

**REAL SOCIEDAD BASCONGADA DE LOS AMIGOS DEL PAIS
EUSKALERRIAREN ADISKIDEEN ELKARTEA**

Comisión de Álava Arabako Saila



Miguel Gutiérrez Fraile

Patología dual: Un problema complejo

5 Lección de ingreso Sarrera ikasgaia
2017

Edita:

Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País.
Comisión de Álava

Euskalerrriaren Adiskideen Elkarte
Arabako Sails

Pedro Asúa, 2 - 2º
01008 Vitoria Gasteiz

Patrocina:

La Comisión de Álava de la Real Sociedad
Bascongada de los Amigos del País agradece la
colaboración prestada para esta publicación a:



▶ Arabako Foru Aldundia
▶ Diputación Foral de Álava

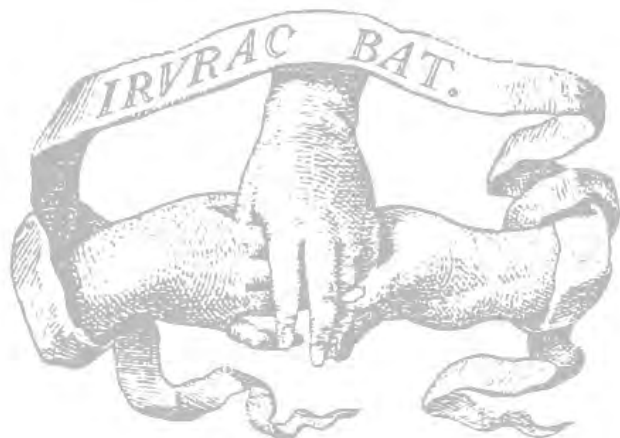
Depósito Legal: VI-200/2017

Diseño y Maquetación:

EPS comunicación

Imprime:

EPS comunicación



Mart. Salvador Carmona sculpsit

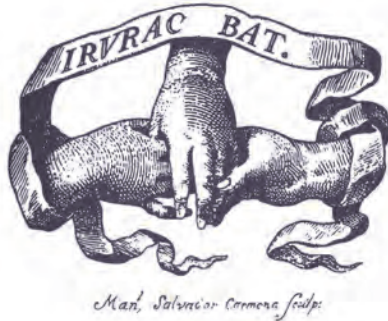
Lección de Ingreso como Amigo de Número
de la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País de

Miguel Gutiérrez Fraile

Patología dual: Un problema complejo

Esta lección de Ingreso fue presentada
el día 24 de noviembre de 2016
en el Salón Gasteiz del Palacio Europa
Vitoria Gasteiz

REAL SOCIEDAD BASCONGADA DE LOS EUSKALERRIAREN ADISKIDEEN



Lección de ingreso como
Sarrera ikasgaia-Adiskide

Miguel Gutiérrez Fraile
"Patología dual: Un pro

Palabras de
Jose Ignac
Amigo de N
Euskalerrik



Arabako Foru Aldekoa
Diputación Foral

Jueves, 24 de Noviembre de 2016, 19:30

Palacio Europa Jauregia

AMIGOS DEL PAIS. COMISIÓN DE ALAVA EN ELKARTEA. ARABAKO SAILA

Amigo de Número
de Numerarioa

le
"problema complejo"

de recepción - Harrera Hitzak
de Besga Zuazola

Número de la Comisión de Álava de la Bascongada
de Arabako Sailaren Adiskide Numerarioa



Amigos
de Álava



Ayuntamiento
de Vitoria-Gasteiz
Vitoria-Gasteizko
Udala

18:30 h - 2016ko Azaroaren 24a, 19:30etan
de Vitoria. Sala Gasteiz Aretoa



Índice

Presentación	9
Palabras de la Presidenta de la Comisión de Álava	13
Lección de ingreso como Amigo de Número de la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País de D. Miguel Gutiérrez Fraile	17
Discurso de Recepción pronunciado por el Amigo de Número José Ignacio Besga Zuazola.....	39
Acto de Recepción y entrega de acreditaciones por parte de la Presidenta de la Comisión de Alava, Dña. Amelia Baldeón Iñigo.....	47



Aurkezpena / Presentación

El día 24 de noviembre de 2016 el Dr. Miguel Gutiérrez Fraile ingresó en la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País como Amigo de Número. El solemne acto académico tuvo lugar en el Salón Gasteiz del Palacio Europa de Vitoria-Gasteiz.

Presidió el acto la Presidenta de la Comisión de Álava de la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País, Amelia Baldeón Iñigo, actuando como Secretaria Dña. Amparo Basterra Romo. Así mismo estuvieron presentes los siguientes miembros de la Junta Rectora de la Comisión de Álava: Carlos Hernández, Fernando Salazar, César González., José Ramón Peciña, Sabin Salaberri y María del Carmen Veja-Murguía.

Abrió la sesión la Presidenta quien tras saludar a los asistentes dirigió unas palabras al nuevo Amigo de Número y solicitó a la Secretaria que diera lectura al acuerdo de la Junta Rectora por el que se aceptó la designación de D. Miguel Gutiérrez Fraile como Amigo de Número.

Dicho acuerdo decía lo siguiente:

Después de haber examinado diligentemente los antecedentes personales y académicos de D. Miguel Gutiérrez Fraile, hechas las averiguaciones precisas y estimando que reúne las condiciones exigidas por nuestros

Estatutos, especialmente en lo relativo a su amor a la ciencia y a la investigación y a su afán de concurrir fervorosamente con sus luces a la obra de estudiar y profundizar en cuanto redunde en beneficio del País Vasco, teniendo en cuenta la colaboración prestada a la Sociedad en su calidad de Amigo Supernumerario, a propuesta de la Comisión de Álava de fecha 5 de abril de 2016 ha acordado lo siguiente:

Nombrar como Amigo de Número de la Sociedad a D. Miguel Gutiérrez Fraile, una vez cumplidos los trámites de elevación a Junta de Gobierno y Asamblea General Estatutarios.

Este acuerdo fue ratificado en la Junta de Gobierno de la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País celebrada en su sede de Azkoitia el 22 de octubre de 2016.

Seguidamente la Presidenta invitó al Amigo D. José Antonio Apraiz y a la Secretaria, Doña Amparo Basterra Romo, a acompañar hasta el estrado al nuevo Amigo con el fin de que pronunciara la preceptiva lección de ingreso.



Amelia Baldeón y José Ignacio Besga.

