

Luis Santiago Vega González* y Ángeles Lassaletta Garbayo**

* *Psiquiatra*

** *Psicóloga Clínica*

Servicios de Salud Mental de Usera.

Resumen

Presentamos el caso clínico de una mujer joven, finalmente diagnosticada de Mioclonus Palatino, tras más de quince meses presentando síntomas como chasquido de oídos (earclicks) y otras molestias otorrinológicas, junto a un estado ansioso-depresivo de desbordamiento emocional progresivo. Tras repasar las posibilidades y limitaciones de intervención en un caso que nos parece prototipo de otros que debutan con síntomas somáticos atípicos, inusuales y/o de difícil diagnóstico, recordamos algunas pautas de manejo desde la perspectiva de un Centro de Salud Mental

Palabras clave: mioclonía palatina, contención, interacción cuerpo-mente.

Title: Palatal Mioclonus: repercussion and clinical management of a rare somatic disorder.

Summary

We report the case of a young female patient with a final diagnosis of "Palatal Mioclonus," after more than fifteen months presenting symptoms, like "earclicks" and another otorhinologic disorders, as well as an anxious-depressive condition, because of a progressive emotional overflow. After overviewing the chances and limitations of intervention in the case, that we consider byword for other cases which appear with atypical and unusual somatic symptoms, and difficult diagnosis, we review some ideas of clinical management from the point of view of a Mental Health Center.

Key words: Palatal Mioclonus. Contention. Psychosomatic interaction.

Introducción

La práctica clínica nos obliga a menudo a reconocer la complejidad de la interacción entre el cuerpo y la psique, las múltiples formas en que una determinada persona (con su determinación biológica, biográfica, cultural, etc...) puede haber aprendido a afrontar la enfermedad. Los casos que debutan con un síntoma somático atípico, inusual y/o de difícil diagnóstico ponen a prueba tanto nuestros conocimientos como nuestras capacidades de contención de las angustias que no raramente el paciente comparte o proyecta en nosotros. Ciertas personalidades amplifican llamativamente dicha reacción o la tiñen de un gran dramatismo y teatralidad, querulancia o impaciencia ante el a veces prolongado proceso diagnóstico en curso. Separar en esos casos lo psicológico de lo somático no es fácil: la inevitable disociación que el médico debe realizar en ciertos momentos del proceso diagnóstico puede llegar a ser precozmente defensiva (*"lo suyo es psicológico: somatiza por estar tan hipocondríaco"*), derivando con hostilidad hacia el circuito psiquiátrico y privándole, hasta que la evolución clínica se hace evidente, de una atención médica que ha de ser integral precisamente en estos pacientes donde lo físico y lo psíquico interactúan tan conflictivamente. Ciertos casos de esclerosis múltiple, neoplasias de presentación atípica o cuadros curiosos como los descritos por Sacks¹ ilustran dicha complejidad y fuerzan a reflexionar sobre nuestro quehacer clínico. A continuación compartimos algunas de las reflexiones que nos ha suscitado un caso de complicado diagnóstico, finalmente diagnosticado de Mioclonía Palatina, tras diversos diagnósticos realizados por múltiples otorrinolaringólogos

públicos y privados, variados tratamientos médicos y quirúrgicos, reiteradas y conflictivas visitas a Urgencias y seguimiento paralelo en un Centro de Salud Mental.

Caso clínico

Se trata de una paciente remitida al C.S.M. por su médico de atención primaria con el siguiente parte de Interconsulta: “Mujer de 26 años con multitud de consultas en Urgencias por cuadro abigarrado de taponamiento y «chasquido de oídos», otalgias y mareos inespecíficos, habiendo sido vista por numerosos especialistas (O.R.L., Máxilo-facial, Neurología) con TAC cerebral normal y sin que se haya objetivado patología orgánica. En la última visita a Urgencias recomiendan valoración por Salud Mental”.

