

PSIQUIATRÍA

PÚBLICA

Equipo directivo: Manuel Desviat (director), Alberto Fernández Liria (jefe de redacción), Fernando Colina, Francisco Chicharro, Mariano Hernández Monsalve, Josefina Mas Hesse.

Redacción: María Diéguez Porres, Vicente Ibáñez Rojo, Ana González Rodríguez, Francisco González Aguado, Alberto Ortiz Lobo, Esther Pérez Pérez

Colaboradores:

| | | | |
|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| Álvarez Martínez, J. M ^a | Valladolid | Inglot Domínguez, R. | Las Palmas de G. C. |
| Amarante, P. | Río de Janeiro | Kapetanovic-Bura, E. | Sarajevo |
| Ansari, Shakir | Londres | Labad Azquezar, A. | Tarragona |
| Arboleda-Flórez, J. | Calgary | Lamas Greco, S. | Orense |
| Arribas Hernández, A. | Madrid | Levav, I. | Washington |
| Arroyo Sucre, J. | Panamá | Linares Fernández, J. L. | Barcelona |
| Baca Baldomero, E. | Madrid | López Sánchez, L. | Murcia |
| Balbo, E. | Madrid | López Mondéjar, L. | Murcia |
| Ballús, C. | Barcelona | López Ibor Aliño, J. J. | Madrid |
| Bar-El, Y. C. | Jerusalén | López Álvarez, M. | Sevilla |
| Barrientos, G. | La Habana | Markez Alonso, I. | Bilbao |
| Berrios, G. E. | Cambridge | Marsset, P. | Murcia |
| Bertolote, J. M. | Génova | Martínez Martínez, F. J. | Madrid |
| Blanco de la Calle, A. | Madrid | Mateo Martín, I. | Sevilla |
| Bleichmar, H. | Madrid | Mayoral Clies, F. | Málaga |
| Bravo Ortiz, M. F. | Madrid | Medina Mora, E. | México DF |
| Caballero Nuez, L. | Madrid | Menéndez Osorio, F. | La Coruña |
| Calcedo Ordóñez, A. | Madrid | Mezzich, J. E. | Nueva York |
| Caldas de Almeida, J. M. | Lisboa | Mira Pascual, V. | Madrid |
| Cañas de la Paz, F. | Madrid | Montenegro, R. | Buenos Aires |
| Casco Solís, J. | Madrid | Montero Barquero, F. | S. José de Costa Rica |
| Castanyer Vila, M. | Madrid | Montilla García, J. F. | Madrid |
| Castañeda Sáez de Jáuregui, M. | Madrid | Montoya Rico, J. L. | Alicante |
| Castilla del Pino, C. | Córdoba | Morandé Larin, G. | Madrid |
| Colodrón, Antonio | Madrid | Muñoz, P. E. | Madrid |
| Collins, Pamela | Nueva York | Negrete, J.C. | Quebec |
| Corrales Rosado, J. M. | Palma de Mallorca | Ozamiz Ibinarriaga, A. | Vitoria |
| Crespo Gutiérrez, L. F. | Madrid | Palomo Álvarez, T. | Madrid |
| Chanoit, P. F. | París | Pardo Gascues, N. | Pamplona |
| De la Fuente Portero, J. | Sta. Cruz Tenerife | Pastor Martínez, A. | Madrid |
| De la Rosa Roselló, R. | Palma de Mallorca | Penasa López, B. | Madrid |
| Del Álamo Jiménez, C. | Madrid | Pereña García, F. | Madrid |
| Delgado Criado, M. | Madrid | Pichot, P. | París |
| Díaz Patricio, A. | Granada | Potestad Menéndez, F. | Pamplona |
| Díaz del Peral, D. | Almería | Prieto-Moreno, L. | Madrid |
| Díaz Mújica, B. | Barcelona | Rallo, J. | Madrid |
| Dio Bleichmar, E. | Madrid | Rebolledo Müller, S. | Orense |
| Domínguez Santos, M ^a . D. | Madrid | Rendueles Olmedo, G. | Gijón |
| Escudero Álvaro, C. | La Coruña | Retolaza Balsategui, J. A. | Bilbao |
| Espinosa Iborra, J. | Madrid | Rodríguez López, A. | S. de Compostela |
| Esteban Arnáiz, R. | Valencia | Rodríguez Pulido, F. | Sta. Cruz de Tenerife |
| Fagundes, S. | Valladolid | Rodríguez Vega, B. | Madrid |
| Fernández Sanabria, J. M. | Porto Alegre | Roig Salas, A. | Barcelona |
| Ferraz, M. | Huelva | Rotelli, F. | La Habana |
| Ferrero, F. | Sao Paulo | Ruiz de Velasco, M. E. | México |
| Fuentenebro, F. | Génova | Sabando Suárez, P. | Madrid |
| Gallano Petit, C. | Madrid | Sáez Aguado, A. | Valladolid |
| Gallegos Chacón, A. | Madrid | Sánchez Padilla, J. A. | Las Palmas de G. C. |
| García Valtuille, A. | S. José de Costa Rica | Santodomingo Carrasco, J. | Madrid |
| García González, J. | Palma de Mallorca | Sarraceno, B. | Milán |
| García de la Villa, J. M. | Oviedo | Savio Alves, D. | Brasilia |
| Garrabe, J. | Vigo | Schechtman, A. | Brasilia |
| Gay Pamos, E. | Le Mesnil St. Denis | Simón Lorda, D. | Orense |
| Gómez Fernández, R. | Córdoba | Sopelana Rodríguez, P. | Madrid |
| González Cases, J. | Buenos Aires | Szpilka, J. | Madrid |
| González Fernández, E. | Madrid | Tesoro Amate, A. L. | Almería |
| González Juárez, C. | La Coruña | Tizón García, J. L. | Barcelona |
| González Sanz, L. | Madrid | Trujillo Vera, A. | Cádiz |
| González Nequera, M. C. | Sevilla | Uribe, I. | Tegucigalpa |
| González Torres, M. A. | Las Palmas de G. C. | Val, E. | San Diego, California |
| González Álvarez, O. | Bilbao | Vallejo Ruiloba, J. | Barcelona |
| González, R. | Huelva | Valls Blanco, J. M. | Córdoba |
| Harnois, G. | Washington | Vaz Leal, J.L. | Badajoz |
| Hellín del Campo, M. | Montreal | Venturini, E. | Imola |
| Henderson, J. | Madrid | Vicente, B. | Concepción, Chile |
| Huertas García-Alejo, R. | Bruselas | Vidal, G. | Buenos Aires |
| Ingelmo Fernández, J. | Madrid | While d'Acosta, D. | Panamá |


Portada

People.
George Grosz. 1919
Private Collection.

© Copyright 1995 Sociedad Psiquiatría Pública

Redacción y Administración: JARPYO EDITORES, S.A.
Antonio López Aguado, 4. 28029 Madrid
e.mail: jarpyo@arconet.es - url: www.jarpyo.es
Tel. 314 43 38. Fax 314 44 99

ISSN: 0213-8972. SVR: 553
Depósito Legal: M-24.251-1987

Control voluntario de
difusión realizado por 

Publicación Bimestral con 6 números al año
Tarifa de inscripción anual: 5.000 ptas. IVA incluido - Ejemplar atrasado: 950 ptas.

EDITORIAL

- Sistemas de información en salud mental
C. González Juárez 271

ARTÍCULO ESPECIAL

- Valor del acto en la discapacidad
F. Pereña 275

ORIGINALES Y REVISIONES

- Metodología y resultados del censo de pacientes psiquiátricos hospitalizados en Río de Janeiro
J. P. Lyra da Silva, P. Amarante 282

- El rol del especialista en psiquiatría
A. García-Estrada Pérez, C. de las Cuevas Castresana 295

INFORME

- Sistema de información en salud mental
Enrique Gil 301

CASO CLÍNICO

- Abordaje de un trastorno de personalidad esquizotípico desde un centro de rehabilitación psicosocial
E. de Grado González 308

- Trastornos de personalidad y rehabilitación psicosocial: un caso práctico
J. I. Fernández Blanco, M. Rullas Trincado 315

ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Reseña de Revistas

- Novedades sobre duelo
F. González Aguado, V. Ibáñez Rojo 321

- La enfermedad renal: sus repercusiones en la vida del paciente
B. Mas Hesse, M. Marín 322

Crítica de libros

- A contracorriente
F. Pereña 325

- Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica
C. González Juárez 326

Selección Bibliográfica

- Revistas 328
Libros 333

EDITORIAL

- Data systems in mental health
C. González Juárez 271

SPECIAL ARTICLE

- The value of the act in disability
F. Pereña 275

ORIGINALS AND REVIEWS

- Methodology and results of the census of hospitalized patients
in psychiatrics of Rio de Janeiro
J. P. Lyra da Silva, P. Amarante 282

- The role of the specialist in Psychiatry
A. García-Estrada Pérez, C. de las Cuevas Castresana 295

REPORT

- Data systems in mental health
Enrique Gil 301

A CLINICAL CASE

- An approach to a schizophrenic-like personality disorder in a
Psycho-social Rehabilitation Centre
E. de Grado González 308

- Personality disorders and psycho-social rehabilitation: a practical case
J. I. Fernández Blanco, M. Rullas Trincado 315

BIBLIOGRAPHICAL UPDATE

Journal Review

- Novelties on mourning
F. González Aguado, V. Ibáñez Rojo 321

- Kidney disease: its repercussions on the patient's life
B. Mas Hesse, M. Marín 322

Book Review

- Against the current
F. Pereña 325

- Statistical culture and scientific research in the health field: a critical view
C. González Juárez 326

Bibliographic Selection

- Review 328
Book 333

Sistemas de información en salud mental

Responder, por ejemplo, a la pregunta de cuántos ingresos psiquiátricos se produjeron en Madrid o en Asturias en 1996 resulta una tarea difícil, según se refleja en el informe sobre la Encuesta Nacional de Salud Mental 1991-1996, que se publica en este número de *Psiquiatría Pública*. Más allá de esta anécdota, es evidente que no disponemos de información fiable y fácilmente accesible sobre el número de recursos de salud mental disponibles en el país, tanto de unidades y dispositivos como de profesionales, y eso si nos centramos sólo en el sistema público. También es incompleta la información sobre la actividad desarrollada, y el conocimiento sistemático de los resultados parece una utopía inalcanzable.

Por otra parte, la mayoría de los profesionales estarán de acuerdo en la necesidad de disponer de información básica sobre lo que hacen, tanto desde la perspectiva de la gestión como desde la clínica o la investigación. Además, la medida de la actividad y de la efectividad de los programas asistenciales tiene, si cabe, mayor importancia en un momento en que el control del gasto sanitario es una de las prioridades del país, y cuando la vinculación de incentivos económicos al cumplimiento de objetivos es una realidad. Habría que preguntarse, pues, por qué no disponemos de sistemas de información en salud mental que resuelvan esa necesidad y plantearse en qué dirección queremos ir.

La experiencia de la implantación de registros de casos psiquiátricos que acompañó el proceso de reforma psiquiátrica en España, vista desde la perspectiva actual, ofrece un panorama desalentador: la mayoría de los que sobreviven funcionan en áreas geográficas limitadas, a veces con escaso apoyo institucional, o se refieren sólo a un grupo de pacientes, pocas veces están integrados en un sistema de información más amplio que los soporte, y recogen de modo diverso distintas variables en categorías heterogéneas, por lo que sus explotaciones son difícilmente comparables.

Algunas razones de la escasa viabilidad de los registros, tal como se han construido hasta ahora, provienen de su vocación de isla, pues no se suelen plantear integrados en un sistema de información que cubra necesidades de gestión, clínicas y de investigación y pocas veces se interesan en vincularse o adaptarse a los sistemas de información del resto del sistema sanitario. Por otra parte, han pecado de exceso de exhaustividad frente a la filosofía de los conjuntos mínimos básicos de datos (CMBDs), que tienen la ventaja de su implantación generalizada y la comparabilidad de resultados, aun con las dificultades que plantean los sistemas de clasificación de pacientes del tipo de los GRDs (Grupos Relacionados con el Diagnóstico) en psiquiatría.

Si queremos unos sistemas de información que resuelvan las necesidades de todos, que sean factibles y de una cierta universalidad, tendremos que vincular e incluir nuestros registros, del tipo que sean, en los del resto del sistema sanitario, pues aunque a veces se argumenta en contra de esa vinculación que nuestros dispositivos y programas son muy heterogéneos y

de vocación extrahospitalaria, lo cierto es que el resto del sistema sanitario también está interesado en el desarrollo de instrumentos de medida de la actividad no hospitalaria. Tendremos que acercarnos a los planteamientos de los CMBDs e investigar en sistemas de agrupación de pacientes en grupos de isoconsumo de recursos. Tendremos que establecer procedimientos para vincular la medida de la actividad con la información sobre costes. Tendremos que integrar en la práctica cotidiana la recogida y el procesamiento de información de resultados para permitir la evaluación de programas y actuaciones. En resumen, tendremos que convencernos de que la recogida y procesamiento de información relacionada con la actividad asistencial no es un esfuerzo voluntarista y marginal, sino una pieza básica del funcionamiento de cualquier servicio que quiera sobrevivir en un futuro cercano, en el que la limitación de recursos hace que debamos conocer cuál es el procedimiento más eficiente para obtener resultados.

C. González Juárez

Strength and Grace, 1922.
George Grosz.
Cologne, Museum Ludwig.

Valor del acto en la discapacidad

F. PÉREÑA

Psicólogo. Psicoanalista
Madrid

Resumen

La responsabilidad es, en la clínica psicoanalítica, el punto de partida. El acto de decir tiene como contrapartida la responsabilidad. Discapacidad es un término que remite a una lesión física. Sin embargo, se extiende igualmente a la enfermedad mental. Como lesión física plantea al sujeto el reto de no coincidir con una identificación social, respecto a la que queda preso de una culpa por no coincidir con el Ideal del Otro y de un resentimiento por lo que considera un precio excesivo. Frente a la culpa y el resentimiento, la responsabilidad toma la discapacidad como un acontecimiento, un trauma, que sucede a un sujeto. Como enfermedad mental se plantea la cuestión de las eximentes, para lo cual hay que distinguir entre responsabilidad subjetiva, responsabilidad penal y responsabilidad social. Si la primera es irrenunciable, la segunda atañe a la calificación jurídica y la tercera incumbe de lleno al vínculo social.

Palabras clave: Discapacidad. Enfermedad mental. Acto. Responsabilidad. Culpa. Resentimiento. Deseo. Acontecimiento. Sujeto. Ideal. Identificación. Trauma. Responsabilidad subjetiva. Responsabilidad penal. Responsabilidad social.

Summary

The value of the act in disability. In clinical psychoanalysis, responsibility is the point of departure. Responsibility is the counterpart to the act of speaking. Disability is a term referring to a physical lesion, however, it also extends to the mentally disabled. As a physical lesion it confronts the subject with the cha-

llenge of not coinciding with a social identification in respect of which he or she is trapped by guilt for not coinciding with the Ideal of The Other, and by resentment over what is considered to be an excessive price. In the face of guilt and resentment responsibility takes disability as an event, a trauma, which occurs to a subject. As a mentally ill person, the question is raised of exemptions for which a distinction must be made between subjective responsibility, criminal responsibility and social responsibility. If the first is undeniable, the second relates to the legal classification and the third is fully incumbent upon the social link.

Key words: Disability. Mental illness. Act. Responsibility. Guilt. Resentment. Desire. Event. Subject. Ideal. Identification. Trauma. Subjective responsibility. Criminal responsibility. Social responsibility.

Résumé

Valeur de l'acte dans la déficience. La responsabilité réside dans le point de départ dans la clinique psychanalytique. L'acte de dire a pour contrepartie la responsabilité. La déficience est un terme qui se réfère à une lésion physique. Cependant, elle s'étend également à la maladie mentale. En tant que lésion physique, le patient s'affronte au défi de ne pas coïncider avec une identification sociale, à l'égard de laquelle, il est en proie à une faute parce qu'il ne coïncide pas avec l'Idéal de l'Autre et à un ressentiment, raison pour laquelle elle considère un prix excessif. À l'égard de la faute et du ressentiment, la responsabilité considère la déficience comme un évènement, un traumatisme, qui se produit chez un patient. En tant que maladie menta-

le, la question des caractères exemptoires se pose, et à cet effet il-faut établir une distinction entre la responsabilité ces directives, la responsabilité pénale et les responsabilités sociales. Si l'on ne peut renoncer à la première, la deuxième affecte la qualification juridique et la troisième incombe entièrement au lien social.

Mots clés: *Déficiencia. Maladie mentale. Acte. Responsabilité. Faute. Ressentiment. Désir. Evènement. Patient. Idéal. Identification. Traumatisme. Responsabilité subjective. Responsabilité pénale. Responsabilité sociale.*

Riassunto

Valore dell'atto nell'incapacità. *Nella clinica psicoanalitica la responsabilità è il punto di partenza. L'atto di dire ha come contropartita la responsabilità. Incapacità è un termine che fa riferimento a una lesione fisica. Tuttavia si estende anche alla malattia mentale. Come lesione fisica implica per il soggetto la minaccia di non coincidere con un'identificazione social rimanendo pertanto pervaso da un senso colpa non coincidendo con l'Ideale dell'Altro e da un risentimento per ciò che considera un prezzo eccessivo. Di fronte alla colpa ed al risentimento, la responsabilità prende l'incapacità come un avvenimento, un trauma che succede a un soggetto. Come malattia mentale ci si pone la questione delle esimenti, per cui bisogna distinguere tra responsabilità soggettiva, responsabilità penale e responsabilità sociale. Se la prima è irrinunciabile, la seconda concerne la qualificazione giuridica e la terza incombe pienamente al vincolo sociale.*

Parole chiave: *Incapacità. Malattia mentale. Atto. Responsabilità. Colpa. Risentimento. Desiderio. Avvenimento. Soggetto. Ideale. Identificazione. Trauma. Responsabilità soggettiva. Responsabilità penale. Responsabilità sociale.*

Introducción

Si hablamos del acto hablamos de la responsabilidad y si hablamos del acto y de la responsabilidad, la cuestión del sujeto es ineludible. Sólo es atribuible un acto a un sujeto por la responsabilidad; el

sujeto del acto lo es “*a posteriori*”, por responder de sus consecuencias. De por sí, el acto se opone a la indeterminación subjetiva. Por la responsabilidad se restituye el acto al sujeto.

Es conocida la proclama de Nietzsche: “El acto: no conocemos el origen, no conocemos las consecuencias, por consiguiente ¿tiene un acto algún valor?” (Wille zur Macht-291). Responderé que sí: el valor de la responsabilidad.

Para un psicoanalista el valor del acto es cuestión clave en su práctica. ¿A quién recibe un psicoanalista? No recibe propiamente a un ciudadano, a unas identificaciones sociales, a una inteligencia determinada, sino a un sujeto, a un *sujeto que dice*. Un sujeto que dice es un sujeto en la dignidad de su decir, del suyo. Un decir de un malestar, lo nombra y lo interroga y así se constituye en sujeto de ese malestar. Esa interrogación, ese decir del sujeto va a la par de su responsabilidad.

El valor del acto en el encuentro psicoanalítico comienza por el valor del acto de decir: dignidad de la responsabilidad de su palabra y valor de decir, de hablar en nombre propio dirigiéndose al Otro.

No es solemnidad, más bien sería un acto de humildad, de ceder al otro, de no atrincherarse en la queja, en la mera satisfacción pasiva.

El “pacto” analítico es sobre la palabra. “Diga” es el mandato psicoanalítico, nadie puede hablar en su lugar. El psicoanalista recibe a un sujeto responsable de su acto de enunciación. Y eso vale para el “discapacitado”. El psicoanalista no recibe a un discapacitado sino al sujeto de esa identificación social.

¿Qué es un discapacitado? De entrada, es una calificación social que tanto incluye una lesión como una enfermedad mental. Es un modo genérico de aludir a una dificultad en el funcionamiento de las identificaciones colectivas, en la función homologadora de la identificación. La discapacidad, así entendida, es una identificación social para localizar lo que no va en el campo de las identificaciones sociales, lo que queda, por una u otra razón, en las orillas de la integración social. Modo de identificar lo no homogéneo o un modo de homologar lo diferente, lo disarmónico.

Qué haga cada sujeto “discapacitado” con ese encasillamiento no es predecible. Como sujeto no es homologable.

Hay, sin embargo, un *real* en la llamada discapacidad. La “discapacidad” es una experiencia del límite y como tal *experiencia* lo es de cada sujeto. Será diversa. Será el límite en unos casos al goce jubilatorio del reconocimiento del cuerpo, cuando el espejo del semejante devuelve no la semejanza, sino la diferencia.

Fenómenos clínicos de la discapacidad física en los que el sujeto se ve confrontado a la mirada del Otro, objeto de la mirada que anula la mirada del sujeto. Cómo responde el sujeto, qué tipo de respuesta sea el sujeto a esa determinación traumática, puede determinar no sólo su posición subjetiva, sino la misma estructura clínica.

En lo que se refiere a la posición subjetiva, sucede a veces que el sujeto encuentra dificultades para sostener la falta como guía de su hacer, como si esa misma discapacidad fuera una dificultad para tomar a su cargo la castración, esa pérdida que introduce el lenguaje en el mundo, la falta que orienta la búsqueda del otro. Sucede así, se ve en la clínica, que algunos sujetos con “discapacidad física” vienen a considerar que ya pagaron suficientemente en la vida, que se les debe algo, que pagaron de una vez por todas el hecho de vivir. De ahí los fenómenos de resentimiento, de encierro en una reivindicación, a veces in formulable, que les obstaculiza la donación, sea de la palabra, de la falta, en definitiva, que preside la demanda y que es el motor del deseo.

Pero también sucede que esa posición se acompaña, en la mayoría de los casos, de la *culpa*. Paradoja, ya señalada por Freud, de cómo la “víctima” se siente culpable ante el Otro, culpabilidad por no corresponder al ideal del Otro, culpabilidad, incluso, como lazo amoroso que introduce al sujeto en su propio desfallecimiento. Vertiente melancólica de un deseo desfallecido, marcado mortíferamente por el ideal. Los fenómenos de depresión señalan esta imbricación entre victimismo reivindicativo y culpabilidad.

Culpa y resentimiento, culpa y reivindicación, aparecen así hermanados y ambos se apartan de la *responsabilidad*. Puesto que la escena fantasmática, imaginaria, tanto de la culpa como del resentimiento, supone una “víctima” y un “agresor”. La responsabilidad rasga ese velo fantasmático y toma el hecho de la “discapacidad” como un acontecer, algo que le sucedió a él, de lo que no es culpable pero sí responsable, pues el valor del acto de vivir queda a su cuenta y no a cuenta del Otro. A él, como sujeto, le sucedió y lo que sucede no es un final sino un comienzo. A la esencia del hombre corresponde el comenzar, decía San Agustín. El valor del acto y del acontecimiento equivale a responsabilidad subjetiva. Su vida está *marcada*, toda vida está marcada, es carnal y temporal, pero no programada. El hecho de la discapacidad entraría así a formar parte del acontecimiento, del encuentro con lo real, con un encuentro irreversible con lo real y, por supuesto, no el único.

Por eso, el psicoanálisis no tiene que ver con una clínica preventiva, una clínica “beata”, que quisiera preser-

var al sujeto de sus encuentros con lo real, una clínica de los programas que pretendiera desconocer el malestar del sujeto, su inadaptación estructural, el corte irremontable entre psiquismo y realidad, corte que es el motor de la vida del hombre, la vida de un sujeto no condenado al papel pasivo del espectador ni del manipulado en su cuerpo, sino el actor de su propio deseo. *Actor de su propio deseo*. Cada sujeto que acude a un psicoanalista suele ir conducido por la culpa y la dificultad de tomar decisión, de actuar. Un psicoanálisis despeja, entre otras cosas, la relación de un sujeto con la obligación y con la culpa, eso le coloca ante la *decisión*.

Esto vale igualmente para el “discapacitado psíquico”. Aquí, el término “discapacidad” empieza a molestar. ¿Es la locura una discapacidad? ¿Acaso existe una normalidad previa? ¿Quién propone lo completo y lo faltante? ¿Acaso la falta no es constitutiva del sujeto? Si hablamos de psicosis, lo que más la define es la dificultad de operar con la falta. Lo peor de la psicosis es la inocencia, el no verse atañido por el Otro más que como víctima. Es el caso paradigmático de la paranoia. Pero hay otros casos en los que sólo como culpable ante el Otro, identificado el sujeto por un delirio de indignidad (caso de la melancolía), podrá tomar posición en el mundo, en verdad no propiamente como sujeto, sino como objeto de goce, persecución o vilipendio, del Otro.

¿Cómo devolverle o cómo introducir la dimensión subjetiva? Es toda la dificultad en el tratamiento de la psicosis. ¿Cómo devolverle la dignidad de su acto, es decir, la responsabilidad subjetiva de su acto?

Por eso, el psicoanálisis no descarta la *responsabilidad* para ningún sujeto, no la descarta para nadie. El psicoanalista no es un juez, no trata de la imputabilidad sino de la responsabilidad. Toma al sujeto como tal, ni como espectador, ni en su condición de víctima. No borra, como pretende la sociedad, las consecuencias del acto. Pero es cierto que *responsabilidad subjetiva* no es lo mismo que *responsabilidad jurídica* o, incluso, que *responsabilidad social*, si entendemos por ésta la responsabilidad política del Estado.

La cuestión de la *responsabilidad jurídica* es, sin duda, una conquista de la modernidad frente al tribunal inquisitorial. La legalidad inquisitorial se hace dueña de la verdad y de la virtud. Por eso se convierte en atribuidora de culpa, más que de responsabilidad. La Ley secular, la secularización de la Ley, supone que la Ley proviene de un pacto social y el juez no es amo de la Verdad o de la Justicia. Asistimos hoy día, en nuestro país, a una cierta práctica inquisitorial de la Justicia, en

la que el juicio de intenciones parece prevalecer sobre el modo de regular las condiciones y las transgresiones del pacto social. Es, a mi parecer, un retroceso a antes de la Ilustración.

La cuestión de la responsabilidad jurídica, el debate sobre la imputación penal, se abre paso con la Ilustración. El Código Penal francés de la época no se propone castigar, por ejemplo, determinados comportamientos sexuales, sino el daño causado por el acto. El Código Napoleónico introduce en su famoso art. 64 la eximente por "alienación mental". En los "*Annales médico-psychologiques*" de 1849 aparece el caso del sargento Bertrand, un violador de tumbas sobre quien Lunier establece su conocida conclusión: pertenece al asilo, no a la cárcel. Lunier era un discípulo de Esquirol, a su vez discípulo de Ph. Pinel, que habían establecido el "tratamiento moral" de los alienados. Si la enfermedad mental proviene no de una destrucción de la razón, sino de su perversión a causa de trastornos pasionales, cabe entonces su curación. No es un adoc-trinamiento, "nunca se pretenda curarlos discutiendo con ellos... sólo se pueden curar provocando una sacudida moral", así se expresaba Esquirol. Una "sacudida moral" para romper el carácter ineluctable de su estado. Hoy hablaríamos de *trabajo de la psicosis*. La psicosis no es sólo un "estado", una estructura, sino también, y sobre todo, una posición del sujeto. Por ello no excluye la responsabilidad.