Palabras de la Presidenta de la Comisión de Álava

Lagunok. Arratsaldeon, Bienvenidos

Hoy los miembros de la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País celebramos uno de nuestros actos más solemnes y a la vez más entrañables: el ingreso de un nuevo Amigo de Número.

Como sabéis, somos la Sociedad o el entramado civil no institucional más antiguo del País Vasco –en 2014 cumplimos 250 años– y en nuestra competencia uno de los más (si no el más antiguo de España).

Nuestra Sociedad nació en plena Ilustración, como Sociedad económica, con unos fines que han soportado el paso del tiempo y de los que hoy el Artículo 1º de nuestros Estatutos sigue plenamente vigente.

El objeto de esta Sociedad es cultivar la inclinación de la nación Bascongada hacia las Ciencias, Bellas Letras y Artes; corregir y pulir sus costumbres y estrechar más la unión entre los vascos.

A tal fin promoverá toda actividad, estudio e investigación que contribuya al progreso económico, social y cultural del País, continuando los tradicionales sobre su lengua, sus leyes, usos y costumbres y su historia.

Hay varios aspectos destacables en este primer artículo: el cultivo de las Ciencias, prioritario, seguido de las Bellas Letras y Artes.

La forma de llevar a cabo estos objetivos también se puede considerar hoy plenamente vigente “promover el estudio y la investigación que contribuyan al progreso económico, social y cultural del País.”

La persona que hoy nos honra con su ingreso es el Dr. Miguel Gutiérrez Fraile, hasta ahora Amigo supernumerario. Miguel Gutiérrez Fraile ya ha colaborado con la Bascongada en numerosas ocasiones, últimamente en la organización de los actos con motivo de la efemérides de otro vitoriano Manuel Iradier y Bulfi.



Asistentes.

Hoy pasará a ser Amigo de Número, una categoría de socio que supone la columna vertebral de esta sociedad. En este sentido los estatutos dicen:

Art. 12... Se cuidará de que los elegidos sean personas cuyas conductas y actividades acrediten un acendrado amor al País, una cualificación significativa en cualquiera de los campos que constituyen las actividades de la Sociedad y que se dedique a la promoción de aquellas actividades.

Seguro que el Conde de Peñaflorida vería con notable satisfacción el ingreso del Dr. Gutiérrez Fraile entre sus miembros.

Su rico y denso curriculum lo presentará su “padrino” en este acto José Ignacio Besga Zuazola, así que no voy a intervenir en este sentido.

Pero sí me van a permitir que destaque de él una cualidad profesional que personalmente siempre me ha parecido imprescindible para cerrar un currículum profesional: Es un científico que ha tenido una virtud que tienen unos pocos superdotados: “Crear equipos”. Y he de decir que algunas personas –que le han conocido en el ámbito profesional– me lo han recalcado: Dí que es una persona que ha sabido crear equipos. ... Amigos, estos es un signo de grandeza: se ha hecho grande haciendo a otros grandes.

Bien, pues demos comienzo a este acto solemne en las formas y amistoso e interesante en su contenido.

Vamos a recibir con la solemnidad debida a nuestro Nuevo Amigo de Número Miguel Gutiérrez Fraile a quien acompañarán la Secretaria de la Comisión de Álava, Amparo Basterra, la persona que más ha trabajado para el feliz desarrollo de este acto y a José Ignacio Besga Zuazola que dará la réplica a la lección de ingreso de Miguel Gutiérrez.

Amelia Baldeón Iñigo
Presidenta de la Comisión de Álava
Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País



**Lección de ingreso de
Miguel Gutiérrez Fraile**

“Patología dual:
Un problema complejo”



Miguel Gutiérrez.

Para un acto tan importante como el de ingreso como Amigo en la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País, el primer problema que surge es la elección de tema para presentar como lección de ingreso. Entre el rigor y pobreza literaria de un trabajo de investigación médica al uso y la exposición didáctica de un tema de actualidad que pudiera resultar de suficiente interés para los receptores de la lección, me decidí finalmente por ésta última fórmula y seleccioné un tema relacionado con un problema sanitario actual, un problema de envergadura, un problema emergente, cuyas causas aún no se conocen bien, su frecuencia tampoco está muy bien estudiada, es de diagnóstico complejo en la medida que su presentación clínica es muy florida y abigarrada y su tratamiento, sin perjuicio de los diferentes abordajes empleados no ofrece

hasta la fecha resultados muy satisfactorios. Todo ello, contribuye, además, a que los costos sociales del problema sean elevados.

Se trata de la llamada “Patología Dual”. ¿pero qué es la patología dual?

Es la co-ocurrencia, la comorbilidad de un trastorno adictivo por uso de sustancias (en adelante TUS) o sin uso de sustancias (adicciones no químicas) y otro trastorno psiquiátrico en el mismo individuo según definición de la World Health Organisation (WHO) en el año 2010.

Para personas de la máxima autoridad en estos temas como Norah Volkow, directora del National Institute of Drug Abuse de los EEUU, la Patología Dual no es la suma de los trastornos sino que es una nueva entidad nosológica donde existe una sinergia de la sintomatología de ambas patologías, con una importante mo-



dificación de la patoplastia, (la forma de expresarse clínicamente la enfermedad) haciendo tanto el diagnóstico como el tratamiento muy complejo. La gravedad reside en que los afectados presentan una serie de características comunes como: mayor vulnerabilidad al estrés, mayor dificultad para afrontar las demandas del ambiente, déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente, mayor comorbilidad física, más dificultades para la interacción social, pérdida de redes sociales de apoyo, dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales, dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral.

Además, a diferencia de otro tipo de enfermos, presentan características especiales: Alta concurrencia entre el trastorno mental y el trastorno por abuso de sustancias tóxicas, falta de conciencia de enfermedad, dificultades para asumir y/o comunicar que tienen adicciones, tendencia a la identificación sólo con uno de los dos roles (drogodependencia o trastorno mental, hiperfrecuentación de los servicios de urgencias y requerimiento de más hospitalizaciones psiquiátricas.

Son pacientes que con frecuencia refieren sensación de que no encajan en los recursos sanitarios dispuestos para su tratamiento. Sensación de “Puerta equivocada”, se ha llamado. Presentan un alto índice de fracasos en las intervenciones terapéuticas y mayor



dificultad de adherencia al tratamiento, lo que condiciona más posibilidades de recaídas. Son pacientes muy vulnerables psicológicamente, con poca resistencia al estrés y problemas a la hora de afrontar dificultades que determinan un desajuste social importante, manifestado por sus altas tasas de desempleo y exclusión social.

