

## a la Dra. Alicia Meseguer Felip

por Silvia Navarro Ferragud



Las XXI Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) se realizaron en Alicante entre los días 30 de mayo y 2 de junio de 2007, coincidiendo con las Jornadas de la AEN-PV. Los organizadores son todos colegas de diversas profesiones implicadas en la atención a la salud mental. Entre ellos, se encontraba la Psicóloga Clínica **Dra. Alicia Meseguer Felip**, vicepresidenta de la AEN-PV, miembro de la Plataforma para la Defensa de la Salud Mental Pública, y persona muy preocupada por el bienestar de los afectados por enfermedades mentales, por el reconocimiento y difusión de la labor de las asociaciones de familiares.

La Dra. Alicia Meseguer fue la moderadora de la mesa del Simposio VIII, “El Fenómeno de las Falsas Memorias: Denuncias de Abuso Sexual Infantil en los Procesos de Separación Matrimonial”.

Aprovechamos este entorno para recabar información sobre el trabajo que ambas entidades están realizando, preguntarle sobre los foros en los que se mueve, tanto el de carácter más profesional de la AEN, como el de la Plataforma en Defensa de la Salud Mental Pública, que aglutina a todos aquellos que, de una manera u otra, se sienten implicados en el tema.

Tras varios meses, durante las IV Jornadas de Rehabilitación Psicosocial, realizadas en Valencia durante los días 29, 30 y 31 de octubre de 2007, aprovechamos la ocasión y ampliamos la entrevista que ahora nos ocupa.

**P. ¿Qué importancia tienen las XXI Jornadas de Alicante para los profesionales de nuestra Comunidad?**

**R.** Las Jornadas que se han realizado en Alicante tienen dos funciones. Una, cele-

brar las habituales que se realizan todos los años en la Comunidad Valenciana y otra es la Reunión Anual de la AEN nacional.

La AEN tiene por norma celebrar cada tres años un Congreso Estatal y, los años que no hay Congreso, hay Jornadas Nacionales. Este año lo que se hizo fue unificar las Jornadas de la Comunidad con las Nacionales, por lo que han tenido una complejidad que inicialmente no teníamos prevista los miembros del comité organizador.

### **P. ¿Cómo surge la Asociación Española de Neuropsiquiatría?**

**R.** Uno de los primeros efectos que provoca en el momento actual el nombre de la Asociación es que se hable de Neuropsiquiatría, especialidad que actualmente ya no existe, está en desuso. Pero tiene una explicación fundamental, ya que es la Asociación profesional probablemente más antigua de España. Surgió en 1924 y ha ido evolucionando con el paso del tiempo, la han condicionado distintos momentos de la historia de España y, en el momento actual, después de una última reestructuración y reformulación, ha pasado a ser una Asociación multidisciplinar. De hecho, se llama AEN-Profesionales de Salud Mental y en ella caben todos aquellos profesionales que están implicados en el funcionamiento y el trabajo en Salud Mental.

### **P. Háblanos sobre la evolución de la Asociación y su aportación a nivel científico en nuestra Comunidad**

**R.** Inicialmente había pocos socios, tal vez como un reflejo más de la precaria situación de la atención a la Salud Mental en Valencia, pero con la puesta en marcha de la Autónoma ha ido aumentando su peso. Una

parte importante de su actividad tiene que ver con el análisis y valoración de la situación del sistema de Salud Mental en general, qué tipos de Servicios se ofrecen y qué nivel de desarrollo tienen. De hecho, uno de sus grupos de trabajo habituales es el que desarrolla el Observatorio de Salud Mental. Uno de sus objetivos es servir como referente científico válido para la Administración a la hora de elaborar planes y marcar estrategias de actuación en nuestro ámbito. Obviamente, ello supone para nosotros un reto, nuestra honestidad nos obliga a realizar un esfuerzo de seriedad y puesta al día permanente sobre los métodos de trabajo y las intervenciones que se van demostrando con mayor eficacia y calidad. Precisamente esa honestidad llevó a la AEN a abrir sus puertas a todas las profesiones que tienen algo que decir en el tema de la salud mental. Uno de los principios de calidad en la intervención, es la importancia del trabajo en equipo y la utilidad de la aportación multidisciplinar, sobre todo en el abordaje de las enfermedades mentales graves.