De ahí que las eximentes se establecieran no sólo en función de la enfermedad, sino fundamentalmente en función del tratamiento.

Posteriormente, se privilegiaría la causa exterior de la enfermedad, es decir, la irresponsabilidad no ya sólo jurídica, sino también subjetiva, retornando así al encierro puro y simple, al asilo como cárcel especial para locos. Esta marginación terminó siendo consagrada por una concepción de la "enfermedad mental" como parálisis general progresiva. La demencia, entonces, no sería efecto de la cronicidad asilar, sino culminación de un proceso determinista y mecánico de la lesión cerebral. La psiquiatría forense se convertiría así en una especialidad burocrática, guardiana de la marginación y de la irresponsabilidad. Es un nuevo modo de consolidar la vieja idea "demoníaca" de que loco equivale a peligroso o "degenerado".

Esa vieja idea de demonizar al loco tiene un primer origen religioso: la posesión demoníaca. Pero engarza luego con el cientifismo mecanicista, a veces de manera explícita, como es el caso de Morel. De hecho, el sujeto de la ciencia aparece como irresponsable, es decir, "forcluido", como diría Lacan. A Oppenheimer,

uno de los inventores de la bomba atómica, se le deja de considerar científico desde el momento que se niega a colaborar con la bomba H. Si es responsable ya no es un científico. No hay responsabilidad para el científico, no hay límite interior (que es como define Wittgenstein la ética), sólo límite exterior, el límite del poder, no el de la decisión.

El sujeto no está constituido por la objetividad. Es causado no sólo identificado y esa causa no es mecánica, es objeto de elección. A alguien le sucedió. A quién pertenece lo ocurrido es un bello título de un libro de Manuel Cruz. El conductismo como disciplina meramente "factológica", aboca a una manipulación, por bondadosa que sea, de los comportamientos. Un ideal normativo y una concepción mecánica de las conductas, que desconoce la opción del sujeto como lugar de la *experiencia*, lugar insustituible de cada uno. De nuevo es reincidir en la idea biológico-mecanicista del déficit, que inaugura la Parálisis General Progresiva. Como si hubiera una completud normativa por un lado y una incompletud por otro.

El sujeto es una *incompletud*. Freud, ya en sus inicios, descubrió que el sujeto nace al mundo en la demanda del Otro, ese Otro primordial que él sitúa en la madre. La supervivencia del humano, su impotencia vital, se establece como una Demanda, una Demanda de amor que busca en el Otro su propio ser. "Premaduración" es el término freudiano para esa "discapacidad" originaria. Conviene aclarar algunas cosas sobre el discurso de la "discapacidad". "Discapacidad" es un término básicamente administrativo. Lógicamente, está "juridificado", es decir, se emplea en normas, algunas incluso con rango de ley. Pero su definición es a efectos administrativos: para percibir ayudas, para ejercer derechos, facilitar el acceso y movilidad en edificios públicos, etc.

La Orden del 8 de marzo de 1984 establece los grados de "minusvalía" y expresamente se habla de *discapacidad física, psíquica y sensorial*. Posteriormente, va desapareciendo el término "minusválido" a favor de "discapacitado". Ese cambio parece terminológicamente correcto. "Minusvalía" conlleva una equivocidad al introducir el "valor"; "discapacidad" parece un término más descriptivo. Desde luego, no es un término clínico. Para la clínica, lo que está en juego es el sujeto del acontecer, del encuentro traumático con lo real, en qué tipo de respuesta se constituye, a veces, esa sutil e insidiosa culpa por no corresponder a la imagen especular del otro, ese endeudamiento corrosivo con el ideal, que puede tornarse, como vimos, en feroz resentimiento y victimismo, identificándose así con la marginación.

El Derecho Penal aborda la cuestión desde el punto de

vista de la imputabilidad del acto. Por eso se refiere fundamentalmente a la “enfermedad mental”, tanto a la psicosis como a las lesiones cerebrales con secuelas mentales.

Antes de terminar diré algo acerca de la responsabilidad social y política. Sin duda que el Estado no agota la dimensión de lo social. La responsabilidad subjetiva es también una responsabilidad del lazo social, es la aceptación de la diferencia, de la particularidad, el respeto y el pudor, a lo que los psicoanalistas llamamos el goce del Otro, es decir, el modo como cada uno está determinado por su síntoma, a partir de los ineludibles encuentros con lo real. La responsabilidad respecto al otro no es una obligación, es un recuerdo pulsional, es la puesta en el lazo social de la castración y de la precariedad del hombre. Es hacer vínculo social a partir de la castración y no del mero narcisismo. Un vínculo que nada tiene que ver con la complacencia, ni con la complicidad, ni con la conmisericordia.

Por tanto, la dimensión de lo social no la agota el Estado, pero el Estado ha de favorecer esa dimensión social. Ni es el legislador total ni tampoco el que se desentiende del lazo social. El Estado administra, pero eso es una tarea política, es decir, ética. La propuesta del Estado liberal proclama la responsabilidad de los ciudadanos, pero a costa de la irresponsabilidad del Estado. Eso termina por establecer un clima genérico de irresponsabilidad subjetiva, de impunidad. Concebir el Estado como mera gestión empresarial es abominable. Es dimitir del valor ético de la acción pública, de ser el soporte del pacto social. Y el pacto social tiene su coste, el coste de la marginación. El funcionamiento, los mecanismos de ordenamiento social, conllevan de por sí, estructuralmente, efectos de marginación. Están,

sin duda, los *pobres*, siempre presentes en cada sociedad, tratados de diversa manera según las épocas. En el Hospital General de París se hacinaban 10.000 personas, marginados de todo tipo, reunidos con un objetivo común: quitarlos de la circulación. Ese objetivo permanece, y es lo que orienta la mayoría de las críticas a la Reforma Psiquiátrica. Da igual que sea el pobre, el loco, el débil o el lisiado, de lo que se trata es de borrarlos del paisaje social.

El llamado “Estado del bienestar”, una expresión no muy afortunada, ha constituido la manera de asumir el coste social de la marginación, que la propia existencia de la sociedad conlleva. Es una responsabilidad social y política que no se agota en la compasión o la limosna, sino que debería orientarse a la creación de dispositivos que apuesten por la existencia del sujeto como tal sujeto. Dispositivos clínicos, sociales y educativos. Creo que no se valora suficientemente, por parte de los clínicos, el trabajo de educadores y otros agentes sociales, que crean unos recursos de saber, de deseo de saber, que amplían el campo de la subjetividad y rompen la inercia de la identificación mimética con la marginación.

Creo que la dignidad y el coraje de una sociedad se verifica por el modo como acoge la marginación y la locura. Cómo habitan la locura y la inadaptación en la condición del hombre, es una pregunta ineludible a la hora de pensar el vínculo social. Desconocer, como diría Lacan, que en la constitución de la identidad social anida un *desconocimiento irreductible*, lleva a la sociedad a la simple y generalizada estupidez mental. Ese desconocimiento radical, que la marginación y la locura, señala cada vez, es un índice de *verdad indecible* que ninguna sociedad debería desconocer.

ORIGINALES Y REVISIONES

Metodología y resultados del censo de pacientes psiquiátricos hospitalizados en Río de Janeiro

J. P. LYRA DA SILVA*, P. AMARANTE**

*Psiquiatra. Especialista en Psiquiatría Social.

**Psiquiatra. Master en Medicina Social. Doctor en Salud Pública. Investigador Titular. Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz. Río de Janeiro. Brasil

Resumen

Los autores presentan los principales aspectos metodológicos y discuten algunos de los resultados del "Censo de la Población de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados en Psiquiátricos en la Ciudad de Río de Janeiro", que se llevó a cabo en la fecha-referencia del 24 de octubre de 1995. Este censo evaluó 3.223 pacientes hospitalizados en 20 unidades psiquiátricas del municipio bajo la coordinación de la Secretaría Municipal de Salud. Contó con la participación de otras instituciones, entre ellas el Ministerio de la Salud, la Escola Nacional de Saúde Pública de la Fundação Oswaldo Cruz y el Instituto de Psiquiatría de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Los autores analizan los resultados tabulados por edad y por género, donde categorías como género femenino, vejez, infancia y adolescencia, son indicadores de mayor precariedad dentro de esta población.

Palabras clave: Censo. Hospitales psiquiátricos. Indicadores de calidad. Enfermedad mental.

Summary

Methodology and results of the census of hospitalized patients in psychiatrics of Rio de Janeiro. The authors present the main methodological aspects and discuss some of the results of the "Census of the Population of Patients Hospitalized in Psychiatric Institutions in the City of Rio de Janeiro", carried out

on the reference date of October 24, 1995. This census evaluated 3.223 patients hospitalized in twenty municipal psychiatric units coordinated by the Municipal Health Secretariat. Other institutions also participated, including the Ministry of Health, the "Escola Nacional de Saúde Pública de la Fundação Oswaldo Cruz" and the Institute of Psychiatry of the Federal University of Rio de Janeiro. The authors analyze the results, tabulated by age and sex, where categories such as female, old age infancy and adolescence are indicators of greater precariousness in this population.

Key words: Census. Psychiatric hospitals. Quality indicators. Mental illness.

Résumé

Méthodologie et résultats du recensement chez des patients hospitalisés dans Rio de Janeiro. Les auteurs présentent les principaux aspects méthodologiques et discutent certains des résultats du "Recensement de la Population de Patients hospitalisés dans des Etablissements psychiatriques à Rio de Janeiro", qui a été effectué à la date de référence du 24 octobre 1995. On a évalué dans ce recensement 3.223 patients hospitalisés dans 20 unités psychiatriques de la commune sous la coordination du Secrétariat municipal de la Santé. Il a compté sur la participation d'autres institutions, notamment du Ministère de la Santé, de la "Escola Nacional de Saúde Pública de la Fundação Oswaldo Cruz" et de l'Institut de Psychiatrie

de l'université fédérale de Rio de Janeiro. Les auteurs analysent les résultats dans des tableaux par âge et par genre, où des catégories telles que le genre féminin, la vieillesse, l'enfance et l'adolescence, son des indicateurs d'une plus grande précarité chez ces personnes.

Mots clés: Recensement. Hôpitaux psychiatriques. Indicateurs de qualité. Maladie mentale.

Riassunto

Metodologia e risultati del censo in pazienti ospedalizzati in Rio de Janeiro. *Gli autori presentano i principali aspetti metodologici e discutono alcuni dei risultati del "Censo della Popolazione di Pazienti Ricoverati in Ospedali Psichiatrici nella Città di Rio de Janeiro", che venne realizzato nella data riferimento del 24 ottobre 1995. Questo censo valutò 3.223 pazienti ricoverati in 20 unità psichiatriche del municipio sotto la coordinazione della Secretaria Municipale della Salute. Dispose della partecipazione di altre istituzioni, tra di esse il Ministero della Salute, la Scuola Nazionale della Salute Pubblica della Fondazione Oswaldo Cruz e l'Istituto di Psichiatria dell'Università di Rio de Janeiro. Gli autori analizzano i risultati classificati per età e per genere dove categorie come genere femminile, vecchiaia, infanzia e adolescenza indicano maggior precarietà in questa popolazione.*

Parole chiave: Censo. Ospedali psichiatrici. Indicatori di qualità. Malattia mentale.

Introducción

Desde hace unas dos décadas, Brasil pasa por un importante proceso de reforma psiquiátrica, que se ha visto acentuado en los últimos años gracias al establecimiento de centenas de servicios nuevos de atención a la salud mental, que buscan establecer nuevas bases para la atención psiquiátrica. Se trata de servicios de atención diaria (hospitales de día/noche, centros de salud mental, núcleos de atención psicosocial), de servicios alternativos a la hospitalización total y permanente (unidades psiquiátricas en hospitales generales), así como de un trabajo de intervención social con el objetivo de transformar la relación entre la sociedad y

los portadores de problemas mentales.

Por otro lado, paralelamente están ocurriendo muchos cambios en el ámbito general del sector de la Salud, entre los cuales se destacan la descentralización administrativa de los servicios y del proceso de toma de decisiones políticas y la participación efectiva de la población, a través de los Consejos de Salud Municipales, Estatales y en el Consejo Federal de Salud.

A mediados de 1994, ante la proximidad del proceso de municipalización* de la salud en el municipio de Río de Janeiro, con la implantación del Sistema Único de Salud - SUS (nombre dado al sistema de salud público brasileño, adoptado por la Constitución Federal en 1988), se impuso la necesidad de un diagnóstico en términos de la utilización de los servicios de hospitalización psiquiátrica, que pudiera servir de base para la planificación de un programa de salud mental nuevo, en el ámbito del municipio.

Con este propósito se diseñó un estudio de los pacientes psiquiátricos ingresados en la ciudad de Río de Janeiro, buscando conocer tanto su perfil socioeconómico como su perfil clínico.

Material y métodos

Población investigada e instrumento

Se escogió el 24 de octubre de 1995 para la recogida de datos en la población de todos los ingresados (a expensas del SUS) en clínicas psiquiátricas de la ciudad de Río de Janeiro, excepto en la *Colônia Juliano Moreira*, donde sólo los ingresados en una unidad, denominada Hospital Jurandir Manfredini, fueron evaluados. Esta Colonia, un macrohospital con casi 2.000 pacientes internados, había realizado un censo de su población internada poco antes de esta investigación (Keusen et al)¹.

Se utilizó como instrumento un formulario con 48 cuestiones, que contiene tres secciones: datos personales, sociales y clínicos de los pacientes. Se incluye en anexo el manual-guía para llenar el formulario.

Las fuentes prioritarias de información fueron la ficha médica y la entrevista con el paciente, complementada, siempre que fuera necesario, con datos aportados por los

* La descentralización del SUS se realiza en Brasil transfiriendo los recursos federales y estatales a los municipios.

funcionarios del hospital y acompañantes y familiares.

Procedimientos anteriores a la primera etapa de campo

Se preparó un formulario y una propuesta de metodología para el registro de los datos.

La base de datos tuvo que ser compatible con los registros del *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE* y del *Instituto de Planejamento do Município do Rio de Janeiro-IPLAN-RIO*².

Dos meses antes de la fecha-referencia, se realizó una evaluación piloto en una unidad hospitalaria para ajustar el formulario y los métodos de registro. Posteriormente, se elaboró un manual-guía.

Una resolución emitida por el Ministerio de la Salud, conjuntamente con las Secretarías de Salud Municipal y del Estado de Río de Janeiro, posibilitó acceder a la población ingresada.

Para el trabajo de campo se reclutaron 90 profesionales del área de la salud, con formación o especialización en salud mental, que fueron entrenados en la *Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz* sobre la forma de registrar los datos investigados, los medicamentos psiquiátricos: nombres comerciales y presentación, y los códigos de los diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (novena versión). Se formaron seis equipos de trabajo de 15 investigadores cada uno.

Primera etapa de obtención de datos en campo

Fue previsto que esta etapa duraría seis semanas. El día 24 de octubre de 1995 y al día siguiente, se dio prioridad a la obtención de datos referentes a los pacientes internados, en la fecha-referencia, en urgencias y unidades de crisis o a aquéllos cuya alta estuviera prevista para esos días. Hubo una preocupación metodológica para impedir que la obtención de datos interfiriera en la autorización del alta de cualquier paciente.

Al término de las segunda y cuarta semanas, se escogieron dos formularios por investigador, de manera aleatoria. Los pacientes fueron reexaminados por otro investigador. De esta forma, al término de la etapa de campo, cada investigador habría llevado a cabo reevaluaciones con, por lo menos, tres de los pacientes ya evaluados por otros investigadores. Asimismo, por lo menos tres de sus registros serían reevaluados por un tercer investigador.

El control de calidad del trabajo de los investigadores se realizó por medio de “reevaluaciones selectivas” –en los casos en que la calidad de los registros fue considerada precaria–, así como a través de las evaluaciones cualitativas de los coordinadores del trabajo de campo y en las reuniones de los equipos de trabajo.

El procesamiento de los datos

Se desarrolló un sistema en lenguaje “Clipper”, que aquí se llamó de “sistema CIP”. Una vez realizada una versión preliminar del “sistema CIP”, se seleccionaron 27 investigadores para que acompañasen la informatización de los formularios, generándose dos subcatálogos: Censo-P (principal) y Censo-P Repetido (correspondiente a las reevaluaciones).

También se hizo un cruzamiento entre los datos obtenidos y los registros que se generaron a partir de los análisis de los sistemas de pago de las *Autorizações de Internação Hospitalar-AIH** (procesada con base en archivos de la Secretaría de la Salud del Estado de Río de Janeiro), de la información de las clínicas sobre los pacientes ingresados en el día “D” y de la verificación realizada por los investigadores sobre estas informaciones. Las discrepancias eventuales fueron anotadas para su verificación en etapas posteriores.

Se aplicó una fórmula matemática (índice kappa) para verificar el grado de discordancia entre los registros sobre un mismo paciente, realizados por diferentes investigadores.

La segunda etapa del trabajo de campo

Se llevó a cabo en la segunda quincena de septiembre de 1996. Focalizó los errores al llenar los formularios en el campo: “tipo de medicamentos” y discrepancias encontradas al cruzar los registros del Censo-P y del Censo-P Repetido con las fuentes de información sobre pacientes ingresados en el día “D” –éstas mencionadas en la etapa de procesamiento de los datos–.

Se verificó lo siguiente:

- 179 pacientes presentaron errores en el registro de la medicación.
- 81 pacientes no habían sido “recensados” y lo fueron sólo en ese momento;
- 95 pacientes no habían ingresado, de hecho, en la

* N.T.: *Autorizações de Internação Hospitalar*: documento del sistema público brasileño, a través del cual se cobra el pago por servicios prestados por hospitalización.

- fecha-referencia, aunque todavía constasen de algunas de las listas.
- 18 pacientes no tenían sus historiales médicos, por lo tanto no fue posible saber en qué situación se encontraban.
 - Siete pacientes constaban en las listas de las clínicas, pero no se hallaban en los registros elaborados por clínica.

A partir de las informaciones recogidas, una nueva corrección se efectuó en el catastro principal de la investigación.

Resultados y discusión

Informe de los datos no-tabulables

Los datos no-tabulables se obtuvieron a partir de las siguientes fuentes:

- Diarios de Campo: anotaciones sobre las impresiones personales acerca de los aspectos considerados significativos durante las visitas a las instituciones.
- Campo del formulario: "Otras informaciones". Destinado al registro de datos considerados pertinentes, relacionados al proceso de levantamiento de esos datos o al paciente.

Por lo tanto, se buscó elaborar un informe estandarizado para cada unidad de hospitalización psiquiátrica, en el cual constase, siempre que fuere posible:

- La naturaleza del vínculo con el poder público.
- Descripción del espacio físico (funcionalidad, conservación e higiene de las instalaciones).
- Número de camas.
- Apoyo y receptividad en relación con los investigadores.
- Modalidades de asistencia ofrecidas.
- Habilitación de los profesionales de la salud mental.
- Número de operadores habilitados en cada especialidad profesional disponible.
- Desempeño eventual, de estos profesionales, de funciones no relacionadas con el cuidado directo de los pacientes.

El criterio establecido para considerar la relevancia de estos ítems, se basó en la frecuencia con que estos comentarios surgieron. Con base en esto se consideró que reflejaban aspectos significativos. Después de una serie de reuniones, en las cuales se discutieron los textos-fuente para delinear el perfil de todas las instituciones, se encomendó a cada relator la elaboración del

informe de algunas de las clínicas con las cuales había trabajado o que ya conocía.

Informes reuniendo los datos tabulables y no-tabulables

Al finalizar la segunda etapa del trabajo de campo, cuando ya se había realizado la última corrección del catastro principal y los informes con los datos no-tabulables ya estaban listos, se elaboraron informes que reunieron los datos tabulables y no-tabulables.

Seguidamente, presentamos algunos resultados de la investigación.

De los 3.223 pacientes ingresados, 1.097 eran mujeres (34%) y 2.126 eran hombres (66%).

Si comparamos la población total de la ciudad de Río de Janeiro con la población en estudio, ésta presenta una desproporción muy marcada: muchos más hombres que mujeres; muchas más personas con más de 50 años de edad y muchas menos personas con menos de 19 años.

Se trata de una población predominantemente masculina, formada por cerca del 70% de personas oriundas del estado de Río de Janeiro. Aproximadamente, la mitad de esta población tenía 40 años de edad o más, de los cuales, un 62% eran oriundos del estado de Río de Janeiro.

En relación a los domicilios de referencia de los pacientes, el 70% del total estaban situados en la ciudad de Río de Janeiro; un 13% fuera de la ciudad y otro 13% sin indicadores de localidad (personas viviendo en la calle, en el hospital o con el domicilio ignorado); el 4% de las direcciones no fueron localizadas.

Los niveles de escolaridad presentaron una tendencia a ser más elevados en la medida que aumentaba la edad, siendo que cerca del 20% del total ya había completado algún ciclo escolar regular (primario, secundario o superior).

Entre la primera hospitalización y la fecha-referencia, se constató una tendencia a la pérdida de la ocupación laboral de las personas evaluadas, que les permitía recibir un ingreso y tener acceso al sistema de seguridad social (de aquellos con más de 49 años, alrededor del 40% estaban empleados regularmente en la época de su primer ingreso, número que descendió a cerca de un 7% en octubre de 1995, con un 45% siendo asistido por el seguro social en la fecha-referencia). Sin embargo, la mitad total de las personas evaluadas no tenía ningún tipo de vínculo con el sistema de seguro social.

Al aumentar la edad, se verificó una tendencia a aumentar la proporción de los que obtenían algún tipo de ingreso. De los 40 años para arriba, la proporción de

Tabla I

| Rango de edad | Mujeres | % del total de pacientes | Hombres | % del total de pacientes | Razón hombre/mujer |
|----------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------|
| Hasta 19 años | 42 | 1,30 | 95 | 2,95 | 2,26 |
| 20 a 29 años | 196 | 6,08 | 408 | 12,66 | 2,08 |
| 30 a 39 años | 301 | 9,34 | 647 | 20,07 | 2,15 |
| 40 a 49 años | 212 | 6,58 | 496 | 15,39 | 2,34 |
| Más de 49 años | 343 | 10,64 | 470 | 14,58 | 1,37 |
| Sin registro | 3 | 0,09 | 10 | 0,31 | |

los que no conseguían algún ingreso se estabilizó en torno al 20%.

Al comparar, dentro del universo de los hombres, el porcentaje de los que no tienen ningún tipo de ingreso, y, dentro del universo de las mujeres, el porcentaje de las que se encuentran en esa condición, se puede ver que las mujeres enfrentan una precariedad pecuniaria mayor (índice cerca de un 40% mayor).

Se encontraron más mujeres con pareja conyugal estable que hombres en las mismas condiciones; y muchas más mujeres viudas que hombres en esas condiciones. En la medida que el rango de edad aumentaba, la proporción de separados/divorciados se elevaba más que la de casados o viudos. Si la proporción de solteros en

el rango de los más jóvenes era del 90%, entre los 49 años o más estaba en el 40%.

Cerca del 70% mantenía una expectativa de vínculo estable con sus familiares, de protección y de pertenencia (cerca del 60% de todo el rango hasta 19 años y con más de 49 años; 68% de todas las mujeres y 72% de los hombres), mientras que un 20% no contaban con nadie (30% de todo el rango hasta 19 años y con más de 49 años; 23% de todas las mujeres y 19% de los hombres). Cerca de un 60% del total tenían domicilio fuera del hospital (60% de todos los hombres y 52% de las mujeres). De éstos, alrededor del 11% (21% de los más jóvenes, 15% de aquéllos entre 20 y 29 años y algo en torno al 10% de los rangos restantes), tenían domicilios

DIAGNÓSTICOS

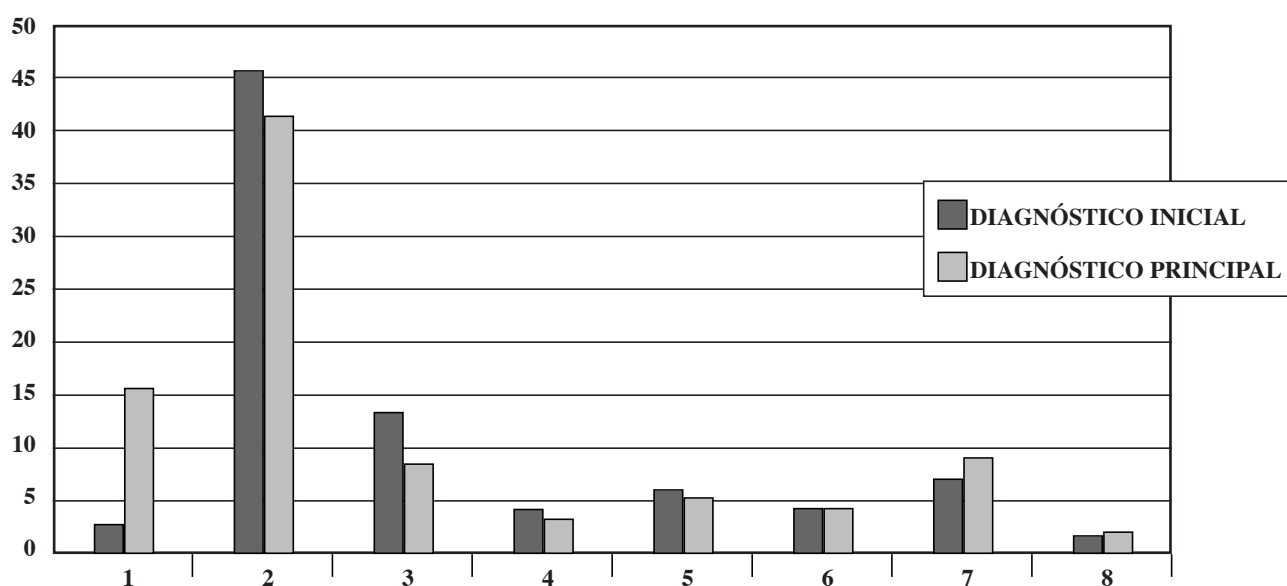


Figura 1. 1. Diagnóstico sin respuesta o respuesta en la categoría "ignorada". 2. Psicosis esquizofrénicas. 3. Otras psicosis no especificadas. 4. Psicosis afectivas. 5. Psicosis alcohólicas. 6. Síndrome de dependencia alcohólica. 7. Oligofrenias. 8. Epilepsias.

