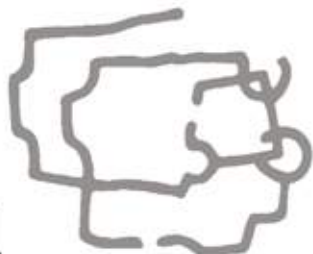


# NORTE

## DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XIV nº 54 Febrero 2016



Autor: Jorge Barrón

“Humanoides pánico”. Pintura acrílica sobre lienzo de 60x80 cm. (2015). “Conjunto de diferentes modelos de humanoides multifuncionales de uso doméstico que fueron retirados del mercado e inactivados a causa de presentar graves fallos de fabricación irreparables. A causa de graves errores de funcionamiento, expresaron conductas incontrolables y dieron lugar a trágicos accidentes personales en el hogar, generalmente de noche y mientras sus propietarios dormían. En menos de una semana se produjeron 16 casos de brutales ataques con resultado de muerte, 65 de graves lesiones incapacitantes y cientos de ataques de pánico. Hoy en día se exponen en el museo-prisión del condado, debido a que, según los expertos y a pesar de su desactivación, no están exentos de peligrosidad.”

Volumen XIII



Nº 51



Nº 52



Nº 53

Volumen XIV



Nº 54

Volumen XI



Nº 45



Nº 46



Nº 47

Volumen XII



Nº 48



Nº 49



Nº 50

Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42



Nº 43



Nº 44

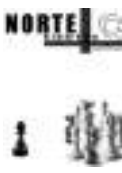
Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



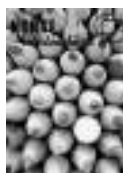
Nº 35



Nº 36



Nº 37



Nº 38

Volumen VII



Nº 27



Nº 28



Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

Volumen VI



Nº 22



Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

Volumen V



Nº 16



Nº 17



Nº 18



Nº 19



Nº 20



Nº 21

## NORTE de Salud Mental

### Director:

Markez, Iñaki

### Consejo Editorial:

Cifre, Antonia  
Estévez, Juan  
Inchauspe, José Antonio  
Martínez, Ana  
Munarriz, Mikel  
Navarro, Mercedes  
Novella, Enric  
Redero, Jose María  
Rodríguez Pulido, Francisco  
Sierra, Deirdre

### Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	Desviat, Manuel	Jimenez Estevez, Juan Fco.	Polo, Cándido
Álamo, Cecilio	Esteban, M. Luz	Laespada, Teresa	Prego, Roque
Albi, Inmaculada	Esteban, Ramón	Lamas, Santiago	Pradana, M <sup>a</sup> Luz
Álvarez, José M <sup>a</sup>	Fernández Liria, Alberto	Lasa, Alberto	Rendueles, Guillermo
Angosto, Tiburcio	Ferrera, Beatriz	Lázaro, José	Retolaza, Ander
Aparicio, Víctor	García Soriano, Maite	Levav, Isaac	Rodríguez, Beatriz
Arana, Xabier	Gay, Eudoxia	Marín, Mónica	Rotelli, Franco
Arias, Paz	Gil, Eugenia	Marqués, M. José	Saraceno, Benedetto
Ballesteros, Javier	Gómez, Chus	Martínez-Azumendi, Óscar	Sepúlveda, Rafael
Berrios, Germán E.	Gómez-Beneyto, Manuel	Mayoral, Fermín	Serrano, Javier
Bravo, Mari Fe	González Brito, Natalia	Meana, Javier	Soler, M <sup>a</sup> del Mar
Caldas d'Almeida, José	González-Pinto, Rodrigo	Medrano, Juan	Susparregui, J. M <sup>a</sup>
Carranza, Arturo	González Saiz, Francisco	Meneses, Carmen	Tarí, Antonio
Català, Laura	González Torres, Miguel Á.	Mezzich, Juan	Thornicroft, Graham
Chicharro, Francisco	Gracia, Fernando	Molina, Germán	Tizón, Jorge Luis
Colina, Fernando	Guimón, José	Morchón, J.	Trujillo, Carlos
Collazos, Francisco	Gutiérrez Fraile, Miguel	Moreno, Ana	Valverde, Mikel
Comelles, Josep M <sup>a</sup>	Hernández, Mariano	Olabarría, Begoña	Villasante, Olga
Del Rio, Francisco	Hernández Padilla, María	Palacios, Antonio J.	
De la Rica, José Antonio	Huertas, Rafael	Pérez-S, Pau	

- ✓ Acceso disponible en: [www.revistanorte.es](http://www.revistanorte.es) • Correo-e: [info@revistanorte.es](mailto:info@revistanorte.es)
- ✓ Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de NORTE de Salud Mental salvo que esté así especificado.
- ✓ Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: [www.revistanorte.es](http://www.revistanorte.es)

NORTE de Salud Mental es accesible también en el Servicio Bibliográfico y Accesos abiertos de:

- Anuario FEAP
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- Directory Open Acces Journals (DOAJ)
- e-revist@s
- IME (Índice Médico Español)
- MEDicina en ESpañol (MEDES)
- psiquiatria.com
- Psiquiatría Sur
- RCS
- Repositori UJI
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental  
Vol XIV nº 54, Febrero 2016

www.revistanorte.es

Realización y Administración:

OME • C/Araba, 6 bajo (entrada por C/Burgos) • 48014 Deusto. Bilbao

info@revistanorte.es

Autor de la portada: Jorge Barrón

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida

Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN

Publicación cuatrimestral no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares. Ejemplar atrasado: 30 euros.

Tarifa anual: Profesionales 100 euros Instituciones 150 euros

Esta publicación ha contado para su edición con la subvención y colaboración de:



ISSN: 1578-4940 • Depósito Legal: 1565/02

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L. • Imprime: Lankopi, S.A.



Norte de salud mental está bajo una licencia de Creative Commons.

Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que apoyan el uso que hace de su obra). No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>

# Sumario

NORTE de salud mental 54. Febrero 2016

<b>Editorial</b>	5
• Enfermería de Salud Mental, ¿y por qué opinamos ahora? <i>José Antonio Herrero Villanueva, Carmen Díaz Hatero.</i>	7
<b>Originales y revisiones</b>	11
• ¿Que se lee en los ministerios? <i>Francisco Rodríguez Pulido.</i>	13
• Luces y sombras de la salud mental. <i>Fernando Colina.</i>	19
• Salud mental en el barrio. <i>Jose Ignacio Ibáñez.</i>	22
• Sobre la importancia de la formación psicoanalítica de los residentes PIR y MIR. <i>José María Álvarez.</i>	29
• Historia de la psiquiatría en Bizkaia. <i>José Guimón.</i>	33
• Utilización de recursos y Trastorno Mental. <i>José E. Romeu, Blanca Poza, Carlos García, Elena Orquín, Ainhoa Ródenes, Sara Olmos, Miguel Melero, María Cuenca.</i>	39
• El Rol del Trabajo Social en Psicogeriatría. <i>Rebeca Adámez, Andrés Correa.</i>	49
• Estudio descriptivo de los trastornos adaptativos en las consultas de salud mental. <i>Pilar del Valle-López, Enrique Bermúdez Navas.</i>	58
<b>Formación Continuada</b>	67
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XXII). <i>Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz.</i>	69
• Las clasificaciones psiquiátricas actuales y su relación con el estatus científico de la psiquiatría. <i>Andrea González Morales.</i>	74
• Delirio compartido o folie a deux. <i>María Herrera Giménez, Carmen Llor Moreno.</i>	83
• El Rol de Psicoterapias breves y retos de las psicoterapias dinámicas. <i>Rodrigo González-Pinto Arrillaga.</i>	88
<b>Historia</b>	95
• In Memoriam: Pavlovsky.	97
<b>Actualizaciones</b>	99
• Drogodependencias y sexualidad. <i>Fernando Pérez del Río, Manuel Mestre.</i>	101
• Bullying. Una falsa salida para los adolescentes. <i>José Ramón Ubieta (ED.), Ramon Almirall, Lourdes Aramburu, Lidia Ramírez, Enric Roldán, Francesc Vilà. Prólogo de Joan Subirats.</i>	102
• La renovación de la asistencia psiquiátrica en España. Benito Menni y su primer médico alienista. <i>Rodrigo González-Pinto López.</i>	103
<b>Agenda</b>	105

# Summary

NORTE de salud mental 54. February 2016

<b>Editorial</b>	5
• Mental Health Nursing, now why do we think? <i>José Antonio Herrero Villanueva, Carmen Díaz Hatero.</i>	7
<b>Originales y revisiones</b>	11
• Which is read in ministries? <i>Francisco Rodríguez Pulido.</i>	13
• Lights and shadows of mental health. <i>Fernando Colina.</i>	19
• Mental health in the neighborhood. <i>Jose Ignacio Ibáñez.</i>	22
• About the importance of psychoanalytic training of residents PIR and MIR. <i>José María Álvarez.</i>	29
• History of psychiatry in Bizkaia. <i>José Guimón.</i>	33
• Resource utilization and Mental Disorder. <i>José E. Romeu, Blanca Poza, Carlos García, Elena Orquín, Ainhoa Ródenes, Sara Olmos, Miguel Melero, María Cuenca.</i>	39
• The Role of Social Work in Psychogeriatrics. <i>Rebeca Adámez, Andrés Correa.</i>	49
• Descriptive study on adaptative disorders in mental health consultation. <i>Pilar del Valle-López, Enrique Bermúdez Navas.</i>	58
<b>Continuing Education</b>	67
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (XXII). <i>Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz.</i>	69
• The current psychiatric classifications and its relationship with the scientific status of psychiatry. <i>Andrea González Morales.</i>	74
• Shared psychotic disorder or folie à deux. <i>María Herrera Giménez, Carmen Llor Moreno.</i>	83
• Brief and dynamic psychotherapies challenges (“psychotherapies challenges”). <i>Rodrigo González-Pinto Arrillaga.</i>	88
<b>History</b>	95
• In Memoriam: Pavlovsky.	97
<b>Book reviews</b>	99
• Drug abuse and sexuality. <i>Fernando Pérez del Río, Manuel Mestre.</i>	101
• Bullying. Una falsa salida para los adolescentes. <i>José Ramón Ubieta (ED.), Ramon Almirall, Lourdes Aramburu, Lidia Ramírez, Enric Roldán, Francesc Vilà. Prólogo de Joan Subirats.</i>	102
• La renovación de la asistencia psiquiátrica en España. Benito Menni y su primer médico alienista. <i>Rodrigo González-Pinto López.</i>	103
<b>Calendar</b>	105



# EDITORIAL



# Enfermería de Salud Mental, ¿y por qué opinamos ahora?

Cuando se nos ocurre hablar en esta revista acerca de la situación de Enfermería de Salud Mental en el Estado Español (ESM) nos preguntamos: ¿y por qué ahora?

En el escenario de la atención a la salud mental concurren, históricamente, diversos “actores” que, en un principio, se concretan en tres: curadores, cuidadores y pacientes, siendo los primeros (los curadores) la cúspide del sistema, poseedores del conocimiento y de la capacidad absoluta de decisión sobre las otras instancias. Los cuidadores lo componen, en una primera etapa, una amalgama de personas a las que no se les exige más condición que la obediencia y el mantenimiento de unas normas centradas en la custodia y la garantía de unos cuidados básicos. Los pacientes tienen como destino, y como su nombre indica, padecer, su trastorno, que lo define o diagnostica el médico, y también padecer las normas que se fijan “por su bien”: internamiento, tratamientos, restricciones, etc. con mayor o menor nivel de beneficio o perjuicio.

En el advenimiento de la era científica, los antiguos manicomios se convierten en Hospitales Psiquiátricos, los/las médicos se convierten en Psiquiatras y los cuidadores... siguen siendo cuidadores. En el espacio mental del modelo psiquiátrico, pese a la evolución de los tratamientos, sólo se conciben dos instancias: lo “clínico” y lo demás. Incluso con la aparición de un nuevo actor, en la figura del Psicólogo, persiste esta dualidad. Y todavía hoy, con movimientos ciudadanos y profesionales debatiendo incluso los fundamentos de la Psicopatología, el sentido íntimo de las necesidades, y la utilidad de las terapias, el discurso institucional sigue anclado en la mayoría de los lugares en esa dicotomía entre “lo importante” que es lo clínico, y “lo demás”. De ahí que notemos, con cierta tristeza, la escasa importancia que se concede al hecho de que cuando el trabajo asistencial de salud mental lo realizan enfermeras/os especialistas, los resul-

tados y la calidad de vida y salud de las personas mejora de forma llamativa.

La aparición de la Enfermería se produce con la tecnificación de la Psiquiatría, y se contratan para aplicar tratamientos y realizar curas. Lo que ocurre es que el movimiento de las/los enfermeras/os sobrepasa este mandato inicial debido al amplio bagaje que la profesión ha ido desarrollando en su quehacer profesional, intentando que esa “invisibilidad del cuidado” deje de ser un concepto natural, y se reconozca como otra instancia más, básica, imprescindible y generadora de resultados diferenciados en términos de vida, salud y bienestar de las personas que atiende.

Para fundamentar estas afirmaciones, baste recordar que los primeros trabajos publicados sobre el trabajo de la Enfermería de Salud Mental (ESM) datan de mediados de los años 50 del siglo XX, por autoras como Hildegard Peplau, Virginia Henderson, Dorothea Orem, (por citar sólo las más señaladas) que trabajan, enseñan e investigan en Canadá y Estados Unidos. Sus ideas y reflexiones impulsan un modelo profesional, académico y asistencial que trasciende el modelo manicomial, coloca a la Enfermería de Salud Mental (ESM) en el espacio vital de las personas y construye su rol como “acompañante cualificada” de pacientes, familias y comunidades.

Nos encontramos hoy que frente a una vieja Enfermería Psiquiátrica, que se nos antoja caduca, que ha estado anclada en el manicomio, que ha funcionado sólo para la contención, la custodia y el direccionismo con los internados, que ha velado por las normas de la institución, que se ha dedicado tan sólo a aplicación de tratamientos biológicos, que ha estado olvidada y marginada del resto de la profesión y que, probablemente, fue absorbida como tantas otras cosas por la «institución total», Goffman (1987)<sup>1</sup>, que es el manicomio, ha surgido una nueva Enfermería de



Salud Mental cimentada en una sólida formación teórico-práctica en Ciencias de la Salud.

La enfermería de salud mental, en su quehacer cotidiano, habiendo modificado sus actitudes afronta las necesidades de cuidados que presentan los ciudadanos a los que atiende. En sus intervenciones practica abordajes individuales, familiares y grupales, potencia la promoción y prevención de la salud mental, ejerce en los diversos ámbitos del servicio de salud mental (unidades de hospitalización, centros de salud mental comunitarios, recursos intermedios, etc.), diversifica sus actividades y usa técnicas y métodos de Enfermería para personalizar, capacitar y socializar al paciente psíquico, procurando su autonomía y su calidad de vida, y asume el incremento de responsabilidades derivadas del ejercicio autónomo de su profesión. En definitiva, se nombra y desea ser nombrado/a enfermero/a, en tanto que prestadora de cuidados integrales a personas sanas y a las que padecen trastornos emocionales.

Por tanto, hay que poner de manifiesto que se ha producido una profunda transformación del rol profesional y hoy podemos decir que existe una nueva Enfermería de Salud Mental, que es la Enfermería Especialista en Salud Mental, que se caracteriza por ser un servicio humano, al que le guía la psicología humanista, cuyo cometido principal es la provisión de cuidados, mediante una relación interpersonal, destinados a satisfacer las necesidades de salud y auto cuidados del individuo, familia y comunidad, en las áreas de promoción, asistencia y rehabilitación de la salud mental.

La nueva Enfermería de Salud Mental -los profesionales que la integran- interactúa con otras disciplinas en el espacio interdisciplinar que supone el trabajo en equipo (el espacio común del equipo de salud mental sería el interdisciplinar y el espacio propio lo delimita la provisión de cuidados). Por tanto, la enfermería especialista en salud mental ya no va a estar centrada única y exclusivamente en una unidad de psiquiatría o solamente en la patología, sino en un modelo comunitario que tenga una finalidad resocializadora, favoreciendo la autonomía, la relación, la participación, la independencia y la solidaridad; de manera que el sujeto actúe, sea autor de su

propia existencia y desempeñe los roles que le correspondan como “actor social”.

Tras varios años de implantación de la especialidad de Enfermería de Salud Mental con arreglo al último Real Decreto 992/1987 y a pesar de todos los esfuerzos por parte de los profesionales, consideramos que todavía nuestra profesión no ocupa el lugar que se merece en el contexto sanitario y social.

Nuestra especialidad, antes denominada de Psiquiatría y en la actualidad Salud Mental, es de las más antiguas dentro de las especialidades de enfermería que históricamente han existido en nuestro país.

Pensamos, es de justicia señalar, que la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM) ha sido pionera en liderar acciones para conseguir normalizar el acceso al título de especialista, y a la que se ha adherido la AEN-PSM (Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental): se han planteado reivindicaciones legítimas de nuestro colectivo, ha estado presente en distintos foros para defender y tratar de conseguir las propuestas que permitieran un desarrollo profesional acorde con los avances del conocimiento enfermero de salud mental, realizó propuestas razonadas y razonables a los organismos responsables de la Administración Sanitaria del Estado para el desarrollo del RD 992/1987. Propuso también en su momento enmiendas a los diferentes borradores que se realizaron al vigente Real Decreto 450/2005. Además la Asociación, antes de la aprobación del citado Real Decreto, mantuvo contactos institucionales con Consejerías de Salud de diversas Autonomías, con Diputados y otros agentes sociales para defender y reclamar aspectos relacionados con nuestra profesión.

Quienes iniciaron este proceso, con luces y sombras, con alegrías y tristezas, con realidades y utopías, pero en todos los casos con ilusión, motivación, implicación, paciencia, esfuerzo, emoción y con mucho, mucho trabajo, eran y siguen siendo enfermeras comunitarias

Cuando después de muchos años, finalmente, se logró que la especialidad fuese una realidad, primero, con la publicación del RD de Especiali-

dades de Enfermería en el que se recogía la Especialidad de Enfermería, y posteriormente con el desarrollo del programa formativo, se alcanzó un objetivo anhelado y peleado.

Tras la creación de las primeras unidades docentes y la incorporación de las/os primeras/os residentes tomaba forma lo que, para muchas/os parecía una utopía. Tras dos años de formación acaban las/os primeras/os especialistas y se genera un nuevo escenario con múltiples actores/actrices. Un escenario incierto, en muchas ocasiones hostil, con muchas sombras y pocos claros, con peligros y amenazas, con escasas oportunidades, y con muchos obstáculos. La desigual y arbitraria implantación de la especialidad es un déficit de calidad que debe resolverse en todo el Estado, para no seguir privando a las personas de una atención adecuada y cercana a sus necesidades. Es un deber moral que el resto de las profesiones se posicionen en torno a esta necesidad y colaboren en resolver esta carencia.

No basta con formar profesionales, en los que se invierte dinero público, hay que conseguir que los equipos de los servicios de salud mental esté siempre presente la enfermería especialista, con bolsas específicas y reconocimiento pleno. Es un escenario, al fin y al cabo, de convivencia, de esperanza y de futuro. Futuro que deben afrontar con decisión, valentía, coraje y determinación las enfermeras en salud mental.

**José Antonio Herrero Villanueva,  
Carmen Díaz Hatero.**

Enfermeros Especialistas en Salud Mental en  
Jerez y Córdoba respectivamente.





**ORIGINALES Y REVISIONES**



## ¿Que se lee en los ministerios?

### *Which is read in ministries?*

Francisco Rodríguez Pulido

Profesor Titular de Psiquiatría, Universidad de La Laguna • Vicepresidente ACN y Salud Mental

Parece que vuelven destellos de viejos tiempos. Se aprueban cosas a hurtadillas. Se anuncia, para próximo año, nuevo ajuste presupuestos estatales (1) y entrada en vigor el Tratado Transatlántico de Comercio e Inversión entre Estados Unidos y la Unión Europea (2), más conocido como TTIP, que negociado en secreto ha pasado desapercibido y se prevé que pueda tener unos resultados y consecuencias muy negativos para el bienestar y calidad de vida, debilitando los derechos laborales, ambientales y de defensa del consumidor. Se presentan Estrategias Nacionales de Salud Mental (2015-2019), pendientes de aprobar Consejo Interterritorial de salud, sin continuidad con la historia de la asistencia en nuestro país, con el foco centrado en las patologías, huyendo del compromiso y mejora del sistema asistencial, y mirando sin exigencia de ficha financiera a los poderes públicos (3,4). Mirar para otro lado -en las condiciones actuales por la que atraviesa el país desde hace años-, se sitúa lejos de una lectura de las necesidades. Saltos al vacío, que parecen ser para contentar a unos pocos. Políticas de ministerios que no conectan con otros ministerios. Menos mal, dirán muchos. Breman con el mantra de evidencia del racionalismo y sin rubor se lo saltan en la toma de decisiones. Los profesionales conteniendo las quejas en los servicios asistenciales, y otros siguen cómodos para continuar en el festín. La gestión clínica continua su controversia y sus marchas atrás y adelante (5). Muchos al acecho del mercado. Entre más fragmentación mejor. Las desigualdades territoriales se incrementan. (6). Decretos aprobados por los gobiernos salientes a última

hora, por ejemplo, decreto de prescripción de enfermería (7). Informe de la OMS, el último, que advierte de la falta de muchos más profesionales de enfermería en nuestro país (8). ¿Cómo van hacer cumplir la estrategia de la cronicidad en los sistemas regionales de salud? Y una nueva estrategia nacional de salud mental y un macrocentro de referencia estatal de rehabilitación en Valencia para las personas con TMG que residen en otra comunidad (9). La política de sálvese cada uno como pueda continua. Prueba de ello, es que somos incapaces de articular una queja unitaria entre profesionales, familias, usuarios y ciudadanos. Ni tan siquiera cuando en la evaluación de la estrategia en su resumen ejecutivo (10) se señala que “el grado de implementación de la Estrategia, según declararon las CC.AA., es diverso y moderado. Diverso en los niveles de cumplimiento de cada objetivo y entre las CC.AA., y moderado por que, excepto tres objetivos que fueron plenamente logrados y uno que ni siquiera fue iniciado, los restantes se situaron entre “iniciado” y “parcialmente logrado”. Los objetivos logrados se refieren a aspectos relacionados con la participación, la formación de los profesionales y la investigación. Ninguno de los objetivos relacionados con la población o con la atención a los usuarios fue clasificado como logrado”, se sentencia

Más sombras que luces. Hoy, me detendré en una de las sombras. En la nueva estrategia (2015-2019) se sigue hablando de “crónico” o “crónico complejo” para el trastorno mental grave, y, en paralelo se realiza una inversión de 11 millones

de euros anuales para un macrocentro pacientes con TMG de fuera de la comunidad valenciana. Estamos convencidos que, en esta época, las palabras también tienen que ser rescatadas. Recuperar las palabras en su sentido más original, sabiendo a veces de su polisemia, es la base para un lenguaje de liberación en la construcción de una narrativa de este tiempo que sirva de vehículo al sujeto deliberante y la ciudadanía participativa. Por ello parece pertinente que nos posicionemos en contra de la reintroducción del término “crónico” o “crónico complejo” aplicado a las personas con Trastorno Mental Grave, porque se ajusta a criterios arbitrarios, que nada contribuyen a la posibilidad de la cultura de la ciudadanía. Que los propios protagonistas (11) sobre los que se dirige el discurso nos digan “somos personas, no etiquetas, tenemos vida, no historiales” (Asociación Espiral, 2015) debe de forma imperante e indudable al clínico que basa su trabajo en la escucha hacerle prestar suficientemente atención y renovar sus perspectivas.

La noción crónica centrada en la noción de tiempo implica la observación longitudinal de la evolución. El término cronicidad, aplicado el modelo médico para las enfermedades orgánicas se entiende en la enfermedad mental como una enfermedad “para toda la vida”, y esta afirmación, desde la clínica y la epidemiología de los últimos cincuenta años, confirma un uso gratuito. Las expresiones agudo y crónico, proviniendo del modelo médico, han marcado un discurso pretendidamente clínico pero que ha modulado incluso los diseños de los modelos asistenciales perdiendo la perspectiva del sujeto y ha fijado su mirada en el hecho morboso. Los estudios epidemiológicos en los últimos cincuenta años (12-19) y las narrativas en primera persona de las experiencias psicóticas y con los sistemas de salud, nos revela algunas aportaciones que orientan una nueva perspectiva. Estas lecturas contrastan con la imagen arraigada de la esquizofrenia como, enfermedades intratables y deterioro que muchos médicos tienden a adoptar sobre la base de un seguimiento limitado y muestras de los pacientes seleccionados para el curso desfavorable y la respuesta al tratamiento. Y es que esta visión limitada de la cronicidad tiene su impacto en la manera de construcción de los modelos asistenciales, la cultura imperante de los profesionales, en las maneras de conducir los servicios o pro-

gramas en su relación con las personas, en lo que denominamos estilos relacionales.

La Desinstitucionalización no es sólo reducción o cierre de hospitales psiquiátricos, es llevar a cabo un complejo proceso de la eliminación de la ideología y el poder de la institución, poniendo en primer lugar -la persona con su subjetividad, necesidades, historia de la vida, las relaciones significativas, redes sociales, capital social- sobre la institución. Desinstitucionalización, por tanto, es un cambio completo de sistemas, pensamiento y práctica, que pretende la creación de una nueva forma de apoyar la salud mental comunitaria y apoyo a la libre determinación, resistencia y fortalezas de las personas con problemas de salud mental. Aun hoy hay “cultura asilar” en la cultura de las organizaciones, donde lo llamado terapéutico se espera como una suerte del proceso, si no espontáneo, al menos automáticamente reactivo, a la combinación de varios elementos, en los que además de la sobremedicación, está la disciplina, la obediencia a un reglamento, el aislamiento, y la técnicas punitivas, un tratamiento moral medicalizado. Esta “cultura asilar” -probablemente impere en el Centro de referencia de Valencia al estar en una comunidad con carencia de sus referentes personales-, aunque los recursos, programas o dispositivos estén en la comunidad, reproducen estilos de trabajo que se alejan de los procesos de recuperación, aunque se autoproclamen. Se caracterizaría la “cultura asilar” de las organizaciones por:

- La sobremedicación: A pesar de los pacientes vivir en la comunidad y necesitar menos medicación, según la experiencia de desinstitucionalización en el Reino Unido, o la de Ciompi en Suiza, en nuestro país, muchos pacientes con psicosis, aun hoy, se ven sometidos a 3 o más moléculas antipsicóticas. Ni se establece una vigilancia epidemiológica sobre la prescripción, ni se vigila los efectos secundarios físicos, ni se trabaja con la visión de la dosis mínima eficaz.
- Mantener la ceremonia jerárquica: Aun hoy, en muchos recursos se trabaja en un modelo jerárquico de relaciones. Demostración inicial del campo de fuerza en la que se encuentra el paciente en la “nueva organización” es desigual, no hay coparticipación, ni reciprocidad, ni intercambio, el lenguaje no circula libre e indistinta de uno al otro; no hay diferencias

entre los diferentes personajes que viven conjuntamente, ni reciprocidad ni transparencia, en una cima sigue estando el médico, no el equipo, y en el fondo el paciente.

- Sustituir la voluntad del paciente por la voluntad ajena. En la cultura asilar el paciente debe saber de inmediato que toda la realidad se concentra en la voluntad del médico, o de su equipo. El desequilibrio estatutario que le da la institución le sirve para dosificar la omnipotencia de la locura.
- El uso del lenguaje que obliga a reaprender un orden una disciplina. El dialogo amañado, basado en la psicopatología automática, sin espontaneidad, es en realidad el juego de la orden y la obediencia. La orden como mandato y regularidad, que obliga a los pacientes a no dejarse llevar por sus inclinaciones, y recordarle que manda la autoridad. Ejemplo de ello, es focalizar el trabajo en el logro de la conciencia de enfermedad como máximo terapéutico y no reconstruir los procesos de socialización e identitarios del sujeto.
- Se trabaja sobre el usuario no con el usuario. En el ejercicio del poder psiquiátrico, el otro es un objeto al que se le administra o se le indica de forma pasiva -no solo medicamento sino las actividades masivas o segregadoras- lo que el equipo o institución considera que le va bien de acuerdo a la proyección de sus modelos culturales de existencia.
- Ordenamiento y organización de las necesidades. el poder psiquiátrico asegura el avance de la realidad mediante el ordenamiento de las necesidades, o por la creación o el sustento de nuevas necesidades. La creación de la significación, se les produce necesidades creadas de manera artificial, sin que la escucha este presente ni la prioridad definida por el actor principal. El dialogo del poder psiquiátrico es con la enfermedad, y lo que se hace se hace sobre el paciente no con él.
- Predominio de las intervenciones de privación punitiva de ropa, alimentos, dinero, salidas, para reforzar la creación de necesidades y la obediencia.
- La privación de libertad, es la consecuencia de un sistema de relaciones donde se detec-

ta un auge de, los reingresos, las incapacidades, el tratamiento involuntario, sistemas de coerción de física en los servicios de urgencia y residenciales, extensión de la terapia electroconvulsiva, y sistemas de hospitalización cerrados. En un sistema sutil de violación de derechos. Los derechos reconocidos como la ley de autonomía del paciente (20) no forman parte ni tan siquiera de los valores y la cultura de los equipos.

Frente a esta cultura de lo asilar es los estilos de relacionarse y de la cultura de los servicios, podríamos contraponer, tomando lo aprendido por Davidson, (2015) para la práctica clínica. (21,22), un estilo o cultura de la emancipación, que está orientada hacia:

- Encontrar sentido a las experiencias mitigar sus posibles efectos destructivos.
- Reclamar un protagonismo un sentido de control es algo para mí por mí, desde lo más banal a lo más complejo. Recuperar la sensación de control, volver a tener control.
- Respeto a la persona y la valía y como si fuera un ser humano.
- Ofrecerle esperanza y seguridad, adelantarse al otro.
- Promover el sentido del yo de la identidad.
- Redescribir lo que uno puede ser. El regresos de estas personas a sus placeres a sus deseos a sus hábitos originales, donde están los “restos de pasiones” y “encenderlo”.
- Favorecer un sentido de autoeficacia.
- Promover que las personas entre en el mundo en los “soportes de participación”, en lo que merece la pena hacer hoy.
- “Colaborar con” en vez de “colaborar en” ayudar a dar salida a las preferencias.
- Socializar en los lugares naturales de la comunidad.
- Esperanza y determinación, la ayudas de pares es fundamental.

Lejos estamos de una posición que trata de reducir la presencia sanitaria bajo la estrategia nacional o en la estrategia de la cronicidad, ya que son

personas que presentan problemas graves en su salud, con un perfil heterogéneo en su clínica y evolución, y que los factores que condicionan la peor evolución está relacionado con dimensiones del entorno y culturales, que requieren de más investigaciones. Debemos corregir que las personas con TMG se diseminen en redes paralelas no profesionalizadas, y que sirvan como segmento de mercado para un negocios, del llamado mercado sanitario o sociosanitario al uso, para en definitiva, abandonados por las grietas del sistema por el sistema nacional de salud, y situarse aún más lejos de una perspectiva de la ciudadanía.

Por todo ello como decíamos al comienzo más sombras es seguir etiquetando a las personas con TMG en nuevos rótulos o favoreciendo viejas etiquetas. Esto va más allá de la autonomía del paciente. Si caminamos hacia un concepto global de salud, deberemos situarlo en la vida y en la comunidad y no en el imaginario histórico de la medicina. Superar el paradigma simbólico del hospital como institución de seguridad social y de la cama como isla que separa la enfermedad de la vida, el síntoma del sujeto que lo experimenta como problema y lo manifiesta como tal. Sería mejor, por un lado, garantizar y definir lo

que sería una cartera de servicios y prestaciones en el sistema nacional de salud en el campo de la rehabilitación y tomar como base la Declaración de Tenerife (23), que se firmó por todos, como línea de partida para operativizar una ruta unitaria frente a los poderes públicos. Necesitamos una visión sistémica, organizada sobre la base de la centralidad de la vida de las personas (whole systems, whole life approach) (24) con gran accesibilidad y puntos de acceso (one-stop-shop). El desarrollo de la intervención domiciliaria, de red y en red, centrado sobre la persona y su contexto, es decir, sobre su historia y capital social, y no sobre el tratamiento de la enfermedad. Es oportuno, consiguientemente, organizar un sistema que permita ofrecer respuestas flexibles y personalizadas. Pasar de una medicina reparadora a una salud participada. Desarrollo del protagonismo de los sujetos (usuarios o relacionados) del sistema de salud apoyado en el concepto de liderazgo ligado a la puesta en marcha de procesos de cambio estratégico y organizativo en cascada y en un ciclo continuo. Las lecturas de los decretos y estrategias ministeriales están lejos de esta misión.

## Bibliografía

- (1) La CE exige al nuevo Gobierno ajustes extra sobre el presupuesto de 2016. ABCeconomía, 21/12/2015. [http://www.abc.es/economia/abci-exige-nuevo-gobierno-ajustes-extra-sobre-presupuesto-2016-201512210825\\_noticia.html](http://www.abc.es/economia/abci-exige-nuevo-gobierno-ajustes-extra-sobre-presupuesto-2016-201512210825_noticia.html)
- (2) El TTIP ¿una amenaza para los sistemas sanitarios públicos? eldiario.es, 24 julio 2014 [http://www.eldiario.es/agendapublica/impacto\\_social/TTIP-amenaza-sistemas-sanitarios-publicos\\_o\\_283471927.html](http://www.eldiario.es/agendapublica/impacto_social/TTIP-amenaza-sistemas-sanitarios-publicos_o_283471927.html)
- (3) El ministerio anuncia una actualización de la Estrategia en Salud Mental. Redaccion Medica, Jueves, 24 de septiembre de 2015. <http://www.redaccionmedica.com/noticia/alfonso-alonso-anuncia-una-actualizacin-de-la-estrategia-en-salud-mental-87363>.
- (4) Presentada la nueva Estrategia Nacional de Salud Mental. Infocop 15/10/2015. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=5869](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5869).
- (5) Proyecto de Real Decreto por el que se fijan las bases para la implantación de las Unidades de Gestión Clínica en el ámbito de los Servicios de Salud, dentro del plazo concedido al efecto se vienen a formular, al amparo del artículo 86 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre. <http://www.simap.es/documentos/Alegaciones%20al%20proyecto%20de%20decreto%20de%20UGC-ultimate.pdf>.
- (6) España, el país más desigual de la OCDE y 14 veces más que Grecia. La Vanguardia Economía 18/01/2016. <http://www.lavanguardia.com/economia/20160118/301484073871/espana-desigual-ocde.html>

- (7) Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. BOE, 306, 23 diciembre 2015.
- (8) La OMS ratifica que en España faltan enfermeras. Organización Colegial de Enfermería. <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/16720-la-oms-ratifica-que-en-espana-faltan-enfermeras>.
- (9) Anuncio del Instituto de Mayores y Servicios Sociales de la licitación para la contratación de la Gestión integral del Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a Personas con Trastorno Mental Grave en Valencia, titularidad del Imserso. BOE 119, 19 Mayo 2015.
- (10) Evaluación (y actualización) de la Estrategia Salud Mental del SNS. SANidad: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. [https://www.aen.es/docs/Informe-de-Evaluacion\\_Salud-Mental\\_CISNS.pdf](https://www.aen.es/docs/Informe-de-Evaluacion_Salud-Mental_CISNS.pdf). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (200-2013). Sanidad: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
- (11) V Jornada de Salud Mental “Somos personas, no etiquetas. Tenemos vidas, no historias”, que organiza la Asociación Canaria de Integración de Salud Mental ESPIRAL. Gran Canaria, 11 Noviembre 2015.
- (12) World Health Organization (1979). Schizophrenia. An international follow-up study. Wiley, Chichester.
- (13) Leff J, Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G. The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychol Med*. 1992;22:131-145.
- (14) Harrison G, Hopper K, Craig T, et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry*. 2001;178:506-517.
- (15) WHO 10-country study (Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders [DOS-MeD] Edgerton and Cohen in 1994.
- (16) Edgerton RB, Cohen A. Culture and schizophrenia: the DOSMD challenge. *Br J Psychiatry*. 1994; 164:222-231.
- (17) Jablensky A, Sartorius N, Cooper JE, Anker M, Korten A, Bertelsen A. Culture and schizophrenia. Criticisms of WHO studies are answered. *Br J Psychiatry*. 1994;165:434-436.
- (18) Jablensky and Norman Sartorius. What Did the WHO Studies Really Find? *Schizophrenia Bulletin* vol. 34 no. 2 pp. 253-255, 2008 doi:10.1093/schbul/sbm151.
- (19) Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Matti Isohanni SS, Veijola J, Miettunen J A. Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* vol. 39 no. 6 pp. 1296-1306, 2013 doi:10.1093/schbul/sbs130. Advance Access publication November 20, 2012
- (20) LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, 274, 15 noviembre 2002.
- (21) Davidson L. Recovery and the medical model in institutional care psychiatric services, 2010, 61(4): 418.
- (22) Davison L. Lo que hemos aprendido sobre la recuperación de las psicosis. XX Curso Anual de Esquizofrenia. “Imaginación, regresión y recuperación en la psicosis. Madrid. 26-28 Noviembre 2015.
- (23) Declaración de Tenerife. XXV Congreso Nacional de la AEN. Tenerife, 6-9 Junio 2012. <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16537/16377>.
- (24) Crosby N, Brewis R, Tyson A. The Whole Life Approach to Personalisation. February 2010.