A la hora de entender mejor este problema, en lo que se refiere a sus causas, a su origen, a cómo se conforma y desarrolla el trastorno, se han propuesto dos hipótesis principales que explican la comorbilidad:

- 1) La adicción y los otros trastornos psiquiátricos son expresiones sintomáticas distintas de anomalías neurobiológicas preexistentes similares.
- 2) La administración repetida de drogas, a través de mecanismos de neuroadaptación origina cambios neurobiológicos que tienen elementos comunes con las anomalías que median en ciertos trastornos psiquiátricos.



Como vemos en la imagen anterior, en un esquema propuesto por Cecilio Alamo, catedrático de farmacología de la Universidad de Alcalá de Henares de Madrid, el efecto de las sustancias de abuso sobre el cerebro produce cambios neurobiológicos que incrementan la vulnerabilidad para desencadenar trastornos mentales (viñetas en azul)

Las neuroadaptaciones (viñetas en rojo) en las vías cerebrales del estrés y la recompensa asociadas al estrés crónico, y no sólo la impulsividad como tanto se ha repetido, predisponen a una vulnerabilidad a ambos tipos de trastornos o a enmascarar dicha vulnerabilidad

En los últimos años se han postulado los efectos neurobiológicos del estrés crónico como el puente de unión entre los TUS y las otras enfermedades mentales.

Así las cosas, y de forma resumida, podríamos decir que para que se den estos problemas en una persona concreta, ésta tendría que tener una vulnerabilidad aumentada a ambos trastornos (déficits en la regulación afectiva o afrontamiento del estrés). Tendríamos entonces tres posibilidades. Por una parte: Trastorno por uso de sustancias primario con signos y síntomas psiquiátricos secundarios; en segundo lugar, trastorno por uso de sustancias o adicción no química, secundario al trastorno mental (hipótesis de la automedicación) o por último, que hubiera una interacción bidireccional entre ambos trastornos (neurobiológica y psicológica). Esto supondría la coexistencia del trastorno psiquiátrico y del trastorno por uso de sustancias de origen independiente. No habría relación causa-efecto ni relación temporal entre ambos trastornos. Algunos autores los consideran los “trastornos duales verdaderos”. Actualmente, las hipótesis más sólidas, desde la perspectiva neurobiológica, que justifican la asociación de estos dos trastornos son dos;

- la hipótesis de la automedicación y
- el consumo de sustancias sería la causa o un factor predisponente para la aparición de psicosis.

En el primero de los casos, se ha observado que muchos pacientes psiquiátricos utilizan las drogas para revertir los propios síntomas psíquicos patológicos. Por ejemplo, enfermos deprimidos utilizando sustancias estimulantes en un intento baldío de revertir su estado de ánimo negativo o una persona insomne que utiliza cannábicos para dormir o personas con trastornos de personalidad o trastornos por angustia que utilizan opiáceos para tranquilizarse..etc. Por otra parte, también se han descrito situaciones en las que los enfermos psiquiátricos utilizan determinadas drogas para disminuir o eliminar determinados efectos indeseables de las medicaciones que se les prescriben. Un caso típico de ello sería la utilización de tabaco en grandes cantidades (la prevalencia de dependencia de nicotina es mucho mayor en los enfermos psiquiátricos que en la población general), para disminuir efectos de fármacos antipsicóticos, en la medida que la nicotina interfiere parcialmente el mecanismo de absorción de estos fármacos. Finalmente, muchos enfermos psiquiátricos utilizan las drogas para obtener una “mejora puntual” de su calidad de vida. Sería en definitiva la utilización de drogas como si fueran psicofármacos porque de una forma u otra, los enfermos creen obtener mejoría en su situación, bien sea mejorando sus síntomas, bien sea mejorando efectos desagradables de medicamentos o simplemente porque consumiéndolas se encuentran mejor en ese momento.

En el segundo de los casos, la sustancia es la causa o factor predisponente de la psicosis y nos encontraríamos ante tres posibles situaciones: y vamos a hacerlo tomando como ejemplo, por ser de los más representativos, lo que ocurre en el caso de las psicosis. Tenemos

- a) pacientes con una carga genética (genotipo) predisponente, que en presencia de la sustancia, de la droga, se manifestaría fenotípicamente, (el fenotipo es el conjunto de caracteres visibles que un individuo presenta como resultado de la interacción entre su genotipo y el medio), como una psicosis;
- b) pacientes sin dicha carga genética en las que las sustancias per se pueden inducir psicosis, (por ejemplo las psicosis anfetamínicas o cocaínicas) y

- c) personas vulnerables que sometidas repetidamente a la sustancia, a la droga, pueden desarrollar una psicosis por un fenómeno de sensibilización progresiva.

Existe una disposicionalidad, biológica, genética en todas las personas para desarrollar con mayor probabilidad una u otra enfermedad, física o psíquica, pero también existe una vulnerabilidad psicológica, más evidente en unas personas que en otras. ¿Pero cómo sabemos si una persona es más o menos vulnerable y si lo es desde el punto de vista biológico o psicológico?. A través de estudios genéticos y estudio de antecedentes personales y familiares de determinadas enfermedades y estableciendo la existencia de antecedentes de hechos traumáticos previos en la psicobiografía del paciente de que se trate. Hechos del tipo de victimización en la infancia, otros traumas pasados, alto neuroticismo, baja resistencia al estrés, consumo de drogas, trastornos psiquiátricos anteriores, trastornos de personalidad previos, falta de apoyo familiar, falta de apoyo social, etc.

Decíamos también que se trata de una patología emergente con una presencia epidemiológica importante.

Estudios llevados a cabo en población general como los llevados a cabo en muestras clínicas refieren que la prevalencia de la concurrencia de trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos es elevada, situándose entre el 15-80%. Otros estudios internacionales revelan una comorbilidad de abuso/dependencia a sustancias en el 70-80% en los pacientes con esquizofrenia, en más del 60% en los pacientes con trastorno bipolar, en más 70% en los trastornos de personalidad graves y en más del 30 % en trastornos por ansiedad y depresión o en el TDAH. Recientes estudios en España han puesto de manifiesto que la prevalencia-vida de comorbilidad psiquiátrica en Comunidades Terapéuticas de Andalucía mostró que más de un 65% de los pacientes presentó Patología Dual, siendo los trastornos afectivos y los psicóticos los más frecuentes (Vergara-Moragues et al., 2012).