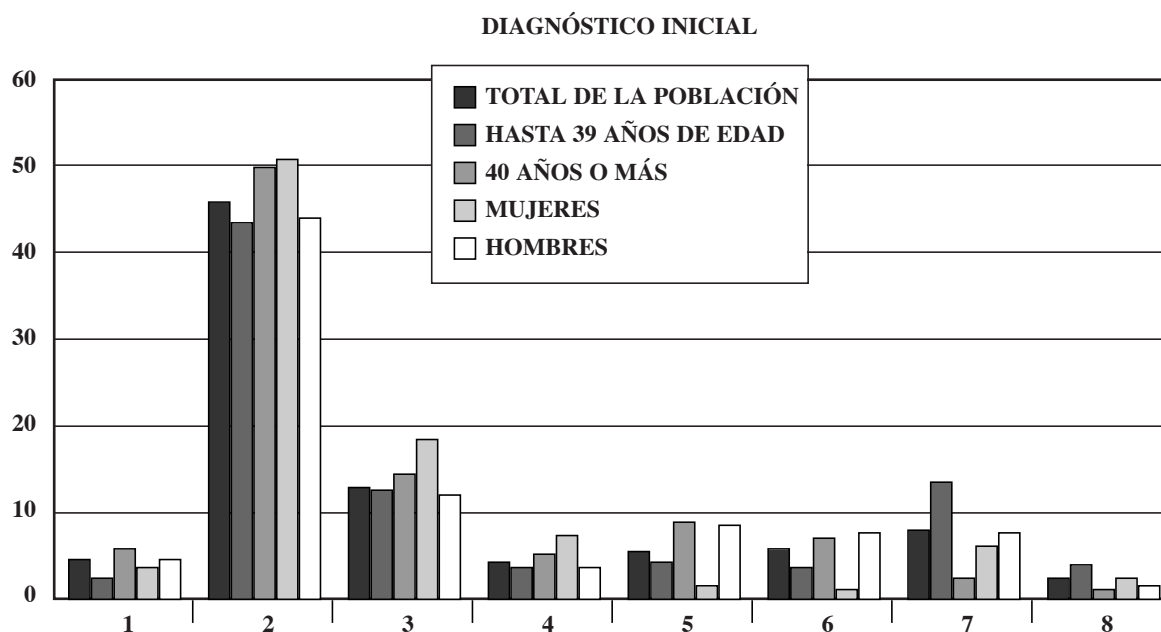


Figura 2. 1 Diagnóstico sin respuesta o respuesta en la categoría “ignorada”. 2. Psicosis esquizofrénicas. 3. Otras psicosis no especificadas. 4. Psicosis afectivas. 5. Psicosis alcohólicas. 6. Síndrome de dependencia alcohólica. 7. Oligofrenias. 8. Epilepsias.

precarios, lo que representa el 7% de la población investigada.

Para la mayoría de los pacientes ingresados, las opciones de domicilio se referían a la familia de origen o al propio hospital. Sin embargo, en la medida que aumentaba el rango de edad, estas opciones disminuyeron, aumentando las opciones de vivir con la familia que ellos mismos habían constituido o de vivir solos. En relación a la opción de vivir en el hospital, ésta aumenta bastante dentro del rango 40/49 años para el rango siguiente en lo que se refiere a las mujeres, aunque ellas tienden más que los hombres a vivir con la familia que ellas constituyeron y menos con la familia de origen, y tienden menos que ellos a vivir solas o en el hospital.

Más de la mitad del rango más joven, poco más que un cuarto del rango 40/49 y casi la mitad del rango de los más viejos, vivían en el hospital. El porcentaje de los que se encontraban en situación de vivir en la calle crecía un 2% en el rango de los más jóvenes, hasta un 5% entre 40 y 49 años y caía para un 4% entre los más viejos.

Cerca de un 30% de los pacientes no recibía visitas, y el 65% no hacían uso de la licencia para salir (60% de los hombres y 70% de las mujeres). La proporción entre los que estaban ingresados hacía menos de un mes y conseguían la licencia era mayor que aquéllos

que estaban ingresados hacía más tiempo y podían salir.

Diagnóstico

Entre la evaluación en el momento del ingreso (diagnóstico inicial) y la efectuada en la unidad de internamiento (diagnóstico principal), se observó un elevado porcentaje de diagnósticos de psicosis no orgánicas descartados (70%) y, en menor proporción, psicosis afectivas y alcohólicas (en proporción semejante, sumando 18%) y de esquizofrenias (10%). También se percibió la tendencia a no registrar e, incluso, a no trabajar con la orientación de un diagnóstico en las unidades de internación.

De los diagnósticos iniciales que se mantienen en estas unidades, se destacan los referentes a oligofrenias, a epilepsias y al síndrome de dependencia alcohólica. Éstos fueron, incluso, más numerosos en los hospitales psiquiátricos, sustituyendo los diagnósticos iniciales de otra naturaleza. Sus tasas crecieron en un 20% para las primeras, un 14% para las segundas y un 2% en relación a las últimas. Estos diagnósticos, excepto el de epilepsia, se dieron más en relación a los hombres -en términos porcentuales- que a las mujeres, y éstas tuvieron tasas más elevadas en los diagnósticos de psicosis esquizofrénicas, afectivas y de otras psicosis no orgánicas, además de la epilepsia.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

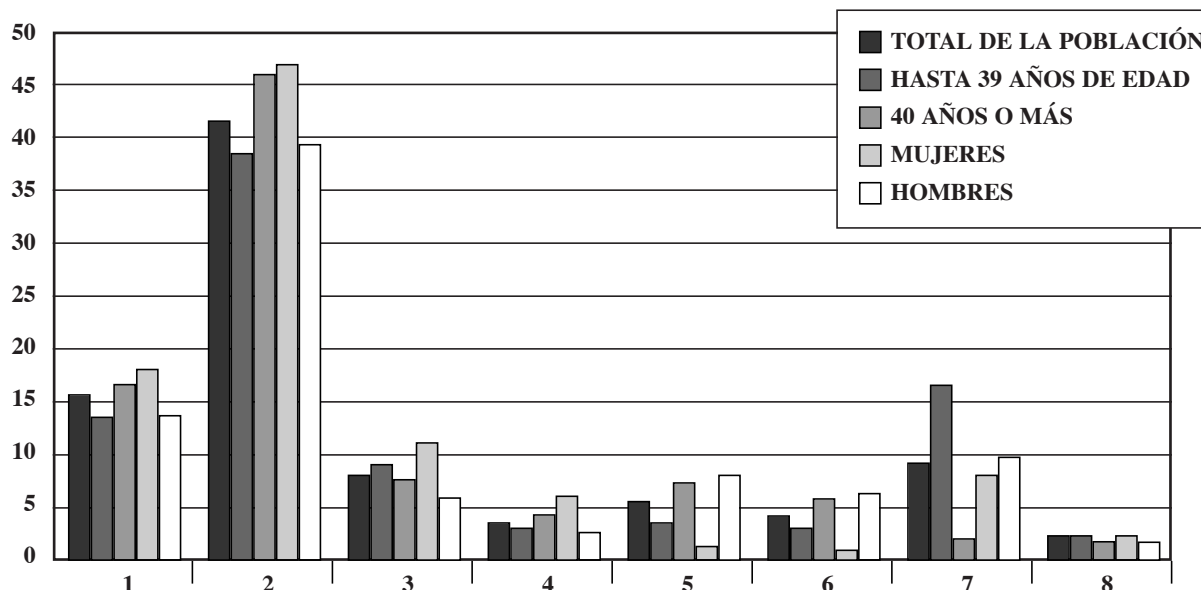


Figura 3. 1 Diagnóstico sin respuesta o respuesta en la categoría "ignorada". 2. Psicosis esquizofrénicas. 3. Otras psicosis no especificadas. 4. Psicosis afectivas. 5. Psicosis alcohólicas. 6. Síndrome de dependencia alcohólica. 7. Oligofrenias. 8. Epilepsias.

En relación al rango de edad, los diagnósticos de psicosis esquizofrénica, afectiva y alcohólica, y de síndrome de dependencia alcohólica entre los mayores de 40 años fueron porcentualmente mayores. Los rangos inferiores a los 39 años, en su mayoría recibieron diagnósticos de oligofrenias y epilepsias.

A partir de estos datos, se pueden formar hipótesis:

- 1) Los prejuicios de los profesionales asistenciales, que determinan un abordaje tendencioso en la evaluación diagnóstica de los pacientes, son semejantes en las diferentes unidades psiquiátricas.
- 2) Habría una tendencia de los profesionales de la salud mental en las unidades de internación psiquiátrica a no confiar en diagnósticos, principalmente cuando son estrictamente psiquiátricos.

Hospitalización

Al compararse la estancia menos prolongada con la estancia más prolongada de la hospitalización psiquiátrica, se verificó que en el rango de los más jóvenes y en el de los más viejos había una tendencia mayor a que la estancia se alargase. Esto indicaría la importancia cuantitativa de la población en condición asilar del hospital. Dentro de estos rangos, la estancia se prolonga más entre mujeres que entre hombres.

Antes de la hospitalización estudiada, el 57% no habían pasado por tratamiento ambulatorio, y el 82% ya habí-

an sufrido más de un ingreso psiquiátrico en su vida, casi siempre en más de una clínica.

Cuanto más ancianos los pacientes mayor era la proporción de aquéllos que hacía más tiempo tuvieron su primer ingreso, lo que muestra la baja incidencia de altas en el sistema de hospitalizaciones psiquiátricas.

En el rango de edad de los más jóvenes, el 45% habían ingresado entre dos y cinco veces. La tendencia de crecimiento, en relación a la edad, de la tasa de pacientes que ya habían sufrido más de 10 ingresos en su vida, cae abruptamente a partir de los 40 años. La razón de esto podría estar en una elevada mortalidad entre aquellos que se encuadran en dos categorías, a saber, con más de 40 años y con más de 10 ingresos psiquiátricos.

Medicamentos

El 2% de los ingresados no usaban medicamentos psiquiátricos, psicofármacos ni electroconvulsoterapia.

De los pacientes que recibieron prescripciones de antipsicóticos, a un 84% también se les había prescrito drogas de acción anticolinérgica, usadas para tratar algunos de los efectos colaterales de los primeros.

Entre los pacientes a quienes se les prescribió benzodiazepinas, al 15% de ellos se les prescribió más de un tipo, y al 99% sólo se les prescribió de vida media a larga.

Entre aquellos a los que se les prescribió fenobarbital,

un 20% recibió una prescripción de dosis diaria, definida como superior al rango terapéutico, según los criterios de la investigación. Y en el caso de la fenitoína, fue prescrita, en un 30% de los casos, en dosis diarias definidas como inferiores al rango terapéutico, de acuerdo con los criterios de la investigación. Al 39% de los pacientes con prescripciones de antipsicóticos y al 63% con antidepresivos, se les mandó benzodiazepinas al mismo tiempo.

Fue muy difícil obtener datos sobre electroconvulsoterapia, y muchas veces hubo discrepancias entre los relatos de los pacientes y las anotaciones en la historia clínica, lo que sugiere la omisión del registro de estas situaciones, conforme lo señalado en los informes de datos no tabulables.

Actividades terapéuticas

Para el 62% de los pacientes, la única terapia individual era la prescripción por un psiquiatra de un tratamiento medicamentoso o la electroconvulsoterapia. Un 13% fue atendido por psicólogos -atendimientos semanales, con cita marcada dentro de una frecuencia mínima de una vez por semana-, un 12% por terapeutas opcionales, un 8% por profesionales del servicio social, un 3% por profesionales habilitados en clínica médica, un 2%

por fisioterapeutas y un 2% por profesionales de la salud con otras habilitaciones.

Conforme los criterios de la investigación, el 74% no participaban de actividades de grupo; un 7% participaban de un grupo psicoterapéutico; el 10% frecuentaban un grupo operativo, reuniones de pacientes con apoyo de los responsables del atendimento, con el objetivo de alcanzar un resultado práctico; un 6% participaban de otras actividades terapéuticas, de manera secuencial, con citas marcadas con una frecuencia mínima de una vez por semana, en grupos, actividades colectivas con fines terapéuticos no especificadas; el 1% participaba de grupos para desarrollar una habilidad específica, a criterio del terapeuta; un 2% participaba de grupos de ayuda mutua y el 1% del total de los pacientes participaba en grupos familiares.

Bibliografía

1. Keusen A et al. Censo de pacientes crónicos. Informe preliminar. Cadernos do NUPSO, 1988;1(2):32-37.
2. Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde/Escola Nacional de Saúde Pública/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Censo da População de Internos em Hospitais Psiquiátricos no Município do Rio de

ORIGINALES Y REVISIONES

El rol del especialista en psiquiatría

A. GARCÍA-ESTRADA PÉREZ*, C. DE LAS CUEVAS CASTRESANA**

*Psiquiatra, Prof. Asociado de Psiquiatría **Psiquiatra, Prof. Titular de Psiquiatría
Universidad de La Laguna. Sta. Cruz de Tenerife

Resumen

El rol de los psiquiatras en las actuales estructuras asistenciales ha de adaptarse a las nuevas tendencias, según las cuales ha de compartir la responsabilidad clínica con otros profesionales y donde su tradicional papel en la cadena terapéutica se ve cuestionado. Se analizan los distintos roles dentro del contexto del proceso terapéutico.

Palabras clave: Roles profesionales. Responsabilidad. Psiquiatría comunitaria.

Summary

The role of the Specialist in Psychiatry. The role of the Psychiatrist in today's treatment delivery structures has to adapt to the new tendencies whereby he has to share the clinical responsibility with other professionals and where his traditional place in the therapeutic chain is being questioned. The different roles within the therapeutic context are analysed.

Key words: Professional Roles. Responsibility. Community Psychiatry.

Résumé

Le rôle du spécialiste dans la psychiatrie. Il faut adapter aux nouvelles tendances le rôle des psychiatres dans les actuelles structures d'assistance, selon lesquels il doit partager la responsabilité clinique avec

d'autres professionnels et où leur rôle dans la chaîne thérapeutique est remise en question. On analyse les différents rôles dans le contexte du processus thérapeutique.

Mots clés: Rôles professionnels. Responsabilité. Psychiatrie communautaire.

Riassunto

La funzioni dello specialista in psichiatria. Il ruolo degli psichiatri nelle strutture assistenziali attuali, si deve adattare alle nuove tendenze secondo le quali bisogna condividere la responsabilità clinica con altri professionisti e dove il loro ruolo tradizionale nella catena terapeutica è discusso. Si analizzano i vari ruoli nel conflitto del processo terapeutico.

Parole chiave: Ruoli professionali. Responsabilità. Psichiatria comunitaria.

El progresivo movimiento que los recursos asistenciales en Salud Mental han sufrido en las últimas décadas, alejándose de sus lugares tradicionales de actuación, los hospitales psiquiátricos, y acercándose cada vez más a las poblaciones sobre las que pretenden actuar, gracias al desarrollo de los dispositivos comunitarios, ha afectado necesariamente al estilo de trabajo de los profesionales de la Salud Mental y ha puesto en cuestión algunas de las funciones que tradicionalmente venían desempeñando.

En el modelo asistencial tradicional, basado fundamentalmente en el hospital psiquiátrico como casi único recurso, nos encontramos con una estructura claramente jerarquizada, con un Director Médico al frente de todo el dispositivo y a una serie de psiquiatras como ejecutores de una política asistencial más o menos afín a la "cultura" propia del hospital. Por debajo se sitúan toda una serie de estamentos (enfermeros, auxiliares de enfermería, asistentes sociales, etc.), que son meros ejecutores de las órdenes de los psiquiatras, y al final de esta cadena encontramos a los pacientes, que soportan toda una serie de actuaciones más o menos terapéuticas.

En este clásico modelo asistencial, el rol de los psiquiatras estaba claro e implícitamente aceptado por el sistema. Se encontraban en la cúspide de una pirámide jerárquica y sobre ellos solamente residía toda la responsabilidad del ingreso del paciente, del proceso diagnóstico y de las decisiones terapéuticas. Con el progresivo desmantelamiento de las estructuras manicomiales va cambiando toda esta dinámica de posición jerárquica, aunque persistiendo hasta cierto punto en las Unidades Psiquiátricas de los Hospitales Generales, donde los roles de los distintos estamentos tienden a estar más claramente definidos. Paradójicamente, como dice Ramón¹, la demanda de apertura de los hospitales hacia el exterior no vino de fuera, del público en general o de los políticos, ni de dentro, de los pacientes u otras profesiones, "...sino que fue protagonizada por los psiquiatras de estos hospitales, que tuvieron que luchar contra el resto del personal y, a menudo, contra la comunidad local, para poder mantener las puertas abiertas".

Espino² distingue tres tipos de psiquiatra: un "psiquiatra académico", ligado a la estructura universitaria, más interesado en la enseñanza y la investigación que en la práctica clínica; un "psiquiatra hospitalario", entrenado en la psiquiatría "pesada"; y un "psiquiatra clínico-asistencial", más polivalente.

Con el progresivo trasvase de los trabajadores de la Salud Mental desde los hospitales a los dispositivos comunitarios (Centros de Salud, Hospitales de Día, etc.), los especialistas en psiquiatría se encuentran con cambios importantes que hacen necesario un esfuerzo de adaptación a una situación nueva, caracterizada por:

1. Trabajar integrado en un equipo multidisciplinar en vez de trabajar en solitario.
2. Tener contacto diario con otros profesionales de la Salud Mental (psicólogos, asistentes sociales, etc.), que frecuentemente tienen distinta ideología asistencial y distinta base académica.
3. Encontrarse fuera del ambiente estructurado y jerarquizado del hospital, donde su papel nunca había

sido cuestionado y que le proporcionaba un alto nivel de seguridad personal.

Quizás debido a esta inseguridad percibida o a vagos sentimientos de culpa (se ha tendido a mostrar a los psiquiatras como opresores de los pacientes, interesados únicamente en encerrarlos en los manicomios), se ha llegado en la actualidad a una situación de indefinición y difuminación de los roles de los distintos profesionales de la Salud Mental, fenómeno que puede tener aspectos negativos sobre la asistencia prestada a los pacientes; en muchos casos, los psiquiatras han renunciado a asumir responsabilidades que les correspondían, unas veces por comodidad, y otras por no atreverse a enfrentarse a un grupo que le aventaja en número.

El rol de los psiquiatras en el equipo comunitario de Salud Mental ha sido objeto de debate en los últimos 20 años³, y se ha intentado definir con mayor o menor fortuna. Pero no sólo es el papel del psiquiatra el que se encuentra en revisión, sino también el de otros profesionales, como las enfermeras comunitarias, que han recibido atención en publicaciones recientes^{4,7}.

La preocupación por temas tan sensibles como las cuestiones de liderazgo en los equipos ha sido expresada en la literatura anglosajona y existe cierta insistencia en que ese papel sea desempeñado por un especialista en psiquiatría⁸⁻¹¹, basándose en que su formación académica es la única que abarca tanto los aspectos biológicos como los sociales de los pacientes. Cox¹², compara el papel del psiquiatra dentro del equipo multidisciplinar con el de un director de orquesta, asegurándose de que la actuación de cada miembro del equipo encaje armónicamente con la de los demás miembros, consiguiéndose así la consecución de un objetivo común, o sea, la óptima atención al paciente. No hay que olvidar, sin embargo, que lo que convierte a una persona en líder de un grupo no depende, necesariamente, del nivel de conocimientos, sino también de sus atributos personales¹³. Según Adair¹⁴, la autoridad de un líder procede de tres fuentes:

- a) la autoridad de la cualificación (doctor o profesor) o del puesto que ocupa (jefe de servicio, director);
- b) la autoridad del conocimiento (técnico, profesional);
- c) la autoridad de los atributos personales (estilo de trabajo, forma de relacionarse).

Parece existir un consenso general en la literatura especializada actual acerca de la necesidad de definir (o redefinir) los roles de los miembros de los equipos multidisciplinarios si no queremos caer en la inoperancia y el confusiónismo. Nos encontramos con cierta frecuencia con pacientes que no saben quién les ha atendido y que aseguran que la medicación se la recetó

un psicólogo o una enfermera. Existen casos en los que el psiquiatra queda relegado a la función de expendedor de recetas a pacientes que nunca ha visto y que, probablemente, nunca verá. Se puede llegar a una situación de igualitarismo absurdo (absurdo porque ningún estamento profesional es igual a otro y sus niveles de formación son totalmente distintos), que puede dar lugar a situaciones trágicas, como el reciente caso Clunis en Gran Bretaña, en el que un paciente cometió un homicidio como consecuencia de un fallo de la comunicación entre los miembros del equipo que lo tenían a su cargo¹⁵. Red¹⁶ dice textualmente: "...sin un liderazgo claro y sin una comunicación efectiva, los equipos no funcionan bien y frecuentemente no alcanzan sus objetivos".

Las funciones que un profesional puede desarrollar dentro de un equipo de atención a la Salud Mental van a depender, fundamentalmente, del tipo de formación que haya recibido. Para poder obtener el título de especialista en psiquiatría se requiere un mínimo de 10 años de formación. Para obtener el título de psicólogo se necesitan cinco años (los PIR son, por desgracia, una minoría en nuestro país) y, para ser enfermera o trabajador social, tres años.

Partiendo de esta base, y en función de los conocimientos que dichas titulaciones más o menos garantizan, propondría una definición básica de roles basada en las distintas fases en las que se podría dividir el proceso terapéutico (Tabla I).

En la primera fase, la de diagnóstico, el principal protagonista sería el psiquiatra, ya que gran parte de su actividad formativa la ha pasado entrenándose en saber reconocer signos y síntomas y agruparlos en entidades diagnósticas. El psicólogo también tiene un papel importante a desarrollar a este nivel, por su conocimiento en la aplicación de técnicas diagnósticas específicas, a pesar de que su formación básica no es esencialmente clínica. La enfermera y trabajador social no tendrían, en principio, un papel concreto en esta fase, encontrándose el llamado diagnóstico de enfermería ubicado más adelante en el proceso clínico.

La segunda fase, de la decisión terapéutica, o sea, qué tipo de tratamiento es el más indicado a partir de la formulación diagnóstica en cada caso, corresponde también fundamentalmente al psiquiatra, por los mismos motivos expuestos arriba. El psicólogo también tendría un papel aquí, a la hora de indicar tratamientos no físicos, de tipo psicoterapéutico, técnicas conductistas, etc. Ni la enfermera ni el trabajador social juegan un papel a este nivel.

La tercera fase, la de implementación del tratamiento, correspondería a los tres estamentos, con ciertas especificidades: prescripción de medicamentos, aplicación de la TEC (psiquiatra); administración de medicamentos (enfermera); técnicas psicoterapéuticas (psiquiatra y psicólogo); técnicas de relajación y desensibilización, "counselling" (enfermera, trabajador social), etc. La última fase del proceso terapéutico, el seguimiento del paciente, también es compartido por todos los estamentos. Es a este nivel donde adquiere mayor importancia el diagnóstico de enfermería y el social, detectando signos de desestabilización psicopatológica, o de reacciones medicamentosas adversas, o de desestabilización familiar, y canalizando esta información en "feed-back" al psiquiatra o psicólogo.

En la práctica, es inevitable que se produzca un cierto solapamiento de roles, que será mayor en aquellos equipos con mejor comunicación entre sus miembros, cuando los objetivos asistenciales estén claros para todos y cuando las relaciones interpersonales sean satisfactorias. Al contrario, una mala comunicación o relación interpersonal nos llevará a un atrincheramiento en ciertas funciones que dará como resultado una actividad clínica rígida y poco adecuada para lograr objetivos asistenciales globales. Es, por lo tanto, de vital importancia revisar periódicamente la dinámica de los equipos terapéuticos y ser capaces de cambiar actitudes y flexibilizar posturas, cosa que en la práctica frecuentemente presenta dificultades casi insuperables. Diamond³ considera que uno de los roles esenciales de los psiquiatras consiste en actuar como autoridad médico-legal ante los jueces, compañías de

Tabla I

Fases del proceso terapéutico y roles de los diferentes profesionales involucrados

| Profesional | 1ª Fase Diagnóstico | 2ª Fase Decisión terapéutica | 3ª Fase Implementación del tratamiento | 4ª Fase Seguimiento |
|-----------------------|--------------------------------|---|---|--------------------------------|
| Psiquiatras | ++++ | ++++ | ++++ | +++ |
| Psicólogos | +++ | +++ | +++ | +++ |
| Enfermeros | - | - | +++ | +++ |
| Trabajadores sociales | - | - | ++ | +++ |

seguros y médicos no psiquiatras, papel en el que actualmente en nuestro país no puede ser sustituido por otro estamento, sobre todo a la hora de indicar el ingreso involuntario de un paciente o de actuar como perito en un juicio.

El campo de las responsabilidades derivadas de actuaciones terapéuticas está mal definido en nuestro sistema legal, y probablemente será el psiquiatra quien tenga que hacer frente a las posibles demandas judiciales y pago de indemnizaciones a terceros por errores diagnósticos o terapéuticos, aun en los casos en que el paciente no hubiera estado directamente a su cargo.

Es difícil predecir cuál será la evolución futura del papel del especialista en psiquiatría dentro de los dispositivos asistenciales comunitarios. Si nos guiamos con lo que ha pasado en países con una trayectoria en asistencia comunitaria más larga que la de nuestro país (USA, Reino Unido), nos encontraremos cada vez más a los psiquiatras desarrollando un papel de consultores y supervisores, con gran parte de los pacientes siendo atendidos directamente por sus médicos de cabecera. En su relación con los demás miembros del equipo, sería deseable una reafirmación en las funciones para las que ha sido formado, incluso a costa de sacrificar la comodidad que le supone la posibilidad de delegar algunas de sus funciones en otros estamentos.

Bibliografía

1. Ramón S. Psychiatry in Britain: Meaning and policy. Beckenham: Croon Helm; 1985.
2. Espino A. La formación del psiquiatra en España. En: Libro del Año de Psiquiatría. Madrid: Saned; 1992.
3. Diamond RJ, Stein LI, Susser E. Essential and non-essential roles form psychiatrists in community mental health centres. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42:187-188.
4. Gournoy K, Brooking J. Community psychiatric nurses in Primary Health Care. *Br J psychiatry* 1994;165:231-238.
5. Muijen M, Cooney M, Strathdee G, Bell R, Hudson A. Community psychiatric nurse teams: Intensive support *versus* generic care. *Br J Psychiatry* 1994;165:211-218.
6. Brooker CH, Tarrier N, Barrowclough CH, Butterworth A, Goldberg D. Training community nurses for psychosocial intervention. Report of a pilot study. *Br J Psychiatry* 1992;160:836-844.
7. Gournay K. The mental health nursing review: implications for community psychiatric nurses. *Psychiatric Bulletin* 1995;19:217-219.
8. Reed J. Leadership in the Mental Health Service: what role for doctors? *Psychiatric Bulletin* 1995;19:67-72.
9. Sims A. What is the role of the consultant in the community? *Psychiatric Bulletin* 1989;13:285-287.
10. Sims A, Sims D. Top teams. *Health Service Journal* 1993;24:28-30.
11. Royal College of Psychiatrists. The mental health of the nation. London: RCP; 1992.
12. Cox JL. Consultant images. *Psychiatric Bulletin* 1995;19:167-168.
13. Munetz JR. A two-step recovery program for community psychiatrists. *Psychiatric Services* 1995;46:313.
14. Adair J. Effective leadership. Aldershot: Gower; 1987.

INFORME

Sistema de Información en Salud Mental

ENRIQUE GIL*

*Subdirector General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud
Ministerio de Sanidad y Consumo

En 1985, un año antes de la promulgación de la Ley General de Sanidad, la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica estableció el marco general y los criterios del modelo de reforma psiquiátrica, enmarcado en un proceso global de reforma sanitaria, basado en la extensión de la protección y cuidado de salud a todos los ciudadanos y en la garantía del acceso equitativo.