## Dossier:

### “35 años de Salud Mental en democracia: Luces y sombras” (\*)

**Presentación.** En los inicios de la democracia formal, allá en los finales años 70, y ante la falta de recursos existentes, en todo el Estado español se produjo un importante movimiento asociativo que permitió el inicio de numerosos servicios de asistencia y tratamiento ambulatorio de lo que se denominó *espacio psicosocial*, que trataba de abarcar y comprender tanto los aspectos sociales como psíquicos de las enfermedades mentales, según el modelo de tratamiento integral de la época basado en la atención biopsicosocial. A la vez se dio el inicio de una política de mejora y cambio del funcionamiento de los hospitales psiquiátricos, junto con un intento de conseguir abrir las puertas de los manicomios y suprimir estos, pasando a que los ingresos se realizasen en hospitales generales, siguiendo el movimiento producido en otros países europeos.

Resultado de estos movimientos asociativos fue la creación en nuestra comunidad, a finales de esos años 70, de numerosos Módulos de Asistencia Psicosocial (MAPS), germen de lo que más tarde sería, la Red de Salud Mental tras la creación de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, del que hace poco hemos celebrado su treinta aniversario.

Entre estos Módulos, estaba el Módulo de Asistencia Psicosocial de Cruces, en Barakaldo, creado en 1979 a partir de la iniciativa de un

grupo de mujeres con problemas familiares por alcoholismo, y apoyado desde el inicio por diversos profesionales (psiquiatras, psicólogos y trabajador@s sociales) así como por el Ayuntamiento de Barakaldo. Una vez puesto en marcha, y dada la carencia general de recursos, se produjo un rápido crecimiento del mismo aumentando las prestaciones que ofrecía a todo el campo de la salud mental en el cual sigue interviniendo actualmente.

Con motivo del 35 aniversario, y como homenaje a todos los pioneros que dieron origen a estos servicios, se celebró una Jornada Científica abordando diversos aspectos de la salud mental y la evolución que han tenido en estos años, desde el manicomio a los dispositivos asistenciales ambulatorios, pasando por el hospital general y la formación que se ofrece a los nuevos profesionales que salen de nuestras universidades, así como explorar los planes institucionales de futuro. Pidieron a colegas y amigos de reconocido prestigio, su colaboración y participación en aquel aniversario. Algunos de aquellos trabajos los exponemos en este ejemplar de *Norte de salud mental*.

---

(\*) Jornada de celebración del 35 aniversario del MAPS de Cruces-Barakaldo.

# Luces y sombras de la salud mental.

## *Lights and shadows of mental health.*

Fernando Colina

Psiquiatra, Jefe de servicio de Psiquiatría del Hospital Río Hortega, Valladolid.

**Resumen:** Se realiza una valoración de la Reforma Psiquiátrica tras los 30 años transcurridos desde su elaboración con dos críticas de fondo:

1. La incompleta libertad de los enfermos en sentido subjetivo.
2. La medicalización creciente, en oposición a otros modos de tratamiento, debida al modelo biomédico imperante, biológico y cognitivo-conductual.

Se propone como continuidad de la reforma invertir el hospitalocentrismo e introducir un cambio sistémico recuperando la psicopatología, que permita el tratamiento del enfermo en la comunidad.

**Palabras clave:** Reforma psiquiátrica, estigmatización, psiquiatría comunitaria, psicopatología, subjetividad.

**Abstract:** Is an evaluation of the Psychiatric Reform after the 30 years of its development with two critical background:

1. The uncomplete freedom of the patient, in the subjective sense.
2. The increasing medicalization, as opposed to other forms of treatment, due to the prevailing biomedical model, biological and cognitive-behavioral.

It is proposed as a continuation of the reform, to reverse the hospital centrism and introduce a systemic change, recovering psychopathology, that enables the patient treatment in the community.

**Key words:** Psychiatric reform, stigmatization, community psychiatry, psychopathology, subjectivity.

La Reforma Psiquiátrica ha traído muchas luces a la psiquiatría nacional. Bastaría mencionar el cierre de los manicomios para justificar sobradamente su desarrollo.

Entre el *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*, de 1985, y la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, de 2006, se ha recorrido un camino a favor de

la atención y la libertad de los pacientes que no debería conocer marcha atrás.

*La Ley General de Sanidad*, de 1986, instauró en su artículo 20 la atención de los pacientes psiquiátricos en el Hospital General como una especialidad más. A la vez, se declaró a favor de una concepción bio-psico-social y comunitaria de la atención. Estos dos propósitos alumbran nuestro

presente pero, paradójicamente, también oscurecen el futuro y le llenan de sombras. Como toda idea progresista, su aplicación tiene un momento histórico pertinente. Si se prolonga demasiado, sin concebir una renovación constante de los proyectos de transformación, se agudizan las consecuencias negativas y el sistema vuelve a ennegrecerse y esclerosarse.

En este sentido, caben dos críticas de fondo al modelo actual. Una, apunta a la libertad, siempre incompleta, que debe actualizarse en relación a las nuevas formas de opresión y control de los enfermos. La otra, hace referencia a la medicalización creciente, a la imposición general del modelo biomédico, que interpreta los síntomas, los diagnósticos y el sufrimiento de los enfermos desde un punto de vista biológico y conductual.

Pasados 30 años del *Informe* inicial, hay un estancamiento evidente. Los dispositivos creados se institucionalizan y burocratizan y son difíciles de reformar, liquidar o dirigir en otra dirección. La rigidez de los servicios es notoria. Los sindicatos defienden posturas regresivas y bloquean frecuentemente los cambios. La elección de los equipos resulta imposible en la práctica por la imposición de normativas y derechos que paralizan el sistema y favorecen la institucionalización de las plantillas. La rigidez de los estamentos contribuye al corporativismo y dificultan el trabajo en equipo. Las reglas de movilidad y los concursos de traslado ponen fin con frecuencia a experiencias avanzadas e interesantes.

La formación biológica, por otra parte, hoy dominante y casi universal, impide una interpretación de los malestares que no sea bioquímica o cognitiva. El sentido subjetivo de los síntomas, su valor como defensa, su carácter biográfico y narrativo, no son considerados, lo que tiende a cosificar a los pacientes y a impedir o frenar sus propias estrategias autocurativas.

Los términos autonomía, responsabilización y empoderamiento, con que rellenamos alegremente nuestros discursos, se van convirtiendo en clichés y retórica vacía. Se acompañan de un incremento de las tutelas, de recursos residenciales excesivos y de medicalización desproporcionada, lo que si bien yugula las crisis con más facilidad y prontitud contribuye sin embargo al

atontamiento y cronificación de los pacientes. Por un lado, se intenta dar mayor protagonismo a los enfermos, y por otro, y de forma contradictoria, se les inhabilita o se les reduce a una normalidad impuesta, de carácter poco activo y menos creativo.

La investigación de Foucault en su célebre *Historia de la locura*, reveló que la liberación de las cadenas efectuada por Pinel había aprisionado a los locos en una atadura moral, en un tratamiento donde se les sujetaba de nuevo mediante la sumisión, la humillación y el convencimiento de los enajenados. El ejercicio de poder de la psiquiatría se había dulcificado pero persistía con toda su intensidad recurriendo a otros procedimientos.

Hoy, en cambio, la sujeción de los enfermos se hace bajo los efectos del discurso pseudocientífico y la psiquiatría basada en el diagnóstico y la evidencia. Se pasa por alto el valor personal del sufrimiento, se desatienden las necesidades vitales de los pacientes y se les encasilla en un código impreciso e ideológico que estigmatiza al loco, mientras se proclama a los cuatro vientos una cruzada contra la estigmatización de los psicóticos. Se ignora que la mayor contribución a ese estigma no reside en las actitudes sociales ni el comportamiento de los medios de comunicación, sino en la propia estructura discursiva que propugna la psiquiatría dominante.

En estas circunstancias se abren dos campos donde hay que poner a prueba la continuidad inacabable de la Reforma, a sabiendas de que todo movimiento de liberalización pone en marcha uno nuevo de opresión que no se puede descuidar y que obliga a una actitud crítica y autocrítica constante.

1. En primer lugar, hay que tratar de invertir el hospitalocentrismo que ha causado la aplicación del artículo 20 de la Ley General de Sanidad. Los servicios se han centrado de nuevo en los Hospitales, en este caso no en los hospitales psiquiátricos sino en los generales. Allí se ubica el Jefe de Servicio y se impregna la asistencia del modelo biomédico que se comparte con el resto de las especialidades.

De este modo, la llamada psiquiatría comunitaria se convierte en una simple denominación que tie-

ne más que ver con el carácter de la red asistencial establecida, que se extiende de manera capilar en el mapa territorial de los dispositivos, pero que no conserva sus funciones definitorias. Es decir, no hay una atención en la comunidad basada en el acompañamiento terapéutico y en el desplazamiento de los profesionales al medio de los enfermos. Esa tarea, esencialmente clínica y sanitaria, se ha cedido a los servicios sociales, a los que se encomienda el cuidado en la comunidad de los pacientes, que la psiquiatría abandona.

Los servicios sociales están demostrando ser más solventes que los sanitarios a la hora de mejorar el trato y el acompañamiento de los enfermos, por encima de los hábitos del tratamiento o las consideraciones reductoras de la enfermedad. Se acercan a los locos más en referencia a sus necesidades que a sus síntomas, por lo que atienden mejor a las angustias, defensas y recursos psicológicos de los pacientes que lo que permiten los modelos biológicos o cognitivo-conductuales.

El objetivo estratégico, por lo tanto, no puede ser otro que salir de los Hospitales Generales y reducir las Unidades de Hospitalización a una dimensión mínima. Y, allí donde sea posible, cerrarlas y sustituirlas por otras alternativas. La hospitalización a domicilio o en los propios centros de salud mental son alternativas contrastadas que necesitan, eso sí, de otra formación clínica y otra definición de la profesionalidad.

Del mismo modo, las Unidades de Rehabilitación deben corregirse y focalizar al máximo su atención en una red de pisos sanitarios que permitan la atención verdaderamente comunitaria. En otro caso, se vuelve, se quiera o no, a otra modalidad de institucionalización, más blanda que la precedente pero también alienante e insuficientemente emancipadora de los pacientes.

2. En segundo lugar, hay que introducir un cambio epistemológico.

Hoy, la psiquiatría y la psicología lo que pretenden es dirigir el tratamiento hacia donde las guías clínicas, los manuales diagnósticos o las empresas farmacéuticas aseguran que debe dirigirse. El estudio de la psicopatología se ha abandonado y la interpretación que se hace de los

enfermos es superficial y carente de subjetividad. Los conocimientos fenomenológicos de las grandes figuras de la psiquiatría se han olvidado, y las aportaciones del psicoanálisis se rechazan tras una barrera de prejuicios y de confusión entre la interpretación psicodinámica de los síntomas y la técnica psicoanalítica.

La verdadera atención en salud mental, la más avanzada para el momento histórico actual, será la que, en posesión de otro utillaje conceptual de la psicopatología, trate a los enfermos en la comunidad, ayudándoles en sus necesidades, mitigando su sufrimiento, y comprendiendo su situación, pero, a la vez, responsabilizándoles, en proporción a sus recursos, de su síntomas y de sus esfuerzos autocurativos.

De esta suerte, bajo las premisas de un subjetivismo crítico, se aúnan el estudio psicopatológico y el compromiso con la comunidad. Unidos, se evitará al máximo las inevitables opresiones de poder que el ejercicio de la clínica ejerce en la situación y el destino de los enfermos. En su doble ejercicio se lucha contra el silencio de los enfermos y se potencian todos los movimientos de liberación de la psiquiatría que tantos colectivos propugnan.

Sólo de este modo se puede poner coto a las prácticas de psicoeducación que se confunden con el adoctrinamiento de los pacientes con un modelo de enfermedad y con la aceptación de una identidad meramente nosológica. Del mismo modo que se pueden corregir los excesos de los tratamientos precoces y falsamente preventivos, o se desarman los argumentos falsos acerca de la adherencia al tratamiento que la convierten en un esclavitud al tratamiento.

De no ser así, no sólo se corre el riesgo de degradar la vida de los psicóticos por ausencia de una prevención cuaternaria, que minimice los perjuicios causado por nuestra intervención, sino que también se conduce la profesión al ridículo de limitarse a diagnosticar, prescribir y derivar al enfermo a otro dispositivo donde le atiendan y dialoguen con él. No deberíamos de favorecer esto.

• Recibido: 02/07/2015.

• Aceptado: 15/11/2015.

# Salud mental en el barrio.

## *Mental health in the neighborhood.*

Jose Ignacio Ibáñez

Psiquiatra, psicoanalista. Responsable médico del Módulo de Asistencia Psicosocial de Cruces-Barakaldo, Bizkaia.

**Resumen:** Se desarrolla el recorrido por la historia del Módulo de Asistencia Psicosocial de Cruces y su labor con motivo de su 35<sup>º</sup> Aniversario, abordando los aspectos clínicos y sociales, así como vicisitudes en su organización y funcionamiento.

**Palabras clave:** Derecho a la asistencia, libre elección de centro, sufrimiento psíquico, psicoanálisis aplicado a la institución.

**Abstract:** A journey through the history of Módulo de Asistencia Psicosocial de Cruces and its work on the occasion of its 35th Anniversary.

**Key words:** Right to medical assistance, free choice of medical center, psychological distress, psychoanalysis applied to the institution.

Corría el año 1979, hacía tres que había muerto el dictador, y la situación social y asistencial en este país seguía siendo muy precaria, a la vez que se daba una efervescencia de reivindicaciones, proyectos de mejora y creación de nuevos dispositivos de todo tipo que ayudasen a un aumento y mejora de la calidad de vida.

En estas condiciones, y ante la difícil situación familiar que sufrían, sobre todo en la relación de pareja y familiar, en parte por los efectos del alcohol en sus maridos a los que podríamos encuadrar en lo que se denominaba bebedores sociales, un grupo de mujeres de este barrio de Cruces decidió hacer algo y contando con el apoyo de la asistente social de la zona constituyeron la que se denominó “Asociación de Familiares de Enfermos Alcohólicos de Cruces”.

A partir de ahí comenzó la búsqueda de más apoyos institucionales, de profesionales del mundo “psi” que quisiesen participar en el proyecto y en el intento de rehabilitación de esas personas, de

un local donde reunirse, de recursos económicos para sostener el proyecto, etc. Esto mismo se había comenzado a hacer también en el vecino Bilbao, así como en otros municipios de la provincia, dando lugar a los llamados módulos psicosociales apoyados o promovidos por los ayuntamientos. Muchos de ellos con la creación de Osakidetza se convirtieron en centros de salud mental integrándose en lo que hoy es la Red de Salud Mental de Bizkaia.

Este fue el inicio de lo que hoy es la Asociación “Módulo de Asistencia Psicosocial de Cruces”, que gracias al apoyo municipal pudo disponer de unos locales, en los que se ubica el Módulo y su labor asistencial, cuyo 35 aniversario celebramos con esta jornada.

Por ello agradecemos a los componentes de la mesa, compañeros de profesión que han aceptado desinteresadamente acompañarnos en este aniversario para trabajar sobre esto de la salud mental con todos uds. También quiero agradecer

su colaboración en el sostenimiento del Módulo a todos los profesionales que han pasado por él antes de los que componemos actualmente su equipo: dos psiquiatras, un psicólogo y una auxiliar administrativa.

### Modelo

Voy a comenzar citando a otro querido compañero, Gustavo Dessal, psicólogo y psicoanalista, que en un artículo titulado “Augurios sobre la psiquiatría actual” dice: “¿Qué augurio cabe, pues, esperar para la psiquiatría de este milenio? Degradado su saber en los ambiguos postulados de la química y en los recursos paliativos de una psicología reeducativa, el psiquiatra, más que nunca, percibe el peso del aburrimiento y la burocratización en el ejercicio de su praxis, definitivamente divorciada de su antiguo lazo con la sabiduría... Es por esa razón que la psiquiatría, más que nunca, debería reconocer en el psicoanálisis el aliado que podría auxiliarla en la recuperación de su antigua ciencia”.

Esta reflexión sobre la psiquiatría actual considero que es un buen punto de partida para hablarles del modo en que trabajamos en el Módulo, y que con más o menos fortuna vengo desarrollando desde que llegué a él en el año 1991, con el inestimable apoyo y respaldo de mis compañeros, sobre todo en algunos momentos recientes de serias dificultades para todos nosotros. Y porque además creo que este modelo está en consonancia con el espíritu de sus fundadoras.

Un modelo basado en el derecho a una atención digna y adecuada a las personas que, por el motivo que sea, tienen un sufrimiento psíquico, con patología o no, relacionado con dificultades en su vida que les impide vivirla de un modo más o menos satisfactorio, y necesitan alguien que les escuche y les ayude a encontrar una orientación para evitar caer en algo que sí sea ya patológico.

Para no extenderme mucho sobre esto, que podemos retomar en el debate, me apoyaré, y voy a citarles la que se conoce como “La declaración de Tenerife” surgida a partir del Foro de Salud Mental, y que supongo muchos de uds. ya conocen. En ella, “las organizaciones, asociaciones, profesionales, familiares y usuarios, ciudadanos, reunidos en Tenerife, el 9 de junio de 2012 en el

marco del XXV Congreso de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental, consideran”, entre otras cosas, que:

- “La Salud Mental es un asunto de todos,... su mejora requiere de la participación y el compromiso de todos los ciudadanos.
- La atención en la comunidad es la modalidad asistencial que mejor favorece que las personas con enfermedades mentales sean atendidas en su medio natural, o en aquel al que desean pertenecer, generando sentimientos de pertenencia e inclusión, haciendo efectivos derechos humanos y civiles...”

Y prosigue: “Atendiendo a estos principios y requerimientos, Declaramos:

Punto tres: Las leyes, normas y procedimientos clínicos pertinentes para atender a personas con trastornos mentales deben elaborarse en colaboración con profesionales, usuarios y familiares. Para ello, la comunidad y sus gobernantes deben promover y apoyar el desarrollo de organizaciones de usuarios, de familiares y de profesionales para asegurar una participación activa con su experiencia y conocimiento en órganos de planificación y de toma de decisiones; cuidando que sea una participación activa, consciente, responsable, libre, organizada y sostenida para asegurar que las prestaciones que se reciben son respetuosas con las personas en su calidad de ciudadanos.”

Para llevar adelante el proyecto de asistencia del Módulo partimos de esas premisas señaladas: todas las personas tienen derecho a asistencia en el campo de lo mental y a elegir dónde quieren recibir esa asistencia.

Consideramos que esta debe ser lo más rápido posible, pues sabemos que el sufrimiento psíquico muchas veces es insoportable, además de subjetivo y por tanto no entiende de tiempos cronológicos.

Para ello seguimos una política que denominamos de puertas abiertas. Es decir que nuestras puertas siempre están abiertas para que quien considere que lo necesita pueda acceder a la asistencia pertinente sin necesidad de papeles, listas de espera, autorizaciones administrativas, etc.

Pero también hay que señalar que más del 90% de las personas que recibimos son derivadas desde Atención Primaria, por tanto no hay que pensar, como nos han achacado a veces, que esto es una especie de psiquiatrización general. Más bien entendemos que es lo contrario, atender a quién lo necesita y en lo que necesita, para resolver lo antes posible ese malestar sin que se patologice o cronifique. Y esto se puede hacer con pocas consultas y a veces sin necesidad de medicarles.

Porque es verdad que la tolerancia a la frustración y a las complicaciones que acarrea la vida han disminuido mucho en la sociedad actual, y lo que antes se consideraba normal, o algo que formaba parte del proceso de la vida, por ejemplo estar triste por ciertas circunstancias, la elaboración de un duelo por la pérdida de un ser querido, una ruptura sentimental, la pérdida de un puesto de trabajo, ser un niño movido, etc. ahora se vive como una tragedia y se solicita, a veces de un modo imperativo, que se les alivie de ese malestar, muchas veces con dispensación de medicación, y entonces tenemos que estar prestos a dar una respuesta a esta demanda. Respuesta que no tiene por qué ser farmacológica ni psiquiatrizante.

Para ello lo que hacemos es abordar los puntos problemáticos que trae la persona a consulta e intentar entender qué está ocurriendo, además de buscar cuál es su implicación en eso que le produce malestar y orientarle para que encuentre soluciones propias.

De ahí que otro de los puntos que nos caracteriza sea el alto volumen de altas que damos.

Desde el año 2.000, en que contamos con estadísticas, pero posiblemente desde antes, podemos constatar que anualmente damos más altas que pacientes nuevos nos vienen a consulta.

Es decir que los pacientes transitan por el Módulo el tiempo estrictamente necesario para encontrar un modo de hacer con su motivo de demanda, sea patológica o no.

Evidentemente, si es patológica o si son casos de gravedad, este tránsito va a ser más largo y a veces indefinido, además de que hagamos uso de la medicación pertinente.

## Tiempos difíciles

En estos años hemos intentado estar muy atentos a la evolución de la sociedad y a los cambios y nuevas necesidades que van surgiendo, de ahí la creación de nuevos programas de atención y la adecuación de otros que ya existían para estar a la altura de esos cambios.

Así además de mantener los programas clásicos de intervención de alcoholismo y los de salud mental en todas las edades, hemos ido desarrollando otros programas:

- De atención a la mujer, que desde el año 2012, incluye un programa de atención a víctimas de violencia de género, en colaboración con el Ayuntamiento de Barakaldo y con la Dirección de Atención a las Víctimas de Violencia de Género del Gobierno Vasco.
- Desde el año 2010 tenemos, en colaboración con la Diputación de Bizkaia, un programa de intervención con adolescentes con trastornos de conducta.
- También comenzamos en ese año 2010, y mantenemos, un programa de intervención con inmigrantes.
- Desde el año 2006 hasta el 2012 mantuvimos, en colaboración con la Asociación Ekintza-Aluviz y a petición del Departamento de Sanidad, un programa de atención a los ludópatas de la provincia de Bizkaia. Programa que vamos a retomar este mismo mes, ya que les puedo comunicar con alegría que desde hoy ha entrado en vigor el nuevo contrato que acabamos de firmar con el Departamento de Salud para mantener la actividad en Salud Mental para la zona, además de retomar este programa de atención a ludópatas.

Con la firma de este contrato se pone fin a dos años de incertidumbre sobre el futuro del Módulo y desde aquí quiero agradecer a todos los numerosos apoyos recibidos para lograr su mantenimiento, que esperamos sea definitivo.

Y tampoco hemos querido descuidar el área de formación, investigación y de transmisión de nuestra experiencia. Por ello desde hace más de diez años recibimos en prácticas a alumnos del practicum de psicología de la Universidad de

Deusto, y hace unos meses firmamos un programa de colaboración con Deusto Psych que estamos comenzando a desarrollar.

Mi tarea, como psiquiatra y responsable de la actividad del Módulo, entre otras variadas funciones, consiste en recibir a las personas que acuden por primera vez al Módulo, bien remitidas por su médico de cabecera u otro especialista o servicio, bien por iniciativa propia. Y a partir de ahí, tras escuchar su motivo de consulta, decidir la atención que se le va a prestar, bien psicológica, bien psicofarmacológica o ambas, además de darle un nombre diagnóstico al trastorno por el que acude.

Pero también soy psicoanalista y por ello no puedo dejar de estar atento a la posibilidad de que aparezca algo de la demanda, no como simple demanda de curación o como derecho a la salud, como derecho del usuario o cliente como se les denomina ahora, y que son una parte importante de las consultas que atendemos. Personas que no quieren saber y solo buscan silenciar el malestar como sea, con pastillas o que alguien que les diga lo que tienen que hacer, etc.

Lo que busco, y espero, es una demanda del lado del sujeto y de su estructura psíquica, que permita algo del buen encuentro, que permita poner al frente la clínica, pero no la clínica del manual diagnóstico, ni la de los consensos sino la clínica particular del sujeto.

Ya que todo síntoma por el cual se consulta conlleva, como ya he señalado, un sufrimiento.

Se trata de escuchar este sufrimiento y esta demanda e interrogar al sujeto sobre su modo de participación en esta situación, o las circunstancias que le han llevado a ser objeto de ello y consentir de algún modo en eso que le ocurre y, si se da el buen encuentro, ponernos al trabajo para buscar otro modo de hacer, bien desde las formaciones del inconsciente en las neurosis, bien desde los fenómenos elementales en las psicosis.

Signos a veces sutiles, a la espera de que alguien los escuche y se los tome en serio, al pie de la letra, para permitir la aparición del sujeto y de que este se ponga al trabajo.

Este es nuestra manera de hacer y esperamos que persista, manteniendo la colaboración que

siempre ha existido desde la creación del Módulo, primero con acuerdos con los diversos organismos existentes en la época y posteriormente, desde hace más de 20 años, con los convenios establecidos con el Departamento de Sanidad, ahora de Salud. Porque entendemos que son modelos complementarios y que pueden coexistir y colaborar sin problemas, como se ha demostrado todos estos años pasados.

### Unas Viñetas

Para concluir voy a tratar de ilustrarles todo esto que vengo diciendo con algunas breves viñetas clínicas de diferentes sujetos que he atendido o sigo atendiendo en la institución y con los que he podido ir un poco más allá:

1. Mujer que acude a una consulta de salud mental por primera vez en su vida, remitida con un volante de Atención Primaria, donde dice: “Duelo sin resolver, separación en verano, posible depresión post-parto”.

Nada más iniciar la entrevista se pone a llorar, explicando su situación: “Estoy desesperada, no paro de llorar. Se me juntaron varias cosas a la vez: Hace un año murió amama. Estando embarazada andaba a golpes con mi marido, él que siempre trabaja lo justo no paraba de trabajar, nunca estaba en casa. Tengo un niño de 3 meses. Antes me daba por chillar, ahora por llorar. Me paso el día llorando”. Está mal hasta tal punto que incluso se está planteando una separación definitiva.

Le pregunto por amama y resulta que en realidad era una vecina, es ella la que le llamaba así, ya que era con la que se había criado, y a la que quería como si realmente fuese su amama.

“Estaba mal del corazón, estaba malita, era mayor y se murió. No lo acabo de asimilar”. Esta mujer estaba muy ilusionada con el embarazo y había hecho ropitas para el bebé, ropitas que la paciente no le ha puesto, lo tiene todo guardado, incluidas fotos suyas con amama, ya que no las puede ver, le traen demasiados recuerdos. Y nuevamente se hecha a llorar.

Me dice que todo el mundo le dice que no está bien, que tiene que dejar de llorar, que no es

bueno llorar tanto. Le digo que llorar no es malo, que más bien le puede servir para desahogarse y sacar todo eso que tiene dentro. Se sorprende e insiste en preguntarme, al marcharse, si puede llorar, a lo que asiento.

La siguiente entrevista viene sonriente, relajada, y dice: “He llorado mucho y estoy mucho mejor”. Está menos triste, chilla menos con su marido, las cosas en casa están mucho más tranquilas y mejor, y además ha vuelto a poner las fotos que tenía de amama.

Acude a una tercera entrevista manifestando encontrarse ya bien, si bien aún está sensible. Las cosas con su pareja siguen mejorando, y además están esforzándose ambos en mejorarlas. Ella ha comenzado ya a trabajar, estaba de baja maternal, y está bien y contenta en el trabajo. Además ha apuntado a su hijo a la guardería y todo va bien.

2. Señora de unos 60 años de edad que acude porque todos le insisten (familia, amigos) en que se ponga en tratamiento antidepressivo tras el fallecimiento, hace unos meses, de una hija por un proceso cancerígeno de curso rápido.

Está ya en terapia con una psicóloga, pero le insisten en que se ponga en tratamiento ya que hace años sufrió una depresión y piensan que está recayendo.

Tras escucharla le digo, muy suavemente y con delicadeza, que en lo que me dice no aprecio ningún signo de depresión en ella, pero sí mucha tristeza. A lo que responde con cierto júbilo: “¿Verdad que no estoy deprimida? Es lo que yo les digo, estoy triste pero como no, es duro perder a una hija”, y me habla de todo el proceso de la enfermedad.

Quedamos de acuerdo en que no precisa medicación antidepressiva, que seguirá su terapia con la psicóloga y que si lo necesita dentro de un tiempo me llamará.

3. Mujer que acude remitida por su médico de A.P. tras descartar patología orgánica por varias taquicardias y con antecedentes (padre fallecido por infarto, madre en fase terminal

tras infarto). Viene con desconfianza tras una mala experiencia con una psicóloga, de la que dice “se enteró de mi vida y no me solucionó nada”, pero acepta acudir a buscar alguna solución, ya que “viene a quitarse el muerto de encima”, y lo explica por un lado en relación a su padre y por otro por una violación a los trece años.

Va desplegando diversas cuestiones que le conciernen en las relaciones con su madre, su marido, sus hermanas, y habla de una fobia a los perros, que asocia con la violación, y que sorpresivamente desaparece de un día para otro, lo que le hace decir: “veo que esto funciona”.

Tras acudir durante unos meses de modo regular y elaborar ciertas cuestiones, reorganiza su vida, separándose de su marido, y se pone a estudiar enfermería, algo que siempre había deseado pero no había tenido oportunidad.

Hoy en día, tras concluir los estudios con buen expediente, trabaja de enfermera y está satisfecha de su vida.

4. Un chico de 13 años acude acompañado por su madre bastante decidida a medicarle porque les han dicho que tiene TDAH y con el tratamiento psicofarmacológico mejorará.

Es un chico que siempre ha sido despistado, pero tras el paso de primaria a la Eso el año anterior, comenzó a ir peor, y este curso en el primer trimestre suspendió 6, él dice que se ha descuidado. También me dice que tuvo un tratamiento psicológico, al parecer cognitivo-conductual por angustia, hace unos dos años.

Le explico a la madre los efectos de la medicación y les doy una cita para ver qué hacemos.

La madre acude a la siguiente cita un poco angustiada por los efectos que puede producir la medicación y plantea si no hay otra manera de hacer sin la medicación. De acuerdo con el pediatra le da todos los días un poco de café, y recibo al chaval regularmente cada tres-cuatro semanas, para que me hable (de los estudios, el fútbol, los amigos, etc.). Me confía que le tiene mucho respeto a la madre, que le echó una bronca enfadada por las notas, y que se ha

propuesto mejorar. Comienza a ir mejor en los estudios, con buenas notas en los siguientes parciales y acabó el curso sin problemas y con todo aprobado.

5. Recibo a esta persona, varón de 35 años de edad, remitido desde la asociación de ludópatas porque su problema no es la ludopatía.

En sus palabras “no se controlar mis impulsos” y eso le lleva a gastar sumas importantes de dinero de modo compulsivo, desde los 18 años, sobre todo en sexo y alcohol, acabando habitualmente con broncas y a veces sin saber lo que ha hecho u ocurrido en esas situaciones. Esto le ha llevado a aislarse, rompiendo prácticamente todas sus relaciones sociales y a encerrarse en casa a leer y fumar porros.

No quería tomar medicación, yo tampoco veía en qué le podía servir esta, ni dejar de fumar porros, a lo que le dije que eso era cosa suya, proponiéndole vernos regularmente para hablar de lo que había sido su vida y sus dificultades e intentar encontrar otro modo de hacer.

Es decir hablar de su inconsciente, de ese “otro escenario” al que volvía regularmente de manera compulsiva en busca de esa satisfacción perdida y que no le servía para tranquilizarse, y para buscar otra manera de manejar esos impulsos.

Cuando vino a consulta vivía en casa de una hermana (que tuvo que dejar a propuesta de su hermana), tenía deudas (no demasiado abundantes dado que su padre siempre le ha cubierto, aunque luego él tiene que devolverle esa deuda) contraídas en esos momentos de “descontrol”, en los que en sus palabras “solo pensaba en follar”, cosa que hacía de modo impulsivo y sin previsión, gastándose todo el dinero que tenía y tirando de tarjeta de crédito.

Asimismo se planteaba muy seriamente la posibilidad del suicidio como un modo de acabar “con toda esta mierda”.

Durante el tiempo que acudió habló, además de sus problemas con los impulsos y sus gastos compulsivos, de lo que ha sido su vida

como hijo, hermano, estudiante y amigo así como de sus teorías de la vida y de la amistad, de las relaciones sexuales y de pareja, de para qué nacemos y vivimos, de sus ideas de matarse, etc. es decir de su propia y particular teoría de la existencia.

Ideas de las que no podía hablar con nadie ya que cada vez que lo hacía acababa peleado y aislándose de todos, viniendo luego el pasaje al acto impulsivo.

El poder hablar de todo ello con alguien que no le cuestiona, ni le juzga y lo toma en serio, le permitió dejar de actuarlo y posibilitó reordenar algunas de las coordenadas de su vida e introducir algunos cambios: tras dejar la casa de su hermana vivió un tiempo alquilado en una habitación manteniendo una buena relación con la dueña y su hijo, ha dejado de ir de putas pudiendo ahorrar dinero y comenzó una relación estable de pareja con la que finalmente se fue a vivir, y respecto a la vida, al despedirse me dijo estar dispuesto a seguir caminando sin plazos.

6. Varón que acudió remitido por su médico de cabecera angustiado, en un momento difícil tras tener una hija con diversos problemas orgánicos y malformaciones, de las que iban a hacerle varias intervenciones.

Le vi en varias ocasiones (5 o 6), y desde entonces se sostiene, hace ya 7 años, concertando una nueva cita, que nunca se consuma, cada tres o cuatro meses.

Días antes de la cita me llama, me dice que va bien, y que no puede acudir, siempre por diversas circunstancias (trabajo, algún problema físico), concertando una nueva cita a la que tampoco puede acudir, concertando una nueva, etc.

7. Mujer con importante cuadro de angustia que lleva muchos meses viniendo a verme colcándome en la impotencia de no conseguir que ceda su angustia a pesar de los diversos tratamientos farmacológicos y sin querer ir más allá de la queja. También me pone a prueba fallando a las citas y viniendo luego sin cita, de urgencia, por nuevas crisis de angustia.

Hasta que hace poco me habla de sus sueños, siempre de angustia, siempre con su padre (muerto cuando ella tenía 15 años).

Al señalarle que eso es lo que me dijo la primera vez que vino, la no superación de la muerte del padre, y al preguntarle que hasta cuándo va a seguir con esto, se abre la posibilidad de que pase de la queja a la demanda preguntando si hay algo que ella pueda hacer con esto, además de las pastillas, y se plantea qué está haciendo con su vida solicitando comenzar a trabajar sobre ello con el psicólogo.

8. Mujer de 56 años remitida por su médico, a finales de 2007, por “Temblor esencial en tratamiento. Está muy triste, deprimida, se le olvidan las cosas. Es la primera baja que coge en 34 años. Parece que el problema es laboral” y en un volante posterior añadirá: “La paciente se encuentra en mal estado, muy deprimida con un gran sentimiento de culpabilidad porque no es útil, según refiere “PARA NADIE”.

Ella refiere en esa primera entrevista: “Estoy mal. Tengo un miedo que me domina, no sé a qué. Ahora estoy más angustiada porque en el trabajo dicen que las torpezas son grandes” (sobre todo tienen que ver con olvidos). Y añá-

de: “El trabajo es mi medio de vida”. Todo ello con gran dificultad, en medio de grandes silencios y respondiendo a mis preguntas.

Acude puntual y regularmente a las citas pero no habla, salvo que le pregunte y en ocasiones manifiesta sus ganas de morir, de quitarse de en medio ya que siempre ha sido una inútil y ahora más ya que no sirve ni para trabajar.

Poco a poco, mostrando interés por sus cosas, cuidándola, haciéndole saber que la voy a seguir viendo todo el tiempo que haga falta, va desgranando las penurias de su vida, su carencia de lugar en todos los sitios, cómo a los quince años su padre la quitó de estudiar y la echó de casa, preguntándose como querer a alguien que ha hecho tanto daño y sin embargo sintiéndose obligada moralmente a cuidarlo ahora que está viejo y solo.

Habla de su interés y su deseo de estudiar de siempre, que la lleva (con mi apoyo) a apuntarse en la EPA en 2009, y actualmente tras finalizar estos estudios está en las aulas de la experiencia y va viviendo.

Cruces, 13 de junio de 2014

- Recibido: 3/7/2015.
- Aceptado: 15/11/2015.

# Sobre la importancia de la formación psicoanalítica de los residentes PIR y MIR.

## *About the importance of psychoanalytic training of residents PIR and MIR.*

José María Álvarez

Doctor en psicología, Jefe de sección en el servicio de psiquiatría del hospital Río Hortega, Valladolid. Psicoanalista.

**Resumen:** Se hace una crítica de la deriva científicista tras la aparición del DSM III, y sucesivos, y de los intereses de la industria farmacéutica potenciando la prescripción de medicamentos para defender la formación psicoanalítica que se realiza en el servicio donde trabaja el autor.

Apoyándose en los grandes autores y temas de la psicopatología, al considerar que solo hay una clínica psiquiátrica, la clásica, y que el psicoanálisis deriva de ella y la mejora, se defiende la formación de los residentes (MIR y PIR) en psicopatología y clínica psicoanalítica por razones clínicas, de poder y de saber.