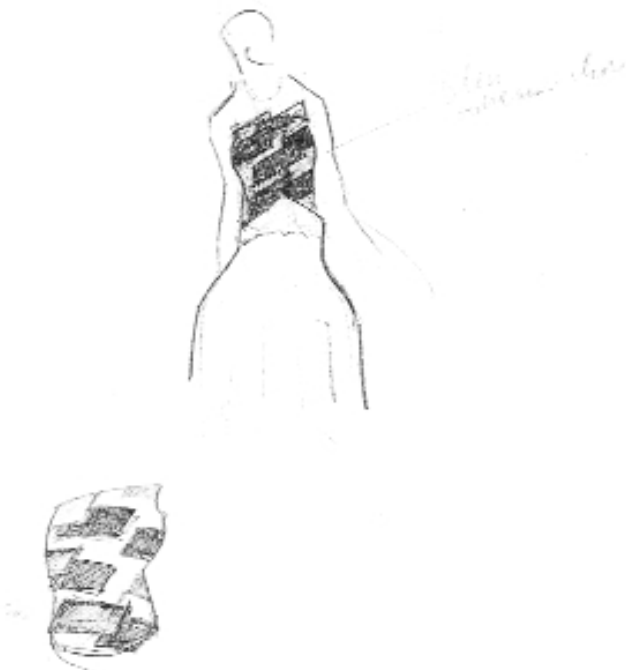
Tras una faringitis padecida 5 meses antes, comenzó con molestias de oídos que relataba ansiosa como “insoportables”. Empezó a acudir reiteradamente a Urgencias y consultas ambu-

latorias de O.R.L. por ese motivo, realizándose numerosas exploraciones valoradas como normales (otoscopia, audiometría, impedanciometría, TAC y RMN cerebral), “descartándose patología ORL”. En otras evaluaciones, al persistir la paciente en su queja (expresada cada vez con más desbordamiento emocional), recibió los diagnósticos de Disfunción Tubárica Leve, Ototubaritis, Acúfenos y otros, recomendándose evaluación Neurológica por los “mareos inespecíficos no sugerentes de patología vestibular” y diversos tratamientos médicos (antibióticos, antiinflamatorios, antihistamínicos, corticoides, analgésicos... todos ellos “ineficaces” según opinión de la paciente).

Progresivamente a la presentación de estos síntomas en los oídos fue perdiendo el apetito, empeorando su ritmo de sueño (en ocasiones le despertaban los chasquidos, lo que le generaba gran ansiedad) y mostrando una gran inestabilidad emocional y ansiedad, lo que provocó una serie de conductas abandonicas y regresivas que ponía en relación con las molestias de los oídos (“no puedo hacer nada... ¡no aguanto esto!”). Por todo ello en varias ocasiones realizó gestos autolesivos (tirarse a un coche en marcha, ingesta de psicofármacos) de forma impulsiva, desarrollando asimismo una gran dependencia de su marido, quien le acompañaba a las múltiples consultas médicas.

No se objetivaban antecedentes psicopatológicos previos ni, específicamente, historia de somatizaciones, hipocondría y/o trastorno conversivo aunque se describe, como muchos de su familia, como “nerviosa”. Hasta unos meses antes trabajaba regularmente y atendía sus tareas domésticas con normalidad. Tampoco relataba factores estresantes en el inicio o mantenimiento del cuadro, aunque unas semanas antes de acudir al C.S.M. había fallecido un primo suyo joven tras una larga enfermedad degenerativa muscular diagnosticada en la infancia.

En una de las consultas urgentes realizadas, tras un episodio de agitación psicomotriz después de movilizar a varios especialistas ORL para volver e explicarle los posibles diagnósticos aplicables a su dolencia y la inconveniencia de