Entre otras cosas, en el Informe de la Comisión se recomienda, que las Comunidades Autónomas promuevan en su territorio acuerdos entre las instituciones con competencias en Salud Mental, con la misión de establecer e impulsar acciones conjuntas y mejorar la gestión de los

recursos psiquiátricos y de la Salud Mental, así como la articulación de comités de enlace y coordinación en las Comunidades Autónomas que aún no tienen transferidas las competencias, en la materia de asistencia sanitaria, de la Seguridad Social. También se promovía la creación de un sistema de información.

La Ley General de Sanidad de 1986 recogió la integración de la Salud Mental en el Sistema Sanitario Público y equiparó al enfermo mental a las demás personas que requieren servicios sanitarios.

En el campo normativo, el Real Decreto 63/1995 sobre prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, representa el paso de una expectativa de derecho a una

Tabla I
Encuesta Nacional de Salud Mental
Hospitalización Breve (Hospital General y Psiquiátrico) - Índices de funcionamiento año 1996

| Comunidad Autónoma | Cobertura | | Actividad | | | Utilización | |
|----------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------|------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| | Unidades por 100.000 hab. | Camas instalad. por 100.000 hab. | Total Ingresos | Total Estancias | Estancia Media en días | Ingresos por 1.000 hab. | Índice de Ocupación* |
| Andalucía | 0,3 | 7,1 | 9.458 | 155.660 | 16,5 | 1,3 | 83,9% |
| Aragón | 0,5 | 9,3 | 2.325 | 35.711 | 15,4 | 2,0 | 88,9% |
| Asturias | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Baleares | 0,8 | 17,8 | 2.277 | 36.121 | 15,9 | 3,1 | 76,1% |
| Canarias | 0,4 | 8,6 | 3.058 | 52.403 | 17,1 | 2,0 | 106,3% |
| Cantabria | 0,2 | 6,1 | 575 | 15.176 | 26,4 | 1,1 | 129,9% |
| Castilla-La Mancha | 0,4 | 7,4 | 1.478 | 22.906 | 15,5 | 0,9 | 49,8% |
| Castilla y León | 0,5 | 10,4 | 4.526 | 78.235 | 17,3 | 1,8 | 81,8% |
| Cataluña | 0,3 | 18,1 | 18.266 | 390.042 | 21,4 | 3,0 | 97,3% |
| Comunidad Valenciana | 0,4 | 7,0 | 5.057 | 70.056 | 13,9 | 1,3 | 70,3% |
| Extremadura | 0,4 | 8,4 | 1.690 | 29.581 | 17,5 | 1,6 | 90,0% |
| Galicia | 0,3 | 7,9 | 3.718 | 65.305 | 17,6 | 1,4 | 83,6% |
| Madrid | 0,2 | 9,6 | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Murcia | 0,5 | 9,6 | 2.055 | 35.182 | 17,1 | 1,9 | 92,7% |
| Navarra | 0,4 | 10,3 | 889 | 18.447 | 20,8 | 1,7 | 93,6% |
| País Vasco | 0,3 | 14,6 | 5.701 | 102.589 | 18,0 | 2,8 | 92,8% |
| La Rioja | 0,4 | 10,0 | 389 | 8.490 | 21,8 | 1,5 | 89,5% |
| Ceuta | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Melilla | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Total Estado | 0,4 | 10,6 | 63.172 | 1.115.904 | 17,7 | 1,7 | 76% |

*Para su elaboración se han utilizado las camas instaladas (dotación fija de camas).

Para una finalidad asistencial determinada, la dotación fija suele ser superior a la funcionante.

Índices de ocupación por encima del 100% podrían indicar que la dotación fija destinada a esa finalidad asistencial, contrariamente a lo esperado, es muy inferior a la dotación realmente utilizada.

Tabla II
Encuesta Nacional de Salud Mental
Hospitalización Breve en Hospital General - Índices de funcionamiento año 1996

| Comunidad Autónoma | Cobertura | | Actividad | | | Utilización | |
|----------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------|-----------------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| | Unidades por 100.000 hab. | Camas instalad. por 100.000 hab. | Total Ingresos | Total Estancias | Estancia Media en días | Ingresos por 1.000 hab. | Índice de Ocupación* |
| Andalucía | 0,3 | 7,1 | 9.458 | 155.660 | 16,5 | 1,3 | 84% |
| Aragón | 0,4 | 8,6 | 2.196 | 33.726 | 15,4 | 1,9 | 91% |
| Asturias | 0,5 | 7,7 | 1.636 | 24.019 | 14,7 | 1,5 | 80% |
| Baleares | 0,5 | 6,2 | 960 | 13.701 | 14,3 | 1,3 | 83% |
| Canarias | 0,3 | 5,7 | 1.855 | 32.433 | 17,5 | 1,2 | 100% |
| Cantabria | 0,2 | 6,1 | 575 | 15.176 | 26,4 | 1,1 | 130% |
| Castilla-La Mancha | 0,4 | 7,4 | 1.478 | 22.906 | 15,5 | 0,9 | 50% |
| Castilla y León | 0,4 | 8,8 | 4.128 | 69.053 | 16,7 | 1,6 | 86% |
| Cataluña | 0,2 | 3,9 | 9.248 | 111.779 | 12,1 | 1,5 | 130% |
| Comunidad Valenciana | 0,4 | 4,7 | 3.685 | 41.751 | 11,3 | 0,9 | 63% |
| Extremadura | 0,2 | 4,1 | 880 | 13.975 | 15,9 | 0,8 | 87% |
| Galicia | 0,3 | 6,4 | 3.066 | 52.592 | 17,2 | 1,1 | 82% |
| Madrid | 0,2 | 6,3 | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Murcia | 0,3 | 4,8 | 1.305 | 16.935 | 13,0 | 1,2 | 89% |
| Navarra | 0,4 | 10,3 | 889 | 18.447 | 20,8 | 1,7 | 94% |
| País Vasco | 0,2 | 8,3 | 3.384 | 55.091 | 16,3 | 1,6 | 88% |
| La Rioja | 0,4 | 10,0 | 389 | 8.490 | 21,8 | 1,5 | 89% |
| Ceuta | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Melilla | 1,6 | 6,5 | 74 | 1.420 | 19,2 | 1,2 | 97% |
| Total Estado | 0,3 | 6,3 | 45.206 | 687.154 | 15,2 | 1,3 | 76% |

*Para su elaboración se han utilizado las camas instaladas (dotación fija de camas).

Para una finalidad asistencial determinada, la dotación fija suele ser superior a la funcionante.

Índices de ocupación por encima del 100% podrían indicar que la dotación fija destinada a esa finalidad asistencial, contrariamente a lo esperado, es muy inferior a la dotación realmente utilizada.

garantía jurídica, ya que establece como modalidad de la asistencia especializada la atención a la Salud Mental y la Asistencia Psiquiátrica, incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y en su caso hospitalización para procesos agudos, reagudizaciones de procesos crónicos o realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos que así lo aconsejen. Se excluye expresamente el psicoanálisis y la hipnosis.

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica proponía, como antes mencionábamos, la creación de un Sistema de Información en Salud Mental. En 1990 se solicitó a las Comunidades Autónomas, que cumplimentaran la Encuesta sobre Inventario y Funcionalidad de los Recursos de Salud Mental que permitió un primer análisis global de situación y sirvió para el nacimiento de los que se denominó, inicialmente, Conjunto Mínimo de Datos en Salud Mental, base de la Encuesta Nacional de Salud Mental que constituye lo que

denominamos Sistema de Información en Salud Mental. El actual Sistema de Información en Salud Mental, al nivel estatal, es una recopilación y difusión centralizada de la información disponible en Salud Mental -basada en la Encuesta Nacional de Salud Mental-, integrando tanto aspectos hospitalarios como no hospitalarios. Está dirigido fundamentalmente a medir estructura, volumen de actividad asistencial y de recursos humanos, respondiendo globalmente a las preguntas de dónde se hace, cuánto se hace y cuántos recursos humanos están involucrados en conseguirlo.

Los datos remitidos al nivel central por las Comunidades Autónomas proceden de los sistemas de información específicos gestionados por cada una de ellas, respondiendo a sus necesidades y competencias. La especificidad territorial que, sin duda, no resta similitud en el diseño del sistema de información, en ocasiones puede mermar la comparabilidad por insuficiente homogeneidad en las definiciones.

Tabla III
Encuesta Nacional de Salud Mental
Hospitalización Breve en Hospital Psiquiátrico - Índices de funcionamiento año 1996

| Comunidad Autónoma | Cobertura | | Actividad | | | Utilización | |
|----------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------|-----------------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| | Unidades por 100.000 hab. | Camas instalad. por 100.000 hab. | Total Ingresos | Total Estancias | Estancia Media en días | Ingresos por 1.000 hab. | Índice de Ocupación* |
| Andalucía | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0% |
| Aragón | 0,1 | 1 | 129 | 1.985 | 15,4 | 0,1 | 68% |
| Asturias | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Baleares | 0,3 | 12 | 1.317 | 22.420 | 17,0 | 1,8 | 72% |
| Canarias | 0,1 | 3 | 1.203 | 19.970 | 16,6 | 0,8 | 119% |
| Cantabria | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0% |
| Castilla-La Mancha | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0% |
| Castilla y León | 0,1 | 2 | 398 | 9.182 | 23,1 | 0,2 | 61% |
| Cataluña | 0,2 | 14 | 9.018 | 278.263 | 30,9 | 1,5 | 88% |
| Comunidad Valenciana | 0,1 | 2 | 1.372 | 28.305 | 20,6 | 0,4 | 86% |
| Extremadura | 0,2 | 4 | 810 | 15.606 | 19,3 | 0,8 | 93% |
| Galicia | 0,0 | 1 | 652 | 12.713 | 19,5 | 0,2 | 89% |
| Madrid | 0,1 | 3 | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Murcia | 0,2 | 5 | 750 | 18.247 | 24,3 | 0,7 | 96% |
| Navarra | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0% |
| País Vasco | 0,1 | 6 | 2.317 | 47.498 | 20,5 | 1,1 | 99% |
| La Rioja | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0% |
| Ceuta | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Melilla | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Total Estado | 0,1 | 4,1 | 17.966 | 454.189 | 25,3 | 0,5 | 80% |

*Para su elaboración se han utilizado las camas instaladas (dotación fija de camas).

Para una finalidad asistencial determinada, la dotación fija suele ser superior a la funcionante.

Índices de ocupación por encima del 100% podrían indicar que la dotación fija destinada a esa finalidad asistencial, contrariamente a lo esperado, es muy inferior a la dotación realmente utilizada.

Tabla IV
Encuesta Nacional de Salud Mental
Hospitalización Media y Larga Estancia
Índices de Cobertura año 1996

| Camas Instaladas | | | | | |
|----------------------|---------------|-----------------------------------|--------------------|-------|-----------------------------------|
| Comunidad Autónoma | Total | Camas instaladas por 100.000 Hab. | Comunidad Autónoma | Total | Camas instaladas por 100.000 Hab. |
| Andalucía | 530 | 7,4 | Extremadura | 436 | 40,5 |
| Aragón | 1.153 | 97,7 | Galicia | 819 | 30,1 |
| Asturias | 231 | 21,6 | Madrid | 1.045 | 20,8 |
| Baleares | 324 | 44,4 | Murcia | 48 | 4,4 |
| Canarias | 208 | 13,3 | Navarra | 250 | 47,5 |
| Cantabria | 432 | 82,0 | País Vasco | 1.625 | 78,5 |
| Castilla-La Mancha | 709 | 41,9 | La Rioja | 180 | 69,1 |
| Castilla y León | 1.280 | 51,0 | Ceuta | n.d. | n.d. |
| Cataluña | 3.676 | 60,6 | Melilla | n.d. | n.d. |
| Comunidad Valenciana | 280 | 7,2 | | | |
| Total Estado | 13.226 | 33,8 | | | |

Tabla V
Encuesta Nacional de Salud Mental
Hospitales y Centros de Día - Índices de Cobertura año 1996

| Comunidad Autónoma | Recursos Intermedios | | | | Cobertura | |
|----------------------|----------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------------|----------------|
| | Unidades | | Plazas | | Plazas por 100.000 Hab. | |
| | Hospitales de Día | Centros de Día | Hospitales de Día | Centros de Día | Hospitales de Día | Centros de Día |
| Andalucía | 3 | 9 | 90 | 270 | 1,3 | 3,8 |
| Aragón | 1 | 4 | 25 | 183 | 2,1 | 15,5 |
| Asturias | 6 | n.d. | 105 | n.d. | 9,8 | n.d. |
| Baleares | n.d. | 2 | n.d. | 55 | n.d. | 7,5 |
| Canarias | 0 | 1 | 0 | 45 | 0,0 | 2,9 |
| Cantabria | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| Castilla-La Mancha | 3 | 2 | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Castilla y León | 1 | 6 | 15 | 125 | 0,6 | 5,0 |
| Cataluña | 6 | 45 | 186 | 1.098 | 3,1 | 18,1 |
| Comunidad Valenciana | 3 | 3 | 60 | 60 | 1,5 | 1,5 |
| Extremadura | 0 | 1 | 0 | 50 | 0,0 | 4,7 |
| Galicia | 4 | n.d. | 85 | n.d. | 3,1 | n.d. |
| Madrid | 8 | 13 | 200 | 660 | 4,0 | 13,2 |
| Murcia | 0 | 2 | 0 | 80 | 0,0 | 7,4 |
| Navarra | 3 | 2 | 50 | 40 | 9,5 | 7,6 |
| País Vasco | 7 | 9 | 117 | 292 | 5,7 | 14,1 |
| La Rioja | 0 | 1 | 0 | 25 | 0,0 | 9,6 |
| Ceuta | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Melilla | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Subtotal | 45 | 100 | 933 | 2.983 | 2,5 | 8,9 |
| Total Estado | 145 | | | 3.916 | | 11,4 |

En general, la carencia de datos resulta ser un argumento frecuentemente empleado para definir la dificultad de encontrar información, sin perjuicio de que para determinados temas relevantes, se carezca, efectivamente, de datos primarios.

La difusión por el nivel central pretende una mejora de la transparencia informativa, ya que al publicar y difundir los datos disponibles y sus explotaciones, se favorece la utilización y accesibilidad de los mismos a los usuarios potenciales. También pretende maximizar los esfuerzos realizados por quienes realizan la recogida y grabación de los datos primarios y producir un efecto motivador para el mantenimiento de la calidad del sistema de información.

El espíritu globalizador del Sistema de Información en Salud Mental hace que se aborden aspectos cuantitativos, tanto de la actividad hospitalaria como extrahospitalaria. El sistema participa de los desequilibrios en cuanto información que ambos niveles de la prestación de servicios tienen; es decir, y en términos generales se

sabe bastante sobre lo que se hace a nivel hospitalario y menos -probablemente vinculado a su gran nivel de actividad- sobre lo que se hace en el ámbito extrahospitalario.

Los sistemas de información deben permitir el análisis de la situación y la toma de decisiones en base a la mejor evidencia posible. Las necesidades en cuanto a precisión y celeridad dependerán de la finalidad del sistema de información. Los sistemas de información, para la toma de decisiones, tienen menos requerimientos de precisión que los desarrollados para la investigación, en cambio, soportan peor los desfases temporales, la información a destiempo suele ser equivalente a información poco útil. En cualquier caso, no hay que olvidar que el sistema de Información en Salud Mental debe ser considerado como un sistema de información de datos básicos sobre estructura, actividad y recursos humanos, que no pretende satisfacer exclusivamente a un solo tipo de usuario -pretende servir a todos en general y a ninguno en particular-, su supervivencia y calidad dependen de ello.

Tabla VI
Encuesta Nacional de Salud Mental
Centros / Unidades de Salud Mental - Índices de Funcionamiento año 1996

| Comunidad Autónoma | Cobertura | Actividad | | Utilización | | |
|----------------------|---------------------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| | Habitantes por Centro de Salud Mental | Total Consultas | Índice Sucesivas/ Primeras | Total Consultas por 100.000 Hab. | Primeras Consultas por 100.000 Hab. | Consultas Sucesivas por 100.000 Hab. |
| Andalucía | 86.930 | 563.094 | 6,4 | 79,0 | 10,6 | 68,4 |
| Aragón | 49.174 | 103.378 | 9,2 | 87,9 | 8,6 | 79,3 |
| Asturias | 56.383 | 135.581 | 12,0 | 126,6 | 9,7 | 116,9 |
| Baleares | 52.104 | 49.299 | 4,6 | 67,6 | 12,2 | 55,4 |
| Canarias | 91.951 | 143.707 | 4,9 | 91,9 | 15,5 | 76,4 |
| Cantabria | 75.231 | 32.836 | 4,8 | 62,4 | 10,8 | 51,6 |
| Castilla-La Mancha | 65.155 | 21.248 | 6,9 | 12,5 | 1,6 | 11,0 |
| Castilla y León | 61.214 | 207.818 | 6,9 | 82,8 | 10,5 | 72,3 |
| Cataluña | 62.531 | 618.952 | 9,7 | 102,0 | 9,5 | 92,5 |
| Comunidad Valenciana | 69.878 | 325.151 | 7,3 | 83,1 | 10,1 | 73,0 |
| Extremadura | 76.805 | 60.920 | 4,8 | 56,7 | 9,8 | 46,8 |
| Galicia | 87.863 | 116.590 | 6,0 | 42,8 | 6,1 | 36,7 |
| Madrid | 139.333 | 504.640 | 12,1 | 100,6 | 7,7 | 92,9 |
| Murcia | 72.293 | 118.961 | 6,2 | 109,7 | 15,2 | 94,5 |
| Navarra | 58.515 | 84.000 | 15,9 | 159,5 | 9,4 | 150,1 |
| País Vasco | 35.676 | 491.802 | 19,0 | 237,7 | 11,9 | 225,8 |
| La Rioja | 37.207 | 33.030 | 6,6 | 126,8 | 16,6 | 110,2 |
| Ceuta | 71.368 | 2.143 | 4,6 | 30,0 | 5,4 | 24,7 |
| Melilla | 61.817 | 2.693 | 5,1 | 43,6 | 7,2 | 36,4 |
| Subtotal | 70.757 | 3.616.203 | 8,6 | 92,1 | 9,6 | 82,5 |

Encuesta Nacional de Salud Mental
Camas psiquiátricas de media y larga estancia

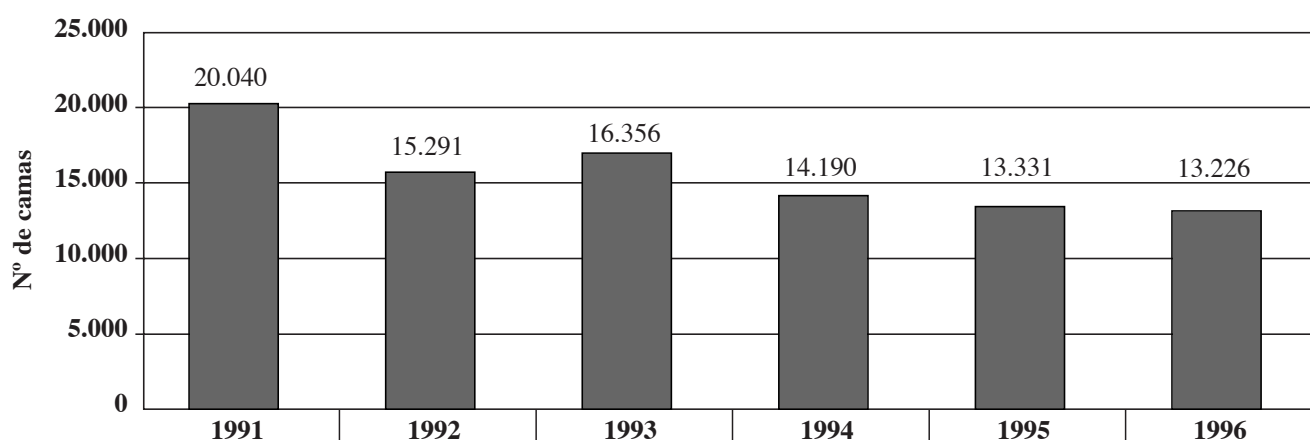
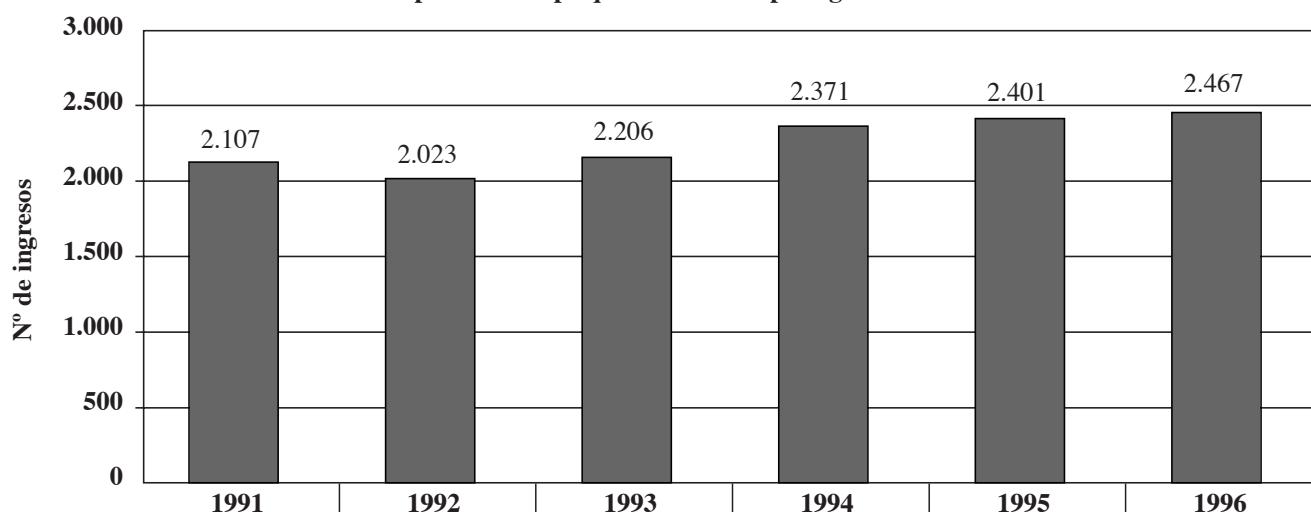


Gráfico elaborado por Carlos González, a partir de las tablas de la Encuesta Nacional de Salud Mental (1998).

Tabla VII
Encuesta Nacional de Salud Mental
Psiquiatras y Psicólogos - Año 1996

| Comunidad Autónoma | Psiquiatras | | Psicólogos | |
|----------------------|--------------|-----------------------|------------|-----------------------|
| | Total | Tasa por 100.000 hab. | Total | Tasa por 100.000 hab. |
| Andalucía | 331 | 4,6 | 154 | 2,2 |
| Aragón | 82 | 6,9 | 34 | 2,9 |
| Asturias | 56 | 5,2 | 26 | 2,4 |
| Baleares | 35 | 4,8 | 29 | 4,0 |
| Canarias | 78 | 5,0 | 47 | 3,0 |
| Cantabria | 28 | 5,3 | 14 | 2,7 |
| Castilla-La Mancha | 66 | 3,9 | 63 | 3,7 |
| Castilla y León | 120 | 4,8 | 61 | 2,4 |
| Cataluña | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Comunidad Valenciana | 165 | 4,2 | 78 | 2,0 |
| Extremadura | 33 | 3,1 | 27 | 2,5 |
| Galicia | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Madrid | 321 | 6,4 | 150 | 3,0 |
| Murcia | 55 | 5,1 | 40 | 3,7 |
| Navarra | 32 | 6,1 | 24 | 4,6 |
| País Vasco | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| La Rioja | 18 | 6,9 | 10 | 3,8 |
| Ceuta | 1 | 1,4 | 2 | 2,8 |
| Melilla | 1 | 1,6 | 1 | 1,6 |
| Total Estado | 1.422 | 5,0 | 760 | 2,7 |

Encuesta Nacional de Salud Mental
Hospitalización psiquiátrica en hospital general



| | | | | | | |
|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Nº de unidades | 89 | 84 | 94 | 104 | 105 | 109 |
| Nº de estancias | 33.286 | 28.762 | 33.334 | 37.439 | 40.946 | 45.206 |

Gráfico elaborado por Carlos González, a partir de las tablas de la Encuesta Nacional de Salud Mental (1998).

CASO CLÍNICO

Trastornos de personalidad y rehabilitación psicosocial: un caso práctico

J. I. FERNÁNDEZ BLANCO*, M. RULLAS TRINCADO**

*Psicólogo. **Psicóloga
Centro de Rehabilitación Psicosocial. Alcalá de Henares. Madrid

Resumen

En el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares se atiende mayoritariamente a personas diagnosticadas de trastornos psicóticos. Sin embargo, en los últimos años es derivado un porcentaje pequeño pero constante de personas con diagnósticos de trastorno de personalidad. Aunque la evaluación se hace específica para cada caso y cada uno de ellos tiene un Plan Individualizado de Rehabilitación, encontramos unas peculiaridades que dificultan en gran medida el trabajo y que nos hacen replantearnos la eficacia de algunas intervenciones, así como diseñar nuevos formatos de intervención.

Presentamos el caso de una persona diagnosticada de Trastorno de Personalidad derivada al Centro de Rehabilitación Psicosocial, para ilustrar las dificultades que nos encontramos en mayor o menor medida al trabajar con esta población y las modificaciones que hicimos específicamente en esta intervención.

Palabras clave: Trastornos de Personalidad. Evaluación funcional.

Summary

Personality disorders and psycho-social rehabilitation: a practical case. The Psycho-social Rehabilitation Center of Alcalá de Henares deals mostly with persons diagnosed with psychotic disorders. However, in all recent years, a small but constant percentage has arisen of persons diagnosed with personality disorders. Although evaluation is specific to each case and each has a Customized Rehabilitation

Plan, some peculiarities are encountered which to a large degree render the work difficult and lead us to reconsider the efficacy of some actions and to design new intervention formats.

The case is presented of a person diagnosed with a Personality Disorder referred to the Psychosocial Rehabilitation Center, as an illustration of the difficulties encountered to a greater or lesser degree in working with this population, and the particular modifications we made in this intervention.

Key words: Personality disorders. Functional evaluation.

Résumé

Troubles de personnalité et rééducation psychosociale: un cas pratique. Ce sont majoritairement des personnes auxquelles on a diagnostiqué des troubles psychotiques et qui ont été soignées au Centre de Rééducation psychosociale de Alcalá de Henares. Cependant, c'est dans ces troubles que l'on a pu observer tous les ans un pourcentage faible mais constant de personnes auxquelles on a diagnostiqué des troubles de personnalité. Bien que l'évaluation soit spécifique pour chacun des cas et qu'il y ait un Plan individualisé de Rééducation pour chacun d'eux, nous constatons des particularités qui rendent la tâche difficile dans une large mesure et qui nous fait reconsidérer l'efficacité de certaines interventions et la conception de nouveaux modes d'intervention.

Nous présentons le cas d'une personne à laquelle on a diagnostiqué des Troubles de Personnalité, orientée vers le Centre de Rééducation psychosociale, afin d'illustrer les difficultés auxquelles nous nous heurons

dans une plus ou moins large mesure en travaillant avec ce type de personnes et les modifications que nous avons spécifiquement faites lors de cette intervention.

Mots clés: *Troubles de Personnalité. Evaluation fonctionnelle.*

Riassunto

Trastorni di personalità e riabilitazione psicosociale: un caso pratico. Nel Centro di Riabilitazione Psicosociale di Alcalá de Henares ci si occupa soprattutto di persone con diagnosi di trastorni psicotici. Tuttavia, in costoro tutti gli anni appare una percentuale piccola, però costante di persone con diagnosi di trastorno di personalità. Sebbene la valutazione sia specifica per ogni caso e ciascuno di loro segua un Piano Individualizzato di Riabilitazione, troviamo delle particolarità che rendono difficile in gran misura il lavoro e che ci fe riproporre l'efficacia di alcuni interventi, così come disegnare nuovi formati di intervento.

Presentiamo il caso di una persona con diagnosi di Trastorno di Personalità inviata al Centro di Riabilitazione Psicosociale, per illustrare le difficoltà di fronte alle quali ci troviamo in maggior o minor misura lavorando con questa popolazione e le modifiche che apportammo in particolare a questo intervento.

Parole chiave: *Trastorni di Personalità. Valutazione funzionale.*

Introducción

El Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de Alcalá de Henares atendió, desde su creación en mayo de 1989 hasta diciembre de 1997, un total de 188 usuarios. La mayoría de estas personas están diagnosticadas de trastornos psicóticos, especialmente de esquizofrenia con varios años de evolución del problema. Esto se mantuvo así los primeros años; sin embargo, a partir de los años 1993-94 se observa una mayor variabilidad en las derivaciones (personas derivadas en primeras crisis psicóticas, sin ingresos psiquiátricos o con uno solo...). En torno a un 20% de

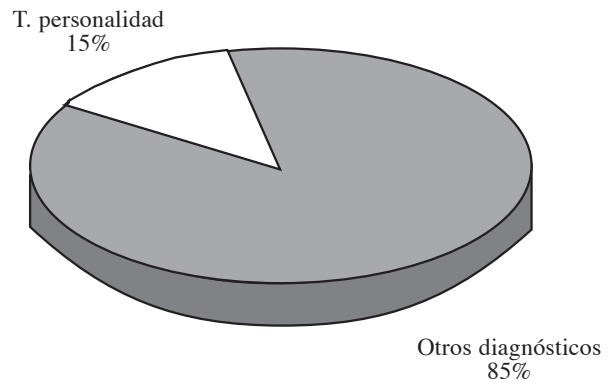


Fig. 1. Personas con trastorno de personalidad en relación al total de usuarios.

la población atendida en estos años está diagnosticada de Trastorno de Personalidad, siendo un 15% del total de los usuarios del Centro (Fig. 1). No es un porcentaje alto, pero sí nos obliga a replantearnos algunas de las intervenciones realizadas dentro del ámbito de la rehabilitación, por las peculiaridades de esta población. Si analizamos las derivaciones anuales (Fig. 2), observamos que evaluamos a unas tres personas nuevas con ese diagnóstico cada año.

Estas personas sufren graves deterioros en las distintas áreas vitales que son determinantes para la integración y/o adaptación a los contextos donde se desenvuelven, por lo que parece importante que sigan un proceso de rehabilitación. Al irlos incluyendo en los distintos pro-

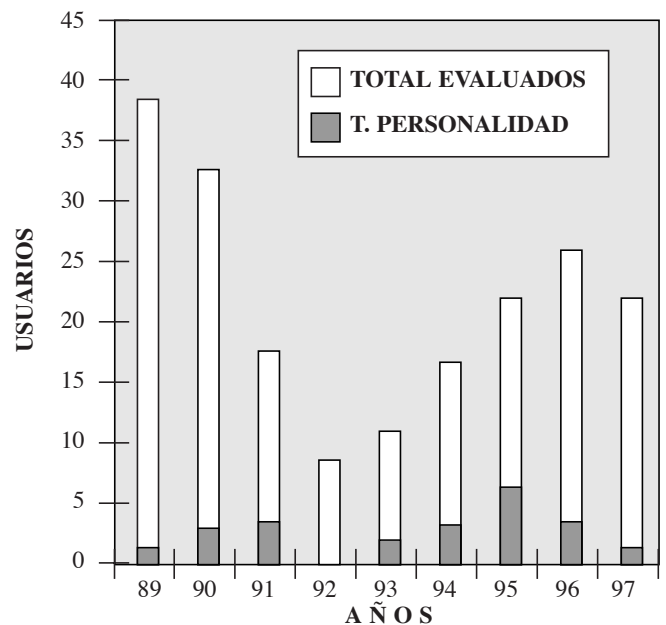


Fig. 2. Usuarios C.R.P.S. (Área 3) 1989-1997.

gramas de intervención del Centro (Habilidades Sociales, Escuela de Familias, Integración Comunitaria), nos hemos encontrado con situaciones que dificultan en gran medida tanto la consecución de los objetivos propuestos para ellos en los Planes Individualizados de Rehabilitación, como los de otros usuarios.

El consenso que existe para intervenir en rehabilitación con personas diagnosticadas de trastornos psicóticos no lo hay cuando se interviene con trastornos de personalidad. El modelo de vulnerabilidad, como marco teórico-explicativo del inicio y mantenimiento de la enfermedad, así como la amplia bibliografía que avala la efectividad de los programas utilizados en rehabilitación de los trastornos psicóticos, ha permitido llegar a este consenso.

No puede decirse lo mismo de los trastornos de personalidad. Aquí el diagnóstico es difícil, no existen modelos etiopatológicos claramente definidos e incluso no parece haber tratamientos farmacológicos consensuados. En el campo de la rehabilitación tampoco hay intervenciones consensuadas, estas personas requieren de intervenciones prolongadas, intensas, con gran despliegue de medios y tecnología por parte de los profesionales que los atienden, obteniendo resultados en muchos casos por debajo de los esperados.

El motivo de presentar este caso es ilustrar las dificultades que nos plantea esta nueva población de adultos jóvenes crónicos (en palabras de Pepper), dentro de los centros de rehabilitación (¿qué modelo psicoeducativo emplear?, ¿el de vulnerabilidad?, ¿qué hacemos con las familias?, los programas de Escuela de Familias de formato clásico, evidentemente, no son útiles...) y apuntar qué adaptaciones hemos realizado para hacer intervenciones más efectivas en este caso concreto.

Descripción del caso

El usuario es el segundo de tres hermanos. Su infancia fue normal. El período escolar se caracterizó por un rendimiento académico bajo y buena socialización. Su historia laboral se prolonga 14 años con buen rendimiento y ajuste al puesto de trabajo y buena relación con sus compañeros, hasta, aproximadamente, un año después de haberse iniciado la problemática. Tenía entonces 28 ó 29 años. Los dolores de cabeza, que comenzó a sentir con 17 ó 18 años, le resultaban insostenibles y no cedían con tratamiento farmacológico. Al año siguiente, su rendimiento laboral baja notablemente. Se nota sin fuerzas, irascible y con tendencia a responder agresivamente. Los dolores de cabeza cada vez son más frecuentes e intensos. Al no poderlos

soportar va asiduamente a los servicios de urgencia. Comienza a aislarse, negándose a conversar y emitiendo conductas verbales muy violentas.

Intentó suicidarse dos veces y tuvo un ingreso psiquiátrico.

El usuario pasa la mayor parte del día en cama. Fuertemente instigado, sale esporádicamente a pasear con su mujer e hijo. Su red social casi se circunscribe a la familia nuclear.

Vive en casa de sus suegros. Las relaciones familiares son buenas. El ambiente familiar no es tenso ni estresante. No se aprecian conductas hipercríticas ni hostiles hacia el usuario, sí sobreprotectoras.

No realiza tareas domésticas ni colabora en su realización. Se mantiene al margen de todo lo que tenga que ver con el cuidado y administración del hogar.

Totalmente dependiente a la hora de utilizar recursos comunitarios. Nunca sale solo.

Admite tener problemas psiquiátricos, aunque no tiene "conciencia de enfermedad". Conoce los medicamentos que toma, las dosis y para qué sirven. Su mujer va a por las recetas, compra las medicinas, se las prepara y supervisa la toma.

No consume ni ha consumido alcohol u otras drogas.

Es totalmente autónomo en conductas instrumentales de aseo y vestido. Para emitir estas conductas, necesita constante instigación y supervisión por parte de su pareja. La frecuencia es insuficiente. A no ser por la noche, se acuesta siempre vestido.

Objetivos del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)

1. Mejorar aspectos de su socialización y ocupar el tiempo libre.
 - 1.1. Relacionarse con los amigos.
 - 1.2. Realizar actividades de ocio (recreativas, deportivas).
2. Recuperar competencias que favorezcan una reintegración adaptada en la familia.
 - 2.1. Que las conductas de su mujer contribuyan a su autonomía.
 - 2.2. Desempeñar los roles familiares que le competen.
3. Recuperar capacidades para desenvolverse de forma autónoma en el entorno comunitario.
 - 3.1. Utilizar recursos comunitarios de forma autónoma.
 - 3.2. Que el usuario diligencie trámites burocráticos.
4. Mejorar hábitos que tengan marcada repercusión en la salud y actúen como prevención de crisis.

- 4.1. Ser autónomo en hábitos de aseo, sueño y alimentación.
- 4.2. Hacerse cargo de todo lo que tenga que ver con la medicación.

Dimos prioridad a los objetivos 2.1 y 3.1 pues, al evaluar el caso, comprendimos que sería muy difícil cumplir la mayor parte de los objetivos sin la total colaboración de la esposa. Esta colaboración pasaba por aprender a ser una buena mediadora de conductas normalizadas. Asimismo, si no conseguíamos que el usuario saliese solo, pudiendo utilizar autónomamente transportes públicos, la consecución del resto de los objetivos se vería seriamente comprometida. Baste con señalar que, para llegar al CRPS, necesita coger un autobús interurbano.

Así las cosas, decidimos desglosar el objetivo 3.1 en dos objetivos operativos:

- 3.1.a. Que el usuario sea autónomo en el uso de transportes.

Formato de intervención: atenciones individuales en la calle llevadas a cabo por una educadora.

Técnicas y estrategias de intervención: “desensibilización sistemática” en vivo. Se reforzaba socialmente al usuario por cada ítem superado. También se utilizó “refuerzo positivo” según un patrón de razón variable. Desde el primer momento se utilizó la instigación, desvaneciéndola progresivamente. Para los ítems que tenían que ver con la utilización de transportes, previamente a exponerse a ellos, se entrenaron las pertinentes conductas instrumentales mediante las técnicas de “modelado” y “moldeamiento”.

Resultados: objetivo conseguido. Esto nos reportó como “ganancia secundaria” que el usuario pudiese salir solo a la calle. Aquí residió la mayor dificultad de la intervención, por eso iniciamos la jerarquía de ítems desde el momento en que el usuario salía de la cama.

- 3.1.b. Que el usuario utilice recursos de ocio y formativo-laborales.

Formato de intervención: atenciones individuales en la calle llevadas a cabo por una educadora, tutorías con el psicólogo y trabajo social.

Técnicas y estrategias de intervención: en primer lugar, la trabajadora social orientó y aconsejó al usuario sobre qué recursos podría utilizar y cómo acceder a ellos. Cuando fue necesario, le apoyó y supervisó en la realización de trámites burocráticos. A continuación, la educadora trabajó *in situ* aspectos relacionados con la orientación y las competencias para cumplir el objetivo. Cada sesión comenzaba con un tiempo dedicado a la instigación y al reconocimiento de los logros alcanzados. Durante la intervención se utilizó “refuerzo

positivo” siguiendo un patrón de razón variable (se reforzaban las aproximaciones a un recurso o su utilización). Una vez que ya empezó a utilizar recursos, fuimos desvaneciendo progresivamente el apoyo. En las tutorías que el psicólogo mantenía con el usuario, se revisaba el trabajo y se valoraban los progresos, formulando nuevos objetivos. La familia y los miembros de su red social le animaban por los éxitos obtenidos y por su evidente recuperación. Así se lo hacían ver también conocidos y vecinos.

A pesar de que el usuario estaba teniendo una buena respuesta a las praxis rehabilitadoras y coincidiendo con que había estado de vacaciones más de 15 días, y también con las vacaciones del psicólogo, se produce en él un significativo empeoramiento. Lo que se había conseguido, en buena medida se pierde y el usuario vuelve a adoptar una actitud destructiva y entorpecedora de las intervenciones. Baste el siguiente ejemplo para demostrarlo. En casa y en el CRPS mantenía una actitud coherente con el siguiente discurso: “lo mejor es vegetar. Estoy hundido en el pozo. Me encuentro muy mal porque no hago nada y cuando lo hago no estoy bien porque me estreso y, sobre todo, porque tengo que pensar y eso me levanta dolores de cabeza insoportables, que son mi verdadero problema. Por culpa de que me mandais hacer cosas tengo que estar pendiente de un horario, lo que me incomoda y termina por desbordarme, hundiéndome más todavía”. De este *impass* no pudimos salir en tres meses, por eso cambiamos la intervención. Se dieron instrucciones a la familia para que no discutiera con el usuario sobre su estado de ánimo, sobre lo que podía o no podía hacer o sobre lo mal o bien que estaba. También hicimos esto los profesionales. Además, comenzamos a aplicar una “economía de fichas” unida a “castigo negativo” (“coste de respuesta”) para cuando el usuario, en el período de una semana, no cumpliera con los compromisos pactados previamente.

Resultados: objetivo conseguido. La “economía de fichas” se ha manifestado altamente eficaz.

El trabajo realizado no sólo permitió conseguir el objetivo 3.1 (utilizar recursos de forma autónoma), sino también el 3.2 (realizar trámites burocráticos) y el 1.2 (realizar actividades de ocio).

En paralelo a la intervención que hemos comentado, se abordó el objetivo 2.1.

Formatos de intervención: tutorías con el psicólogo y asistencia de la esposa al programa Escuela de Familias.

Técnicas y estrategias de intervención: comenzamos por informar a la esposa sobre la problemática del usuario y sobre principios elementales de modificación de conducta. A continuación, pasamos a entrenarla en

Tabla I
Relación de objetivos, intervenciones y resultados

| Objetivos | Intervenciones | Resultados |
|--|--|-------------------------|
| Relacionarse con amigos | HHSS + Esposa como mediadora de conducta + EF | Parcialmente conseguido |
| Realizar actividades de ocio | TS + instigación + refuerzo + economía de fichas | Conseguido |
| Que su mujer contribuya a su autonomía | Psicoeducación + manejo de contingencias | Conseguido |
| Desempeñar roles familiares | Instigación + control de estímulos + refuerzo | No conseguido |
| Utilizar recursos de forma autónoma | TS + instigación + refuerzo + economía de fichas + castigo | Conseguido |
| Realizar trámites burocráticos | Id. objetivo anterior | Conseguido |
| Hábitos de aseo, sueño y alimentación | Economía de fichas | Parcialmente conseguido |
| Autonomía en medicación | Psicoeducación + instigación | Conseguido |

HHSS: habilidades sociales; *EF*: escuela de familias; *TS*: trabajo social.

el manejo de contingencias. En un primer momento, las instrucciones se daban verbalmente. Ella debía transmitir las a toda la familia para actuar conjuntamente. Las instrucciones no fueron seguidas, por eso las pusimos por escrito. Utilizamos unas tarjetas en las que, de modo simple y abreviado, se explicaba cómo retirar atención, cómo dispensar operantes de refuerzo, cómo controlar estímulos y reconocer contextos de aprendizaje vicario y cómo evitar conductas desadaptadas. Todo este tipo de técnicas, unidas a saber analizar funcionalmente el comportamiento humano, es lo que compone el grueso del programa de Escuela de Familias, dedicado al análisis y la modificación de la conducta. Al finalizar el programa, se habían cumplido con creces los objetivos propuestos para la mujer del usuario.

Resultados: objetivo conseguido.

Discusión

Al trabajar este caso nos hemos encontrado con una serie de dificultades que, con uno u otro matiz, suelen aparecer al tratar de rehabilitar psicosocialmente a personas diagnosticadas de Trastorno de Personalidad. Estas dificultades tienen que ver con conductas altamente disruptivas que complican y problematizan las intervenciones.

Vamos a señalar ahora las que encontramos en los objetivos aquí revisados y lo que se hizo para superarlas. Desde la primera cita, el usuario mantuvo una actitud que podríamos llamar destructiva. Juzgaba su estado como el peor de los posibles, “sólo tengo dos soluciones, o vivir como un vegetal o quitarme de en medio”, e imposible de modificar. Cuestionaba todo lo que se le proponía anticipando que fracasaríamos y entonces se

hundiría más en el pozo; por eso, nos decía, “mejor no hacer experimentos y quedarme como estoy”. Este discurso venía siempre acompañado de gran cantidad de quejas somáticas y cábalas sobre un posible daño orgánico irreversible, y determinante de todo lo que le había ocurrido.

Sesión tras sesión sacaba a relucir esa letanía, con independencia de lo que le propusiésemos o tratásemos. Al principio, le escuchamos y razonamos con él sobre cómo esa actitud, además de equivocada, era inconveniente. Lo que conseguimos no fue extinguirla, sino reforzarla. Cambiamos de estrategia comunicándole que no volveríamos a dialogar sobre esos temas y, menos aún, trataríamos de convencerle de que estaba equivocado. Pedimos a la familia que hiciese lo mismo y que, como nosotros, reforzase diferencialmente las verbalizaciones constructivas y positivas.

Las sesiones, a partir de entonces, las dedicamos a plantear objetivos operativos, decidir cómo conseguirlos y evaluar resultados. Para lograrlo fuimos altamente directivos y extinguimos cualquier aproximación, por parte del usuario, a introducir en sesión discursos nihilistas o comentarios destructivos. No tardó demasiado en manifestarnos, y manifestar a su familia, que se encontraba bastante peor desde que no se le escuchaba ni se le tomaba en consideración. En su casa y en el CRPS, siempre que podía, venía a decirnos que había sido peor el remedio que la enfermedad. Decidimos entonces llegar a un acuerdo con él. En cada sesión dedicaríamos un tiempo a charlar sobre esos temas, siempre y cuando no hablase de ellos en ningún otro lugar y consiguiese los objetivos propuestos en la sesión anterior. Aceptó y, con el tiempo, se fueron desvaneciendo sus peticiones para tratar esos temas; bajó enormemente la frecuencia de comentarios destructivos.

Para superar este tipo de conductas, para conseguir los objetivos del PIR, en definitiva, para poder manejar el caso, hemos tenido que contar con la total colaboración de la familia y, muy en especial, de la esposa del usuario. Esta colaboración entre profesionales y familia es imprescindible para poder trabajar con personas diagnosticadas de Trastorno de Personalidad. Si no se logra, la mayor parte de las veces, se pierde el caso. Éste, *a priori*, exigió al CRPS ajustar el programa Escuela de Familias, hasta entonces pensado para dar respuesta a las necesidades de las familias de los psicóticos. Este ajuste pasó por confeccionar un programa que permitiera entrenar en grupo a los familiares como mediadores de conducta. Para ello, debíamos centrar los contenidos del programa en el aprendizaje del análisis del comportamiento humano y su modificación, ya que la extinción de conductas disruptivas y desadaptadas socialmente, es una necesidad ineluctable cuando se intenta integrar desproblematizadamente a estas personas en su entorno socio-comunitario.

Otro de los problemas que tuvimos que resolver fue que el usuario se dedicara a entorpecer continuamente el trabajo rehabilitador. Hacía lo contrario de lo que se le pedía, llevaba sistemáticamente la contraria, mantenía un talante discutidor y provocador, tal como si buscara, deliberadamente, exasperar a los profesionales.

Aplicando una “economía de fichas”, en los términos explicados cuando comentamos los objetivos del PIR, conseguimos que el usuario siguiera instrucciones. Extinguir la conducta discutidora y provocadora pasó por una retirada de atención contingente a su emisión, unida a una labor psicoeducativa que consistió en no permitir que el usuario invirtiera esa conducta de normalidad. Para ello, la atribuíamos a su problemática y le explicábamos cómo al comportarse así, manifestaba con contundencia su trastorno “obligándonos” a no

tomarle en consideración. Asimismo, reforzamos toda conducta antagónica a la anterior y mostramos una actitud impertérrita e inmutable ante esa especie de provocación deliberada por parte del usuario.

A modo de conclusión, diríamos que para estas dificultades, que con uno u otro matiz suelen aparecer en el trabajo rehabilitador con Trastornos de Personalidad, puede ser de utilidad tomar en consideración las estrategias aquí revisadas. Nos estamos refiriendo básicamente al trabajo a realizar con la familia, a la oportuna y sistemática utilización de la retirada de atención, a las operantes de esfuerzo diferencial, al control ambiental y a la “economía de fichas”.

Sólo nos resta recordar lo cautos que debemos ser al extrapolar técnicas de intervención que en algunos casos, como el aquí revisado, se manifiestan eficaces. Esta cautela la impone una cuestión de orden epistemológico. A saber, cuando se actúa sobre el comportamiento humano, ha de hacerse particularizando las intervenciones, para ajustarlas a la especificidad de cada caso, tras un individualizado análisis funcional de unidades conductuales debidamente operativizadas.

Bibliografía

1. Libermann RP. Iniciación al análisis y terapéutica de la conducta. Barcelona: Fontanella; 1998.
2. Libermann RP. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca; 1993.
3. Mayor J, Labrador FJ. Manual de modificación de conducta. Madrid: Alhambra; 1991. 1ª Ed. 1984.
4. Rodríguez A (coord). Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide; 1997.
5. Watts FN, Bennett H. Rehabilitación psiquiátrica, teoría y práctica. México DF: Limusa; 1990. Del or. Theory and practice of psychiatric rehabilitation. John Wiley and Sons Ltd; 1983.

Abordaje de un trastorno de personalidad esquizotípico desde un Centro de Rehabilitación Psicosocial

E. DE GRADO GONZÁLEZ

*Psicóloga Clínica

Centro de Rehabilitación Psicosocial “Los Cármenes”. Madrid

Resumen

El perfil típico de las personas atendidas en los centros de rehabilitación psicosocial suele ser el de un varón diagnosticado de psicosis y más concretamente de esquizofrenia.

El caso que se presenta es el de un paciente diagnosticado de Trastorno de Personalidad Esquizotípico, cuyos criterios de cronicidad son superiores a la media de los sujetos derivados al Centro de Rehabilitación Psicosocial “Los Cármenes” y con un funcionamiento familiar muy semejante al que se ha descrito en las familias en las que ya existe un miembro psicótico.

Palabras clave: Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS). Trastorno de Personalidad Esquizotípico. Objetivos de rehabilitación.

Summary

An approach to a schizophrenic-like personality disorder in a Psycho-social Rehabilitation Centre.

The standard profile of persons treated in psychosocial rehabilitation centres is of a male, diagnosed with psychosis and, more specifically, schizophrenia.

This case involves a patient diagnosed with a schizophrenic-like personality disorder with chronicity criteria in excess of the mean for subjects referred to the “Los Cármenes” Psycho-social Rehabilitation Centre with a family function very similar to that which has been described in families with a psychotic member.

Key words: Psycho-social Rehabilitation Centre (CSRC). Schizophrenic-like Personality Disorder. Rehabilitation Targets.

Résumé

Abord d'un trouble de la personnalité schizotypique dans un Centre de Rééducation Psychosociale. Le profil typique des personnes soignées dans les centres de rééducation psychosociale correspond généralement à celui d'un patient du sexe masculin avec un diagnostic de psychose et plus précisément de schizophrénia.

Le cas présenté est celui d'un patient avec un diagnostic de Trouble de la Personnalité Schizotypique, dont les critères de chronicité sont supérieurs à la moyenne des patients du Centre de Rééducation Psychosociale de “Los Cármenes” et dont le fonctionnement familial s'apparente à celui décrit dans les familles comportant un membre psychotique.

Mots clés: Centre de Rééducation Psychosociale (CRPS). Trouble de la Personnalité Schizotypique. Objectifs de rééducation.

Riassunto

Abbordaggio di un disturbo di personalità schizotipico da un Centro di Riabilitazione Psicosociale. Il profilo tipico delle persone assistite nei centri di riabilitazione psicosociale è normalmente quello di un maschio con diagnosi di psicosi e più concretamente di schizofrenia.

Il caso che si presenta è quello di un paziente con diagnosi di Trastorno di Personalità Schizotipico, i cui criteri di cronicità sono superiori alla media dei soggetti inviati al Centro di Riabilitazione Psicosociale “Los Cármenes” e con un funzionamento familiare molto simile a quello descritto nelle famiglie nelle quali esiste un membro psicotico.

Parole chiave: *Centro di Riabilitazione Psicosociale (CRPS). Trastorno di Personalità Psicotipico. Obiettivi di riabilitazione.*

Introducción

El Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de “Los Cármenes” está adscrito al Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid¹. Genéricamente, este programa pretende potenciar el desarrollo de una serie de recursos de rehabilitación y soporte en la comunidad en la que viven las personas que poseen problemas psiquiátricos crónicos, de forma que, junto con los Servicios de Salud Mental y los Servicios Sociales Generales, se facilite una atención integral y continuada de las diversas necesidades sociales y problemáticas de estas personas y de sus familias.

El CRPS es un recurso específicamente diseñado y organizado para ofrecer programas estructurados de rehabilitación psicosocial a aquellas personas con trastornos psiquiátricos crónicos, que les permitan aprender o recuperar aquellas habilidades pertinentes para desenvolverse normalmente en la comunidad en la que viven, y funcionar lo más activa y autónomamente posible en su medio social, evitando de este modo su marginación y/o institucionalización. Son los Servicios de Salud Mental quienes valoran cuáles de estos pacientes necesitan mejorar su autonomía y competencia social y/o avanzar en su integración sociocomunitaria. El CRPS de “Los Cármenes”, creado en 1990, atiende a la población de enfermos mentales crónicos del área 11 y del distrito de Latina, correspondiente al área 7. El perfil típico de los pacientes que son derivados es el de un varón diagnosticado de psicosis y, más concretamente, de esquizofrenia. Sin embargo, encontramos también un subgrupo de sujetos con un diagnóstico de trastorno de personalidad. En algunos de estos casos los criterios de cronicidad, diseñados por diferentes profesionales del área 11 -que recogen tanto criterios transversales, tales como autocuidados, afrontamiento personal, autonomía personal y tratamiento, como criterios longitudinales tales como años de evolución, parámetros transversales, nivel premórbido, ingresos y crisis-, son iguales o mayores que los de los sujetos diagnosticados de esquizofrenia -como ocurre en el caso que vamos a presentar-, lo cual nos puede dar una idea de la evolución y el deterioro que conllevan estos trastornos.

El caso que presentamos a continuación es el de un chico diagnosticado de trastorno de personalidad esquizotípico, en el que el funcionamiento o la dinámica familiar se asemeja mucho al de aquellas familias en las que existe un miembro psicótico.

Presentación del caso

Historia biográfica

Usuario de 29 años que fue derivado desde su Centro de Salud Mental correspondiente. Es el menor de dos hermanos. El padre tiene 68 años y se jubiló anticipadamente hace ocho. La madre tiene 67 años y dejó de trabajar cuando el usuario tenía cinco años para ocuparse de su madre ciega, quien falleció hace cinco. Han vivido siempre con la familia de origen de la madre. El hermano mayor del usuario tiene 38 años, está casado y tiene dos hijos pequeños. Vive fuera del domicilio familiar desde los 19 años por motivos laborales.

Al nacer el usuario hubo dificultades en el parto por el cordón umbilical. Fue muy protegido durante su infancia, debido a diversas intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo a una edad temprana. Estuvo, además, al cuidado de la abuela materna hasta los cinco años, quien, según relatan los padres, le malcrió.

Siempre tuvo un mal rendimiento escolar y hubiera necesitado una atención especial, según sus profesores, ya que tenía dificultades de comprensión. No llegó a terminar la EGB. A los 15 años comenzó a estudiar Hostelería, abandonándolo en el segundo año porque no podía con los estudios. A los 17 trabajó como pinche de cocina durante seis meses, donde lo pasó muy mal por no saber defenderse cuando le echaban la culpa de todo lo que salía mal. Posteriormente, acudió a diversas entrevistas relacionadas con puestos de Hostelería, acompañado siempre por la madre porque apenas hablaba. A los 18 años, aproximadamente, según relata la madre, estuvo saliendo con una chica durante un año. Hizo el Servicio Militar en Hoyo de Manzanares como camarero, terminándolo a pesar de las novatadas de las que fue objeto. Al regreso de la mili comenzó a salir con otra chica, con la cual, según la madre, tuvo su primera experiencia sexual. A los 20 años los padres le llevaron a un psicoanalista privado porque le notaban muy raro y, tras una primera cita, no volvió. Al poco tiempo se encerró en su habitación sin hablar con nadie durante un mes, no saliendo de la misma ni siquiera para comer. La madre cree que la chica con la que salía rompió con él. Un tío materno consiguió llevarle a una primera cita a su SSM, pero el usuario se negó a volver. Intentaron llevarle de nuevo al psicoanalista privado, aunque no llegó a acudir porque le concedieron un curso de empaquetador, que ter-

minó a los 21 años. Después inició otro curso de Repostería, abandonándolo al poco tiempo porque decía que los profesores le ridiculizaban. Por esta misma época, el hermano mayor del usuario es destinado a trabajar a Madrid, yéndose a vivir a casa de los padres con su mujer y sus hijos. Las continuas disputas entre el usuario y su cuñada provocaron su segundo encierro, estando en esta ocasión aproximadamente un año sin salir de casa y sin querer ir a ningún médico. Hace tres años la madre se puso en contacto con la Trabajadora Social del SSM correspondiente, quien consiguió que el usuario fuera a consulta y, desde entonces, estuvo acudiendo de forma regular a las actividades de día de este servicio, hasta que fue derivado al CRPS.

No ha tenido ningún ingreso psiquiátrico. No toma tratamiento farmacológico. Se muestra, en la actualidad, muy retraído socialmente, con un pobre contacto, con rumiaciones obsesivas sobre su aspecto físico, ideas autorreferenciales, comportamiento extravagante y lenguaje pobre y estereotipado.

Historia familiar

La familia paterna proviene de un pueblo de la provincia de Cuenca. El padre del usuario era el cuarto de ocho hermanos. Se trasladaron a Madrid en los años 50, comprando un terreno donde se instalaron todos. Fueron siempre una familia muy unida y aglutinada. Los hijos que se iban casando se quedaban a vivir en el terreno propiedad del padre, por lo que fue necesario ir ampliando continuamente la casa para dar cabida a las nuevas familias constituidas. Al fallecer el padre, hace 14 años, hubo problemas de herencia porque una de las hermanas se hizo dueña de la mitad del terreno, lo cual provocó la ruptura de la relación con ella. La madre murió en 1960 de cáncer. El padre del usuario mantuvo una buena relación con sus padres y sus hermanos.

La familia materna proviene de un pueblo de Toledo. La madre del usuario es la mediana de tres hermanos. Su padre era Guardia Civil y su madre provenía de una familia pudiente, por lo que hasta el inicio de la guerra civil vivieron muy bien. En 1939 metieron a su padre en la cárcel por falsas acusaciones, y no salió hasta 1944. Durante estos cinco años su madre sacó adelante a sus hijos mediante el extraperlo, en el que colaboraba también la madre del usuario, siendo detenida por ello en un par de ocasiones. Cuando salió su padre de la cárcel, era otra persona, enfermo física y psíquicamente: antes era un padre cariñoso, muy recto, aunque jamás les puso la mano encima, y cuando salió era un hombre amargado y lleno de rencor. A pesar de que la causa por la que le habían encarcelado había sido

sobreseída por falta de pruebas, no le readmitieron en la Guardia Civil. El mismo año que fue excarcelado nació el hermano pequeño. Su padre no pudo volver a trabajar, porque tenía lupus, y se vio obligado a estar cerca de seis años ingresado en el hospital, saliendo sólo en Navidades. Tenía unos enormes celos de su mujer, dormía con un hacha debajo de la almohada y ponía papeles en las puertas para comprobar que ella no salía por las noches. Cuando la madre del usuario tenía 26 años, se fueron a vivir a Vallecas, donde conoció a su futuro marido, casándose en 1957 y yéndose a vivir con la familia de origen materna. En varias ocasiones los padres del usuario habían hablado de comprarse un piso, pero el padre no quiso porque de cualquier forma hubieran tenido que vivir con su suegra. La madre niega que tuviera intención de llevarse a su madre. Cree que la razón de no comprar un piso fue el temor de su marido a entraparse con créditos.

En 1964, los padres del usuario pasaron por una etapa muy difícil, muy similar por la repercusión emocional que tuvo y por la injusticia cometida, que la vivida por el abuelo materno cuando le encarcelaron. El padre era jefe de obra de FCC y le acusaron de un desfalco que no había cometido, lo cual le impidió encontrar trabajo en el ramo de la construcción, cayendo en una fuerte depresión que duró ocho meses. Al salir el juicio se comprobó su inocencia. En 1965 decidieron emigrar a Alemania, donde vivían los dos hermanos pequeños del padre del usuario. En ese momento sólo había nacido el hijo mayor, que tenía seis años, al que dejaron a cargo de los abuelos maternos. En 1966, al cerrar la fábrica en la que trabajaba el padre, decidieron volver a España. Pocos meses después de regresar, la madre se quedó embarazada del usuario. Ésta fue también una etapa difícil, ya que el padre no encontraba trabajo y la madre tuvo que empezar a trabajar. Cuando nació el usuario, aunque el padre ya trabajaba, ganaba un sueldo muy pequeño, por lo que la madre continuó trabajando hasta que el usuario cumplió cinco años, dejándole al cuidado de la abuela materna, que quedó viuda un año y medio después. La relación entre madre e hija fue siempre mala, ya que la madre del usuario nunca se sintió querida por su madre, fue maltratada en alguna ocasión por ella cuando era pequeña, y cree que ella misma fue un desahogo para ella, ya que su madre pagaba los platos rotos con ella. Para el padre del usuario, su suegra fue una mala mujer, muy dominante y entrometida. Apenas tenía trato con ella para evitar conflictos.

Poco antes de morir, la abuela materna decidió dejar el piso a nombre de la madre del usuario, lo cual también provocó problemas de herencia con sus hermanos, y aunque la relación con ellos se ha deteriorado, siguen

en contacto.

Evaluación del funcionamiento psicosocial

Desde un primer momento, el contacto con el usuario fue difícilísimo, por un lado, por su aspecto físico (desaseado y con unas gafas con cristales oscuros puestas en todo momento para que no se le vieran los ojos) y, por otro, por su actitud indiferente y poco colaboradora. Se mostraba extremadamente reticente a hablar de sí mismo, como si viera violada su intimidad o se viera sometido a un interrogatorio, aportando muy poca información. No miraba nunca a la cara, sino que mantenía la cabeza agachada o miraba a otro lado, y tardaba muchísimo en contestar a las preguntas formuladas. A veces no contestaba, otras respondía con monosílabos y, en otras ocasiones, se reía como sorprendido ante las mismas. El tono de voz era totalmente inadecuado, hablando tan bajo que en muchas ocasiones no se le oía. En el momento en que tenía que esperar más de cinco minutos para ser atendido, se iba del centro. Todo ello provocó que la evaluación durase cerca de cuatro meses. Debido a todas estas dificultades para enganchar con el usuario, no nos atrevimos a pedirle que se quitara las gafas oscuras hasta que no terminó la evaluación.

Los resultados de la evaluación fueron los siguientes:

Área de autocuidados

Presenta unos hábitos de aseo completamente inadecuados, por su escasa frecuencia (una vez al mes). Es la madre la que insiste hasta conseguir que se duche y quien también le manda afeitarse y cambiarse de ropa con cierta frecuencia.

Con respecto a las tareas domésticas, colabora en lo que le pide su madre. Le gusta mucho la repostería y cuando sus padres no están en casa se dedica a hacer pasteles. Nunca se ha quedado solo más de un día.

Según refieren los padres, tiene el horario de sueño cambiado, durmiendo a veces de día y permaneciendo despierto por la noche. Pasa excesivo tiempo metido en la cama.

Depende extremadamente de la madre para cualquier asunto relacionado con su salud, siendo ella la encargada de concertar las citas con los médicos y de acompañarle a las mismas. Fuma más de un paquete de tabaco al día. La madre es quien se lo compra y, según relata el padre, le enciende los cigarrillos. No consume alcohol ni drogas.

Área de afrontamiento personal y social

Manifiesta encontrarse nervioso con frecuencia, especialmente en situaciones interpersonales, siendo muy deficientes sus habilidades de afrontamiento en estos

casos. Algunas veces ha tenido pérdidas de control evidentes, especialmente cuando se ha sentido provocado, y en otras ocasiones, ha optado por encerrarse en su habitación durante días. Manifiesta, asimismo, sentirse desanimado con frecuencia. Sin embargo, de los cuestionarios administrados se desprende que no es una persona nerviosa o excitable, ni tiende a reaccionar de forma ansiosa ante las dificultades, aunque sí muestra un bajo estado de ánimo y una baja autoestima.

Posee un déficit importante a la hora de relacionarse con los demás. Habla muy bajo y presenta una notable pobreza de lenguaje, respondiendo generalmente con monosílabos, a no ser que se le estimule. El padre se queja de que no mantiene una mínima conversación con él y, generalmente, ni le saluda. Con la madre sí habla más.

Con respecto a su funcionamiento cognitivo, los padres consideran que el usuario presenta problemas de atención y comprensión, así como olvidos frecuentes. En el WAIS² obtiene un CI total de 74 (CI verbal = 85; CI manipulativo = 68), no presentando, por tanto, retraso mental, lo cual es confirmado por los resultados obtenidos en el *Test de las Matrices Progresivas de Raven*³. El índice de deterioro es negativo. Los resultados más significativos del WAIS⁴ nos informan de un muy bajo rendimiento en tareas que implican orientación espacial, resultados que se repitieron en el *Test Gestáltico Visomotor de Bender*^{5,6}, y que no pueden explicarse en base a defectos perceptivos o visuales, sino más bien parecen responder a una dificultad a la hora de organizar elementos bi o tridimensionales en el espacio, lo cual podría ser indicativo de organicidad. No aparecen, sin embargo, trastornos mnésicos, de atención y de concentración.

Área de integración social

El uso de recursos utilizados generalmente por el usuario es muy limitado. Los fines de semana no realiza ninguna actividad de ocio y suele permanecer en casa viendo la TV, o bien sale con los padres.

Aunque tuvo un círculo de amigos hasta los 20 años, actualmente ha perdido totalmente el contacto con ellos, por lo que su red de apoyo social actual se limita a su madre. La relación con el padre es inexistente e incluso éste se muestra crítico y hostil con el usuario. Con su hermano y la familia de éste tampoco tiene una buena relación y únicamente se ven los fines de semana.

Área de relaciones familiares

Está excesivamente sobreprotegido por la madre, quien habla por él y le acompaña a todas partes. Hasta hace poco tiempo era ella quien le bañaba y afeitaba. Esta

Tabla I
Objetivos de rehabilitación

Objetivos generales de la intervención

- Fomentar la autonomía personal del usuario
- Integración en algún recurso comunitario

Objetivos específicos

- Mejorar su aseo personal
- Que sea capaz de mantener una mínima conversación
- Que vaya a las citas con su médico él solo
- Que salga los fines de semana con otros usuarios del centro
- Que realice algún tipo de actividad de ocio u ocupacional en algún centro
- Que haga gestiones él solo
- Que la madre no esté tan pendiente de él en cada una de las cosas que hace

conducta de la madre es fuertemente criticada por el padre y provoca fuertes discusiones entre ellos, porque no se ponen de acuerdo sobre cómo tratar al usuario. La madre, a su vez, se queja de que su marido siempre ha estado al margen de los problemas que presenta el usuario y siente que está luchando sola y sin ningún apoyo por parte de él. Este exceso de sobreprotección materna parece haber provocado un progresivo alejamiento entre el padre y el hijo y entre el padre y la madre.

Los padres tienen una buena red de apoyo familiar y social, y salen muy a menudo con sus amistades. La madre acude a un Centro de Animación Social un día a la semana y otros dos días va a un gimnasio. El padre sale todos los días a echar una partida de cartas con sus amigos. El hermano viene todos los fines de semana a comer a casa de los padres.

Área de autonomía personal

No tiene ingresos propios. Tiene dinero ahorrado de la época en la que trabajó y es él quien saca dinero y se lo administra. Está apuntado al INEM desde hace dos años y, aunque le gustaría volver a trabajar, “no corre mucha prisa ahora”. Le han dado un 35% de minusvalía. En todas las gestiones que debe realizar va siempre acompañado por su madre. Tiene dificultades para desplazarse a sitios desconocidos y tiende a perderse porque, según su madre, no se fija por dónde va.

Le gusta mucho la música y el baile. Se interesa por la cocina y los deportes.

Área de tratamiento

No cree tener ningún tipo de trastorno mental, aunque

Tabla II
Objetivos a corto plazo

- Que continúe asistiendo a las actividades socioculturales similares a las que realizaba en el SSM
- Que se quite las gafas en el centro
- Que sea capaz de entrar en la sala con los otros usuarios
- Que asista a algún grupo que no requiriese ningún tipo de implicación personal, como el grupo de Orientación Sociocultural

sí reconoce encontrarse “un poco cohibido, quizás ya desde pequeño”. Subraya como una dificultad propia importante su falta de comunicación con los demás. Es la madre quien está pendiente de pedir sus citas en Salud Mental.

Intervención realizada hasta el momento actual

Tras haber finalizado el proceso de evaluación, y antes de comenzar con el proceso de intervención propiamente dicho*, se trabajó individualmente con el usuario el *enganche* en el centro, ya que su motivación para acudir al mismo y para integrarse en actividades de grupo era mínima. Los objetivos a corto plazo que nos planteamos, aparecen resumidos en la Tabla II.

Con el doble objetivo de que el usuario permaneciera separado de su madre el mayor tiempo posible y de que aumentase su nivel de actividad general, nos propusimos como objetivos iniciales que acudiese a las salidas a museos y exposiciones realizadas fuera del CRPS y al grupo de Orientación Sociocultural. A esta última actividad ha acudido desde el principio de forma regular, habiéndose integrado relativamente bien, a pesar de que le obligábamos a permanecer sin las gafas oscuras el tiempo que duraba la actividad. Aunque no participa espontáneamente, sí lo hace cuando se le pregunta. Es importante destacar que el responsable de la misma es una mujer. Sin embargo, su asistencia a las actividades socioculturales realizadas fuera del CRPS ha sido tremendamente dificultosa, ya que, aunque al principio acudía al centro y estaba un rato en el mismo, se iba antes de la hora señalada sin que ningún profesional del centro nos diéramos cuenta, ya que suele quedarse en la puerta de acceso. Inicialmente, interpretamos estas fugas en función de la imposibilidad mostrada por el usuario durante el proceso de evaluación para esperar a ser atendido, por lo que decidimos que los días que

* Los objetivos de rehabilitación que nos planteamos, aparecen recogidos en la Tabla I.

acudiese a las salidas le mantendríamos en un despacho hablando con él a solas hasta el momento exacto en que se marchaban del centro. De esta forma conseguimos que fuera en varias ocasiones a la salida, aunque los primeros días intentó despistarse del grupo, pero no lo consiguió.

Dado el aislamiento en que vive el usuario, consideramos importante el que empezase a realizar actividades de ocio y a salir con otros compañeros los fines de semana, por lo que le incluimos en el grupo de Ocio, aunque sabíamos de antemano que llevaría mucho esfuerzo y tiempo el que se apuntase a alguna actividad. Sin embargo, su asistencia a esta actividad ha sido mínima, mostrando un escaso interés por la misma y comportándose en forma desafiante con el profesional responsable de la misma ante los límites impuestos por éste a la conducta extravagante exhibida por el usuario. Desde hace un par de meses ha dejado de acudir también a las salidas, ya que el responsable de esta actividad suele ser el mismo profesional con el que el usuario tiende a mostrarse desafiante. Inicialmente, consideramos que esta actitud era una respuesta a los límites impuestos por una figura masculina, y que tenía que ver con su pésima relación con todas las figuras de este sexo de su familia, por lo que le metimos en un grupo que reunía esa condición, siendo, además, la responsable del mismo la misma persona que la del grupo de Orientación Sociocultural al que acude el usuario, y que tiene lugar inmediatamente después de finalizar éste. Sin embargo, sólo ha acudido un día al grupo de Ocio. Al preguntarle por la razón de sus ausencias al mismo, no verbaliza motivo o dificultad alguna y, sin embargo, reconoce la necesidad de realizar actividades de ocio y se muestra de acuerdo en acudir al grupo. De momento, estamos lejos de poder entender qué es lo que se lo impide, dadas sus dificultades de comunicación y su reticencia a hablar.

Otro problema que se nos plantea es que, cuando tiene atención individual con el psicólogo-tutor que se ocupa de su caso -a la que no suele faltar, generalmente-, no asiste al resto de las actividades semanales porque, según él, sólo tiene que acudir a esa cita. No sabemos si esta actitud se debe a una dificultad real de comprensión, dado su cociente intelectual límite, o a que la cita con el tutor es la excusa idónea que busca para no tener que acudir al CRPS, aunque nos decantamos más por esta última posibilidad.

La relación terapéutica con él sigue siendo muy difícil, a pesar de que se muestra menos reticente durante la evaluación y habla más que antes, aunque no es capaz de responder a preguntas comprometidas relacionadas con temas personales o familiares. Lleva ahora unas gafas de cristales claros, y cuando conversa es capaz de

mantener un mínimo contacto con el interlocutor. Algunos días, cuando llega al centro, es capaz de meterse en la sala con sus compañeros antes de comenzar las actividades, siempre y cuando no haya mucha gente, aunque no de establecer una mínima conversación.

Desde el momento de la evaluación quedó muy claro que una de las principales áreas de intervención era la familiar, ya que era necesario implicar al padre en el proceso de rehabilitación del usuario, compartiendo con la madre la responsabilidad en el mismo, así como disminuir la sobreprotección mostrada por ésta para conseguir una mayor autonomía por parte del usuario en aspectos tales como el aseo, el que acuda él solo a las citas con el médico o el que se compre el tabaco él mismo. Además, se detectó una disparidad de criterios entre los padres que les impedía adoptar unas pautas comunes con respecto a la forma de tratar a su hijo. Por ello, y desde el principio, empezamos a tener entrevistas periódicas con los padres y el propio usuario, en las que fue apareciendo una conflictiva conyugal importante, por lo que decidimos trabajar sólo con los padres. La madre se queja de que nunca ha podido comunicarse con su marido, de no haber tenido intimidad. Se siente también poco atendida por él, ya que da preferencia a sus amigos antes que a ella. Para el padre, todo lo que relata su mujer “no es la realidad, sino cosas que se le han metido a ella en la cabeza”. Le reprocha que siempre ha ido de víctima.

Con respecto a la relación parental, la madre acusa a su marido de haberse desentendido desde el principio del usuario, no prestándole ningún tipo de apoyo emocional y de ser muy duro y poco afectuoso con él, que siempre se dirige a él chillando, y teme que esta actitud del padre provoque una fuga de éste, lo cual ya ocurrió en una ocasión, ya que el usuario se siente un estorbo en casa y no se siente querido por el padre. Por ello, no permite que su marido participe más activamente en el proceso rehabilitador de su hijo. El padre reconoce su poca implicación, ya que siempre ha pensado que su hijo necesita mano dura, a lo cual se ha opuesto la madre, por lo que ha decidido retirarse, dejando sola a la madre. Las pocas veces que él ha intervenido en algún asunto relacionado con su hijo por iniciativa propia, su mujer ha mostrado su desacuerdo delante del usuario o le ha excusado para que no cumpliera lo dictado por el padre, por lo que éste se ha sentido desautorizado delante del hijo, negándose a colaborar actualmente. Considera, además, que su mujer sobreprotege excesivamente al usuario (describe la conducta de dedicación de la madre con la siguiente frase: “porque no puede masticar por él, que si no, lo haría”), lo cual provoca una tremenda hostilidad del padre hacia el

usuario. La madre es capaz de “adivinar” lo que piensa y siente su hijo e incluso, a veces, hasta habla por él y se considera el único apoyo y amigo que tiene su hijo, lo cual es cierto.

Así como el padre muestra una buena disposición para acudir a las entrevistas familiares, sólo acudió a la primera sesión de la Escuela de Familias, porque considera que este grupo no le aporta nada nuevo. Tiene pocas esperanzas de que su hijo mejore. El principal problema que identifica es que su hijo no habla, especialmente con él. Muchos de los síntomas que presenta el usuario tiende a considerarlos como un problema de carácter, motivados principalmente por la vagancia.

En la actualidad, la relación entre los padres ha mejorado, al haberse unido para conseguir objetivos concretos con respecto a su hijo. La madre se siente más apoyada por su marido, aunque es ella quien sigue llevando el principal peso en el proceso rehabilitador del usuario. Es capaz de mostrarse más firme y menos sobreprotectora con él, aunque a costa de un enorme sufrimiento emocional por su parte, muy relacionado con su propia historia personal en relación con su madre. Ha observado en su marido cambios importantes en la actitud mostrada hacia el usuario, de forma que habla más con él y no utiliza un tono tan duro, amenazante y poco afectuoso como antes, aunque este cambio no es reconocido por el propio padre. Con respecto al usuario, está colaborando más en las tareas de la casa y muchos días tiene iniciativas propias. Ahora él es el que se compra su tabaco. El aseo sigue siendo un tema muy conflictivo, por lo que pretendemos que

sea el padre el que se ocupe de esta tarea, lo cual no hemos conseguido hasta el momento por la oposición de la madre. Está empezando a rebelarse y a contestar a los padres, conducta que es valorada positivamente por la madre, ya que significa una mejoría en la comunicación verbal mostrada por el usuario, quien antes apenas hablaba o replicaba.

En conclusión, aunque llevamos pocos meses trabajando con este caso, por lo que los cambios observados son mínimos, el mayor problema que se nos plantea es saber si los comportamientos y actitudes que presenta el usuario son debidos a una gran dificultad de comprensión, o si son una expresión del trastorno de personalidad que presenta. Únicamente el tiempo de intervención, que suponemos *a priori* que será largo hasta poder apreciar cambios importantes con respecto a la evaluación inicial, nos podrá dar una respuesta.

Bibliografía

1. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, 1995.
2. Wechsler D. WAIS. Escala de Inteligencia para Adultos. Madrid: Tea; 1970.
3. Raven JC. Test de Matrices Progresivas. Buenos Aires: Paidós.
4. Zimmerman IL, Woo-Sam JM. WAIS. Interpretación clínica de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos, 5ª ed. Madrid: Tea; 1989.
5. Bender L. Test Gestáltico Visomotor. Usos y aplicaciones clí-

Soirée.
George Grosz. 1922.
Berlín.

ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Reseña de Revistas

Novedades sobre el duelo

F. González Aguado*, V. Ibáñez Rojo**

*Psiquiatra. Hospital Príncipe de Asturias. Área 3. Madrid

**Psiquiatra. Hospital de Día. Área 6 de Madrid

Del total de consultas que atiende un médico de atención primaria, un cuarto de ellas se relacionan con algún tipo de pérdida. En orden de frecuencia, estas pérdidas incluyen separaciones de seres queridos, incapacitación, duelos, migración, cambios de domicilio, pérdida de empleo, nacimiento de hijos, jubilación. Por otro lado, tras pérdidas importantes como la de la pareja o un hijo, más de un tercio de las personas padecen efectos sobre su salud física o psíquica, en forma de una gran variedad de trastornos psicosomáticos y psicológicos en los que aumenta el riesgo de muerte por afectación cardíaca o suicidio¹.

Actualmente, los médicos y especialistas ambulatorios, o no detectan las reacciones relacionadas con las pérdidas, o de hacerlo, la mayor parte, las derivan al equipo de salud mental. En el hospital, a pesar de los aportes de la medicina paliativa en el desarrollo teórico sobre este tema, nuestra experiencia es que el número de interconsultas en relación a duelos, pérdidas, manejo de pacientes moribundos, comunicar “las malas noticias”... va en aumento, y el manejo de estas reacciones no ha calado ni en la formación ni en la deontología general del médico. Por todo ello, una experiencia humana, necesaria y frecuente a lo largo de nuestro crecimiento, se está, en los últimos años, psiquiatrizando en exceso (con lo que una parte de los psiquiatras y sus hermanos de profesión están bastante contentos).

Poder disponer de un sistema desde el que entender este proceso y organizar actuaciones que puedan facilitararlo y no psiquiatrizarlo innecesariamente, es por lo que aboga este artículo. Recientemente se han publicado varios trabajos orientados a conseguir este fin.

Se ha traducido al español el manual de Worden: “El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia”². Esta pequeña obra maestra, dirigida a personas -profesionales o no- que han de practicar actividades de aconsejamiento con sujetos en situación de duelo ofrece varios atractivos. En primer lugar, es un

texto sintético y de fácil lectura. En segundo lugar, plantea un modelo de duelo en el que este proceso, en lugar de concebirse como una serie de *fases*, que se suceden en el tiempo de acuerdo con una secuencia más o menos prefijada (lo que en la práctica resulta poco útil), lo presenta como un conjunto de *tareas*: 1) aceptar la realidad de la pérdida; 2) experimentar las emociones asociadas a ella; 3) afrontar las demandas de la vida sin lo perdido; y 4) recolocarse psicológica y emocionalmente de modo que no impida la búsqueda de otras satisfacciones. Las dificultades en el proceso y las posibles complicaciones se entienden como fracasos en el intento de llevar a cabo cada una de estas tareas y las estrategias de intervención se presentan como procedimientos para facilitarlas. Por último, el libro está concebido como guía para un seminario de formación, está enfocado a la práctica, e incluye la relación de ejercicios que el autor plantea a los alumnos de estos seminarios.

Se ha publicado una nueva edición -en Penguin, dirigida a un público amplio- (ya publicada hace dos años en Routledge) del texto clásico de Colin Murray Parkes: “Bereavement. Studies of grief in adult life”³, en el que se actualizan los conceptos que este autor (imprescindible en la literatura sobre el tema), derivó de sus extensos trabajos de campo. Se trata de un libro en el que, sin que la exposición pierda la altura teórica que cabe esperar en un trabajo sobre un tema así, se trabaja con conceptos que se contrastan continuamente con hallazgos empíricos que, a veces, son -como casi siempre que se realiza esta operación- contraintuitivos (véase, por ejemplo, lo referente a la predominancia de la ansiedad sobre la tristeza en los momentos iniciales). La prestigiosa revista médica -no psiquiátrica- *British Medical Journal*, ha publicado en su sección de *educación y debate* una serie de diez artículos⁴⁻¹³, titulada “*Enfrentando la pérdida*”, dirigida precisamente por Colin Murray Parkes, en la que se examinan diferentes

tipos de pérdidas que aparecen frecuentemente en el trabajo de médicos de distintas especialidades. Son textos concisos, bien informados, prácticos, escritos por primeras autoridades en la materia y orientados a no especialistas. Se desarrollan temas como *duelo en la vida adulta, duelo en la niñez, separación y otros problemas que amenazan las relaciones, cirugía y pérdida de partes del cuerpo, ceguera y pérdida de otras funciones sensoriales y cognitivas, las pérdidas de los médicos, el adulto moribundo, el niño moribundo, pérdidas en la vejez y enfrentándose a las pérdidas*. Para los profesionales de salud mental implicados en programas de enlace u otro tipo de relación con generalistas u otros especialistas son textos del máximo interés. Para los que no, representan una revisión impecable, una lectura sugerente en una línea de hacer entender a los médicos que el manejo de aspectos psicológicos relacionados con la enfermedad, las pérdidas, el acercamiento a la experiencia de la muerte, es una parte inherente a la condición de cualquier profesional sanitario y es de máxima importancia, tanto en prevención como en su asistencia diaria.

En un momento en el que el monstruo psiquiatizador del DSM amenaza con engullir una nueva faceta de la vida para contemplar de nuevo las emociones como meras señales de entidades morbosas¹⁴, que se adueñan de organismos cuya aborrecible normalidad puede ser

garantizada por lo que se conoce ya como el uso cosmético de los productos de ese nuevo Gran Hermano que es la industria farmacéutica, la reflexión sobre las reacciones humanas no nos hará daño a los profesionales de la salud mental.

Bibliografía

1. Jacobs S. Pathologic grief: maladaptation to loss. Washington DC: American Psychiatric Press, 1993.
2. Worden JW. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1993.
3. Parkes CM. Bereavement. London: Penguin, 1998.
4. Parkes CM. Bereavement in adult life. *BMJ* 1998;316:856-859.
5. Black D. Bereavement in childhood. *BMJ* 1998;316:931-933.
6. Weiss RS. Separation and other problems that threaten relationships. *BMJ* 1998;316:1011-1013.
7. Maguire P, Parkes CM. Surgery and loss of body parts. *BMJ* 1998;316:1086-1088.
8. Fitzgerald RG, Parkes CM. Blindness and loss of other sensory and cognitive functions. *BMJ* 1998;316:1160-1163.
9. Bennet G. The doctor's losses: ideal versus realities. *BMJ* 1998;316:1248-1240.
10. Parkes CM. The dying adult. *BMJ* 1998;316:1313-1315.
11. Black D. The dying child. *BMJ* 1998;316:1376-1378.
12. Pitt B. Loss in alte life. *BMJ* 1998;316:1452-1454.
13. Parkes CM. Facing loss. *BMJ* 1998;316:1521-1524.
14. Horowitz MJ, Spiegel B, Hoken A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for Complicated Grief Disorder. *AJP* 1997;154:904-910.

La enfermedad renal: sus repercusiones en la vida del paciente

B. Mas Hesse*, M. Marín**

*Universidad Nacional de Educación a Distancia

**Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo

Convertirse en un enfermo crónico es un golpe para la sensación de seguridad, para la autoimagen, y exige enfrentarse a la idea de la propia vulnerabilidad y falta de control sobre los acontecimientos. El ajuste a una enfermedad que puede ser mortal o potencialmente incapacitante requiere un considerable esfuerzo de afrontamiento.

La enfermedad renal terminal es un trastorno orgánico que, en mayor o menor medida, afecta a todas las áreas de la persona y obliga a quien la padece a someterse al tratamiento de diálisis o al trasplante para mantener la vida.

Existen dos momentos críticos que exponen al enfermo y a su familia a un mayor sufrimiento. Cuando se informa de la entrada en diálisis y la propia entrada. La entrada en diálisis suele ser percibida como algo negativo, como el final, como el fracaso del esfuerzo realizado. En ocasiones, un paréntesis en espera del trasplante, aplazando o dejando pendientes decisiones de la vida personal. Además, a partir de ahora, el enfermo deberá asumir un régimen de vida difícil y tendrá que hacer frente a problemas múltiples y cambiantes. El tratamiento de hemodiálisis va acompañado de limitaciones y alteraciones en las pautas de alimentación,

restricciones en la ingesta de líquidos y uso de medicación (que, según Serafino¹, sólo siguen el 25% de los enfermos). Conlleva reducción de las actividades que antes se realizaban (ocio, viajes, etc.), frecuentemente, suspensión de la vida laboral con la consiguiente reducción del círculo social, la pérdida del poder adquisitivo y un cambio en el tiempo libre que, con frecuencia, aparece vacío. Evaluar, e intervenir, en las posibles necesidades psicosociales de los pacientes renales ha de ser una consideración importante de su tratamiento^{2,3}, de cara a mejorar la calidad de vida.

Otros problemas son tener que acudir tres días a la semana a la unidad y permanecer durante varias horas conectado a una máquina.

Las repercusiones y la adaptación a un programa de diálisis, y especialmente en hemodiálisis, van a depender de diversos factores:

De lo esperada o inesperada que sea la diálisis, del estado general de salud, del curso y duración del proceso (incapacitación, las desfiguraciones, el dolor, la gravedad), unido al conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento. Como el modo de reaccionar del hombre ante la enfermedad es, en gran parte, una consecuencia de las interacciones sociales, con la aparición de este fenómeno adquieren singular importancia las variables de personalidad, junto con las habilidades de afrontamiento, el apoyo social y los recursos sociales a los que el enfermo pueda acceder. No hay que olvidar factores como el género, la edad, la clase social, la madurez emocional, la autoestima y las creencias religiosas o filosóficas.

Aunque Rowe⁴ ha comprobado que ni las ayudas externas, ni internas, pueden detener los efectos negativos que producen los estresores fisiológicos, en el ajuste a la enfermedad y al tratamiento es fundamental el control personal y unas buenas relaciones interpersonales⁵. Otro factor importante que contribuye al ajuste personal de los pacientes crónicos es el *locus* de control. El trabajo de Christensen et al⁵, ha clarificado el papel de esta variable en la enfermedad renal terminal. Los pacientes crónicos necesitan poseer un balance adecuado entre *locus* de control externo (el equipo médico puede mejorar mi salud), y *locus* de control interno (yo puedo hacer cosas para mejorar mi salud). Balance que deberá irse modificando en función del desarrollo de la enfermedad. Es desadaptativo mantener, al empeorar, un *locus* de control interno, aunque en etapas anteriores éste haya sido beneficioso.

Es necesaria, además, una cierta congruencia entre las creencias de control y las limitaciones que la situación impone. De no ser así, cualquier empeoramiento irá unido a un ajuste deficiente. La creencia de que la salud puede ser controlable (ya sea por nosotros o por otros),

que protege de la depresión en las etapas tempranas de la enfermedad, puede conllevar índices de depresión mayores, al no confirmarse en el curso progresivo de la misma.

Estar enfermo puede conllevar preocuparse por la enfermedad o, por el contrario, tratar de ignorarla. La negación se manifiesta bien como una incapacidad para percibir emociones, como un fracaso para percibir la amenaza, o bien como una imposibilidad para reconocer el impacto de la enfermedad en la vida. La negación ante las noticias adversas es una estrategia de afrontamiento más. Los problemas aparecen cuando va acompañada de incumplimiento de las prescripciones médicas y es la única estrategia utilizada. Las respuestas emocionales más frecuentes del enfermo renal están relacionadas con la ansiedad y las alteraciones del estado de ánimo. La ansiedad suele ser una respuesta emocional normal de las primeras etapas de adaptación a la hemodiálisis. La ansiedad no sólo está relacionada con el tratamiento, sino que aparece relacionada con la incertidumbre respecto al futuro.

La depresión también ha sido identificada como uno de los problemas clave del enfermo renal terminal (Pelechano V. Análisis y modificación de conducta, 1992). Los datos que aparecen en la literatura coinciden en situarla alrededor de un 30%. Existe una tendencia constante a considerarla el predictor más importante de la supervivencia⁶, por lo que se ha convertido en tarea imprescindible detectar su aparición y tratarla cuanto antes. Normalmente, se ha relacionado la depresión con un descenso en el cuidado personal y, lo que supone un mayor riesgo para la salud, en la adherencia al tratamiento médico, dieta, alimentos y líquidos⁷. Además, la ansiedad y la depresión del paciente renal correlacionan con su incapacidad, así como con su percepción de salud y esta relación, en el trabajo de Parkerson y Gutman⁸, fue mayor que con el diagnóstico real.

El impacto máximo de la depresión se observa durante el transcurso del primer año de diálisis, aunque es posible que su patrón no sea claramente reversible. Así como es esperable que los evocadores situacionales de la ansiedad disminuyan con el tiempo, no ocurriría lo mismo con los de la depresión. Los cambios en el estilo de vida, en los roles sexuales y familiares y los sentimientos de pérdida, son problemas que tienden a acuciarse según avanza la enfermedad. Para investigar la relación entre dependencia forzada, percepción de falta de control y depresión, se ha recurrido con frecuencia al modelo de la indefensión aprendida de Seligman.

En el estudio de los problemas emocionales que surgen durante el tratamiento en hemodiálisis hay que hacer

especial referencia a los problemas y síntomas somáticos que pueden ir unidos a la depresión, a la ansiedad y a la irritabilidad.

Por todo esto, podemos concluir diciendo que, aunque la hemodiálisis salva de una muerte segura, ofrece una calidad de vida seriamente mermada con unas claras repercusiones psicosociales que no deben olvidarse en el tratamiento de estos pacientes.

Bibliografía

1. Serafino EP. Health Psychology Biopsychosocial Interactions. John Wiley & Sons. New York, 1990.
2. Killingwort A, Van den Akker O. The quality of life of renal dialysis patients: Trying to find the missing measurement. *Int J Nursing Stud* 1996; 33(1): 107-120.
3. Levenson JL, Glocheski S. Psycho-logical factors affecting end-stage renal disease. A review. *Psychosomatics* 1991; 4(32): 382-389.
4. Rowe MA. The impact of internal and external resources on functional outcomes in chronic illness. *Research in Nursing and Health* 1996; 19(6): 485-497.
5. Symister P, Friend R. Quality of life and adjustment in renal disease: A health psychology perspective. En: Resnick, Robert J, Rozensky, Ronald H et al. *Health psychology through the life span: Practice and research opportunities* (pp. 265-287). Washington DC, USA: American Psychological Association, 1996.
6. Christensen AJ, Smith TW, Turner ChW, Cundick KE. Patient adherence and adjustment in renal dialysis: A person treatment interactive approach. *J Behav Med* 1994; 6(17): 549-566.
7. Everett KD, Brantley PJ, Sletten Ch et al. The relation of stress and depression to interdialytic weight gain in hemodialysis patients. *Behav Med* 1995; 1(21): 25-30.
8. Parkerson GR, Gutman RA. Perceived mental health and disablement of primary care and end-stage renal disease patients. *Int J Psych Med* 1997; 127(1): 33-45.

Crítica de Libros

A contracorriente

J. Ibáñez

Ed. Fundamentos. Madrid, 1997

Me alegra participar en esta presentación plural de un libro plural y complejo, como es el libro de Jesús Ibáñez. Elijo para mi intervención una idea que no fue exactamente la que decidí para el prólogo de la primera parte de este libro. Me refiero a la inclusión de la subjetividad en su reflexión.

“No hay ciencia del hombre, puesto que el hombre de la ciencia no existe, sino solamente su sujeto”. Con esta cita de Jacques Lacan comenzaba el primer texto que escribí en 1979 sobre Jesús Ibáñez, a propósito de su libro “Más allá de la sociología”. Así entendí lo que luego fui verificando como propuesta fundamental de Jesús Ibáñez, que en libros posteriores resumiría como “Del algoritmo al sujeto” o “El regreso del sujeto”: la inclusión de lo incalculable en el quehacer humano. Sus libros, como su vida, fueron, más que interdisciplinarios, anti-disciplinarios. Su crítica a la encuesta estadística, modo de disciplinar a los sujetos, era una propuesta social y política.

¿Qué política? Este libro, “A contracorriente”, título excelente, lo muestra. Una política a contracorriente de la biunivocidad entre política y Estado hobbesiano que conduce al Estado Administrativo. Para Jesús Ibáñez, el archivo no se reduce al texto administrativo. Si Michel Foucault introduce una noción de archivo que no es coincidente con la disciplina de los apartados del Estado, Jesús Ibáñez va más allá al pensar la política, no como mera clasificación de los micropoderes, sino efecto del pensar mismo, por la introducción de la subjetividad en la política. La política, entonces, no es una clasificación, una taxonomía, ni tampoco un predicado. Jesús Ibáñez lo explica muy bien al comienzo del libro, a propósito de la oposición privativa que se define por incluir un elemento marcado, es decir, un elemento que no se deja calcular por el sistema integrador de oposiciones. “La oposición propietarios/proletarios -dice en la p. 46-, no incluye ningún término marcado: ambos designan funciones internas al capital”. Se comprobará entonces que Jesús Ibáñez no esté tan interesado en la clasificación de las clases. Busca las marcas, y así podrá hablar de los pobres, los excluidos, etc.

Pero ¿qué quiere decir que pensar la política es pensar que hay pensamiento en la política? Hay que entender

aquí pensamiento como el “Gedanke” freudiano y prohibirse la sinonimia, tal como hace, por ejemplo, el partido político que traduce los dichos en doctrina, en proposiciones no marcadas, por tanto inocuas, muertas. Una huelga, una revuelta, incluso una acción terrorista, obliga a pensar de qué pensamiento es efecto. Si hablamos de “Gedanke” hay que suponer, entonces, que esa subjetividad plural que llamamos “la gente”, piensa, como bien apunta Lazarus. Piensa, lo sepa o no, y el pensamiento no es biunívoco con la bondad.

Un hecho político es, por tanto, un síntoma, un drama del sentido, un desajuste pulsional, un desacuerdo con la soledad, una disarmonía (en tanto que síntoma) con los ideales. Jesús Ibáñez se negó a pensar la política en términos ideales, eso no excluye la utopía. La utopía, como así le gustaba escribir el término, no es un ideal, es una apuesta.

Si hay un “Gedanke” en la política, si el síntoma incluye un pensamiento, no se puede pretender saber por fuera del pensar de esa multiplicidad subjetiva qué es “la gente”. Hay que hacer caso, entonces, a Freud; hay que escuchar, hay que escuchar el “eso dice” que, como diría Lacan, constituye el horizonte de la subjetividad de una época, y no apresurarse a la traducción de lo que supuestamente querría o debería decir.

Por eso, Jesús Ibáñez no confunde la memoria con la historia. La política exige la memoria como *marca* de lo traumático, pero marca que no se anula en la historia, en una historia lineal y superflua, sino que la marca, la agujerea, en su pretención de olvido.

Para Jesús Ibáñez, la política es ejercicio de la crítica, crítica entendida al modo de Walter Benjamin, la crítica como límite del decir que habita lo que se dice, una crítica anti-predicativa, una crítica que se ejerce también contra los propios dichos de uno. Hay un cierto desgarramiento en la reflexión de Jesús Ibáñez, porque tomar en cuenta la subjetividad en la política exige una lucidez descontenta, disidente.

¿Cómo podría Jesús Ibáñez congraciarse con la transición política española? De ningún modo. No creo que militara en su contra pero pensó contra ella. No había transitado los riesgos de la lucha antifranquista para acobardarse y congraciarse al final con los vencedores,

hoy más vivos que nunca. No retiró nunca la palabra a Fraga Iribarne (¿hay alguien a quien Jesús Ibáñez retirara la palabra?, no, no lo había), pero no se congració con él y hubiera preferido para él la experiencia del vencido que la del permanente vencedor, hoy Presidente de la autonomía gallega.

Con Jesús Ibáñez se fue un estilo, una parte de nuestro mundo. Jesús Ibáñez no pertenece a nadie, y menos que a nadie a los seguidores de ETA. Su apuesta fue singular, no pertenece a nadie. Atravesó como un relámpago

nuestras vidas y no encontró en la mediocridad de la transición el eco necesario que nos permitiera oír las voces de nuestro tiempo, en vez del conformismo que des-movilizó y des-politizó el pensamiento.

Asistió, abierto, a algunas tragedias personales y no cerró los oídos con consignas ciegas.

Me alegro de haber compartido un tramo de mi vida con él. Lamento que no esté.

F. Pereña

Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica

L.C. Silva Ayçaguer

Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1997

Hasta un reloj dibujado en un papel da la hora correcta dos veces al día

Las muestras demasiado pequeñas pueden servir para no probar nada; las muestras demasiado grandes pueden servir para no probar nada¹

Se trata de un libro que reivindica el valor de la reflexión frente al empleo mecánico de la estadística como procedimiento que, a veces, simplemente oculta la ausencia de ideas, cuando no enmaraña más el conocimiento de la realidad en vez de aclararlo. El autor, Luis Carlos Silva, es investigador titular del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana y ha publicado varios textos de estadística y salud pública, siempre desde una perspectiva práctica²⁻⁴. Como indica en el prólogo, el objetivo “es ayudar tanto al desmontaje de una dictadura metodológica de origen oscuro y efecto paralizante, como a la desmitificación de algunas prácticas estadísticas, por estar viciadas, unas y otras, ya sea de dogmatismo o de error. El mito mayor, quizás, consiste en la convicción de que, al usar la estadística, el investigador está a salvo de la subjetividad, como si ello fuera posible, y exonerado de marcar las conclusiones de su impronta personal, como si ello fuera deseable”.

Hay que advertir que no es un libro de texto, sino que se puede leer de corrido. Aborda de modo ameno bastantes cuestiones difíciles de resolver en el campo de la

estadística aplicada a la investigación sanitaria; es un libro relativamente sencillo en casi todos los capítulos, siempre que se tenga un nivel medio de conocimientos sobre la materia.

En los dos primeros capítulos nos advierte sobre el uso inadecuado de la estadística y el excesivo peso del metodologismo y denuncia el poder aberrante de aquella cuando sus técnicas parecen adquirir vida propia y atrapan al profesional, que es presa del temor a ver descalificada su producción científica y busca el aval de técnicas que ni siquiera necesita. Esta situación ha llevado a muchos profesionales a aprender el lenguaje, pero no los conceptos subyacentes. Recomienda usar sólo las técnicas cuyo sustrato se conoce, reconociendo que la mayoría de las preguntas se pueden responder con procedimientos matemáticos relativamente sencillos.

El tercer capítulo “Escalas e Indicadores”, se ocupa de algunos problemas que surgen al construir variables que hacen operacionales determinados conceptos. También se refiere a la construcción de indicadores y a su uso perverso cuando, para la evaluación de resultados, se usa la variación que ha sufrido determinado indicador, cuyo valor probablemente se ha escogido de modo arbitrario, en vez de insistir en las acciones necesarias para que ese indicador se modifique.

En el cuarto capítulo, “Cuantificación de nociones abstractas”, surge el “fantasma de la validación”, pues ésta parece ser un requisito vital para el uso correcto de cualquier variable sintética, cuando la validación sólo es posible si se dispone de un *gold standard* adecuado

y, en esos casos, pocas veces es necesario crear una nueva variable (excepto si su aplicación es mucho más sencilla, barata o no lesiva).

En el capítulo “Estadísticamente posible, conceptualmente estéril”, además de abordar el problema de la definición de “normalidad”, explica en dos páginas y de modo comprensible los conceptos de riesgo relativo y *odds ratio*, así como sus relaciones, lo que permite entender cuándo el segundo puede ser un buen estimador del primero, aclarando el error frecuente de asociar cada uno a un tipo de estudio determinado.

El capítulo siguiente ataca el endiosamiento que padecen las pruebas de significación. Por un lado, recuerda que por este procedimiento nunca se puede demostrar la falsedad de la hipótesis alternativa, ni la certeza de la hipótesis nula. Y, por otro, advierte que “con suficiente tamaño muestral siempre hay diferencias significativas”, por lo que no hay que olvidar que lo importante es la significación clínica de las diferencias encontradas, pues, en ocasiones, aparecen diferencias mínimas, sin repercusión clínica, pero significativas si se dispone de muestra suficiente (o, lo que es lo mismo en el caso de ensayos clínicos de medicamentos, de dinero suficiente). Una solución parcial es el empleo de los intervalos de confianza, también sujetos al problema del tamaño muestral. El autor confía en que se encuentre una vía de salida a través de la razón de verosimilitud entre hipótesis o de enfoques bayesianos.

A continuación, aborda “El acertijo de la causalidad”; plantea las diferencias entre causas y factores de riesgo y la utilidad de cada concepto, y recuerda los nueve rasgos fundamentales propuestos por Bradford Hill⁵ que incrementan el valor de una asociación encontrada entre dos variables como indicadora de causalidad. Reivindica la utilidad de los estudios ecológicos, pues “las causas no tienen porqué buscarse al mismo nivel en que se produce el problema”, aunque haya que estar prevenido frente a la falacia ecológica (error en que se incurre cuando se da por sentado, equivocadamente, que una relación observada a nivel de agrupaciones también se verifica al de los individuos).

En un interesante capítulo sobre sesgos y factores de confusión, advierte con humor que “si los datos son torturados durante un tiempo suficientemente largo, terminan por decir lo que queremos oír”.

El capítulo siguiente, “El mundo de lo sensible y lo específico”, trata de las pruebas diagnósticas y los errores de clasificación que producen. Aunque los conceptos de sensibilidad y especificidad se conocen, se olvidan sus consecuencias casi siempre. Por ejemplo, cuando se realizan estudios transversales para medir la prevalencia de un determinado trastorno, no se suelen corregir los resultados en función de la sensibilidad y

especificidad del procedimiento diagnóstico usado: en el caso de una tasa de prevalencia de 0,20 obtenida con un instrumento con sensibilidad y especificidad de 0,9, el valor corregido sería de 0,125. Una corrección similar habría que realizar cuando se estiman riesgos relativos y *odds ratios*; en estos casos, la mala clasificación produce siempre una infraestimación del riesgo. Por último, alerta frente al uso de instrumentos de *screening* en población que, para patologías poco prevalentes (p. ej. tumores), producen un alto número de falsos positivos, con el coste económico y personal que éso conlleva.

A continuación, da un toque de atención sobre la búsqueda de la representatividad de las muestras al advertir que “es un concepto intuitivo, relativo (una muestra puede representar a la población a unos efectos y a otros no) y habitualmente no se conoce la población que se quiere estudiar, respecto al factor para el que se quiere que la muestra sea representativa”. Recomienda, no la búsqueda de “muestras buenas”, sino de métodos “buenos” para obtenerlas, lo que siempre incluye al azar que “no inyecta representatividad, pero inyecta confianza”.

Otro mito es el cálculo del tamaño muestral, que a veces se sacraliza, cuando para estimarlo hay que recurrir a la subjetividad de asignar valores *a priori* al parámetro que se quiere medir, a la cantidad máxima de error tolerable y al nivel de confianza. Afirma que “lo importante es que cualquiera que sea el tamaño de la muestra, tanto los errores de muestreo como la posibilidad de rechazar erróneamente una hipótesis nula, pueden ser calculados *a posteriori*”.

Por último, aconseja que se tenga en cuenta que las técnicas estadísticas siempre han de tener una funcionalidad concreta, es decir, se aplican para ayudar a responder a una pregunta, y eso es lo que hay que explicar en el “material y método” de las publicaciones.

Bibliografía

1. Sacket DL. Bias in analytic research. *J Chronic Dis* 1979;32:51-57.
2. Silva Ayçaguer LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Díaz de Santos; 1997.
3. Silva Ayçaguer LC. Muestreo para la investigación en ciencias de la salud. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
4. Silva Ayçaguer LC. Excursión a la regresión logística en ciencias de la salud. Madrid: Díaz de Santos; 1995.
5. Hill AB. The environment and disease: association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1965;58:295-300. Trad. en Hill B. Ambiente y enfermedad: ¿asociación o causalidad? *Bol of Sanit Panam* 1992;113(3):233-242.

SELECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

Revistas

REVISTAS

ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA

The efficacy of psychotherapy in non-bipolar depression: a review. Balslev Jorgensen M, Dam H, Bolwig TG. 1998; 98:1-13.

Revisión de estudios de eficacia de la psicoterapia en la depresión. Basada en la literatura, existe una evidencia de la efectividad de las terapias cognitiva e interpersonal en el tratamiento de la depresión leve o moderada. En un menor grado se documenta el efecto de las terapias de orientación psicoanalítica y conductual. Sobre pacientes hospitalizados o con depresión grave no existe tanta bibliografía, ni tampoco sobre el efecto preventivo de la psicoterapia sobre posibles recurrencias depresivas. Se observa que en pacientes con episodios depresivos recurrentes que responden a un tratamiento combinado de imipramina y terapia interpersonal, el tratamiento de mantenimiento con psicoterapia interpersonal puede prevenir nuevos episodios, pero no de forma tan eficaz como el tratamiento de mantenimiento con imipramina.

A polydiagnostic approach to the differences in the symptoms of schizophrenia in different cultural and ethnic populations. Maslowski J, Jansen van Rensburg D, Mthoko N. 1998; 98:41-46.

Estudio que evalúa las influencias patoplásticas de la cultura y la raza sobre los síntomas de la esquizofrenia, en seis tribus africanas diferentes. Los síntomas cardinales fueron los mismos, pero el contenido de los síntomas positivos variaba con cada cultura. No se encontraron diferencias significativas en la presentación de síntomas negativos en cuanto a su cantidad; sí cualitativos.

ACTA PSYQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA DE AMÉRICA LATINA

1998;1(44)

Con el número de marzo, que recoge artículos sobre la capacidad adaptativa del sistema nervioso, las perspectivas socioculturales de las conductas disociadas en adolescentes, el uso intravenoso de cocaína en Argentina, el acatamiento de la prescripción en los enfermos bipolares, el juego patológico en estudiantes universitarios, la psicociencia en Rosario entre 1920 y 1960, y una serie de comentarios a propósito de la clonación, se celebran los sesenta años de aparición de la revista.

ADDICTION

Current directions in research on understanding and preventing intoxicated aggression. Graham K, Leonard KE, Room R, Wild TC, Pihl RO, Bois C, Single E. 1998; 93(5):659-676.

Blame and punishment for intoxicated aggression: when is the perpetrator culpable? Wild TC, Graham K, Rehm J. 1998; 93(5):677-687.

Effects of criminal violence of different beverage types and private and public drinking. Norström T. 1998; 93(5):689-699.

Estos tres artículos forman parte de lo que fue presentado en octubre de 1996, en Toronto, en la Conferencia Internacional sobre intoxicación y conducta agresiva. Analizan algunos aspectos de la asociación alcohol y violencia y ayudan a definir las líneas de investigación que pueden aumentar la comprensión y la prevención de este fenómeno.

The quality of alcohol treatment research: an examination of influential controlled trials and development of a quality rating system. Moncrieff J, Drummond DC. 1998; 93(6):811-823.

Proponen un sistema exhaustivo para la evaluación de la calidad metodológica de los resultados en la investigación del tratamiento del abuso de alcohol, y lo aplican a 25 estudios relevantes en este campo. Se pone de manifiesto que la metodología científica de muchos de ellos es deficiente, y que el instrumento de evaluación que proponen es útil para este tipo de análisis.

ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY

The structure of psychosis. Kendler KS, Karkowski LM, Walsh D, y el comentario de Crow. 1998; 55:492-510.

¿Qué y cuántos tipos de psicosis existen? Aplicando un “*latent class analysis*” a los casos de trastornos psicóticos y afectivos y sus familiares, del registro de casos de Roscommon (Irlanda), Kendler encuentra seis clases de psicosis: esquizofrenia clásica, depresión mayor, trastorno esquizofreniforme, bipolar/esquizomanía, esquizodepresión y hebefrenia. Estos resultados no son consistentes con una teoría unitaria de las psicosis, ni con las clasificaciones clásicas, apuntando a una tipología más compleja. La vulnerabilidad familiar con los trastornos afectivos es algo específica, pero con las del espectro esquizofrénico es compleja. Crow critica este artículo, situándolo en la óptica categorial kraepeliniana y apoya una visión dimensional kretschmeriana, donde las psicosis son variaciones de la normalidad surgidas en la evolución al especializarse los hemisferios cerebrales y aparecer el lenguaje en el *Homo Sapiens*. Kendler contesta que se trata de bonitas especulaciones para responder a un sólido estudio científico.

Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. Butzlaff RL, Hooley JM. 1998; 55:547-552.

La relación entre emoción expresada (EE) y las recaídas está siendo cuestionada últimamente, por lo que los autores realizan un amplio metaanálisis de los trabajos sobre el tema. Encuentran una fuerte relación entre EE y recaídas, especialmente en los trastornos afectivos, los trastornos de la alimentación y, algo menos, la esquizofrenia (mayor, si es crónica).

Psychotherapy and managed care. Guze SB, y el comentario de Michels R. 1998; 55:561-565.

Para Guze, la psicoterapia debería ser parte del plan terapéutico de cualquier paciente (psiquiátrico o médico) que sufra con su padecimiento. En el sistema de “*managed care*” se tiende a separar los cuidados médicos de los psicológicos, y los pacientes son derivados de la medicina a la psicología siguiendo esta dicotomía, quedando, en la práctica, relegada a un segundo plano la parte psicológica (más barato, no para todos, p. ej.). Para el autor, esta división no es eficaz y la psicoterapia debería estar integrada en el tratamiento médico. Michels cree que, de lo que Guze habla, se llama relación médico-paciente, y que la psicoterapia, un instrumento terapéutico específico y eficaz, debe ser aplicada por un técnico, y el “*manager*” asegurarse de que esto se haga. ¿Por qué los médicos (como Guze) se resisten?

ARCHIVOS DE NEUROBIOLOGÍA

Evaluación y predicción del suicidio. Plutchik R. 1998; 61:93-106.

El autor plantea el problema de la predicción del suicidio desde la perspectiva de los grupos de alto riesgo, y no sobre población general.

THE BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY

Verging on reality. McGorry P (ed). 1988; 172. Supl 33.

Extenso e interesante suplemento dedicado a las psicosis de aparición tempranas. Se inicia con estrategias preventivas, titulándolo como el propio suplemento: “*tendiendo a la realidad*”. Los capítulos hacen un recorrido por todos los temas relacionados con estas psicosis: detección e intervención temprana, predicción en la escuela, topografía y evolución de estos trastornos, programas de cuidados en casa, investigación y estrategias de tratamiento, farmacoterapia, primer episodio de una esquizofrenia, curso, cuadros depresivos en primer episodio esquizofrénico, psicoterapia cognitiva en psicosis tempranas (COPE), intervenciones cognitivo-conductuales, programas de grupo, efectos del abuso de sustancias... Importante, por tanto, suplemento, dada la escasa literatura comparada con otros campos, y muy

útil para efectos clínicoasistenciales.
BRITISH MEDICAL JOURNAL

El número 7144 (23 de mayo de 1998) es un monográfico dedicado a la infancia, que pareciera dirigido especialmente a psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos y padres. Su primer editorial refiere: "la función paterna es, probablemente, el elemento de salud pública más relevante que enfrenta nuestra sociedad" (Hoghugi M, p. 1595). Este número trata temas de maltrato infantil, guerra, pobreza y condiciones de desarrollo, y su influencia en la salud, de gran relevancia en nuestro campos. Entre otros, incluye el artículo:

Systematic review of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder.

Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P, Campbell F. 1998; 316:1559-63.

Recientemente (Hazel P et al. BMJ 1995;310:897-901), un metaanálisis fue incapaz de demostrar que los tricíclicos fueran eficaces en la depresión infanto-juvenil, y con los ISRS hay datos contradictorios. Esto ha contribuido al interés en demostrar la eficacia de las psicoterapias. Los autores presentan una revisión de seis estudios de terapia cognitivo-conductual de la depresión, concluyendo que es eficaz en los casos moderados y leves, pero con dichos estudios no se puede concluir que lo sea en la severa.

ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE

Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles, séquellaires. Pániques et psychopathologie collective.

Crocq L, Doutheau C, Louville P, Cremniter D. *Encycl Méd Chir (Elsevir, Paris), Psychiatrie*, 37-113-D-10, 1998, 8p.

La creación, en Francia, en 1995 de "unidades de urgencia médico-psicológicas" destinadas a actuar de inmediato sobre el terreno y de consultas especializadas de psicotraumatología ("los heridos psíquicos" tienen derecho a ser atendidos sobre el terreno, al igual que los heridos físicos), evidencian el interés suscitado en Francia por los comportamientos colectivos tras una catástrofe (en las víctimas, en la población próxima e, incluso, en los equipos de salvación y sus responsables). Los autores estudian tanto las reacciones individuales inmediatas, la patología postinmediata (de las

primeras semanas) y sus secuelas: el estrés postraumático, al tiempo que las reacciones colectivas, pánicos y éxodos, internándose en la noción de estrés y su expresión clínica. La prevención, escriben, reposa a largo plazo sobre la información, la educación y el aprendizaje y, a corto plazo, sobre una buena gestión de la crisis. Aconsejan, como objetivo último, la "reapropiación" del acontecimiento por el paciente, que descansa sobre la verbalización de la experiencia vivida. Plantean que las secuelas psíquicas deben ser reconocidas e indemnizadas igual que las somáticas, pero consideran que la reparación no puede ser eficaz más que si la víctima es reconocida como tal por todos, si es indemnizada justamente y, sobre todo, si la terapéutica le ha permitido asimilar el acontecimiento y recuperar su autonomía.

JAMA

Rapid and ultrarapid opioid detoxification. O'Connor PG, Kosten TR. 1998; 279:229-234. Cartas de contestación en la pág 1915 del mismo volumen.

Revisión de la literatura de todo lo publicado en lengua inglesa sobre la desintoxicación rápida y ultrarrápida (con anestesia o sedación profunda) de opiáceos.

L'ÉVOLUTION PSYCHIATRIQUE

La Peine et le soin. Nécessaire coordination de deux logiques pour une prise en charge des délinquants sexuels. Dubret G, Cousin FR. 1998; 1-2(63):157-174.

La revista, dedica un número doble a un tema que fue coloquio en sus jornadas nacionales de este año: la pedofilia y los incestos pedofílicos. Reseñamos uno de los artículos sobre la necesaria coordinación entre la clínica y la Justicia en la toma a cargo de los delinquentes sexuales. La clínica tradicional, según los autores, tal como se enseña en los tratados (un catálogo más o menos actualizado de comportamientos desviados), es poco eficaz en la atención judicial, la necesidad del consentimiento informado (articulación de la pena y el tratamiento), del secreto médico y de todas las garantías éticas y clínicas que hacen posible un contrato terapéutico, para terminar preguntándose: ¿existe una clínica de los agresores sexuales, ¿existe una terapéutica curativa de los agresores sexuales con trastorno de la personalidad?, ¿cuáles son los límites de las medidas coercitivas?. Cárcel, hospital, ambulatorio: ¿cuándo y

cómo actuar?

L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

Psychanalyse et immunologie: chronique de deux retournements conceptuels. Baudin ML. 1998; 74(3):263-273.

Psicoanálisis, neurociencias e inmunología señalan realidades de diferente orden. Caminos paralelos han marcado la evolución del pensamiento médico y de las teorías biológicas, por una parte, y, por otra, el descubrimiento del inconsciente y la intervención del psicoanálisis. Hay semejanzas entre los dos campos, que han pasado de una teoría del "mal exterior" (la realidad externa estaba sobreestimada, tanto en medicina como en los orígenes del psicoanálisis), al concepto de una instancia interna destructora y desorganizadora, a una teoría de la autotoxicidad. La psicoimmunología permite, al discurso biológico, atender los factores subjetivos y afectivos en esta heterogeneidad radical que constituyen la causalidad y el sentido del enfermar humano.

NEW ENGLISH JOURNAL OF MEDECINE

Suicides after natural disasters. Shoaf KI. Correspondencia del artículo *Suicide after natural disasters*. Krug EG, Kresnow M, Peddicord JP et al. 1998; 338:373-8; 1998;338:1851.

En el artículo que Shoaf comenta, Krug et al. concluyen en un metaanálisis que, después de catástrofes como inundaciones, terremotos, huracanes, etc., hay un aumento de la tasa de suicidios del 13,8% en cuatro años, y esta tasa por sí sola confirmaría la necesidad de proveer apoyo en salud mental para todos los afectados. Shoaf contesta este artículo, comenta que un 13,8% de aumento en la tasa de suicidio parece un grave problema público; sin embargo, si se compara la tasa anual de suicidios antes y después de las catástrofes, el exceso en la tasa es sólo de un 1,05%. En un contexto de catástrofes, lo remarcable, según el autor, es que los trastornos mentales graves son raros y hay muchos estudios que indican que "es posible que algunos individuos puedan experimentar consecuencias negativas psicológicas por un grave desastre, pero la magnitud del problema en función al desastre es insignificante clínicamente", por lo que, para Shoaf, habría que prestar más atención a la prevención y preparación ante desastres, mitigación de consecuencias y respues-

ta rápida y eficaz.

PSICOLOGÍA IBEROAMERICANA

Rehabilitación psicosocial. 1997; 4(5).

Revista editada por la Universidad Iberoamericana de Ciudad de Méjico, que dedica el número de diciembre de 1997 a la rehabilitación psicosocial. Incluye la declaración por consenso acerca de la rehabilitación psicosocial, producida por la OMS con la colaboración de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial, y una serie de aportaciones de diversos autores, americanos y europeos, sobre conceptos de rehabilitación y, sobre todo, aspectos específicos de la rehabilitación en el ámbito iberoamericano.

PSYCHIATRIC SERVICES

Articles on women and chronic mental illness. 1998; 49(5):635-677.

En este número de mayo, aparecen siete artículos originales que comparten el tema de la mujer y la enfermedad mental crónica. Dos de ellos abordan el tema de las madres con enfermedad mental. El siguiente se centra en la capacidad maternal de aquellas mujeres enfermas mentales que han matado. Los posteriores, estudian el trastorno por estrés postraumático, el alcoholismo, la terapia conductual dialéctica en mujeres con trastornos *borderline* y, en el último, se analiza un servicio de tratamiento para mujeres con esquizofrenia. Además, el editorial del número plantea las necesidades especiales en salud mental para la mujer y un artículo breve analiza la prevención sanitaria en las mujeres con enfermedad mental.

PSYCHOLOGICAL MEDICINE

Clinical factors associated with short-term changes in outcome of patients with somatized mental disorder in primary care. Downes-Grainger E, Morris M, Gask L, Farangher B. 1998; 28:703-711.

Estudio realizado en atención primaria, con 215 pacientes diagnosticados de trastornos por somatización, para detectar factores implicados en la evolución, tanto de los síntomas físicos, psiquiátricos, como de funcionamiento global. Los resultados muestran un

mejor pronóstico en los tres aspectos señalados, asociado a: ausencia de trastorno de ansiedad generalizada y/o fobia simple o fobia social; ausencia de patología física y menor prescripción de fármacos, especialmente hipnóticos y benzodiazepinas. La evolución más favorable de los síntomas psiquiátricos se relacionó con la satisfacción del paciente con la forma de entender su problema el médico general. La mejor evolución funcional estuvo relacionada con tener trabajo, menor angustia por los síntomas físicos, no recibir beneficios de invalidez y no ser derivado al hospital.

The effect of personality on withdrawal severity and taper outcome in benzodiazepine dependent patients. Schweizer E, Rickels K, De Martinis N, Case G, García-España F. 1998; 28:713-720.

Los hallazgos del presente estudio relacionan una serie de rasgos de personalidad con una mayor gravedad de los síntomas de abstinencia a benzodiazepinas. Entre ellos figuran: altos niveles de pasividad y dependencia (valorados según el MMPI), neuroticismo elevado (*Eysenck Personality Inventory*), evitación de daño (*Tridimensional Personality Questionnaire*). Aunque había una alta correlación entre medidas de personalidad, psicopatología y ajuste de dosis de benzodiazepinas, el efecto de la personalidad en la severidad de la abstinencia fue significativa, especialmente en las fases iniciales de reducción de dosis, cuando los síntomas del descenso son aún moderados. La implicación más importante de estos datos está en la necesidad de valorar detalladamente la personalidad antes de prescribir benzodiazepinas y de preparar cuidadosamente a los pacientes antes de iniciar la supresión del fármaco.

PSYCHOSOMATICS

Pseudoseizures, families and unspeakable dilemmas. Griffith JL, Polles A, Grifit ME. 1998;39:144-153.

Se analizan catorce tratamientos familiares grabados en vídeo, de casos de pseudocrisis epilépticas, para ver la relación del síntoma con posibles "secretos" ocultos por imposiciones sociales o familiares. En trece de los catorce casos se encontró un "secreto" oculto, siendo el paciente el miembro más callado de la familia en los trece casos. En seis casos se ocultaba un peligro real de agresión física o sexual, que no siempre era sobre el paciente. Se concluye que, en casos de pseudocrisis epilépticas, se necesitan habilidades específicas de

abordaje familiar.

Assisted suicide and AIDS patients: a survey of physicians attitudes. Haghbin Z, Streltzer J, Danko JP. 1998;39:18-23.

Encuesta enviada a médicos hospitalarios de EEUU. Respondieron un 39% (389), de los cuales un 34% habían recibido una petición de asistencia la suicidio de pacientes que, en un 90% de los casos, padecían SIDA. Un 41% habían asistido a morir a algún paciente terminal. Un 33% estaban de acuerdo en facilitar una inyección letal a un SIDA terminal si lo solicitaba. La experiencia médica o personal no determinaba esta actitud, pero sí los valores éticos o religiosos. Los médicos no consideraban, en general, la posibilidad de psicopatología ni el utilizar una interconsulta psiquiátrica para descartarla.

REVISTA DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Privatizando lo que es de todos. Análisis crítico del Plan Estratégico del Insalud. Sánchez Bayle. 1998; 2(7):29-37.

Sin dejar de entender que el Plan Estratégico del Insalud aporta propuestas razonables y útiles para la mejora de su funcionamiento, el autor advierte que constituye "la iniciativa más importante y en profundidad para la privatización y el desmantelamiento del Sistema Sanitario Público". Analiza críticamente el Plan en aspectos relacionados con el mercado sanitario, la separación de las funciones de compra y provisión, la fragmentación de la red sanitaria y los recursos humanos.

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

Informe de la Sección Infanto-juvenil de la AEN sobre la atención por Comunidades Autónomas. 1998; 18(67):555-561.

Estudio realizado en base a una encuesta que recoge aspectos como: marco administrativo de dependencia y de actuación, cuantificación de los profesionales, aspectos cualitativos y cuantitativos del trabajo, recursos y proyección futura. Incluye también las reclamaciones y recomendaciones que surgieron al hilo de su

presentación en las V Jornadas de la Sección.

Informe de la AEN sobre la atención a la Salud Mental en España. 1998; 18(67):563-565.

Una valoración global del proceso de reforma psiquiátrica a los 13 años de su inicio, elaborado por la Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

SANTÉ MENTAL AU QUÉBEC

Succès et échecs dans le traitement de patients souffrant de troubles de la personnalité. 1996;1(22):16-29.

Revisión crítica sobre las opciones disponibles para el tratamiento de los trastornos de personalidad límite. El autor concluye que no existe en la actualidad ningún método probadamente eficaz para tratar este tipo de pacientes. La psicofarmacología es paliativa. La hospitalización, ineficaz a largo plazo. Las terapias psicodinámicas son útiles en casos muy limitados. Para el autor, la psicoterapia más prometedora es la terapia dialéctica de Linehan (1993), amalgama ecléctica de técnicas con predominio cognitivo y educacional, en especial para controlar el parasuicidio.

THE LANCET

Misuse of psychiatric epidemiology. Leeman E. 1998; 351:1601-2.

La autora comenta la discrepancia de los dos estudios más grandes realizados en EEUU últimamente para obtener la prevalencia de trastornos mentales en la población general, el de la ECA (*Epidemiologic Catchment Area*), realizado de 1980 a 1985, y el NCS (*The National Comorbidity Study*), realizado a principios de los 90. Critica que los que interpretan estos estudios no diferencian entre diagnóstico y necesidad de tratamiento; esta no diferenciación, ayudada por las clasificaciones categoriales que actualmente se utilizan, hacen a los gerentes pensar en ese pozo sin fondo que ahora parecen los trastornos mentales en la población general. La prevalencia no se puede correlacionar con la necesidad de tratamiento; por ello, la vasta mayoría de personas con trastornos psiquiátricos dentro de la población no necesitan tratamiento. Ideas que no siempre comparten los políticos sanitarios y debían, según la autora, considerar, al menos para interpretar

los actuales estudios epidemiológicos.

LIBROS

Deconstructing psychopathology. Parker I, Georgaca 'E, Harper D, McLaughlin T, Stowell-Smith M. London: Sage Publication; 1995.

Libro que aparece en el auge de estos últimos años sobre el modelo de deconstrucción, en relación también con la importancia que ha cobrado toda la filosofía francesa (todo el estructuralismo, Sartre, Althusser, Foucault, Lacan, Deleuze y también Derrida, entre otros), en el desarrollo del pensamiento y de modelos epistemológicos, en este final de siglo, al menos en Europa. Este libro aparece como un intento epistemológico de pensar en el sujeto, y en el sujeto enfermo, desde un punto de vista deconstruccionista, desde Voltaire, La Mettrie hasta Derrida. El libro trata de atacar el actual modelo, basado en la salud, como una de las deidades de hoy en día, un modelo totalitario.

Modern Epidemiology, 2nd edition. Rothman KJ, Greenland S. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998.

Rigurosa presentación de conceptos y métodos epidemiológicos. Aborda conceptos fundamentales, como causación e inferencia causal, medidas básicas y tipos de estudios -incluyendo cohortes y casos-controles- y aproximaciones al análisis de datos. La segunda edición, ampliada y actualizada, refleja los desarrollos técnicos recientes y los avances conceptuales, expone las nuevas contribuciones a la epidemiología, estudios ecológicos, seguimiento de patologías, "screening", análisis estadístico...

Útil instrumento para aprender los métodos y principios del diseño, el análisis y la interpretación de un estudio epidemiológico.

Neurociencia y conducta. Kandel ER, Jesell TM, Schwartz JH. Madrid: Prentice Hall; 1997.

Texto introductorio que facilita la interdependencia de la neurobiología y la ciencia cognitiva. Según el autor, el estudio de la formación de conexiones entre neuronas durante el desarrollo, aproxima a la comprensión de las relaciones entre circuitos neuronales y actos

comportamentales.

Psiquiatría en Atención Primaria. Vázquez-Barquero JL, ed. Madrid: Biblioteca Aula Médica; 1998.

Un extenso manual donde se aborda el manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria, desde puntos de vista más allá de la clínica y el tratamiento farmacológico, con capítulos dedicados a aspectos tales como el *counselling*, la psicoterapia, la prevención o las implicaciones legales del paciente psiquiátrico, entre otros.

NOTA DE PRENSA

SCHERING PLOUGH CONVOCA UN PREMIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE ESCLEROSIS MÚLTI-

- *La convocatoria está apoyada por la Sociedad Española de Neurología y el Grupo de Estudio de Enfermedades Desmielinizantes.*
- *La fecha límite para presentar los trabajos es el 2 de octubre de 1998 y el fallo del jurado tendrá lugar el próximo mes de diciembre de 1998.*

Los laboratorios Schering-Plough, en colaboración con la Sociedad Española de Neurología (S.E.N.) y el Grupo de Estudio de Enfermedades Desmielinizantes, convocan un premio de investigación sobre Esclerosis Múltiple, tanto en su vertiente epidemiológica, clínica y terapéutica, como en su aspecto experimental.

El objetivo de este premio es favorecer y apoyar la investigación en el campo de la Neurología y, más concretamente, en el campo de la Esclerosis Múltiple.

La concesión de este premio tendrá una dotación de dos millones de pesetas, distribuidos en un primer premio de 1.550.000 pesetas y un accésit de 500.000 pesetas.

Podrán optar a este concurso todos los proyectos iniciados o en curso, cuyo investigador principal realice su actividad profesional en España. El desarrollo de estos proyectos debe situarse necesariamente en el territorio del Estado Español y son candidatos los que no hayan sido completados en su totalidad y no hayan recibido ninguna otra subvención.

El plazo de presentación de las propuestas de investigación finaliza el próximo 2 de octubre. Los interesados deberán entregar original y cuatro copias del proyecto en la Secretaría de la S.E.N. (c/ Trovador nº 12, 1º, 5ª puerta. 08041 Barcelona) donde, asimismo, podrán recibir más información sobre este premio.

La decisión final para la adjudicación del premio correrá a cargo de un jurado integrado por el Dr. Félix Bermejo, Presidente de la Sociedad Española de Neurología, la Dra. Rosario Martín, Secretaria de la Sociedad Española de Neurología y la Dra. Cristina Ramo Tello, Coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Desmielinizantes, así como por un representante de Schering Plough como empresaria patrocinadora, con voz pero sin voto. Schering Plough es una compañía farmacéutica comprometida con la promoción de actividades e iniciativas que ayuden a mejorar el bienestar y la **calidad de vida de las personas en todo el mundo.**

NOTA DE PRENSA

El grupo Merck, conocido internacionalmente por el rigor de su investigación, ha creado una nueva División: MERCK GENÉRICOS en España, con la finalidad de ofrecer a médicos y pacientes especialidades farmacéuticas genéricas de gran calidad, garantizando una eficacia clínica y una seguridad idénticas a la de los productos originales.

Merck Genéricos está presente en todo el mundo y es uno de los grupos más importantes especializados en la investigación, desarrollo, producción y distribución de medicamentos genéricos.

Merck Genéricos contribuirá a conseguir, en nuestro país, un considerable ahorro económico y a que el gasto sanitario esté más en línea con las actuales necesidades. Nuestros productos, informaciones y comunicaciones son fácilmente identificables por nuestra normativa de

identidad. Los atributos que identifican a Merck Genéricos son:

1. Nombre del principio activo, marca Merck, dosificación y siglas EFG.
2. Triángulo y semicírculo combinando diferentes códigos cromáticos identificativos de cada producto.

Merck Genéricos ofrece un amplio vademécum de EFG que cubre las principales áreas terapéuticas. Sus tres primeras EFG en España son:

Captopril Merck
25 mg/60 comp., 50 mg/30 comp. EFG
Ranitidina Merck
150 mg/20 comp., 300 mg/10 comp. EFG
Alprazolam Merck
0,25, 0,5 y 1 mg/30 comp. EFG

NOTA DE PRENSA

Los resultados de un amplio estudio realizado en 10.405 pacientes con depresión refrenda la eficacia de mirtazapina en Atención Primaria

El estudio alemán presentado durante el pasado Congreso de la APA confirma la eficacia y tolerabilidad de mirtazapina en el tratamiento de la depresión. Los resultados del estudio clínico realizado en 10.405 pacientes deprimidos en régimen ambulatorio es el más amplio, realizado hasta la fecha, que evidenció que a las seis semanas el 82% de los pacientes respondieron al tratamiento con mirtazapina.

Toronto fue sede del Congreso de la American Psychiatric Association (APA), al que asistieron 17.000 psiquiatras de todo el mundo. En este marco se presentó un estudio observacional, multicéntrico, abierto y prospectivo, realizado en Alemania por los investigadores H.J. Kreuzenbeck y M. Zivkov. El estudio se diseñó para evaluar la eficacia antidepressiva global de mirtazapina, los efectos sobre la ansiedad y los trastornos del sueño asociados a la depresión, así como la tolerabilidad de mirtazapina en la práctica clínica diaria. El 47% de los pacientes incluidos, ($n = 4.878$), habían sido tratados previamente con antidepressivos antes de su reclutamiento en el estudio y el 33% ($n = 3.477$), cambiaron a mirtazapina por falta de eficacia del tratamiento antidepressivo previo. El grado de severidad basal de la depresión fue leve en un 2,2% de participantes, moderada en el 25,5%, marcada en el 61,9% y grave en el 9,8%.

El grupo estaba compuesto en un 71,6% por mujeres y un 28,4% por hombres, con una edad media de 56 años y los pacientes fueron tratados con mirtazapina (15-45 mg/día) durante un mínimo de seis semanas. Los resultados se valoraron por medio de una versión alemana de

la escala de Impresión Clínica Global (CGI). Tras seis semanas de tratamiento, el 82% de los pacientes que habían recibido una dosis media de mirtazapina de 30 mg/día fueron clasificados como respondedores al tratamiento (mucho mejor/mejor) según la puntuación de la escala CGI. También a las seis semanas, en el 62,8% de los pacientes la intensidad de la depresión era ya leve, en el 21,3% moderada y sólo en el 3,8% fue marcada o severa. El efecto favorable se observó también en los demás síntomas comúnmente asociados a la depresión, como ansiedad, trastornos del sueño y agitación.

Se comunicaron acontecimientos adversos sólo en un 5,3% de los pacientes. Los más frecuentes fueron somnolencia 1,3%, mareos 1,3%, sequedad de boca 1% y ganancia de peso 0,4%, datos que coinciden con los recogidos en los ensayos clínicos previos de mirtazapina *versus* placebo y cuya incidencia es escasa en la práctica clínica diaria.

Los resultados del estudio confirmaron la eficacia antidepressiva global de mirtazapina, sus efectos positivos sobre la ansiedad y los trastornos del sueño asociados a la depresión, así como la tolerancia de mirtazapina en los pacientes deprimidos que participaron en el ensayo.