Un estudio en unidades de trastornos adictivos de Galicia mostró un 56.3% de comorbilidad entre los trastornos mentales y

el abuso de sustancias. En este estudio, un 42,2% recibían un diagnóstico adicional en Eje I (Trastornos Afectivos y de Ansiedad los más frecuentes) y un 20,2% en Eje II (Trastorno Límite y Antisocial los más frecuentes). Destacar que un 7,3 % de los pacientes presentaban Diagnóstico Dual de Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos (Pereiro et al., 2013). En términos generales, podemos afirmar que las tendencias diagnósticas actuales en lo que se refiere a la patología dual en nuestro país son la presencia de trastornos del humor y ansiedad asociados al consumo de alcohol, los trastornos de personalidad asociados al consumo de cocaína que en el 70% de pacientes diagnosticados de esquizofrenia encontramos algún tipo de trastorno por uso de sustancias, por uso de drogas, con especial frecuencia de: cocaína, alcohol y heroína. El perfil habitual de estos pacientes es: menor edad, sexo masculino, nivel educativo menor, se asocia con edad de inicio más precoz en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, con especial referencia a los consumidores juveniles de cannabis.

En España hace 20 años el consumo de drogas en pacientes psiquiátricos era la excepción. Sin duda, el alcohol era la droga más empleada por los enfermos psiquiátricos, algo no muy diferente a lo que hacía el resto de la población. No había grandes críticas al consumo de cannabis, los opiáceos; la heroína, era la “droga” por excelencia. Generalmente la red asistencial psiquiátrica y la de toxicomanías estaban separadas, salvo en Alava que siempre estuvieron integradas. Con la excepción mencionada, Alava, ello comportaba que hubiera distintos profesionales para atender cada red, la de salud mental y la de toxicomanías, lo que luego creo gravísimas distorsiones asistenciales e ineficacias injustificables.

Las cosas han cambiado mucho desde entonces, en España, el consumo de drogas en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, sin que sea la norma, es excesivamente frecuente, existe una cierta crítica reconociendo el impacto negativo del consumo de cannabinoides, especialmente en lo que se refiere a población juvenil o “población psiquiátrica”.

Se ha constatado un auge en el consumo de cocaína y otros psicoestimulantes.

DIFICULTADES DIAGNOSTICAS

¿Por qué se diagnostica patología dual mucho más que antes? Pues por varias razones. Cada vez hay mayores conocimientos científicos y mejores instrumentos de diagnóstico y tratamiento, mayor concienciación y conocimiento de los profesionales y mayor accesibilidad a los recursos específicos para ello. Se consumen sustancias con perfil más psicopatógeno (más consumo de estimulantes), sustancias que son capaces de producir más trastornos psiquiátricos “per se”. Están en marcha “programas de reducción de daños” (como metadona para los heroínomanos), que alargan la vida de los consumidores, por lo que quedan más expuestos a lo largo del tiempo a presentar trastornos psiquiátricos. Otro factor, no menos importante, es que se consume en edades más tempranas.

La conjunción de trastornos psiquiátricos con el consumo de drogas y lo contrario, produce cuadros clínicos abigarrados, de muy difícil diagnóstico inicial si no se disponen de métodos analíticos de despistaje de drogas y en ocasiones aun disponiendo de ellos. Fíjense en el cuadro que sigue a continuación e imaginen ustedes un cuadro clínico diferente en cada casilla. La persona deprimida que consume alcohol presentará síntomas diferentes a la persona deprimida que consume cocaína o fuma cannabis. De la misma manera un enfermo alcohólico presentará diferentes síntomas si está deprimido, si está eufórico o si finalmente desencadena una psicosis delirante o un cuadro demencial. Si además describimos los cuadros que pueden presentar los policonsumidores de drogas (alcohol, tabaco, cannabis y estimulantes, por ejemplo) y que padecen una psicosis, la situación se hace compleja para el clínico y nos faltarían centenares de casillas en el cuadro. Crucen ustedes todas las variables posibles, enlacen casillas, y verán que tendremos que identificar más de cien cuadros clínicos diferentes.

Bien, pues en este campo nos movemos. En un territorio complejo que requiere mucha formación, experiencia y conocimiento.



El Problema del Tratamiento

Desde el punto de vista de su tratamiento, los enfermos con patología dual constituyen un reto terapéutico no sólo a título individual, sino también para los sistemas sanitarios, que deben hacer frente habitualmente a pacientes complejos a caballo de dos redes asistenciales diferenciadas: la red de atención a drogodependencias y la red de salud mental. Son pacientes especialmente graves tanto desde la perspectiva clínica como social. Este es un problema grave y preocupa de forma importante en las más altas instancias sanitarias. En consecuencia con ello la llamada Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2011) incluye en sus objetivos generales (puntos 4 y 6):



- “Adecuar los servicios con programas específicos para Patología Dual y en su defecto “generarlos” (punto 4.25).
- “Definir e implantar protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes en Patología Dual y/o de mayor complejidad clínica y asistencial” (punto 4.26).
- “Establecer procedimientos de apoyo desde la atención especializada en Salud Mental a los dispositivos asistenciales a pacientes con TUS, para la detección y tratamiento precoz de la Patología Dual” (punto 6.7).
- “Crear mecanismos de coordinación en el ámbito de la Comunidad Autónoma, para garantizar la atención integrada a la problemática de las Drogodependencias dentro de la Salud Mental” (recomendación 5 objetivo 6).

Actualmente, parece haber pocas dudas de que el abordaje de este complejo problema debe hacerse a través de un “tratamiento Integrado a la Patología Dual”. El modelo recomendado combina estrategias terapéuticas dirigidas tanto al trastorno adictivo como al otro trastorno mental y, en circunstancias óptimas, se aplica desde un único equipo terapéutico con la suficiente competencia para abordar integralmente estos casos. Esto supondría un tratamiento único por parte de profesionales formados y especializados en patología dual. De acuerdo a lluis San, uno de los más destacados especialistas españoles en la materia, los tratamientos integrados presentan las siguientes ventajas (San Molina, 2004):

- Abordaje del paciente por un único equipo terapéutico que ofrece intervenciones para ambos tipos de trastornos al mismo tiempo.
- Abordaje conjunto de ambos trastornos con programas terapéuticos más adecuados e intensivos.
- Evitación de los mensajes contradictorios que se producen cuando el paciente es tratado por equipos diferentes.
- Integración del proceso adictivo y el abordaje de los otros trastornos mentales y su influencia mutua.
- Mejora de la adherencia y reducción del mal uso y abuso de psicofármacos, por mayor garantía en la continuidad de cuidados a nivel ambulatorio.
- Mejora el pronóstico, por aumento de la estabilidad y disminución de las recaídas y hospitalizaciones.
- Los equipos terapéuticos acaban estando más formados.
- Eficacia superior frente a modalidades de tratamiento secuencial o paralelo (Drake y Mueser, 2000).
- Esta integración produce mayor ahorro económico y menor coste social.