**Palabras clave:** Psicopatología, Clínica psiquiátrica clásica, Psicoanálisis, Lenguaje de la semiología, Pathos, Formación de residentes.

**Abstract:** Becomes a critique of the scientific drift after the emergence of the DSM III, and successive, and the interests of the pharmaceutical industry promoting the prescription of drugs, to defend the psychoanalytic training which takes place in the service where the author works.

Based on the great authors and themes of psychopathology, considering there is only a psychiatric clinic, the classic, and that psychoanalysis derives from it and improves it, it defends the formation of residents (MIR and PIR) in psychopathology and psychoanalytic clinic for clinical reasons, of power and knowledge.

**Key words:** Psychopathology, classical Psychiatric Clinic, Psychoanalysis, Language of Semiotics, Pathos, training of residents.

### 1. Justificación

Desde que la APA publicó el *DSM-III*, en 1980, el pequeño mundo de la clínica mental ha cambiado como de la noche al día. La tercera versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* contenía 265 diagnósticos, 83 más que la edición precedente. Junto con la tendencia a mul-

tiplicar los trastornos en todas las franjas de edad, es decir, a convertir la normalidad en una rareza, el mayor éxito de esta publicación fue extender su uso por casi todo el mundo y promoverlo no sólo entre psiquiatras y psicólogos clínicos, sino también entre jueces y fiscales, compañías de seguros, cárceles, colegios, investigadores, etc. Mediante una monocorde retórica científicista, del todo

acorde con los tiempos que corren, y gracias a una impecable estrategia de marketing y publicidad, el *DSM-III* se convirtió en la *Biblia* de la psiquiatría, algo que desbordaba las expectativas iniciales de Robert L. Spitzer, su insigne hacedor. Merced a tan insólito éxito, la hasta entonces anodina APA extendió sus influencias doctrinarias e ideológicas al mundo entero, de tal manera que se volvió difícil sobrevivir fuera de su aparato.

Pese a que su principal objetivo se centraba en dotar de coherencia a los diagnósticos psiquiátricos y en limitar el hazmerreír que reinaba en lo tocante a llamadas enfermedades mentales, los efectos de esta publicación fueron mucho más allá. Por una parte, la psiquiatría entraba con paso firme en la plaza de las ciencias, como cualquier otra especialidad médica; incluso más que la mayoría de ellas, pues, al fin y al cabo, era de las neurociencias de donde deberían provenir los descubrimientos más innovadores. Por otra parte, este discurso hueco aunque vestido con los mejores ropajes del cientificismo, fue divulgado a los cuatro vientos por la agencia de publicidad de la APA mediante una estrategia planificada hasta el último detalle, de ahí que la gente de la calle acabara creyendo en las enfermedades mentales como quien cree en la tuberculosis y viera en la serotonina la causa de sus habituales desgracias. Un día sí y otro también, mediante notas de prensa, conferencias, artículos y libros se anunciaba al mundo la buena nueva de que se estaba a punto de descubrir la causa última de la depresión, el gen concreto que la causaba o el neurotransmisor responsable de la tristeza y la abulia de tantos y tantos enfermos.

Por otra parte, a diferencia de lo que venía siendo una constante desde tiempos inmemoriales, allí donde había locura o enfermedad se avistaba ahora un territorio de prosperidad económica. La industria farmacéutica se frotaba las manos con las ganancias que empezaba a conseguir gracias a la transformación de los malestares psíquicos en trastornos mentales biomédicos. Como marionetas movidas por intereses propios del capitalismo, los especialistas se dedicaban a recetar y a ratificar los dictados de los ideólogos del *pathos*.

De resultas de esta transformación, el psicoanálisis perdió paulatinamente el lugar privilegiado que había tenido décadas atrás y se fue alejan-

do de las instituciones académicas y sanitarias, sobreviviendo en pequeñas asociaciones, escuelas y grupos diversos. Por fin, la psiquiatría y la psicología científicas se quitaban de encima esa antigualla que se había convertido en un lastre para el progreso de la ciencia. Cuanto más positivista fuera la formación de los especialistas en psiquiatría y psicología clínica, mucho mejor rodarían las cosas.

Pero el cientificismo no es ciencia, sino una creencia en la aplicabilidad universal del método y el punto de vista científico, arraigada y excluyente creencia según la cual no hay otra manera de conocer que no sea la derivada de su postura. Tampoco la apariencia científica de algo, aunque se acompañe de números, gráficos y datos epidemiológicos, mejora la atención a los pacientes mentales ni aporta ninguna aclaración sustancial sobre la condición humana y sus alteraciones. No está claro, por último, que el método científico sea el más adecuado para el estudio y tratamiento del *pathos*, pues, como se ha dicho, de tan estricto que es deja fuera de su análisis los elementos esenciales del hombre.

Estos y otros aspectos confieren a las taxonomías psiquiátricas actuales un cariz de artificio y arbitrariedad, impresión a la que contribuye la permanente renovación a la que están sometidas y los intereses extraclínicos que están en la base de muchos de los trastornos descritos. Algo falla en estas clasificaciones internacionales cuando las categorías propuestas, antes que estables y homogéneas, se revelen heterogéneas e interdependientes. Buena prueba de ello es la acción transnosológica de los medicamentos y las altas tasas de comorbilidad, sin parangón en otras especialidades médicas.

A falta de una semiología clínica consistente y de una interpretación psicopatológica inspirada en las grandes teorías de la psicología patológica, estas clasificaciones ponen de manifiesto lo alejada de las ciencias de la naturaleza que se halla nuestra disciplina y lo próximos que estamos al territorio de la ciencia ficción.

## 2. Argumento

Así las cosas, el cientificismo se ha llevado por delante el psicoanálisis y con él los dos elemen-

tos esenciales sin los cuales es imposible un conocimiento de la condición humana: la historia y la subjetividad. En esta época de pensamiento único, su preeminencia es tan ostensible que son muy pocos los hospitales y servicios docentes con orientaciones distintas. Uno de ellos es el nuestro, el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, heredero del antiguo manicomio Dr. Villacián. Dada su excepcionalidad, merece algunos comentarios.

Contra viento y marea, la formación clínica y psicopatológica que allí se ofrece es básicamente psicoanalítica. Los seminarios docentes se ocupan de los grandes pensadores de la psicopatología, entre ellos Freud, Lacan, Klein, Winnicott y otros muchos. En ellos se estudian los grandes temas de la psicología patológica (la histeria, la neurosis obsesiva, la paranoia, la locura normalizada, etc.), la técnica psicoanalítica (las distintas formas de intervención, la transferencia, etc.) y los casos ejemplares (el Hombre de los Lobos, Schreber, Aimée, Wagner, Joyce, etc.). La supervisión clínica está asimismo orientada desde la perspectiva psicoanalítica pero teniendo en cuenta que el marco de trabajo es un centro de salud mental, una unidad de hospitalización o un centro de día.

Con vistas a sostener esta posición clínica y esta orientación docente, partimos del hecho según el cual el psicoanálisis deriva de la clínica psiquiátrica clásica, tal como enfatizó Michel Foucault en *Historia de la locura en la época clásica* (“[...] toda la psiquiatría del siglo XIX converge realmente en Freud”) y destacó Lacan (“Introduction à l’édition allemande d’un premier volumen des *Écrits*”) al precisar que existen tipos de síntomas pero sólo una clínica, anterior al discurso psicoanalítico; de ahí que nuestro reto consistiría en extraer lo mejor de esa clínica que nos precede y mejorarla con el psicoanálisis. Como hemos señalado en publicaciones anteriores, desde nuestro punto de vista la psicopatología clásica es esencialmente descriptiva, y sólo encuentra una explicación cabal en las elaboraciones teóricas que aporta el psicoanálisis.

Conforme a esta genealogía que nos une a la clínica clásica, estamos obligados a mantener y mejorar el lenguaje de la clínica, es decir, el lenguaje de la semiología o *thesaurus semeiologicus*, ese amplio repertorio terminológico que

constituye posiblemente la mayor contribución de la psicopatología clásica al conocimiento del *pathos*. Sobre esa estructura lingüística que servía de encofrado, paulatinamente se asentaron las categorías nosológicas y los tipos clínicos que, más allá de las discrepancias entre escuelas y el intervencionismo de la industria, sobreviven hoy día en la nosografía psiquiátrica. El lenguaje de la clínica es el medio más apropiado para entendernos con nuestros colegas, sean cuales sean sus ideales y gustos doctrinales.

Dejando a un lado la formación del analista y limitando estos comentarios a la importancia del psicoanálisis en la formación de los futuros especialistas, dicha formación en teoría y clínica psicoanalítica debe tener en cuenta tres aspectos: 1) el medio, 2) el interlocutor, 3) la teoría y la técnica psicoanalítica. En un medio sanitario (hospital o CSM), donde los interlocutores son MIR-PIR y otros especialistas, conviene hacer un buen uso del lenguaje de la clínica, es decir, del lenguaje del Otro. Al psicoanálisis, en especial en lo referente a las materias más cercanas a la psicopatología y terapéutica, le conviene adentrarse a través de la puerta de la observación, la escucha, el diagnóstico (estructural y elástico) y la orientación terapéutica. En este medio y con estos interlocutores, nuestros argumentos más rotundos deben basarse en la construcción, explicación y resolución de los casos clínicos. Las jergas y los alardes retóricos se quedan en mera palabrería; más que sumar, restan.

La formación en psicopatología y clínica psicoanalítica es necesaria para el trato con el loco y para afianzar el psicoanálisis en las instituciones, bastión que nunca debió abandonar. El conocimiento teórico constituye la suma de la fenomenología clínica (experiencias subjetivas) y la doctrina explicativa, una articulación de la clínica clásica (descriptiva) y del psicoanálisis (interpretativo). A menudo, en las supervisiones, nos vemos llevados a discutir sobre los diagnósticos. Es ahí donde el aprendiz debe ser capaz de articular los detalles de la observación y la escucha, los datos que le aporta la posición transferencial y la relación del sujeto con la trama existencial que relata, en especial la relacionada con la neurosis infantil (si la hubiera). Pero la clínica no se aprende de un día para otro, pues está intermediada por la experiencia subjetiva. Aquellos que consien-

ten a esa experiencia comprueban con el paso de los años cómo necesitaban al principio agarrarse a los puntos de vista categóricos, a la rigidez de las estructuras clínicas, en fin, a la parte más enferma del sujeto. Pero a medida que maduran en edad y experiencia, comienzan a soltarse de esos referentes generales, de esas categorías con vocación universal, al tiempo que se sienten atraídos por lo que de particular o singular tiene su paciente. En este movimiento pendular, dialéctico, se observa el paulatino progreso de nuestra disciplina; lo mismo que se observa, en paralelo, la soltura que poco a poco adquieren los practicantes. De forma homóloga a la construcción del saber psicopatológico mediante un movimiento de balanceo, la clínica del caso por caso entraña una dialéctica que va de lo general a lo particular, de lo enfermo a lo sano y de lo que desequilibra a lo que estabiliza a cada sujeto. En este sentido se puede hablar de un paralelismo entre la progresiva elaboración del saber sobre la *pathos* y la clínica diaria con el doliente.

Todos estaremos de acuerdo en que la formación en clínica psicoanalítica requiere deseo, tiempo y una buena guía. Esto contrasta con el aprendizaje de otras especialidades, caracterizadas por una simpleza epistemológica y una técnica basada en el sentido común. Decía Gracián (*El arte de la prudencia*) que: “La Verdad siempre llega la última y tarde, cojeando con el Tiempo”. Lo cierto es que la profundidad y la amplitud de la formación psicoanalítica y clínica, siempre y cuando hayamos logrado sacudirnos por el camino los oropeles del narcisismo, es bien recibida en el medio sanitario. En esto suele constatarse una diferencia entre quienes se han formado en el marco analítico y se analizan, y aquellos que eligen otros referentes: los primeros, más versátiles, acostumbran a tener un ramillete de pacientes muy amplio y heterogéneo; por el contrario, los que se han educado siguiendo orientaciones distintas suelen sentirse cómodos sólo con pacientes cuyos perfiles psicológicos son muy parecidos.

### 3. Contribución

Aunque hoy día nos veamos relegados a posiciones marginales, la formación de los residentes sigue siendo un bien a defender y un fin a preservar. Fuera del ámbito psicoanalítico, es de lamentar

que la psicopatología tienda a reducirse a listados de criterios diagnósticos sin demasiado orden y concierto. El acceso a la condición humana no se franquea por esa puerta. Al trabajo hay que acudir desnudo de datos y listados, dispuestos a escuchar con curiosidad y a hablar con prudencia.

La formación en psicopatología y clínica psicoanalítica de los residentes debe defenderse y preservarse. Tenemos para ello tres importantes razones: la primera tiene que ver con el poder, la segunda con la clínica y la tercera con el saber. Tocante al poder, conviene tener presente que algunos de los actuales PIR-MIR ocuparán dentro de unos años posiciones destacadas en la jerarquía de las instituciones sanitarias y formarán a su vez a nuevos especialistas. Con respecto a la clínica, la formación especializada dota a los residentes de una amplia variedad de experiencias y situaciones sanitarias, ámbitos y dispositivos asistenciales que favorecen la instrucción y agrandan el repertorio de sujetos con los que tratar, aportándoles una perspectiva mucho más amplia que si no pasaran por este tipo de formación; si a ello se aplica la lente psicoanalítica, los relieves y matices se multiplican y el potencial terapéutico se agranda. Por último, en lo relativo al saber, cabe esperar de la clínica institucional y, por tanto, de los residentes algún tipo de contribución al psicoanálisis. La amplia variedad de pacientes atendidos allí y el contacto directo con la locura pueden demostrar, afianzar, cuestionar y modificar los fundamentos de la psicopatología psicoanalítica y ensanchar su radio de acción. En tal sentido se pronunció Lacan en el “Acta de Fundación del 21 de junio de 1964”, cuando señaló los siguientes cometidos del psicoanalista en la institución sanitaria: poner a prueba “los términos categóricos y de las estructuras psicoanalíticas tanto en el examen clínico, en las definiciones nosográficas y en la posición misma de los proyectos terapéuticos”.

En estos momentos que estamos en minoría, conviene sumar. Y para sumar hay que hablar el lenguaje de la clínica, escribir buenos libros, sacar a los pacientes adelante y contagiar a los residentes de la peste del psicoanálisis.

• Recibido: 3/7/2015.

• Aceptado: 15/11/2015.

# Historia de la psiquiatría en Bizkaia.

## *History of psychiatry in Bizkaia.*

José Guimón

Catedrático emérito de las Universidades del País Vasco y de Ginebra.

**Resumen:** Breve recorrido por la historia de la psiquiatría vizcaína desde la preguerra hasta los años 80.

**Palabras clave:** Pregarra, transición, formación psicosocial, módulos psicosociales.

**Abstract:** A brief review of the background of psychiatry in Bizkaia since prewar period to the '80s.

**Key words:** Prewar period, transition to democracy, psychosocial training, psychosocial organizations.

### 1. Psiquiatría en Bizkaia en la preguerra

Como comenta Martínez Azumendi (1), en 1924 el Manicomio de Zaldívar, inaugurado en 1923, nombró al Dr. Wenceslao López Albo como su primer Médico Director. López Albo fue, de hecho, el precursor de una moderna Asistencia psiquiátrica y no descuidó la importancia de otros enfoques preventivos, defendiendo la pertinencia de los abordajes extrahospitalarios y comunitarios, recomendando el desarrollo de dispensarios y clínicas neuropsiquiátricas como alternativas al enclaustramiento manicomial. Tres años y medio después de su nombramiento, manifestó su renuncia a la dirección, tras haber sido invitado desde Santander (por indicación de Marañón) para organizar el nuevo Hospital fundado por el Marqués de Valdecilla, así como su Servicio de Neuropsiquiatría.

Siguió visitando Bilbao y en 1928 organizó, en los locales de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, la III de las Reuniones Nacionales de la AEN junto a la II Reunión Anual de la Liga de Higie-

ne Mental. Participó de forma activa en la vida de la asociación, acudiendo a sus Reuniones en las que hizo diversas aportaciones, entre las que destacamos la Ponencia “Plan moderno de asistencia a los alienados”, presentada con Fuster, Sacristán y Marín Agramunt en el “primer acto científico y efectivo de la Asociación Española de Neuropsiquiatras” que tuvo lugar en Barcelona entre el 21 y 23 de Junio de 1926. Pronunció una conferencia en la que se constataba una vez más la penosa situación de la asistencia psiquiátrica en España.

El otoño de 1930, dejó Santander y regresó a Bilbao retomando su consulta, a la vez que ostentó la presidencia de la AEN desde ese año hasta 1935. A la vez siguió asistiendo a las sesiones de la Academia y colaborando en la Gaceta, que en esos años pasó a denominarse “Revista Clínica de Bilbao”. En 1936, tras el triunfo electoral del Frente Popular de izquierdas, fue llamado de nuevo a Valdecilla para ocupar el cargo de Director, donde desarrolló con eficacia esa labor en momentos tan difíciles. En esa época seguía manteniendo su residencia en Bilbao, adonde se desplazaba los

fin de semana. En 1937, con la entrada de los llamados “nacionales” en Santander, se marchó a Barcelona, donde desempeñó el cargo de Director de Sanidad Militar del Ejército Republicano hasta 1939. Por fin, salió de nuevo de España hacia Cuba y luego a Méjico. Seguidamente abrió una clínica neuropsiquiátrica junto a Lafora, que también debió exiliarse entre 1939 y 1947. Falleció el 28 de Diciembre de 1944, a los 55 años, poco después de una intervención quirúrgica de riñón.

## 2. La transición democrática

La reestructuración de la asistencia psiquiátrica en el País Vasco se inició en unos años extraordinariamente delicados, los situados a caballo entre los últimos años del franquismo y la nueva democracia del Estado español. El contexto ideológico y político que enmarcó la experiencia condicionó cada uno de los pasos

Los primeros intentos de modernización de la Asistencia psiquiátrica surgieron en Vizcaya, donde el Dr. Bustamante Burón 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 y el Consultorio Psiquiátrico de la Diputación en la calle Arbieta de Bilbao.

Ideado en los años 50 para ser uno de los 3 pabellones del complejo hospitalario de 500 camas que substituiría a los obsoletos hospitales de Bermeo y Zaldívar, el Instituto Neuropsiquiátrico de Zamudio, fue diseñado arquitectónicamente como un edificio para entonces moderno.

## 3. Los años 70

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 y las actividades formativas propuestas por el modelo norteamericano de la Psiquiatría de Comunidad al que nos fuimos haciendo afines varios de los miembros del Departamento de Psiquiatría de la UPV/EHU.

En 1973 se inauguró el Servicio de Psiquiatría en el Hospital General de Basurto con un Hos-

pital de día tras el inicio de un programa de formación en psicoterapia de grupo, dirigido por especialistas de distintos lugares (Madrid, Barcelona, Inglaterra) que colaboraron entusiastamente en su organización. A él acudieron profesionales que ejercían en el sector público o en el privado en el campo de la salud mental. Se formalizó la docencia con acreditaciones académicas de las Universidades del País Vasco y posteriormente de las de Deusto y de Ginebra. El programa continúa muy activo desde entonces y en él han participado alrededor de 2.000 profesionales.

Por entonces, la Diputación de Vizcaya obtuvo un crédito importante en el Ministerio de la Gobernación de Madrid para avanzar en el programa de transformación de los hospitales psiquiátricos de la provincia. Diversos grupos de psiquiatras consultados por el Presidente del Colegio de Médicos se opusieron a ese plan que se paralizó. El Consejero de Sanidad del llamado Consejo General Vasco, organismo pre-democrático de la Transición, encargó a la fundación OMIE (puesta a punto para fomentar la elaboración de este tipo de investigaciones) la elaboración del estudio en Vizcaya y Guipúzcoa, y a otra sociedad el estudio en Álava. Los estudios, coordinados por el profesor Julián Ajuriaguerra (2), se realizaron durante 1978 y se entregaron en 1979 (3).

## 4. Basurto y Uribe-Kosta

Para comentar y discutir los resultados se celebraron 3 symposios sobre los problemas más graves detectados: La Esquizofrenia (Lejona, 1979), las Drogodependencia (Fadura, 1980) y la Psicogeriatría (San Sebastián, 1980).

Las conclusiones de estas reuniones llevaron a realizar estudios más extensos: En primer lugar se realizaron investigaciones parciales de prevalencia en la población hospitalaria en los hospitales psiquiátricos de nuestra provincia y de las otras provincias vascas. En 1983 concluyó la redacción de un plan definitivo, que fue publicado y ampliamente difundido. Estaba impregnado de un pensamiento progresista de “liberación de los enfermos mentales” y optimismo sobre la voluntad de la población de acogerlos. Por diversos obstáculos, no se desarrolló, sin embargo, suficientemente el proyecto extrahospitalario.

Se continuaron realizando anualmente seminarios experienciales intensivos con diferentes líderes internacionales. Algunos profesionales que habían participado en nuestros programas comenzaron su formación psicoanalítica en Madrid. Se pidió al doctor Juan Campos (4) de Barcelona supervisión grupal y acudió durante un año cada dos semanas a supervisar tres grupos de profesionales que llevaban por entonces grupos de psicoterapia. El programa incluía formación teórica y práctica durante un mínimo de tres años, aunque la mayoría de los candidatos emplearon cinco o más años. En organizamos un seminario en Cestona con el Instituto de Análisis de Grupo de Londres. 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. El éxito obtenido nos animó a organizar un programa con ese Instituto en los años posteriores. Durante los años anteriores, varios 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 1979 en Catelldefels un primer seminario intensivo de Group Analysis al que acudieron varios de los terapeutas de Bilbao (5-10).

## 5. Formación Psicosocial

Durante la reunión anual de la Sociedad de Group Analysis, en abril de 1982, tres de nosotros (F. A., Juan Campos, José Guimón) proyectamos con el doctor británico Malcom Pines la realización en Bilbao, a partir de octubre de ese año, de un curso Introductorio al Trabajo Grupal según las líneas del que realizaba anualmente por el Instituto (11, 12) de Londres (IGA) y de 4 seminarios de fin de semana distribuidos a lo largo del año.

Por entonces, se estudió la prevalencia de los síntomas psiquiátricos y del consumo de alcohol y drogas en la población de Getxo. Se realizó también una comparación de la red social de los habitantes de Getxo con un instrumento norteamericano, en colaboración con el Profesor Escobar de la Universidad UCL. También se estudió la sintomatología psiquiátrica de pacientes que se

atendían en un ambulatorio de Getxo (12) con el G.H.Q de Goldberg(13) y se vio 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. Se estudió la Prevalencia del alcoholismo y las toxicomanías, las actitudes sobre la enfermedad mental (11),(14, 15), (16), el estado de salud de la población de Getxo y las actitudes ante el consumo terapéutico de psicofármacos, con la participación activa de Sociólogos como Agustín Ozámiz y Enrique Sacanell.

## 6. Los Módulos Psicosociales: El Ejemplo de Cruces

Como quiera que, a la espera de la construcción del citado macrosistema asistencial proyectado en su día en Zamudio, los Sanatorios de Zaldívar y Bermeo habían sido abandonados en su mantenimiento, se hubieron de cerrar numerosas dependencias en esos Sanatorios, lo que dejó a la Provincia con el notoriamente insuficiente índice de 0,8 camas por 1.000 habitantes. En consecuencia, los efectos que se habían observado en otros lugares con la desinstitucionalización indiscriminada de los enfermos se comenzaron también a observar en nuestra Provincia: prolongadas listas de espera de pacientes para su ingreso en los Psiquiátricos, presencia en la comunidad de enfermos inadecuadamente asistidos, con comportamiento asocial, etc. Excepción hecha del Consorcio Uribe-Kosta, la Diputación no desarrolló las iniciativas propuestas de creación de Centros de atención extrahospitalaria. Los Centros que se crearon con la denominación de "módulos psicosociales" 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.

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. Ello unido a la negativa de otros Hospi-

tales de fuera de la Provincia a recibir nuevos pacientes de Vizcaya, originó un serio déficit de camas psiquiátricas. En 1980, ya se había elaborado un proyecto que proponía “crear un equipo terapéutico estable, centrado en los jefes de las unidades, en torno al cual se estructuren todos los trabajadores de salud mental, incluso los que están en formación y el personal auxiliar (que) establecerá un compromiso de atención con la población de la merindad Uribe-Costa para procurarle unos servicios que sean no sólo curativos y rehabilitadores, sino también preventivos y que utilicen al máximo los recursos existentes en la propia sociedad (médicos de familia, asistentes sociales, párrocos, asociaciones benéfico-culturales, etc.). Los elementos de que debe constar la red de servicios son los siguientes: 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.

Con el inicio de la democracia, y ante la falta de recursos existentes, en todo el estado español se produjo un importante movimiento asociativo que permitió el inicio de numerosos servicios de asistencia y tratamiento ambulatorio de lo que se denominó espacio psicosocial, Resultado de estos movimientos asociativos fue la creación en nuestra comunidad, a finales de los años 70, de numerosos Módulos de Asistencia Psicosocial. Entre ellos figuraba el Módulo de Asistencia Psicosocial de Cruces, creado en 1979 a partir de la iniciativa de un grupo de mujeres con problemas familiares por alcoholismo, y apoyado desde el inicio por diversos profesionales (psiquiatras, psicólogos y trabajador@s sociales) así como por el Ayuntamiento de Barakaldo. Una vez puesto en marcha, y dada la carencia general de recursos, se produjo un rápido crecimiento del mismo aumentando las prestaciones que ofrecía a todo el campo de la salud mental en el cual sigue interviniendo actualmente.

Se celebra ahora el 25 aniversario de un dispositivo ejemplar que ha aportado el esfuerzo de un elevado número de profesionales y políticos

locales y que con generosidad han apoyado el desarrollo de la Salud Mental en la zona y lo siguen apoyando con entusiasmo.

## Bibliografía

1. Martínez Azumendi O. El Dr. Lopez Albo. Norte de salud mental 2003;16: 67-71.
2. Guimon J. Ajuriaguerra y la asistencia psiquiátrica. In: Editorial E, editor. Vida y Obra de Julián de Ajuriaguerra. Madrid 1992.
3. Ajuriaguerra J, Aizpiri J, Arzamendi A, Ozamiz A, Cristobal R, Guimón J. Plan de Asistencia Psiquiátrica y Slud Mental. monograph. Vitoria: Gobierno Vasco, 1983 1983. Report No.
4. Campos J. Una historia de la AIPG: hechos y hallazgos. Barcelone: Gràfiques MAES; 1998.
5. Guimón J. Group Psychotherapy in Spain. Review of the International Group Psychotherapy Association. 1989.
6. Guimón J. L'enseignement de la psychothérapie groupale aux professionnels de la santé mentale en Espagne. Revue pratique de Psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale. 1991;37(1):41.
7. Guimón J. Des Psychiatres psychothérapeutes. Europsy Jounnal Européen de Psychiatrie. 1997(7):7-10.
8. Guimón J. Thérapie groupale dynamique intensive et brève. Psychothérapies. 1998;18(1):15-21.
9. Guimón J. Introduction aux thérapies de groupe. Paris: Masson; 2001.
10. Guimón J. Groups in Therapeutic Communities. In: Kaslow FW, Magnavita JJ, editors. Comprehensive Handbook of Psychotherapy. 1. New York: John Wiley & Sons, Inc2002. p. 529-49.
11. Yllá L, al. e. Un analisis psicosocial de las actitudes hacia el enfermo mental: Asociacion Espanola de Neuropsiquiatria. Colleccion monografica; 1980-81.
12. Salcedo M, Pinilla B, Guimón J. La red social en personas psicológicamente afectadas. Psiquis. 1987:53-60.

13. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1972.
14. Ozamiz JA, Sarabia Z. Prejudices of the general public towards neuroleptics. *European Psychiatry*. 1997;12(suppl. 2):132s.
15. Ylla L, Ozamiz A, Guimón J. Un análisis psicosocial de las actitudes hacia el enfermo mental. Madrid: Colección monografías A.E.N.; 1981.
16. Yllá L, Sanz C, Gonzalez-Pinto, Guimon J, Garcia N. Actitudes hacia la enfermedad mental y psicopatología mostrada por estudiantes de medicina de la UPV. *Psiquis*. 1988;4:57-61.

- Recibido: 3/7/2015.
- Aceptado: 15/11/2015.



## Distribución de libros

Una nueva oferta para socios y socias de la AEN para la venta de sus libros a través de la web.

Cualquier socio interesado que quiera vender sus libros, puede consultar las condiciones en un módulo con esa información la pantalla de inicio de [www.tienda-aen.es](http://www.tienda-aen.es)

Esperemos que sea un nuevo motivo de valor añadido, y que contribuya a la mejor imagen profesional y humana de nuestra asociación.

# Utilización de recursos hospitalarios por pacientes con un Trastorno Mental Grave subsidiarios de un recurso socio-sanitario ambulatorio en un Departamento de salud.

## *Hospital resources utilization by patients with Severe Mental Disorder subsidiary of an outpatient healthcare socio-sanitary resource in a health Department.*

José E. Romeu<sup>1</sup>, Blanca Poza<sup>2</sup>, Carlos García<sup>3</sup>, Elena Orquín<sup>4</sup>, Ainhoa Ródenes<sup>5</sup>, Sara Olmos<sup>6</sup>, Miguel Melero<sup>7</sup>, María Cuenca<sup>8</sup>

1. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental (USM) de Alzira; 2. Enfermera. USM de Alzira; 3. Psiquiatra. USM de Carlet; 4. M.I.R. Psiquiatría; 5. Enfermera. USM de Sueca; 6. Enfermera. USM de Carlet; 7. Enfermero. Centro de Rehabilitación de Sueca; 8. Hospital de la Ribera. Alzira. Dirección de Docencia e Investigación. Dpto. de Salud de la Ribera.

**Resumen:** Introducción. El objetivo de este estudio es comprobar si existe alguna asociación entre la utilización de las urgencias e ingresos hospitalarios psiquiátricos, con la adhesión a recursos sanitarios ambulatorios, el tratamiento y el funcionamiento familiar, tal como apunta la literatura.

**Material y Método.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Muestra: población TMG adherida a recurso socio-sanitario. Variables independientes: adhesión al recurso, tratamiento intramuscular, adhesión familiar al seguimiento y actividad relacional. Variables dependientes: ingresos hospitalarios y utilización de urgencias hospitalarias psiquiátricas.

**Resultados.** Se encontró una correlación significativa entre la reducción de ingresos y urgencias y una mejor actividad relacional familiar.

**Conclusiones.** La mejora del clima intrafamiliar reduce la utilización de recursos hospitalarios y, por ende, el gasto sanitario.

**Palabras clave:** Trastorno mental grave, recursos sociosanitarios, intervención familiar, tratamiento, rehabilitación psicosocial.

**Abstract:** Introduction. The goal of the study is to proof if there is any link between the use of the psychiatric ward and the hospitalizations versus the use of ambulatory care centers, follow up treatment and family involvement as the mainstream medical journals indicate.

**Method.** Study observational, descriptive, retrospective. Sample: Population with severe mental illness with access to the social-sanitary resources. Independent variables:



usage of the social-sanitary resources, intramuscular treatment, family involvement and interactions. Dependable variables: hospitalizations and usage of the psychiatric ward.

**Results.** Significant link between the reductions of hospitalizations and psychiatric ward and a better family interaction.

**Conclusions.** The improvement of the family environment reduces the usage of hospital resources and therefore the healthcare expenditures.

**Key words:** Severe mental illness, health resources, family intervention, treatment, psychosocial rehabilitation.

## Introducción

Entre los recursos intermedios socio-sanitarios (RSS) ambulatorios destinados a la atención y rehabilitación de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) (1,2,3,4), se encuentran los Centros de Día y los CRIS (Centro de Rehabilitación e Inserción Socio-laboral) (5,6,7,4). Según la literatura consultada (8,7,9,10), la adherencia a este tipo de recursos conlleva una menor necesidad de otros recursos sanitarios que pueden suponer un mayor gasto sanitario. Uno de ellos es la hospitalización: un 92% de los usuarios no tiene ingresos hospitalarios, la tasa de reingresos puede reducirse un 56% el primer año de intervención y hasta un 67% el segundo año (11).

En nuestro Departamento de Salud existen 2 Asociaciones de Familiares que gestionan sendos Clubs de Convivencia Terapéuticos (CCT) para pacientes con TMG, que por su funcionamiento a través de programas de intervención, se pueden equiparar a los Centros de Día. Entre ambos tienen adheridos a sus actividades y programas a 83 pacientes.

Es importante la evaluación de estos RSS específicos (12,2,13) y comprobar si también se asocian a una menor utilización de otro tipo de servicios sanitarios que pudiera reducir el gasto sanitario (3,14).

También se ha destacado en la literatura (15,16) la relación entre la mayor adherencia al tratamiento que suponen los tratamientos IM de larga duración (LD) y la disminución en la utilización de los recursos hospitalarios. Lo mismo puede decirse de una mayor presencia

familiar en el proceso terapéutico (17,18) y una mejor comunicación y dinámica intrafamiliar en cuanto a resolución de problemas y clima emocional (19).

El objetivo de este estudio es describir las características de nuestros pacientes con TMG subsidiarios de un RSS y valorar si la adherencia al recurso, el tratamiento IM de larga duración, la participación familiar en el proceso terapéutico y un funcionamiento familiar adecuado reduce de forma significativa la utilización de las urgencias hospitalarias, el número de ingresos y el total de días de ingreso.

## Material y método

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo, que nos indicará asociación de variables y nos permitirá valorar el tipo de recursos, orientaciones terapéuticas e intervenciones familiares posteriores a potenciar.

La información se obtiene mediante la recuperación de datos de la historia clínica electrónica entre los años 2007 y 2011, inclusive, y de los datos de ambos Clubs de Convivencia.

La recogida y ordenación de los datos se llevó a cabo en 2012 y 2013. El tratamiento estadístico de los datos y su interpretación se realizó en 2014.

## Selección de casos

Inicialmente recogimos una muestra con los siguientes criterios de inclusión: TMG, considerados como tales los Códigos 295-299 de la CIE-9, -Psicosis no orgánicas-, que tuvieran más de 5 años de evolución.

Se excluyeron aquellos casos con diagnóstico 296 correspondientes a Episodios Depresivos o Trastorno Depresivo Recurrente (F32 y 33 en CIE-10), aquellos con Retraso Mental, Trastorno de Personalidad, TOC, y aquellos sin historia clínica en las Unidades de Salud Mental (USM). También los de menos de 5 años de evolución, con la intención de no incluir Primeros Episodios en el estudio.

Posteriormente hemos centrado el estudio en aquellos TMG que consideramos subsidiarios de la indicación de RSS ambulatorio. Para ello hemos conformado una sub-muestra con las características de los usuarios de los CCT, seleccionando de la muestra inicial aquellos con diagnóstico 295 en CIE-9 y un valor en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) del DSM-IV entre 31 y 60 (consideramos que los sujetos por encima de 60 se adhieren a recursos comunitarios normalizados, y los que puntúan por debajo de 30 suelen vivir en centros residenciales o bajo supervisión familiar por mayor dependencia). Con este cribado logramos mayor homogeneidad de la muestra -entre adheridos al RSS y no adheridos-.

Se considera adhesión al CCT una participación en los programas  $\geq 20\%$ , es decir, un mínimo de 1 día a la semana. Entendemos que con esta característica se asegura la participación de dicho recurso si se producen cambios evolutivos que pudieran requerir asistencia no programada.

Se excluyen del estudio los pacientes registrados en los CCT pero con una participación  $< 20\%$  o asistencia menor de 1 vez por semana.

Se considera que un sujeto está bajo tratamiento IM de LD, independientemente del principio activo, cuando lo tiene pautado desde la USM y se ha controlado su adhesión al mismo desde el Programa de Enfermería de TMG.

La participación o adherencia familiar se describe como la presencia de la familia en el Programa de seguimiento de los TMG de la USM.

Utilizamos la Escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional (EEGAR) del DSM-IV-TR (1) para evaluar la competencia relacional de la familia (resolución de problemas, organización y clima emocional). Esta escala tiene 5 intervalos que

podemos esquematizar como funcionalidad satisfactoria, de algún modo insatisfactoria, momentos ocasionales de satisfacción, escasos momentos de satisfacción, y desestructuración funcional.

La valoración de la Escala de Impresión Clínica Global para la Esquizofrenia (CGI-SCH), de la EEAG y de la EEGAR, la realizó el terapeuta habitual del paciente en el tramo final de la recogida y ordenación de los datos (finales de 2013).

#### Análisis estadístico

El análisis de los resultados se realizó con el Programa Microsoft Office Excel 2010 y con el paquete estadístico SPSS versión 19.0

En primer lugar se llevó a cabo un análisis descriptivo de las características de la submuestra, que consistió para las variables cualitativas en el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, y para las variables cuantitativas en el cálculo de medidas de posición o tendencia central y de medidas de dispersión.

Posteriormente se realizó un análisis bivariable para conocer la asociación entre las variables independientes y las dependientes, que en el caso de las variables cualitativas consistió en el cálculo del estadístico Chi Cuadrado de Pearson, y para las cuantitativas en la comparación de medias con la T de Student o U de Mann-Whitney, atendiendo a la normalidad de la serie.