### **P. ¿Cómo crees que se considera la Psicología española tanto a nivel nacional como internacional? ¿Cómo se plantea la Asociación el papel que ha de jugar la Psicología?**

**R.** Esta Asociación es pionera en la defensa y promoción de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria al mismo nivel que el de cualquier otro facultativo. Desde siempre ha tenido muy clara la complejidad de nuestra profesión y la cantidad de ámbitos en los que tiene algo importante que decir, por lo que el conseguir una especialización formal y reconocida administrativamente en un ámbito tan tradicionalmente endogámico como el sanitario, lo consideramos un

logro histórico. Por otra parte, si por algo se caracteriza la AEN es por ser una asociación de profesionales que trabajan en salud mental, fundamentalmente en el sector público, por lo que tiene clara la necesidad de que todos estén, por un lado, bien formados para moverse en el entorno multidisciplinar adecuado para cada intervención, y, por otro, bien tratados, respetados, en un área específica en la que todos tenemos mucho que aportar. La AEN siempre ha tenido muy claro que el camino para la dignificación de la labor del psicólogo en el ámbito sanitario era la equiparación, en cuanto a formación y vías de acceso, con los otros profesionales que están a su mismo nivel de formación académica. De hecho, en las Comunidades que primero se implantó el Sistema PIR, fueron aquéllas en las que la AEN tiene mayor relevancia. El sistema de residencia (MIR) que funciona en España para obtener la especialidad sanitaria tiene reconocimiento europeo, y siempre se ha tenido claro que este sistema se tenía que implantar también en nuestro caso.

Por otra parte, en el ámbito interno de la asociación funcionan secciones por profesiones, cada una con actividades y objetivos concretos, y la de Psicología Clínica incluye profesionales de reconocido prestigio internacional, con iniciativas vanguardistas en el campo de la investigación y la intervención con todo tipo de trastornos mentales, incluidos los más graves.

**P. Como moderadora del Symposium sobre el fenómeno de las falsas memorias en los hijos de parejas rotas, nos gustaría que nos hicieras un breve resumen de lo que allí se habló.**

**R.** Es un tema de atención relativamente reciente, porque se está empezando a de-

tectar en algunos procesos de separación matrimonial. Pienso que los psicólogos estamos aportando una parte muy interesante de la visión del problema, tanto desde la perspectiva jurídica como desde la clínica. Vemos que muchas veces los hijos reaccionan ante esta situación en función de cómo se les transmite la información, de cómo se vive en su entorno el momento de la separación. A veces es muy fácil sesgar su vivencia del problema, a partir de estar con uno u otro miembro de la pareja. De momento, los expertos en la materia son muy cautos, no se atreven a hablar de un síndrome como tal, pero se va hablando de la “alienación parental” como un problema referido a la situación que se genera: uno de los dos cónyuges es el que inicialmente tiene la custodia de los hijos y es el que les da su interpretación, los motivos de la separación. Los hijos asumen como propia esa versión, por lo que pueden acabar desarrollando problemas en su relación con el otro cónyuge. Pueden sufrir mucho cuando crecen, porque se dan cuenta de que la relación está muy sesgada, muy problematizada. Es un tema que me preocupa mucho, tengo casos así en la consulta y resulta muy difícil trabajar con esos niños y su relación con los dos progenitores.

**P. ¿Cómo crees que la ciudadanía ve el problema del enfermo con Trastorno Mental Grave (TMG)? ¿Se conoce o sigue siendo un gran desconocido? ¿Crees que sigue produciendo alarma social?**

**R.** Es un problema que sigue siendo el gran desconocido en muchos ámbitos. Muchas veces lo comparo con el cáncer. Hace veinte, veinticinco años hablar de cáncer era tabú, algo que estaba relacionado di-

rectamente con la muerte. Actualmente yo creo que con la esquizofrenia pasa algo similar, agravado por el componente social que tiene. En los medios de comunicación, la esquizofrenia se asocia con la violencia, y también con la muerte cuando una persona que está en crisis agrede a otro y genera alarma social. Básicamente tiene esos dos componentes, que es una enfermedad crónica grave y que tiene repercusiones sociales esporádicas pero que generan mucha alarma.

Actualmente el cáncer es algo de lo que se habla. La gente ve a una mujer con un pañuelo en la cabeza y sin cejas, y sabe que va a tratamiento de quimioterapia y no se asustan de verla. En cambio, cuando alguien ve por la calle a una persona que anda con dificultad, que se mueve un poco rígido o que no articula bien las palabras, de entrada no se sabe lo que le pasa. Se puede pensar que está bobo o que es un bicho raro, pero no se le asocia con una enfermedad. Cuando alguien hace el comentario: “no, es que ése tiene esquizofrenia o es un esquizofrénico”, en tono despectivo, se le aparta. Creo que es la enfermedad olvidada por antonomasia, con el agravante de que está mucho más extendida de lo que pensamos. La población mundial afectada por la esquizofrenia ronda el 1% de la población.

**P. ¿Dirías que hay deficiencias en la atención a la Salud Mental en nuestra Comunidad? Dado que formas parte de la Plataforma en Defensa de la Salud Mental, ¿puedes informarnos de cómo se formó y qué es lo que pretendéis?**

**R.** Realmente, la situación de nuestra Comunidad es mucho peor que la de ninguna

otra de España. Prácticamente seguimos a la cola en medios, recursos, y en cuanto a personal trabajando en ese ámbito.

Cuando se presentó el segundo Plan de Salud Mental de la Comunidad Valenciana, para los años 2001-04, se organizaron actividades en distintos foros y una de ellas fue una mesa redonda a la que acudieron profesionales de renombre. Allí, contactamos personas de distintas procedencias, tanto profesionales como personas afectadas y familiares. Empezamos a hablar de cómo estaba la situación y de lo poco que la gente hablaba de ello. A raíz de aquello se fue organizando la Plataforma que actualmente sigue en funcionamiento. En ella se defiende una forma comunitaria de trabajar en salud mental, y se reivindica la necesidad urgente de aumentar los recursos dedicados a Salud Mental en Valencia. Actualmente en nuestra Comunidad hay tres Plataformas en Defensa de la Salud Mental Pública funcionando, cada una en una provincia pero trabajando de manera coordinada.

Tras seis años de funcionamiento, nuestros objetivos siguen siendo los mismos: ser un foro de comunicación y de contacto entre nosotros, a la vez que dar difusión de la situación y de las necesidades de esta población.

**P. ¿De qué manera los psicólogos que estáis en la Plataforma os interesáis por la defensa de los Derechos del Paciente?**

**R.** Dentro del sector sanitario, la Psicología Clínica va demostrando su eficacia en todos los ámbitos de los Trastornos Mentales, incluidos los Graves, en los que se entra en el terreno de la sintomatología psicótica, colaborando estrechamente con la Psiquiatría. En Valencia, en el ámbito académico

se habla poco de ello, pero ya hay muchos psicólogos en toda España trabajando en la Red Pública, demostrando su eficacia a la hora de decidir una parte del tratamiento que se va viendo que funciona. Hay muchas posibilidades para la Psicología en ese área, aunque falta mucho por descubrir. En el tema de los trastornos graves empezamos ahora a demostrar cosas interesantes. No sólo en el aspecto de la Rehabilitación sino también en el tratamiento de los síntomas psicóticos positivos. La Terapia Cognitivo-conductual y todo lo que es la psicoterapia, tanto la integradora como las nuevas técnicas dialécticas y de *mindfulness*, tienen mucho que decir. Los psicólogos tenemos una postura esperanzadora y dignificadora, en general menos paternalista que otros profesionales, para las personas afectadas por enfermedades mentales. Nuestra forma de trabajar con los pacientes y con las familias es activadora, buscamos que aprendan a manejar sus problemas e intentamos escuchar sus necesidades. Esa forma de trabajar es la que se promueve en la Plataforma, y los recursos que se reivindican van también en esa línea.

**P. ¿Estas enfermedades mentales graves reciben un tratamiento global adecuado?**

**R.** Desde el punto de vista de la Plataforma, a las personas que sufren este tipo de enfermedades muchas veces se las remite demasiado pronto al ámbito social, como si no hubiera más tratamiento que “cuidarlas” en un centro de día o en una residencia. En Valencia, las plazas residenciales siguen siendo mínimas e inadecuadas. Pero, nosotros consideramos que lo fundamental es que la esquizofrenia y las otras enfermedades mentales graves se traten como enfer-

medades; hay un tratamiento sanitario que sigue siendo demasiado escaso. Si éste fuera el adecuado, tanto en intensidad como en momento de intervención, no harían falta muchas más plazas residenciales.

Nadie cuestiona, por ejemplo, la rehabilitación de un parapléjico como parte del tratamiento sanitario, o nadie se plantea que tenga que cambiar de residencia al sufrir un accidente. Lo que se hace es adaptar su vivienda o su trabajo a sus necesidades actuales y enseñarle a vivir con su discapacidad. En el caso de las personas con esquizofrenia, esa rehabilitación y adaptación resulta a veces más fácil que la de tener que vivir con silla de ruedas, pero es un tema mucho más desconocido y estigmatizado.

**P. ¿Que opinión tienes sobre los programas o la carencia de los mismos en Rehabilitación Psicosocial en todos los ámbitos, terapia familiar, tiempo de ocio, la integración en el mundo laboral?**

**R.** Carencias sigue habiendo muchas. Falta profesionales, recursos... En el momento actual, insistiría más en lo sanitario, pero en lo social también. Los recursos sociales tendrían que ir destinados a intervenir en el ámbito laboral y residencial, en el manejo del entorno y el uso del tiempo libre.

Hay una lista de espera de 800 personas esperando una plaza en una residencia, aquí en Valencia. Pero además, las condiciones en las que están las que hay rayan en ocasiones lo denigrante. Desde la AEN nos planteamos emprender acciones legales en algún caso por ese motivo.

En lo laboral, está casi todo por hacer. Tenemos experiencias que van demostrando que tener como objetivo la inserción la-

boral es realista y puede funcionar. Es una parte fundamental en la Rehabilitación. Para una persona que, por su enfermedad, ha perdido iniciativa, motivación, el hecho de tener un puesto de trabajo, una labor que realizar, motiva de una manera impresionante. Llega un momento en que la persona puede llegar a funcionar perfectamente como cualquier otro, gracias a ese trabajo que está realizando en un entorno normalizado. Hay experiencias interesantes aquí en Valencia, y también en Alicante y Castellón. Hay empresas que están trabajando con personas con enfermedad mental y que están compitiendo al mismo nivel que cualquiera de su sector, en igualdad de condiciones. Los trabajadores tienen todos, en muchos casos, un diagnóstico de esquizofrenia, en otros también se complementan con discapacitados físicos. Hay una empresa de jardinería con diez años de historia, una empresa de imprenta, una de bisutería, una empresa de cerrajería, una de servicios para oficinas...

**P. Tiene que ser muy estabilizador, el tener un horario, unas normas, sentirse útil, tener una remuneración que les ayude a tener una vida autónoma. Hemos estado viendo en las IV Jornadas de Rehabilitación Psicosocial que se habla sobre la Reinserción socio-laboral de las personas con Trastorno Mental Grave, que es algo mucho más serio que buscar entretenimiento para los periodos de tiempo libre.**

**R.** Dentro de lo que es la intervención sobre la esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves, se habla muchas veces de tres tipos de ámbitos. Hablábamos antes de que había dos pilares dentro de lo social,

el laboral y el residencial, y luego está el tratamiento sanitario, que sería un primer pilar de intervención. El tratamiento sanitario de la enfermedad mental tiene que estar al mismo nivel que el tratamiento de cualquier otra enfermedad. Nadie se cuestiona si a un enfermo de cáncer se le tiene que poner quimioterapia o no, en función de que sea más o menos cara. Actualmente, lo que se está demostrando que funciona y que no es tan caro, es la Atención Comunitaria, es decir, tratar a la persona donde está y trabajar con su entorno para conseguir una adaptación mutua, no sacar al afectado de su entorno, para luego, tener que hacer un segundo esfuerzo para reinsertarlo. La Enfermedad Mental tiene mucho que ver con el funcionamiento de la sociedad, con las relaciones que se establecen con la familia, los amigos, con el ámbito de estudios, con el trabajo. Es absurdo sacar a la persona de su entorno cuando aparece la enfermedad, porque lo que se hace es impedirle que intente formas más adaptativas de interactuar, a medida que se vayan trabajando en consulta. Esta claro que hay momentos en los que hace falta un tratamiento intensivo o un ingreso temporal, pero eso es en momentos puntuales, en situación de crisis. Se necesita una intervención concreta terapéutica en consulta, combinando fármacos y psicoterapia, y también tienes que acompañar al paciente y ver cómo se maneja en su entorno, qué problemas tiene, explicarle lo que le pasa y enseñar a los demás a relacionarse con él. Se está demostrando que es lo que más ayuda al paciente, previene su cronicidad, y supone menor coste.

Por otra parte, he dicho al principio que la intervención con personas con TMG se basa en tres pilares: el sanitario, el residencial y el laboral. Actualmente, se sabe que



la intervención tiene que ser en paralelo, desde los tres ámbitos a la vez. La reinserción socio-laboral se está demostrando como un pilar fundamental de la recuperación, lo mismo que la capacitación para el manejo autónomo en la vivienda y en el entorno social. No se puede pretender, por ejemplo, trabajar cognitivamente sobre los delirios de una persona que está viendo peligrar su puesto de trabajo, si paralelamente no intervienes sobre el mismo o analizas con él, de manera realista, las posibilidades de trabajo que va a tener a partir de ahora.

**P. ¿Qué opinión tienes sobre la intervención familiar?**

**R.** Es algo que hay que trabajar desde la sociedad. Las personas del entorno del afectado tienen que aprender a convivir con él. Es necesario que nos deshagamos de viejos tópicos, como el de que la enfermedad se ha generado porque la familia le ha tratado de cierta manera, porque era un personaje muy raro, porque le han hecho esto o lo otro. En la enfermedad está claro que hay factores facilitadores que se unen a la hora de que aparezca, pero es fundamental el genético. Está claro que si a eso se le añaden estresores externos, si aumentan las situaciones de crisis, si se da una relación complicada con el entorno, existirán más probabilidades de que acabe desarrollándose la enfermedad, pero las relaciones familiares no la provocan. Y en cambio sigue habiendo muchas familias que se sienten culpables, ante la sociedad, de haber “provocado” la enfermedad de sus hijos. Eso se tiene que erradicar, porque muchas veces éste es un factor determinante para agravar el problema, al no pedir ayuda lo antes posible y no demandar los recursos a los que tienen derecho. El tratamiento adecuado de

una enfermedad mental es un derecho, no un bien graciable para aquéllos afortunados que consiguen una plaza.

**P. Se habla de la integración laboral y social, pero entre los afectados por la esquizofrenia hay muchos que tienen un nivel de minusvalía y están percibiendo una paga mínima, y son reacios a dejar de cobrarla para ponerse a trabajar.**

**R.** Es un tema complicado, que está todavía por resolver. Considero que la estructura laboral que tenemos en España es muy rígida, hay pocas posibilidades de compaginar unas situaciones con otras. Se habla en muchos ámbitos de la conciliación familiar, pero en nuestro caso es también muy importante el que pueda existir una mayor flexibilidad a la hora de compatibilizar una pensión con una paga. De hecho, lo que si se va consiguiendo en iniciativas laborales como las que hemos comentado es que los encargados de la empresa analicen la situación con los afectados, haciéndoles conscientes de las ventajas y los inconvenientes de cada cosa. En muchos casos, tanto los propios afectados como las familias van estando más dispuestos incluso a perder la pensión, a cambio de tener un puesto de trabajo normalizado y de percibir un salario como cualquier otro trabajador. Es una labor que hay que realizar desde el equipo de profesionales, hay que explicarlo y lanzar la propuesta. Esto requiere tiempo y trabajo, pero se puede hacer.