Para que pueda haber un tratamiento Integrado de la Patología Dual, es necesario facilitar el acceso a las intervenciones terapéuticas ofreciéndolas en el mismo momento, mismo entorno e im-

partidas por los mismos profesionales de la salud que se pueda llevar a cabo una individualización del tratamiento mediante la combinación de múltiples tipos de intervención (Drake et al. 2008).

Sabemos que programas de tratamiento clásicos para las toxicomanías (orientados en exclusiva a la adicción, estilo confrontacional, foco sobre la responsabilidad personal, dependientes de la motivación individual) no funcionan en pacientes diagnosticados de esquizofrenia con síntomas negativos y deterioro cognoscitivo.

Recientemente se ha propuesto el establecimiento de tipologías para una mejor selección de estrategia terapéutica en función del perfil clínico del paciente y se ha llegado a la conclusión de que para estructurar la atención clínica que se va a prestar a estos pacientes, es adecuado delimitar tipologías de personas con patología dual con similares niveles de complejidad y por tanto con similares necesidades asistenciales y para ello se ha propuesto un modelo dimensional desarrollado por Richard Ries (Ries, 1992), basado en la gravedad y curso del trastorno mental y del trastorno adictivo. Se pretende establecer un modelo dimensional que facilite la inclusión por categorías de los pacientes, basándose en definiciones operativas de “Trastorno Mental de alto nivel de complejidad o Trastorno Mental Grave” y de “Trastorno Adictivo de difícil manejo” y así podríamos considerar una tipología A (trastorno adictivo de difícil manejo con trastorno mental leve), subsidiaria de ser tratada en Atención Especializada; una tipología B (trastorno adictivo no complicado junto a patología mental leve, tratable en Atención primarias; una tipología C (trastorno mental grave con trastorno adictivo grave), abordable en Atención Especializada y finalmente, tipología D (trastorno adictivo no complicado con trastorno mental grave) atención especializada.

En España, de acuerdo a datos de la “Estrategia de Salud Mental”, 14 Comunidades Autónomas abordan la atención de Patología Dual, y de ellas 7 cuentan con Protocolo o Programa de Atención específico. Del total de las 17 Comunidades Autónomas, solamente 3 poseen la red de atención a pacientes con adicciones y la red de Salud Mental totalmente integradas, en 5 están integra-

das funcionalmente (es decir, la atención a pacientes con adicciones se lleva a cabo en dispositivos específicos, que pertenecen a la red de salud mental) y en 10 están separadas.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco, desde el año 1990, ambas redes se encuentran integradas, fundamentalmente en Osakidetza, aunque se cuenta también con Centros Concertados por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco. La CAPV es una de las comunidades donde la atención a la Patología Dual está totalmente integrada. Si bien el modelo es el de “tratamiento integrado” coexisten diferentes modelos funcionales de integración en sus tres territorios históricos, así a nivel ambulatorio en Araba existe un único modelo de tratamiento integrado en un único dispositivo ambulatorio (COTA) mientras que en Gipuzkoa el modelo integrado se realiza desde los Centros de Salud Mental, siendo Bizkaia una mezcla de los modelos (alavés y guipuzcoano).

Se han hecho importantes esfuerzos, ante el fracaso del modelo previo, en la integración de las dos redes mencionadas anteriormente. Se procura que haya un mismo profesional (psiquiatra) con un mismo entrenamiento, con una misma formación, capaz de integrarse en cualquiera de los dispositivos, sean estos de atención a la salud mental o centros de tratamiento de adicciones.

El tratamiento individual de estos enfermos se hace a través de terapia farmacológica, abordajes psicoterápicos y movilización de recursos sociales.

Desde el punto de vista farmacológico sabemos que son pacientes que presentan menor adherencia a la farmacoterapia; mayor riesgo de sintomatología extrapiramidal como efecto secundario; que determinadas sustancias reducen los niveles plasmáticos de varios medicamentos; que no requieren mayores dosis de medicamentos antipsicóticos o antidepresivos que el resto de pacientes; que el uso de dosis mayores de fármacos no resulta en una desaparición completa de los efectos psicotomiméticos de las drogas, incluso si, en el pasado, han respondido los síntomas esquizofrénicos a esa medicación, etc. En definitiva, los tratamientos

farmacológicos tienen importantes limitaciones en estas situaciones y además su uso requiere conocimientos especializados.

¿Pero que ocurre con otros tratamientos?

Definiremos previamente las características específicas de nuestros pacientes en función de los tratamientos llamados psicosociales. Los enfermos con patología dual presentan dificultades en habilidades sociales y capacidad de resolución de problemas; deterioro cognitivo con limitaciones generalizadas para el aprendizaje verbal y no verbal (procedimental); déficit motivacional primario (abulia/apatía/anhedonia) y secundario a la situación de exclusión social; adherencia reducida a los objetivos terapéuticos; apoyo social y familiar reducido; exclusión social y vagabundeo, cuando no actividad delincinencial; distorsión de la comprensión de la realidad (síntomas psicóticos), etc.

Los abordajes psicosociales empleados con mayor frecuencia son los siguientes:

- * Técnicas de manejo de contingencias con refuerzos positivos para tests de orina negativos o asistencias a las actividades rehabilitadoras.
- * Terapia asertivo comunitaria más entrenamiento en habilidades sociales.
- * Programas de los doce pasos de la asociación alcohólicos anónimos.
- * Entrevista motivacional.
- * Modificación cognitiva.
- * Técnicas grupales mixtas con counseling, psicoeducación, estrategias motivacionales y modificación cognitiva.
- * Empleo con apoyo.
- * Psicoeducación familiar.

Especial importancia han tenido las “Intervenciones motivacionales” que buscan sucesivamente un compromiso del paciente

para llevar a cabo su tratamiento; suscitar y comprender de las perspectivas del paciente en relación con sus objetivos vitales; explorar las perspectivas del paciente tanto sobre el abuso de sustancias como sobre su salud mental en referencia a los objetivos terapéuticos propuestos y, finalmente, trabajar en la elaboración y proposición de un plan para el cambio.

Otro abordaje clásico es el cognitivo-conductual diseñado tanto para los síntomas psiquiátricos como para el uso de sustancias y que persigue aumentar la “conciencia” de las situaciones de alto riesgo y signos de alarma de recaída en el consumo de sustancias o la enfermedad psiquiátrica, la adquisición de habilidades para manejar estas dificultades, especialmente los síntomas psiquiátricos y la adquisición de habilidades para manejar el “craving” (la querencia de consumo) y la necesidad de consumo mediante cambios en el estilo de vida.