En todos los casos, valores de  $p \leq 0.05$  fueron considerados significativos.

Las variables indicadoras utilizadas para describir la muestra son: Diagnóstico CIE-9, edad, sexo, nacionalidad, nivel de instrucción, años de evolución de la enfermedad, medicación IM, EEAG, Adhesión familiar y EEGAR.

Las variables independientes estudiadas son la Adhesión al RSS, el tratamiento IM de LD, la Adherencia familiar al Programa de tratamiento y seguimiento en las USM y la medida en la EEGAR.

Las variables dependientes son los recursos hospitalarios: Presencia de ingresos, nº de ingresos, días totales de ingreso, asistencia a urgencias hospitalarias por causas psiquiátricas y número de urgencias generadas.



## Resultados

### 1. Descripción de la muestra

La descripción de la muestra total de TMG (n= 667) la exponemos en otro trabajo, centrándonos en la submuestra (n= 305) de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia (295 en la CIE-9) y EEAG comprendido entre 31 y 60:

- Nacionalidad: El 99,67% de los casos son de nacionalidad española.
- Género: El 64,59% son varones y un 35,41% mujeres.
- Edad: Casi la mitad de la muestra (47,5%) eran adultos de 36 a 50 años (Fig. 1).
- Años de evolución: Teniendo en cuenta que un criterio de exclusión era un primer episodio psicótico y por lo tanto contamos a partir de los cinco primeros años, encontramos que el mayor porcentaje lo constituyen los pacientes con más de 20 años de evolución (Fig. 2).
- Tratamiento IM de LD: A un 48,2% se le administraba tratamiento intramuscular, mientras que el 51,8% seguía tratamiento oral.
- EEAG: El 41,9% corresponde a la franja 41-50, que describe síntomas y deterioro funcional graves. El 33,77% se incluyen en la franja 51-60, con repercusión moderada, mientras que el 24,26% están en la franja 31-40, con síntomas y deterioro funcional más notorio que los primeros.
- Escala de Impresión Clínica Global (CGI-SCH): El 38,7% están moderadamente enfermos (4) y el 27,9% marcadamente enfermos (5) (Fig. 3).
- Adhesión familiar El 76,72% de las familias están adheridas.
- EEGAR: El 8,19% de las familias gozan de una organización satisfactoria, el 30,8% se corresponde con relaciones de algún modo insatisfactorias pero controladas; el 29,8% son relaciones predominantemente insatisfactorias, y el 5,7% padecen desestructuración (Figura 4).
- Utilización de recursos hospitalarios (Tabla 1): Estudiamos el porcentaje de pacientes que acuden al menos una vez a urgencias hospita-

rias por causa psiquiátrica, resultando que un 33,4% acudieron en la franja de años estudiada, mientras que un 66,56% no lo hicieron en ninguna ocasión. La media de asistencia es 3,90 veces.

El 26,9% ingresaron alguna vez, de ellos el 65,9% fueron de tipo voluntario, resultando la media del número de ingresos 1,85. La estancia media fue 19,48 días.

- Utilización de Recursos Socio-sanitarios: El 11,8% de los pacientes (n= 36) acudían a un recurso sociosanitario, distribuyéndose del siguiente modo:

1: CCT: 47,22%

2: CRIS: 2,78%

3: Centro de día: 41,67%

4: Vivienda tutelada: 8,33%

### 2. Análisis estadístico bivariable

#### Adherencia a Recurso Socio-Sanitario

En la Tabla 2 observamos la relación entre la Adhesión o no al RSS y las diferentes variables estudiadas.

Cuando relacionamos la adhesión o no al RSS y los ingresos hospitalarios, encontramos que el 30,6% de los pacientes adheridos han ingresado alguna vez, frente al 26,4% de los no adheridos, aunque la diferencia no tiene significación estadística ( $\chi^2 = 0,597$ ).

Los adheridos al recurso ingresan una media de 1,64 veces, frente a 1,89 veces de los no adheridos, no resultando la diferencia significativa.

Respecto al número de días que han permanecido ingresados, los pacientes adheridos han estado una media de 21,82 días, frente a 19,11 días de los no adheridos, diferencia sin ninguna significación estadística (U de M-W = 0,764)

El 27,8% de los adheridos han asistido alguna vez a urgencias, frente al 34,2% de los no adheridos, diferencia sin significación estadística ( $\chi^2 = 0,443$ ). Los primeros, lo han hecho una media de 6,7 veces y los segundos de 3,6, siendo la diferencia no significativa (U de M-W = 0,647).

### Tratamiento IM de LD

En la Tabla 3 esquematizamos su asociación con las distintas variables estudiadas.

Si lo relacionamos con la presencia de ingreso hospitalario, el 32,7% de los pacientes que lo reciben han ingresado alguna vez, frente a sólo el 21,5% de los que reciben tratamiento oral, siendo las diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 0,028$ ).

En cambio, los que ingresan y llevan tratamiento IM LD, permanecen una media de 18,04 días ingresados, frente a los 21,50 días de los que toman tratamiento oral, diferencia que se aproxima a la significación estadística ( $\chi^2 = 0,057$ ).

No encontramos diferencias significativas en cuanto a la asistencia a urgencias hospitalarias ni tampoco en el número de veces que han acudido ( $t = 0,142$ ).

### Adherencia Familiar

Observamos que el 27,4% de los pacientes con familia adherida ingresan, frente al 25,4% del otro grupo, no siendo las diferencias significativas. Los primeros ingresan una media de 1,98 veces, por 1,39 de los segundos, acercándose la diferencia a la significación estadística (U de M-W = 0,073). También permanecen más días ingresados los primeros, diferencia no significativa (Tabla 4).

Respecto a la asistencia a urgencias, han acudido alguna vez el 32,5% de los que cuentan con la presencia familiar, frente al 36,6% de los que no, diferencia sin significación estadística. Han acudido más veces estos últimos, 4,61, por 3,91 de aquellos, diferencia no significativa.

### EEGAR

El subgrupo de pacientes que más ingresan (41,2%) son los que tienen una peor puntuación, pero sin diferencias significativas. Sí son significativas en cuanto a número de ingresos, una media de 1,14 entre el grupo con mejor comunicación familiar, por 4,14 en el grupo con peor ( $\chi^2 = 0,047$ ). Se acerca a la significación estadística ( $\chi^2 = 0,056$ ) la diferencia entre la media de los días de ingreso, 16,05 en el primer grupo frente a los 40 días en el grupo más bajo.

En cuanto a la asistencia a urgencias, el 44% del primer grupo ha asistido alguna vez, porcenta-

je que se aproxima al de los 2 últimos grupos (41,5% y 52,9%, respectivamente).

Adquiere una gran diferencia significativa ( $\chi^2 = 0,001$ ) la media de veces que han acudido a urgencias, siendo los pacientes con EEGAR más bajo los que más han acudido (media 7,35) frente a los pacientes del primer grupo (media 1,97) (Tabla 5).

### Discusión

Este estudio nos ha permitido conocer de forma global las características clínicas y socio-demográficas de los pacientes con TMG en nuestro Departamento de Salud, y los recursos a los que están adheridos. Lo consideramos un primer paso en la evaluación de los CCT. Así mismo, nos aproxima a la relación entre la adhesión al tratamiento IM de LD, la presencia y competencia relacional de la familia, y la utilización de los recursos hospitalarios estudiados, y por lo tanto, del gasto sanitario.

El trabajo tiene limitaciones al tratarse de un estudio observacional descriptivo en el que medimos asociación de variables. Nos planteamos próximamente un estudio de impacto o de evaluación de eficacia.

No hemos encontrado diferencias entre los adheridos y no adheridos a los CCT en cuanto a la utilización de los recursos hospitalarios. En la literatura consultada, dejando aparte el trabajo de Navarro y cols. (11), no se han encontrado ensayos clínicos aleatorios que evalúen estos dispositivos como tales (6,10,13). La mayoría de la bibliografía evalúa las distintas intervenciones en modelos de atención comunitaria coordinadas con diferentes recursos (2,5,7,8).

En cuanto a la relación entre tratamiento farmacológico (oral e IM de LG) y los ingresos hospitalarios, nos llama la atención las diferencias significativas en cuanto a un menor porcentaje de ingresos en los pacientes que reciben tratamiento oral frente a los de IM de LD. En general, los estudios asocian menor número de ingresos con tratamiento IM de LD, si bien es verdad que estos estudios se están realizando con antipsicóticos de última generación (21). En cualquier caso no podemos sacar conclusiones de este hallazgo al



no haber descrito ambos subgrupos en cuanto a gravedad sintomatológica, conciencia de enfermedad, adherencia previa al tratamiento y cumplimiento.

La mayoría de los estudios establecen relación positiva entre la presencia familiar y el proceso terapéutico. Y esto se produce por las diferentes intervenciones psicosociales combinadas realizadas en las familias de los pacientes. En nuestra serie, la adherencia familiar en sí misma no se relaciona con un menor número de urgencias e ingresos.

Sí obtenemos diferencias significativas cuando relacionamos la EEGAR con el número de ingresos y de urgencias generadas, siendo en éste último caso donde las diferencias son más significativas. A peor actividad relacional familiar, mayor número de ingresos, más días de ingreso y mayor asistencia a urgencias. Estos datos no

pueden compararse con los estudios contrastados en los que se han realizado intervenciones familiares (6,13,17,18,19), pues en ellos el menor número de recaídas, la reducción de ingresos/reingresos hospitalarios, la mayor adherencia al tratamiento así como la calidad de vida, entre otros, se relaciona con las intervenciones de corte psicoeducativa, y nosotros no hemos realizado inferencias estadísticas de esas intervenciones.

### Conclusión final

Se recomiendan las intervenciones familiares dirigidas a mejorar el clima y la organización familiar, y la resolución de problemas, ya que parece ser un factor determinante en la reducción de los ingresos y urgencias hospitalarias, y consecuentemente, del gasto sanitario.

#### Contacto

José E. Romeu-Climent. Coordinador de Psiquiatría y Salud Mental.  
Unidad de Salud Mental de Alzira • Centro de Salud Alzira I • C/ La Pau s/n • Alzira 46600  
jromeu@hospital-ribera.com • Tel.: 629 867 070

Ninguno de los autores tiene conflicto de intereses. Ninguna financiación.

#### Bibliografía

1. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Ed. MASSON, Barcelona 2002.
2. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., vol. XXVII, nº 99, pp 187-223, ISSN 0211-5735.
3. World Health Organization, Organization of Services for Mental Health, Ginebra, WHO, Mental Health Policy and Service Guidance Package, 2003.
4. Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. Am J Psychiatry. 1990; 147 (12) 1602-8.
5. Liberman R L. Rehabilitación integral de enfermo mental crónico. Barcelona. Martinez Roca, 1993.
6. National Institute for Clinical Excellence (NICE), "Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary care", Clinical Guidelines,1, 2002.
7. Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F. "Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones", Madrid, AEN, 2002, Cuadernos técnicos, 6.
8. Gisbert C, "Rehabilitación Psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental", Madrid, AEN, 2003.
9. Schene A H. "The Effectiveness of Psychiatric Partial Hospitalization and Day Care", Current Opinion in Psychiatry, 2004, 17, pp. 303-309.

10. Catty J, Bunstead Z, Burns T, Comas A. Day centers for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; (1): CD001710
11. Navarro Bayón D, Carrasco Ramírez O. Evaluación de un Programa de Rehabilitación Psicosocial para personas con Enfermedad Mental Crónica en la comunidad. *Avances en Salud Mental Relacional*, 2007, vol. 6, nº 3.
12. Nose M, y cols, "Clinical Interventions for Treatment Non-adherence in Psychosis: Meta-analysis", *British Journal of Psychiatry*, 2003,183.
13. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de la Salud I+CS. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS. Nº: 2007/05.
14. Becker T, y cols, "Provision of Services People with Schizophrenia in Five European Regions", *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 2002, 37, pp. 465-474.
15. Natalie J. Carter. Extended-Release Intramuscular Paliperidone Palmitate. A Review of its Use in the Treatment of Schizophrenia. *Drugs* 2012; 72 (8): 1137-1160.
16. Oliva, J., López, J., Osuna, R., MontEjo, A.L., Duque, B., The cost of schizophrenia in Spain. *Eur J Health Econ.* 2006; 7; 182-188.
17. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1989; 154: 58-66.
18. Montero I, Asensio A, Hernández I, Masanet MJ, Lacruz M, Bellver F, et al. Two strategies for family intervention in schizophrenia trial in a Mediterranean environment. *Schizophr Bull.* 2001; 27 (4): 661-70.
19. Pharoah f, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; (4): CD000088
20. Pilling S y cols., " Psychological Treatments in Schizophrenia. I: Meta-analysis of Family Intervention and Cognitive Behaviour Therapy ". *Psychological medicine*, 2002, 32, 5, pp 763-782.

- Recibido: 13/10/2015.
- Aceptado: 20/12/2015.

## Tablas y gráficas

Tabla 1. Utilización de recursos hospitalarios

Recursos hospitalarios	Urgencias	Ingresos
Sí	33,40%	26,90%
No	66,56%	63,10%
Media	3,9 veces	1,85
Ingreso voluntario		65,9%
Estancia media (días)		19,48



Tabla 2. Adherencia a recurso socio-sanitario

Adherencia a recurso	Ingresos sí/no	Nº ingresos (media)	Días totales de ingreso (media)	Asistencia a urgencias sí/no	Nº urgencias (media)
Sí (n: 36)	Si: 11 (30,6%) No: 25 (69,4%)	1,64	21,82	Si: 10 (27,8%) No: 26 (72,2%)	6,7
No (n. 269)	Si: 71 (23,4%) No: 198 (73,6%)	1,89	19,11	Si: 92 (34,2%) No: 177 (65,8%)	3,6
Significación estadística	p=0,597*	p=0,684**	p=0,764**	p=0,443*	p= 0,647**

\* Chi cuadrado de Pearson; \*\* U de Mann-Whitney.

Tabla 3. Tratamiento IM de larga duración

Tratamiento I.M. de larga duración	Ingresos sí/no	Nº ingresos (media)	Días totales de ingreso (media)	Asistencia a urgencias sí/no	Nº urgencias (media)
Sí (n: 147)	Si: 48 (32,7%) No: 99 (67,3%)	1,81	18,04	Si: 51 (34,7%) No: 96 (65,3%)	4,8
No (n: 158)	Si: 34 (21,5%) No: 124 (78,5%)	1,91	21,50	Si: 51 (32,3%) No: 107 (67,7%)	3,0
Significación estadística	p=0,028*	p=0,763***	p=0,057**	p=0, 655*	p=0,142***

\* Chi cuadrado de Pearson; \*\* U de Mann-Whitney; \*\*\*T de Student.

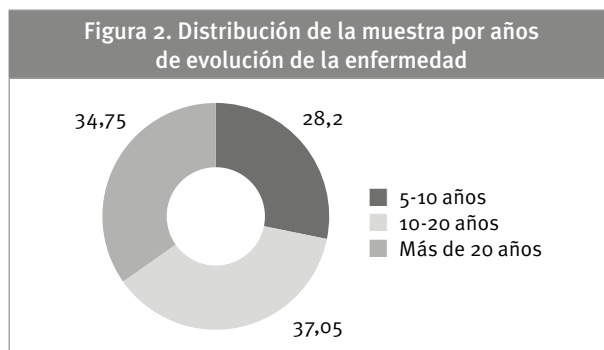
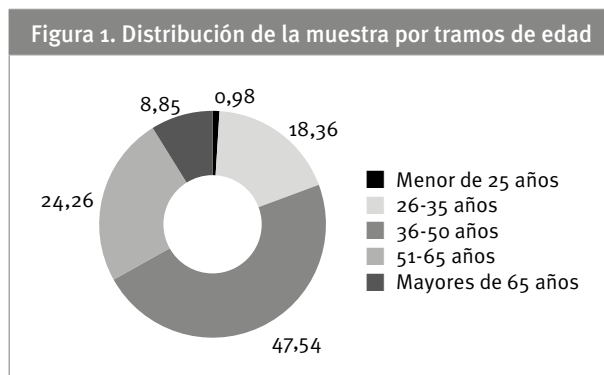
Tabla 4. Adherencia familiar

Adherencia familiar	Ingresos sí/no	Nº ingresos (media)	Días totales de ingreso (media)	Asistencia a urgencias Sí/no	Nº urgencias (media)
Sí (n= 234)	Si: 64 (27,4%) No: 170 (72,6%)	1,98	23,93	Si: 76 (32,5%) No: 158 (67,5%)	3,91
No (n= 71)	Si: 18 (25,4%) No: 53 (74,6%)	1,39	16,24	Si: 26 (36,6%) No: 45 (63,4%)	4,61
Significación estadística	p=0,739*	p=0,073**	p=0,100***	p=0.517*	p=0,400**

\* Chi cuadrado de Pearson; \*\* U de Mann-Whitney; \*\*\*T de Student.

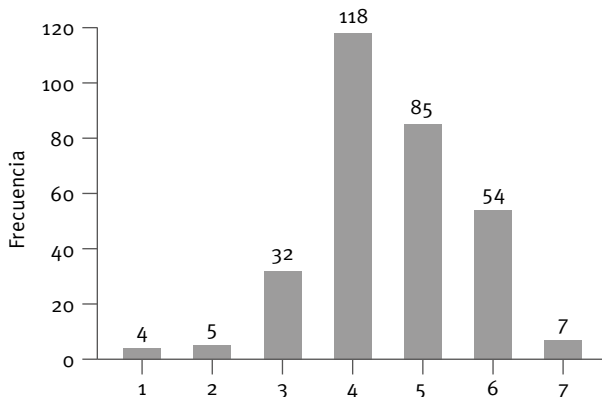
Tabla 5. EEGAR					
EEGAR	Ingresos Sí/no	Nº ingresos (media)	Días totales de ingreso (media)	Asistencia a urgencias Sí/no	Nº urgencias (media)
100-81 (n= 25)	Sí: 7 (28%) No: 18 (72%)	1,14	16,05	Sí: 11 (44%) No: 14 (56%)	1,97
80-61 (n= 94)	Sí: 20 (21,3%) No: 74 (78,7%)	1,40	17,27	Sí: 22 (23,4%) No: 72 (76,6%)	3,87
60-41 (n= 91)	Sí: 26 (28,6%) No: 65 (71,4%)	1,65	25,39	Sí: 31 (34,1%) No: 60 (65,9%)	3,81
40-21 (n= 53)	Sí: 15 (28,3%) No: 38 (71,7%)	2,27	22,68	Sí: 22 (41,5%) No: 31 (58,5%)	3,87
20-1 (n=17)	Sí: 7 (41,2%) No: 10 (58,8%)	4,14	40	Sí: 9 (52,9%) No: 8 (47,1%)	7,35
Información inadecuada (n= 25)	Sí: 7 (28,0%) No: 18 (72,0%)	1,43		Sí: 7 (28%) No: 18 (72%)	5,81
Significación estadística	p=0,625*	p=0,047*	p=0,056*	p=0,067*	p=0,001*

\* Chi cuadrado de Pearson.



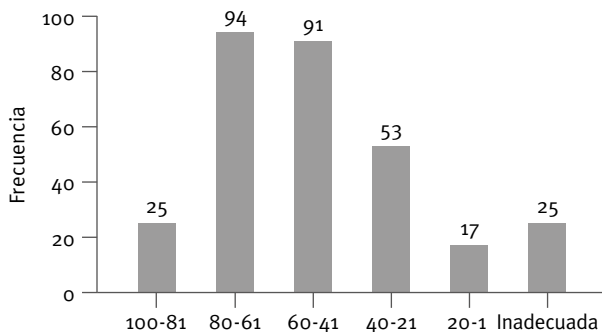


**Figura 3. Distribución de la muestra según la Escala de Impresión Clínica Global (CGI-SCH)**



1. Normal; 2. No enfermo; 3. Levemente enfermo; 4. Moderadamente enfermo; 5. Gravemente Enfermo; 6. Muy gravemente enfermo; 7. Entre los más gravemente enfermos.

**Figura 4. Distribución de la muestra según la EEGAR**



100-81: funcionalidad satisfactoria; 80-61: de algún modo insatisfactoria; 60-41: momentos ocasionales de satisfacción; 40-21: escasos momentos de satisfacción; 20-1: desestructuración funcional.

# El Rol del Trabajo Social en Psicogeriatría.

## *The Role of Social Work in Psychogeriatrics.*

Rebeca Adámez<sup>1</sup>, Andrés Correa<sup>2</sup> (\*)

Trabajadora Social<sup>1</sup>, Psiquiatra, Coordinador Programa Psicogeriatría<sup>2</sup>.

(\*) Unidad de Agudos AMSA (Avances Médicos S.A), Bilbao. Bizkaia.

**Resumen:** Las personas mayores con problemas de salud mental son una población vulnerable que requiere una atención específica. Se analizan los tipos de intervención desde Trabajo Social en diferentes niveles, los recursos existentes a cuyo acceso tienen derecho los pacientes y las dificultades que persisten actualmente en dicha intervención durante un ingreso hospitalario psiquiátrico. Se describe el desarrollo de un programa de psicogeriatría en una unidad de agudos de psiquiatría en la sanidad privada y se enfatiza en el papel del trabajador social. Se concluye que el papel del Trabajador Social en la atención a pacientes mayores ingresados en psiquiatría es útil y necesario.

**Palabras clave:** Psicogeriatría, Trabajo Social.

**Abstract:** Elderly people with mental health problems are an especially vulnerable part of community. We analyze types of interventions from Social Work at different levels, the resources to which the patients have the right to access and the current difficulties persisting in the intervention during a psychiatric hospitalization. It is described the development of a psychogeriatric program in a psychiatric acute care unit in the private health system, emphasizing the social worker's role. Finally, we conclude that the role of social worker in the care of older patients admitted to psychiatry is useful and necessary.

**Key words:** Geriatric Psychiatry, Social Work.

### Introducción

Las personas mayores con problemas de salud mental son por lo general más vulnerables que el resto de la población, puesto que tienen factores que acentúan las carencias derivadas de la edad. La Psicogeriatría es la subespecialidad de la Psiquiatría Clínica que les atiende.

Todo anciano con un ingreso hospitalario en el último año y diagnóstico de demencia o depresión se considera de alto riesgo o anciano frágil<sup>1</sup>. Muchos de nuestros pacientes tienen además otros factores que también se consideran de alto

riesgo como por ejemplo, persona que tiene más de 80 años, vive sola, con una situación económica precaria, se ha quedado viudo/a recientemente, ha cambiado de domicilio, toma más de 3 fármacos al día con efectos secundarios importantes, padece alguna patología crónica invalidante, con caídas o con insuficiente soporte social. Además se sabe que entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Esto les ocasiona aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia<sup>2</sup>.

Desde el Trabajo Social se puede considerar que el anciano de riesgo es también un anciano que se encuentra de alguna manera recluido en su domicilio, con sospecha de malos tratos, problemas económicos, carencia de apoyo familiar y social o con signos de una posible institucionalización prematura.

Según el Plan de Salud del Gobierno Vasco 2013-2020 uno de los objetivos principales es la “Atención Sanitaria Integral, Integrada y Centrada en las personas”<sup>3</sup>. De esta manera, pone de manifiesto la importancia de “impulsar una asistencia sanitaria basada en una visión integral, integrada y centrada en la persona enferma especialmente en pacientes con cronicidad y pluriopatología, y asegurar una atención continuada, personalizada, eficiente y basada en la evidencia científica”. Uno de los puntos más importantes hace referencia al envejecimiento saludable, lo que pone en evidencia la visibilización de políticas públicas para este grupo poblacional específico, especialmente relevante en una comunidad autónoma con índices de longevidad superiores a la media europea<sup>4</sup>.

En el Plan de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco, la Enfermedad Mental es un objetivo importante, puesto que se pretende “garantizar la atención adecuada a pacientes con enfermedad mental, siguiendo las líneas establecidas en la Estrategia de Salud Mental de Euskadi y luchar contra su estigmatización”<sup>5</sup>. La Estrategia de Salud Mental de Euskadi refleja la Atención Integral como la “capacidad de dar respuesta a todos los factores que intervienen en la prevención, tratamiento y rehabilitación de un trastorno mental” y se contemplan varios objetivos relacionados de forma directa con el programa de Psicogeriatría y la atención a pacientes de Salud Mental y personas mayores. En uno de sus objetivos específicos habla sobre “desarrollar e implantar de forma efectiva las prestaciones que se incluyen en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como de la Atención Especializada”. Una de las propuestas y prioridades de este objetivo está en los programas de Psicogeriatría y se hace hincapié en mejorar la atención psiquiátrica en residencias de tercera edad. Sin hacer una mención específica a la población mayor, otro objetivo específico

dice “aumentar el porcentaje de familias de pacientes con trastornos mentales graves que reciben un programa de intervención familiar específico, para mejorar su capacidad de afrontar las crisis y prevenir las recaídas”, con lo cual también podría incluir el trabajo social como agente facilitador de estas intervenciones. Y por último, el objetivo quizá más importante en cuanto a la intervención de tipo social es el que habla sobre “delimitar la implicación y el papel de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en las personas con dependencia por enfermedad mental”. Señalamos que el mismo plan de salud mental reconoce que los elementos cognitivos y psiquiátricos no están contemplados dentro la escala de valoración y que se centra en aspectos que tienen que ver con la movilidad y la capacidad de realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

### **Modelos de Atención desde Trabajo Social**

Existen unos determinantes sociales de salud que influyen en el proceso del paciente y que orientan de alguna forma la intervención desde el Trabajo Social<sup>6</sup>. Según este modelo, más allá de los factores que tienen que ver con edad, sexo o factores hereditarios (además de los estilos de vida), el apoyo social y comunitario forma una parte importante en la salud, enmarcado siempre en condiciones ambientales y de entorno básicos como la vivienda, el desempleo (o entorno laboral), alimentación y servicios sanitarios. Se sabe ya que en relación a los factores asociados a una mayor prevalencia de problemas de salud mental están en el ser del sexo femenino, estar separado/a o divorciado/a, tener enfermedades crónicas, estar desempleado/a, tener poco apoyo social y tener una posición económica desventajada<sup>7</sup>. Muchos otros estudios muestran un claro gradiente de aumento de la prevalencia de problemas de salud mental según disminuye el apoyo social percibido<sup>8</sup>.

En Trabajo Social, el área de conocimiento que se denomina “Sociogerontología” consiste en un tipo de intervención e investigación que se enfoca en el envejecimiento y que se comparte con otras disciplinas. Es aquí donde se constituye también la atención directa a pacientes mayores<sup>9</sup>.

Desde los modelos teóricos, existen varias metodologías o formas de actuación desde el aspecto social, estas pueden ser:

- a. Trabajo Social de casos (intervención social con individuos): intervenciones orientadas a la prevención, atención, seguimiento y coordinación que se desarrolla con un paciente y/o núcleo familiar.
- b. Trabajo Social Sistémico (intervención familiar): las familias de estas personas tienen unas necesidades específicas, tanto en lo referente a lo emocional como al funcionamiento interno y a su relación con su contexto social más inmediato. Requieren apoyo, asesoramiento e información sobre la enfermedad y su tratamiento, así como sobre el modo de relacionarse con la persona.

c. Trabajo Social en Red (intervención comunitaria): puede ser la intervención con redes sociales que van desde los propios vecinos hasta ONGs. Se trata de ir desde el individuo hacia el colectivo y desde el colectivo hacia el individuo, de forma que todos los ámbitos interactúen entre sí<sup>10</sup>.

Estos tres enfoques no son excluyentes y en nuestra experiencia son realizados simultáneamente en diferentes niveles por el trabajador social durante un ingreso hospitalario en psiquiatría cuando se trata de una persona mayor.

Para la realización de la intervención, el trabajador social cuenta con unas técnicas como la entrevista, observación y otras que se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1. Técnicas del Trabajador Social para la intervención social

Objetivo	Actividades	Técnicas	Instrumentos
Atender la problemática social del paciente	Identificación de la situación de riesgo social	Observación	Escalas de riesgo social
Información, orientación y asesoramiento en materia de asistencia social	Facilitar el acceso a los mismos	Entrevista individual	Informe social
Favorecer el bienestar de la persona	Integración en su medio	Entrevista familiar o visita domiciliaria cuando procede	Cronograma de actividades
Prevenir las recaídas que incluyan motivos de entorno social o contexto	Desarrollar actividad de prevención, promoción y asistencia	Estudio social	Historia social
Promover el desarrollo de las capacidades de las personas	Fomentando la responsabilidad en la resolución de problemas	Participación en grupos	Realización de grupos de apoyo social y socioeducativos
Facilitar el acceso a recursos sociales	Informando a la persona y su familia de la cartera de recursos existentes	Derivación a otros recursos	Informe de derivación

Además existen varios documentos o escalas diseñadas para valorar socialmente a las personas usuarias de un servicio donde intervenga Trabajo Social. Una de ellas es la Escala de Gijón<sup>11</sup>, empleada para valorar la situación social y familiar de las personas mayores. Otra escala más adaptada a psicogeriatría es la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit<sup>12</sup>, que recoge la frecuencia

con que el cuidador tiene sentimientos de carga, correlaciona el estado de ánimo y de salud física con la calidad de relación entre el cuidador y la persona atendida. El hándicap en este tipo de Escalas radica en la validez que tienen, puesto que suelen ser subjetivas, es decir, cuenta de manera notable la interpretación que le da el/la profesional que evalúa.

En un modelo más comunitario de atención psiquiátrica y en la línea de una atención individualizada y centrada en el contexto de la persona, otro de los objetivos que se plantea para salvaguardar varios factores de riesgo en la persona mayor y donde se incluye el papel de Trabajo Social, es la atención domiciliaria como estrategia a reforzar en el futuro. Se pretende con esto garantizar la continuidad de cuidadores de las personas mayores en su propio domicilio y entorno familiar. La ONU ya reconoce: “Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares y amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible”<sup>13</sup>.

### El Papel del Cuidador

Las intervenciones destinadas al espacio familiar y comunitario implican una mayor atención a los cuidadores. La figura del cuidador es fundamental en psicogeriatría. Existen diferentes tipos, en general es la propia familia quien le cuida (cuidadores informales) pero pueden ser profesionales contratados por la familia por horas o que residen con la persona y les atienden 24h (no profesionales). De forma generalizada, la tendencia de las personas mayores es rechazar la ayuda de cuidadores profesionales en su domicilio, debido a la personalidad, la cultura, las costumbres o la misma desconfianza a encontrarse personas desconocidas en casa; esto hace más complicada aun la tarea del cuidado. Las alternativas a estos problemas de momento son pocas. Se deben desarrollar intervenciones dirigidas a conseguir las condiciones propicias para la adecuada atención al enfermo, procurar fortalecer al cuidador principal para que ejerza su función y mejorar sus capacidades, y en ese sentido es fundamental procurar una adecuada formación.

Las actividades y estrategias que se pueden llevar a cabo para lograr fortalecer el papel del cuidador son:

- a. Información relativa a la enfermedad o dificultades, o cómo atender al enfermo (grupos psicoeducativos).

- b. Apoyar al cuidador: se trata de una cuestión emocional, dar herramientas técnicas para facilitar la tarea y reforzar positivamente al cuidador (grupos de ayuda mutua).
- c. Trabajar en la organización familiar, evitar el aislamiento del cuidador y fortalecer su red de apoyo social y emocional.
- d. Buscar recursos: apoyo formal cuando no haya una red de apoyo social informal

Otra de las alternativas para evitar la sobrecarga del cuidador es la participación en los programas de respiro familiar en centros de día que, específicamente en nuestra comunidad autónoma, ofrece la Diputación Foral de Bizkaia para personas mayores, los cuales tienen como finalidad ofrecer a la persona cuidadora la posibilidad de disponer de un tiempo para su descanso, recuperación y/o desarrollo personal o para hacer frente a una situación de necesidad puntual que le impida el ejercicio de sus funciones de cuidador durante el fin de semana<sup>14</sup>.

### Programa de Psicogeriatría

Cerca de 15.000 personas se han beneficiado de los servicios de AMSA Servicios de Psiquiatría (Avances Médicos) durante los 25 años que esta institución lleva de trayectoria. Con sede principal en Bilbao (País Vasco) trabaja con diversas aseguradoras privadas y se ha convertido en referente autonómico de Atención en Salud Mental.

Desde 2011 se está llevando a cabo en su unidad de agudos, ubicada en el Hospital San Juan de Dios de Santurtzi (Bizkaia) un Programa de Psicogeriatría orientado al tratamiento integral de los problemas de salud mental de las personas mayores de 65 años que ingresan en psiquiatría general. Este enfoque consiste en el trabajo en equipo de profesionales con experiencia en el área y con la sensibilidad necesaria para abordar de manera integral e inclusiva con la familia, las diferentes situaciones que puede presentarse en los adultos mayores, como trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos psicóticos crónicos y síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia, entre otros.

El programa surgió en respuesta a una necesidad de atender a esta población de manera más específica, dado que se vio un incremento paulatino de la proporción de mayores ingresados (alrededor del 25%) y que los recursos no se adecuaban en ocasiones a las necesidades de los pacientes.

Actualmente los pacientes tienen atención por un psiquiatra con formación y experiencia en psicogeriatría, evaluación sistemática por un psicólogo experto en neuropsicología y gerontología y por Trabajo Social. Enfermería realiza una valoración integral de diversos temas físicos y de requerimientos de atención y los auxiliares protocolizan las actividades en las que requieren supervisión o ayuda. Además contamos con la posibilidad de diversas interconsultas a otras especialidades médicas, especialmente Medicina Interna.

El programa da continuidad a los cuidados con una consulta ambulatoria específica de seguimiento que lleva el psiquiatra coordinador. Además se está también llevando a cabo una terapia de grupo ambulatoria, con frecuencia de una vez por semana, para pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de ansiedad y depresión, muchos de ellos provenientes de un ingreso en el hospital.

### **Intervención Social en Psicogeriatría en la Unidad de Agudos**

La función del Trabajador Social es fundamentalmente la gestión de recursos sociales tanto con el paciente como con la familia. También hay otras funciones que cumple como por ejemplo, la mediación con las familias, favorecer la integración social de los pacientes en la comunidad y su entorno personal y procurar el derecho de autodeterminación de los pacientes, dándoles herramientas e información para que puedan ser ellos mismos (en la medida de lo posible) quienes elijan una opción sobre sus procesos.

Las intervenciones de Trabajo Social en el primer contacto están destinadas a conocer el entorno y el contexto del paciente anteriores al ingreso, para que durante este mismo se puedan paliar las posibles carencias que influyen de alguna forma en el proceso de su enfermedad. Para lo-

grar esto, se aplica una encuesta de necesidades sociales, adaptada por la trabajadora social, para detectar las principales áreas implicadas y enfocar cada caso individualmente. Se interroga sobre la red de apoyo, los recursos económicos y de ayudas según establezca la ley.

Dentro de la intervención propiamente dicha, se trata de ofrecer tanto al paciente como a la familia las herramientas, conocimientos, orientaciones y acceso a los recursos de tipo social, sanitario o judicial de los cuales disponen, siempre informando a la persona de los derechos que tiene a solicitar ayudas de carácter social y económico.

En la línea de la sociogerontología cabe mencionar que el aspecto más importante en la intervención social es la entrevista familiar, puesto que se trata de personas mayores, algunas de ellas se encuentran viudas y con algún cambio reciente en la dinámica diaria que altera de forma importante el ritmo de las familias y que propicia en muchos casos el ingreso hospitalario. Es por eso importante contar con el apoyo de los familiares y la predisposición a cambiar aspectos que ayuden a mejorar la situación al alta.

En cuanto al tipo de trabajo que se realiza con el paciente y sus familias, hay que detallar varios aspectos:

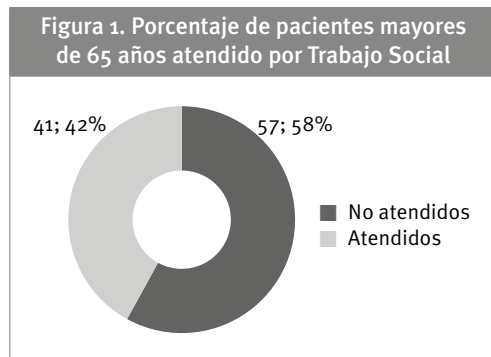
- a. En primer lugar mencionar que se trata de una Unidad en principio de corta estancia, por lo que los pacientes están atendidos durante un corto periodo de tiempo (15 días a un mes aproximadamente), teniendo este factor en cuenta, la intervención de Trabajo Social suele ser corta y en ocasiones de forma puntual ante la identificación de una dificultad social por parte del Psiquiatra de referencia.
- b. Se realizan entrevistas tanto a pacientes como a familiares cuando la situación lo requiere.
- c. En todas las ocasiones se informa al paciente y la familia sobre los recursos que existen en la comunidad, servicios sociales, sanitarios y jurídicos y el acceso a los mismos.
- d. Puede ser que el paciente sea derivado a otro recurso de carácter social o socio sanitario, por lo que se realiza la derivación desde Trabajo Social.

- e. Las causas que determinan el cierre de la intervención son en la mayoría de ocasiones el alta médica, que en algunos casos son por derivaciones a otros recursos de tipo residencial o de media o larga estancia.

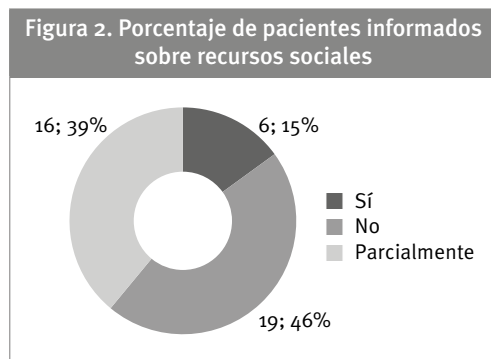
Entre los recursos que más se suelen gestionar para pacientes mayores, en coordinación con los asistentes de los servicios sociales de base, existen los siguientes:

- a. **Valoración de Dependencia:** La mayoría de pacientes que ingresan no la tienen gestionada. Es la principal actividad que se facilita en personas mayores, porque da acceso a otras ayudas en función del grado o nivel (Dependencia Moderada, Severa o Gran Dependencia).
- b. **Residencias o Centros de Día.** La forma de acceso es la misma para ambos, se rige en función del grado y nivel que se tenga como personas dependiente. La adjudicación de plazas concertadas puede tardar mucho, por lo que se aconseja siempre valorar la Dependencia aunque no se sienta como una necesidad en ese momento, puesto que facilita dicha labor en el futuro.
- c. **SAD o Servicio de Ayuda a Domicilio.** Es un servicio de apoyo a la persona para la realización de las actividades de la vida diaria, proporcionando en el domicilio atención personal y especializada. El objetivo es mejorar la calidad de vida de la persona dependiente y sus familiares mediante personal especializado en actividades concretas, favoreciendo su permanencia en el domicilio habitual.
- d. **Servicio de Teleasistencia.** Es un servicio de ayuda inmediata que permite a las personas mayores estar en contacto, a través de un pulsador (colgante o pulsera) con un centro de atención personal que en casos de emergencia pone en marcha el plan idóneo para una rápida y eficaz solución (aviso a familiares, médicos, ambulancia, etc). Tiene por objeto proporcionar seguridad a las personas mayores.
- e. **Otros:** cambio de Plan Individual de Atención, Incapacidad Judicial, ayudas para adaptar la vivienda, temas sobre pensión, etc.

Se han revisado los datos de los pacientes atendidos por Trabajo Social durante un año (de abril de 2014 a abril de 2015) en la unidad de agudos y se representan en las siguientes figuras.

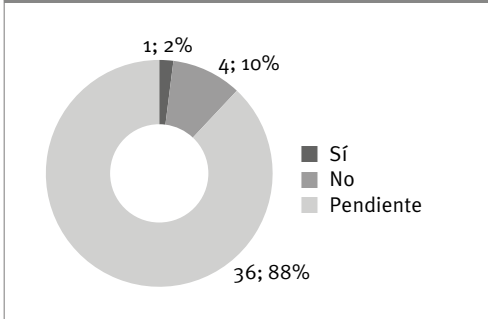


La figura muestra que es posible extender aún más la población atendida aunque es posible que la razón de que no hayan sido valorados es porque ni su psiquiatra de referencia ni el equipo terapéutico identificaron ninguna necesidad específica.



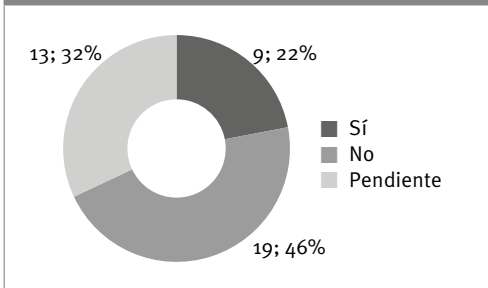
Podemos observar que la mayor parte de los pacientes que llegan al servicio vienen desinformados sobre recursos o están informados de forma muy parcial, sin saber exactamente en qué consisten los servicios y prestaciones ni el acceso a ellos.

**Figura 3. Porcentaje de pacientes que tienen valorada la discapacidad**



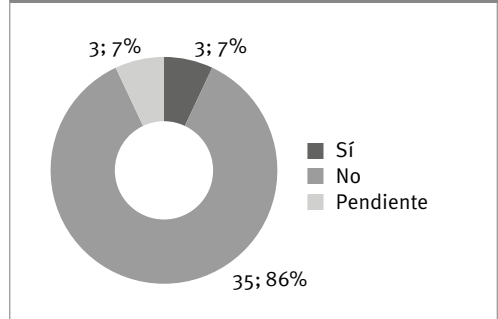
De los pacientes atendidos mayores de 65 años, la mayoría no tienen valorada la discapacidad. Esto se puede explicar desde la naturaleza de esta ayuda, orientada en su origen a personas en edad laboral o a quienes se les ha dado la incapacidad laboral en grado de parcial, total, absoluta o gran incapacidad y que, pasando la edad de 65, pasan a ser pensionistas de jubilación del INSS.

**Figura 4. Porcentaje de pacientes con valoración de la dependencia**



En cuanto al número de personas que tienen valoración de dependencia, sigue siendo bajo aunque ligeramente más alto en comparación con la valoración de discapacidad. La tendencia en este tipo de pacientes debería ser en aumento a la tramitación de este recurso, puesto que se configura como la puerta de acceso a prestaciones y servicios en materia de personas dependientes, y subvencionado por las administraciones públicas.

**Figura 5. Porcentaje de pacientes con incapacidad judicial**



El ámbito de las incapacidades judiciales sigue siendo un tema complejo, ya que continúa existiendo resistencia por parte de las familias a iniciar dicho trámite, utilizándolo como último recurso y solamente en casos en los que sea absolutamente necesario, puesto que comporta exigencias de carácter legal (exigir a los tutores el buen ejercicio de la tutela y la justificación anual de cuentas ante el juez).

### Conclusiones y Reflexiones finales

En la atención integral a personas mayores que tienen una patología mental y que están en una unidad de agudos, es clave el papel del trabajador social ya que facilita la participación de familia y la sociedad con la intervención activa de éstas en el tratamiento y recuperación del enfermo.

Se recomienda que la intervención con esta tipología de pacientes mayores sea de forma sistemática en todos los casos, ya que esto ayudaría en gran medida a evitar posibles recaídas relacionadas con factores sociales no resueltos en anteriores ingresos o contactos con Salud Mental. La intervención social debe ser algo fundamental que se lleve a cabo de una forma estructurada mediante la evaluación con escalas como la de Gijón o Zarit<sup>15</sup>, o la utilización del genograma como herramienta que ayude en las dificultades familiares y pueda ayudar a explicar aspectos comportamentales que afectan tanto al individuo como a la familia.

Cabe mencionar desde el espacio laboral y terapéutico la importancia de la intervención interdisciplinar y el trabajo en equipo con Psiquiatría, Psicología y Enfermería para lograr el principal

objetivo común, el bienestar del paciente. La experiencia en este sentido es de un balance muy positivo a favor de la rehabilitación del paciente. Analizar la situación individual desde cada una de las disciplinas para poder llevar a cabo un tratamiento con un fin común favorece tanto a la persona como al equipo, que puede ser capaz de ver de una forma distinta y más amplia el contexto en el que se encuentra el paciente y valorar así diferentes tipos de actuación.

La coordinación además de realizarse con el equipo, se hace fuera de la unidad de hospitalización hacia los Servicios Sociales de base, re-

curso jurídicos, sanitarios y médicos. Sin todo este trabajo en red no sería posible la integración del paciente en la comunidad y el retorno a su domicilio en las condiciones propicias para ello.

Se deben continuar desarrollando modelos de atención interdisciplinar en el área de la psiquiatría dado la importancia actual y futura de esta área clínica, donde se tengan en cuenta enfoques integrales con el fin último de brindarles a nuestros pacientes la mejor atención posible.

### Contacto

Andrés Correa • Hospital San Juan de Dios  
Avda. Murrieta 70 • 48980 Santurtzi, Bizkaia  
acorrea@avancesmedicos.es • Tel.: 944 947 071

### Referencias bibliográficas

1. Suay AL, Ortega M, Mendo O, Simó MD. Aniano Frágil: Guía de Actuación Clínica AP. URL: <http://www.san.gva.es/documentos/246911/251004/guiasapo3ancianofragil.pdf> [2003].
2. La Salud Mental y los adultos Mayores. Nota descriptiva N°381. In: Organización Mundial de la Salud. URL: <http://www.who.int/media/centre/factsheets/fs381/es/> [Septiembre de 2013].
3. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020. In: Osakidetza – Euskadi. URL: [http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/adjuntos/plan\\_salud\\_2013\\_2020.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/plan_salud_2013_2020.pdf) [Diciembre de 2013].
4. Población de la C.A. de Euskadi por ámbitos territoriales, según grandes grupos de edad y sexo. 2013. In: Eustat. URL: [http://www.eustat.es/elementos/ele0011400/ti\\_Poblacion\\_de\\_la\\_CA\\_de\\_Euskadi\\_por\\_mbitos\\_territoriales\\_seg\\_n\\_grandes\\_grupos\\_de\\_edad\\_y\\_sex0\\_2013/tblo011427\\_c.html#axzz3Kri8wgKl](http://www.eustat.es/elementos/ele0011400/ti_Poblacion_de_la_CA_de_Euskadi_por_mbitos_territoriales_seg_n_grandes_grupos_de_edad_y_sex0_2013/tblo011427_c.html#axzz3Kri8wgKl) [13.03.2014].
5. Estrategia en Salud Mental de la CAPV. In: Osakidetza. URL: [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpublo2/es/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publi/adjuntos/mental/estrategiaSaludMental.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpublo2/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/mental/estrategiaSaludMental.pdf) [06-2010].
6. Dahlgren G., Whitehead M. 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies.
7. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Intervenir en Salud Mental. In: Organización Mundial de la Salud. URL: [http://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf) [2004].
8. Bones K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Eiolis JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicotherma* 2010; 3: 389-395.
9. Landriel. E. Adultos Mayores y Familia: algunos aspectos de la intervención del Trabajo Social. In: Universidad de Costa Rica. URL: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-031.pdf> [20-09-2001].

10. Aroca L, Arocas A, Cebrián A, Maltés L, Pasqual M, Pérez C, et al. Intervención del/la trabajador/a social en las unidades de apoyo de salud mental. In: Generalitat Valenciana. URL: [http://www.san.gva.es/documentos/156344/484152/Intervencion\\_del\\_TSS\\_unidades\\_de\\_salud\\_mental.pdf](http://www.san.gva.es/documentos/156344/484152/Intervencion_del_TSS_unidades_de_salud_mental.pdf)
11. Abellán G, Abizanda P, Alastruey C, Albó A, Alfaro A, Alonso M, et al. Tratado de Geriatría para Residentes. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología 2007.
12. Regueiro AA; Pérez-Vázquez A; Gómara SM, Ferreiro MC. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Aten Primaria 2007 39(4):185-8.
13. Lamarca, I. El papel de la sociedad en la integración de las personas con enfermedad mental. In: Norte de Salud Mental 2009; 34: 34-43.
14. Departamento de Acción Social. In: Diputación Foral de Bizkaia. URL: [http://www.bizkaia.net/home2/Temas/DetalleTema.asp?Tem\\_Codigo=8697&idioma=CA&bnetmobile=1&dp\\_to\\_biz=3&codpath\\_biz=3|235|8697](http://www.bizkaia.net/home2/Temas/DetalleTema.asp?Tem_Codigo=8697&idioma=CA&bnetmobile=1&dp_to_biz=3&codpath_biz=3|235|8697) [2014].
15. Pujol M. El trabajo interdisciplinar en Psicogeriatría. El trabajo social con el paciente psico-geriátrico. Informaciones Psiquiátricas 2008; 192: sin página.

- Recibido: 2/10/2015.
- Aceptado: 15/12/2015.

# Estudio descriptivo de los trastornos adaptativos en las consultas de salud mental.

## *Descriptive study on adaptative disorders in mental health consultation.*

Pilar del Valle-López\*, Enrique Bermúdez Navas\*\*

\* Psiquiatra Hospital Clínico Universitario Valladolid.

\*\* MIR de Psiquiatría Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

**Introducción:** El diagnóstico de trastorno adaptativo es uno de los más frecuentes pese a ser una categoría que carece de criterios diagnósticos propios. Limítrofe con reacciones emocionales normales a estresores, es objeto de debate y de cuestionamiento terapéutico.

Este estudio pretende analizar las características sociodemográficas, continuidad del tratamiento y existencia de reincidencias en un grupo de pacientes.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de trastorno adaptativo en consulta externa durante un año, excluyendo aquellos con antecedentes psiquiátricos previos.

Se recogieron datos sociodemográficos, acontecimientos vitales, subtipos diagnósticos y tratamiento indicado inicialmente. Se registró información de los tres años siguientes sobre abandono del tratamiento, alta médica o aquellos que continuaban al cabo de este tiempo. Análisis estadístico con el paquete SPS – versión 15.

**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 304 pacientes: 64,9% mujeres, media edad 47,02 años  $\pm$  15,5 Sd, convivencia en familia propia 70,5%, nivel de estudios primarios 49,8% de los casos.

Los estresores más frecuentes fueron problemas de salud (33,2%), conflictos laborales (21,3%) y en el hogar (16%).

El subtipo mixto fue el más encontrado (47,9%); los antidepresivos fueron el tratamiento más prescrito de inicio (53,4%).

36,4% abandonaron, la mitad en el primer mes (45,0%).

30% altas en la primera consulta; 61,7% a los seis meses. A los 3 años seguían en tratamiento 4,6%.

Las reincidencias fueron del 15%.

**Conclusión:** Nuestros resultados coinciden con otros estudios. Alta tasa de abandonos en los primeros meses y escaso porcentaje de reincidencias, apoyando la aparente buena evolución de los mismos y la difícil separación de las reacciones normales.

**Palabras clave:** trastornos adaptativos, estresores psicosociales, evolución, tratamiento.

**Introduction:** The diagnosis of adaptative disorder is one of the most common despite of being a category which lacks of its own diagnostic criteria. Bordering normal emotional reactions to stressors, it is an object of debate and therapeutic questioning.

**Objective:** To study the sociodemographic characteristics, the continuity of the treatment and the existence of relapse in a group of patients.

**Methods:** Descriptive retrospective study. Patients diagnosed with adaptative disorder in external consultation during a year were included whereas those with previous psychiatric history were excluded.

Sociodemographical data, vital events, diagnostic subtypes and initially indicated treatment were collated. Information about quitting the treatment, discharges, or continuing it during the three following years was recorded. Statistical Analysis: Data were analyzed with SPS version 15.

**Results:** A sample of 304 patients was obtained: 64,9% of women, average age of 47,02 years old  $\pm$  15,5 Sd, 70,5% living together with their family, level of primary studies in 49,8% of the cases.

The most common stressors were health problems (33,2%), conflicts at work (21,3%) and at home (16%).

The mixed subtype was the most frequently found (47,9%); antidepressants were the most prescribed initial treatment (53,4%).

36,4% quitted, half of them in the first month (45,0%).

30% of discharges in the first consulting; 61,7% in the first six months. 3 years later, just a 4,6% continued the treatment.

There was a 15% of relapses.

**Conclusion:** Our results coincide with other studies. High rate of discontinuation in the first months and low percentage of relapse, supporting the apparent good evolution of the patients and the difficulty of isolating them from the normal reactions.

**Keywords:** adjustment disorders, psychosocial stressors, outcome, treatment.

## Introducción

El diagnóstico de trastorno adaptativo es uno de los más frecuentes en las consultas de Salud Mental y sin embargo todavía es muy escasa la investigación y las publicaciones al respecto.

En el primer manual de la DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1952) (1) estos trastornos se incluyeron dentro del grupo de los transitorios situacionales de la personalidad, describiéndolos como una respuesta aguda a un estresor ambiental abrumador que se resolvía una vez desaparecido el desencadenante.

El concepto actual de trastorno adaptativo surgió en el DSM III (1980) (2) como una respuesta

desadaptada a estresores cotidianos, diferenciando los distintos subtipos que se han mantenido sin modificar en los siguientes manuales hasta el actual DSM 5 que, aunque no se refiere a ellos como subtipos, si precisa la necesidad de especificar según la sintomatología. En esta última versión han dejado de ser un trastorno aislado y se han incluido dentro de los trastornos relacionados con el estrés y con los traumas (3).

En la clasificación estadística internacional de enfermedades y de problemas relacionados con la salud ICD, es en la versión 10 cuando se adopta el término de trastorno adaptativo, previamente habían sido definidas como reacciones de adaptación y siempre dentro de los trastornos relacionados con los traumas (4).

Desde el inicio han generado controversia porque para muchos autores suponen medicalizar situaciones de la vida cotidiana mientras que para otros, la existencia de unos criterios demasiado estrictos hace desviar el diagnóstico hacia otras categorías.

Los trastornos adaptativos carecen de criterios específicos si exceptuamos el que el inicio de los síntomas debe ser precedido por la presencia de un estresor identificable y tener un aparente curso longitudinal, resolviéndose dentro de los seis primeros meses después de desaparecer el estresor o sus consecuencias.

Se podrían considerar como una categoría subumbral o residual al no poder ser diagnosticados cuando se reúnen criterios para otro tipo de diagnóstico, como es el caso de una depresión mayor o de un trastorno de ansiedad generalizada con los que se suelen solapar con frecuencia.

No hay estudios de prevalencia en población general y los que existen en atención primaria y en interconsulta psiquiátrica oscilan entre el 11% -18% y el 10% - 35% respectivamente (5) (6).

Ninguno de los grandes estudios epidemiológicos realizados hasta la actualidad como el americano Epidemiological Catchment Area Study (1980), o el Mental Health Epidemiologic Survey de la Organización Mundial de la Salud (2008) o el UK National Psychiatry Morbidity Survey (1993, 2000, 2007) incluyeron estos trastornos. Únicamente el estudio europeo para la depresión Network International Depression Outcome (ODIN) (2006) determinó su prevalencia en población general, pero exclusivamente para el subtipo depresivo, cifrándola en el 1% (7).

Se ha señalado que los trastornos adaptativos son al menos tres veces más frecuentes que la depresión mayor en pacientes con una enfermedad física aguda (13,7% vs 5.1%) y pese a ser considerados como una categoría residual, se relacionan con una elevada incidencia de intentos de suicidio y de suicidios consumados (entre 25%-60% dependiendo de la edad) (8). No obstante el riesgo parece ser más bajo que en otro tipo de trastornos.

Los intentos de suicidio se asocian en estos pacientes con frecuencia al consumo de alcohol y

se producen en un intervalo de tiempo más corto desde el inicio de los síntomas que en los trastornos depresivos. Son intentos más impulsivos, sin planificar y sin señales previas de alteraciones emocionales o conductuales que puedan facilitar su prevención (8) (9).

Otro debate es el relativo a su tratamiento, con los antidepresivos como los fármacos más frecuentemente utilizados aunque sean las terapias psicológicas breves las más recomendadas por los expertos. Es posible que no siempre se requiera un tratamiento específico al ser los trastornos adaptativos por definición, condiciones autolimitadas, sin embargo, esto no debería implicar no recibir atención si no que se debería evaluar el tipo de intervención en función de la necesidad inicial ante el estrés, recursos de la persona y contexto en el que se desenvuelve.

Hay publicaciones que señalan que los pacientes con trastornos adaptativos requieren menos tratamiento, son capaces de volver a su nivel de funcionamiento más pronto y tienen menor probabilidad de presentar recurrencias (5).

Este es un estudio descriptivo que analiza las características de 304 pacientes diagnosticados de trastorno adaptativo en las consultas de Salud Mental durante un año, la continuidad del tratamiento y la existencia de reincidencias en los tres años posteriores a su diagnóstico. Los resultados son discutidos en relación con la literatura existente.

## Material y métodos

Los datos sociodemográficos, la información relativa al estresor desencadenante, subtipo diagnóstico realizado, tratamiento inicial indicado y existencia o no de recaídas posteriores fueron obtenidos de forma retrospectiva de las historias clínicas de todos los pacientes atendidos en las consultas de Salud Mental del área sanitaria de Palencia diagnosticados de trastorno adaptativo durante un año.

Se excluyeron aquellos pacientes que tenían antecedentes previos de cualquier tipo de trastorno psiquiátrico. Se recogieron todos los datos existentes en los historiales durante los tres años posteriores referidos a permanencia en el

tratamiento o la solicitud de nuevas consultas por nuevas demandas de atención.

El área de salud de Palencia asiste a una población mayor de 18 años de 142.707 habitantes. Durante el año a estudio fueron atendidos en las consultas de Salud Mental 2038 pacientes y de ellos 504 recibieron el diagnóstico de trastorno adaptativo (24,7%). Una vez hecha la exclusión según los criterios ya descritos, se obtuvo una muestra de 304 pacientes (14,91%).

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 15. La comparación de variables cualitativas se realizó mediante tablas de contingencia.

## Resultados

Los resultados relativos a las características sociodemográficas de la muestra se recogen en la tabla 1.

Observamos un predominio femenino 64,9% con una media de edad de 47,02 años  $\pm$  15 ds. 70,5% vivía con familia propia; 49,8% tenía un nivel de estudios primarios y 35,7% se encontraban trabajando.

Entre los estresores el más importante fue los problemas de salud propios o de un familiar cercano 33,2%, seguido de estrés laboral 21,3%; rupturas de pareja 15,1%, problemas en el ámbito familiar 14,8%. El paro fue un desencadenante en el 2,6% de los pacientes.

El 11,8% refería dos acontecimientos estresantes y 2,29% tres o más estresores.

El subtipo mixto fue el más frecuente 47,9%, seguido del de ansiedad 29,5% y del depresivo 15,7%. Con alteraciones de la conducta 1% y no especificado el subtipo en 5,6% de los casos.

En un 53,4% de los pacientes el tratamiento inicial indicado fue con antidepresivos, a un 28,5% se indicó tratamiento psicoterapéutico y un 10,8% exclusivamente benzodiacepinas. Los antidepresivos más frecuentemente utilizados fueron los ISRS (74,8%).

Las tasas de abandono fueron de 36,4%, las altas por parte del especialista de un 58,7% y al final de los tres años seguían en tratamiento un 4,6% de los pacientes. A los seis meses de la pri-

mera consulta 204 pacientes (66,9%) ya no estaban en seguimiento. A lo largo de los tres años siguientes un 15,1% de los pacientes volvieron a solicitar atención en nuestras consultas.

La comparación de las características de los pacientes que abandonaron el tratamiento respecto de los que fueron dados de alta o permanecieron en el mismo no mostró diferencias significativas en las variables sociodemográficas, estresores desencadenantes o en el tipo de tratamiento utilizado al inicio. Sólo se encontraron diferencias significativas en el subtipo diagnóstico, observando una menor tasa de abandono en el grupo de pacientes con diagnóstico de subtipo depresivo 23,4% (11/47) vs 38,67% (99/256) con una  $p$  0,04 (tabla 2).

## Discusión

Los trastornos adaptativos fueron los diagnósticos más frecuentes en nuestras consultas durante el año 2010 (24,7%) seguidos de los trastornos del humor (16,1%) y de otros trastornos de ansiedad (15,7%) acorde a lo referido en otras publicaciones. Se estima su incidencia en las consultas de atención psiquiátrica de adultos en un rango entre el 5% y el 21% (5).

Un trabajo de Fernández y cols sobre su prevalencia en atención primaria sorprendió por la baja cifra encontrada frente a la esperada 2,94% (10). Quizás, como señala otra autora, Casey (11), la utilización en el estudio de Fernández de entrevistas estructuradas SCID-I con criterios derivados del DSM y de la ICD que clasifican estos trastornos como categorías residuales, podrían explicar su baja prevalencia al ser diagnosticados como otro tipo de trastorno. Argumenta que estas entrevistas diagnósticas utilizan un análisis transversal de la situación clínica, valorando la existencia en un momento determinado de un número de síntomas y una duración mínima de los mismos, mientras que el trastorno adaptativo es un diagnóstico longitudinal basado en la etiología y la evolución de los síntomas. Solo cuando se les conceda la importancia adecuada y se desarrollen instrumentos adaptados se podrá resolver esta cuestión, concluye esta autora.

Cornelius et al han desarrollado en 2014 una entrevista diagnóstica para los trastornos adap-

tativos la Development and Validation of the Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD) que podría ser un instrumento válido pero que requiere de mayor investigación (12).

La mayor incidencia que hallamos en mujeres difiere de otros estudios que señalan menor frecuencia de los trastornos adaptativos en este género en comparación con los trastornos depresivos y de ansiedad (13). La diferenciación entre ambas categorías podría haber influido, en especial, cuando las dos se asocian a estresores precipitantes y la repercusión funcional es moderada.

Entre los factores sociales encontramos un alto porcentaje de pacientes que vivían con la familia propia; 14,1% con la familia de origen y 9% vivían solos. El nivel de estudios predominante era el primario 50%.

Hay estudios que sugieren como algunos de estos factores (edad, sexo, estado civil) podrían influir en el curso y la evolución de muchos trastornos psiquiátricos, entre ellos los adaptativos (14) y otros encuentran que en las mujeres en particular, estos factores parecen ser más importantes a la hora de determinar la prevalencia y gravedad de la sintomatología depresiva, incluso más que la existencia de acontecimientos vitales desencadenantes. El estar casada señalan, podría ser un factor menos protector más que un factor de riesgo para la intensidad de la sintomatología depresiva y de ahí más posibilidades de ser diagnosticadas de depresión que de trastorno adaptativo. Esto podría aplicarse sobre todo en mujeres con hijos al tener mayores exigencias en el hogar y padecer un estrés de forma más crónica que el hombre (13).

Otros estudios sugieren que los pacientes con trastorno adaptativo son más jóvenes, tienen más impulsividad, abuso de sustancias y trastorno de personalidad asociados (15).

El estresor más importante que encontramos fue la existencia de una enfermedad propia o de un familiar próximo seguido de los problemas en el ámbito laboral y en un porcentaje muy bajo, sin embargo, la pérdida del trabajo como estresor desencadenante. En algunos artículos se señalan los problemas matrimoniales como la causa

más frecuente mientras que los problemas interpersonales y los familiares lo serían en la depresión mayor (16).

Hay discrepancias en relación a si el tipo de estresor interviene en la gravedad de los síntomas, sobre todo depresivos, y algunos sugieren que es más la asociación del estresor con los rasgos de la personalidad y las estrategias de afrontamiento de la persona los que influyen en el inicio del trastorno que su efecto sobre la gravedad de los síntomas (13).

Hay pocos estudios de prevalencia sobre los subtipos diagnósticos. En dos trabajos recientes encontraron que el subtipo de ansiedad era el más frecuente seguido por el depresivo. En nuestro estudio fue el mixto pero no parece, por lo encontrado en la literatura, que existan grandes diferencias entre ellos cuando se comparan variables sociodemográficas, comorbilidad o historia a lo largo de la vida (16).

Al comparar el grupo de pacientes que había abandonado el tratamiento frente al grupo que había permanecido o había sido dado de alta por el especialista no encontramos diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas exceptuando el subtipo diagnóstico, teniendo los pacientes con el subtipo depresivo menor probabilidad de abandonar el tratamiento que el resto de los subtipos diagnósticos. Quizás la sintomatología depresiva sea vivida como más patológica por parte del paciente y favorezca una mayor adherencia al tratamiento.

Se confirma la aparente buena evolución de estos trastornos (5), tal y como señala su propia definición, tanto en el porcentaje de altas realizadas a los pocos meses del inicio del tratamiento, como de la baja tasa de reincidencias a los tres años del diagnóstico. En un estudio realizado a 5 años, el 71% no cumplía criterios para ningún trastorno psiquiátrico (17).

Aunque nuestro estudio no incluía adolescentes, conviene señalar que a diferencia de la buena evolución observada en adultos en aquel grupo de población es frecuente desarrollar otro tipo de patología posterior.

El elevado el índice de abandonos tras la primera consulta (35,1%) podría apoyar la difícil

delimitación con reacciones emocionales adecuadas y adaptativas a los estresores que acontecen en la vida.

El tratamiento inicial más prescrito fueron los antidepresivos, en particular los ISRS, a pesar de que no existe una evidencia clara de sus beneficios en este tipo de trastornos con pocos estudios randomizados y ninguno, hasta el momento, a doble ciego.

En un estudio realizado en un grupo de pacientes con subtipo no especificado en el que se comparaba placebo, terapia de apoyo, antidepresivos y benzodiazepinas no se encontraron diferencias significativas y todos los pacientes mejoraron (18).

La prescripción de antidepresivos en USA ha experimentado un aumento en los últimos años (la tasa anual global pasó de 5,84% a 10,2%) como se refleja en un estudio hecho entre los años 1996 y 2005. Siendo en el caso de los trastornos adaptativos donde este aumento ha sido mayor (22,26% al 39,37%) (19).

El manejo farmacológico, según algunos autores, debería consistir en el tratamiento sintomático del insomnio o de los síntomas de ansiedad con benzodiazepinas o en el caso de estar contraindicadas por el peligro de abuso o dependencia deberían utilizarse antidepresivos (8).

En general, las terapias psicológicas breves son consideradas en la actualidad como las más apropiadas en los trastornos adaptativos, con la excepción de que cuando se mantienen los estresores, puedan necesitarse medidas de apoyo más prolongadas pero tampoco existe investigación suficiente en cantidad o en calidad para llegar a conclusiones más sostenibles (20).

Para finalizar, el aspecto más positivo de este estudio es que al incluir a todos los pacientes diagnosticados con este trastorno en un área de salud durante un año, nos puede proporcionar un fiel reflejo de la práctica clínica habitual. Sus limitaciones derivan de que al ser un estudio retrospectivo y aunque las variables que se han manejado son recogidas de forma sistemática en la historia clínica no han sido definidas previamente y no han permitido abordar algún otro aspecto que podría haber sido de interés, como podría haber sido la presencia de trastornos de la personalidad asociados.

### Conclusiones

Como hemos señalado los trastornos adaptativos son una parte importante de la práctica clínica cotidiana y pese a ello falta investigación que aporte una mayor especificidad y solidez a su diagnóstico.

Es necesaria una delimitación clara con las reacciones emocionales normales y con otras categorías con las que con frecuencia se solapan y deberían dejar de considerarse, una vez diagnosticados, como una categoría de menor importancia por su aparente menor gravedad y su buena evolución ya que pese a esto se asocian, sobre todo al inicio, con una elevada incidencia de conducta suicida.

Es importante seguir parámetros de evidencia a la hora de establecer las aproximaciones terapéuticas y para ello se precisan más estudios comparativos entre las diferentes opciones de tratamiento.

### Correspondencia

Pilar del Valle López • Centro de Salud La Victoria  
Paseo del Jardín Botánico nº13 • 47009 Valladolid  
pilardelvallelopez@yahoo.es



## Bibliografía

1. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders. American Psychiatric Association. Washington DC: APA 1952.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3<sup>rd</sup> edition. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 1980.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 edition. Washington DC: APA 2014.
4. World Health Organisation (WHO): The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical description and diagnostic guidelines (ICD-10). Geneva: WHO; 1992.
5. Jones R, Yates WR, Williams S, Zhou M, Hardman L Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. *J Affect Disord* (1999) 55: 55-61.
6. Zimmerman M, Martínez JM, Dalrymple K, Morgan KL, Lipschitz JM, Martínez et al. Is the distinction between adjustment disorders with depressed mood and adjustment disorders with anxious and depressed mood valid? *J Clin Psychiatry* 2013; 74 (5): 470-476.
7. Casey P, Maracy M, Kelly B D, Lehtinen V, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS et al. Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *J Affect Disord* 2006; 92:291-297.
8. Casey P, Bailey S Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry* 2011; 10:11-18.
9. Poliakova I, Knobler HY, Ambrumova A Characteristics of suicidal attempts in major depression versus adjustment reactions. *J Affect Disord* 1998; 47: 159-67.
10. Fernandez A, Mendive JM, Salvador-Carulla L, Rubio-Valera M, Luciano JV, Pinto Meza A et al. Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *Br J Psychiatry* 2012; 201:137-142.
11. Casey P, Doherty A. Adjustment disorders: implications for ICD-11 and DSM-5. *B J Psychiatry* 2012; (201): 90-92.
12. Cornelius L, Brouwer S, De Boer MR, Groothoff JV, Van der Klink Development and validation of the Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD). *Int. J. Methods Psychiatr. Res* 2014; 23 (2): 192-207.
13. Barnow S, Linden M, Lucht M, Freyberger H. The importance of psychosocial factors, gender, and severity of depression in distinguishing between adjustment and depressive disorders. *J Affect Disord* 2002; 72: 71-78.
14. Paikel ES. Stress and affective disorders in humans. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2001; 6: 4-11.
15. Snyder S, Strain JJ, Wolf D Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12:159-165.
16. Casey P Adjustment disorder: New developments. *Curr Psychiatry Rep* 2014;16:451
17. Greenberg WA, Rosenfeld DN, Ortega E Adjustment disorder as an admission diagnosis. *Am J Psychiatry*. *Am J Psychiatry* 1995; 152:459-461.
18. Olfson M, Marcus SC National patterns in antidepressant medications. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66 (8): 848-856.
19. Casey P, Pillary O. Pharmacological interventions for adjustment disorders in adults. *C. Data base of Systematics reviews* 2013; Issue 6. Art N: CDo10530
20. Jones R, Yates W, Zhou M. Readmission rates for adjustment disorders: comparison with others mood disorders. *J Affect Disord* 2002; 71: 199-203.

• Recibido: 8/12/2015.

• Aceptado: 8/1/2016.

**Tabla 1. Resultados de las variables sociodemográficas**

Pacientes 304	Nº	%
<b>Género</b>		
varón	107	35,1
mujer	198	64,9
<b>Estado civil</b>		
soltero	55	18
casado	180	59
separado	41	13,4
viudo	10	3,3
otro	13	4,3
desconocido	6	2
<b>Convivencia</b>		
familia propia	215	70,5
familia origen	43	14
solos	25	8,2
otros	13	4,3
desconocido	9	3
<b>Estudios</b>		
analfabeto	5	1,6
primarios	152	49,8
medios	84	27,6
universitarios	42	13,8
desconocido	22	7,2
<b>Actividad</b>		
trabaja	109	35,7
ITL	55	18
ama de casa	41	13,4
pensionista	42	13,8
paro	34	11,1
desconocido	17	5,6

**Tabla 2. Comparativa de pacientes abandonaron vs pacientes que no abandonaron**

	Abandonos n=111	No abandono n=193	Significación
Hombres / mujeres	29,7%/70,3%	37,8%/62,2%	Ns
Edad	46,2±15,2	47,36±15,8	Ns
<b>Convivencia</b>			
familia propia	72,9%	69,4%	Ns
familia origen	9,9%	16,04%	Ns
solo	9%	7,7%	Ns
otros	3,6%	4,66%	Ns
desconocido	4,5%	2,07%	Ns
<b>Actividad</b>			
trabaja	36,9%	38,4%	Ns
ITL	19,8%	17,2%	Ns
ama de casa	15,3%	12,4%	Ns
pensionista	9%	16,5%	Ns
paro	12,6%	10,4%	Ns
desconocido	6,4%	5,1%	Ns
<b>Estudios</b>			
analfabeto	1,8%	1,5%	Ns
primarios	52,3%	48,2%	Ns
secundarios	27,9%	27,4%	Ns
universitarios	10,8%	15,5%	Ns
desconocido	7,2%	7,4%	Ns
<b>Acontecimiento vital</b>			
enfermedad	29,8%	35,3%	Ns
laboral	20,7%	21,2%	Ns
p. familiares	18,9%	14,6%	Ns
ruptura pareja	14,4%	15,5%	Ns
paro	0,9%	3,6%	Ns
Otros	15,3%	9,8%	Ns
<b>Subtipo diagnóstico</b>			
<b>depresivo</b>	<b>9,9%</b>	<b>18,6%</b>	<b>P o.04</b>
ansiedad	27%	31,2%	Ns
mixto	49,5%	47,2%	Ns
a. conducta	1,8%	0,5%	Ns
n.e.	11,8%	2,5%	Ns
<b>Tratamiento inicial</b>			
antidepresivo	52,2%	54%	Ns
benzodicepinas	10,8%	11%	Ns
otros	7,2%	7,2%	Ns
psicoterapia	29,8%	27,8%	Ns
Reincidencias no/si	85,6%/14,4%	84,4%/15,6%	Ns





# FORMACIÓN CONTINUADA



# Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XXII).

## Psicofarmacología.

Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz.

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada es una sección que de modo permanente aparece en *NORTE de salud mental*. Se pretende que la persona que lo desee pueda autoevaluarse en áreas clave siguiendo un formato de pregunta tipo MIR en los que cada ítem es comentado y soportado bibliográficamente. Los dos últimos números de *NORTE de salud mental* han considerado los aspectos más relevantes y actuales de psiquiatría orgánica. Se han abordado los síndromes confusionales, los trastornos cognitivos, la amnesia y los trastornos psiquiátricos sintomáticos debidos a enfermedad médica incluyendo el Sida.

### Psiquiatría orgánica 2ª parte Trastornos Amnésicos-Trastornos debidos a enfermedad médica y VIH

**Pregunta 174.** Cuando en la exploración neurocognitiva se observa que un paciente tiene dificultades de reciente aparición para anudarse los zapatos, podemos considerar que existe una alteración ¿de qué tipo de memoria?:

- a. Memoria declarativa.
- b. Memoria explícita.
- c. Memoria implícita.
- d. Memoria a corto plazo.
- e. No poder anudarse los zapatos NO depende de las capacidades mnésicas.

**Pregunta 175.** Si existe algún test que se utilice de manera sistemática en la evaluación del paciente neuropsiquiátrico este es el MMSE (Mini-

Mental State Examination). Precisamente porque se usa mucho y en muchas circunstancias, conviene saber que sobre el MMSE la verdadera es:

- a. El MMSE fue concebido para evaluar el estado mental de pacientes psiquiátricos hospitalizados y monitorizar el cambio.
- b. El MMSE fue creado por Folstein específicamente para la detección de la demencia.
- c. Gracias al MMSE diferentes tipos de alteraciones mnésicas pueden ser fácilmente identificados nosológicamente.
- d. El analfabetismo no afecta a la ejecución ni resultados de la prueba.
- e. Las puntuaciones de la prueba no están afectadas por el nivel educativo.

**Pregunta 176.** La presencia de cuál de los síntomas señalados abajo descarta el diagnóstico de un cuadro de amnesia disociativo:

- a. Amnesia de la amnesia posterior al episodio.
- b. Amnesia autobiográfica localizada.
- c. Amnesia autobiográfica global.
- d. Flashbacks.
- e. Nada de lo señalado descarta el diagnóstico de amnesia disociativa.

**Pregunta 177.** Es incierto respecto del síndrome de Korsakoff:

- a. Etiología déficit de vitamina B1.
- b. Inicio gradual.
- c. Confabulación



- d. Representa un paradigma de patrón puro de alteración de la memoria.
- e. Memoria reciente más afectada que la memoria remota.

**Pregunta 178.** Le consulta su colega internista porque un paciente en tratamiento con ombitasvir+ritonavir+paritaprevir (Kiekirax R) necesita tratamiento psiquiátrico medicamentoso. Para este caso en concreto usted debiera saber que uno de los siguientes fármacos está contraindicado, señálelo de entre los de la lista:

- a. Duloxetina.
- b. Buprenorfina+Naloxona (Suboxone R).
- c. Olanzapina.
- d. Quetiapina.
- e. Metadona.

**Pregunta 179.** Diferente psicopatología corresponde a diferentes alteraciones funcionales neuroanatómicas. De entre las siguientes interrelaciones, clínica-alteración presumible SNC, indique aquella que considera falsa:

- a. Síntomas primer rango de Schneider — hemisferio no dominante.
- b. Anosognosia — lóbulo parietal.
- c. Sd de Anton — lóbulo occipital.
- d. Sd. de Capgras — hemisferio no dominante.
- e. Sd. de Fregoli — hemisferio no dominante.

**Pregunta 180.** Alguna de las siguientes interrelaciones, enfermedad-trastorno del sueño, es falsa:

- a. Enfermedad de Parkinson — alteración ritmo circadiano.
- b. Demencia Alzheimer — sundowning.
- c. Enfermedad de Huntington — despertares frecuentes.
- d. Uremia — piernas inquietas.
- e. Sd de Klein Levin — insomnio.

**Pregunta 181.** Las enfermedades producidas por priones representan un reto diagnóstico y terapéutico. ¿Cuál de las siguientes NO es una enfermedad priónica?:

- a. Kuru.
- b. Insomnio familiar fatal.
- c. Enfermedad de las vacas locas.
- d. Enfermedad de Gerstman Straussler Schneider.
- e. Panencefalitis esclerosante subaguda.

## Respuestas

**Pregunta 174. Respuesta correcta: C**

**Comentario:** La memoria procedimental o implícita es la parte de la memoria que participa en el recuerdo de las habilidades motoras y ejecutivas necesarias para realizar una tarea. Es un sistema ejecutivo que guía la actividad y suele funcionar a un nivel inconsciente. Cuando es necesario, los recuerdos procedimentales se recuperan automáticamente para ser utilizados en la ejecución de procedimientos integrados relacionados con habilidades motoras e intelectivas; desde anudarse los cordones de los zapatos hasta pilotar un avión. El acceso a estos recuerdos y su utilización se realiza sin la necesidad de una atención o control conscientes. La memoria procedimental es un tipo de memoria a largo plazo, y se considera una forma de memoria implícita. El desarrollo de estas capacidades memorísticas tiene lugar a través de un “aprendizaje procedimental”, esto es, mediante la repetición sistemática de una actividad compleja hasta que se adquiere la capacidad de que todos los sistemas neuronales implicados en la ejecución de la tarea trabajen de forma conjunta y automática. El aprendizaje procedimental implícito es esencial para el desarrollo de cualquier tipo de habilidad motora o cognitiva.

**Bibliografía:** Bullemer, P., Nissen, M.J., Willingham, D.B. (Noviembre de 1989). «On the Development of Procedural Knowledge». *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition* 15 (6): 1047–1060

**Pregunta 175. Respuesta correcta: A**

**Comentario:** El Mini-Mental fue concebido y creado originalmente en 1975 para evaluar y describir de forma sistemática y cuantitativa el estado mental de pacientes psiquiátricos hospitalizados y monitorizar el cambio del mismo. El Mini-Mental se aplica en 7-10 min, con un rango de

puntuación de 0 a 30 puntos. Existen 2 versiones adaptadas a la población española de Lobo et al. El MMSE no cuenta con ningún ítem original y, según Folstein, su autor, se creó seleccionando «those ítems that had been clinically useful to me and that could score with little interpretation», entre los que se incluían algunos ítems incluidos en otros instrumentos (p.ej., escala de Blessed).

El artículo original del Mini-Mental es probablemente la referencia más repetida en ciencias de la salud, acaparando a 31 de diciembre del 2012 un total de 29.057 citaciones (Journal Citation Reports®), muy por encima de artículos míticos de la historia de la medicina, como pueden ser el de Watson y Crick, donde se describe la estructura del ADN (4.705 citaciones), o el artículo donde Prusiner describe los priones (2.641 citaciones).

El MMSE no fue creado específicamente para la detección de demencia, eso explica el que la mayor parte de su puntuación se deba a la orientación (10 puntos) y el lenguaje (8 puntos) y tan solo 3 de sus 30 puntos evalúen la memoria, un dominio cognitivo que se afecta primordial y precozmente en las demencias más frecuentes. Las funciones ejecutivas están infrarrepresentadas, por lo que resulta un instrumento poco sensible a la disfunción frontal. El MMSE contiene múltiples ítems que no aportan apenas capacidad discriminativa al conjunto, en especial en para el diagnóstico de demencias leves.

Una importante limitación del MMSE es que no puede ser aplicado a analfabetos al exigir 2 de sus ítems saber leer y escribir.

Un problema adicional es el importante sesgo educativo, que determina que las puntuaciones estén fuertemente asociadas al nivel educativo, de forma que los sujetos con más educación puntúan sistemáticamente más que los menos educados. Esta circunstancia explica que el MMSE sea poco sensible en sujetos con alto nivel educativo – sujetos con demencia pueden arrojar puntuaciones normales-, y poco específico en sujetos con bajo nivel educativo. En un estudio llevado a cabo en Rochester, entre sujetos con al menos 16 años de educación, con el punto de corte recomendado (23/24), la sensibilidad fue solo del 66% para demencia y el 45% para deterioro cognitivo; por el contrario en un estu-

dio realizado en un área rural en España, y con este mismo punto de corte, la especificidad para demencia fue 0% en los analfabetos.

**Bibliografía:** Carnero-Pardo C. ¿Es hora de jubilar al Mini-Mental? *Neurología*. 2013. doi:10.1016/j.nrl.2013.07.003

**Pregunta 176. Respuesta correcta: E**

**Comentario:** Muchos individuos con amnesia disociativa sufren una dificultad crónica en su capacidad para formar y mantener relaciones satisfactorias. Las historias de trauma, de abuso de menores y la victimización son frecuentes. Algunos individuos con amnesia disociativa informan de flashbacks disociativos (p. ej., la reexperimentación de eventos traumáticos). Muchos tienen antecedentes de automutilación, de intentos de suicidio y otros comportamientos de alto riesgo. Son frecuentes los síntomas depresivos y los síntomas neurológicos funcionales como la despersonalización, los síntomas autohipnóticos y una elevada capacidad de sufrir hipnosis. Los pacientes suelen sufrir amnesia total del episodio (amnesia de la amnesia) y la pérdida de información autobiográfica puede ser parcial o completa.

**Bibliografía:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed DSM 5. American Psychiatric Association 2014 Editorial Médica Panamericana, pp: 299.

**Pregunta 177. Respuesta correcta: D**

**Comentario:** Los pacientes con síndrome de Korsakoff generalmente muestran un cambio de la personalidad como falta de iniciativa reducción de la espontaneidad y desinterés o despreocupación. Estos cambios se asemejan a los atribuidos a pacientes con lesiones o degeneración del lóbulo frontal. En efecto dichos pacientes con frecuencia presentan déficits de las funciones ejecutivas que implican atención, planificación, desplazamiento de objetivos y razonamiento inferencial compatibles con lesiones de patrón frontal. Por este motivo el síndrome de Korsakoff no es un trastorno puro de la memoria aunque ciertamente es un buen paradigma de las presentaciones clínicas más habituales del síndrome amnésico.

**Bibliografía:** Trastornos Amnésicos. En Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J.



Sadock, Virginia A. Sadock editores 10ª Edición. Pág 347. Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins. 2009.

#### Pregunta 178. Respuesta correcta: D

**Comentario:** En enero de 2015 la Agencia Europea del medicamento EMEA aprobó la comercialización de ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (Viekirax®) y dasabuvir (Exviera®) para el tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC. de genotipo 1 y posteriormente para el genotipo 4.

Aproximadamente, un total de nueve millones de personas viven con VHC en Europa. El 60% de los casos corresponden al genotipo 1. El genotipo 4, aunque menos prevalente en Europa que el genotipo 1 (entre el 7 y el 20% de los casos de hepatitis C europeos se asocian a dicho genotipo), ha incrementado su prevalencia en el continente en los últimos años y es el mayoritario en países de Oriente Medio, en Egipto y en el África Subsahariana. En España el genotipo 4 presenta una prevalencia superior al promedio europeo, con una prevalencia particularmente aumentada entre aquellas personas coinfectadas por VIH y/o que adquirieron el virus hepático a través del uso de drogas intravenosas. La llegada de una nueva combinación – libre de interferón – útil para tratar tanto el VHC de genotipo 1 como el de genotipo 4 constituye una muy buena noticia para la comunidad de personas infectadas por VHC en Europa.

Ritonavir es un inhibidor potente de CYP3A. Los medicamentos que dependen en gran medida de CYP3A para su eliminación, cuyos niveles elevados en plasma se asocian con reacciones adversas graves, están contraindicados. Los medicamentos altamente dependientes de CYP3A para su eliminación y cuyos niveles elevados en plasma se asocian con acontecimientos graves no se pueden administrar de forma concomitante con Viekirax. Los niveles de quetiapina pueden incrementarse hasta niveles que induzcan el coma.

A continuación se presentan algunos ejemplos.

Sustratos CYP3A4 contraindicados simultáneamente con Kiekirax:

- Clorhidrato de alifosina.
- Amiodarona.

- Astemizol, terfenadina.
- Cisaprida.
- Ergotamina, dihidroergotamina, ergonovina, metilergometrina.
- Ácido fusídico.
- Lovastatina, simvastatina, atorvastatina.
- Midazolam por vía oral, triazolam.
- Pimozida.
- Quetiapina.

**Bibliografía:** [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/000127/WC500028728.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000127/WC500028728.pdf). 05/02/2015

#### Pregunta 179. Respuesta correcta: A

**Comentario:** Los síntomas de primer orden descritos por Kurt Scheinder se han asociado consistentemente a lesiones del hemisferio dominante.

Schneider se interesó en diferenciar la esquizofrenia de otras psicosis, realizando una lista de los síntomas psicóticos que son particularmente característicos de la esquizofrenia, los que se conocen actualmente como “síntomas schneiderianos de primer orden” o, simplemente, “síntomas de primer orden”<sup>1</sup>

Estos son:

- Pensamiento sonoro.
- Voces que discuten entre sí.
- Voces que comentan las propias acciones.
- Influencias corporales
- Robo del pensamiento
- Divulgación del pensamiento
- Percepción delirante.

La confiabilidad de los “síntomas de primer orden” ha sido puesta en duda desde entonces, aunque los términos siguen siendo utilizados por profesionales de la salud mental en términos más descriptivos que como criterios diagnósticos.

**Bibliografía:** Trastornos mentales debidos a enfermedad médica. En Kaplan & Sadok Sinopsis

de Psiquiatría. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock editores 10ª Edición. Pag 353. Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins. 2009.

**Pregunta 180. Respuesta correcta: E**

**Comentario:** El síndrome de Kleine-Levin, también denominado síndrome de la bella durmiente. Es una enfermedad poco frecuente de tipo neurológico que se caracteriza por episodios, de días o semanas de duración, en los que el paciente afectado presenta somnolencia excesiva y periodos de sueño prolongado de como mínimo 18 horas diarias (hipersomnía). Otras manifestaciones incluyen una sobrealimentación compulsiva, conducta sexual desinhibida, deterioro de las capacidades mentales, desorientación, agresividad e incluso alucinaciones. Después de las crisis el comportamiento y las capacidades mentales vuelven a la normalidad, aunque a veces existe amnesia tras el ataque y no se recuerda nada de lo sucedido. El paciente puede presentar largos periodos, de semanas o meses y quizás hasta años, completamente libre de cualquier síntoma.

**Bibliografía:** Trastornos mentales debidos a enfermedad médica. En Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock editores 10ª Edición. Pag 356. Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins. 2009.

**Pregunta 181. Respuesta correcta: E**

**Comentario:** Las enfermedades por priones son un grupo de trastornos relacionados provocados por una proteína infecciosa transmisible conocida como prión. Estas enfermedades son el Kuru, Insomnio familiar fatal, Enfermedad de Gerstman Straussler Schneider y enfermedad de Creutzfeldt Jakob. Una variante de esta última conocida como enfermedad de las vacas locas apareció en 1995 en el Reino Unido y se atribuye a la transmisión de la encefalopatía espongiforme bovina del ganado vacuno a los seres humanos. Las encefalopatías producidas por priones son todas mortales.

La panencefalitis esclerosante subaguda es una enfermedad de la infancia y adolescencia inicia con una relación varón mujer 3:1 producida por la vacunación o infección por el virus del sarampión – un paramixovirus del género Morbillivirus-. Al igual que las enfermedades priónicas, la panencefalitis esclerosante subaguda también deviene en mortal.

**Bibliografía:** Trastornos mentales debidos a enfermedad médica. En Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock editores 10ª Edición. Pag 366-367. Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins. 2009.

# Las clasificaciones psiquiátricas actuales y su relación con el estatus científico de la psiquiatría.

## *The current psychiatric classifications and its relationship with the scientific status of psychiatry.*

Andrea González Morales

Psiquiatra. Responsable médico Unidad de Trastornos de Personalidad de AMSA.

**Resumen:** En el presente artículo se realiza una revisión de aspectos históricos y filosóficos a propósito de las principales clasificaciones psiquiátricas con el fin de plantear algunas conclusiones respecto al estatus científico actual de la Psiquiatría. Tomando como punto de partida las clasificaciones naturales y su relación con la constitución de la ciencia médica, se rastrea el surgimiento en el siglo XIX de las primeras clasificaciones psiquiátricas de los alienistas y la posterior aparición durante el siglo XX de los principales manuales diagnósticos que culminará con la consolidación del DSM III como la principal propuesta nosológica actual. En este contexto se identifican los principales problemas nosológicos actuales que obligan a reflexionar sobre la estructura conceptual de la Psiquiatría. Finalmente se recogen algunas propuestas epistemológicas que apuntan hacia la consideración de la naturaleza híbrida de la ciencia psiquiátrica y a la necesidad de un tipo de clasificaciones científicas que se mantengan en correspondencia con dicho planteamiento.

**Palabras clave:** clasificaciones psiquiátricas, DSM, nosología, epistemología, estatus científico, psiquiatría.

**Abstract:** In this article we review historical and philosophical aspects about major psychiatric classifications in order to make some conclusions about the current scientific status of psychiatry. Taking as its starting point the natural classifications and their relationship with the establishment of medical science, the rise is tracked in the nineteenth century of the first psychiatric classifications of the psychiatrists and the subsequent development during the twentieth century the main diagnostic manuals culminating with the consolidation of DSM III as the main nosological current proposal. In this context the main diagnostic problems that require reflection on the conceptual structure of psychiatry are identified. Finally some epistemological proposals aimed towards consideration of the hybrid nature of psychiatric science and the need for a type of scientific classifications to stay in line with this approach are collected.

**Key words:** psychiatric classifications, DSM, nosology, epistemology, scientific status, psychiatry.

## Las clasificaciones en medicina y la ciencia médica

Si bien hasta finales del siglo XVIII los médicos solo podían realizar incipientes clasificaciones basadas en los cuadros clínicos pronto el afán clasificatorio que se había iniciado en los siglos XVI y XVII en la botánica y la zoología alcanzaría a la disciplina médica. De esta manera y siguiendo el modelo de la taxonomía en biología autores como Linneo y De Sauvages creían posible distinguir entre el género y la especie de una enfermedad al igual que se hacía entre el género y la especie de plantas y animales (1). Dicho suceso se ejemplifica de manera paradigmática con Carl Von Linneo quien publicó en 1759 “Genera Morborum”; obra en la que el autor sueco intentó clasificar todas las enfermedades conocidas. En consonancia con la tradición clínica iniciada por Thomas Sydenham – que establecía como prevalente para la época la idea de que las enfermedades se debían describir preferentemente en base a sus manifestaciones clínicas-el método de clasificación de las enfermedades de Linneo –con su propuesta de 11 clases, 37 géneros y 325 especies– se estructuró en base a los síntomas (2).

Linneo fue taxónomo y aunque médico fue más conocido en la botánica la cual tuvo la mayor parte de su atención e interés. La imagen de este hombre de ciencia resulta significativa en la medida en que ilustra el momento y la manera en que las clasificaciones científicas, provenientes de la biología y originadas antes que en ésta en la química y la física, comienzan a ocuparse de las entidades morbosas y determina a su vez una clasificación de las enfermedades que resulta anclada en los principales supuestos que subyacían a las clasificaciones de las ciencias naturales. Berrios (3) apunta así dos consideraciones de importancia respecto al denominado afán clasificatorio que se había generalizado en todo occidente para el siglo XVIII. En primer lugar las agrupaciones tendrían que formarse en base a unas características “privilegiadas”, supuesto que en la biología solo llegaría a ser cuestionado a finales del siglo XVIII cuando Adanson sugiere que todas las características deberían tomarse en cuenta. En segundo lugar el impulso clasificatorio de los hombres se entendía como natural o innato, dado por Dios, y solo hasta el siglo XIX, con la teoría evolutiva, comienza a plantearse

la cuestión de si este afán clasificatorio podría plantearse más como una función cognitiva “adaptativa”.

El concepto de entidad morbosas entra de esta manera en el debate filosófico concerniente a la naturaleza de la clasificación y su papel dentro del conocimiento. La propuesta ejemplificada por Linneo, entendiéndose, la consideración de las entidades morbosas como objetos a los cuales sería posible aplicar el método propio de una clasificación científica, más allá de su corrección o efectividad como herramienta médica, se puede leer como un primer indicio de una medicina que se suma al proyecto de las ciencias naturales. Dicha empresa supuso para la época la prevalencia de una visión “esencialista” de manera que una clasificación si científica lograría descubrir la “esencia” o realidad existente y subyacente al fenómeno natural en estudio. Sin embargo estas primeras clasificaciones de las enfermedades no resultaron más que divisiones y subdivisiones de síntomas mal definidos que no aportaron en el desarrollo de la medicina moderna (4) y la práctica médica del siglo XVIII se caracterizó por tratamientos ineficaces sustentados en clasificaciones de las enfermedades múltiples, dispares y especulativas que se basaban mayoritariamente en las antiguas teorías hipocráticas de los humores.

Solo durante el siglo XIX llegó a darse la ampliación del foco de observación de los clínicos desde los síntomas hacia el estudio sistemático y riguroso de los grupos de pacientes con la consecuente consolidación del empirismo y la paralela correlación de dichas descripciones clínicas con las teorías anatomopatológicas, fisiopatológicas y microbiológicas de las enfermedades. Estos cambios fueron pues la base de la sustitución progresiva de las clasificaciones basadas en síntomas por las clasificaciones etiológicas y de esta manera la clasificación actual de las enfermedades en medicina se ofrece como una combinación de entidades morbosas definidas en términos clínicos, anatómicos, fisiológicos y microbiológicos(4). La sustitución de definiciones descriptivas por otras en términos etiológicos dio lugar a nuevas entidades morbosas que permitían hacer predicciones más precisas y ayudaban a desarrollar tratamientos específicos. Estas nuevas entidades morbosas con utilidad clínica pero no basadas simplemente en la observación

sintomática representaban además un renovado estatus científico para la medicina en la medida en que se fundamentaban en los mecanismos de la enfermedad y entraban en correspondencia con la ambición de la ciencia en tanto búsqueda de “realidades” en la naturaleza. La medicina moderna actual renuncia a la idea de que exista pues el abdomen agudo –un síndrome doloroso abdominal de inicio abrupto– como realidad en la naturaleza, pero sí considera en alguna medida la realidad de la apendicitis, una entidad que logra ser clasificada y definida desde la anatomía patológica. Podría decirse pues que el proceso de clasificar, aunque no es único de la ciencia, va unido de manera fundamental al proceso por medio del cual la ciencia busca encontrar cómo es, realmente, el mundo. La ciencia médica actual si bien renuncia a una postura esencialista –pues reconoce el papel del hombre en los procesos clasificatorios en tanto la elección de criterios resulta una función de su conocimiento e intereses– considera posible y necesario un tipo de clasificación de las enfermedades que logre capturar grupos clasificatorios no arbitrarios en base a los diferentes niveles de descripción clínico, anatómico, fisiopatológico y microbiológico.

### Las primeras clasificaciones en psiquiatría

Aunque el afán nosológico alcanzó a la medicina en el siglo XVIII, en el caso de la enfermedad mental sólo hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX se dio una profusión de propuestas nosológicas de un tipo similar a las propuestas clasificatorias de la botánica y la zoología características de los siglos XVI y XVII (5). A comienzos del siglo XIX la clasificación de la locura llegaba a los médicos de manera muy similar a como se había concebido en los tiempos romanos y se aceptaban pues 4 tipos: frenitis, demencia, melancolía y manía. Respecto a los tres primeros parecería haber consenso entre los médicos sin embargo la manía (término griego que designa la locura) se utilizaba como una categoría residual para aquellos tipos no categorizables en alguno de los primeros y era objeto de disputa y múltiples y diversas subdivisiones (5). Así pues cada uno de los autores –famosos alienistas francés y alemanes como Pinel, Griesinger, Kalbahum, Wernicke, Kraepelin, Bleuler– incorporaron a sus propuestas nosológicas tanto la experiencia clí-

nica como una serie de presupuestos respecto aquello considerado como la característica esencial –“privilegiada” diría Berrios– de la enfermedad psiquiátrica lo cual dio lugar, tal como sucedió en su momento en la botánica, a una serie de taxonomías incompatibles que representaban a la caótica nosología psiquiátrica de finales del siglo XIX.

Estableciendo paralelismos entre la taxonomía botánica y la psiquiátrica, Kendler (5) subraya la manera en que los diferentes psiquiatras utilizaron diferentes validadores –si utilizamos terminología psiquiátrica actual– para implementar su propio y particular concepto de la esencia de los trastornos psiquiátricos dando lugar a diferentes esquemas nosológicos. En este sentido el autor llama la atención sobre la contingencia histórica propia de las clasificaciones psiquiátricas actuales de manera que están firmemente enraizadas en un contexto histórico particular: se fundamentan en las categorías de enfermedad psiquiátrica tal como fueron articuladas por los psiquiatras europeos del siglo XIX y, por tanto, en un método de clasificación que parte del supuesto, refutado en la taxonomía botánica, de que los expertos tienen la capacidad de determinar *a priori* aquellas características de los trastornos psiquiátricos que reflejan su naturaleza esencial. En este contexto puede afirmarse que es la propuesta nosológica de Emil Kraepelin formulada en 1899 la que fundamenta solo con ligeras modificaciones a la nosología psiquiátrica actual. Sin embargo el gran problema con este tipo de enfoques esencialistas es que no están fácilmente prestos a verificación empírica y de hecho para Cutting (6) respecto a la nosología kraepeliniana la mayor parte de la investigación realizada en el siglo XX ha hecho a un lado muchos de sus supuestos a pesar de lo cual no es posible hablar de una alternativa clasificatoria viable.

### Las clasificaciones psiquiátricas actuales: DSM y CIE

Actualmente la que se puede considerar la nosología psiquiátrica de referencia se encuentra contenida en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA) y la clasificación internacional de enfermedades (CIE) obra

de la Organización mundial de salud cuyo capítulo V está dedicado a los trastornos mentales. Si bien las últimas versiones al uso corresponden al DSM V publicado en mayo de 2013 y al CIE 10 en 1992, en términos generales los principales elementos nosológicos de interés se conservan a la fecha tal como fueron concebidos en la tercera versión del DSM.

Publicado en 1980, el DSM III –la tercera versión del manual clasificatorio de la asociación americana de psiquiatría– marcó un cambio paradigmático en la clasificación psiquiátrica (7). Si bien en el DSM II la APA había adoptado la nomenclatura de la CIE 8 –lo cual implicaba el uso de descripciones con base en síntomas y se constituye en el antecedente inmediato de los criterios diagnósticos operativos–, hasta entonces los manuales existentes parecían confinar su utilidad a los registros estadísticos de morbimortalidad requeridos por la Organización mundial de salud y aparecían apenas como una guía a manera de glosario de las que muchos clínicos apenas conocían su existencia. Sin embargo con la aparición del DSM III los fines estadísticos fueron claramente sobrepasados por el extendido uso clínico de este nuevo manual clasificatorio de manera que la nosología cobró manifiesta importancia y repercusión en la conceptualización de la psiquiatría como disciplina médica y en su método de acercamiento a su objeto de estudio. Tal como señala Michael First, psiquiatra americano y uno de los principales editores del DSM IV, la mayor innovación del DSM III fue la adopción de ideas que se habían puesto a prueba y habían resultado útiles en el campo de la investigación en un manual diseñado principalmente para el uso clínico. Asimismo el nuevo sistema clasificatorio parecía marcar el camino de la psiquiatría hacía la adopción del modelo diagnóstico de la medicina en el cual los diagnósticos son la piedra angular tanto de la práctica médica como de la investigación clínica (7).

#### *Los criterios operativos y la confiabilidad diagnóstica*

El DSM III marcó el inicio del uso de criterios diagnósticos operativos en la definición de prácticamente todos los trastornos mentales. De esta manera el manual proporcionaba criterios específicos que, al delimitar las categorías diagnósti-

cas, pretendían mejorar el acuerdo diagnóstico entre diferentes observadores. Los problemas con el uso de los diagnósticos psiquiátricos y la poca confiabilidad de los mismos tienen sin embargo como antecedente los estudios iniciados por la CIE de manera que ya en el DSM II se hacía uso de descripciones con base en síntomas lo cual suponía el abandono de las descripciones clínicas basadas en dispare teorías etiológicas.

La CIE había surgido con fines estadísticos sobre la mortalidad mundial y sólo en 1948 en su sexta versión incluye también causas de morbilidad e integra por primera vez a los trastornos mentales. Esta sección sin embargo resultó más problemática que otras y por ejemplo tras 11 años sólo se aplicaba en Finlandia, Perú Tailandia y el Reino Unido. Este hecho, suscitó una investigación en el área a cargo del psiquiatra británico Erwin Stengel para hacer recomendaciones en torno a una clasificación de los trastornos mentales que resultara más ampliamente aceptada en el mundo. La octava versión se publicó así en 1967 y se convirtió en la primera clasificación psiquiátrica moderna basada predominantemente en síntomas (8).

La ineficacia de las descripciones diagnósticas aportadas por las clasificaciones previas al DSM III se hizo asimismo evidente en el campo de la investigación de manera que en la década de 1970 comienzan a aparecer diferentes criterios diagnósticos en los grupos de investigación con el fin de obtener muestras de pacientes homogéneas que permitieran el desarrollo de experimentos del tipo ensayo clínico. Así la antesala de lo que sería el método moderno de definición de los trastornos mentales se localiza en 1972 cuando se publican en la revista Archivos generales de Psiquiatría las definiciones operativas de 15 condiciones que se conocerían en relación con su autor como “los criterios de Feighner”. Los autores planteaban pues el uso de unos criterios diagnósticos formales con el objetivo de proveer una base común a los diferentes grupos de investigación que asegurará el uso de grupos de pacientes comparables. Estos criterios diagnósticos surgían en base a una revisión empírica de 1000 artículos y de manera significativa se presentaron como una síntesis de la información existente que se basaba en los datos antes que en la opinión o en la tradición. A esta propuesta

inicial le siguieron en 1975 los criterios diagnósticos de investigación (RDC), desarrollados por los psiquiatras Robert Spitzer y Eli Robinz quienes modificaron los 15 criterios Feighner y desarrollaron los criterios para 10 condiciones más. Sin embargo, aunque muchos de estos nuevos criterios estaban basados en la evidencia empírica, por necesidad –reconocían los autores– muchos otros aparecían como resultado del consenso de expertos en un intento de hacer operativos conceptos cuya importancia diagnóstica se basaba fundamentalmente en la sabiduría clínica (7).

La premisa bajo la cual se construyeron los criterios operativos de todos los trastornos del DSM III fue pues la de hacer operativos los diagnósticos psiquiátricos aun en la ausencia de una demostrada validez empírica de muchos de los mismos. En el DSM III las definiciones operativas se entendieron como la puerta de entrada necesaria para la investigación empírica y se justificaron además como el método para mejorar el acuerdo diagnóstico entre los clínicos, esto es, mejorar la confiabilidad de las categorías diagnósticas. Aunque se diferenció en su momento confiabilidad de validez, la propuesta clasificatoria parecía sugerir que ambas iban juntas, tanto en el sentido de que la primera debía preceder temporalmente a la segunda como que la confiabilidad prometía una mejora de la validez al permitir, se entiende, la investigación en cada trastorno.

#### *La ateoricidad del DSM III o el regreso a la tradición kraepeliniana*

Con la adopción de enfoque descriptivo, en el cual los trastornos se definen en función de su presentación sintomática, el DSM III supuso rechazar una clasificación basada en hipótesis etiológicas potencialmente inválidas y llevó al abandono de la teoría psicoanalítica que había sido la base del DSM I. El DSM III estaría pues sustentado por el retorno a la tradición empirista propia de la psiquiatría de la segunda mitad del siglo XIX; un proyecto que parece afianzarse en el DSM IV, manual el que las clasificaciones psiquiátricas absorben todo el espíritu de la corriente conocida como medicina basada en la evidencia (9). Sin embargo desde una perspectiva epistemológica parecería en un primer momento que la propuesta ateoricidad representa un retroceso del proyecto cien-

tífico psiquiátrico si se entiende que el progreso de una disciplina científica implicaría, tal como se ilustra en la historia de la medicina, una sustitución progresiva de enunciados descriptivos por enunciados teóricos.

En este sentido resulta importante resaltar la influencia del empirismo lógico a través de Carl Hempel quien en 1959 prepararía un documento a propósito de las clasificaciones en Psiquiatría que resultaría influyente en la creación de los criterios operativos característicos de la CIE 8 (8). El filósofo define dos requisitos a cumplir por cualquier clasificación científica que hacen referencia a una separación entre enunciados observacionales y enunciados teóricos. En primer lugar los términos utilizados y los conceptos que éstos reflejan deben permitir una adecuada descripción de los objetos de la ciencia en cuestión (importe empírico) y en segundo lugar estos deben permitir el establecimiento de leyes o teorías por medio de los cuales un evento particular pueda ser explicado y por tanto científicamente comprendido (importe sistémico). Sin asumir una postura respecto a la teoría etiológica correcta, ya sea biofisiológica o psicodinámica, para Hempel las clasificaciones psiquiátricas si científicas continuarían en su cambio de sistemas basados en características observables a sistemas basados en conceptos teóricos. La mayor crítica de Hempel fue a los términos subjetivos en que estaban definidos a la fecha las categorías psicodinámicas y desde esta perspectiva las clasificaciones diagnósticas procuraron resolver la situación adhiriéndose al principio del operacionalismo mediante la mejora en la confiabilidad diagnóstica a expensas, se entiende, de un retroceso en la capacidad explicativa de las nuevas clasificaciones.

Por otra parte a pesar de su alegada ateoricidad en 1978 los autores del DSM III fueron denominados como “los Neokraepelinianos” pues de acuerdo a Gerald Klerman, psiquiatra quien acuñó el apelativo, compartían la perspectiva nosológica del psiquiatra alemán Emil Kraepelin caracterizada por un énfasis en clasificar los trastornos mentales en base a las características descriptivas y curso clínico. Desde una perspectiva histórica, tal como señalan algunos, el nacimiento de esta corriente vendría estrechamente unido a la revolución farmacológica iniciada en la década de los

años cincuenta que pareció validar la distinción nosológica kraepeliniana entre los cuadros de manía, depresión y esquizofrenia (10). La aparición de medicamentos con un importante nivel de especificidad y efectivos en el tratamiento de los trastornos mentales, supuso nada menos que la reivindicación del concepto de enfermedad mental, la necesidad de estudios experimentales de tipo ensayo controlado y la promesa de una posible identificación de las condiciones psiquiátricas como alteraciones neurobiológicas. El resurgimiento pues de la tradición kraepeliniana en la psiquiatría de finales del siglo XX se puede entender de esta manera como el afianzamiento de la Psiquiatría como rama de la medicina y, en esta medida también, se entienden las modernas clasificaciones psiquiátricas como ancladas en el tradicional modelo biomédico.

### **Validez de los diagnósticos psiquiátricos y el modelo deficitario de la ciencia psiquiátrica**

En general parece existir un acuerdo entre los diversos autores en los logros obtenidos tras la implementación generalizada de los sistemas diagnósticos DMV y CIE como herramientas con un buen nivel de confiabilidad que suponen por tanto un avance en la comunicación entre los clínicos e investigadores. Sin embargo el progreso en la validez de los diagnósticos —esto es la correspondencia de los definidos como trastornos psiquiátricos con validadores externos como la historia familiar o los marcadores neurobiológicos— es claramente insatisfactorio. Este concepto de validez psiquiátrica se enmarca dentro de la noción de validez más amplia de la ciencia empírica que implica la idea de diagnósticos psiquiátricos como entidades que logran capturar una realidad externa y objetiva y es desde esta perspectiva que existe preocupación en torno a si las clasificaciones psiquiátricas actuales son científicamente válidas y por tanto, si se corresponden con clasificaciones naturales (8).

La evaluación de las diferentes clasificaciones psiquiátricas desde la postura epistemológica del empirismo lógico, evidencia unas clasificaciones psiquiátricas deficitarias en la medida en que no llegan a satisfacer los requerimientos exigidos por una clasificación científica. Este análisis arroja pues la visión una Psiquiatría que en relación a su estatus científico se encuentra 150

años atrás de la medicina: al buscar los correlatos anatomopatológicos, fisiopatológicos o etiológicos los psiquiatras del siglo XXI estarían intentando hacer lo que los médicos hicieron en el siglo XIX y la ausencia de hallazgos sería pues la evidencia de una empresa científica que parecería no estar resultando exitosa.

### *La reificación de los trastornos psiquiátricos*

En cuanto al problema de la validez de los diagnósticos habrá que señalar que los diagnósticos contenidos en las clasificaciones actuales no se tratan usualmente como herramientas heurísticas sino que en gran medida se han reificado. Así todos los trastornos de los manuales diagnósticos se tratan como si correspondiesen a clases naturales o entidades que existen pues independientemente de un evaluador (11). Si bien la ausencia de conocimientos en torno a la fisiopatología de los trastornos psiquiátricos llevó a una clasificación basada en las características clínicas, no existe justificación para una división de toda la psicopatología en trastornos altamente específicos o la categorización de toda la psicopatología en entidades discontinuas (12). Sin embargo el supuesto de que los trastornos mentales pueden definirse como categorías discretas independientes se inició en el DSM III y se mantiene pues como una creencia que se ha hecho tan cotidiana como el uso de los manuales clasificatorios.

En este sentido, es necesario precisar que la nosología kraepeliniana estaba centrada en las psicosis mayores con la principal distinción entre enfermedad maniaco depresiva y demencia precoz (10). Kraepelin sostenía que ambas correspondían a entidades morbosas que por tanto se debían a anormalidad biológicas mayores en el cuerpo. Este hecho subraya la ontología biológica de las psicosis que Kraepelin asumió en su clasificación y que, al no ser precisada por los neokraepelinianos, ha conducido a la presunción, tras el DSM III, de una etiología biológica en todos los trastornos psiquiátricos. Las revisiones kraepelinianas que se efectuaron en el DSM III y DSM IV han conducido a una proliferación tal de trastornos que de manera caricaturesca llega a ser denominada por algunos como “nosologomanía” (13). Así los trastornos contenidos en el DSM se asumieron en la práctica como entidades

morbosas de manera tal que si en 1972 con los criterios Feighner era posible hablar de 15 diagnósticos válidos, con el DSM III se asiste a una hipertrofia de síntomas y síndromes que da lugar a 265 diagnósticos psiquiátricos aparentemente válidos.

