Carlos Cela, Fernando Urizar, Carmelo Araluce, José I. Mendezona, José L. López Atienza, Oscar Martínez Azumendi, Isabel Trigales, Jon Legarda, Carmen Aguirreburualde, Laura Garitacelaya, Asun Echanove, Jesús Elejebarría, Isabel Quesada y J. Arriola, entre otros. Norberto Mascaró fue contratado en 1984 como asesor y supervisor y participó en la reestructuración de Hospital de día hacia una comunidad terapéutica de estructura multifamiliar como la de Gacía Badaracco que había dirigido hasta entonces.

^{xxviii} En el Servicio de Psiquiatría infantil colaboraron en aquellos años, bajo la dirección de Alberto Lasa, Asun Gz. Pinto, Manuel Hernanz, Ana Gumucio, Matilde Umaran, Ana Araluce, Laura Garitacelaya, y Maite Bárcena.

^{xxix} La Comisión, creada por Orden de 27 de julio de 1983, presentó su informe al Ministro de Sanidad y Consumo Sr. Lluch, éste lo asumió en abril de 1985. A lo largo del documento, se señala que la hospitalización es un instrumento técnico importante en el conjunto del proceso terapéutico pero que sólo se puede recurrir a él cuando aporte al enfermo mayor beneficio terapéutico que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar y social. Se establece que los ingresos han de ir realizándose progresivamente en el hospital general, pero se dice que los hospitales psiquiátricos podrán recibir ingresos en determinadas condiciones. Se habla de una progresiva reducción en el número de las camas en los hospitales psiquiátricos y no de una utópica desaparición de éstos. Se menciona la necesidad de residencias apropiadas con medios humanos y técnicos para la atención y rehabilitación de pacientes con patología de larga evolución, que no requieren del confinamiento en un hospital psiquiátrico.

^{xxx} Para hacer un seguimiento del grado de cumplimiento del Plan y debatir la política general en salud mental, por Orden del Departamento de Sanidad y Consumo de fecha 1 de octubre de 1987 se creó, con carácter consultivo, la Comisión para la Reforma de los Servicios de Salud Mental de la CAPV (BOPV

no 189, de 8 de agosto). Los datos se recogen en los anexos 2-A y 2-B. del informe que en 1992 publicó el Ararteko quien nos lo había encargado a la Fundación OMIE.

^{xxx} En 1989 se habían creado consultorios de salud mental, hospitales de día y unidades de psiquiatría en hospitales generales en varias poblaciones. Se estaban remodelando varios de los hospitales psiquiátricos y se habían creado dos granjas de rehabilitación de toxicómanos. Se habían integrado los servicios ambulatorios y de hospitalización dependientes de las distintas instituciones, aunque quedaban por integrarse el Consorcio de Uribe Costa y los llamados módulos psicosociales, que habían ido surgiendo en la comunidad por iniciativas varias. Se había logrado la integración de los servicios del antiguo DAK en Osakidetza. Por el contrario, no se habían creado talleres protegidos, no se había acometido la integración de pacientes de larga estancia en la red de servicios sociales, ni se habían puesto en marcha programas de psicogeriatría. La coordinación de la asistencia y de los servicios de urgencia seguía siendo deficiente, y tan sólo en Alava se habían iniciado programas de rehabilitación de pacientes crónicos. Por otra parte, seguía (y sigue) sin solucionarse la integración de los pacientes crónicos en la red de servicios sociales, y sin diferenciar servicios específicos para los oligofrénicos. Los principales problemas de la atención a pacientes agudos seguían residiendo en las urgencias psiquiátricas. Las dificultades en la estancia corta habían sido prácticamente superadas pero se evidenciaban dificultades en las estancias medias y prolongadas. Los pacientes judiciales continuaban siendo un problema sin resolver. Aunque la creación de la Unidad de Toxicomanías del Hospital de Galdakao había mejorado la asistencia en el proceso de desintoxicación de estos pacientes, persistían problemas en las urgencias de toxicómanos y en los programas de tratamiento prolongado, en especial en los pacientes con doble diagnóstico. Por otra parte, se detectaban problemas puntuales en la atención a pacientes con trastornos conductuales derivados de traumatismos craneoencefálicos graves.

^{xxxii} Elaborado por el equipo consultor y firmado por el Dr. Marquinez, entonces jefe de los servicios psiquiátricos extrahospitalarios el 26 de Agosto de 1980

^{xxxiii} El estudio PRiSIM (14), que evalúa la introducción de equipos de salud mental en un sector atendido por el Maudsely Hospital mostró que estas formas de tratamiento comunitario resultaron algo más eficaces que los servicios orientados hacia el hospital y no se observaron efectos negativos importantes. El funcionar con un solo equipo para los pacientes agudos y para los crónicos, era casi tan eficaz y claramente menos costoso que el utilizar dos equipos subespecializados. Los beneficios globales de la experiencia fueron, sin embargo, algo menores que los que se había obtenido en algunos estudios piloto experimentales («efecto de dilución»).

^{xxxiv} Pinilla y Salceda, con el G.H.Q vieron que el 63 % de las personas que acudían al médico general y que no estaban diagnosticados de enfermedades psiquiátricas, tenían un trastorno psíquico, en cifras parecidas a las del resto de Europa.

^{xxxv} Fonagy, P., & Target, M.. The Outcome of Psychoanalysis: The Work of the Anna Freud Centre. In J. Guimón & S. Zac de Filc, *Challenges of Psychoanalysis in the 21st Century*. (pp. 157-179). New York: Kluwer

^{xxxvi} Martindale, B.. The Paradoxes of Seeking "Psychoanalytic" Help for Private Matters in Public Places. In J. Guimón & S. Zac de Filc, *Challenges of Psychoanalysis in the 21st Century*. (pp. 117-123). New York: Kluwer

^{xxxvii} Eizrik, C. (2001). A Psychoanalytic Perspective of the Future of Mental Health: Current Challenges. In J. Guimón & S. Zac de Filc Guimón, J. (2001). *Training General Practitioners in the Psychoanalytical Aspects of Mental Health*.