En todo caso, y sirve para cualquier estrategia de tratamiento rehabilitador, debemos saber que las abstinencias conseguidas tempranamente, conducen a períodos de remisión más prolongados; que el tiempo en el que los pacientes permanecen en tratamiento se asocia con el grado de mejoría global conseguida; que los programas de baja intensidad post-tratamiento alargan los



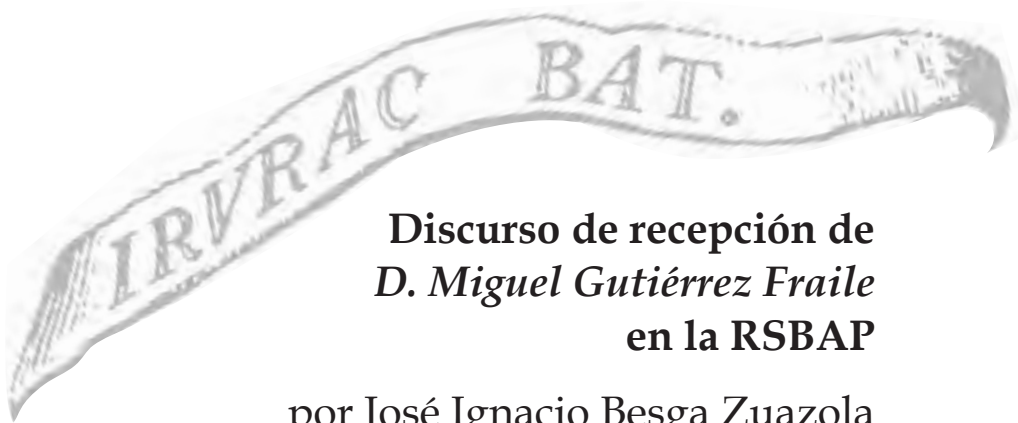
períodos de remisión; que no poseemos recomendaciones en relación con la modalidad del tratamiento a elegir y que la abstinencia del consumo es un objetivo prioritario que condiciona el lugar del tratamiento.

Decíamos también al principio que la patología dual genera unos costes directos e indirectos muy importantes y así es. Son pacientes con un deterioro funcional más rápido en el tiempo, con un impacto neurocognitivo importante, especialmente en procesos amnésicos y atencionales, que se adhieren mal a los tratamientos lo que produce un aumento importante de recaídas, reinicios de tratamiento, rehospitalizaciones, etc. En general tienen menores tasas de empleo y mayores de vagabundeo y comisión de delitos que la población en general por lo que viven en mayor situación de riesgo, de victimización, de violencia y de condenas a prisión. También presentan mayor índice de suicidios, de padecer enfermedades médicas, con especial referencia a las enfermedades infecciosas tipo hepatitis, síndrome de inmunodeficiencia, tuberculosis, traumatismos craneoencefálicos, etc.

Es por ello que actualmente la patología dual debe considerarse un problema complejo, emergente, de causas no muy bien establecidas, con pocos datos epidemiológicos, con clínica mal delimitada lo que dificulta el diagnóstico, con tratamientos poco efectivos y costes elevados. Un buen problema de presente y futuro.

- BOBES J., CASAS M., GIBERT J., GUTIERREZ M. *Risperidona en trastorno dual*. En Actas: X Encontro das Taipas. Lisboa, 251-257, 1999
- BOBES GARCÍA, J.; GUTIÉRREZ FRAILE, M.; OCTAVIO DEL VALLE, I.; CASAS BRUGUÉ, M.; RUBIO VALLADOLID, G. *Abuso y dependencia de tóxicos en pacientes psicóticos: tratados con risperidona. Disminución del consumo de cocaína y cannabis*. Trastornos Adictivos, 3 (4): 289-290, 2001
- CASAS, M.; GUTIÉRREZ, M.; GIBERT, J.; BOBES, J.; RONCERO, C.; OCTAVIO, I. *Risperidona en el tratamiento de pacientes psicóticos con abuso y dependencia de opiáceos*. Actas Españolas de Psiquiatría, 29 (6): 380-385, 2001
- DRAKE RE, MUESER KT. *Psychosocial approaches to dual diagnosis*. Schizophr Bull. 26(1): 105-18. 2000
- Estrategia Nacional de Salud Mental 2009-2013. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011
- GUTIÉRREZ FRAILE, M.; BOBES GARCÍA, J.; CASAS BRUGUÉ, M.; OCTAVIO DEL VALLE, I.; RUBIO VALLADOLID, G. *Tratamiento con risperidona en patología dual. Disminución del consumo de alcohol*. Trastornos Adictivos, 3 (4): 290-290, 2001
- LANDABASO MA.; SANZ J.; AIZPURU JM.; JIMENEZ JM.; RUIZ DE APODACA J.; FERNANDEZ DE CORRES B.; PEREZ B.; MURUA F y GUTIERREZ M. *Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) en adictos a opiáceos*. Psiquiat. Biol. 2:5, 166-170, 1995
- LANDABASO MA.; IRAURGI Y.; JIMENEZ-LERMA JM.; SANZ J.; FERNANDEZ DE CORRES B.; ARALUCE K.; CALLE R.; GUTIERREZ FRAILE M. *A randomized trial of adding fluoxetine and naltrexone treatment programme for heroin addicts*. Addiction 93 (5), 739-744, 1998
- LANDABASO M.; IRAURGI I.; JIMÉNEZ-LERMA JM; CALLE R.; SANZ J.; GUTIÉRREZ-FRAILE, M. *Ecstasy induced psychotic disorder: A six months follow-up study*. European Addiction Research, 8, 3. 2002.