## Modelos alternativos de trastorno mental y las clasificaciones psiquiátricas

### *El modelo médico en Psiquiatría*

En este contexto de incertidumbre una de las propuestas en torno a los cambios necesarios en los sistemas clasificatorios psiquiátricos vendría dada por el afianzamiento del modelo médico. En este sentido se pronuncia Ghaemi en su artículo: “Tomar la enfermedad en serio e ir más allá de una nosología pragmática”<sup>14</sup>). Su propuesta implicaría pues, remover la palabra trastorno del DSM y su sustitución ya sea por enfermedad o síndrome. El primero de estos términos estaría reservado para aquellas condiciones en donde una base biológica de su patogénesis o etiología se conoce o está al menos apoyada por la evidencia. Esta primera clase vendría representada tal vez por una decena de condiciones que incluirían la esquizofrenia y la enfermedad bipolar. El segundo término correspondería a constructos clínicos que no tienen una base biológica bien documentada y en estos casos los orígenes sociológicos y psicológicos deberían recibir una atención separada. En general la propuesta se establecería como basada en un método propio de la tradición hipocrática y la investigación científica en la nosología clínica utilizaría los validadores epidemiológicos clásicos (síntomas, curso, historia familiar, respuesta al tratamiento y marcadores biológicos) de manera que el fortalecimiento del concepto de enfermedad permitiría el enlace de las condiciones descritas con los futuros avances en la neurobiología.

### *Una nueva psicopatología o el retorno a Jaspers*

Por otra parte, tal vez una de las propuestas más recurrentes como respuesta a la situación actual de la nosología psiquiátrica sea la de reconsiderar las planteamientos metodológicos de Karl Jaspers, psicopatólogo alemán quien en 1913 publica su obra *Psicopatología General*. Siguiendo a José de León (15, 16,17) la propues-

ta del psicopatólogo alemán se puede resumir en dos ideas esenciales estrechamente interrelacionadas. En primer lugar los trastornos psiquiátricos son heterogéneos (algunos son enfermedades médicas, algunos son variaciones de la normalidad y otros son condiciones intermedias). En segundo lugar, la Psiquiatría es por tanto una disciplina científica híbrida que combina métodos de las ciencias naturales (definidas como las ciencias empíricas que estudian el mundo natural) y las ciencias sociales. Dichas ciencias proveen pues respectivamente una *explicación* de la enfermedad que sigue el modelo médico y una *comprensión* de las anomalías psiquiátricas que son variaciones de la existencia humana.

De esta manera Jaspers en contraste con la nosología krapeliniana introduce la idea de enlazar la Psiquiatría con la tradición humanista al resaltar el valor del significado como parte esencial de la disciplina psiquiátrica. Se opone a la idea de que la enfermedad psiquiátrica puede ser reducida a la enfermedad cerebral mientras reconoce sin embargo la utilidad del enfoque clínico empírico. Así pues algunos trastornos psiquiátricos, por ejemplo, los trastornos de personalidad no se ajustan al modelo médico y a los métodos de las ciencias naturales de manera que en el tratamiento de dichos pacientes los psiquiatras deben hacer uso de la comprensión; un método propio de las ciencias sociales.

La psiquiatría trataría pues con objetos híbridos (tanto síntomas y trastornos) algunos ajustados a las ciencias naturales y otros a las ciencias sociales lo cual permite concluir a Berrios que la realidad de la Psiquiatría no es biología pura ni un constructo social vacío sino una combinación compleja de ambos (3). Algunos síntomas podrán ser explicados pero otros solo podrán ser comprendidos. Los primeros podrán ser conceptualizados como trastornos cerebrales, los segundos están relacionados con la semántica y están ligados a la interacción entre los seres humanos y a las alteraciones en su comunicación así que un enfoque naturalista no tendría sentido. Desde esta perspectiva Berrios propone a la Psiquiatría la formulación de un lenguaje para la psicopatología descriptiva (el nivel de síntomas y signos) con el objetivo de establecer una nueva nosología.

### *La posibilidad de una ciencia psiquiátrica y las clasificaciones en Psiquiatría*

Si bien el empirismo lógico se debe reconocer como un intento riguroso de identificar las características esenciales del método científico, también debe destacarse su fallo a la hora de proveer una caracterización completa de lo que la ciencia se trata. De esta manera las últimas décadas han marcado el desarrollo de una filosofía de la ciencia que se posiciona más allá del empirismo lógico y en base a la cual resulta posible superar la visión de la Psiquiatría como una ciencia esencialmente deficitaria. Desde esta nueva perspectiva se trabaja sobre la premisa de que no existe una ecuación simple que permita capturar completamente lo que es la ciencia y arroja un enfoque innovador sobre el estudio del tipo de fenómenos complejos que ocupan a la ciencia psiquiátrica.

La imagen completa de la estructura conceptual de la psiquiatría evidenciaría elementos conceptuales de la medicina (entre otros las experiencias subjetivas del paciente y los valores) que, aunque importantes en todas las áreas de la medicina se han mantenido parcialmente ocultas y por tanto relativamente poco problemáticas. Así pues las dificultades de las clasificaciones psiquiátricas en su proyecto de ajustarse a las clasificaciones científicas dan una visión de aspectos de la clasificación médica que aunque importantes han sido ignorados en otras áreas de la medi-

cina. Este fenómeno de la diversidad de perspectivas que hace parte constitutiva de la psiquiatría se evidenciaría en las clasificaciones separadas de disfunción y estresores que hace la CIE y en la evaluación multiaxial propuesta desde el DSM III y que llevaría a reconocer que al menos en el presente estado del desarrollo en el área resulta necesaria más de una clasificación (8).

La naturaleza híbrida pues de la disciplina psiquiátrica anticiparía la imposibilidad de aplicar el modelo médico tradicional y su metodología reduccionista al estudio de los trastornos mentales y por tanto tornaría ilusoria la consecución de una clasificación natural. Sin embargo desde una epistemología que va más allá del empirismo lógico las características estructurales de la psiquiatría que evidencian una naturaleza relativamente valorativa serían realmente más transparentes en el caso de la Psiquiatría pero estarían presentes en todas las ciencias. Asimismo habrá que considerar que el objeto de la psiquiatría son las personas y, que en su preocupación por aspectos de la experiencia y de la conducta humana sería de esperar que la naturaleza valorativa de las clasificaciones psiquiátricas emergiera no como signo de una ciencia deficiente en correspondencia con el modelo deficitario, sino como signo de una ciencia que refleja apropiadamente un aspecto central de la persona como el objeto de estudio que como ciencia le ocupa.

#### **Contacto**

Andrea González Morales • Avances Médicos  
Manuel Allende, 19 bis - 1ª planta • 48010 Bilbao, Bizkaia.  
andregonza80@gmail.com

- Recibido: 14/11/2015.
- Aceptado: 4/1/2016.



## Bibliografía

1. Munsche H, Whitaker HA. Eighteenth century classification of mental illness: Linnaeus, de Sauvages, Vogel, and Cullen. *Cogn Behav Neurol*. 2012 Dec; 25(4):224-39.
2. Egdahl A. Linnaeus "Genera Morborum" and Some of His Other Medical Works. *Med Library Hist J*. 1907 Sep; 5(3):185-93.
3. Berrios GE. Classifications in psychiatry: a conceptual history. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999 Apr; 33(2):145-60.
4. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Introducción a la filosofía de la medicina. Madrid: Triacastela; 2002.
5. Kendler KS. An historical framework for psychiatric nosology. *Psychological Medicine*. 2009; 39 (12): 1935-1941.
6. Cutting J, Cutting J. Principles of psychopathology: Two worlds, two minds, two hemispheres. Oxford University Press Oxford; 1997.
7. First MB. The development of DSM-III from a historical/conceptual perspective. *Philosophical issues in psychiatry II: Nosology*. 2012:127-40.
8. Fulford K, Thornton T, Graham G. Natural classifications, realism and psychiatric science. *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. 2006;13:316-83.
9. Pincus HA. DSM-IV: Context, concepts and controversies. *Philosophical issues in psychiatry II: Nosology*. 2012:145-60.
10. Ghaemi SN. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2009; 4:10.
11. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010;6: 155-79.
12. Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(3):433-40.
13. Van Praag HM. Nosologomania: a disorder of psychiatry. *World J Biol Psychiatry*. 2000; 1(3):151-8.
14. Ghaemi SN. Taking disease seriously: beyond "pragmatic" nosology. *Philosophical Issues in Psychiatry II: Nosology*. 2012:42-53.
15. De Leon J. ¿Es hora de despertar a la Bella Durmiente? En 1980, la psiquiatría europea cayó en un profundo sueño. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2014; 7(4):186-194.
16. De Leon J. One hundred years of limited impact of Jaspers' General Psychopathology on US psychiatry. *J Nerv Ment Dis*. 2014 Feb; 202(2):79-87.
17. De Leon J. Is Psychiatry Scientific? A Letter to a 21st Century Psychiatry Resident. *Psychiatry investigation*. 2013; 10(3): 205-17.

# Delirio compartido o folie a deux.

## *Shared psychotic disorder or folie à deux.*

María Herrera Giménez<sup>1</sup>, Carmen Llor Moreno<sup>2</sup>

<sup>1</sup> F.E.A. Psiquiatría. H.G.U. Morales Meseguer. <sup>2</sup> F.E.A. Psiquiatría. C.S.M. San Andrés • Murcia

### Resumen:

**Objetivos:** Presentamos un caso de dos hermanas con un delirio compartido, que evidencia las dificultades diarias a las que nos enfrentamos en Salud Mental. Nos marcamos como objetivo comprender de manera mas profunda la dinámica de este curioso proceso.

**Metodología:** A partir de la exposición de un caso clínico realizamos una revisión bibliográfica del delirio compartido.

**Resultados:** Por definición es una enfermedad en la que sus dos componentes tienden a mantener una relación asimétrica, aislarse del entorno y desarrollar una interdependencia enfermiza. Se evidencia la dificultad para realizar una adecuada intervención tanto a nivel farmacológico como a nivel psicoterapéutico, ya que el delirio suele afectar a varios miembros de la familia.

**Conclusiones:** Para llegar a este diagnóstico es fundamental que dos o más personas compartan el mismo sistema de ideas delirantes y se apoyen mutuamente en sus creencias.

Se pone de manifiesto los riesgos de la enfermedad y los riesgos sociales en que se pueden ver involucrados terceros.

**Palabras clave:** locura compartida, parentesco, psicosis, aislamiento.

### Abstract:

**Objectives:** We present a case of two sisters with shared psychotic disorder, which shows the everyday difficulties we face in Mental Health. We set our goal to deeply understand the dynamics of this interesting process.

**Methodology:** After a case report presentation, we carried out a literature review about shared psychotic disorder.

**Results:** By definition, this is a disorder in which its two parts tend to have an asymmetrical relationship, to isolate themselves from the environment and to develop an unhealthy interdependence. The difficulty to carry out a suitable intervention, both at a pharmacological level and at a psychotherapeutic level, becomes evident, since this disorder usually affects several members of the same family.

**Conclusions:** To come to this diagnosis it is essential that two or more people share the same delusion system and that they support each other in their beliefs.

The risks of the disorder and the social risks which can involve others become evident.

**Key words:** Shared psychotic disorder, relationship, psychosis, isolation.

## Introducción

En 1877, en Francia, Lasègue y Falret<sup>1</sup> bajo la hipótesis de que la transmisión de un trastorno psiquiátrico era posible cuando un individuo dominaba a otro, ambos habían convivido estrechamente aislados y las ideas se mantenían dentro de unos límites de posibilidad, acuñan el término *Folie à deux* que por definición es una enfermedad que se padece a dúo, teniendo estas dos personas una relación de parentesco. Posteriormente se han citado numerosas formas de llamarla: “insana comunicada”, “psicosis simbiótica”, “trastorno psicótico compartido”, “trastorno paranoide compartido”<sup>2</sup>.

Es una condición psiquiátrica caracterizada por la presencia de síntomas psicóticos similares,

normalmente ideas delirantes, en dos o más individuos. Los dos componentes del dúo tienden a mantener una relación asimétrica, a aislarse del entorno desarrollando una interdependencia enfermiza, de tal manera que forman una pareja fuertemente cohesionada que comparten un conjunto de creencias paranoides.

Los individuos incluidos en el trastorno son miembros de una misma familia o sujetos que comparten una relación cercana. Normalmente sólo uno de los individuos sufre un auténtico trastorno psicótico, llamado caso primario, y es el que induce en el otro la aparición de síntomas similares<sup>3</sup>.

Los criterios diagnósticos del CIE-10 y DSM-IV-TR se resumen en la **tabla 1<sup>4</sup>** y **2<sup>5</sup>**:

**Tabla 1. CIE-10. Criterios para el diagnóstico de trastorno de ideas delirantes inducidas**

El trastorno de ideas delirantes, poco frecuente, es compartido por dos o más personas que tienen estrechos lazos emocionales. Sólo uno de los afectados padece un auténtico trastorno psicótico. En el otro, o los otros, las ideas delirantes son inducidas y normalmente remiten cuando se les separa. El trastorno psicótico del individuo dominante suele ser una esquizofrenia, pero esto no es algo ni necesario ni constante. Tanto las ideas delirantes originales de la persona dominante como las inducidas en la otra son crónicas, de naturaleza persecutoria o de grandeza. Las creencias delirantes sólo son transmitidas de esta manera en circunstancias extraordinarias poco frecuentes. Casi siempre las dos personas son familiares cercanos, aislados del entorno por su lengua, cultura o por factores geográficos.

Las personas en las cuales las ideas delirantes son inducidas suelen ser también dependientes o tienen

una relación de servidumbre con la que padece la psicosis genuina.

Pautas para el diagnóstico

- a) Dos o más personas comparten el mismo tema o sistema de ideas delirantes y se apoyan mutuamente en sus creencias.
- b) Ambas comparten una relación extraordinariamente estrecha, del tipo descrito más arriba.
- c) Hay evidencia temporal y circunstancial de que las ideas delirantes son inducidas en la persona pasiva (dominada) de la pareja por el contacto con la persona activa (dominante). Incluye: *folie à deux*, trastorno paranoide inducido y psicosis compartida.

**Tabla 2. DSM IV-TR. Criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico compartido**

**A.** Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya tiene(n) una idea delirante establecida.

**B.** La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.

**C.** La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

Se trata de una condición psiquiátrica descrita como rara que podría ser más común que lo

previamente conocido. Realmente las cifras de incidencia y prevalencia son inciertas debido al

pobre reconocimiento clínico de esta patología (debemos tener en cuenta que son pacientes que consultan muy poco).

Hay estudios que muestran que el trastorno psicótico compartido se encuentra con mayor frecuencia en mujeres en todos los rangos de edad. Sin embargo no se confirma un incremento de susceptibilidad en las mujeres y las revisiones más recientes no muestran diferencias en la distribución del trastorno respecto al sexo y edad.

En la mayoría de casos este trastorno incluye a sólo dos individuos. Aunque se han reportado grupos más grandes en la literatura y se ha documentado el caso de una familia de doce individuos con un trastorno psicótico compartido<sup>6</sup>.

La gran mayoría de casos los polos involucrados comparten lazos de sangre o una relación cercana. Las díadas más frecuentes suelen ser: madre-hijo, padre-hijo, hermana-hermana (como es el caso que presentamos), esposa-esposo e incluso amigos muy íntimos.

La herencia parece jugar un papel relevante en su etiología; evidencias indirectas como el antecedente familiar de psicosis en 35% a 60% de los casos y el diagnóstico frecuente de esquizofrenia en los casos primarios de folie a deux apuntan a apoyar dicha hipótesis. Los estudios muestran que las ideas delirantes y los síntomas psicóticos son raramente transmitidos a una persona sana; sin embargo la persona que asume el rol pasivo dentro de la díada, podría presentar una predisposición genética a la psicosis sin expresión sintomática y como resultado desarrollar este trastorno<sup>7</sup>.

En el polo primario entre las condiciones mórbidas asociadas encontramos: esquizofrenia, trastornos del afecto, los trastornos delirantes y los procesos demenciales y en el polo secundario, los trastornos de la personalidad, las reacciones paranoides y la esquizofrenia.

El mecanismo por el cual se genera la inducción de ideas delirantes en el polo receptor (caso secundario) es poco entendido.

Normalmente la díada experimenta una relación de dominancia y pasividad. La persona dominante, la fuente de la psicosis, comúnmente repre-

senta autoridad para la persona pasiva, el receptor de la psicosis, quien es típicamente dependiente, menos inteligente y más sugestionable. Normalmente la pareja ha experimentado una relación de larga duración, en relativo aislamiento de los pares bajo condiciones de pobreza<sup>8</sup>.

El trastorno psicótico compartido permite que la persona mentalmente enferma mantenga el contacto con la realidad. Para la persona mentalmente más sana puede ser una manera de satisfacer las necesidades de dependencia, evitando la amenaza y hostilidad por parte del individuo dominante, disfrazándola de psicosis.

A continuación describimos un caso clínico en el que se ven involucradas dos hermanas cumpliendo muchas características de las descritas anteriormente.

### Caso clínico

Se trata de dos hermanas, a las que llamaremos M. y B. que acuden con mucha urgencia a salud mental por iniciativa propia, refiriendo una situación de grave riesgo social para D. y A., hijos de B. y sobrinos de M.

M. es una paciente ya conocida en consulta. Se trata de una mujer de 37 años, profesora de religión. Inicia su contacto en salud mental en el año 2003, por iniciativa propia demanda tratamiento pues dice ser víctima de un acoso sexual por parte de sus compañeros del instituto de secundario en el que trabaja. Posteriormente cambia de centro de trabajo y allí relata de nuevo mismos acontecimientos. Su contacto durante la entrevista es perplejo, así como su actitud muy inadecuada (esto son notas reflejadas por el profesional que en su momento la entrevista). Deja de acudir a sus revisiones y ya es en 2010 cuando retoma el contacto con salud mental, de nuevo por iniciativa propia y con mucha premura, buscando beneficios legales, pues esta siendo víctima de una expropiación indebida de una finca propiedad de su familia. En ese momento su madre se encuentra en frágil estado de salud, en cuidados paliativos por un cáncer de pulmón con múltiples metástasis diseminadas, y ella quiere utilizar esta finca para hacer un centro de cuidados ecológicos para enfermos oncológicos. Relata que va a plantar aloe vera, y dará zumos y

cremas de esta planta, así como miel elaborada por ella, para curar a los pacientes oncológicos. En acuerdo con sus hermanos deciden trasladar a su madre a esta finca y que ésta pase sus últimos días a base de sus cuidados. Durante este tiempo se evidencia en consulta elevada angustia psicótica y si bien no hay alteraciones sensorio-perceptivas si inicia ideas delirantes de perjuicio poco estructuradas en relación a un vecino que los esta espiando, les hace fotos mientras se duchan, por lo que deben cambiar su horario de aseo a las tres de la mañana, pues a esta hora aún no ha amanecido y ellos (los tres hermanos que componen la fratria), no encienden la luz para evitar ser vistos desnudos.

Tras el fallecimiento de la madre abandona unilateralmente revisiones psiquiátricas, pues “está muy ocupada con sus clases de religión”. Durante este tiempo la adherencia farmacológica a tratamientos pautados sospechamos que ha sido nula, aunque ella dice si tomar la medicación. El diagnóstico que recibe M. es trastorno de ideas delirantes persistente (F.22-CIE 10).

En octubre del 2012 vuelve a acudir a consulta, solicitando ser vista con mucha urgencia y premura, ella y su hermana menor B., pues esta se encuentra en una difícil situación, ya que sus dos hijos, D. y A., están siendo víctimas de maltrato por parte del exmarido de B. Esta se separó hace tres años y en la sentencia de separación se otorga la custodia al padre de ambos niños, al que la madre hace meses que no ve. En septiembre ambas hermanas, que se han mantenido en la finca aisladas durante tres meses, ocupadas en los zumos de aloe vera y recolección de miel, van a verlos un fin de semana y encuentran “indicios” de posible maltrato (los datos que aportan al referirse a estos son de nula consistencia), por lo que ponen una denuncia al padre y demás familiares de los niños, con los que viven desde la separación. Intervienen los Servicios Sociales así como los psicólogos forenses del Juzgado, que en ningún momento evidencian o confirman signo o síntoma alguno de maltrato, desestimando finalmente la denuncia inicialmente interpuesta y pautando una orden de alejamiento a la madre.

B. impresiona de una inteligencia límite, así como una personalidad muy sugestionable y muy claramente influenciada por su hermana mayor, quien

es quien relata toda la historia e inicia las demandas legales contra el exmarido y familia de B.

Inician ambas seguimiento en salud mental, siendo de nuevo clara la adherencia por un posible beneficio legal, y M. al intervenir la justicia desestimando su demanda, iniciar sus clases de religión en una localidad a la que traslada su residencia, abandona de nuevo el seguimiento en la consulta.

B. si continúa sus revisiones, y es al separarse de su hermana cuando normaliza su comportamiento, haciendo una crítica parcial de los hechos acontecidos, observándose una mejoría clínica hasta ser dada de alta. El diagnóstico que recibe es trastorno de personalidad mixto.

## Discusión

Como en todas las entidades poco frecuentes, para realizar un tratamiento y abordaje adecuados, el primer paso lo constituye la identificación del cuadro clínico y su situación. Puede ser difícil reconocer una psicosis si las creencias son confirmadas aparentemente por un familiar. En la evaluación del cuadro y la situación, hay que tener en cuenta los factores clínicos y sociales que subyacen, ya que son importantes en la configuración de un entorno que conduce a compartir el delirio.

Para el desarrollo de este curioso fenómeno clínico vemos como la sugestionabilidad desempeña un papel importante en esta patología, en cuanto es una respuesta acrítica y de sumisión a una idea o influencia. El abuso de drogas, el envejecimiento y el aislamiento social pueden ser, también, factores contribuyentes para este trastorno.

Este trastorno se va desarrollando de una manera paulatina: primero un individuo delirante auténtico va armando y calculando poco a poco sus convecciones, una historia pausable junto a la persona allegada, sumisa con él por una regla de autoridad legítima socialmente reconocida. Luego una persona débil con mayor sugestionabilidad y dependencia, o menor inteligencia, carácter o actividad, va adquiriendo aquellas creencias delirantes como algo real y normal. El iniciador y el receptor tienen muchos elementos en común, han vivido estrechamente unidos en

el mismo ambiente durante un largo periodo, relativamente aislados del mundo exterior, comparten muchas experiencias vitales, necesidades y esperanzas comunes, siendo lo más significativo la profunda relación emocional<sup>9</sup>.

Los datos sugieren que la asociación estrecha es lo que más contribuye a su desarrollo.

Para el tratamiento de esta locura compartida existen varias maneras, una de ellas es la separación de la pareja o grupo que recibe las condiciones del inductor de las ideas delirantes. Por lo general esto suele ser suficiente para que el o los sujetos pierda las ideas patológicas y recupere la cordura, volviendo a vivir en la realidad.

- Recibido: 14/11/2015.
- Aceptado: 4/1/2016.

#### Contacto

María Herrera Giménez • H.G.U. Morales Meseguer  
Avenida Marqués de los Vélez s/n • 30008 Murcia  
Tel.: 968 360 900

En ocasiones los resultados terapéuticos dependen en gran medida de la respuesta del inductor psicótico, en el caso de que la separación no pueda realizarse en forma total y se siga manteniendo de alguna manera la influencia de uno sobre el otro<sup>10</sup>.

Es fundamental que el receptor o persona secundaria reciba tratamiento psicoterapéutico, con el fin de aceptar que el otro está mentalmente enfermo y que hay otras formas de permanecer juntos sin necesidad de compartir la locura, o elaborar la pérdida de la otra persona y por consiguiente de la relación.

#### Bibliografía

1. Lasegue C, Falret J. La folie a deux. *Ann. Med. Psychol*, 1877; 18: 321-56.
2. Munro A. *Deslusional disorder, paranoia and other related illnesses*. Cambridge University Press; 1999.
3. Incorvaia D., Helmes E. Shared psychotic disorder: a psicosocial psychosis? *Curr. Psychiatry Rev.* 2006; 2: 353-360.
4. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. OMS. Madrid. España. Médica Panamericana. 2002.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistic manual of mental disorder*. 4 ed. Washington: APA, 1994.
6. Rodríguez Torres C., Hernández Yasno M.A., Rangel Morales M. C., Martínez Gutiérrez A. M., Valero Valera Y. Trastorno psicótico compartido: a propósito de un caso entre dos hermanas. *Rev. Colombiana Psiquiatría*. Vol 41, 2. 2012.
7. Pérez V., Velásquez C.C. Trastorno psicótico compartido en una madre y su hijo de 13 años. *Universitas Médica*. 2006. vol. 47. n<sup>o</sup> 2. 197-204.
8. Silveira JM, Seeman MV. Shared psychotic disorder: a critical review of the literature. *Can J. Psychiatry*. 1995; 40: 389-395.
9. Rendueles Olmedo G. *La locura compartida*. Gijón: Belladonna. 1993.
10. Arnone D., Patel A., Ming – Yee Tan G. The nosological significance of folie à deux: a review of the literature. *Ann. Gen. Psychiatry*. 2006; 5-11.

# El Rol de Psicoterapias breves y retos de las psicoterapias dinámicas (\*).

## *Brief and dynamic psychotherapies challenges (“psychotherapies challenges”).*

Rodrigo González-Pinto Arrillaga

Psiquiatra. Grupo Psicoanalítico de Bilbao (GPAB).

**Resumen:** Tras una reflexión sobre el momento actual de la psicoterapia dinámica de corta y larga duración se exponen los retos que en los próximos años tienen ambas. Se señalan el ámbito de la formación, la investigación, el tender puentes con otras ciencias y la relación con la era telemática en la que estamos inmersos. Por último se hace una reflexión sobre la necesidad de este tipo de psicoterapias derivadas del psicoanálisis, necesarias para la supervivencia de éste en el terreno clínico.

**Palabras clave:** Retos en psicoterapia, Psicoterapia dinámica de corta duración, Psicoterapia dinámica de larga duración, Psicoanálisis.

**Summary:** The challenges for the coming years of short-term and long-term dynamic psychotherapy, after a reflection on them, are exposed: Training, Investigation, Bulding brigdes with other sciencies and the Relationship with telematic era in wich we are. Finally it concludes that this type of psychotherapies from psychoanalysis are essential ensure the survival of it in the clinic area.

**Key words:** Challenges in psychotherapy, Short-term psychotherapy, Long-term psychotherapy, Psychoanalysis.

En primer lugar quiero hacer una reflexión sobre el tema que voy a exponer y después me voy a centrar en los retos que tienen las psicoterapias dinámicas o psicoanalíticas.

Las psicoterapias breves de inspiración psicoanalítica (\*\*) pueden seguir pareciendo algo menor en el mundo psicoanalítico pero yo creo que la realidad es que han aportado mucho a la aplicación terapéutica del psicoanálisis y a la psicote-

rapia psicoanalítica de larga duración. Hace unos días releía un librito escrito hace 4 años por Elizabeth Roudinesco: “¿por qué tanto odio?”, escrito en respuesta al libro o panfleto de Michel Onfray sobre Freud que tuvo tanto éxito en Francia, y en él, Roudinesco reivindica, haciendo autocrítica del psicoanálisis, este tipo de tratamientos.

Además de criticar el tradicional silencio del analista dice: “Pero es necesario, sin embargo,

(\*) Mesa redonda sobre “Retos en psicoterapia”. Presentado en la Jornada XXV aniversario del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Galdakao. 15 de diciembre de 2015.

(\*\*) Son psicoterapias de entre 12 a 50 sesiones y/o de entre 3 meses a 1 año de duración con una frecuencia semanal de 1 a 2 sesiones de 45’.

proponer curas cortas y activas como las que practicaba el propio Freud. Todo debe reinventarse en el campo clínico... de manera que la cura se adapte a cada sujeto” (1).

La realidad es que este tipo de terapias cortas y activas llevan desarrollándose más de 50 años desde que los pioneros, importantes psicoterapeutas psicoanalíticos como Balint, Malan, Sifneos y Mann construyeran sus modelos de cara a aplicar la teoría psicoanalítica al tratamiento de sus numerosos pacientes. Y lo hicieron influidos por las ideas de Freud, Ferenczi, Rank, Alexander y French que ya habían realizado intentos de acortar la duración de las terapias y sentando algunas bases para hacerlo. Tras ellos, en los años 70-80 del siglo XX, surgieron, como consecuencia del desarrollo de los anteriores, nuevos modelos, menos limitados y más ambiciosos que han sido y siguen siendo muy importantes de cara a la aplicación de la teoría psicoanalítica al tratamiento de los trastornos psíquicos. Me refiero a modelos como el de Davanloo (psicoterapia intensiva dinámica de corta duración), el de Luborsky (psicoterapia sobre el núcleo conflictivo relacional), el de Strupp y Binder (psicoterapia dinámica de tiempo limitado), etc.

Estos autores construyeron modelos diádicos frente al modelo monádico tradicional, es decir, con matices, porque alguno de éstos, como el de Davanloo, se alineaba en principio en lo referido a la teoría, con el modelo ortodoxo, la mayoría seguían la tendencia relacional o intersubjetiva. Tradicionalmente la psicoterapia psicoanalítica de larga duración se diferenciaba poco del psicoanálisis en cuanto a la técnica. Había diferencias en relación al encuadre pero se mantenía la asociación libre, y la interpretación de la transferencia. La posición cara a cara y el número menor de sesiones en la psicoterapia psicoanalítica tradicional, frente al diván y una frecuencia de 3-5 sesiones en psicoanálisis, condicionaban un menor acceso al mundo fantasmático del paciente y a su pensamiento más arcaico. La psicoterapia se consideraba más superficial, menos ambiciosa, con un encuadre diferente pero la actitud del terapeuta y sus herramientas eran las mismas.

Hoy las cosas han cambiado aunque sigue habiendo diversidad en el universo de la psicoterapia psicoanalítica ni es lo mismo hablar de lo que ocurre en Estados Unidos, en Gran Bretaña, en Francia o en Argentina. En este sentido en un libro

publicado en 2011 y coordinado por André Green (2) se describe la situación actual de la práctica psicoanalítica, tanto en psicoterapia como en psicoanálisis, en estos países. Aunque como he dicho la práctica de la psicoterapia psicoanalítica es diversa, hay una tendencia a que ésta se “escore” al modelo intersubjetivo o relacional. En este sentido se expresa Fernando Urbarri (3) de la IPA y colaborador de A. Green, que describe la práctica psicoanalítica en Argentina, país de 34 millones de habitantes con 12000 psicoanalistas, 4000 de ellos afiliados a instituciones de la IPA y a otras relacionadas con ellas, además de existir una importante corriente lacaniana entre la que destaca la que define como “ultradogmática” Escuela de Orientación Lacaniana de J.A. Miller. Pues bien, Urbarri describe tres modelos predominantes en la actualidad que coexisten y que expresan bien el estado de las cosas: El modelo freudiano, el posfreudiano, fundamentalmente kleiniano y lacaniano y el modelo contemporáneo que desarrolla un modelo psíquico terciario que expresa la intersubjetividad.

En otros países como Estados Unidos, coexistiendo también diferentes tendencias, se considera superado el modelo teórico freudiano, conservadora la escuela de la psicología del Yo, se ha desterrado casi el modelo kleiniano, se mantienen grupos kohutianos y el teórico de la relación de objeto, y toma fuerza la teoría relacional o de la intersubjetividad, los analistas científicos (neuropsicoanálisis) y los que utilizan las investigaciones sobre el apego de Bowlby y las ideas sobre la mentalización de Peter Fonagy (4).

Por último, en Francia también se reconoce la necesidad de una nueva metapsicología de la mano de Bernard Brusset, la tercera tópica, que articula lo intrapsíquico y lo intersubjetivo y que según A. Green (5) “quizás es expresión de varios sistemas teóricos fecundos como el de Bion, Winnicott y Lacan”.

Junto a esta alusión al estado de la psicoterapia psicoanalítica en Argentina, USA y Francia que traigo a colación por la importancia que tiene o, ha tenido allí el psicoanálisis, y admitiendo la diversidad en la práctica de la psicoterapia psicoanalítica y la coexistencia de los modelos, nos encontramos con los propios desarrollos de ésta en las últimas décadas, la investigación llevada a cabo por autores como Fonagy, Kernberg, Orlinsky, Blatt, Luborsky, etc., el estudio monitorizado

del desarrollo del bebé, de las relaciones madre-bebé debidas especialmente al grupo de Boston con Daniel Stern a la cabeza y los hallazgos de la neurociencia en lo que se refiere a la memoria, las emociones o la teoría de la mente. Todo ello apoya la importancia de lo intersubjetivo, muy presente en las psicoterapias actuales, en las que se incluye, la tercera tópica que no es más que la representación metafórica de la heterogeneidad y coexistencia de funcionamientos psíquicos inconscientes de estructura representacional y no representacional que constituye la perspectiva metapsicológica de sistema de memorias múltiples que funcionan simultáneamente (6).

En definitiva, la psicoterapia psicoanalítica, aunque coexiste con los modelos tradicionales, ha evolucionado y, derivado de todos estos avances, incluye lo intersubjetivo, el modelo diádico, la mayor actividad del terapeuta, clarificando, confrontando e interpretando “en la transferencia”, la utilización activa de la contratransferencia, el análisis de las emociones y del conocimiento relacional implícito, el trabajo sobre la mentalización o función reflexiva, la importancia de la empatía y, por supuesto, la construcción de manera activa de la alianza terapéutica, motor del tratamiento. Y como trasfondo teórico del modelo contemporáneo, la incorporación de la teoría del apego de Bolwby.

Pues bien, todos estos aspectos estaban de alguna forma presentes en muchos modelos de psicoterapia dinámica de corta duración. Por ejemplo, con la que yo he estado más familiarizado en los últimos 25 años, “la psicoterapia intensiva dinámica de corta duración” de Davanloo, la alianza terapéutica era el motor de la terapia, la teoría del apego de Bolwby el complemento básico de la inspiración psicoanalítica más ortodoxa (7), el análisis de las emociones una parte fundamental de la terapia y la comunicación emocional implícita era analizada y en ocasiones monitorizada (8).

Lo que quiero decir es que se han diluido las diferencias, en lo que se refiere a la técnica, entre las psicoterapias dinámicas de corta y larga duración. Aunque se mantengan en ambas parcialmente la asociación libre y la interpretación de la transferencia se incluyen en ambas los elementos a los que me he referido. Por tanto, terapias cortas y largas se parecen ahora más y el hecho de que en la clínica se utilice una u otra no solo va

a depender de circunstancias económicas o de una urgencia irracional deseada para la solución de los trastornos psíquicos sino de indicación en relación con la psicopatología o los rasgos de personalidad de los pacientes a los que tratamos. Por ejemplo, como parece haber demostrado Blatt (9) en las depresiones de las personas anaclíticas está indicada la psicoterapia de corta duración y en las de las introyectivas las de larga duración. Y las diferencias entre uno y otro tipo de psicoterapia será más estratégica que técnica.

Para finalizar esta reflexión sobre las psicoterapias psicoanalíticas de corta y larga duración destacar que como también parece haber demostrado Sidney Blatt y Lester Luborsky (10) la eficiencia de todos los modelos de psicoterapia, incluidos los cognitivos-conductuales es similar. Es lo que Luborsky llama “el veredicto del pájaro Dodo” recordando al cuento de “Alicia en el país de las maravillas”. Wampold (11) cuantifica los factores que van a influir en el resultado de una psicoterapia y considera que lo más importante es la personalidad del paciente y no precisamente su trastorno, aunque también; después la personalidad del terapeuta, y no precisamente sus conocimientos, aunque también; después a factores indeterminados y, por último, a la técnica, a la que da un 8% de la varianza.

Tras esta reflexión voy a exponer los retos que tienen a mi juicio las psicoterapias psicoanalíticas de corta y larga duración:

## 1. Formación

En relación con la formación está debería incluir varios: niveles: desde la formación en las facultades de Medicina, Enfermería y Psicología donde en general el modelo psicoanalítico es poco estudiado, y su formación continuada en la asistencia sanitaria primaria, hasta la formación específica de psiquiatras, psicólogos y ATS psiquiátricos, hasta la formación específica de psicoterapeutas.

Esta formación específica de psicoterapeuta podría seguir varias vías pero, desde mi punto de vista, sería conveniente el que hubiera algún tipo de regulación por parte de alguna de las asociaciones predominantes en la actualidad o que pudieran surgir, como la Federación Europea de Psicoterapia Psicoanalítica o la Asociación Europea de Psicoterapeutas.

En relación con la formación de psicoterapeutas psicoanalíticos, aunque parezca evidente, el reto sería la asimilación de los desarrollos de la psicoterapia, las evidencias de la investigación de la propia psicoterapia o los descubrimientos de la neurociencia que matizan o rebaten conceptos tradicionales. Aunque siempre hay resistencia a incorporar los avances de la ciencia y además sea responsabilidad de los docentes el hacerlo, no estaría mal que se incorporaran estas cuestiones en todos los programas de formación.

## 2. La investigación

La investigación en psicoterapia psicoanalítica es controvertida. La cuestión es: ¿investigación empírica o hermenéutica? ¿Puede medirse lo subjetivo y por tanto convertirse en objetivo? Desde luego hay autores que piensan que no, que el sujeto del inconsciente o que la subjetividad no se puede medir y que la investigación debe ser interpretativa, pero también hay otros que piensan que sí. En cualquier caso, además de la hermenéutica, en estos 25 años ha habido investigación empírica de la psicoterapia psicoanalítica, tanto de corta como de larga duración, que ha demostrado la eficacia, la efectividad y la eficiencia de estas.

En un artículo publicado por M.A: Torres y Z. Alonso (12) reflexionan y revisan la investigación en psicoterapia dinámica tanto de proceso como de resultados refiriéndose a los autores más importantes que la realizan, desde Kachelle o Blatt en la investigación de proceso hasta Kernberg en la de resultados y proceso-resultados.

En cuanto a las psicoterapias dinámicas breves, muy proclives por sus características a la investigación empírica, se mencionan numerosos trabajos de investigación tanto de ensayos clínicos randomizados como de metaanálisis o revisiones. Como ejemplo aludo a uno de los investigadores de los que mencionan y con el que estoy más familiarizado, Allan Abbas, miembro del comité científico de la Asociación Psicoanalítica Americana y profesor de psiquiatría de la Universidad de Dalhousie en Halifax (Canadá) que además de confirmar la eficacia de las psicoterapias dinámicas breves en investigaciones de revisión y metaanálisis ha hecho y está haciendo una importante labor investigadora aplicando psicoterapia intensiva dinámica breve (ISTDP-Davanloo) y demostrando de manera clara su efi-

cacia en trastornos depresivos, psicosomáticos y de personalidad, además de señalar la importancia de su aplicación en las urgencias generales demostrando que intervenciones parciales de la técnica-tipo reducen de manera muy significativa las consultas urgentes de pacientes con trastornos psicosomáticos reduciendo costes (13) (14).

## 3. Tender puentes con otros modelos en psicoterapia (la cognitivo-conductual,...) y con la neurociencia

Como decía Montaigne en el “Arte de conversar” es mejor el diálogo con quien piensa diferente porque se aprende más (aunque también apunta al riesgo de contaminarse por el otro).

Pues bien, uno de los retos de la psicoterapia dinámica es la de establecer puentes con otros modelos de psicoterapia, especialmente con la cognitivo-conductual, pero también con otros como la psicoterapia positiva y con las ciencias cognitivas, especialmente con la neurociencia, y también con la antropología cognitiva, la cibernética y la lingüística. Quedarían pendiente también los puentes entre los distintos modelos de psicoterapia dinámica y no digamos el diálogo entre las diferentes escuelas psicoanalíticas, algo que, aunque se esté haciendo ya, tiene bastante recorrido hasta “acabar con Babel”.

En relación con la terapia cognitivo-conductual, se ha demostrado que incluso en terapias manualizadas es posible detectar elementos “prestados” de otras orientaciones y que estos elementos son muchas veces determinantes en la progresión del proceso terapéutico sobre la base de la psicoterapia original. Por ejemplo, en psicoterapias dinámicas breves y de larga duración hecha por terapeutas expertos, se aplican en ocasiones técnicas cognitivo-conductuales y viceversa. (Por ejemplo, “examinar pensamientos falsos o creencias irracionales” en el caso de los psicodinámicos) (15).

En cuanto a la neurociencia los puentes ya están tendidos pero hay que seguir progresando. La aportación de la neurociencia a la psicoterapia se centra en la investigación sobre la memoria, las emociones y la teoría de la mente. Todos estos avances neurocientíficos tienen ya repercusión en la práctica de la psicoterapia dinámica pero queda mucho por hacer. En este sentido quiero recordar el nacimiento hace unos 15 años

de la mano de Marck Solms del grupo neuropsicoanalítico, con la creación de una revista, The Journal of Neuropsychoanalysis en la que neurocientíficos de la talla de Damascio, Sacks, Kandell, Pankseep, LeDoux y Ramachandrian se unieron a psicoanalistas como Kernberg, Fonagy, Shapiro, Widlocher y Steiner para establecer puentes y en definitiva acercar el psicoanálisis a la neurociencia y viceversa.

Aunque la psicología positiva, la cibernética y la lingüística merecerían comentarios sólo voy a referirme a la antropología y en concreto al concepto de EXOCEREBRO de Robert Bartra (16) que alude a la influencia del entorno en la constitución del ser humano. Constituye lo que denomina los sistemas simbólicos de la conciencia (lenguaje, relaciones de parentesco, memorias artificiales, etc.) que desarrolladas por evolución en el ser humano atrapan a éste incorporándose en el bebé, sobre la base de su genética, desde el entorno, mediante los órganos de los sentidos y la interacción emocional a las neuronas espejo base de todos los procesos de identificación, que representan en la mente o mapean en el cerebro tanto el mundo externo como el interno a nivel físico y emocional quedando así almacenada la experiencia. Después estas representaciones interactúan y evolucionan y las experiencias y las relaciones activan la neuroplasticidad cerebral que induce cambios en el ser humano tanto a nivel de la conducta normal como la de la patológica.

Este concepto de exocerebro además de explicar la conciencia y la subjetividad da solidez a la psicoterapia en general, a cualquier encuentro humano significativo y a la psicoterapia dinámica en particular y abre un campo para la reflexión sobre esta última.

#### 4. Psicoterapia dinámica y era telemática

La utilización del video para grabar tratamientos psicoterapéuticos dinámicos se debió a un psicoterapeuta que trabajó en psicoterapia dinámica breve, Peter Sifneos. Posteriormente esta utilización del video se extendió en la práctica de la psicoterapia dinámica de corta duración y, por ejemplo, Davanloo ha dejado una videoteca con doscientos tratamientos completos realizados mediante psicoterapia intensiva. En la actualidad muchos psicoterapeutas psicoanalíticos utilizan la red para el tratamiento bien sea para for-

mación, supervisión o para la propia realización de la psicoterapia. Por tanto esto es algo que ya se hace y que probablemente va a ir *in crescendo* en los próximos años lo que abre un nuevo campo para la reflexión porque hay diferencias entre la relación terapéutica “in-vivo” y la relación terapéutica on-line y hay mucho que hacer en ese sentido. Y no solamente cabe una reflexión sobre la psicoterapia en la red sino también sobre el impacto que tiene ésta en el ser humano, en este caso paciente y terapeuta.

Vivimos en una sociedad en la que la red constituye un factor muy importante en el proceso de subjetivación y en la construcción de la identidad lo que probablemente repercutirá tanto en la psicopatología y en la actitud del paciente y terapeuta frente a ésta como en todo el proceso psicoterapéutico.

Por otro lado, el desarrollo de la realidad virtual creará grandes oportunidades para la psicoterapia que constituirán un reto importante para la psicoterapia dinámica.

#### Reflexión final

Existe aún un debate sobre si las psicoterapias breves de inspiración psicoanalítica o, incluso, sobre alguna de las de larga duración, son o tienen que ver con el psicoanálisis. En mi opinión es un debate baldío. De lo que se trata es de aplicar la teoría psicoanalítica al tratamiento de los trastornos psíquicos, psicósomáticos y al enfermar humano. No se trata de cambiar o querer sustituir, o hacer equivaler estas prácticas con la cura-tipo, referencia fundamental del psicoanálisis. Una cosa es el psicoanálisis y otras las diversas prácticas derivadas de la teoría psicoanalítica como la psicoterapia dinámica o las psicoterapias dinámicas breves. Pero incluso el propio psicoanálisis ha evolucionado y esta evolución genera polémica y expresa la diversidad de las prácticas que existen. Y como dice Cesar Botella: “Hoy día sólo podemos constatar hasta qué punto la práctica contemporánea no deja de enfrentarse a lo que la teoría y el método no pueden captar, comprender -tanto a partir de sus resultados como de sus fracasos-, como progresivamente esta práctica contemporánea tiende a desolirizarse de los principales conceptos de la teoría... y con este alejamiento de la teoría se produciría el cuestionamiento de la necesidad de la asociación libre y de la atención

flotante en tanto que instrumento indiscutible e imprescindible de la práctica psicoanalítica” (17). Es decir, el psicoanálisis evoluciona y, aun permaneciendo las formas tradicionales, cada vez se admiten más variaciones de la técnica, se incorpora la tercera tópica, se interpreta “en la transferencia” frente a la interpretación “de la transferencia”, etc.

Las psicoterapias dinámicas breves y la psicoterapia dinámica contemporánea modificada de más larga duración constituyen, a mi juicio, el intento más realista de que el psicoanálisis perdure en la clínica, especialmente en el ámbito de la sanidad pública, compitiendo con las terapias cognitivo-conductuales tal y como expresa Roudinesco, a la que he aludido con anterioridad (1).

Ambas técnicas, psicoterapias dinámicas de corta o de larga duración, han demostrado –con cautelas dadas las características de la investiga-

ción en psicoterapia– su eficacia, su efectividad y su eficiencia, a la par que las terapias cognitivo-conductuales.

El reto para las próximas décadas es que el psicoanálisis, como lo que es, la visión intelectualmente más rica y coherente de la mente humana, perdure en la clínica; y solo lo va a hacer si evoluciona enriqueciéndose y estableciendo puentes con otras ciencias; mediante la investigación empírica; adaptándose a la era telemática en la que estamos ya inmersos; transmitiendo adecuadamente la formación tanto a psiquiatras y psicólogos como en el ámbito de la universidad y desarrollando técnicas psicoanalíticas como las psicoterapias breves y de larga duración adaptadas a diferentes tipos de patología.

#### Contacto

Rodrigo González-Pinto Arrillaga.  
C/ Rodríguez Arias, 6 • Bilbao 48008  
rodrigogonzalezpintoa@gmail.com

#### Bibliografía

1. Roudinesco, E. (2011): “¿Por qué tanto odio?”. Libros del Zorzal. Buenos Aires.
2. Green A (DIR) (2011): Unidad y diversidad de las prácticas del psicoanalista, APM Biblioteca Nueva, 23-81.
3. Uribarri F. (2011): La práctica del psicoanálisis en Argentina. De la crisis del psicoanálisis en Argentina. De la crisis del posfreudismo a la emergencia del modelo contemporáneo. En Green A (Dir): Unidad y diversidad de las prácticas del psicoanalista, APM Biblioteca Nueva, 61-73.
4. Anzieu-Premmereur (2011): La práctica psicoanalítica en los Estados Unidos. En A. Green (DIR): Unidad y diversidad de las prácticas de las prácticas del psicoanalista, APM Biblioteca Nueva 6, 51-59.
5. Green A (DIR) (2011): Unidad y diversidad de las prácticas del psicoanalista, APM Biblioteca Nueva, 215-233.
6. Zuckenberg R. (2004): Inconsciente, memorias y tópicos. Aperturas psicoanalíticas nº 17 (Internet).
7. Della Selva P. (1993): The significance of attachment theory for the practice of intensive dynamic Psychotherapy. International Journal of Short-Term Psychotherapy, vol. 8 (4) 184-206.
8. Galliard J.M. (2000): implications of Brain Lateralization for Intensive Short-Term Psychotherapy. International Journal of Short-Term Psychotherapy 14 (3) 79-97.
9. Blatt S.J. y Ford R Q (1994): Therapeutic change. An object relations perspective. New York London: Plenum.



10. Luborsky L. Singer B. y Luborsky L. 8 (1975): Comparatives studies of psychotherapy: It is true that "everyone has won and all must have prizes?". *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
11. Wampold B. (2002): The great psychotherapy debate. Models, methods and findings. New Jersey, London: Lawrence Erlbaum.
12. González Torres M.A. y Alonso Z. (2012): ¿Son eficaces las psicoterapias dinámicas breves? Evidentemente. Research Gate (Internet). 1-25.
13. Abbas A.; Town; Dressen E. (2013): Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy: A Systematic Review and Meta-analysis of outcome Research. *Harvard Review of Psychiatry*, 20 (2). 97-108.
14. Abbas A. (2009): Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy: to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms: Preliminary evidence from a pre-post intervention study. *CIEM*; 11 (6): 529-34.
15. Ablon J.S. y Jones EE (1998): How expert clinicians prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Res.*; 8:71-83.
16. Bartra R. (2006): Antropología del cerebro. La conciencia y los sistemas simbólicos. Ed. Pre-textos.
17. Botella C. (2011): Reflexión conclusiva. En Green A (DIR) *Unidad y diversidad de las prácticas del psicoanalista*. APM Biblioteca Nueva. 175-182.

- Recibido: 22/12/2015.
- Aceptado: 29/01/2016.



**HISTORIA**



# In Memoriam

## Pavlovsky



Eduardo "Tato" Pavlovsky falleció aquel domingo 4 de octubre del 2015, a sus 81 años. Médico, psicoanalista y uno de los introductores del psicodrama en Argentina y Latinoamérica, muy conocido por sus muchas aportaciones como autor, actor y director de teatro. Actuó en cine y teatro, publicó obras de teatro, una novela y un notorio número de libros sobre psicoanálisis y psicoterapia grupal.

### Psicoanálisis

Allá por 1968 fue paciente y trabajó con Marie Langer tras haberlo hecho con Fidel Moccio y Carlos Martínez Bouquet. Coincidió un grupo de renombre con la presencia de Enrique Pichon-Rivière, José Bleger, Hernán Kesselman, Fernando Ulloa, Armando Bauleo y Emilio Rodríguez. Como decía Kesselman, una importante *camada*.

Tato, que había concluido el análisis con Marie Langer al estilo de aquella época volvió a consultarla, sólo que, por entonces, Mimi Langer no tenía una sola hora disponible de manera que ante su insistencia sólo pudo ofrecerle los diez minutos que le quedaban entre paciente y paciente. Tato aceptó, eran diez minutos de oro. Fue el descontento con la APA, la insatisfacción con la

práctica pretendidamente apolítica, los acontecimientos sociales en los finales de los sesenta lo que les unió.

En 1972 en el Congreso fundacional del PST, el Partido Socialista de los Trabajadores, surgido de un acuerdo entre Nahuel Moreno y el Partido Socialista Argentino, aparecieron en el estrado dos personajes presentados como importantes simpatizantes: Armando Bauleo y Tato Pavlovsky.

Se fue de la APA (Asociación Psicoanalítica Argentina) y fundó con ellos el grupo Plataforma. Escribieron el texto *Cuestionamos*, la posición de Plataforma. Con Rodríguez, Kesselman y Bauleo compartió una casa los últimos años de la década de los años 60. Un espacio donde comían pizza y filosofaban, un espacio de libertad de pensamiento. Después el cuarteto se deshizo, Emilio fue para Brasil y Hernán y Armando a España. En la Argentina los acontecimientos se precipitaron, los parapoliciales y paramilitares de la triple A comenzaron a diezmar los cuadros militantes y simpatizantes de la izquierda argentina. Como consecuencia del golpe militar de 1976, ese mismo año, tomaron el camino del exilio y fueron a Madrid. En 1978 Tato tomó el mismo camino y también se instaló en Madrid.

Fue un insobornable militante por la libertad, la democracia, los derechos y la dignidad humana. Volvió a la Argentina en 1982. Exiliado durante la última dictadura, con el retorno de la democracia volvió a la Argentina. Mientras, escribía por acá en la revista *Clínica y Análisis Grupal*.

### Terapia en Grupo

En el trabajo en grupos, la dimensión política lo atraviesa todo. Lo político no está fuera del consultorio, sino que atraviesa todas las situaciones, bipersonales y multipersonales. El grupo



obliga a hablar con el otro; no ya hablar del otro. Obliga a resonar, a identificarse, a ver cosas de uno que uno no quiere ver; a admitir que hay papeles que uno tiene adentro y por eso los puede hacer en las dramatizaciones.

El grupo funciona como un censor de las individualidades más transgresoras de la norma social interiorizada. El grupo atempera. Adapta el lenguaje que subvierte. Toda persona dentro del grupo que se animara a transgredir la prohibición, podría ser discriminada.

Vieron que el trabajo con grupos les daba una dimensión para conocer a la persona muy diferente de la que ofrecía el psicoanálisis individual. Después el psicodrama incorporaba el cuerpo de los pacientes y del terapeuta de forma más activa.

El grupo es hablado por el argumento del drama del inconsciente social y su trama argumental. Cada integrante actúa un personaje principal de esta trama. Lo habla su inconsciente individual, pero al servicio de una trama argumental que alude o sugiere una fantasmática social. Inconsciente social que se introduce en la intimidad-interioridad del grupo, de acuerdo con la excepcionalidad de las circunstancias sociales.

Con esto nos referimos a que los grupos estructuran luego de su agrupamiento una configuración, organizada a partir de un entrecruzamiento de proyecciones de los integrantes, en la que se entrecruzan elementos representativos sociales de una manera tal que en esa configuración se escenifica la obra teatral, a la cual no sólo han aportado los integrantes, sino que la sociedad ha suministrado el clima imperante.

## Psicodrama

Tato, junto con Jaime Rojas Bermúdez, fue el fundador del psicodrama en la Argentina. Le dio al grupo una dimensión superior a la de cualquier tratamiento bipersonal. Le dio al psicoanálisis una dimensión que no era conocida antes de su trabajo. Trabajó con grupos hasta los últimos días de su vida.

En el Congreso Internacional de Psicodrama en Barcelona convocado por Ramón Sarró y presidido por Jacobo Levy Moreno, el creador del psicodrama, la psicoterapia de grupo y la sociometría,

le manifestaron su interés a Moreno, quien los invitó a cumplir con su formación en el Moreno Institute, en New York. Cumplieron su formación intensiva, Moreno los certificó y autorizó a constituir la Asociación Argentina de Psicodrama y Psicoterapia de Grupo, bajo su patrocinio y presidencia de honor y designando presidente de la misma a Rojas Bermúdez.

Ofreció muchas historias de la historia del psicodrama y del psicoanálisis latinoamericano. Dejemos esta historia donde debió quedar: en el recuerdo, en el reconocimiento, en el agradecimiento. Porque ahí quedará para siempre.

## Referencias

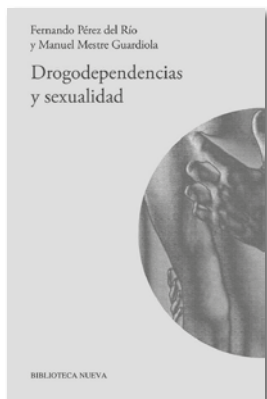
- Hernán Kesselman. "Uno de los últimos representantes de los 70". *Página 12*, 8-10-2015.
- Eduardo Pavlovsky. "Autoritarismo y grupos". *Página 12*, 8-10-2015.
- Juan Carlos Volnovich. "Tato, usted siempre haciendo teatro". *Página 12*, 8-10-2015.
- Juan Pundik. "Recuerdos y anécdotas de Tato Pavlovsky". 11 de octubre de 2015.

I. Markez



# ACTUALIZACIONES





## Drogodependencias y sexualidad

Autores: Fernando Pérez del Río y Manuel Mestre.

Edita: Biblioteca Nueva. Madrid, 2016 • 336 págs.

EAN: 9788416647125

*Drogodependencias y sexualidad* es un libro pionero por vincular y ordenar las drogodependencias y la sexualidad, a caballo entre la teoría y el ejercicio de la práctica diaria. Es de corte humanista, que favorece el propósito de hablar de la vivencia de la sexualidad en personas con problemas adictivos, de lo que les ocurre en realidad y de cómo pueden ser ayudadas con tratamientos adecuados. Es digno de señalar muy especialmente su aportación práctica, con una propuesta de novedosos talleres y numerosas dinámicas grupales. Se trata de una obra de psicología con guiños y referencias a otros saberes, como la filosofía, la antropología, o el análisis social.

Por su originalidad, cabría destacar algunos capítulos, como el referido a la adicción al sexo, así como aquel otro que analiza los abusos sexuales y la posterior drogodependencia, las consecuencias de las sustancias sobre la sexualidad, la dependencia afectiva y las adicciones, género y adicción, etc., o también toda la primera parte del libro en que, de una forma amena y atinada, se encuadran los conceptos clave para comprender de qué hablamos cuando hablamos de sexualidad y drogodependencias.

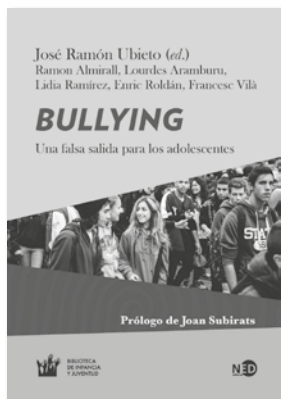
Cuenta con otra parte dedicada al tratamiento, donde cobra merecida relevancia qué función cumple la adicción en las personas. Digno de señalar muy especialmente es la infrecuencia de encontrar en un libro de psicología como éste

tantos guiños y referencias a otros saberes, bien sean la filosofía o la antropología, o bien el análisis social que abordan los autores.

La salud sexual es un área de intervención necesaria en los programas comunitarios de atención a drogodependientes. Porque la vivencia que estas personas han tenido de la sexualidad suele ser muy negativa, y porque las adicciones producen a medio y largo plazo efectos negativos sobre la sexualidad y la respuesta sexual. También sabemos que, en el proceso de abandono del consumo, aparecen una serie de miedos, preocupaciones, expectativas relacionadas con la sexualidad (dudas respecto a la valía como amante o sobre la propia respuesta sexual, expectativas irreales de lo que son las relaciones sexuales, etc.), que pueden entorpecer la recuperación. Problemas vividos en el área afectivo-sexual, como es una baja autoestima corporal o rupturas de pareja, pueden ser facilitadores o precipitantes de una recaída.

Un libro importante para profesionales, educadores, sanitarios o de la psicología vinculados a la educación, a las adicciones o a la sexualidad. Una obra que supone una puesta al día de la investigación actual a la par que un marco de referencia para los desafíos del futuro.

I.M.



## Bullying. Una falsa salida para los adolescentes

Autores: José Ramón Ubieto (ED.), Ramon Almirall, Lourdes Aramburu, Lidia Ramírez, Enric Roldán, Francesc Vilà.  
Prólogo de Joan Subirats

Edita: Biblioteca de Infancia y Juventud. NED Ediciones.  
Barcelona, 2016.

ISBN: 98-84-944424-6-9

<http://nedediciones.com/ficha.aspx?cod=2004>

Suspense en la escuela. El *bullying* es un reto para la salud mental y la educación. Este texto da imagen a algo que cuesta ver y, también, entender. Elucida el *bullying* bajo el espíritu del psicoanálisis.

Indiscutiblemente el *bullying* es un asunto de escuela. El *bullying*, de baja o media intensidad, es algo cotidiano en los colegios. Unos y otros lo saben y procuran olvidar con facilidad.

La editorial NED, con la entrada del año 2016, publica una obra coral de educadores y *psicos* sobre el *bullying*.

¿Por qué no pensar que se trata de bromas un poco pesadas, juegos de chiquillos, más o menos listillos o empanados, e historias de iniciación? La tranquilidad de los adultos estriba en pensar que son sucesos puntuales. A lo sumo pasajeras y, como todo el mundo sabe, siempre han ocurrido. Si los mayores le prestan un poco de su tiempo apresurado concluyen dando confianza a que los iguales sabrán resolver la papeleta.

Pero el *bullying* no es algo que ocurra de manera simple bajo la premisa de lo visible y lo invisible. Toma consistencia con la tensión entre la mirada, la voz y el dolor. Sus efectos se notan no sólo en los protagonistas, también en el conjunto de la comunidad educativa.

Como ocurre con tantas otras cosas de la postmodernidad queremos pensar que hay *bullying high level* si conlleva un desenlace trágico y, afortu-

nadamente, otras manifestaciones más soportables. Hacemos por equiparlo al matonismo de la escuela de antaño. ¿Quién no recuerda algo de eso en su vida escolar? Pero, desgraciadamente, eso no es así. El *bullying* es un asunto cruel. Y suele dejar una marca traumática indeleble.

El *bullying high level* tiene una tesis clara en el libro. Dos adolescentes en apuros, que no han declinado bien la pubertad, constituyen *una extraña pareja* como falsa salida a su infancia. El reto de hacer el duelo por su vida infantil, encarar las identificaciones sexuales y el nuevo mundo que los urge no es tarea fácil. Los que están alrededor colaboran para que esa crisis quede en suspenso y el impase produzca capítulos como en una serie televisiva. Estos semejantes hacen de corifeo. Jalean a los protagonistas. Y, ya sea porque temen o gustan de la escena, participan. Colaboran a que la tragedia se prolongue.

¿Y los adultos? Los hay para todos los gustos. Desde los que niegan lo que sucede hasta los que se meten de lleno en el asunto ya sea por bondad o por coraje. Unos y otros se ciegan con lo que Freud llamaría “la otra escena” de su propia historia, la inconsciente.

El *bullying*, sin necesidad de ser impactante, es un síntoma central en las relaciones personales de la escuela postmoderna. Unos y otros rivalizan, flirtean, agreden, injurian, excluyen... acechando o siendo acechados. ¿Pero qué es lo que se acecha o es acechado? Lo familiar y extraño

del cuerpo propio o del otro. El alumno encuentra una falsa salida a la metamorfosis de su adolescencia empalmando la mirada y la voz con lo inquietante y extraño del propio cuerpo tanto si es bello como diferente. Esa cosa siniestra del cuerpo encaja la extraña pareja con la que se hace o se sufre el *bullying*.

Es engorroso sostener la pregunta por la educación de hoy en día. Y la escuela resuelve responder que lo crucial es transmitir conocimientos variados para que el alumno aprenda a ser un emprendedor, un auto empleado, en un mundo incierto y en constante desregulación. Ocuparse de la vida de los jóvenes es un asunto que no les compete.

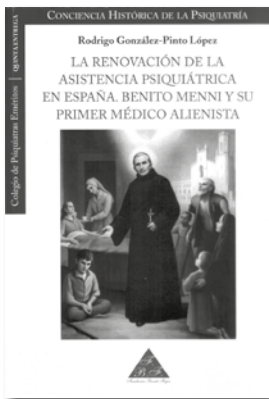
La vida del alumno no es competencia de la educación, se deriva a la salud. Las capacidades cognitivas sí son un asunto de la escuela. Cada vez

que algo de la vida acecha se puede acudir a la solución del especialista en salud mental. Así la biopolítica tiene un buen aposento en la comunidad educativa.

Todo se resuelve, se controla, con la gran solución: la *omschool*, neologismo compactado con las siglas de la Organización Mundial de la Salud y la *school*, la escuela que piensa en ingles.

*Bullying* es un relato apasionante sobre la salud educativa y mental de los protagonistas de la vida escolar. Leerlo nos pone al día de la psicopatología de la vida cortinada en la civilización contemporánea. Padres e hijos, educadores y alumnos hablan a su manera de sus cuerpos y sus ajeteos.

Francesc Vilà



## La renovación de la asistencia psiquiátrica en España. Benito Menni y su primer médico alienista

Autores: Rodrigo González-Pinto López.

Edita: Colegio de Psiquiatras Eméritos. Conciencia histórica de la psiquiatría, quinta entrega. Fundación Benito Feijoo. Oviedo, 2015.

Se trata de un libro póstumo de Rodrigo González-Pinto López, psiquiatra y nieto del que fue el primer alienista que trabajó con Benito Menni, José Rodrigo González. El autor escribió el libro con el deseo de saldar una deuda con ambos y con su padre, también psiquiatra, que le había hecho este encargo antes de fallecer. El autor expone claramente el papel de Benito Menni en la renovación de la asistencia psiquiátrica

en España a finales del siglo XIX y principios del XX que fue fundamental y muy superior a lo que recogen los libros de historia. Considera que Ciempozuelos fue el embrión de lo que posteriormente sería toda la obra hospitalaria de Benito Menni y que, desde el principio de su fundación en 1877, aportó trato humano y científico a la asistencia, algo poco común en la época.



El libro destaca también el papel de José Rodrigo González, su abuelo, primer director de Ciempozuelos (antes había ejercido la función de director el padre de éste, Deogracias González Montejano, médico titular del pueblo). José Rodrigo González trabajó en el manicomio de Ciempozuelos durante 21 años (1882-1903) hasta su muerte temprana a los 48 años. El autor repasa la obra hospitalaria de Menni centrándose especialmente en los hospitales de Ciempozuelos y Arrasate-Mondragón (Santa Águeda) que conoce muy bien a través de su padre que trabajó en ambos, siendo director durante muchos años del segundo, y de su tío José González Pinto, hijo también del primer colaborador de Menni, que murió trágicamente en 1937 a los 41 años, y que fue subdirector de Ciempozuelos en la época en que Sacristán era director.

Benito Menni fue enviado a España en 1867 para refundar la Orden de San Juan de Dios que había desaparecido tras la desamortización de Mendizábal y tras varios intentos fallidos encontró en Ciempozuelos la colaboración necesaria para hacerlo. Además de iniciar la refundación de la orden creó la orden de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, que sería decisiva también en la renovación de la asistencia hospitalaria.

Lo que Benito Menni pretendía era crear un hospital para dementes en el que prevaleciera el trato humano. Este trato humano partía indudablemente de su óptica religiosa pero su lucidez le hizo buscar el combinar este respeto a los pacientes con ciencia, algo poco frecuente en la asistencia psiquiátrica hospitalaria de la época. El autor expone hechos que demuestran el afán científico de Benito Menni desde la fundación de Ciempozuelos. Alude a los llamados prontuarios para la formación del personal de enfermería y auxiliar, novedosos para la época, elaborados e impartidos por José Rodrigo González. Además del afán de formación colaboró con el desarrollo científico a través de la investigación. En este sentido relata que Ciempozuelos era el hospital donde más estudios necrópsicos se realizaban en España a finales del siglo XIX. Esto iba unido a su colaboración en las revistas psiquiátricas de la época, especialmente en la *Revista Frenopática*, donde figura su obituario escrito por Rodríguez Morini. Ahondando más en la investigación y la ciencia dedica un capítulo del libro a la respuesta que se dio desde Ciempozuelos a la epidemia de cólera que hubo en España en 1885 y por la

que José Rodrigo González fue premiado por la Real Academia de Medicina, mencionado en las Cortes españolas y felicitado por el Gobierno de Italia.

El hecho de que este primer alienista fuera doctor en Medicina también es un hecho destacable que situaba al hospital de Ciempozuelos en un lugar de atención, formación, investigación y progreso, que continuó después con nuevos directores como Maraver, Gayarre, Sacristán, etc.

No todo fueron luces en aquellos años de duros enfrentamientos políticos y de movimientos antirreligiosos. Así en el libro se relatan también algunas difamaciones que cristalizaron en el “caso Semillán”. La justicia y la evidencia pusieron fin a una infamia que duró 8 años y que concluyó con las disculpas sinceras de algunos de sus difamadores a Benito Menni y a José Rodrigo González, que murió al poco tiempo de aclararse los hechos.

La obra hospitalaria de Benito Menni no solo llenó un vacío existente en la asistencia psiquiátrica española sino que fue una referencia fundamental a finales del siglo XIX y primera mitad del siglo XX.

El autor del libro relata que su abuelo, José Rodrigo González, quedó impactado por Benito Menni y que desde el principio, tuvo la impresión de estar ante un gigante y un innovador completamente entregado a la asistencia de los enfermos. Este impacto y la ilusión que le transmitió por humanizar y hacer científica la asistencia, de acuerdo a los conocimientos de la época, le llevaron a hacerse alienista y a trabajar con él durante 21 años en Ciempozuelos. Y que todo ello quedó impreso de alguna manera en la memoria transgeneracional de la familia González-Pinto expresada ésta en la vocación médica y psiquiátrica transmitida, al menos, a cuatro generaciones más.

**Rodrigo González-Pinto Arrillaga**

# Agenda

- 25 y 26 de Febrero de 2016 • Madrid  
**XXI Jornadas de la AMSM (AEN): *Espacios de locura y participación.***  
Más información: <http://amsm.es/2015/12/15/programa-completo-xxi-jornadas-de-la-amsm-25-y-26-de-febrero-de-2016/>
  
- 2, 3, 4 y 5 de marzo • Vitoria-Gasteiz  
**XXIV Curso de Actualización en Psiquiatría: *Psiquiatría, nuevos conocimientos, nuevas alternativas.***
  
- 12 al 15 de marzo • Madrid  
**24<sup>º</sup> Congreso Europeo de Psiquiatría (EPA).**  
<http://www.madrid-destino.com/en/venues-and-events/facilities/municipal-conference-centre.html>
  
- 2 y 3 de Junio 2016 • Cartagena (Murcia)  
**XXVI Jornadas Nacionales de la AEN: “Construyendo ciudadanía”.**  
[www.aen.es](http://www.aen.es) • [aen@aen.es](mailto:aen@aen.es)
  
- 16, 17 y 18 de junio de 2016 • Málaga  
**IX Curso de Actualización en Psiquiatría (2016) “Sobre Psicoterapias II”.**  
Hotel ILUNION Málaga.  
Información: [funcaspi.hrs.ssipa@juntadeandalucia.es](mailto:funcaspi.hrs.ssipa@juntadeandalucia.es) • 957 012 005
  
- 18 al 22 de julio • Santander  
**Escuela de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta “Carlos Castilla del Pino” (7<sup>a</sup> edición)**  
**Cursos de Verano de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo: *La experiencia en el diseño del futuro: la memoria en acción.***  
<http://www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/actividades/cursos-y-jornadas/inscripcion>
  
- 27 al 29 de octubre • Palma de Mallorca  
**XIX Congreso Nacional de Psiquiatría. SEP y SEPB.**

# Normas de publicación

La revista *NORTE de salud mental* considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella.

En general, no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse, siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas” (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores, previa a su publicación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de Norte de salud mental y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

## Requisitos de los trabajos a publicar

Se enviarán al Consejo Editorial de *NORTE de salud mental*: [info@revistanorte.es](mailto:info@revistanorte.es)

Primera página. Incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página. Figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo y palabras clave, en castellano e inglés. Habrá de 3 a 8 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los artículos Originales de investigación deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas incluidas hasta 6 figuras o tablas. Las Notas clínicas no superarán las 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las Revisiones podrán contener un máximo de 15 páginas.

Referencias bibliográficas. Se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas, inicial y final, de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una “comunicación personal”.

Las tablas y gráficos se enviarán en documento adjunto, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de “Normas de Vancouver”).

## Artículos de revistas

### • Artículo normal

Se mencionan hasta los seis primeros autores y se agrega la expresión “et al.” si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencias, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

- Autor institucional

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.

- Sin nombre del Autor

Cancer in South Africa (Editorial), *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

## Libros y otras monografías

- Indicación de autores personales

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- Indicadores de directores de edición o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

- Indicación de una organización como autor editor

Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington (DC): The Institute; 1992.

- Capítulo de un libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh Jh, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995 p. 465-78.

- Actas de congresos

Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology*. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- Original presentado en un congreso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical in-

formatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.

MEDINFO 92. *Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland*. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561- 5.

- Tesis doctoral

Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization*. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

## Otros trabajos publicados

- Artículo de periódico

Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

- Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future (videocasette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

- Diccionario y obra de consulta semejantes:

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

## Trabajos inéditos

- En prensa

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997.

## Material electrónico

- Artículo de revista en formato electrónico:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1 (1): (24 pantallas). Accesible en:

URL: [www.cdc.govncidod/EID/eid.html](http://www.cdc.govncidod/EID/eid.html)

# Solicitud de Ingreso

Para ser miembro de una asociación autonómica, se solicita al tiempo la incorporación a la AEN/PSM. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios y Socias tras su recepción.

La cuota anual será de 100 euros. Profesionales en formación, jubilados y no-facultativos (enfermería, trabaj. sociales, terapeutas, educadores sociales,...) será del 50%. Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la revista *NORTE de salud mental*, libros, Cuadernos Técnicos y otras publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios y socias de las Asociaciones en sus respectivas Autonomías.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Magallanes, 1 sótano 2. 28015 Madrid.

Tel.: 636 725 599 / Fax: 91 847 31 82 • Correo-e: aen@aen.es

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA/PROFESIONALES DE SALUD MENTAL (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

D./Dña ..... profesional de la Salud Mental,

con título de .....

Centro de trabajo .....

y domicilio en ..... Población .....

C.P. .... Provincia ..... Teléfono ..... Correo electrónico .....

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Autonómica para lo cual es propuesto por los miembros:

D./Dña. ....

D./Dña. ....

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

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado o asociada.

Nombre ..... Dirección .....

Banco/Caja de ahorros ..... Sucursal .....

IBAN/Cuenta nº ..... Población .....

Ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría/Profesionales de Salud Mental.

En ..... el ..... de 20 .....

Firma:

## Revista de:



ASOCIACIÓN DE  
SALUD MENTAL  
Y PSIQUIATRÍA  
COMUNITARIA



S.A.S.M.



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental

Asociación Castellano Manchega  
de Neuropsiquiatría  
y Salud Mental

Asociación Extremeña  
de Neuropsiquiatría  
(AExN)



**ABSM**

ASSOCIACIÓ BALEAR  
DE SALUT MENTAL