Teatro de la Pantomima futurista

Enrico Prampolini, 1926-1927

Lápiz sobre papel

Boceto para traje

nuevas exploraciones, se recomienda ingreso psiquiátrico para contención de la ansiedad sobreañadida y de la escalada de descontrol conductual con auto y heteroagresiones (al marido, a profesionales...). Tanto la paciente como la familia rechazan tal indicación, continuándose el seguimiento ambulatoriamente. Además del tratamiento psicofarmacológico (sertralina junto a benzodiacepinas a dosis altas, sintomáticamente) se ofrece evaluación con psicóloga para contención y tratar de encuadrar en su biografía y personalidad la intensidad de su reacción al síntoma somático que le generaba tanta ansiedad (y que en ningún momento, ni en Urgencias de Psiquiatría ni en el C.S.M funcional negamos ni definimos como somatización, conversivo o, en definitiva, principalmente psi). Acepta la ayuda psicológica y psiquiátrica por los síntomas ansioso-depresivos y el descontrol conductual secundario (*"pero lo mío no es sólo de nervios"*).

A pesar de la contención estrecha realizada por psicóloga y psiquiatra del C.S.M., receptores en varias ocasiones de todas sus frustraciones y reivindicaciones, continuaron las cada vez más frecuentes y conflictivas visitas a Urgencias (con heteroagresiones leves a profesionales, gestiones en Atención al Paciente para cambios de varios de los especialistas que la correspondían por cupo y amenazas de denuncia por desatención) así como a profesionales ORL del circuito privado. Tras un nuevo diagnóstico ORL (*"Vegetaciones"*) y una indicación de cirugía parece calmarse llamativamente la ansiedad, resaltado la paciente la calidad *"profesional y sobre todo humana"* del especialista privado. Sin embargo, a las pocas semanas vuelven a incrementarse las molestias (chasquidos en el oído, mareos y, secundariamente, gran ansiedad e ideas autolíticas).

En una nueva exploración ORL de Urgencias, quince meses después de los síntomas iniciales, se presencia claramente un acceso de movimientos involuntarios en el velo del paladar calificándose por primera vez de Mioclonía Palatina de origen probablemente idiopático, pautándose clonazepam en dosis ascendentes en sustitución del lorazepam que en aquel mo-

mento estaba tomando (5-10 mg) asociado a nefazodona. La precisión del diagnóstico (*"es el primer caso que había visto el Neurólogo en su vida"*), así como las expectativas de curación ofertadas producen un breve alivio inicial pero, al no mejorar con diversos tratamientos (diazepam, clonazepam, piracepam), se reactivan sus conductas reivindicativas de ingreso hospitalario (no psiquiátrico), gestiones y denuncias para cambio de hospital, así como enfrentamientos con diversos profesionales. Durante ese tiempo en varias ocasiones atendemos tanto a la paciente como su marido en el C.S.M. para contención, límites conductuales (y con medicación ansiolítica en aumento) a sus *demandas* impacientes y para tratar de dar un sentido unitario y comprensible para ella de las múltiples informaciones y expectativas terapéuticas recibidas.

Finalmente consiguen un cambio de hospital, derivada para valorar la posibilidad de instaurar tratamiento con toxina botulínica. Ante el gran nivel de ansiedad existente y las dudas sobre la indicación terapéutica más viable para su mioclonía se la indica, y esta vez sí acepta, ingreso hospitalario en una cama no psiquiátrica, bajo supervisión coordinada de Neurología, Psiquiatría y O.R.L.

En una consulta evolutiva realizada seis meses después la propia paciente pide disculpas por los trastornos de conducta manifestados en los meses de contacto con nosotros y comenta que ha mejorado llamativamente de los síntomas ansioso-depresivos que acompañaban a sus molestias. Dado que la medicación es similar a la aconsejada por nosotros (ISRS y benzodiacepinas) y que aún no se han ensayado otras posibilidades terapéuticas específicas (Sumatripán, tras contraindicar la toxina botulínica), reconoce que lo que más la calmó fue el ingreso hospitalario y *"ver que los tres especialistas me decían lo mismo y estaban coordinados"*. Recientemente ha vuelto a trabajar y ya desde hace meses realiza sus tareas domésticas con normalidad.

Diagnóstico

La Mioclonía Palatina (Rhythmic Palatal Myoclonus en la literatura anglo-americana, también

denominada recientemente Temblor del Velo del Paladar) es un raro trastorno del movimiento caracterizado por contracciones rítmicas de los músculos del paladar, habitualmente bilaterales y, a diferencia de otras formas de mioclonías, persistentes durante el sueño^{2,3}. Puede asociarse con movimientos sincrónicos de la faringe, laringe, músculos oculares extrínsecos, faciales, del suelo de la boca, linguales y, en ocasiones, de grupos musculares del tronco y extremidades⁴. Aunque generalmente se desarrolla de forma secundaria a diversos procesos cerebrales (Mioclonus Palatino Sintomático, M.P.S.), en algunos pacientes no se encuentra evidencia de lesión vascular, traumática, desmielinización, tumoral, infecciosa, degenerativa o metabólica (Mioclonus Esencial, M.P.E.)⁴.

En este segundo grupo, que suelen ser más jóvenes, los chasquidos de oídos objetivos (probablemente producidos por movimientos de la trompa de Eustaquio) son uno de los sus síntomas más típicos, a diferencia de lo que ocurre en el sintomático, según concluyen Deuschl y cols., tras estudiar una serie de 287 casos (77 de ellos esenciales)⁴. Otras enfermedades asociadas con sonidos otológicos rítmicos, como las malformaciones arteriovenosas, pueden ser fácilmente distinguibles por las características del ruido, la sincronía con el latido cardíaco y la ausencia de hiperquinesias palatinas. Sin embargo, dada la frecuencia de las presentaciones atípicas o recortadas del cuadro de M.P.E., dichos chasquidos, al igual que otros síntomas que como el dolor o los acúfenos tienen una gran carga subjetiva al valorar las repercusiones que sobre la calidad de vida del paciente provocan, son más difíciles de relatar al médico con precisión cuanto menor nivel intelectual/cultural posea el paciente y serán más fácilmente etiquetables precozmente de psicológicos cuanto menos conocimientos y paciencia tenga el médico y mayor desbordamiento emocional genere el síntoma en el paciente.

El tratamiento es, en general, poco eficaz^{2,3,4,5}. Se han descrito resultados variables con benzodiazepinas (clonazepam, diazepam), anticolinérgicos (trihexifenidil), carbamazepina, baclofén, 5-hidroxitriptifano, tetrabenacina y otros, así

como, según datos recientes, con sumatripán⁵ y flunaricina. El tratamiento quirúrgico es de eficacia limitada. A pesar de casos publicados de buen resultado inyectando toxina botulínica en el paladar blando, la viabilidad práctica de esta técnica es también pequeña.

Hasta que finalmente se visualizó el movimiento del velo del paladar, tras las numerosas exploraciones realizadas y la conflictiva relación con los servicios asistenciales, podía haberse barajado la posibilidad diagnóstica de que se tratara de un Trastorno Somatomorfo (presentación reiterada de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, sustancia o por otro trastorno mental, acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de los reiterados resultados negativos de dichas pruebas y de las continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen justificación somática). Aunque la paciente no cumpliría los criterios estrictos requeridos por la DSM-IV/CIE-10 (la M.P.E. es un diagnóstico objetivable a través de la exploración), el criterio B.2 abre la puerta a la imprecisión ("si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio")⁶. De hecho, en el caso que presentamos, nos fueron útiles algunas de las estrategias de manejo recomendadas para el somatizador crónico por autores como Bass y Benjamín⁷: identificar factores psicosociales estresantes desencadenantes y mantenedores, proporcionar información clara y sin ambigüedades sobre los hallazgos diagnósticos, negociar con el paciente el encuadre o normas que regirán la relación médico-paciente (periodicidad, duración de las consultas, atención urgente...), limitar las exploraciones y derivaciones a otros especialistas no justificadas clínicamente, evitar diagnósticos espúreos, no tratar lo que el paciente no tiene (con placebos o fármacos sin probada efectividad), evitar el dualismo "físico o mental", ayudar al paciente a dotarse de un modelo explicatorio de lo que le ocurre (p.e. "la ansiedad amplifica sus molestias reales de origen ORL"), clarificar el papel de los diferentes médicos im-

plicados y potenciar el rol del médico que coordine el proceso diagnóstico y unifique coherentemente las distintas informaciones recibidas, favorecer la relación de confianza y verdad con el paciente (incluso para aceptar que éste solicite otra opinión en algún momento del proceso), realizar evaluaciones y consultas conjuntas por parte de los especialistas implicados, no rehuir el diálogo con los pacientes que niegan todo componente emocional en su malestar y mantener una actitud coherente a pesar de las presiones del paciente y familiares.

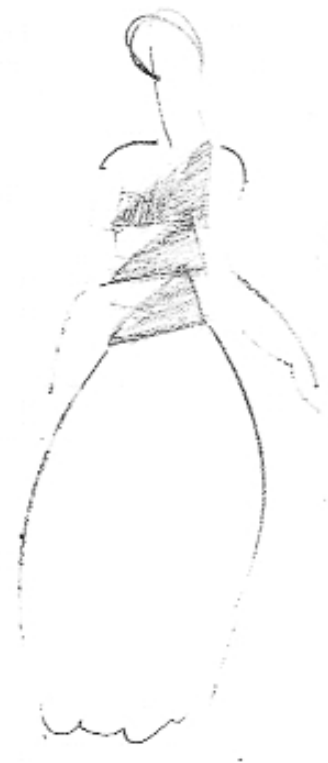
Todo clínico implicado en el estudio de síntomas raros y/o de presentación atípica habrá de ser consciente de que a veces, precipitada y defensivamente para el médico inexperto o inseguro, se manejarán los términos de “funcional” o “histérico”. Varios trabajos ya clásicos nos recuerdan la frecuente presencia de sintomatología histérica en enfermedades orgánicas, así como la no rara asociación de trastornos conversivos y trastornos de base neurológica objetivables⁸.

Por otra parte, es bien conocido que pacientes con trastornos neurológicos orgánicos pueden desarrollar síntomas y síntomas neurológicos funcionales⁹, lo cual complica la tarea diagnóstica y el manejo del paciente. Aparte de la bien documentada concurrencia de “pseudocrisis” y crisis epilépticas¹⁰, diversos autores del campo de la neurología han estudiado los denominados Movimientos Anormales Psicógenos (M.A.P.). Aunque suponen apenas un 4% de todos los movimientos anormales de los 3.700 pacientes con movimientos anormales idiopáticos estudiados por FAHN¹¹, deben ser diferenciados de cuadros como el que nos ocupa. Las Mioclonías Psicógenas son para algunos autores el tipo de M.A.P. más frecuente. Monday y Jankovic¹² encuentran un 8,5% de todos los diagnosticados de mioclonías y el 20,2% de los etiquetados como M.A.P. en su clínica de trastornos del movimiento. Los criterios usados por estos autores para diagnosticar de mioclonía psicógena fueron: la variabilidad de forma, amplitud y ritmo, la presencia de problemática psicogénica asociada, la reducción importante con la distracción, la agudización o alivio con el placebo o la sugestión, la existencia de pe-

riodos espontáneos de remisión, el comienzo agudo y la resolución también aguda y la evidencia de psicopatología subyacente. En el caso que nos ocupa, la evolución nos irá guiando sobre la posible concurrencia o no de este componente funcional.

Algunas reflexiones sobre el manejo del caso

¿Qué podemos aprender del abordaje terapéutico de un caso como este desde un C.S.M.? Un diagnóstico somático objetivable como el de M.P.E. no excluye ni un diagnóstico psiquiátrico concomitante ni la necesidad de un abordaje psicológico y psiquiátrico paralelo. El M.P.E. no tiene fácil tratamiento y el, en ocasiones largo proceso diagnóstico, con numerosos profesionales implicados y opiniones no raramente divergentes, cuando no contradicto-



Teatro de la Pantomima futurista
Enrico Prampolini, 1926-1927

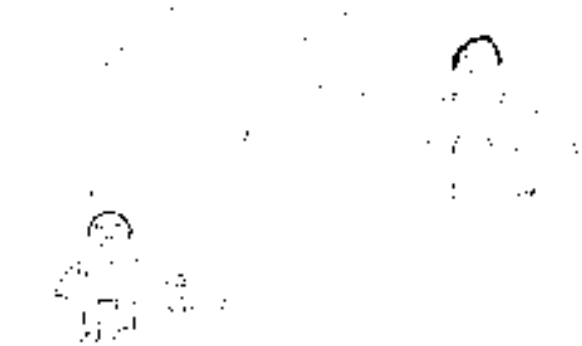
Lápiz sobre papel
Boceto para traje

rias, es lo habitual, como en el caso que nos ocupa. De ahí el valor de la contención realizada desde el C.S.M y la insuficiencia del abordaje ambulatorio cuando las necesidades de la paciente sobrepasaron nuestras capacidades de actuación, al carecer de una estructura organizativa (algo más fácil de lograr en los programas de Enlace hospitalarios) que pudiera unificar los múltiples mensajes que cada profesional implicado iba realizando en forma de comentarios espontáneos (“*es un caso inusual*”), en forma de pronósticos (enumerando esperanzado los diversos tratamientos recogidos en la literatura) o en respuesta a los interrogantes del paciente sobre su evolución al ir fallando algunos de éstos o al recibir consejos contradictorios de varios profesionales no coordinados a lo largo de todas y cada una de las etapas del proceso diagnóstico y terapéutico.

Sabemos que en toda somatización se produce un fenómeno de amplificación somatosensorial que convierte las senso-percepciones en más intensas, nocivas y perturbadoras¹³. Determinados aspectos biográficos de la paciente que nos ocupa (historia de otalgias de repetición durante la infancia y en varios miembros de su familia, actitud materna alarmista y poco contenedora ante el dolor, la enfermedad y la frustración, primo con largo proceso degenerativo fallecido joven unos meses antes de iniciar el cuadro de mioclonías palatinas, etc.), así como el malestar físico real (chasquido de oídos) a falta de un diagnóstico tranquilizador y una terapéutica efectiva provocarían en la paciente lo que también apreciamos en los trastornos somatomorfos: la hipervigilancia ante las sensaciones corporales, la predisposición a concentrarse sobre sensaciones somáticas débiles o infrecuentes y la reacción ante las sensaciones con cogniciones y afecto que las intensifican y hacen más alarmantes y potencialmente peligrosas.

Le doux¹⁴ ha descrito de forma sugerente las vías anatómicas que implican a la amígdala y otras zonas cerebrales en las reacciones emocionales, almacenándose en éstas la información primitiva e induciendo la activación autonómica y muscular. Esta activación produce una respuesta inicial al peligro, antes de que éste se ha-

Figura 1: Dibujo figura humana



ga consciente o de que se haya identificado la sensación. Si la falta de información subjetivamente tranquilizadora acerca del síntoma no atenúa la ansiedad, ésta se incrementa y se fomenta el sesgo atencional hacia estímulos considerados como peligrosos, con la consiguiente activación vegetativa, incrementándose así el rasgo de ansiedad¹⁵. Algo similar ocurre en los trastornos de angustia hasta que se realiza el diagnóstico y se instaura un tratamiento efectivo, así como en la paciente que presentamos.

El nivel de activación neurovegetativa basal (influenciado por factores genéticos, aprendizaje y modelado familiar y cultural...) codificará de una u otra forma un hecho para el futuro. Así, los primeros *dolores de oídos insoportables* y la ansiedad desbordada y no contenida por el medio familiar inscribirá en el *inconsciente biológico*¹⁶ para el futuro cualquier molestia de oídos similar (chasquido, taponamiento, acúfenos...) con el tono emocional de amenaza y alarma. De ahí la importancia de, al menos, no reproducir en el presente, en nuestro rol terapéutico, la falta de contención familiar pasada¹⁷.

Con las limitaciones que supone formar parte de un sistema sanitario en el que lo que prima es la supresión, antes que la comprensión de los síntomas, el lugar que ocupamos los profesionales de Salud Mental, psicólogo y psiquiatra, es el de la contención. Contención en el sentido de la definición de Tizon¹⁸, “*percibiendo y recibiendo las ansiedades del otro, incorporándolas en nuestro interior y devolviéndolas (o no) a un nivel de*

“metabolización” o elaboración que favorezca más el desarrollo que las ansiedades iniciales inmodificadas”. Tarea harto difícil, más aún cuando en éste y otros casos en nuestro medio de trabajo jugamos con varios factores que empeoran el pronóstico: personalidad inmadura (*Figura 1. Dibujo figura humana*), escasa capacidad de mentalización, poca tolerancia a la frustración, rasgos de impulsividad y carencia de soportes familiares y sociales eficaces. A menores recursos personales de afrontamiento y capacidad de “autoapaciguamiento”¹⁹ natural o aprendido en la psicoterapia, mayor necesidad de la contención psicofarmacológica ambulatoria o, como finalmente ocurrió en este caso, en un medio hospitalario.

Todo esta complejidad de datos neurobiológicos y clínicos (apenas esbozados aquí, campo de interés actual^{14,20} nos recuerda –concretado en el caso que presentamos– la conveniencia del abordaje integral de la enfermedad, el enfermo y su enfermar.

Bibliografía

1. Sacks O. El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. Barcelona: Muchnik Editores SA; 1970.
2. Bakheit A, Behan P. Palatal myoclonus successfully treated with clonazepam. *J Neurosurg Psych* 1990; 53: 806.
3. Grandas FJ, Salas X. Síndromes mioclónicos. En: Jiménez-Jiménez FJ, Luquin MR, Molina JA. Tratado de los trastornos del movimiento. Madrid: IM & C; 1998.
4. Deuschl G, Mischke G, Schenk E, Schulte-Möntig J, Lücking Ch. Symptomatic and essential rhythmic palatal myoclonus. *Brain* 1990; 113: 1645-1672.
5. Scott BL, Evans RW, Jankovic J. Treatment of palatal myoclonus with sumatripan. *Movement disorders* 1986; 11(6): 748-751.
6. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
7. Bass C, Benjamin S. The management of chronic somatisation. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 472-480.
8. Tyrer P. Clasificación de las neurosis. Madrid: Díaz de Santos; 1992.
9. Ranawaya DR, Lang A. Psychogenic dyskinesias in patients with organic movement disorders. *Movement Disorders* 1990; 5 (2): 127-133.
10. Buchanan N, Snars J. Crisis pseudoepilépticas. Guía para el tratamiento. Barcelona: Ancora; 1996.
11. Fahn S, Williams D. Psychogenic dystonia. *Adv Neurolog* 1988; 50: 431-455.
12. Monday K, Jankovic J. Psychogenic myoclonus. *Neurology* 1993; 43: 349-352.
13. Leal C. El problema de las somatizaciones. En: Pichot P. *Psiquiatría y otras especialidades médicas*. Madrid: Grupo Arca Médica SA; 1998.
14. Le Doux J. El cerebro emocional. Barcelona: Ariel/Planeta; 1999.
15. Belloch A, Sandin B, Ramos F. Manual de Psicopatología. Madrid: Mc Graw Hill; 1995.
16. Pally R. Emotional processing: the mind-body connection. *Int J Psychoanalysis* 1998; 79(2): 349-362.
17. Bleichmar H. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Paidós; 1997.
18. Tizón JL. Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria. Barcelona: Ediciones Doyma; 1992.
19. Bleichmar H. El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque modular transformacional. *Aperturas psicoanalíticas* 1999; 3. Disponible en: <http://www.aperturas.org>.
20. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999; 156(4): 505-524.

Correspondencia:

Luis Santiago Vega González.
Servicios de Salud Mental de Usera.
C/Visitación, 5. 2ª pl. 28026 Madrid.
Tfno.: 91 500 10 15 / 0880