- LANDABASO M.; IRAURGI I.; JIMÉNEZ-LERMA J.M.; HORMAECHEA JA.; SANZ J.; LARRAZABAL A.; AIZPURU A.; GUTIÉRREZ-FRAILE M. *Olanzapina y consumo de cocaína en programa de mantenimiento con Metadona: Nuevos resultados*. *Psiquiatría Biológica* 10, 5: 160-164. ISSN: 1134-5934 (AR). 2003
- LANDABASO M.; GUTIÉRREZ M. *Trastornos psicóticos en patología dual*. *Monografías de Psiquiatría* 4, 23-29. ISSN: 0214-4220 (AR).2004
- LANDABASO VAZQUEZ MIGUEL, IRAURGI CASTILLO JOSEBA, JIMENEZ LERMA JUAN MANUEL, HORMAECHEA BELDARRAIN JOSE ANTONIO, GUTIERREZ FRAILE MIGUEL. *Clinical trial on the use of olanzapine in reducing the consumption of cocaine in methadone Maintenance Programmes*. *Heroin Addiction Related Clinical Problems*, 11 (2):21-30, 2009.
- RIES RK: *Serial, parallel and integrated models of dual diagnosis treatment*. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 3(1): 173-180, 1992.
- SAN MOLINA L.; DUEÑAS HERRERO ROSA M.; ARRANZ MARTÍ B. *Aspectos generales de la patología dual*. *Monografías de Psiquiatría*. Vol. 16, Número 4. 2004
- VERGARA-MORAGUES, E.; GONZALEZS-SAIZ, F.; LOZANO, OM.; BETANZOS, P.; FGERNANDEZ, F.; BILBAO-ACEBOS, I.; PEREZ, M.; VERDEJO, A. *Psychiatric comorbidity in cocaine users treated in therapeutic community: substance-induced versus independent disorders*. *Psychiatry Research*, 200, 2, 734-741, 2012
- VOLKOW, N. *NIDA Research Reports Series, Comorbidity: Addiction and other mental illnesses* 2010



**Discurso de recepción de
D. Miguel Gutiérrez Fraile
en la RSBAP**

por José Ignacio Besga Zuazola



Miguel Gutiérrez, Amelia Baldeón y José Ignacio Besga.

Discurso de Recepción de D. Miguel Gutiérrez Fraile en la RSBAP

Por José Ignacio Besga Zuazola

**Miguel Gutiérrez Fraile lagun estimatua,
Lehendakari Anderea.
Euskalerrriaren Adiskideen Elkarteko Adiskideok,
Jaun-Andreok, Lagunok, Miguel Gutiérrez Fraileren familia.
Arratxaldeon denori.**

**Estimado Miguel Gutiérrez Fraile,
Sra. Presidenta,
Amigos de la Bascongada,
Sras. Y Srs., amigos, familia de Miguel,**

En este acto damos la bienvenida a una persona a la que se aprecia, se quiere y se tiene en consideración. Por muchas razones como vamos a comprobar. Porque la trayectoria de Miguel Gutiérrez Fraile suscita el reconocimiento en una Institución como es la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País donde el carácter científico unido a la búsqueda constante del progreso en beneficio de la sociedad hunde sus raíces y ejerce su actividad.

Para mí es un honor, y un orgullo de amigo, darle nuestra acogida como Amigo de Número y para la Bascongada una oportunidad de contar en su seno con una persona de gran altura científica, de liderazgo internacional en el mundo de la Psiquiatría, y sobre todo, cálida y entrañable. La posibilidad de contar con tu talento Miguel y tu compromiso, es para la RSBAP un motivo de satisfacción y de enriquecimiento social que sin ninguna duda redundará en su actividad.

Puedo decir que conozco a Miguel desde siempre y por lo tanto he sido testigo de una gran parte de su recorrido por la vida. Admiro su intensidad, ese valor que identifica a los líderes que, cuando va acompañado de una gran generosidad, hace de la persona un ser muy valioso en la sociedad.

Su notoriedad y su personalidad irradian ilusión en todo cuanto emprende. Y su carácter afable es un ejemplo de la importancia de la empatía, en estos tiempos tan difíciles y complicados que vivimos.

La Bascongada nació para que la luz de la razón iluminara la densa oscuridad de mediados del siglo XVIII y ha brillado desde entonces en las ciencias y en las artes.

El tiempo ha sembrado nuestro País, con la sabiduría aportada por sus miembros, de importantes hallazgos y sus conocimientos han sido fuente de investigaciones debidas al tesón de sus integrantes. La aportación que Miguel Gutiérrez Fraile va a hacer desde su campo de la Psiquiatría, un mundo dentro de la medicina, será importante. Su espléndida capacidad para la exposición didáctica y sus resultados tanto clínicos como de divulgación de las enfermedades mentales aportarán un nuevo espacio a ocupar por la Bascongada.

Y al igual que un antecesor suyo Sigmund Freud, psiquiatra y filósofo, que en su etapa final escribió sobre “la necesidad de una moralidad en la que el yo ocupara un puesto preminente y autónomo”, y sostuvo “que la cultura domina la peligrosa inclinación agresiva del individuo”, Miguel une el sentido humanista y social a la práctica científica, de un modo muy notable.

El mundo de Miguel Gutiérrez es una constelación de galaxias interconectadas entre ellas por una fuerza gravitatoria que le caracteriza: la pasión por las personas, por buscar la forma de ayudarlas cuando lo más valioso que poseen, el pensamiento, deja de funcionar adecuadamente y entra en conflicto consigo mismo para pasar a deambular agitado por turbulencias y desorientaciones. Cuando la mente quiebra y la fragilidad de algo tan perfecto como el cerebro humano se rompe el ser humano se convierte en un naufrago desasistido, sometido al oleaje cruel de un mar agresivo e inclemente. Ahí se encuentra el territorio del Doctor Gutiérrez ofreciendo un asidero, lanzando un cabo a los navegantes a la deriva que son los enfermos mentales.

Su labor, inasequible al desaliento, con una capacidad y energía difíciles de imitar, ha sido y es interrogarse constantemente por las causas de esta clase de enfermedades y su curación, poniendo en cuestión lo logrado, solo para mejorarlo.

Desde sus estudios en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, su especialidad en Psiquiatría y Neurología en la Facultad de Medicina de Bilbao y Hospital de Basurto y su Doctorado en Medicina y Cirugía por la Universidad del País Vasco, nuestro Miguel inició un largo camino guiado por su concepto del deber moral que le hace entender la autonomía de la persona como un valor irrenunciable por el que hay que luchar para restituirlo a los que por enfermedad mental lo han perdido y con él la igualdad y la libertad.

En esa travesía Miguel ha ocupado cargos relevantes. Ha sido o es, entre otros, Vicedecano de la Facultad de Medicina de la UPV y Director de su unidad docente en Vitoria-Gasteiz, Vicepresidente del Ilustre Colegio de Médicos de Álava, Vicepresidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Patrono de la Fundación Española de Psiquiatría.

Para mí es un axioma que según como sean los que tienen la responsabilidad máxima, quienes la detentan, es, o será, la organi-

zación que dirigen. Si esas personas tienen interiorizados los valores éticos, la estructura organizativa que conducen actuará acorde con ellos o con su ausencia. Nuestro nuevo Amigo de Número pertenece a los primeros por lo que estas instituciones en las que participa y dirige, también funcionarían en sintonía con esos principios.

Una faceta muy específica de Miguel es su vinculación con la exploración, porque es socio Fundador de la Asociación Africanista Manuel Iradier. Explorar los territorios de África y redescubrir cómo son las gentes de Guinea Ecuatorial, cómo viven y piensan, cómo son sus ríos, sus selvas, sus ciudades es uno de los polos de su atención que conecta con el otro gran polo de su vocación: la investigación. Hemos puesto de manifiesto su cualidad de cuestionar las cosas con afán de mejorarlas y de encontrar nuevas respuestas a las preguntas que la medicina se plantea, y eso es lo que ha venido haciendo: explorando, investigando, nuevas vías de curación, nuevos tratamientos. En mi opinión la Medicina es la profesión con más atributos éticos de todas las existentes e investigar dentro de ella significa afianzar la solidaridad que las personas que la ejercen poseen en grado sumo.

Miguel Gutiérrez Fraile ha dedicado una gran parte de su vida a la investigación. Más de treinta años de dedicación reconocida a la investigación de calidad en Psiquiatría, como atestiguan cuatro tramos de investigación reconocidos por la Agencia Nacional de Evaluación del Conocimiento (ANEC).

Tiene 22 premios de investigación y ha dirigido 17 tesis doctorales.

Los resultados de sus investigaciones aparecen en publicaciones en revistas nacionales (109) y en trabajos en revistas científicas médicas de carácter internacional (103). Es también autor de 44 libros y 130 capítulos de libros, y ha presentado más de cuatrocientas ponencias o comunicaciones en congresos nacionales o internacionales, y ha presidido Congresos con miles de congresistas.

Su personalidad generosa y solidaria se compagina muy bien con el perfil de una persona involucrada en indagar sobre el por-

qué de las cosas, en este caso acerca de la explicación de las alteraciones en el comportamiento humano cuando éste llega a las fronteras de la demencia. Investigador principal en la Universidad del País Vasco, investigador responsable del Área de Psiquiatría en el Centro de Investigación Biomédica del Instituto Carlos III, sus hallazgos han logrado avances importantes en este universo de la Psiquiatría que habita de forma plena y total.

En el aspecto clínico ha desempeñado su trabajo primero como médico adjunto en el Hospital de Basurto, después médico Jefe de sección en el Hospital Psiquiátrico de Álava, posteriormente Jefe de Servicio de Psiquiatría en el Hospital de Santiago Apóstol, después, Jefe de Servicio de Psiquiatría en el Hospital Universitario de Cruces (1998-2007) y desde 2007 a la actualidad Jefe de Servicio de Psiquiatría en el Hospital Universitario de Álava.

No es difícil a los que le conocemos imaginar al Doctor Gutiérrez atendiendo a sus enfermos, con su vitalidad contagiosa, su cercanía y su comprensión. Seguro que siempre ha sido capaz de localizar una luz en la oscuridad de todos ellos, un resquicio en las mentes destrozadas por la enfermedad a través del cual llegar a ellas o intentar denodadamente hacer todo lo posible para curarlas.

Finalmente, es necesario reseñar otra faceta no menos importante en el Doctor Miguel Gutiérrez: Esta es la docente. Desde 1973 imparte clases de Psicología Médica y Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco. En sus años ininterrumpidas de docencia universitaria en Bilbao y Vitoria-Gasteiz han pasado por sus manos 43 promociones de médicos en Euskadi que han compartido su saber y vocación.

Nuestro querido Miguel es la reencarnación del espíritu de los ilustrados fundadores de la Bascongada elevando con su humanidad, aquel espíritu de hace 250 años de compromiso absoluto con las personas.

Su discurso de ingreso ha tratado sobre la patología dual que es aquella patología que en el campo de la salud afecta a personas

que sufren de forma simultánea o a lo largo de su vida de una adicción y otro trastorno mental.

Todo el conocimiento de Miguel se ha vertido en la brillante exposición de un tema crítico como es la coexistencia de dos psicopatologías, la drogodependencia y la psicopatología psiquiátrica, sus síntomas y sus causas.

Los que por fortuna vivimos al otro lado de la frontera que nos separa de las enfermedades mentales hemos apreciado escuchándole la profundidad de ese universo que los escritores denominan locura y que, por desgracia, va ensanchándose en la vida actual.

Conseguir a este médico, científico y humanista como Socio de Número de la RSBAP no solo es un honor sino, también, un gran acierto porque nos enriquecerá con su sabiduría. Muchas gracias.



**Acto de Recepción
y Entrega de la Acreditación
como Amigo de Número**



Acreditaciones: medalla y patente.

“Habiéndose cerciorado este Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País de que el aquí presente cumple los requisitos exigidos por nuestros Estatutos, constatando su voluntad y compromiso de cumplir fielmente con los fines y propósitos de aquella, y reconociendo así mismo su aportación creativa y de investigación, procede su aclamación como Amigo de Número.

Al recibirle le encarezco y requiero no sólo a no olvidar sino también a practicar los principios y el talante que, durante generaciones, han animado a esta Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País.

Lo hago recordando textualmente las propias palabras del discurso Preliminar de nuestro fundador Xabier María de Munibe, Conde de Peñaflorida, pensadas y sentidas en el bien de Euskalherria:

“No basta en adelante el ser buenos Amigos, buenos Padres de familia y buenos Republicanos. La profesión que abrazamos hoy nos constituye en mayores obligaciones. Hasta aquí podíamos ser solamente nuestros, ahora debemos ser todos del Público. El bien y la utilidad de éste han de ser los polos sobre los que giren nuestros discursos y el blanco a que se han de dirigir nuestras operaciones. El infundir a nuestros Conciudadanos un amor grande a la virtud y a la verdadera sabiduría y un odio mortal al vicio y a la ignorancia y el procurar todas las ventajas inimaginables al País Bascongado, ese es nuestro instituto; pero que no sólo debemos profesarlo especulativamente, sino con la práctica y el ejemplo. El empeño es arduo sin duda alguna, pero el heroico celo con que habéis entrado en él os lo hará fácil. No desistáis, pues, Amigos míos, amad el Patrio suelo, amad vuestra recíproca gloria, amad al Hombre, y, en fin, mostraos dignos Amigos del País, dignos Amigos de la Humanidad entera”





José Antonio Apraiz, Amelia Baldeón, Miguel Gutiérrez, Amparo Bastera y José ignacio Besga.



Arabako Foru Aldundia
Diputación Foral de Álava



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO