Colegio de Psiquiatras Eméritos

Miguel Gutiérrez Fraile
José Luis Mediavilla Ruiz
(coordinadores)

CONCIENCIA HISTÓRICA DE LA PSIQUIATRÍA

NOVENA ENTREGA

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

Edición no venal
© Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM).
© Ilustración de Portada: Martín Ezkurra Cabello.

Edición: HiFer Editor. DELIREMA.30
Impresión: HiFer Artes Gráficas - www.hifer.com
Dep. Legal: AS-02628-2019

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, ni su préstamo o alquiler o cualquiera otra forma de cesión de uso del ejemplar, sin permiso previo y por escrito del titular del Copyright.

Colegio de Psiquiatras Eméritos

NOVENA ENTREGA

AUTORES

MIGUEL GUTIÉRREZ FRAILE

JOSÉ GUIMÓN UGARTECHEA

PIERRE PICHOT

JEAN GARRABÉ

DEMETRIO BARCIA SALORIO

RENATO ALARCÓN

LUIS YLLÁ SEGURA

JOSÉ LUIS AYUSO GUTIÉRREZ

JOSÉ LUIS MEDIAVILLA

JOAQUÍN E. GALVÁN FRADEJAS

FERNANDO CLARAMUNT

JESÚS FERNÁNDEZ SANDONÍS

JOSÉ LUIS PÉREZ CID

ANTONIO LABAD

PRÓLOGO

Miguel Gutiérrez Fraile

Catedrático de Psiquiatría. Universidad del País Vasco. Jefe de Servicio del Hospital Universitario de Alava. Expresidente de la Sociedad Española de Psiquiatría. Socio de Honor de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

Tenemos el placer de presentaros esta nueva edición, novena entrega, de la colección "Conciencia histórica de la psiquiatría" del Colegio de Psiquiatras Eméritos auspiciada por la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Nos acompañan 14 autores, todos ellos de conocido prestigio y de una forma u otra inmersos o vinculados a la Psiquiatría Española. La mayoría de ellos han participado en diversas actividades científicas y profesionales organizadas en el País Vasco. Tenemos en esta edición una importante representación nacional e internacional. Nos gustaría que este volumen lo encabezara el profesor **José Guimón Ugartechea**, recientemente fallecido y tan importante en nuestras vidas profesionales con ocasión de celebrarse el Congreso Nacional de Psiquiatría en Bilbao, como postrero homenaje, emocionado y afectuoso recuerdo de todos aquellos que lo conocimos y trabajamos con él en épocas decisivas de nuestras vidas. Hemos elegido un trabajo suyo un tanto atípico, que fue publicado hace ya unos años en la revista Norte de Salud Mental, nº 34 , 2009, como muestra de su capacidad a la hora de abordar temas complejos desde una posición científica, crítica y muy honesta. Se trata del texto de una conferencia que impartió en la Universidad de Deusto en un Congreso sobre Ciencia y Creencia. Comentaba el profesor Guimón *"Acepté con serias dudas la invitación de mi amigo el Dr. Jordi Font para participar en este Congreso pese a que, como él sabe bien, me considero agnóstico. Me ocurrió,*

salvando las distancias, como a mi admirado psiquiatra y psicoterapeuta norteamericano Irving Yalom (Yalom, 2002), quien, en su discurso de aceptación del premio "Oscar Pfister" para contribuciones importantes a la Religión y la Psiquiatría, dijo: "¿Religión, yo? Debe de haber un error, Yo me considero ateo". Recomienda Guimón que el psicoanalista deberá en el futuro procurar aferrarse a los conocimientos científicos y no dejarse tentar por derivas irracionales que arrastran hoy como ayer a muchas mentes incluso preclaras. El psicoanálisis deberá diferenciarse de otras profesiones relacionadas con la salud, con la asistencia social, con la educación o con la atención religiosa; de otras prácticas que no buscan mejorar la salud sino proporcionar experiencias personales espirituales o existenciales o adentrarse en conocimientos paracientíficos, como la adivinación, la nigromancia o la astrología. Aunque se desarrollarán algunas actividades religiosas, que pueden mejorar la salud favoreciendo el estilo de vida sano, el apoyo social y el optimismo, la meditación y plegaria , que mejoran los estilos de enfrentamiento al estrés y algunos síntomas esos territorios deben ser bien diferenciados del psicoanálisis.

Contamos también con **Pierre Pichot**, actualmente centenario, catedrático Emérito de la Universidad de París V René Descartes y miembro de la Academia de Medicina Francesa y de la Real Academia de Medicina Española. El profesor Pichot ha sido sin duda el psiquiatra europeo más hispanófilo y su presencia entre nosotros ha sido constante tanto en nuestros congresos nacionales- es también Socio de Honor de la Sociedad Española de Psiquiatría- como en reuniónes científicas en las que ha participado con asiduidad; por ejemplo los Cursos Nacionales de Actualización en Psiquiatría que tenemos el honor de organizar en Vitoria-Gasteiz desde hace 28 años y que constituye actualmente el más antiguo de España de sus características. La presencia de Pichot en ellos fue constante, notoria y muy fructífera, a lo largo de 15 ediciones. Sus aportaciones conceptuales acerca de la psiquiatría fueron recogidas en un libro editado por la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental y muy valoradas por nuestros colegas. En el presente volumen hemos seleccionado un trabajo que fue publicado anteriormente y que muestra el estilo conceptual y pensamiento de uno de los psiquiatras más importantes de nuestros tiempos.

Plantea el profesor Pichot que durante las dos centurias de su historia, la psiquiatría ha acumulado un cuerpo de conocimiento científico y ha adquirido una indiscutible eficacia terapéutica. Sin embargo, durante el conjunto de su historia, los conflictos han crecido entre lo ideológico y otras fuerzas y estos conflictos han tenido y tendrán consecuencias prácticas, entre ellas modificaciones de los sistemas de investigación, enseñanza y cuidados, modificaciones de las relaciones con otras disciplinas médicas y no médicas y una modificación en el rol profesional del psiquiatra, tanto en su entorno profesional como en la naturaleza de su actividad.

Jean Garrabe recuerda, tras un recorrido por los eventos psiquiátricos más importantes durante el siglo XX, las relaciones entre psiquiatras de varios países, el papel de otros colegas en el desarrollo de nuestra disciplina, etc. que debemos ahora pensar en los que vamos a transmitir a las nuevas generaciones de médicos que van a dedicarse en el Siglo XXI a tratar los enfermos que sufren trastornos psiquiátricos. Durante varios siglos, médicos de varias nacionalidades han publicado obras sobre los trastornos mentales y los métodos que podían utilizar para curar a los enfermos, conocimientos que han heredado sus discípulos que a su vez han aportado nuevos conocimientos. La organización en Paris en 1950 poco después de la Segunda Guerra Mundial de un primer congreso internacional de psiquiatría, seguido de la fundación de la Asociación Mundial de Psiquiatría, fueron hechos fundamentales que contribuyeron al avance de la psiquiatría. Considera que la psique humana es eterna y que seguirá habiendo todavía durante tiempo, médicos que se dedicaran en todas las partes del mundo al análisis de la mente de los seres humanos y al tratamiento de los que sufren de una alienación mental.

El profesor **Demetrio Barcia Salorio,** fallecido hace poco tiempo, ha sido durante muchos años referencia obligada de los psiquiatras españoles. Acudía con cierta asiduidad, por situarlo egoistamente en nuestro entorno, a Vitoria-Gasteiz al Curso de Actualización en Psiquiatría y compartíamos un proyecto de edición de las conferencias impartidas en el citado curso que se vió frustrado por su fallecimiento. Recuperamos una de sus brillantes colaboraciones, elaborada en 1996,

esta vez en torno al concepto de *timopatía ansiosa* de Juan José López Ibor, plena de erudición, sapiencia y diríamos que actualidad. En toda neurosis hay una psicogénesis, pero también una fisiogénesis y en esto último cumple un papel fundamental la estructura vital, de ahí que López Ibor hablara de las neurosis como enfermedades del ánimo.

Renato Alarcón es, entre otras muchas y meritorias cosas, socio de Honor de la Sociedad Española de Psiquiatría y brillante especialista de dilatada experiencia profesional y gran capacidad docente, ha tenido una presencia constante en la psiquiatría Latinoamericana y la conoce en profundidad. En este artículo plantea que como parte de la mítica "Aldea Global", América Latina experimenta cambios sustanciales y que cuando se habla de un territorio multifacético que acoge a poblaciones variadas en volúmenes crecientes, el planteamiento de los alcances y límites del proceso de Globalización es muy importante. Plantea con un estricto sentido de la realidad que la salud mental de sectores considerables de latinoamericanos en todos los países de la región está seriamente amenazada por factores socio-económicos y culturales de enorme magnitud. Aborda la *Identidad y logros de la psiquiatría latinoamericana* describiendo contribuciones recientes de la psiquiatría latinoamericana en los campos de su mayor desarrollo, (investigaciones en epidemiología general, alcohol y drogas, suicidio. discapacidad intelectual o cognitiva, poblaciones indígenas, niños y adolescentes, adultos, personas mayores, desastres y violencia política, costos sociales y económicos, etc.). Revisa también las Políticas y servicios de Salud Mental y denuncia el insuficiente número de psiquiatras en Latinoamerica que es aún más evidente en campos especializados tales como psiquiatría de niños y adolescentes, psico-geriatría, adicciones y psiquiatría forense. La localización geográfica de profesionales es dramáticamente desigual. En lo que se refiere a la Investigación, poniendo en evidencia el deficiente desarrollo de la misma, destaca que en los últimos años ha tenido lugar un decisivo incremento en la creación de bancos de datos y el uso de la tecnología de información. La formación de investigadores sigue siendo deficitaria. A pesar de ello, la investigación psiquiátrica latinoamericana ha alcanzado reconocimiento internacional en áreas como la fenomenología y su investi-

gación clínica. Concluye el profesor Renato Alarcón que la psiquiatría latinoamericana no quiere ni debe ser forastera en la "aldea global" del futuro; por el contrario, quiere y debe tener credenciales de acceso que le garanticen aceptación y respeto. Debe ser además un puente epistemológico entre el enfoque pragmático de la psiquiatría anglo-sajona y el humanismo clásico de la psiquiatría europea para contribuir a la reconciliación de el humanismo con las esencias del conocimiento neurobiológico contemporáneo.Anima, finalmente, a precisar los hitos y prioridades que la psiquiatría latinoamericana ha de marcar en su travesía hacia el futuro.

Mi apreciado amigo y compañero de labores universitarias **Luis Yllá** explica en su trabajo que los avances cientificos de las últimas décadas demuestran que todo tratamiento psicoterapéutico puede en principio ser tan eficaz como los tratamientos farmacológicos y que tanto unos como otros deben de ser evaluados adecuadamente para que sea evidente su eficacia en los diferentes enfermos y enfermedades. En este sentido, cita a Stahl cuando pone de manifiesto que las *"las experiencias humanas, la educación e incluso la psicoterapia pueden cambiar la expresion de los genes.* En su colaboración, afirma que si en el futuro las psicoterapias y particularmente la de grupo, desapareciesen, desde luego no sería porque la ciencia neurobiológica y la psicofarmacológica no la avalasen. Por el contrario, considera que los dos enemigos de la continuidad de las psicoterapias grupales serían la larga duración de estas y su coste por un lado y por otro, la eficacia de tal terapia, que al igual que los tratamientos farmacológicos debieran somerse a evaluación reglada.

José Luis Ayuso Gutiérrez, otro grande de nuestra psiquiatría**,** sale al paso de diversas especulaciones en torno al mal uso de fármacos antidepresivos en nuestro país, a través de un oportuno trabajo, riguroso metodológicamente y concluyente. Reflexiona sobre la llamada epidemia depresiva aportando datos de consumo de antidepresivos y datos epidemiológicos. Cuestiona la prescripciópn de antidepresivos a pacientes con sintomatología depresiva débil, plantea la desaparición de los límites entre lo normal y lo anormal y la consecuente medicali-

zación de la tristeza normal. Finalmente, informa de la falta de eficacia de los antidepresivos en casos leves.

José Luis Mediavilla, "alma mater" de esta colección, justifica el origen común de la neurología y la psiquiatría, hace fuerte crítica de la deriva y cambio de roles de los psiquiatras y de los enfermos psiquiátricos. Apuesta por una formación integrada en Neurociencia y rechaza recientes propuestas de incluir la esquizofrenia como enfermedad neurológica en base a reducir su estigma y lograr más fondo**s.**

Fernando Claramunt es bien concocido como psiquiatra y como escritor. En esta obra nos deleita con su esquisita prosa relatándonos sus peripecias a lo largo y ancho de París durante su periodo formativo. Desde sus vivencias hospitalarias, los perfiles de sus mentores, las magistrales descripciones de diferentes ámbitos parisinos con especial referencia al barrio latino, la ambientación de época, etc. Fernando Claramunt nos acerca a un momento crucial para la psiquiatría española, el de la formación de especialistas en el extranjero que tanto contribuirían después a una mejor integración de nuestra psiquiatría en el entorno internacional.

En la misma línea podemos situar la colaboración de los doctores **Jesús Fernández Sandonís y José Luis Pérez Cid** centrada en el viaje que hicieron a la Clinica Bel Air de Ginebra dirigida por el Profesor Julián Ajuriaguerra, protagonista de una de las reformas psiquiátricas más inteligentes que podía observarse en Europa, la del cantón de Ginebra en Suiza. Muchos fueron los españoles que se formaron bajo la dirección de Ajuriaguerra, brillante psiquiatra vasco, e importante fue también la participación de Julián Ajuriaguerra en diversos planes de Salud Mental, entre ellos el del País Vasco, a finales de los setenta del siglo pasado. Nuestros colaboradores nos transmiten los fundamentos de aquella reforma, sus protagonistas y sus buenos recuerdos.

Finalmente, presentamos un Interesante artículo de **Antonio Labad** dando cuenta de un proyecto cuyo objetivo es el que la Etica y la Deontología médica estén presentes no solo en estudiantes de Medicina sino también, de forma transversal en médicos residentes y médicos en general.

RELIGIÓN Y PSICOANÁLISIS: DE LA SOCIOGÉNESIS AL CONDICIONAMIENTO BIOLÓGICO

Jose Guimón Ugartechea ("In Memoriam")

Catedrático de psiquiatría. Universidad País Vasco y Universidad de Ginebra. Ex presidente de la Comisión Nacional de Psiquiatría. Socio de Honor de la Sociedad Española de Psiquiatría.

Personalmente creo que la religiosidad depende en buena parte de aspectos genéticos o constitucionales, relacionados con el temperamento y elaborados posteriormente por el carácter del individuo. A través de determinados instrumentos se ha intentado delimitar los fenotipos de muchos trastornos psiquiátricos. Se ha hablado de "endo–fenotipo" (fenotipo interno) y por otra de "exo–fenotipo" (fenotipo observable) de una enfermedad. Los primeros comprenden los síntomas identificados por los métodos de la Psicopatología descriptiva y por nuevos instrumentos. Los segundos están constituidos por "rasgos" o signos más próximos al genotipo (variables neurobiológicas o neuropsicológicas). Estas manifestaciones pueden constituir marcadores de vulnerabilidad o indicadores de riesgo. Diversos estudios han intentado encontrar una correlación entre los síntomas clásicos y "subumbrales" (blandos) en esos trastornos, es decir han buscado hallar lo que actualmente se viene a llamar un "exo–fenotipo" común. Strelau y Angleitner (Strelau & Angleitner, 1991) señalan a ese respecto que la heredabilidad de los rasgos del temperamento oscila entre el 50% y el 70%. 2 Rav Soloveitchik, en "Halakhic Man" define al hombre religioso como que aspira a la transcendencia y a la expe-

riencia religiosa elevada y al hombre Halakhic que se preocupa sólo de los mandamientos y de su cumplimiento en el mundo concreto y real.

Pero ¿existe una acepción unánimemente aceptada de lo que es religiosidad? "Ser religioso" hace referencia a la espiritualidad, al intento de "dar un significado" a la relación entre el hombre y el mundo mediante la conexión con un ser superior. "Practicar la religión", en cambio, conlleva realizar ritos, mencionar mitos, soñar con determinados símbolos, aceptar determinadas doctrinas sobre Dios o el más allá. Muchos "librepensadores", más que ateos, nos consideramos agnósticos porque reconocemos la incapacidad humana para llegar a conclusiones definitivas sobre ciertas preguntas, particularmente aquellas de orden metafísico o teológico, cuya complejidad excede la capacidad de la razón humana. Se ha hablado de una religiosidad "sana", una "enfermiza" y una "popular". Esta última sería un conjunto de actividades colectivas que "se forman sobre lo sagrado y misterioso entre aquellos para los que las fórmulas litúrgicas resultan demasiado austeras" (Font, 1999; Moreno, 1982). La Iglesia católica condenó a gran número de sus variantes a la marginalidad: prácticas «supersticiosas», «paganas», «mágicas», «profanas». Esta religiosidad, dicen muchos teólogos, es compatible con la carencia absoluta de fe.

En cualquier caso, las expresiones de nuestra necesidad de creer son omnipresentes, como testimonian quienes creen en la existencia de vías de paso (canales) hacia la vida pasada, la "abducción" por parte de extraterrestres, la clarividencia, los fantasmas, las brujas, la astrología, la levitación, los viajes astrales, la nigromancia, los milagros, la lectura de la palma de la mano, los ángeles, la lectura del aura, el exorcismo, las cartas del Tarot, etc. Estas creencias y experiencias son más frecuentes en ciertos tipos de personalidades patológicas y en determinadas religiones. Por otra parte, se ha dado importancia a la relación entre religiosidad e "ideación mágica", definida como una "casi creencia" de que determinados sucesos que no tienen relación causal entre ellos (según las creencias de una cultura), la tienen, en realidad. La ideación mágica es uno de los rasgos o dimensiones que se vienen últimamente adscribiendo a algunos trastornos psíquicos. El propio Freud se interesó por ellas. Hay quien encuentra en esas creencias una

confirmación de la ubicuidad de Dios, pero es más fácil considerarlas como un intento de "dar un significado" al hombre, al mundo y a la relación entre el hombre y el mundo. Así, pues, parecería que más que ser creados por Dios, crearíamos a Dios para nuestra conveniencia. Visión del psicoanálisis sobre la religión Se ha dicho que, de alguna manera, la indudable espiritualidad–religiosidad de Freud fue disociada como un "objeto interno" luego criticado y que sería necesario que el movimiento psicoanalítico lograra integrar ese objeto escindido

Mi visión sobre la Religión está muy influida por el psicoanálisis. Freud mantuvo que la conducta ambivalente (amor/odio) del niño respecto a la figura del padre toma en los adultos la forma de fe. Para algunos psicoanalistas, como el británico Winnicott, la Religión sería una "ilusión sana" y Dios podría ser considerado como "una representación de objeto transicional altamente personalizada". Recientemente, hay autores que creen que la Religión recupera el modo pre–verbal de relación del bebé con el mundo, la intuición intersubjetiva del bebé con su madre. Se ha distinguido también entre la religión "dogmática", (que consiste en una serie de principios basados en el dogma y en reglas de conducta rígidas. El incumplimiento de estas reglas frecuentemente conlleva castigos severos) y la religión "espiritual" que es la creencia en determinados conceptos que residen profundamente en la psique colectiva de la humanidad. (Estos conceptos no están basados en la lógica ni en la razón, ni son propuestos como verdades absolutas. Apelan a nuestra necesidad intuitiva de orden y pueden explicar el porqué más que el qué y el cómo de algunos fenómenos misteriosos y que sirven de guías éticas).

Por ejemplo la importancia de perseguir la satisfacción espiritual, de vivir una vida cargada de significado y propósitos y la eternidad del alma. Son temas individuales decididos frecuentemente por razones de temperamento y psicológicas.

Freud expresó sus críticas acerca de la Religión principalmente en sus obras "Moisés y el Monoteismo", "El futuro de una ilusión"(Freud, 1927) y "Totem y tabú" (Freud, 1913). Mantuvo que era comparable a las neurosis infantiles y que la conducta ambivalente del niño respecto

de su padre toma la forma de fe en los adultos. A "añoranza del padre" tras desear agredirle es utilizada en la explicación de la génesis del clan primordial.

Al comparar la religión cristiana con la judía Freud sostuvo que la religión cristiana no mantuvo el alto grado de espiritualización que había alcanzado el judaísmo, no era estrictamente monoteísta y no cerró del todo la puerta a los elementos supersticiosos, mágicos y místicos. Desde una perspectiva kleiniana, el psicoanálisis puede ser considerado como "una religión inmadura institucionalizada" (Dobbs, 2007). En efecto tiene una ortodoxia (la metapsicología), con grupos y escuelas a veces disidentes; rituales (las normas de práctica clínica; el encuadre sacralizado, neutralidad, anonimato, confidencialidad); una formación en institutos semejantes a los seminarios religiosos.

Para Winnicott (1964) la religión sería una "ilusión sana" y Dios podría ser considerado como "una representación de objeto transicional altamente personalizada". Guntrip (Guntrip, 1961) disentiría algo de su maestro y creía que Dios debe ser considerado como real y no ilusorio y que no se puede equiparar a la religión con la inmadurez y a la ciencia con la madurez. Para él la religión se dedica, como el psicoanálisis, a las relaciones intersubjetivas.

Recientemente, hay autores que creen encontrar los antecedentes de la religión en la vida mental del bebé y así se propone (D. Stern) que la religión recupera el modo pre–verbal de relación del bebé con el mundo, la intuición intersubjetiva del bebé con su madre (Black & Blum, 1992).

Por otra parte, se ha dado importancia a la relación entre religiosidad e "ideación mágica", definida por P.E.Meehl en 1964 como una "casi creencia" de que determinados sucesos que no tienen relación causal entre ellos (según las creencias de una cultura), en realidad sí la tienen. La ideación mágica es uno de los rasgos o dimensiones que se vienen últimamente adscribiendo a un llamado "espectro de la esquizofrenia", que incluye, además de este trastorno, la esquizoidia, la esquizotipia y el trastorno esquizoafectivo porque tienen síntomas

parecidos, aunque en distintos grados, junto a algunas alteraciones radiológicas y bioquímicas comunes.

A mi modo de ver, la religiosidad es una actitud semejante a la llamada "mentalidad psicológica" (Psychological mindedness), que caracteriza a los buenos psicoterapeutas y a los pacientes aptos para psicoterapia. No me consta, sin embargo, que se hayan hecho estudios que intenten correlacionarlas. La mentalidad psicológica ha sido descrita como la capacidad de un individuo para el auto–examen, la auto–observación, la introspección y el insight personal. Supone, así mismo, la capacidad de reconocer los vínculos entre los problemas actuales con el pasado y las dificultades personales con las dificultades en las relaciones con los demás6.

¿Hacia un endo–fenotipo de la religiosidad? Desde la psicología llamada "empírica" se han elaborado tests para detectar algunos aspectos relacionados con la espiritualidad y la religiosidad y se ha intentado encontrar una correlación entre la espiritualidad y la esquizoidia y entre la angustia, la impulsividad y algunas variables de la devoción religiosa (frecuentación del culto, cantidad de plegarias realizadas e importancia dada a la religión). Los tests han encontrado que la religiosidad intensa se manifiesta, con frecuencia, asociada al autoritarismo y al dogmatismo, la intolerancia, la rigidez y la insociabilidad. En algunos estudios se ha visto que distintos instrumentos relacionan varios otros constructos psicológicos con la espiritualidad.

Algunos autores señalan que la religiosidad (Koenig, 2007) y la "auto–transcendencia" están parcialmente determinadas genéticamente. Así, el eminente psiquiatra y genetista Ken Kendler estudió casi 2000 gemelos y concluyó que un 25% de la variabilidad para la religiosidad es genética y el 75% ambiental. Eso no quiere decir que se herede una tendencia a ser religiosos o no religioso, sino que la religiosidad correlaciona con el temperamento, la personalidad u otro factor que está influido por los genes, que podría ser cualquier factor biológico o un factor cultural que correlacione con otro factor biológico.

Vallejo Nájera (en un proyecto muy criticado que no he tenido la ocasión de consultar) propuso al parecer clasificar a la población en "castas", utilizando como criterio de clasificación los valores espirituales que cada individuo hubiera manifestado durante la Guerra Civil española. Los sujetos del estudio se clasificaban, según el proyecto original, en cinco grupos: miembros de las Brigadas Internacionales, presos españoles procesados por actividades políticas, separatistas vascos y marxistas catalanistas. (Vallejo Nagera: Biopsiquismo del Fanatismo Marxista, trabajo desarrollado entre 1938 y 1939).

Marc Hauser sostiene que hay una gramática moral universal moldeada a través de siglos de selección evolutiva que nos permita hacer una decisión rápida sobre dilemas éticos y lo razona a través de los resultados de sus experimentos sobre neurociencias, cooperación social y la teorías del lingüista Noam Chomsky, quien en 1950 mantuvo que todos los humanos estamos provistos de una gramática lingüística universal, un conjunto de reglas instintivas que subyace a todos los lenguajes. Propone Hauser que parece existir algún tipo de proceso inconsciente que dirige nuestros juicios morales, que no es accesible a la reflexión consciente, y tampoco forma parte de la educación infantil, pero que dirige nuestros juicios morales. Cree que en todas las sociedades existen principios tales como "haz a los demás lo que quisieras que te hicieran". Hay personas piensan que si fueras ateo no tendrías una moral y Hauser cree que no es así. (Marc Hauser. Moral Minds: How Nature Designed Our Universal Sense of Right and Wrong). Pfaff y colaboradores (Pfaff, Kavaliers, & Choleris, 2008), en un estudio concluyen que estudios sobre los mecanismos neurales y moleculares del sentimiento de temor pueden explicar cómo se produce esa forma de conducta ética que consiste en "tratar a los demás como desearíamos que nos trataran a nosotros". Recuerda a ese respecto la proposición de Chomksky de que los humanos estamos predispuestos a frases gramaticales preformadas (utter). Dice que los humanos estamos "programados para la reciprocidad". Pero hay también fuerzas antisociales como la violencia en este innato social. El balance proviene no sólo de influencias genéticas del temperamento

sino de efectos ambientales especialmente en periodos críticos neonatales y puberales.

Varios estudios realizados con hermanos gemelos (Bouchard et al', 1999; Kirk et al, 1999) dicen haber mostrado una "heredabilidad" de la religiosidad. En uno de esos trabajos en lo que se refiere la actitud religiosa se vio que (Koenig et al (2005); (Koenig, 2007), existe en la adolescencia una baja contribución de los genes (12%) respecto a la influencia de la familia (56%) y, en cambio, en los adultos, habría una mayor contribución de los genes (44%) que de la familia (18%). Por su parte, Kirk y cols (Kirk, Eaves, & Martin, 1999) estudiando medidas de "autotranscendencia" en Australia vieron que las puntuaciones eran mayores en las mujeres que en los hombres y que esa actitud estaba significativamente asociada a la afiliación religiosa, el estado civil (en las mujeres) y la edad (en los hombres). Ken Kendler estudió casi 2000 gemelos estudiando con cuestionarios su religiosidad (Mide factores como "devoción personal", cuánto se reza fuera de las comidas, cuánto consuelo se obtiene de la vida espiritual etc.). y vio que un 25% de la variabilidad era genética y el 75% ambiental, (No había relación con el nivel de psicopatología pero sí una relación inversa con el uso de alcohol drogas y nicotina, que se podría interpretar como la búsqueda de un "cojín protector" sobre los efectos de una vida estresante que les evita recurrir a esas substancias). En lo que se refiere a un posible substrato bioquímico, Borg y colaboradores (Borg, Andrée, Soderstrom, & Farde, 2003) estudiaron el funcionamiento del sistema serotoninérgico15 mientras se tenían experiencias espirituales y vieron que el potencial del binding correlacionaba inversamente con las cifras de "aceptación espiritual" una dimensiones de la "autotranscendencia", rasgo de personalidad que se refiere a las actitudes y las conductas religiosas. (Densidad de receptores 5-HT(1A) con PET en el Karolinska y con del Temperament and Character Inventory self-report). Por su parte, Waller y colaboradores (Waller & al, 1990) comparando las visiones religiosas y políticas de gemelos encuentran que los genes contribuyen en un 50% a la religiosidad . Señalan que eso no quiere decir que se herede una tendencia a ser religiosos o no religioso sino que la religiosidad correlaciona con el temperamento, la

personalidad u otro factor que está influido por los genes, que podría ser cualquier factor biológico o un factor cultural que correlacione con un factor biológico. Es decir que alguna diferencia genética no especificada afecta indirectamente no que la religiosidad u otro rasgo estén codificados de alguna manera en el DNA de una persona. (Por ejemplo, Plomin y cols. encontraron un factor de heredabilidad en la intensidad de la conducta de mirar la televisión que presentaba un conjunto de personas).

Dogmatismo, religiosidad y psicoanálisis

La religiosidad intensa se manifiesta con frecuencia asociada al autoritarismo y al dogmatismo y a la creación de instituciones, intolerantes con los que no comulgan con sus credos. La Inquisición y las Cruzadas ilustran bien, como comentan muchos psicoanalistas, las espantosas consecuencias a las que se ha llegado en la Historia por la obcecación en las creencias.

El dogmatismo es una especie de fundamentalismo intelectual. Los dogmas expresan verdades que se consideran indudables, no son sujetas a ningún tipo de crítica y llevan a creer que el mundo que existe es exactamente de la forma que lo percibimos. Durante la Ilustración, el pensamiento liberal se opuso al pensamiento autoritario. En lo que concierne a la Religión esa tendencia liberadora se manifestó en la lucha a favor de la adopción de la libertad del pensamiento y de la expresión, basándose los datos ofrecidos por la Ciencia. Sin embargo, la tradición de una educación autoritaria prevaleció en Occidente hasta los últimos decenios del siglo XX en el que, por efecto de la Contracultura, hubo de nuevo un movimiento hacia el pensamiento libre y la lucha contra la intolerancia.

Se han estudiado determinados factores psicológicos que se asocian con el dogmatismo. Frederick T. L. Leong encuentra una correlación entre dogmatismo, rigidez, insociabilidad bajos niveles de "persistencia", problemas con el control inhibitorio de los impulsos y mayor tendencia al aburrimiento. Bulter, J Corey (Corey, 2000) dice que los sujetos autoritarios están caracterizados por baja apertura a la experiencia, autoritarismo, tendencia a ser jerárquico, convencional

e intolerante, características todas ellas de la "ideología de derechas" (El autoritarismo correlacionaba con el Right-Wing Authoritarian (RWA) Scale y el Goldberg's 235-item del Big Five en un estudio de, Smirles, and Wentworth (1997) Rickert y cols. (Rickert, 2008) utilizando el Deese-Roediger-McDermott false memory paradigm, encuentran que las personas dogmáticas falsifican más lo recuerdos y aceptan esas falsedades más cuando vienen de instituciones poderosas. Eckardt, por su parte, propuso que dimensiones como autoritarismo, conservadurismo, militarismo y religiosidad están correlacionados, (El neuroticismo no correlaciona en cambio y el paradigma psicoanalítico de ansiedad (por excesivo super Yo), negación, represión y proyección no concuerda con estos resultados). En otro estudio se vio20 que el autoritarismo y las actitudes conservadoras correlacionan negativamente con la "apertura a la experiencia". (En un estudio de Peterson, Smirles, y Wentworth (1997) encontraron que la escala RWA Scale correlacionaba negativamente (r= - 36) con la apertura a la experiencia)..

Hoy se acepta que el dogmatismo deriva en parte de la genética (Scarr, 1981) y, por otra parte, también de determinadas experiencias, vividas sobre todo de la adolescencia (Altemeyer, 1996.). Kendler (Kendler, 1996) con el Parental Bonding Instrument, en una amplia muestra constituida por gemelos y sus padres, vieron que la "provisión de calor" es muy heredable. (Uno de los tres factores (calidez parental, proteccionismo y autoritarismo) que detectaron en la educación del bebé. Rodney Stark (Stark, 2002) no encuentra en una investigación las diferencias que durante mucho tiempo se han invocado en la espiritualidad entre hombres y mujeres

Pero el dogmatismo ha transcendido del campo de lo religioso y de lo político hacia otros aspectos del pensamiento humano. Así, como dice un autor, "queda por ver si Freud, Jung o Klein lavan más blanco en realidad que la Religión (…) Freud se describió a sí mismo como un conquistador que fundó un movimiento con su propia jerarquía y su propia forma de sucesión apostólica" (Charles Rycroft). En efecto, a lo largo de los años se ha asistido a una institucionalización del psicoanálisis en forma de "iglesias", a partir de disidencias, basadas en lí-

deres carismáticos que decidieron que diferencias mayores o menores en teoría o técnica justificaban el organizar un grupo independiente. Así mismo, se produjo una institucionalización de la educación psicoanalítica para delinear las fronteras de lo que es el psicoanálisis y su técnica. Dentro de la Asociación Psicoanalítica Internacional se crearon institutos de formación vinculados a las asociaciones locales. Eran los psicoanalistas didácticos los que podían impartir enseñanzas, especialmente el psicoanálisis de los candidatos, lo que les situó en la cúspide de pirámide de poder.

Las disensiones teóricas no fueron mayores que las que se han visto en otras ciencias. Llevaron sin embargo, a frecuentes cismas por el celo de Freud que favoreció posturas dogmáticas entre sus seguidores, pese a que puso en cuestión sus hallazgos año tras año. A la larga, como recuerda un crítico, "los discípulos de Freud han consagrado un conjunto de mitos y símbolos que podrían competir con la iconografía cristiana tradicional" (Philip Rieff, 1973).

Una de las posibles salidas a la crisis de identidad profesional que presentan frecuentemente los psicoanalistas durante su formación es la "conversión", fenómeno de idealización del todo indeseable. Merced a él, se adhieren a la doctrina psicoanalítica con el "furor del converso" y proclaman el alto valor científico de sus teorías, sin advertir que "el que añade el adjetivo de "científico" a todo conocimiento que considera irrefutable, cae en una gran contradicción (…) La Ciencia, en oposición a la Creencia, es insegura, modificable, provisional e irrespetuosa. Si podemos afirmar que la fidelidad es la mayor virtud en las relaciones basadas en creencias, en Ciencia es la peor de las traiciones (González de Ribera)".

Por ello, una de los requisitos fundamentales en la formación del psicoanalista es el hacerle capaz de aceptar la frustración en su práctica clínica y de adoptar una postura tolerante, no exenta de cierto escepticismo, ante la ambigüedad de las teorías. Para lograrlo, el analista debería tomar una distancia crítica de las figuras de sus maestros a las que un día se identificó.

Afortunadamente, aunque no parece probable que se llegue en un futuro próximo a un edificio teórico que abarque armoniosamente las teorías actualmente existentes, es claro que actualmente se observa una tendencia hacia la integración y el eclecticismo. Se entiende por integración, la síntesis conceptual de diferentes sistemas o modelos teóricos. El eclecticismo significaría la aplicación empírica y pragmática de métodos y prácticas inspirados por diferentes modelos teóricos, sin adherir necesariamente a las teorías que las apoyan. Una y otro, están justificados por la proliferación de múltiples terapias, la insuficiencia de cada una de las teorías, la ausencia de una eficacia superior de una terapia respecto de otras, la búsqueda de factores terapéuticos comunes a diferentes terapias y la reducción progresiva de recursos materiales a partir de la influencia ejercida por el sistema de los seguros sanitarios.

En el mundo entero se persigue la adopción de un "mínimo común denominador" que permite diferenciar lo que podemos considerar como psicoanálisis y lo que no. Para algunos autores el psicoanálisis es una vía de explorar significados más que de descubrir causas, una disciplina más hermenéutica que científica, un método de exégesis y traducción, no de tratamiento o curación. Sin embargo, lo cierto es que para la mayoría de los profesionales el principal objetivo del psicoanálisis sigue siendo la mejoría de la salud o la adaptación de los individuos. El psicoanálisis sería así considerado, desde el punto de vista terapéutico, como una Ciencia psiquiátrica básica.

El riesgo de las sectas para el Psicoanálisis

En nuestros días no es fácil mantener la distinción que, a principios el siglo XX, hicieron los sociólogos entre "iglesias" (grandes estructuras abiertas, que reposan sobre un cuerpo de sacerdotes profesionales y a las que se pertenece por nacimiento), y "sectas" (estructuras cerradas, a las que se pertenece tras adhesión voluntaria, agrupadas alrededor de un pastor que los fieles eligen). De hecho sólo a partir de los años 50 la noción de "secta" adquirió una connotación negativa de peligro.

Las llamadas "sectas de culto" suelen compartir ciertos rasgos sociales y psicológicos: todas ofrecen nuevos "conocimientos", más o

menos esotéricos, transmitidos por una autoridad indiscutible y arbitraria; la mayoría de los líderes rechazan la Medicina moderna a la que disputan el control que ejerce sobre sus seguidores; emplean la técnica del "lavado de cerebro" que designa la manipulación sistemática de la influencia social y psicológica sobre los individuos.

Es necesario reconocer que la historia de las religiones, de las ideologías y de los movimientos políticos y del propio psicoanálisis nos ofrece muestras frecuentes de adoctrinamientos abusivos. Sin embargo, no es aceptable el argumento radical de defender que las sectas no son sino aquellos grupos que se encuentran al margen de otras organizaciones competitivas bien avenidas con el poder imperante. En los años 60, la profunda crisis en las estructuras sociales que conllevó el movimiento contracultural favoreció el que numerosos jóvenes rebeldes contra sus familias y la autoridad se acercaran a sectas en las que encontraban unas figuras de padres omnipotentes con las que se identificaban. Se sustentaban allí prácticas basadas en conocimientos psicológicos de tendencia orientalista y en el llamado movimiento de "desarrollo del potencial humano": meditación, yoga, dietas exóticas etc. Estas "comunas" juveniles desaparecieron rápidamente porque no proporcionaban la suficiente seguridad y estructura. Pronto fueron substituidas por grupos más organizados con ideología neo–cristiana, política o psicológica y actualmente por grupos que afirman que el "pensamiento positivo", unido a determinados conocimientos psicológicos traerán la prosperidad a la Humanidad.

El "gurú" o líder de estas sectas suele ser una persona con características mesiánicas y a veces con graves rasgos paranoides. Frecuentemente están convencidos de sus poderes especiales y de su destino sobrenatural. Incluso, cuando inicialmente sus motivaciones sean el poder y el dinero, la respuesta sumisa del grupo genera en ellos sentimientos de omnipotencia.

Sólo los jóvenes de personalidad más débil parecen vulnerables a la influencia de estas sectas. Dos tercios de los que ingresan en sectas lo hacen en periodos de crisis personales, afectivas, laborales o de estudios. Sin embargo, no parece haber grupos o culturas del todo

refractarios a estas influencias. Las personas vulnerables se ven sometidas en estas sectas a técnicas de "reforma de pensamiento" que favorecen el aprendizaje de informaciones y comportamientos que pueden llegar a cambiar su personalidad previa, suprimiendo antiguos puntos de vista y conductas. Estos programas se realizan colocándoles en situación de impotencia en un sistema autoritario de control; controlando el tiempo y el espacio vitales; transmitiendo un sistema de lógica cerrado que no puede ser modificado; minando la confianza del sujeto en sus propias percepciones; creando, en fin, nuevos comportamientos con un sistema de recompensas y castigos de tipo social (aislamiento, humillación, etc.). Los sujetos se hacen progresivamente más rígidos e inflexibles y, a plazo medio, se producen trastornos por estrés (pesadillas recurrentes, depresión, ansiedad, culpa), trastornos de la concentración y de la memoria y un debilitamiento de la personalidad. Las personas que consiguen (tras las múltiples trabas que la organización les pone) abandonar las sectas, se enfrentan a las pérdidas de años productivos de sus vidas e incluso de sus posesiones y se encuentran con que se ha empobrecido notablemente su capacidad de lucha y su iniciativa.

Los grupos sectarios más peligrosos hoy en día, según ellos, nos son los movimientos amplios como los "testigos de Jehová" o la "cienciología", ya habitualmente estigmatizados. Los más temibles serían los grupos pequeños dispersos que no se inscriben en una finalidad religiosa, y que proponen un "descubrimiento de sí mismo", un "trabajo espiritual", o terapias alternativas a la medicina tradicional.

En ese sentido del intrusismo profesional, es extraordinariamente frecuente en los países occidentales que las sectas que pretenden obtener con sus actividades cotas crecientes de control social desarrollen diversas prácticas dudosamente científicas o francamente espúreas. Numerosas sectas de culto reclutan a ciudadanos, frecuentemente pacientes mentales, para endoctrinarles y a la larga explotarles vital y económicamente. Un rasgo general de todas ellas es la negación de la enfermedad mental y los ataques hacia la Psiquiatría. Curanderos de todas las tendencias hacen su agosto en ciudades grandes y chicas.

EL FUTURO DE LA PSIQUIATRÍA: CUESTIONES BÁSICAS. LA PSIQUIATRÍA ACTUAL.

Pierre Pichot.

Catedrático Emérito de la Universidad de París V René Descartes y miembro de la Academia de Medicina Francesa y de la Real Academia de Medicina Española. Socio de Honor de la Sociedad Española de Psiquiatría. Ex Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría

La psiquiatría actual.

La psiquiatría nació como especialidad médica hace 200 años. Es cierto que la medicina, desde sus orígenes en la Grecia antigua, había descrito varias formas de enfermedad mental, había elaborado teorías acerca de sus orígenes y mecanismos, había propuesto terapias y algunos de los locos y dementes habían recibido cuidados en varias instituciones especiales. Pero se admite, generalmente, que la psiquiatría definida como la rama de la medicina, cuyo objeto es estudiar y tratar los trastornos mentales y del comportamiento, apareció en su forma moderna al final del siglo XVIII. El bagaje cultural en este nacimiento y el papel jugado por médicos como Pinel no necesita ser evocado ahora. Será suficiente con hacer hincapié en el hecho obvio de que durante las dos centurias de su historia, la psiquiatría ha acumulado un cuerpo de conocimiento científico y ha adquirido una indiscutible eficacia terapéutica, siendo el ritmo de su progreso continuo y aún mayor en los últimos 50 años. Sin embargo, durante el conjunto de su historia, los conflictos han crecido entre lo ideológico y otras fuerzas y estos conflictos han tenido y tendrán consecuencias prácticas. Han resultado, y resultarán, modificaciones

de los sistemas de investigación, enseñanza y cuidados, modificaciones de las relaciones con otras disciplinas médicas y no médicas y, en definitiva, el resultado aún inacabado es el de una modificación en el rol profesional del psiquiatra, tanto en su entorno profesional como en la naturaleza de su actividad. Para describir y discutir las cuestiones básicas a las que se enfrentará la psiquiatría en el futuro, debemos primero examinar las tendencias fundamentales que han estado, están y estarán en juego. La fórmula según la cual la psiquiatría es una disciplina biopsicosocial ha tenido el mérito de poner el acento en la existencia de tres elementos básicos, cuyos pesos específicos han determinado cambios en su centro de gravedad y, finalmente, en su identidad. Los primeros dos elementos, lo biológico y lo psicológico, han sido siempre los más conspicuos debido a sus implicaciones filosóficas. Por ello, el DSM-IV, tratando en su introducción de definir el verdadero objeto de la psiquiatría escribe:

El término trastorno mental desafortunadamente implica una distinción entre trastorno «mental» y «físico» lo que supone un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo (…). Hay mucho de «físico» en los trastornos «mentales» y mucho de «mental» en los trastornos «físicos».

Sin embargo, aun rechazando sumariamente el dualismo mente/cuerpo como un reduccionismo anacrónico, el DSM-IV no resuelve el problema y se ve obligado tras admitir que «esto es más claro que su propia solución», a retener el término de trastorno mental «porque no hemos encontrado un sustituto apropiado». En su reciente historia de la psiquiatría Edward Shorter ha formulado más concretamente esta cuestión aseverando que la psiquiatría ha estado siempre rota entre dos visiones de la enfermedad mental. Una visión enfatiza las neurociencias, con su interés en la química cerebral, neuroanatomía, y medicación viendo el origen del distrés psicológico en la biología del cortex cerebral. La otra visión acentúa el lado psicosocial de la vida de los pacientes, atribuyendo sus síntomas a problemas sociales o problemas personales en su pasado y a los que estas personas pueden haberse mal ajustado (…). Aunque los psiquiatras pueden compartir ambas perspectivas cuando tratan individualmente a sus

pacientes, dichas perspectivas son en realidad diametralmente opuestas, y no pueden ser ciertas al mismo tiempo.

La afirmación de Shorter que reduce el conflicto de tendencias dentro de la psiquiatría a una oposición entre dos perspectivas incompletas debe ser corregida en tres puntos. En primer lugar, trata principalmente con hipótesis etiológicas mientras que cada tendencia cubre un ámbito más amplio. En segundo lugar, combina, en una única tendencia, lo psicológico y lo social aun cuando sean en muchos aspectos distintos. Y, finalmente, incluso el más entusiasta simpatizante o adherido a una de las tres vertientes, no niega, hoy en día, completamente el rol de los elementos pertenecientes a los otros, solamente los considera como de una importancia marginal. El núcleo de lo que hoy llamamos psiquiatría biológica descansa en la convicción de que los fenómenos psicológicos y comportamentales son expresiones del funcionamiento subyacente del cerebro y los trastornos mentales resultan de la perturbación de este funcionamiento. Pero también atribuye la mayoría de las disfunciones observadas, al menos hipotéticamente, a causas orgánicas, como la herencia, mientras que minimiza el rol etiológico de los factores sociales y psicológicos y está en la convicción de que la más efectiva forma de terapia es la de naturaleza biológica. Históricamente, la orientación psicológica en psiquiatría apareció durante la primera mitad del siglo XIX con la escuela alemana de los «mentalistas» (Psychiker), como Heinroth, que postuló una radical diferencia de naturaleza entre cuerpo y alma. Los trastornos mentales conciernen sólo al alma: son la consecuencia de los pecados previamente cometidos por los enfermos mentales y podrían solamente ser corregidos por una forma de psicoterapia que hace a los pacientes llegar a ser conscientes de aquellos pecados y repudiarlos. La orientación psicológica moderna que aparece al final del siglo XIX con Freud, Janet y otros no adoptó más este dualismo metafísico alma/cuerpo con su bagaje religioso e incluso reconoce el posible papel de las disfunciones cerebrales. Pero afirma que, en la práctica, la mejor manera para comprender las enfermedades psiquiátricas es atribuirlas esencialmente a causas psicológicas individuales que han distorsionado —a menudo en los pri-

meros años de la vida— el normal desarrollo de la personalidad de los pacientes. La elucidación de los mecanismos intrapsíquicos implicados, la búsqueda de su origen y el significado de los síntomas escondidos en la parte inconsciente del pensamiento son fundamentales para comprender la naturaleza de la enfermedad. La psicoterapia es la única técnica que conduce a una reestructuración de la personalidad a lo largo de unas líneas normales, que es el objetivo básico del tratamiento. Más que ninguna otra rama de la psiquiatría, la perspectiva social ha jugado siempre un rol dominante en la psiquiatría. El sistema asilar, que fue el más característico aspecto de su práctica a lo largo de más de una centuria y que la diferenció de otras especialidades de la medicina, se basó primordialmente en consideraciones sociales: la protección de los locos incapaces para vivir normalmente en la sociedad y la protección de la sociedad contra los potenciales comportamientos disruptivos del loco. El sistema actual, que lo reemplaza progresivamente con su énfasis en el tratamiento comunitario y en la rehabilitación, es una expresión diferente de la misma idea básica: dichos trastornos mentales expresan una pérdida de la adaptación social y su tratamiento debe aspirar a la readaptación del paciente. Pero, más allá de estos hechos generalmente aceptados, existe un aspecto mucho más específi co de la tendencia social. Algunos de los miembros del movimiento antipsiquiátrico, que culminó en los años sesenta, reclamaban incluso que los llamados trastornos mentales eran en realidad reacciones normales de individuos que vivían en una sociedad enferma y que los trastornos desaparecerían con un cambio radical de la estructura social presente. Incluso si tal extrema posición no se sostuvo por mucho tiempo, existe una poderosa tendencia que enfatiza el aspecto social de los trastornos mentales, así como la contribución de las causas sociales a su etiología y la eficacia de los tratamientos de orientación social. A la par que minimiza las contribuciones de los factores biológicos y psicológicos individuales. Las teorías psiquiátricas, las instituciones y las prácticas han estado constantemente influenciadas por esas tres corrientes ideológicas, pero, de acuerdo con cada periodo, cada una de ellas ha ganado en influencia y dichos cambios han tenido lugar más o menos

simultáneamente, aunque se ha mantenido algún grado de especificidad en los diferentes países por tradiciones científicas, sistemas de valores y la situación política y social. Durante los dos últimos siglos ha predominado constantemente una escuela nacional cuyo prestigio ha constituido un modelo seguido en sus grandes rasgos por las otras. Al inicial liderazgo de la escuela francesa con Pinel, Esquirol y sus discípulos le sucedió en ese liderazgo, con posterioridad a 1870, la psiquiatría de los países de lengua alemana. Nombres como los de Kraepelin, Bleuler y Freud simbolizan, entre muchos otros, un prestigio que permaneció hasta la Segunda Guerra Mundial. Desde 1945, la psiquiatría de Estados Unidos es la de mayor influencia. Cualesquiera que sean las causas, la economía o el poder político del país, el alto nivel científico o técnico de las instituciones o el hecho de que el inglés ha llegado a ser el lenguaje internacional de comunicación, el resultado es obvio. En el congreso anual de la Asociación Americana de Psiquiatría, el número de participantes que llega desde el resto del mundo, supera ya al de los propios miembros americanos. Los Archives of General Psychiatry y el American Journal of Psychiatry son las publicaciones más prestigiosas en su ámbito y desde la aparición del DSM-III, los principios y la nomenclatura de este puro sistema nosológico americano, se han incorporado prácticamente desde 1992 a la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud. Por estas razones, cuando se discuten los matices en la evolución de la psiquiatría durante las últimas décadas es común referirse al escenario americano, a pesar de sus particularidades, ya que constituye un magnífico espejo donde se reflejan dichos matices o aspectos de la evolución psiquiátrica. Durante el último medio siglo, la psiquiatría ha sido sometida a tres sucesivas pero superpuestas fases: una psicológica-psicodinámica, una segunda social y una tercera biológica. Cada una ha tenido su periodo de relativa supremacía pero, adicionalmente a su influencia ideológica, ha dejado su impronta en los cambios institucionales. Estos cambios han tenido lugar en el contexto de una profunda modificación de las estructuras en los sistemas de salud mental, de los cuales han sido en gran parte responsables. Tres pueden mencionarse: el considerable incremento de la

demanda para los tratamientos psiquiátricos; la remarcable expansión del número de los trabajadores de la salud mental, no solamente en relación a los médicos especialistas, sino también en lo referido a los psicólogos clínicos o los trabajadores sociales, así como, el cambio en la naturaleza de sus funciones y el reparto de las tareas entre esos grupos de profesionales, y, por último, la mayor conciencia de la sociedad acerca del incremento de los costos de los cuidados de los enfermos mentales. Las cuestiones que enfrenta la psiquiatría están ligadas con la contribución de todos esos factores con la presente situación. Para una mayor claridad, deberíamos discutirlas en relación con tres orientaciones fundamentales. El aspecto más espectacular de la moderna orientación psicológica ha sido la corriente que inundó la psiquiatría americana entre 1940 y 1970. Una corriente que se manifestó también en otros muchos países aunque con menor intensidad o con formas diferentes o en tiempos distintos. En realidad, comenzó en 1880 con una renovación del interés por las neurosis y el conexo nacimiento de la p sicoterapia. Inicialmente, pertenecientes al ámbito de los internistas y de los neurólogos, ambas fueron progresivamente incorporadas a la psiquiatría. El psicoanálisis, una de las doctrinas y técnicas terapéuticas nacidas en ese tiempo, llegó a ser la más influyente y se expandió firmemente, aunque permaneció hasta 1940 como un movimiento minoritario. Por razones complejas, llegó a ser la doctrina hegemónica en Estados Unidos, adquiriendo tal grado de influencia en el mundo de la patología mental que alrededor de 1945 era prácticamente imposible para un no-psicoanalista llegar a ser jefe de un departamento universitario de Psiquiatría. Después de dominar la escena durante una generación, su reflujo comienza en los años sesenta con el crecimiento de la orientación biológica y psicofarmacológica. Aunque el psicodinamismo ha dejado una importante controversia teórica y en diversos países su papel está lejos de considerarse como menor, sin embargo, se considera que es en 1970 cuando se termina esta fase, la cual, vista en una perspectiva amplia, ha tenido fundamentales y últimas consecuencias cuyos aspectos crecerán en el futuro. Las primeras derivaciones, desde la incorporación de las neurosis al campo de la psiquiatría, han sido el decisivo paso hacia la

extensión del concepto de trastornos mentales, hasta entonces prácticamente restringido al campo de las psicosis. La orientación psicológica ha favorecido un modelo continuo entre lo normal y lo patológico y la psicoterapia ha sido aplicada de forma incrementada a casos cuyo carácter patológico era cada vez menos obvio. Tal evolución ha alcanzado tal punto, que la determinación de los criterios para los límites de la patología ha llegado a ser un problema apremiante. La segunda consecuencia fue que la psicoterapia llegó a ser objeto de una creciente y continua demanda cualesquiera que fuesen las razones para tal fenómeno, probablemente en relación con la secularización de la cultura. Si el psicoanálisis ortodoxo nunca ha sido de hecho aplicado más que a un limitado número de casos, con su declive muchos nuevos métodos —en la actualidad representados por los cognitivo-conductuales, pero también por otros— están siendo utilizados hoy a gran escala. En Estados Unidos, la psicoterapia supone el 8% de los gastos de tratamiento ambulatorio para cualquier tipo de enfermedad, sea somática o psiquiátrica. En ese país, los psicólogos clínicos, que desde 1945 habían derivado hacia la psicoterapia la mayor parte de su actividad profesional, eran alrededor de 20.000 en 1980, en una época en la que ejercían 26.000 psiquiatras y otros grupos profesionales, como los trabajadores sociales «clínicos» estaban también implicados. Hacia 1990, eran 80.000, un cuarto de los cuales en práctica exclusiva privada. La situación americana es extrema pero la tendencia es universal. La psicoterapia, a pesar de los esfuerzos realizados recientemente en varios países europeos, tiende a escaparse de los medios específicos psiquiátricos, una evolución propiciada además por factores económicos. La práctica de la psicoterapia es ya —y lo será todavía más en el futuro— una cuestión que confronta con la psiquiatría. Las preocupaciones sociales que aparecieron en el mundo después de 1945 se expresaron en la medicina a través de la creación del Servicio Nacional de Salud en Inglaterra o de la Seguridad Social francesa entre otras. En psiquiatría, esta corriente social comenzó con una revolución institucional cuyo rasgo básico fue el declive del sistema asilar. La necesidad sentida de proveer cuidados mentales adecuados a toda la población y de

reducir las constricciones legales a las que los enfermos mentales estaban sometidos dio como resultado una nueva organización. Esta incluyó la creación de sectores geográficos de población para la salud mental con equipos interdisciplinarios de psiquiatras, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales, los cuales eran responsables de la reducción de las hospitalizaciones, preferentemente en pequeñas unidades localizadas en hospitales generales. Incluyó, así mismo, el énfasis en los tratamientos ambulatorios, en el domicilio del paciente o en dispensarios dentro del vecindario y la creación de estructuras intermedias, como hospitales de día y de noche y otros varios, con el objetivo de facilitar la reintegración social. Este nuevo sistema de cuidados está generalmente aceptado, en cualquier lugar, como el ideal aunque las formas que adopta y su grado de ejecución varían ampliamente en función del país. Además, su articulación con la práctica privada —este sistema está básicamente soportado por el Estado— acrecienta sus problemas. Uno es el problema económico, en relación al coste de la eficacia de las diferentes organizaciones propuestas. Esto ha llegado a ser un tema favorito de investigación de la nueva disciplina de la economía médica. Pero otras dos cuestiones han aparecido. La primera está ligada con el nuevo estatus y el papel de los psiquiatras. En el grupo interdisciplinar el psiquiatra está en una posición minoritaria y cada vez más enfrentado con la reivindicación de autonomía de otros miembros profesionales del grupo, situación que ha provocado en los centros comunitarios de salud mental americanos violentas controversias y que ha conducido en un gran porcentaje a su derrumbamiento. El segundo problema es el peligro de expandir bajo una perspectiva social el concepto de trastorno mental. Así como los psicoterapeutas están ahora, ellos mismos, consternados por puros problemas existenciales, así también, los trabajadores sociales, e igualmente los psiquiatras de orientación social, están tentados de extender su sistema de cuidados a situaciones relacionadas con la inadaptación social originados en fenómenos no médicos como el desempleo, la discriminación racial u otras y otros elementos similares. Para conservar su identidad médica, el psiquiatra debe hacer frente a este aspecto. Visto desde una perspectiva

amplia, la orientación biológica que comenzó en 1950 con el descubrimiento de las drogas psicotrópicas, es la que ha tenido los efectos más decisivos. Dos de ellos, de forma indirecta. Fue responsable del reflujo o retirada de la corriente psicológica. Es cierto que la demanda hacia la psicoterapia ha continuado, y sigue incluso creciendo, pero dicha demanda ha sido respondida por especialistas no médicos, mientras que el psicodinamismo ha perdido su posición hegemónica en la psiquiatría misma. En su antiguo bastión, Estados Unidos, el porcentaje de psiquiatras que son al mismo tiempo psicoanalistas ha decrecido en 1988 hasta un 2,7%. Por otra parte, es obvio que la eficacia de los tratamientos con psicotropos, ha hecho posible una serie de cambios drásticos, promocionados inicialmente por la orientación social, desde el asilo a un sistema de cuidados. Pero los efectos directos han sido también impresionantes. Si el descubrimiento de las nuevas drogas fue empírico, su actividad sugiere que los mecanismos básicos, cuyas perturbaciones se manifiestan en forma de trastornos mentales, tienen una naturaleza biológica. Descubrimientos técnicos en bioquímica, imagen cerebral, genética o biología molecular permiten formular hipótesis acerca del rol de la neurotransmisión, la localización cerebral de las funciones afectadas y los factores genéticos implicados. La orientación biológica no solamente domina la investigación hoy, sino que ha sido responsable, en un marco general, de lo que se ha venido llamando la «remedicalización de la psiquiatría». El DSM-III ha sido la expresión simbólica de este movimiento. Contra la indiferencia hacia el modelo médico manifestado por muchos defensores de la orientación psicológica y social, el DSM-III adoptó explícitamente una concepción médica de la enfermedad psiquiátrica. A pesar de que declara que es «ateórico», está ampliamente inspirado desde la corriente biológica. Nacido significativamente en el país en el que —de acuerdo con el director de la A sociación Americana de Psiquiatría, Melvin Sashbin—, la psiquiatría había caído en un pozo sin fondo propiciado por los excesos de la orientación psicológica y social, resulta que su nacimiento reflejó, como subraya Gerald Klerman, «la afirmación de la identidad médica de la psiquiatría». Pero esta remedicalización se manifestó ella misma en otro

nivel. Para el público, como para el resto de la medicina, el hecho de que los actos terapéuticos de los psiquiatras consistan en la prescripción de drogas ha contribuido a dar a la psiquiatría una imagen médica más típica. El ascenso de la orientación biológica, ha afectado también a la profesión, en el sentido de que otros colectivos médicos están ahora implicados. Así, muchos casos de trastorno mental, incluso severo, pueden ser ahora tratados por médicos generalistas, los cuales son actualmente los prescriptores en Francia del 60% de los antidepresivos. Además, la restricción del rol de los especialistas está favorecida por organismos públicos o privados que soportan los costos de la atención. Pero, incluso en el ámbito de los trastornos mentales más severos, emerge otro movimiento cuyo objetivo es modificar básicamente la identidad del psiquiatra. Inspirado en posiciones ideológicas extremas, propone reducir la psiquiatría al estudio de las disfunciones cerebrales y por ello incorporarla, como uno de los campos de aplicación, en los niveles de docencia, investigación e incluso asistencia al ámbito mas general de las neurociencias. Publicaciones influyentes han defendido recientemente esta reorganización básica de la especialidad, rescatando en una forma más extrema la neuropsiquiatría del siglo XIX y proponiendo al mismo tiempo que muchos de los componentes psicológicos y sociales deben dejarse a las profesiones no médicas. Aunque tales especulaciones pueden aparecer hoy como dogmáticas e irrealistas, apuntan hacia problemas que, probablemente, tendrán importancia en el futuro. La existencia de una crisis en la psiquiatría se evoca, con frecuencia creciente, cuando se mencionan los aspectos básicos que han sido brevemente subrayados. Algunos de estos aspectos son tan viejos como la psiquiatría misma. ¿Con qué criterios y con qué límites deben ser definidos los trastornos mentales para dar a la psiquiatría un verdadero estatus médico? ¿Cómo pueden los tres componentes de nuestra biopsicosocial disciplina ser combinados en una perspectiva completa? Pero otros, más concretos, apremian ahora. Conciernen al ámbito de actuación profesional de los psiquiatras, confrontados a los requerimientos económicos de la sociedad y con la competencia creciente de otros grupos médicos, como los generalistas y, en otro nivel, los «neurocientistas»

y de grupos no médicos, como los psicólogos clínicos, los trabajadores sociales y otros que reclaman una competencia especial en la corrección de las disfunciones psicosociales. Nadie puede dar hoy una respuesta a tales cuestiones pero todos los psiquiatras deben ser conscientes de las mismas.

LA HERENCIA DE LAS IDEAS EN PSIQUIATRÍA.

Jean Garrabé

Psychiatre honoraire des hopitaux, membre honoraire de l' Association Mondiale de Psychiatrie. Socio de Honor de la Sociedad Española de Psiquiatría.

Hemos heredado en el Siglo XX de nuestros maestros en psiquiatría conocimientos sobre las enfermedades mentales y su tratamiento y debemos ahora pensar en los que vamos a transmitir a las nuevas generaciones de médicos que van a dedicarse en el Siglo XXI a tratar los enfermos que sufren de estos penosos trastornos.

¿Cuáles son los médicos que podemos considerar como nuestros antepasados en esta rama tan peculiar de la medicina que llamamos desde inicios del siglo XIX psiquiatría?

1800. La psiquiatría nace con la publicación a fines del año 1800 en Paris por Philippe **Pinel** (1745-1826) del *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale et la manie,* obra inmediatamente traducida al castellano y publicado en Madrid (1). La traducción en alemán en 1801 suscita la admiración del filósofo alemán Wilhem Friedrich **Hegel** (1770-1831) que felicita a Pinel por haber entendido que la alienación mental no corresponde a una perdida completa de la razón sino a una contradicción interna que puede resolverse por el tratamiento moral o sea psíquico (En el siglo XVIII ° los filósofos oponían lo" moral" a lo "físico" del ser humano). Hemos publicado en 2005 con la profesora Dora B. Weiner que era profesor de las ideas en la UCLA, una edición comentada de segunda edición revisada publicada por Pinel en porqué no resulta fácil para un lector

del siglo XXI ° entender lo que decía el médico francés a principios del Siglo XIX (2). Este es un ejemplo de herencia de conocimientos que se hace de una generación a la siguiente pero hay también otros conocimientos que se transmiten entre médicos de la misma generación que viven y ejercen su arte en países e incluso en continentes distintos.

Quisiera ahora analizar que han hecho durante los siglos XIX y XX los psiquiatras franceses y los españoles de esta herencia en Europa, pero también en Latino-América ya que varios médicos españoles importantes han emigrado a este continente en el siglo XX. Veremos también como nuevos conceptos psicopatológicos han pasado de un país a otro en los siglos XIX y XX.

La Salpêtrière.

Pinel hizo la mayor parte de su carrera en el asilo de La Salpêtrière fundado, como lo indica su nombre que ha conservado hasta nuestros días, en una antigua fábrica de salitre que se utilizaba para fabricar pólvora, ubicado en las afueras entonces de Paris, por un edicto fechado el 26 de Abril de 1656 del joven rey Luis XIV cuya madre es la española Ana de Austria, reina de Francia y Regenta durante la minoría de su hijo Louis Dieudonné; este asilo que dependía del Arzobispado de Paris para su gestión y financiación como obra de Caridad, acogía mujeres de todas las edades y niños pequeños huérfanos o con sus madres que no tenían domicilio; algunas sufrían de locura pero también entre ellas había viudas, mujeres abandonadas pobres, mendigas o prostitutas; la iglesia San Luis de La Salpêtrière está construida con ocho naves en cruz griega para que las diferentes clases de mujeres acogidas en el hospicio puedan asistir a misa viendo el altar central desde una de las naves sin tener contacto visual con las otras

Los parisinos varones iban a otro asilo, el de Bicêtre también ubicado en las afueras de Paris. Pinel trabajo unos meses al principio de la Revolución francesa en Bicêtre en donde vio que el guardián de los locos, Jean-Baptiste Pussin (1746-1811) había conseguido quitar las cadenas de hierro a los furiosos utilizando camisolas de cutil

que permitían a los enajenados desplazase libremente por los patios del hospicio. Pinel admiro también a su esposa Madame Pussin que había conseguido seguir alimentado a los locos cuando al principio de la Revolución Francesa se produjo un extrema escases de víveres que provoco numerosas muertes de hambre sobre todo en la región parisina.

Por eso cuando el gobierno revolucionario le nombro médico-jefe en la Salpêtrière, al mismo tiempo que profesor en la Escuela de Medicina fundada para remplazar la Facultad Real, suprimida al principio de la revolución como todas la instituciones reales por ejemplo la Sociedad Real de Medicina, pidió que nombrasen a Pussin y su mujer en La Salpêtrière, lo que solo conseguirá cuando su antiguo condiscípulo en la Facultad de Medicina de Montpellier, Jean-Antoine Chaptal (1756-1832) fue nombrado ministro del Interior en 1800 por el Primer cónsul, el general Bonaparte que empezaba a darse a conocer; la gestión de los hospicios y hospitales fue confiada a este ministerio. Chaptal que era doctor en medicina de la Facultad de Montpellier hizo además de sus investigaciones en química una larga carrera política hasta la Restauración.

Doy estos detalles sobre el contexto del nacimiento del alienismo porque pienso personalmente que los acontecimientos políticos tales como revoluciones, guerras civiles o internacionales tienen un impacto mayor de lo que se dice en la historia de la medicina y en particular en la de la psiquiatría; tenemos ejemplos dramáticos de ello en los siglos XX y XXI

Los discípulos directos de Pinel

El mas conocido de los discípulos de Pinel es Jean- Etienne - Dominique **Esquirol** (1772-1840). Este no es nombrado a la muerte de su maestro ni médico en La Salpêtrière, ni profesor en la Facultad de Medicina, sino primero en el asilo de La Salpêtrière como "vigilante de las locas" a la muerte de Pussin y luego como médico en el Asilo de Charenton, otra institución caritativa que habían fundado en las afueras de Paris los Hermanos italianos de San Juan de Dios que la reina María de Médicis había hecho venir de Florencia a Paris

después de su matrimonio con Enrique IV de Bourbon (1572-1610) , el primer rey de Francia y de Navarra de esta familia Bourbon, descendiente de San Louis, hijo de Blanca de Castilla, por su padre Antoine de Bourbon.

A través de este matrimonio, que había negociado el tío de María de Médicis Ferdinando I ° de Gran Duque de Toscana, por motivos políticos y económicos, se acordó que la dote de la novia cubriera parte de la enorme deuda que tenía Francia con el Banco Médicis, y ello tuvo consecuencias sorprendentes sobre los intercambios en medicina entre varios países europeos como vamos a ver a continuación.

Philoteus Montalto (1567-1616)

Acompañaba a María de Médicis un médico nacido en 1567 en la ciudad portuguesa de Castello Branco en una familia de judíos conversos sin duda escapados de España tras la expulsión de aquellos; había estudiado la medicina en Salamanca bajo el nombre de Felipe Rodríguez de Castelo Branco ; viajó después de doctorarse en España por varios países europeos y se instaló por fin como médico en el Gheto de Venecia en donde vuelve a la religión de sus antepasados en este barrio veneciano en el que había varias sinagogas; los médicos judíos podían salir libremente de esta judería vestidos como los otros ciudadanos de Venecia para asistir a los enfermos católicos que vivían en los otros barrios de la Republica veneciana. Montalto acepta sin embargo, como se lo pidió el Gran duque de Florencia al que habían informado de sus primeras publicaciones científicas en Italia, acompañar como médico personal a su sobrina Catalina de Médicis cuando ésta, después de casarse con Enrique IV vino a vivir al Palacio del Louvre en Paris; los judíos habían sido expulsados de la capital francesa en donde no había sinagogas pero se toleraban que viviesen en ella con la condición de que no celebrasen el culto hebraico. Pero el asesinato en 1610 del Rey de Francia y de Navarra hizo que María de Médicis sea Regenta durante la minoría de edad de su hijo Luis XIII de Borbón, lo que explica el nombramiento de Montalto con el prestigioso cargo de médico de Rey de Francia. Esta

regencia fue muy tumultuosa porque María de Médicis no confió el poder político a los aristócratas franceses sino los gentilhombres florentinos que la habían acompañado; uno de estos, llamado Concino Concini, que se había casado con una amiga de infancia y confidente de la Reina que tenía mucha influencia sobre ella, la Galigaï , acumulo una fortuna colosal y recibió incluso el título de Mariscal de Langres cuando no había asumido nunca un mando militar .

En 1614 Philoteus Montalto Lusitani publica en Paris un libro en latín intitulado Archipa*thologia in* qu*a internarum capitis affectionum essentia, causae, signe, praesagia et curation acuratissima indaginae dissentur* (3) que firma médico del Rey de Francia, Luis XIII , y de su madre la Regenta, cargo que efectivamente ocupa en este año; Montalto murió poco después en 1616 cuando formaba parte de otra comitiva real, la que esta vez acompañaba el Rey Luis XIII hacia la frontera española para casarse con Ana de Austria, por lo que no le afectaron las terribles luchas políticas entre los franceses que apoyaban al rey y los florentinos que apoyaban a la Regenta que no se resolvía a devolver el poder a su hijo y que acabaron de manera dramática con el asesinato del Mariscal de Langres por los guardias del Rey Louis XIII y la condena por el parlamento de Paris de la Galigaï a ser quemada viva por bruja en una hoguera en la plaza de Gesvres y sus cenizas tiradas al Sena.

El libro de Montalto ha sido muy estudiado y comentado en los siglos siguientes por ejemplo por el británico **Robert Burton** (1577-1640) que publica en 1621 en inglés la primera edición de *The Anatomy of Melancholy* , obra que tuvo ocho ediciones en el siglo XVII ; solo se ha publicado en el siglo XX en Paris una traducción en francés de estas ocho ediciones (4) con una interesantísima presentación del psiquiatra suizo de origen polaco Jean **Staborinski** (1926-2019) que ha presentado en Ginebra en 1960 su tesis doctoral sobre la melancolía; este investigador llevó a cabo después de 1960 una serie de cursos en el Collège de France y publicó en 2002 un recopilación de todos los textos que dedicó a la historia de la melancolía (5).

En 1997 la *Asociación Española de Psiquiatría* publico una traducción en español de la *Anatomia de la melancolia* de R. Burton con la traducción del prefacio escrito en francés por Jean Staborinski *Démocrite parle* (6 p.11-30) para la edición de la traducción en francés de todas las ediciones en inglés del libro de Robert Burton de la que acabo de hablar.

Pero el libro publicado por Montalto en latín, que Robert Burton cita constantemente en el que escribió en inglés, se ha ido olvidando poco a poco en los siglos ulteriores cuando los textos de medicina empezaron a publicarse en las lenguas modernas y no en latín. En el siglo XXI esta obra vuelva a interesar de nuevo a los historiadores de la medicina y de la psiquiatría puesto que Montalto trata de las "enfermedades de la cabeza" en las que incluye la melancolía. Se ha traducido recientemente la *Archipathologia* en portugués ya que su autor ha nacido en Portugal y esperamos publicar la traducción en francés de este libro publicado en latín en Paris. Vemos como la obra de un médico nacido en Portugal que ha estudiado en Salamanca y ha ejercido la medicina en Venecia acabando por ser médico del Rey de Francia y de su madre la Regenta publicada en latín en Paris sigue siendo estudiada por sus lejanos herederos psiquiatras a inicios del siglo XXI.

Volvamos a la orilla del Sena, río en donde habían tirado las cenizas de la florentina quemaba por bruja, pero unos siglos más tarde, en el XX.

La Maison de Santé d'Ivry sur Seine.

Además de su actividad en el Asilo fundado en Charenton por los Hermanos de San Juan de Dios que la Reina Maria de Medicis hizo venir a Paris como acabo de decir, Esquirol fundó también en las afueras de Paris, Ivry - sur- Seine , también al borde de Sena, otra "maison de santé" privada que va a seguir en actividad hasta los años 1950; muchos psiquiatras conocidos han ejercido durante más de un siglo en esta clínica; citaré algunos de ellos. Unos locos franceses conocidos como el terrible doctor Petiot (1896-1948) celebre no por su actividad como médico sino por los crímenes horribles que

ha cometido durante la Segunda Guerra Mundial y el escritor Antonin Artaud (1896-1948) han sido tratados en esta clínica sin mucho éxito si pensamos cual ha sido su destino, uno guillotinado y otro muerto por overdose.

La ley del 30 de junio de 1838.

Sobre todo Esquirol es una de los expertos consultados por el gobierno francés de su época para elaborar una ley sobre los asilos de alienados, los modalidades de ingreso de los enfermos en estas instituciones y quien debe financiar su funcionamiento; esta ley, por fin adoptada después de largos debates por la cámara de los diputados y la de los Pares el 30 de junio de 1830, se va a aplicar en Francia hasta la Quinta República, durante la cual se reformó. Francia era en 1838 una monarquía constitucional y el Rey de los Franceses era Louis-Philippe de Orléans que no quería ser un monarca absoluto como su antepasado Luis XVI, sino aplicar una constitución democrática. Varios países se inspiraron en esta ley francesa de 1838 para adoptar legislaciones parecidas.

Lo interesante para mi propósito de hoy sobre la herencia de las ideas en psiquiatría es que personalmente he desarrollado mi carrera en los hospitales psiquiátricos franceses cuando esta ley seguía todavía vigente en la forma adoptada en 1838. Una de las disposiciones era que cada departamento francés debía disponer de un asilo psiquiátrico y que se debía reclutar mediante oposiciones nacionales médicos para ejercer como jefes de servicio en estas instituciones; también debían reclutarse, por oposiciones locales, médicos internos para los asilos de los departamentos de la región parisina y los de las otras provincias francesas.

La historiadora norte- americana **Jane Goldstein** ha publicado en 1987 un libro intitulado *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Ninenteenth Century,* cuya traducción en francés se ha publicado diez años después (6). Es sumamente interesante esta obra porque vemos como la psiquiatría francesa se ha construido con el reclutamiento, mediante estas oposiciones nacionales de médicos jefes de los asilos de alienados, de un grupo bastante ho-

mogéneo de psiquiatras que siguieron la tradición heredada de Pinel y de Esquirol. En un apéndice (6p.486-487), Jane Goldstein da la lista de 19 de estos médicos que forma lo que llama el " circulo de Esquirol" con un breve currículo para cada uno; el n°19 es Jules **Baillarger** (1809- 1890) que presenta su tesis doctoral en Paris en 1837 y que va a fundar con otros colegas una revista los *Annales médico-psychologiques* que se sigue publicando hasta nuestro días y luego la Société médico-psychologique reconocida de utilidad pública por el Emperador Napoleon III °. El "classify" del título del libro de Jane Goldstein significa que una de las primeras tareas de estos médicos discípulos de Esquirol fue la de clasificar los trastornos mentales a medida que se iban describiendo nuevas entidades nosológicas. Esta sociedad cuenta desde su fundación socios no solo franceses sino también extranjeros entre otros españoles; hablaré de algunos de los contemporáneos; la he presidido personalmente en el Año 2000, lo que me ha permitido contribuir, como lo veremos, a intercambios internacionales.

El internado de los asilos psiquiatricos del departamento del Sena.

Entre las dos guerras mundiales presentaron a las oposiciones de interno de los asilos del departamento del Sena (estos cambiaron su apelación por la de hospitales psiquiátricos justo antes de la Segunda guerra mundial) no solo estudiantes de medicina franceses como Henri Ey (1900-1977) o Jacques Lacan (1901-1981) que serán mundialmente célebres después de la Segunda Guerra Mundial, sino también varios extranjeros; hablaré de dos de los más conocidos que han contribuido a múltiples intercambios internacionales.

El primero es el peruano Oscar **Trelles** (1904-2004) nombrado en las oposiciones de internos de los asilos del Sena de 1929, que presentara su tesis doctoral sobre el Cuerpo Calloso en Paris antes de regresar a su país natal en donde fundo la neuro-psiquiatría moderna y ocupó en el siglo XX cargos políticos importantes como el de ministro de Asuntos exteriores ; el profesor Trelles volvió a Paris como embajador de Peru en Francia y como embajador en la UNESCO, organización internacional fundada después de la Se-

gunda Guerra Mundial y que tiene su sede en Paris. Trelles ha publicado, con un colega francés Masquin, un *Précis d'anatomo-physiologie normale et pathologique du système nerveux central* (7) que ha tenido varias ediciones antes de la Segunda Guerra Mundial y otras después, una revisada por Julián de Ajuriaguerra , libro en el que estudié personalmente la anatomia y la fisiología normal y patológica del sistema nervioso central; muchos de los intelectuales sudamericanos que estudiaron de jóvenes en Paris vuelven años mas tarde como embajadores de su país en Francia.

Entre las dos guerras mundiales.

Durante los veinte años que separan las dos guerras mundiales hubo en Paris intensos intercambios entre varios médicos formados antes de la Primera Guerra Mundial en distintos países europeos y que van a encontrarse en esta capital. Un ejemplo paradigmático es el de Eugenio Minkowski que nació en 1885 en San Petersburgo en una familia judía, estudió en Münich Medicina y Filosofía , y al declararse la guerra en 1914 se refugió primero en Suiza, país neutral, en donde Eugenio Bleuler le ofrece un puesto de médico adjunto en el Burghölzli en Zurich , lugar donde conoce a su futura esposa que estudiaba medicina en esta Facultad; pero en 1915 se alista voluntariamente en el ejército francés como médico militar participando a las batallas de la Somme y de Verdun; al final de la guerra se fija definitivamente en Paris y para poder ejercer la medicina en Francia presenta en 1926 un tesis sobre la esquizofrenia que da a conocer a los médicos franceses las ideas de Bleuler sobre este grupo de psicosis. Minkowski escribe un artículo sobre la concepción de este que publica en 1926-27 en un volumen colectivo titulado *L'Evolution Psychiatrique*, libro que se convertirá en la revista orgánica de una sociedad del mismo nombre fundada en Paris por los redactores de *L'Evolution Psychiatrique* que interrumpió su actividad durante la Ocupación alemana para no poner en peligro a sus socios judíos como Minkowski. Muchos médicos judíos alemanes y austriacos se refugiaron en Francia cuando empieza la persecución nazi en su país por ejemplo Rudolf **Loewenstein (**1898-1976), con él que Jacques Lacan hizo en París un análisis didáctico antes de la Segunda Guerra

Mundial. Mobilizado en 1939 en el ejército francés conseguirá pasar a Suiza en1941 y de allí a Nueva York en donde, después de doctorarse, de nuevo ejerce como psicoanalista hasta su muerte en 1976; es sin duda el único psiquiatra que tuvo que presentar tres tesis doctorales en tres lenguas distintas.

Siete de estos médicos franceses socios de *L'Evolution Psychiatrique* fundan en 1927 con la princesa Marie Bonaparte (1882-1962), que no era médico, la *Société psychanalytique de París*; esta discípula de Freud pagara el rescate exigido por las autoridades nazis para dejar salir de Austria en 1938 al fundador del psicoanálisis con parte de su familia, muriendo la otra en Auschwitz. Eugenio Minkowski escapó de milagro a la deportación durante la Ocupación alemana y pudo incluso seguir teniendo una consulta en el parisino Hospital Henri Rousselle hasta su jubilación.

En cambio el profesor **Joseph Lévy-Valensi (1879-1943),** otro médico antiguo combatiente de la Primera Guerra Mundial que había publicado en 1926 y 1939 dos ediciones de un compendio de psiquiatría para estudiantes de medicina, al que el consejo de la Facultad de Medicina quería nombrar en 1942 profesor titular de la catedra de Sainte-Anne, lo que prohibían las nuevas leyes racistas contra los judíos, tuvo que esconderse en la clandestinidad en el Sur de Francia hasta que cogido por la Wehrmacht en una redada en la estación de Niza fue deportado a Auschwitz en donde murió al llegar al campo de exterminio. Un pabellón moderno del Hospital Sainte-Anne que alberga ahora la catedra de Clínica de las Enfermedades Mentales y del Encéfalo lleva ahora su nombre.

Julian de **Ajuriaguerra (1911-1972)** es otro de los médicos que han pasado entre las dos guerras mundiales las oposiciones de médico interno de los asilos del Sena a titulo extranjero; había venido a estudiar la carrera de medicina en la Faculta de Paris con la intención de volver a ejercer a España al acabarla ; pero no pudo hacerlo por la Guerra civil; se quedó en Paris durante la Segunda Guerra Mundial viviendo en Paris en un modesto cuarto de interno del Hospital Sainte-Anne, protegido en cierto modo durante la Ocupación ale-

mana por su nacionalidad española puesto que España franquista era un país neutro. Ajuriaguerra solo adopto la nacionalidad francesa después de la Segunda Guerra Mundial cuando se casó con una ciudadana francesa para indignación de su madre que le escribió que se casaba con una mujer que no era "ni de su raza, ni de su religión" (en Francia el matrimonio era civil desde la Revolución y se celebraba en la Alcaldía y no en la iglesia) y que no hablaba su lengua materna, el vasco. He conocido personalmente Ajuriaguerra cuando hice mi residencia en Sainte-Anne en los años sesenta y además fue un socio fiel de L'Evolution Psychiatrique, de la que yo era secretario general de la sociedad, hasta su muerte.

En 1944, cuando no estaba aún acabada la Guerra Mundial el doctor Henri Ey invitó al doctor Ajuriaguerra a participar con un neurólogo francés Henri **Hécaen** (1913-1983), a una reunión en el Hospital Psiquiátrico de Bonneval, cerca de Chartres, para discutir sobre las relaciones entre la neurología y la psiquiatría; el texto de sus ponencias solo pudo publicarse en París después de la guerra (8). Henri Ey animaba de nuevo la actividad de *L'Evolution Psychiatrique* de la que formaba también parte como he dicho el profesor Ajuriaguerra que publicó varios artículos en su revista. También he presidido L'Evolution Psychiatrique en 2000 lo que facilitará las relaciones de las sociedades francesas de psiquiatría con la Asociación Mundial de Psiquiatría, WPA, fundada después de un primer congreso organizado en Paris en 1950 del que hablaré más adelante.

Julián de Ajuriaguerra fué nombrado luego profesor en la Facultad de Medicina de Ginebra en donde tiene discípulos procedentes de todo Europa. Ha escrito toda su obra científica en francés, en particular en 1980 la primera edición de un *Manuel de Psychiatrie del' enfant* (9) que firma "professeur à la Faculté de Médecine de Genève". Acabo su carrera como profesor en el Collège de France, que es el titulo máximo al que puede pretender un intelectual; varios intelectuales franceses como Pierre Janet, alumno de Charco , Henri Bergson, premio Nobel de Literatura o el filosofo Michel Foucault han sido profesores en el Collège de France, fundado por el Rey Francisco I ° para impartir una enseñanza menos dogmática que la

de La Sorbona donde los profesores dictaban sus cursos en latín, lengua que era la lengua hablada en este barrio de la orilla izquierda del Sena, el Barrio latino, en el que personalmente he estudiado después de la Segunda Guerra Mundial el bachillerato en el Liceo Henri IV y después medicina en la única facultad que existia entonces en Paris, en la que había estudiado anteriormente Ajuriaguerra

En 1994 la editorial Masson publicó en Paris la traducción francesa de un libro colectivo, dirigido por José Miguel Aguirre Oar y José Guimón Ugartecha, titulado *Vie et oeuvre de Julian de Ajuriaguerra* (10); el primer autor vino a verme a Paris cuando redactaba su tesis doctoral. De los 8 capitulos escritos por distintos autores es particularmente interesante el de G.E. Berrios que trata de Ajuriaguerra "Francia e Inglaterra" porque es un buen ejemplo de los intercambios entre médicos de distintos países europeos aquí cuatro de ellos, España, Francia, Suiza y Gran Bretaña. El capítulo 8 es un índice de las obras de Julián de Ajuriaguerra con la indicación de las bibliotecas en donde pueden consultarse: la Biblioteca Henri Ey de Hospital Sainte-Anne, la Biblioteca central del Collège de France en Paris y la del IUPG en Suiza (8p.109-136).

Las bibliotecas que conservan fondos de obras de psiquiatría tienen un rol muy importante para la historia porque algunas poseen libros que tratan de las enfermedades mentales y su tratamiento publicados desde hace varios siglos y del descubrimiento de la imprenta por Gutenberg en el siglo XV

Los médicos españoles republicanos exiliados.

La Guerra de España tuvo un fuerte impacto en la historia de la neurología y de la psiquiatría en Latinoamérica; al final de ella varios médicos republicanos se refugiaron primero en Francia donde algunos se quedaron definitivamente, mientras que otros se exiliaron luego a países latino-americanos como México o Venezuela. El mejor ejemplo de los primeros es **François Tosquelles** (1912-1992) que había estudiado la carrera en Barcelona antes de la guerra civil, se refugió al final en el Sur de Francia, trabajó como enfermero en el Hospital psiquiátrico de Saint-Alban en el departamento de Lozère, vuelve

hacer sus estudios de medicina presentado en la Facultad de Paris una tesis sobre *Le vécu de la fin du monde dans la folie. Le* témoignage *de Gérard de Nerval,* La experiencia del fin del mundo. El testimonio en la obra de Gérard de Nerval (9), (Este texto ha sido reeditado en 2012), pasa las oposiciones de médico de los hospitales psiquiátricos y es nombrado jefe de servicio en este hospital psiquiátrico departamental que se llama ahora *Centre Hospitalier Spécialisé François Tosquelles*. Tenemos aquí un perfecto ejemplo de un médico español que tuvo que exiliarse en Francia por motivos políticos y que escogió como tema para la tesis de medicina que presento para poder ejercer en este país el caso clínico de un poeta francés del siglo XIX

El escritor francés Gérard Labrunie (1808-1855), que firmaba sus obras con el seudónimo de **Gérard de Nerval,** sufría de lo que se llamaba entonces "folie à double forme " o "folie circulaire" e ingresaba cuando sufría una crisis de manía o de melancolía en una "maison de santé" ubicada en el antiguo palacio de la princesa de Lamballe (1749-1792) , amiga de le reina Marie-Antoinette que murió trágicamente al principio de la Revolución durante los masacres de 1792, en Passy, pueblo próximo a Paris, en donde el doctor Emile **Blanche** (1820-1893) trataba a todos los intelectuales europeos famosos que venían a consultarle, pero Gérard de Nerval se suicidó ahorcándose en un episodio melancólico. Esta institución sufrió mucho durante el sitio de Paris por las tropas prusianas durante la Guerra franco-prusiana de 1870 porque estaba ubicada muy cerca de la zona de los combates; el rey de Prusia Guillermo I fue proclamado después de la victoria Kaiser en la galería de los espejos del Castillo de Versalles el 18 de enero de 1871; Passy es ahora uno de los barrios elegantes de Paris y este palacete la residencia del Embajador de Turquía.

Vemos como en algunos momentos de la historia europea se mezclan de manera extraña factores políticos, guerras internacionales o civiles y avances en el campo de la medicina mental en varios países.

Otro médico español exiliado al fin de la guerra de España es Dionisio **Nieto** (1908-1985) que vive un tiempo en Paris ayudado

por el cirujano Clovis **Vincent** (1879-1947) pero que luego acepta la oferta del gobierno mejicano de acoger los exiliados españoles ofreciéndoles puestos en los hospitales o las universidades de los Estados Unidos de México en donde este gran neuropsiquiatra hará toda su carrera ulterior ; en uno de mis viajes a México uno de los discípulos de Dionisio Nieto me dijo que este se había llevado un ejemplar de la traducción en español del tratado de Pinel de la que hablado y que regalaba fotocopias a sus alumnos, herederos así de una larga tradición.

Por fin **José Solanes** (1909-) emigra primero a Francia, trabajando con Eugène Minkowski (1885-1972) y Paul Guiraud (1882-1974) en el Hospital Sainte Anne de Paris, luego con Gaston Ferdière, (1902-1933), psiquiatría que formaba parte del movimiento surrealista entre las dos guerras mundiales, amigo de Salvador Dalí, en el asilo de Rodez, en donde se refugió durante la Ocupación alemana el poeta Antonin Artaud y por fin en Venezuela en donde funda la enseñanza de la psicología en la Universidad de Carabobo en Valencia.

He conocido personalmente a estos tres psiquiatras franceses del siglo XX Paul Guiraud, Eugène Minkowski y Gaston Ferdière y más tarde varios alumnos venezolanos de Solanes que conocí me invitaron a dar una conferencia en esta universidad de Carabobo en el país que el coronel Hugo Chavez había transformado en República bolivariana; los estudiantes venezolanos se sorprendieron mucho al oir hablar en castellano un psiquiatría francés que se había formado en el Hospital Sainte-Anne en la época en que se descubría en este centro el primer neuroléptico, la clorpromazina o Largactil.

Las cátedras de psiquiatria en Europa.

En una ponencia de las II Jornadas de historia de la psiquiatría *La locura y sus instituciones ()* sobre la primera catedra de psiquiatría en España .J.V. Estalbach Canet habla de las otras cátedras en Europa y de la creación en Paris durante la Tercera República, proclamada después de la Guerra franco-prusiana de 1870 de una catedra de clínica de las enfermedades mentales cuyo primer titular no fue como

todo el mundo lo esperaba Valentin Magnan (1885-1916), médico del asilo Sainte-Anne recién inaugurado, sino Benjamin Ball (1883-1893), médico de los hospitales de Paris; trata luego de la enseñanza universitaria de la psiquiatría en España; podemos así comparar la evolución de esta enseñanza en los distintos países europeos aunque no habla ni del Imperio ruso, ni de Alemania, ni de Austria. Cita en su bibliografía *Un siglo de psiquiatría* publicado en Paris en 1983 por Pierre Pichot que es sin duda el libro más completo sobre este tema; el profesor **Pierre Pichot,** que nació en 1918 ha presidido la Société Médico-psychologique en 1970; había presidio anteriormente la Asociación Mundial de Psiquiatría después del Congreso Mundial de Honolulu en el que participé, y donde se denunció la utilización en la URSS del diagnóstico de "esquizofrenia tórpida" para internar disidentes políticos en hospitales psiquiátricos especiales como, en Moscú, el Instituto Serbski .

Wladimir **Serbsky** (1858-1917) que ha muerto en 1917 o sea antes de la Revolución soviética, era un psiquiatra ruso muy en contacto con la psiquiatría de Europa occidental, en particular la francesa y no entiendo bien porque el gobierno soviético escogió el nombre de este médico liberal para dárselo a este extraño Instituto medicolegal moscovita que dependía del KGB.

Aunque no he sido discípulo directo de Pierre Pichot he participado personalmente en muchos de los eventos organizados en la Segunda mitad del siglo XX en el mundo entero (España, Japón, Estados-Unidos, Indonesia, Unión Soviética, etc.) por la Asociación Mundial de Psiquiatría que ha presidido y a otros organizados por otras sociedades como por ejemplo la American Psychiatric Association, APA, que invito una delegación de la Société médico-psychologique a su Meeting anual cuando este se celebró en Atlanta.

1950. París: Congreso Mundial de Psiquiatría. Fundación de la Asociación Mundial de Psiquiatría

Al final de la Segunda Guerra Mundial varias sociedades francesas de psiquiatría como la Société médico-psychologique, L'Evolution psychiatrique pero también la Société Psychanalytique de Paris

pensaron, para reanudar las relaciones internacionales interrumpidas por la guerra, organizar un gran congreso internacional; casi todas las sociedades extranjeras aceptaron la invitación y se pudo organizar este evento en 1950 ; el presidente fue el profesor Jean **Delay** (1907-1987) que había sido nombrado recientemente profesor en la catedra de Sainte-Anne y el secretario general Henri Ey ; esta manifestación tuvo un éxito total hasta el punto que se decidió al final llamarlo Congreso Mundial y fundar une Asociación Mundial de psiquiatría para organizar ulteriormente congresos en las grandes capitales, asociación presidida por Jean Delay y con Henri Ey como secretario general; éste mantuvo este cargo hasta ¡1966!

Durante este Primer Congreso Mundial de Paris se organizó en el Hospital Sainte-Anne una gran exposición internacional de arte psicopatológico con obras de enfermos mentales conservadas en Francia y con otras traídas a la capital gala por congresistas extranjeros entro otros varios españoles; esta exposición tuvo un gran éxito y se fundó en la Mundial una sección de arte psicopatológico. Varias de las obras expuestas se conservaron en Sainte-Anne y en los congresos mundiales ulteriores se organizaron de nuevo exposiciones de arte psicopatológico.

Después de la Guerra Ey siguió organizando en Bonneval una serie de coloquios, cuyas actas se han publicado o como libros o como números de la revista L'Evolution Psychiatrique; por ejemplo en 1958 el fascículo II titulado *Les schizophrénies* que contiene 8 ponencias de psiquiatras franceses y el fascículo III que contiene los análisis de 13 textos de la literatura internacional sobre este grupo de psicosis, en particular el simposio sobre esquizofrenia organizado en Madrid por Juan-José López-Ibor con textos traducidos en español de autores europeos y un artículo de Ey sobre el estado actual de nuestros conocimientos tal como aparece en el II ° Congreso Mundial de Psiquiatría en Zurich.

Los II °, III °, IV ° Congresos mundiales

El Segundo Congreso Mundial lo organizo en efecto Manfred **Bleuler** (1903-1994) en Zürich en febrero de 1957 con el tema del

grupo de las psicosis esquizofrénicas que había descrito su padre Eugen en 1911. Manfred Bleuler se quejó de que ya nadie hablase de psicopatología y que en casi todos los simposios se discutiese sobre todo de psicofarmacología. El profesor Delay y sus colaboradores de la catedra de clínica de las enfermedades de Sainte-Anne habían descubierto pocos años antes el primer neuroléptico eficaz en el tratamiento de las formas alucinatorias de esquizofrenia, la clorpromazina o Largactil y era de esta novedad de lo que los congresistas querían debatir.

El tercer congreso se organizó en Montreal y el cuarto en 1966 en Madrid presidido por el Profesor Juan -José **López Ibor** (1909-1991), el primero al que personalmente tuve la oportunidad de asistir ya que había ganado un par de años antes las oposiciones de médico-jefe de los hospitales psiquiátricos, empezando mi carrera en el de Ville-Evrard en Neuilly -sur Marne donde tuve la ocasión de recibir una delegación de colegas asturianos que querían reformar el manicomio provincial de Oviedo y se quedaron sorprendidos de poder discutir en castellano con un médico francés de un hospital psiquiátrico de las afueras de París; conocí en este III Congreso Mundial de Madrid de 1966 a muchos psiquiatras españoles o latino-americanos con los que he seguido en contacto. Notemos que fue a partir de este congreso cuando se difundió la utilización de las sales de litio cuyo efecto sobre los trastornos del humor, en particular la psicosis maniacodepresiva había sido descubierto en 1950 por el australiano **John Cade** (1912-1980) que había anunciado su descubrimiento en un artículo en inglés que pasó desapercibido a nivel internacional por publicarlo en un periódico australiano poco conocido.

Las antologías de textos clásicos de la psiquiatría.

La Asociación Mundial de psiquiatría decidió, unos años más tarde, publicar una serie de antologías de textos clásicos de la psiquiatría traducidos en inglés para que los psiquiatras que en muchos países del mundo ya no hablan en el Siglo XX francés, alemán o español, pudiesen leerlos. Personalmente he contribuido a la edición de las dos primeras:

-en 1999 con François- Régis Cousin y Denis Morozov a la *Anthology of French Language Psychiatric Texts* en donde hemos recogimos textos de 37 autores; algunos lectores se sorprendieron de ver incluidos textos del suizo Eugen Bleuler, del austriaco Sigmund Freud o del ruso Vladimir Serbski porque ignoraban que estos han escrito textos en francés además de los que han publicado en sus lenguas maternas (11)

- en 2001 con Juan José López-Ibor Aliño y Carlos Carbonell a la Anthology of Spanish Psychiatric Texts (12) con textos de 32 autores entre los cuales uno en ingles *Operational Deisintregation in aging* de Julián de Ajuriaguerra Ochandiano; resulta extraño que este que ha escrito la totalidad de su obra en francés figure en una antología de ¡textos de autores españoles traducidos en inglés!

Recibí en 2002 la *Anthology of Italian Psychiatric Texts* editada por Mario Maj y Filippo M. Ferrero con textos de 26 autores del siglo XIX al XX.

-y en 2011 la *Anthology of Greek Psychiatric Texts* editada por G.N. Christodoulou, Dimitrs N. Ploumpidis y A. Karavatos con textos que van desde Hipócrates y médicos de la antiguedad hasta médicos de los siglos XIX y XX.

Estas cuatro primeras antologías de textos clásicos nos dan una vista panorámica de la historia de la psiquiatría en varios continentes durante muchos siglos o incluso milenios, si seguimos la opción escogida por nuestros colegas y amigos griegos del siglo XX de empezar con la escuela hipocrática.

Vemos con estas antologías como los médicos de estos cuatro países europeos han heredado de sus maestros conocimientos sobre las enfermedades mentales que remontan a siglos y como los han transmitido a su vez a sus discípulos del Siglo XX

En cambio la WPA no decidió publicar una antología de textos escritos en español por autores latino-americanos traduciéndolos en inglés; por eso publicamos con un amigo mexicano Sergio Villaseñor Bayardo y un venezolano Carlos Malpica una antología de textos de

autores latino-americanos para presentarla cuando se celebrase algún congreso mundial en Latinoamérica.

Disertaciones en psiquiatría

Personalmente los colega españoles con los que ha tenido más contacto son los asturianos y gallegos y por eso han sido mis amigos ovetenses Maria Teresa Bascarán y Julio Bobes los que han recopilado, bajo el titulo **Disertaciones en psiquiatría,** 41 lecciones que he hecho en castellano en España o en Latino-América (13). No se trata de la traducción en castellano de los textos o libros que he publicado en francés en Paris ya que estos han sido más bien traducidos en México por Hector Pérez-Rincon como por ejemplo la *Histoire de la schizophrénie* o el *Dictionnaire taxinomique* de *Psychiatrie.*

La historia de la esquizofrenia.

He publicado en 1992, en una colección de historia y medicina editada en Paris una *Histoire de la schizophrénie* (14) Este libro es, de los que he publicado en francés, el que ha tenido mayor éxito a nivel internacional puesto que además de esta traducción en español publicada en México ha sido traducido en italiano , en portugués y en ruso lo que me ha valido invitaciones a intervenir en coloquios en Italia (Parma), en Lisboa y en San Petersburgo. En 2013 publiqué una edición revisada con un título un poco diferente: *La schizophrénie. Un siècle pour comprendre*. (13)

Sabina Spielrein (1885-1942).

Me di cuenta que muchos de los lectores de mi libro sobre la historia de la esquizofrenia publicado en 1992 descubrieron solo entonces a la médica de origen ruso nacida en Odessa, Sabina Spielrein que es la primera en haber presentado una tesis doctoral sobre esta psicosis en Zurich ante un tribunal presidido por el propio Eugenio Bleuler. Por eso la revista francesa *L'Evolution psychiatrique* publico en 1995 (T.60, n°1) un numero entero dedicado a Sabina Spielrein con un artículo mío sobre "Sabina Spielrein y el nacimiento de la esquizofrenia". Desde entonces se han publicado innumerables libros o biografías de esta médica rusa judía que fue asesinada con sus hijas y

toda la población judía de Odesa por el ejército alemán cuando este conquisto esta ciudad en 1941. Incluso se rodaron varias películas sobre su vida que insisten en su relación con Jung con él que había emprendido en Zurich un tratamiento psicoanalítico y su muerte trágica en esta masacre. Sabina Spielrein que ha vivido un tiempo en Paris antes de regresar a la Unión Soviética para desarollar el psicoanálisis publicó varios artículos en francés.

Juan Huarte (Juan) de San Juan. Examen de ingenios para las ciencias

Otro médico español muy conocido un tiempo en Europa y Francia pero olvidado después, como lo fue el portugués Montalto, es el español que firmó su obra Juan Huarte de San Juan

1999.Congreso francés de psiquiatría.

La 97ª sesión del congreso de psiquiatría y neurología de lengua francesa que tuve el honor de presidir se celebró en Biarritz en junio de 1999; elegí hablar en mi discurso de inauguración de *L'examen des esprits* de Juan Huarte de San Juan puesto que el autor de esta obra maestra ha nacido en Saint-Jean Pied- de Port o San Juan Pie del Puerto, pequeña ciudad vasca cercana de Biarritz adonde muchos congresistas fueron de excursión. Es una etapa en el camino de Santiago que pasa los Pirineos por este puerto, camino que va de Paris hasta Santiago de Compostela, recorrido que personalmente no hecho nunca caminando como los peregrinos sino en avión. El texto de mi discurso en Biarritz se publicó ulteriormente en *L'Evolution Psychiatrique* con 28 referencias internacionales; cité el verso que el médico parisino Guy Patin dedicó a esta obra:

Mens etenim mentem noscere sola potest Solo la mente puede conocer la mente

La Sociedad española de Historia y Filosofía de la Psiquiatría organizo en Madrid los 12-14 de septiembre de 2002 el V ° Congreso de la Asociación Europea de Historia de la psiquiatría. Hablé de Juan Huarte y el pensamiento humanista en Europa, texto con 24 referencias bibliográficas que se ha publicado en las actas (18)

Estos textos en español sobre Juan Huarte hicieron que luego me invitaran a hablar de su libro en varias reuniones en España entre otras en un congreso en Pamplona y que paradójicamente me confiaron la redacción del artículo sobre él en el *Diccionario español* editado en Madrid por la Real Academia de la historia en donde se recogen las biografías de los españoles ilustres más importantes.

El francés Gabriel A. Pérouse, profesor adjunto en la Facultad de Letras de Lyon había publicado en 1970 un libro *L'Examen des esprits du Docteur Juan Huarte de San Juan. Sa diffusion et son influence en France aux XVIe et XVIIe siècle* y la Real Academia de Medicina de Salamanca en 1988 un *Homenaje al Doctor Juan Huarte de San Juan en el cuarto centenario de su muerte* de Luis Granjel con 61 referencias, una a la tesis doctoral de J.M. Guardia *Essai sur l'ouvrage de J. Huarte de : Examen des aptitudes diverses pour les sciences* (Paris ; 1855).

Las relaciones entre la psiquiatráa francesa y la rusa

Como he dicho a propósito de Wladimir Serbski la psiquiatría rusa tenía antes de la Revolución soviética muchos contactos con la francesa; después del Congreso de Honolulu la Asociación de psiquiatras de la URSS se retiró de la Mundial para evitar su condena y solo pidió su reintegración durante el Congreso Mundial de Atenas cuando, poco después, se disolvió la Union soviética con la formación de Republicas autónomas en las que se fundaron otras tantas sociedades nacionales de psiquiatria; conocí entonces a Peter Morozov y a su hijo Denis con los que he seguido en contacto hasta ahora. Ha venido en 2018 el profesor Morozov a Paris para asistir a la sesión de la Société Médico-psychologique de homenaje al profesor Pichot que ha cumplido cien años en 2018 y me ha traído un ejemplar de la traducción en ruso del libro que he publicado en francés en 1999 sobre el síndrome de automatismo mental descrito por el psiquiatra parisino Gaétan Gatien de Clérambault con 34 referencias bibliográficas internacionales sobre la obra de este médico francés nacido en 1872, brillante médico militar durante la Gran Guerra, cuyo suicidio en 1934 provocó un escándalo. Su apellido completo es Gatien de Clérambault y su nombre Gaétan aunque se hable de él solo como

"Clérambault" en la literatura psiquiátrica internacional cuando se habla de este síndrome. Es también conocido por su descripción de la psicopatología de la erotomanía y de la definición de ésta como ilusión delirante de ser amado; Jacques Lacan declaro que Clérambault habías sido su único maestro en psiquiatría.

M. Bulkakov (1871-1944)

Peter Morozov nos había hecho visitar Moscu en un viaje que hice a Rusia con el Profesor Pichot. Sabía que era yo un gran admirador del escritor Mikhail Bulgakov (1871-1944) cuyas obras entre otras *El Maestro y Margarita*, habían sido traducidas en francés y nos hizo visitar la modesta vivienda en donde escribió esta obra maestra, vigilado por el KGB, y el cementerio donde está enterrado después de su muerte en condiciones miserables al final de la Segunda Guerra Mundial. El sueño de este genial médico-escritor era que Stalin le autorizase a emigrar a Paris. El escritor español Manuel Vázquez Montalbán habla repetidas veces de Bulgakov en su libro *Moscú de la Revolución* (en que trata de la historia de los edificios de la capital durante la Revolución soviética y el estalinismo (21).

Pedro Morozov nos anunció que los habitantes de Moscú tenían la intención de reconstruir la Iglesia del Cristo Salvador construida en el siglo XIX con donativos de la población para conmemorar la victoria sobre Napoleón que Stalin había hecho destruir; nos parecía increíble este proyecto pero poco años después en otro viaje a Rusia pasando por Moscú para, esta vez, ir a participar a un coloquio franco-ruso en Siberia sobre psicoterapia y chamanismo pudimos asistir a una misa en la catedral reconstruida o al menos a parte de la misa porque las ortodoxas son mucho más largas que las católicas.

Aunque no he sido discípulo directo del profesor Pierre Pichot que ha sido titular de la catedra de Sainte-Anne después de Jean Delay, he tenido muchos contactos internacionales con colegas del mundo entero que conocía personalmente. Es sin duda el psiquiatra francés del siglo XX que ha tenido más relaciones con España pero también con Japón y que ha dictado cursos o participado en numerosos simposios o congresos en ambos países. Personalmente he teni-

do la ocasión de participar también en algunos de estos eventos por ejemplo los Cursos de Psiquiatría organizados a lo largo de 27 años en Vitoria-Gasteiz por M. Gutiérrez, J. Ezcurra, A. González-Pinto y E. Elizagarate, donde en varias ocasiones me reuní con otros colegas españoles o hispano-parlantes como el profesor German Berrios.

2000: congreso del jubileo de la asociación mundial de psiquiatria

En una reunión regional de la Asociación Mundial en Guadalajara (Jalisco) los responsables de la Asociación Mundial me preguntaron si las sociedades francesas de psiquiatría aceptarían de organizar de nuevo un congreso internacional en Paris en el año 2000 para conmemorar los cincuenta años del primer congreso mundial de psiquiatría de 1950. Me fue fácil conseguir el acuerdo de la Société médico-psychologique y de L'Evolution Psychiatrique puesto que como he señalado antes ese año ¡era presidente de las dos!

Lo organizamos esta vez en el palacio de congresos de la porte Maillot recién inaugurado con, sin embargo, una sesión oficial de apertura en el Gran Anfiteatro de la Sorbona en donde se había celebrado la del Primer congreso Mundial en 1950 para conmemorar este evento.

Este congreso del Jubileo de la Asociación mundial de psiquiatría tuvo un éxito extraordinario porque vinieron a Paris esta vez psiquiatras de países que medio siglo antes no tenían sociedad nacional de psiquiatría, e incluso de países que en 1950 no existían o que no tenían entonces ninguna relación internacional con el resto del mundo.

Los psiquiatras de lengua española, de España o de varios países de América Latina, fueron especialmente numerosos en Paris.

Vino también una delegación importante de Japón porque este país debía organizar el congreso mundial siguiente en 2002, por primera vez en un país asiático, y nuestros colegas nipones querían ver concretamente como organizábamos en Occidente un congreso internacional.

Las relaciones entre médicos franceses y japoneses.

Las relaciones entre médicos franceses y japoneses son muy antiguas puesto que un médico japonés vino a visitar el profesor Charcot en el hospital de la Salpêtrière y que un psiquiatra japonés vino a visitar Henri Ey en el Hospital de Bonneval antes de la Segunda Guerra Mundial; le escribió después una carta en la que decía que esperaba que su país no entrase en guerra porque pensaba que de hacerlo sería destruido; pero Japón atacó por sorpresa el 7 de noviembre de 1941 la flota norte-americana en la base naval de Pearl Harbor y la Segunda Guerra Mundial se extendió de Europa a todo el Pacifico; cuando se celebró en Honolulu el Congreso Mundial los congresistas visitamos Pearl Harbor en donde se habían conservado, sumergidos como gigantescos ataúdes , los buques hundidos por la aviación japonesa con los cuerpos de miles de marinos que murieron en el ataque .

Después de la Segunda guerra mundial se fundaron dos sociedades franco-japonesas de medicina gemelas, una en París y otra en Tokyo, la parisina animada por dos psiquiatras el profesor Yves Pélicier y luego Pierre Pichot; organizan alternativamente coloquios cada dos años en el Instituto francés de Tokio y en el pabellón de Japon de la Ciudad Universitaria Internacional de París. Me pidió el profesor Pichot que hablase en uno de ellos en París del escritor Yukyo Mishima (1925-1970) cuya espectacular muerte por seppuku el 25 de Noviémbre de 1970 sorprendió a todos sus admiradores. He asistido personalmente a la mayoría de estos coloquios franco-japoneses ellos, el último en Tokyo poco después de la triple catástrofe de Fukushima ya que los japoneses piensan que el 11 de marzo de 2011 hubo no una sino tres catástrofes: el terremoto, el tsunami y la destrucción de la central atómica, coloquio que se mantuvo a pesar de las circunstancias lo que nos agradecieron mucho nuestros colegas japoneses puesto que era la primera reunión internacional que se celebraba .

Han también asistido a varios de estos coloquios colegas japoneses más jóvenes como por ejemplo Akira Koïzumi y Toshiro Fujimoto.

Este ha traducido en japonés y publicado en Tokyo mi libro *Henri Ey et la pensée psychiatrique contemporaine* que había publicado en París en 1997, es el único de mis libros que tiene traducción japonesa.

2002.XII Congreso de Yokohama.

Organizamos para el XII° Congreso Mundial de Psiquiatra que se celebró en Yokohama del 24 al 29 de 2002, al que por fin no pudo asistir personalmente el profesor Pichot, un coloquio franco-japones al que asistieron muchos congresistas españoles o latino-americanos curiosos de conocer en que consistían exactamente estas relaciones .

Personalmente me nombraron entonces socio a título personal de la WPA "sodalis Titulum Honorarium" como reza el diploma en latín que me dieron puesto que esta asociación mundial reúne sociedades nacionales y no psiquiatras individuales sino solo como homenaje.

Congreso Mundial de Buenos-Aires

En el Congreso Mundial de Buenos Aires l'Evolution Psychiatrique organizo un simposio franco-argentino en el que las ponencias y las discusiones se hicieron en español por lo que tuvo un éxito mayor que los que se hicieron en inglés. Durante los años en que fue presidente de la Mundial Henri Ey hizo muchos viajes a Latino-América pero su grandes obras maestras como el *Tratado de las alucinaciones* solo se han traducido mucho más tarde y publicado en Buenos Aires por Juan-Carlos Stagnaro; el psiquiatra francés cuya obra ha tenido más traducciones en español es Jacques Lacan, traducido por el filósofo argentino Oscar Masotta((1930-1979) que empezó a traducir esta obra de este psiquiatra francés en la Argentina durante la dictatura militar antes de venir a Europa e instalarse en Barcelona en donde murió en 1979 ; en un coloquio en Barcelona los lacanianos se quedaron muy sorprendidos cuando les dije que Lacan había sido invitado a dar una conferencia en la ciudad condal invitado por el profesor Ramon Sarró Burbano (1900-1993), evento que pasó desapercibido y de la que no se tiene el texto; este profesor de psiquiatría venía a menudo a París donde lo conocí y presidió la sesión del Congreso de psiquiatría y de neurología de lengua francesa cuando se celebró en Barcelona.

Personalmente no he leído ninguna de las traducciones en español de Lacan hechas por Masotta y no poseo ningún ejemplar en mi biblioteca personal parisina, pero en el Congreso Mundial de Buenos-Aires vi que la capital mundial del lacanismo era ahora esta ciudad y no París.

Ramon Sarró había ido tras acabar la carrera de medicina en Barcelona a hacer después de la primera guerra un análisis en Viena con una discípula de Freud y había reunido en su casa de Barcelona la mayor biblioteca que de libros de medicina, psiquiatría, psicoanálisis en todas las lenguas que he visitado; no sé qué habrá sido de ella después de su muerte.

Las clasificaciones francesas de los trastornos mentales

Juan-Carlos Stagnaro que me ha invitado varias veces a simposios franco -argentinos organizados en el congreso anual de la APSA en Mar-de-Plata ha publicado en 2017 un volumen con sendas traducciones de la Clasificación Francesa de los Trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA R-2012) editada bajo la dirección de mi amigo el profesor Roger Misès (1923-1926) y de la Clasificación Francesa de los Trastornos mentales del adulto CFTM R-2015 15 que he dirigido y publicado con un joven colega parisino François Kammerer (22) .

Hemos publicado con Freddy Seidel colega nacido en Venezuela y que ha sido profesor en la Universidad de Carabobo pero que vive ahora en Francia y tiene la doble nacionalidad franco-venezolana un libro titulado *Promenades dans le Paris de la folie. Les êtres et les lieux* (23); es como una guía histórica para los turistas extranjeros que han oído hablar de médicos famosos que han vivido en París y tratado enfermos también famosos en la capital gala y quieren visitar los hospitales o monumentos conservados que guardan su recuerdo y los que han sido transformados en estos últimos años como el Hospital Sainte-Anne o como La Salpêtrière en donde se ha construido un modernísimo Institut du Cerveau et de la Moelle que alberga la Biblioteca Charcot, o sea la biblioteca personal del fundador de la neurología que era un gran bibliófilo, legada por su hijo el Co-

mandante Jean Charcot (1867- 1936) a este hospital. Se ha hablado de publicar una traducción en castellano de esta guía que podría interesar a los turistas hispano-parlantes curiosos de visitar lugares parisinos ligados con la historia de la locura, pero no ha cuajado aun este proyecto.

Conclusión.

Como hemos visto, durante varios siglos, médicos de varias nacionalidades han publicado obras sobre los trastornos mentales y los métodos que podían utilizar para curar a los enfermos, conocimientos que han heredado sus discípulos que a su vez han aportado nuevos conocimientos con las primeras revistas de psiquiatría como por ejemplo las *Annales médico-psychologiques* a fines del XIX ° y con las tesis de medicina dedicada a las enfermedades mentales. En el siglo XX la organización en Paris en 1950 poco después de la Segunda Guerra Mundial que había provocado espantosas tragedias con el exterminio programado de enfermos mentales por el programa nazi de "eutanasia activa", de un primer congreso internacional de psiquiatría, seguido de la fundación de la Asociación Mundial de psiquiatría que ha organizado congresos mundiales en grandes capitales a un ritmo cada vez más rápido en el siglo XXI, dando la impresión de una aceleración de la historia e incluso a un fin de la historia; pero creo que la psique humana es eterna y que seguirá habiendo todavía durante tiempo, médicos que se dedicaran en todas las partes del mundo al análisis de la mente de los seres humanos y al tratamiento de los que sufren de una alienación mental.

Podemos concluir citando a Publio Terencio Africano que dijo en 165 antes de Cristo: Homo sum, Humani Nihil a me alienum puto.

Jean Garrabé.

7 place Pinel 75013 Paris.

TIMOPATÍA ANSIOSA DE LÓPEZ IBOR.

*Demetrio Barcia Salorio (in memorian)**

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Santiago y Universidad de Murcia. Expresidente de la Sociedad Española de Psiquiatría. Socio de Honor de la Sociedad Española de Psiquiatría. Miembro de la real Academia de Medicina de Murcia y corresponsal de la real Academia de Medicina de Madrid.

"On n'a vraimente peur de que se qu'on ne comprend pas"
Guy de Maupassant

En 1895 FREUD publicó un trabajo con el título "Está justificado separar de la neurastenia un cierto complejo sintomático bajo el nombre de "Neurosis de Angustia" (1). En este trabajo propone separar algunos síndromes con lo cual, dice, se adquirirá una "imagen relativamente uniforme" de la neurastenia, pero de modo especial el cuadro que propone llamar Neurosis de Angustia, lo cual, afirma Freud, es correcto porque los síntomas que describirá posteriormente se agrupan en torno al hecho esencial de la Angustia.

Freud creía que había sido el primero en advertir estos hechos, pero en el referido artículo dice que pudo con posterioridad leer un trabajo de E.Hecker publicado en 1893 en el que mantiene la misma tesis, es decir, aislar de la Neurastenia la Neurosis de Angustia, si bien dice Freud que este autor no advirtió el significado de los síntomas secundarios o equivalentes de la angustia.

---

* Trabajo publicado en el marco del Curso de Actualización Psiquiatría Vitoria-Gasteiz, 1996

Freud en el trabajo que comentamos realiza una descripción clínica magistral y con posterioridad apenas se han hecho precisiones importantes en este sentido. Respecto a la etiología señala Freud que este cuadro de Neurosis de Angustia se debe a alteraciones y frustraciones relacionadas con la conducta sexual, pero con posterioridad, a partir especialmente de la publicación del trabajo fundamental "Inhibición, síntoma y angustia", publicado en 1926, señala el origen psicológico de la angustia y su signifiación, sobre lo que hemos de volver más adelante (2).

El hecho de ser las Tesis psicodinámicas, inspiradas en los planteamiento freudianos, las que mejor explican los trastornos neuróticos, llevó a que apenas se discutiera el origen psicológico de las Neurosis y, en consecuencia, la necesidad de intentar corregirlas por medio de técnicas psicoterapéuticas.

En 1962, sin embargo, Sargan (3) y Klein y Finck (4) pusieron de manifiesto que los fármacos antidepresivos (IMAOs e Imipramina) resolvían las Crisis de Angustia no motivadas, en ausencia de sintomatología depresiva, lo cual no ocurría en los otros cuadros de ansiedad, como la ansiedad generalizada o en la ansiedad anticipatoria.

Estos hechos, posteriormente confirmados, llevaron a la idea de que existía una forma de angustia que debía ser considerada como una entidad independiente, lo cual se vio reforzado al observarse que a los pacientes que espontáneamente sufrían de episodios agudos de ansiedad estas crisis podían ser reproducidas por medio de la infusión de lactato sódico (Pitts y McClure, 1967) (5) pero no era posible en pacientes afectos de otros trastornos de ansiedad.

Sin embargo, seguramente fue la inclusión de los episodios agudos de ansiedad bajo el nombre de Trastornos de Pánico (Panic disorders) como entidad independiente, primero por Spitzer, Endicot y Robins en los Research Diagnosis Criteria (1975) (6) y posteriormente en el DSM-III (7), el hecho esencial de que tales crisis de angustia fueran reconocidas como entidad nosológica independiente.

En 1982 Sheeham (8) también basándose principalmente en consideraciones terapéuticas (9,10), señaló que los ataques de pá-

nico tenían un origen endógeno. Propone en consecuencia separar dos grupos de trastornos de ansiedad: endógenos y exógenos. Los primeros no son motivados, responden al tratamientos con fármacos antidepresivos y agrupan los siguientes cuadros: ataques de pánico, ataques de pánico con agorafobia, con fobia social o con fobia simple, agorafobia sin ataques de pánico, ansiedad infantil, hipocondriasis y despersonalización. El segundo grupo se trata de cuadros de ansiedad exógena, es decir, ansiedad motivada, que aparece como respuesta al estrés, amenazas o peligros, que no responde a terapéutica con fármacos antidepresivos y que agrupa a: trastornos de ansiedad generalizada, fobia simple y trastorno adaptativo con humor ansioso.

Muchos autores han considerado que la separación de las crisis de pánico de los restantes cuadros de ansiedad, representó un considerable avance en el conocimiento de estos trastornos y, aunque con posterioridad se han planteado dudas en relación con los principales hechos: Significación de posibles factores psicológicos, independencia de estos cuadros en relación con otras entidades, eficacia o no de los tratamientos antidepresivos ellos solos, etc., sin embargo, la mayoría de los autores siguen considerando a los "Trastornos de Pánico" como una entidad nosológica independiente y así es reconocida en el DSM-III-R y DSM-IV.

En uno de sus trabajos, Sheeham (1987) (11) se extraña de que con anterioridad se desconociesen estos hechos y se pregunta: "¿Cómo hemos podido llegar a confundirnos tanto en el pasado, y dar tantas etiquetas de diagnóstico a lo que parece ser una entidad nosológica mayor?". La respuesta es sencilla. En el pasado se había reconocido lo mismo, es decir, la existencia de una forma endógena de la ansiedad aguda la cual agrupa las mismas formas que Sheeham y que responden a los Tratamientos biológicos. Se trata de lo que J.J. López Ibor denominó en 1950 Timopatía Ansiosa (12) entidad que no tuvo repercusión suficiente debido a que fue publicada en castellano y además por no encajar en los enfoques de la época que entendían que las neurosis y, por tanto también, la neurosis de ansiedad respondían exclusivamente a un etiología psicógena, lo cual era especialmente cierto en la Psiquiatría norteamericana.

Timopatia Ansiosa

En 1940 López Ibor había sometido a tratamiento psicoterapéutico a una enferma afecta de neurosis de ansiedad que bruscamente curó del episodio sin que pudiera atribuirse este resultado a la acción de la psicoterapia y, en consecuencia, pensó que podía existir una Neurosis de angustia endógena.

A partir de esta observación, junto a otros hechos clínicos y datos de la literatura, López Ibor elaboró la noción de Timopatía Ansiosa que redactó hacia 1943-45, pero que por una serie de circunstancias no pudo publicar hasta 1950.

Los hechos esenciales con los que López Ibor caracterizó a la Timopatía Ansiosa son: Datos sintomatológicos, en general superponibles a los descritos por Freud en la Neurosis de Ansiedad; la existencia de un curso fásico y cambiante; la no motivación de los episodios; la respuesta a las terapéuticas biológicas; si bien, lo esencial y original de su doctrina está en la elaboración de la tesis de que la angustia es expresión de un trastorno de la vitalidad.

Uno de los aspectos que puede ser destacado es el magistral análisis de la sintomatología de la Timopatía Ansiosa. Desde el punto de vista de la enumeración de los síntomas, como era de esperar, en buena parte se superpone a la descripción realizada por Freud.

Sin embargo, en este campo, la aportación de López Ibor se caracteriza por dos hechos principalmente: El estudio no queda en la pura descripción del fenómeno ya que la discusión histórica, las explicaciones respecto al modo de entender el síntoma, los contrastes de sus opiniones y observaciones con las de otros autores, es sumamente enriquecedora. En segundo lugar hay que destacar el modo de valorar los síntomas, por lo que respecta a la presentación clínica del episodio.

López Ibor advierte que la pura descripción de los síntomas y su enumeración por mucho que se amplíe, nunca dará una imagen lo bastante plástica del cuadro clínico. En general, desde Freud hasta el DSM-III se ofrece una larga lista de síntomas posibles que efectivamente pueden aparecer en las crisis de ansiedad. En el DSM-III y

en las sucesivas ediciones se dice que para poder llegar a un diagnóstico de Trastorno por ansiedad deben estar presentes, por lo menos, cuatro de los síntomas fundamentales de una lista de trece posibles y no es infrecuente que se citen porcentajes de frecuencia con que los diferentes síntomas pueden aparecer, como se hace por ejemplo, en el trabajo de Bousoño y cols (1993) (14).

Estos planteamientos dan la impresión de que existe cierta "equidistancia" de los síntomas con el Yo del enfermo, es decir, la existencia de una equivalencia biológica, y aunque esto último puede ser cierto, lo cual explicaría la alternancia sintomática observada en el curso de la enfermedad, lo cierto es, como señala López Ibor, que si bien por medio de una cuidadosa anamnesis se descubre la existencia de muchos de los síntomas posibles, el enfermo, sin embargo, establece una jerarquía de los mismos dependiendo de la capacidad de angustia de cada síntoma para cada paciente en un momento dado. Cuanto más angustioso es el síntoma, más impresiona al enfermo. "En la sintomatología timopática, escribe López Ibor, la ley que rige en la jerarquía de los síntomas es distinta y se supervalora aquel que expresa mejor, ante la subjetividad del enfermo, el trastorno fundamental de la Timopatía, es decir, la ansiedad".

Otro dato básico de la Timopatía Ansiosa es el del carácter fásico del curso de la enfermedad. Este hecho que comparte esta entidad con otras patologías afectivas, singularmente los cuadros depresivos, también conceptuables como una pagología de la vitalidad, concuerda, como más tarde hemos de comentar, con las líneas directrices de una patología personal.

Tal como hemos señalado, en cada fase los síntomas pueden ser diferentes y este hecho lleva al concepto de "Síndrome cambiante" (schift) y "Síndrome de supresión" un hecho que es muy importante en Patología psicosomática (López Ibor, 1950) (15); Barcia y Fuster, 1968 (16), pero también en otros cuadros endógenos, como por ejemplo las Psicosis cicloides (Perris, 1971) (17); Barcia, 1982 (18). Este fenómeno Alternante ocurre también en las Neurosis, lo cual puede ejemplarizarse con el caso del "Hombre lobo" estudiado por

Freud, en el que a lo largo de su vida se observó ansiedad, obsesiones, rasgos neurasteniformes, apnea, dismorfofobia, síntomas delirantes y episodios hipomaníacos los cuales alternan con periodos de absoluta normalidad (15).

Este curso fásico alternante es una de las razones que llevaron a López Ibor a pensar que en todas las neurosis existía un fondo endógeno, un tema que desarrolló en su monografía "Las neurosis como enfermedades del ánimo" que publicó en (20). Tellenbach sin duda el autor que mejor ha profundizado en caracterizar la noción de endógeno, establece que el carácter rítmico es precisamente uno de los datos fundamentales y característicos de la endogeneidad (21).

Otro hecho importante consiste en haber advertido que los pacientes con Timopatía Ansiosa deben ser tratados con tratamientos biológicos. López Ibor propuso la práctica de choques de acetilcolina siguiendo la técnica de Fiambertti, lo cual provoca una ligera reacción vegetativa, sin pérdida de conciencia (20). Más tarde, los antidepresivos tricíclicos y, sobre todo los IMAOs se convirtieron en el tratamiento indicado para la Timopatía Ansiosa, con lo cual, como advierte López Ibor Jr. (15,22) este trasatorno se aproxima a las "Depresiones atípicas" de West y Dall. Estos autores en 1959 señalaron el efecto favorable de la Iproniazida en un tipo particular de deprimidos en los que el cuadro, por sus características, se separa de la Depresión endógena y se aproxima a las Depresiones neuróticas y Neurosis de ansiedad (23), siendo la angustia el síntoma de mayor valor predictivo (22).

Sin embargo, el hecho esencial de la Timopatía Ansiosa reside en que se trata de un cuadro centrado en la angustia, la cual no es motivada, aunque pueda ser desencadenada por acontecimientos de la vida, que emerge desde la vitalidad, esto es, desde los sentimientos vitales, razón por la cual López Ibor llamó a este cuadro Timopatía Ansiosa.

Es conocido que, situándose en la más pura descripción de la vida sentimental, Max Scheler (24) descubre que ésta se muestra estratificada, como si hubieran varias capas jerarquizadas o estratos emoti-

vos. No intenta este autor elaborar una teoría de la vida sentimental, sino como decimos, simplemente captarla tal como se nos aparece a nuestra introspección y quiere solo describir esta experiencia y, al hacer tal cosa, Max Scheler distingue cuatro estratos: 1.- Sentimientos sensoriales; 2.- Sentimientos vitales; 3.- Sentimientos anímicos y 4.- Sentimientos espirituales.

Desde el punto de vista Psicopatológico interesan los anímicos y los vitales. Estos últimos, los Sentimientos vitales, tienen un carácter difuso, se extienden por todo el cuerpo sin localización precisa. Se refieren a sensaciones del tipo de la comodidad o incomodidad, agotamiento o frescura y están ligados a la corporalidad. Es el modo fundamental de encontrarse. Me encuentro bien o mal, solemos decir. Los sentimientos vitales nos permiten sentir nuestra vida y sufren variaciones de alza y descenso con la salud y la enfermedad.

Los Sentimientos anímicos son, dice Lerch (25), dirigidos, es decir, se trata de formas sentimentales reactivas ante el mundo exterior. Nos ponemos alegres o tristes ante determinados acontecimientos y, por lo tanto, apreciamos el hecho de que el Yo participa de ellos activamente, razón por la cual Scheler los llama también "Sentimientos del Yo". Estos sentimientos no se ligan a la percepción ella misma, sino al significado que tiene lo percibido. Por eso los sentimientos anímicos no son funciones del Yo, sino modalidades del Yo.

Basándose en esta distinción K. Schneider (26) pudo diferenciar la Depresión reactiva, caracterizada por que se alteran los sentimientos anímicos, de la Depresión endógena, que llama Depresión vital, por alterarse en ella los sentimientos vitales y, paralelamente López Ibor separa de la Angustia reactiva la Angustia vital, que caracteriza el cuadro de la Timopatía Ansiosa.

La capa de la Vitalidad, está anclada en la Corporalidad y por ello está formada por sentimientos corporales y sentimientos vitales propiamente dichos. Los primeros, los sentimientos corporales (sensaciones vitales, cenestesia, etc), se refieren a la corporalidad vivida (Leib) y a ellos pertenecen el hambre, la sed, placer corporal, sensación de saciedad, cansancio, sueño, frescura, etc. Aquí hay una mezcla

de instintos y sensaciones. Junto a lo anterior, pero no tan anclados en la corporalidad aunque emanan de ella, estan los Sentimientos vitales, pero en los que se reconoce mejor el aspecto psíquico. Aquí encontramos alegría, tristeza, contento, malhumor, angustia, etc.

Sobre esta vitalidad encarnada se dibujan los síntomas noéticos, unas veces relacionados con la tristeza, como son los sentimientos de culpa, ruina, etc., propios de la Depresión vital y otras veces relacionados con la angustia, tales como miedo a morir o a enloquecer, principalmente. "Los sentimientos vitales, escribe López Ibor, crean el clima en el cual se desenvuelve el hombre, y solo su capacidad de variación es lo que hace posible su capacidad de adaptación. Por encima de ellos flota el carácter, la actitud, los elementos noéticos de la personalidad, que son los que imponen constancia y duración. Por debajo se halla el propio soma, que representa en esta serie la inercia" (12).

El hecho de estar la Depresión Endógena y la Timopatía Ansiosa referidas a la Vitalidad, enseña por qué en la Clínica el complejo sindrómico esté formado por síntomas corporales, vitales y noéticos, pero hay que señalar que tienen estos síntomas un carácter peculiar.

Para el diagnóstico de la Angustia vital no importa tanto el repertorio de síntomas presentes o su desencadenamiento o no por acontecimientos de la vida, como el hecho de estar referidos los síntomas a la vitalidad. No es lo mismo el vértigo coclear en el que el enfermo experimenta que el mundo físico gira, que el vértigo timopático, en el que el enfermo siente una serie de sensaciones, enraizadas con otras y siempre referidas a un temor o angustia y lo mismo puede decirse de los otros síntomas.

Los acontecimientos desencadenantes pueden estar presentes, pero no es infrecuente y esto es lo caraterístico, que la angustia surja limpiamente sin ellos. Otras veces se observa lo que López Ibor llama "reacción cristalizada". El primer episodio ha sido desencadenado pero luego la crisis endógena se indpendiza y aparece autóctonamente sin necesidad de la concurrencia de nuevos factores provocadores

de la misma, un hecho que empieza a ser reconocido en la actualidad (Tahse, 993, (27).

El círculo timopático

López Ibor, desde planteamientos teóricos y también por medio de la observación clínica, advierte la aproximación de la Timopatía Ansiosa a otras entidades, singularmente la Depresión vital y la Angustia idiopática de Leonhard.

El hecho de que estos cuadros irrumpan desde la vitalidad hace que sean razonales las transiciones entre ellos. En este sentido, López Ibor señala que debe hablarse de "círculos morbosos", es decir, cuadros que son enfermedades diferentes pero que tienen mecanismos etiopatogénicos comunes, algo así como que pertenecen a un mismo sistema o estructura.

Cualquiera que sea la interpretación dada, lo cierto es que la Timopatía Ansiosa tiene estrechas relaciones con la Depresión vital que López Ibor resumen en las siguientes:

-Ambos cuadros son alteraciones de la vitalidad

-Los dos evolucionan frecuentemente de modo cíclico

-Se observan muchas formas de tránsito entre ambos.

Con anterioridad ya hemos hecho alguna referencia respecto a la Patología de la vitalidad, común a los dos cuadros, y también a la evolución cíclica. Solo queda añadir que son frecuentes las formas de tránsito, y así debe ser, dice López Ibor, ya que se trata de enfermedades en que en ambas se afecta la misma estructura.

Y junto a la depresión vital debe situarse la Ansiedad idiopática, un cuadro caracterizado por Leonhard, pero que había sido descrito por Wernicke y que por su carácter endógeno, la brusquedad de aparición y cese del episodio angustioso y la sintomatología observada, debe ser incluido en el Círculo timopático.

López Ibor insiste en que las crisis endógenas de ansiedad se relacionan con los Cuadros depresivos, en el sentido de que no es infrecuente que en el curso de la enfermedad ansiosa aparezcan episodios

característicos de depresión endógena. Esto ha sido señalado posteriormente por numerosos autores.

López Ibor Jr. (28), en 1986 realizó un estudio de seguimiento de 360 casos que habían sido diagnosticados de Timopatía ansiosa, en la Clínica Universitaria de Madrid, entre los años 1953 y 1963. Pudo estudiar 102 casos y comprobó que 72 podían ser diagnosticados de Trastorno de Pánico y 30 de Ansidad generalizada, siguiendo los criterios del DSM-III, un hecho que confirma la identidad de la Timopatía ansiosa con las crisis de pánico.

Pero lo que ahora queremos destacar es que en el referido estudio se cita que en un 72% de los casos se observó la concurrencia de Depresión mayor y en un 32% con Melancolía. Estos hechos son consistentes con las observaciones de otros autores.

Lo que importa tener claro es que la noción de enfermedad no puede identificarse con la de "círculo morboso". La primera implica necesariamente un modelo etiológico, cualquiera que sea la mentalidad utilizada –anatomoclínica, fisiopatológica o etiológica– mientras que "círculo morboso" quiere decir que una serie de trastornos, posiblemente enfermedades distintas, pueden ser agrupados porque en ellas participa la alteración de las mismas estructuras. No se dice, por lo tanto, que la Depresión mayor sea la misma enfermedad que la Timopatía ansiosa, pero sí que ambos cuadros asientan sobre una alteración de la vitalidad.

Las neurosis como enfermedades del ánimo.

A partir de la descripción de la Timopatía Ansiosa, López Ibor señala que la experiencia clínica le llevó a pensar que en el fondo de todas las neurosis había una infraestructura común que era precisamente la alteración del ánimo.

El ánimo es el elemento vivencial del fondo endotímico, lo que hace que nos encontremos de alguna manera a gusto o a disgusto, alegres o tristes. Tener ánimo significa en castellano ser valiente o ser capaz de resistir al infortunio y se refiere a la totalidad de la vida psíquica. No es lo noético, ni lo instintivo, sino el núcleo de la intimidad.

López Ibor piensa, como Freud , que el auténtico radical neurótico es siempre un conflicto angustioso pero se separa del fundador del Psicoanálisis al entender que la angustia no es expresión de un conflicto instintivo, sino que emerge de la vitalidad. "La angustia real, escribe López Ibor, es la angustia vital, la que tiene el hombre en tanto que ser vivo" (20).

Esta tesis de López Ibor significa una corrección a la de Freud respecto al origen de la angustia pero mantiene a esta como fundamento básico y ordenador de las neurosis, un aspecto que es fundamental ya que permite pasar de la mera clasificación, una situación precientífica, a la elaboración de una tesis de validez general.

Desde el punto de vista epistemológico, los criterios puramente descriptivos de la realidad permiten únicamente clasificar, es decir, agrupar los fenómenos por sus parecidos y diferenciar así a unos grupos de otros, es decir, permite establecer "relaciones de clase", por tanto, como habíamos señalado, moverse en un plano precientífico.

Lo que la Ciencia pretende es elaborar modelos explicativos de validez lo más general posible. La tesis de Freud de construir la noción de neurosis sobre las vicisitudes de la ansiedad, corrige la situación que sobre la neurosis había cuando él inició su trabajo, lo cual se repite hoy en las clasificaciones del DSM-III e ICD-10.

Una revisión sucinta de la evolución del concepto de neurosis nos va a permitir entender los planteamientos actuales y también la importancia de la obra de Freud (véase la importante obra de J. Mª López Piñero y J. Mª Morales (1970) (29) y nuestro trabajo de revisión (30)).

La asimilación del concepto de Neurosis de Cullen por parte de Pinel estaba llena de dificultades al enfrentarse dos mentalidades: El criterio fisiológico y la consideración puramente subjetiva del enfermar de la medicina inglesa, con el objetivo de la mentalidad anatomoclínica, desarrollada en Francia.

Después de un periodo especulativo, el concepto de neurosis sufrió una depuración la obra de Georget, que si bien alejó toda posible

especulación y se ciñó a los datos de observación rigurosos, llevó a definir la enfermedad negativamente como "enfermedad sin lesión".

En Inglaterra, al no existir ningún autor que realizara una obra similar a la hecha por Georget en Francia, el término neurosis, creado en ese país, curiosamente desaparece durante más de medio siglo, al punto de no encontrarlo ni siquiera en los Diccionarios y en las grandes obras de consulta y fue sustituido por otras expresiones procedentes de la mentalidad fisiopatológica inglesa, fundamentalmente por el concepto de Irritación espinal y el de Enfermedad nerviosa refleja.

B. Traves en 1824 y 1834, por la influencia de Broussais (1772-1838) y la tradición neurofisiológica inglesa y Player en 1821, elaboraron la noción de que por lesión funcional de la Médula (Spinal desease) se producían alteraciones generales. En 1828, Ch. Brown se refiere al mismo fenómeno de la repercusión general por "irritación de los nervios espinales".

A partir de ahí muchos autores elaboran la noción de que las neuralgias y las neurosis son consecuencia de la "alteración de la médula espinal", que no es de carácter inflamatorio ni se observa alteración anatomopatológica, sino que se revela por la especial sensibilidad de las apófisis espinales.

Tras un periodo de amplia aceptación, en donde destacan el norteamericano Parrish (1832) y el británico Griffin (1830), esta noción sufre una crítica por parte especialmente de autores alemanes, como A. Meyer (1849) y sobre todo de E. Von Leiden (1874), autor que en un principio había aceptado la doctrina de la irritación espinal, por lo que esta entidad queda como una "neurosis particular" de escasa extensión clínica.

Sin embargo, una de las subdivisiones de la Irritación espinal, la Neurastenia o "Irritación espinal de forma asténica" adquirirá posteriormente una notable aceptación y será utilizada para explicar un buen número de alteraciones neuróticas.

Junto al concepto de "Irritación espinal" en Inglaterra se elaboró también el de "Enfermedades nerviosas funcionales reflejas". El origen de este concepto hay que buscarlo en autores de finales del S. XVIII que hicieron las primeras formulaciones maduras de la noción de arco reflejo: el británico Whyth y el alemán Prochaska.

Pero fue la obra de J. Marshall May (1790-1859), a partir de sus trabajos sobre la teoría del reflejo espinal, la que posibilitó la obra de autores posteriores, los cuales elaboraron el concepto de "Neurosis reflejas". Aquí podemos citar a los británicos Stanley (1833) y Graves (1843) y los alemanes Hennoch (1845) y Romberg (1840-46), pero fueron los trabajos experimentales de Brown-Sequard (1868-1882), que pusieron de manifiesto las modificaciones vasculares de la médula por irritación periférica, lo que dio consistencia a la doctrina refleja y es el origen de algunas teorías reflexológicas actuales. Pero todas estas concepciones desaparecen al ser englobadas por la Neurastenia. Bastará para ello que las hipótesis del origen espinal de estos trastornos sea trasladada a un origen cerebral.

A lo largo del S. XVIII el contenido de las Neurosis tenía dos polos: Las neurosis mayores, esto es, la Histeria y la Hipocondría y las neurosis menores, englobadas bajo el epígrafe de "Los dolores". En el periodo comprendido entre 1850 y 1880 se producen unos cambios notables: Se mantiene la noción de Histeria, pero desaparece el de Hipocondría que pasa a matizar algunas Psicosis o bien es el origen de otras Neurosis menores, noción que se elaborará conjuntamente con ayuda de las nociones de Irritación espinal y Enfermedad refleja. Nos referimos al trabajo de Valleix (1841) que habla de "Neurosis proteiformes", a las "Neurosis cerebrocardíaca" de Krishales (1872) que representa una aplicación de las hipótesis vasomotora de Brown-Sequard.

Todas estas formas de Neurosis fueron también asimiladas por la Neurastenia. Ya nos hemos refereido a que Bread (1868-1869) lo que hizo fue extender el mecanismo medular al cerebro y así, durante algún tiempo en el ambiente británico se habla de agotamiento espinal, o de "Neurastenia espinal" (Kraus, 1831; Most, 1838) y

agotamiento cerebral, tal como fue formulado por Bread, como dos formas clínicas independientes. Pero, aunque Bread había dado poca extensión a su concepto de Neurastenia, un cuadro en realidad referido al "agotamiento" del hombre medio típico norteamericano, por el hecho de exceso de trabajo, su libro tuvo una gran aceptación y, como decimos, la noción de Neurastenia fue engullendo todas las formas clínicas descritas, excepto la Histeria.

En esta misma línea, el también norteamericano Weir Mitchel describió la "Neurastenia femenina" y junto a estos cuadros debe situarse el síndrome de Da Costa, muy popular en la literatura norteamericana, llamado también "corazón irritable" y que este autor había descrito en los soldados norteamericanos y que también atribuía al agotamiento nervioso. Pero el gran éxito de la Neurastenia fue haber sido incorporada por Charcot en 1889, pasando a convertirse, junto a la Histeria, en una de las grandes neurosis. Poco después, en 1895, Freud depura el concepto de Neurastenia, elimina de ellas algunos cuadros dolorosos, pero sobre todo aisla, como antes habíamos comentado, la Neurosis de angustia.

Así pues se reconocen en ese momento, junto a algunas formas menores, tres grandes síndromes neuróticos: la Histeria, la Neurastenia y la Neurosis de angustia. El panorama nosológico se completará con la descripción de las neurosis fóbicas y las neurosis obsesivas.

El problema de las neurosis fóbicas se inicia con la descripción de la Agorafobia por Westphal en 1872. Con anterioridad a este autor, otros habían descrito bajo el nombre de Gefigofobia el miedo a cruzar los puentes, temor que Pascal en 1651 había descrito en sí mismo. Pero a pesar de estos antecedentes lo cierto es que fue Westphal quien describe tres casos y pone énfasis en considerarlo como un cuadro independiente, que diferenció de los vértigos con quienes tiene evidentes relaciones.

En 1982, Corda se refiere al tema y publica varias observaciones entre las que se encuentra él mismo, que padecía de ese síndrome. No le gusta el término de Agorafobia y prefiere las expresiones alemanas de Platzangst (miedo a las plazas) o Platzschwindel (vértigo de las

plazas) y hace una interpretación etiopatogénica análoga a la dada a la neurastenia.

Con posterioridad empiezan a describirse otras fobias. Así Verga de Milán describe la Claustrofobia y ya en 1878 existen varias publicaciones de este cuadro (Raggi, Ball, etc.). En 1879, Hammon, bajo el término de Misofobia describe el miedo al contagio, etc.

En 1903, en la séptima edición de su tratado, Kraepelin incluye bajo el término "Locura obsesiva" a la agorafobia y otros cuadros fóbicos, junto a todas aquellas formas de "locuras degenerativas" en las que el cuadro clínico se halla dominado por las representaciones y miedos obsesivos (anancasmus). En 1915, en la octava edición, Kraepelin utiliza el término de "Neurosis obsesiva".

Por último, el panorama de los cuadros Neuróticos se completa con la Psicastenia de P. Janet. Este autor, en una primera etapa de su investigación, se dedicó especialmente a estudiar el estado mental de los histéricos, siguiendo fielmente los puntos de vista de su maestro Charcot, pero en 1892 y 1893 publica L'etat mental des hysteriques y utiliza por primera vez el término de Psicastenia. Él señala en este trabajo que "el estudio de otra clase de enfermos plantea un problema mucho más grave de resolver. Se trata de los numerosos pacientes que están en la frontera con la locura, que presentan síntomas muy variados en apariencia, pero con relaciones innegables: el delirio de duda, la locura llamada consciente o razonante, las obsesiones, las impulsiones, las fobias, etc. En Francia se utiliza casi siempre para estas afecciones el término de delirio de los degenerados, en Alemania se llama a estos enfermos neurasténicos delirantes. Con el fin de no tomar partido sin una discusión suficiente en las polémicas que provocan justamente estas denominaciones, para referirnos a estos enfermos utilizaremos de una manera vaga un término que ya ha sido empleado a menudo y que les cuadra muy bien, les llamamos sencillamente psicasténicos".

Janet señala que entre los Psicasténicos el síntoma obsesivo es el más destacado y, durante un tiempo, la enfermedad obsesiva sería vista como psicastenia por la mayoría de los autores.

Así, por ejemplo, en el relativamente tardío pero importante Traite de Pathologie Medico Terapeutique apliquee, publicado en París en 1926, bajo la dirección de E. Sargent, L. Ribaudeau-Dumas y L. Baiboneix, dedica un capítulo a la Psychastenie et Obsesions (30).

Si resumimos lo expuesto, tenemos que antes del trabajo de Freud, Inhibición, síntoma y angustia, de 1926, que significó un nuevo planteamiento de la neurosis, la Nosología de estos trastornos está formada por los siguientes cuadros: Histeria, Neurastenia, Neurosis de Angustia, Agorafobia, que en general pasa a englobarse en las Obsesiones (Kraepelin, 7ª edición) y las Fobias también englobadas en este cuadro. Esta nosología se superpone casi exactamente con la elaborada por el DSM-III y en donde como ocurrió en el XIX también desaparece el término Neurosis.

El trabajo de Freud a partir de la publicación de "Inhibición, síntoma y angustia" supuso una nueva interpretación de la angustia pero sobre todo una tesis que permite ordenar las neurosis, como decíamos, lejos de una mera clasificación que solamente permite establecer relaciones de clase, ahora pueden explicarse por medio del establecimiento de una ley de validez general, por tanto por medio de "relaciones de equivalencia".

Desde un punto de vista psicodinámico, la ansiedad es considerada como el factor que desempeña el papel central en el funcionamiento del aparato psíquico. En principio la ansiedad debe verse como una "señal", o como un indicador al Yo, de la existencia de una serie de "impulsos" prohibidos, lo cual ha sido una de las grandes aportaciones de Freud, haber situado la causa no en amenazas reales externas, sino en tensiones inconscientes, procedentes del Ello. En consecuencia, la ansiedad aparece como signo de un movimiento interior, señal de que algo en el espacio psicológico interno está alterado.

Ante esta situación amenazadora, debe el Yo tomar medidas defensivas. Si estas defensas tienen éxito, la ansiedad desaparece, en caso contrario deben adoptarse otras medidas "parciales" que, según el tipo de defensa empleadas dará lugar a la variedad de síntomas reconocidos en la clínica: Histeria, fobias, obsesiones, etc.

Cuando los mecanismos de defensa fracasan, la ansiedad aparece como único síntoma y si alcanza niveles por encima del límite "normal" de su funcionamiento como señal, entonces aparece con toda la espectacularidad el "ataque de ansiedad".

Desde un punto de vista conceptual y esquemático podemos distinguir los mecanismos patogénicos de los etiológicos. En lo que hace a los primeros, siguiendo a Millon (1981) (31), tenemos que el cuadro patológico surge:

1.- Cuando hay diferencia en los "mecanismos de enfrentamiento" para oponerse y controlar las amenazas objetivas del entorno.

Incapaz de hacer frente a las posibles fuentes del conflicto, el paciente debe mantenerse "siempre alerta" y como consecuencia aparece un estado de tensión constante o crónico.

2.- Los residuos de pasadas experiencias sensibilizan al paciente respecto a situaciones que consideradas objetivamente son insignificantes.

3.- Una vez reactivados, estos miedos inconscientes alteran los precarios controles del paciente y además movilizan emociones e impulsos previamente asociados con los impulsos anteriores.

Pero las experiencias generadoras de ansiedad son siempre temores del Yo a situaciones de peligro, las cuales pueden ser ordenadas en un continuum, desde el nacimiento (Coderch, 32; Nemiah, 33) y que clínicamente se manifiestan por formas de ansiedad diferentes:

1.- Ansiedad impulsiva del Ello, que corresponde a las primeras experiencias infantiles. Los pacientes expresan temor a actuar descontroladamente de forma irracional. Es el temor a enloquecer.

2.- Ansiedad de separación, que aparece en el individuo más desarrollado, aún en fases preedípicas y expresan el temor a la pérdida del amor o el abandono de los padres. Esta ansiedad en el adulto expresa la anticipación temerosa a la pérdida de alguna relación humana importante.

3.- Ansiedad de castración. Representa la situación típicamente edípica. En el adulto expresa el temor a las lesiones corporales o algún tipo de limitación de capacidades personales.

4.- Finalmente, la ansiedad del Super-Yo, revela la superación del Complejo de Edipo. En el adulto muestra el sentimiento normal de culpa ante una mala acción.

Los planteamientos de López Ibor, aunque corrigen la interpretación de angustia, sin embargo la mantienen como elemento ordenador. La angustia primaria pertenece al estrato de los sentimientos vitales, es decir, al Yo corporalmente encarnado y esta estructura justifica que puedan ordenarse los cuadros que suelen llamarse Reacciones neuróticas que se prolongan con las formas endógenas de las enfermedades del ánimo.

La alteración del fondo endotímico constituye la infraestructura de la neurosis, pero más que cualquier otra enfermedad la Neurosis debe ser considerada como enfermedad personal. De este modo hay que tener presente dos estructuras básicas: la emotiva y la personal, por lo que el problema reside entonces en saber la dinámica que se establece entre ellas. En la neurosis hay confluencia de dos historias: la del hombre como naturaleza y la del hombre como persona.

Este planteamiento lo que significa es que las Neurosis deben ser analizadas como enfermedades Biográficas, porque tal como había puesto de manifiesto Jaspers (34) en toda Biografía hay que considerar el acontecer biológico (Biologischen Ablauf) y el desarrollo histórico-vital (inneren Lebensgesichte).

En las Neurosis, desde la perspectiva de Freud solo se ha considerado la segunda cuestión, pero la biografía y, por lo tanto la Patobiografía, no puede entenderse sin hacer referencia al Bios como acontecer Biológico. Porque lo biológico no es pasivo, tiene su peculiar actividad y dinámica. Heidegger (35) ha mostrado que la Physis griega significa que el Ser del hombre no agota su realidad y no se cumple en la pura Naturaleza ya que Phycis expresa la actividad del Ser.

La Patobiografía humana se desarrolla en aconteceres histórico-vitales, lo que se reconoce en las "primeras vivencias", "crisis", "desarrollo de la personalidad", etc., pero también en categorías biológicas, lo cual se manifiesta en las peculiaridades de las distintas edades, en las series típicas del curso, en las fases y en los procesos. Todo esto debe reconocerse en las neurosis. Decía Jaspers que en las neurosis había cierta incomprensibilidad, en ellas observamos que "un fenómeno extraño a la personalidad domina la personalidad misma… un acontecer progresivo, cuya esencia es impenetrable" (34). Esta impenetrabilidad psicológica viene dada por el acontecer biológico, se trata de acontecimientos biológicamente condicionados y, por lo tanto, incomprensibles.

Advertir lo anterior ha sido una de las aportación decisivas de López Ibor. En toda neurosis hay una psicogénesis, pero también una fisiogénesis y en esto último cumple un papel fundamental la estructura vital y, por eso, López Ibor habla de las Neurosis como enfermedades del ánimo.

BIBLIOGRAFÍA

S. Freud: Está justificado separar de la Neurastenia un cierto complejo síntomatico bajo el nombre de "Neurosis de Ansiedad" (1985). Obras completas, T. 1. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.

S. Freud: Inhibición, síntoma y angustia (1926). Obras completas, T. 1. Editorial Bibliotea Nueva, Madrid, 1948.

W. Sargant: The treatment of anxiety states and atypical depressions by the moaminooxidasa inhibitors drugs. Neuropsychiatry 1962, 3 (Supl. 1): 96-103.

D.F. Klein, M. Fink: Psychiatric reaction patterns to impramine. Am. J. Psychiat, 1962, 119: 432-438.

F.N. Pitts, J.N. McClure: Lactate metabolism in Ansiety Neurosis. New.Eng. J. Med., 1967, 227: 1329-1336

R.L. Spitzer, J. Endicott, E. Robins: Research Diagnostic Criteria. Biometric Research. New York, 1975.

DSM-III, 1977.

D.V. Seeham, K.H. Seehan: The classifications of phobic disorders. Int. J. Psychiatry Med. 1982-83: 243-266.

D.V. Seehan, J.B. Claycomb, N. Kouretas: Monoamine oxidase inhibitors: prescription and patients manegement. Int. Psychiatric med. 1981, 10: 99-121.

D.V. Seehan: The efficient treatment of phobic disorders. Psychiatric Medicine Update, TC Manschreck (Ed), Elservier, New York, 1979: 189-204.

D.V. Sheehan: Diagnóstico, etiología y tratamiento de las crisis de angustia. Rev. Psiq. Fac. Med. Barcelona, 1987, 14: 102-125.

J.J. López Ibor: Timopatía ansiosa. Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1950.

M. Roth: Classification of Affective and Related Psychiatric Disorders. Biological Aspects of Affective Disorders, Academic Press Ltd, 1991.

M. Bousoño, J. Bobes, P. González García-Portilla: El trastorno de angustia o síndrome de pánico. Psiquis, 1993 (Supl. 2): 9-54.

J.J. López Ibor Jr.: Nosological status of endogenous anxiety: Anxious Timopathy Revisited. Psychopathology 1985, 18: 133-135.

D. Barcia, P. Fuster: Estudio de dos casos de colitis ulcerosa y artritis reumatoide. Contribución al conocimiento de la Patología Psicosomática. Actas Luso-Esp. Neur. Psiq. 1963, 27: 469-524.

C. Perris: A stydy of Cicloid Psychoses. Acta Psichiat. Scand 1974, Supl. 253.

D. Barcia: Psicosis marginales en Psiquiatría. C. Ruiz Ogarra, J.J. López Ibor, D. Barcia, Toray, Barcelona 1982.

D. Barcia: Psicosis cicloides (Psicosis Marginales). El libro del año en Psiquiatría, J.J. López Ibor (Ed), Ed. Samed, 1995.

J.J. López Ibor: Las Neurosis como enfermedades del Ánimo, Ed. Gredos, Madrid 1966.

H. Tellenbach: Melacholie, Springer Vlg. Berlin, 1974.

J.J. López Ibor Jr.: La angustia en la clínica y su tratamiento. Actas Luso-Esp. Neur. Psiq. 1986, 14: 275-312.

E.D. West, P.J. Dally: Effects of iproniazidd in depresive síndromes. Brit. met. J. 1959, 1: 1941-1494.

Max Scheler: Wessen und formen der Sympatie, Cohen, Bonn, 1923 (hay traducción en castellano)

Ph. Lersch: La estructura de la personalidad, Ed. Ciencia, Barcelona, 1959.

K. Schneider: Klinische Psychopathologie Thieme, Stuttgart, 1950 (Hay traducción española).

M. Thase: Marcadores biológicos en recaídas y recurrencias en los trastornos afectivos. Symposium Internacional, Dir. J. Vallejo, Barcelona 1994.

J.J. López Ibor Jr.: Problems in the classification of anxiety disorders. Psychiatry & Psychobiology 1989, 4: 99-105.

J.Mª Piñero, J.Mª Morales: Neurosis y Psicoterapia. Un estudio histórico. Espasa-Calpe, 1970.

D. Barcia: Crisis de angustia. Psicogenia. Una discusión sobre la nosología de las neurosis. Rev. Psiq. Fac. Med. Barcelona, 1987, 14: 26-35.

J. Milton: Psicología médica interamericana. Barcelona, 1981.

J. Coderch: Psiquiatría dinámica, Herder. Barcelona 1979.

K. Jaspers: Psicopatología general, A. Bibi y Cia, Buenos Aires, 1950.

M. Heidegger: El ser y el tiempo. Revista de Occidente, 1990.

PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA: ¿QUO VADIS HOY?

Renato D. Alarcón

Profesor Emérito de Psiquiatría, Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, Minnesota, EE.UU y Titular de la Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Socio de Honor de la Sociedad Española de Psiquiatría.

INTRODUCCIÓN

Hace más de 15 años, con ocasión del XXIII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría celebrado en Punta del Este, Uruguay, sustenté una conferencia que llevaba el mismo título de este artículo, excepto la última palabra. Este trabajo intenta pues actualizar una búsqueda, reiterar interrogantes perennes: ¿Quiénes somos, qué somos en tanto que cultores de una disciplina llamada psiquiatría en un recodo geográfico llamado América Latina?. Son preguntas añejas, tal vez no tan antiguas como el *¿Quo Vadis?* del Nuevo Testamento que persuadió a San Pedro a regresar a Roma y enfrentar el desenlace de su propia historia, pero tan válidas, tan decisivamente cruciales para el destino de nuestra disciplina en nuestro continente como la encrucijada existencial que aquel pasaje bíblico descorre.

Como todo tema complejo y actual, éste requiere de premisas fundamentales: desde una perspectiva amplia, el planteamiento de los alcances y límites del proceso de Globalización es punto relevante cuando se habla de un territorio multifacético que acoge a pobla-

ciones variadas en volúmenes crecientes. Como parte de la mítica "Aldea Global", América Latina experimenta cambios sustanciales. Ciudad de México es actualmente la décima mega-urbe más poblada del mundo, con Buenos Aires y Sao Paulo en posiciones cercanas (1, 2). De las cerca de 600 ciudades con más de un millón de habitantes, 100 están en América Latina. La población de áreas rurales ha comenzado a declinar por efecto de masivas migraciones internas y externas, precipitadas por gran variedad de factores. y de todo tipo. Hacia 2050, la población mundial tendrá 9 billones, 800 millones de los cuales vivirán en América Latina; de ellos, 221 estarán en Brasil, 150 en México y 53 en la Argentina, todos ellos agolpados fundamentalmente en zonas urbanas; la siguiente generación duplicará su población a cerca de 4 billones. El resultado más dramático de este proceso será la multiplicación de mega-ciudades (con poblaciones en exceso de 8 millones), por lo menos 18 en nuestro continente y, más espectacularmente aun, de hiper-ciudades con más de 20 millones de habitantes.

Se ha afirmado muchas veces que América Latina es un continente joven. Aun en las circunstancias actuales, en que se observa cierta tendencia a cifras crecientes de adultos y adultos mayores, más del 40 % de la población contemporánea de 500 millones tiene 21 años o menos y sólo 10 % son mayores de 60. Hacia el final de la segunda década del presente siglo, se estima una población adulta (mayor de 15 años) de 392 millones (191 millones de hombres y 201 millones de mujeres) en América Latina y el Caribe (3). La expectativa de vida en hombres es de 68.7 años, y en mujeres, 74.1 años (4). La población por debajo del nivel de pobreza alcanza un 39 %. A nivel mundial, un 47 % de países (entre ellos prácticamente todos los latinoamericanos) invierte del 2 al 5 % de su presupuesto de salud en el campo de la salud mental y sólo 23 % le dedican 5 % o más, a pesar de las advertencias de la OMS sobre la crítica importancia de salud mental en la preservación de una salud integral satisfactoria (5).

Esta situación reclama entonces una perspectiva más específica para examinar los aspectos psiquiátricos y de salud mental en Latinoamérica. Debemos pues hablar de pobreza y sus ingentes costos

en materia de enfermedades (físicas y mentales), de violencia, desesperanza y caos social. Es sabido que los dos tercios más pobres de la población mundial no tienen casi ingresos y que el tercio superior lo absorbe casi todo (6). En América Latina se da ya la existencia de un sector social de ex-campesinos empobrecidos y deculturizados, viviendo en los "cinturones de miseria" de ciudades medianas y grandes. Muchos de ellos son víctimas de una doble miseria: la impuesta por castas socio-económicas de privilegios, inequidades y miseria y la que resulta de dictaduras o guerras civiles protagonizadas por grupos que se dicen reivindicadores de las víctimas (7, 8). La violencia ha sido en décadas recientes solo parcialmente mitigada por clientelismos políticos, espectáculos populistas, proclamas de unidad étnica o "pan y circo" contemporáneos. La salud mental de sectores considerables de latinoamericanos en todos los países de la región está pues seriamente amenazada por factores socio-económicos y culturales de enorme magnitud.

SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA EN AMÉRICA LATINA

En América Latina, la historia de la salud mental debe distinguirse también de la historia de la psiquiatría como tal. Ésta última puede situarse aun en la era precolombina (con las efectivas prácticas folklóricas de incas o aztecas) o tener su orígen concreto en la apertura del Hospital San Hipólito, el primer nosocomio psiquiátrico en el continente, en Ciudad de México, el año 1566 (9). Pero la salud mental, en los términos ya señalados, tiene su origen en el establecimiento de divisiones o programas específicos dentro de la oficina regional de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Washington DC. La OPS, liderada al tiempo de su fundación por el notable salubrista chileno Abraham Horwitz, convocó el Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental en Ciudad de México, en noviembre de 1962, luego de un encuentro preliminar en Cuernavaca (1960). El segundo Seminario tuvo lugar en Buenos Aires, en 1963, seguido por la Conferencia sobre Salud Mental en las Américas (San Antonio, Texas, 1968) y reuniones de Ministros de Salud durante la década de los años 70. En todas ellas, los temas de provisión, estructura y calidad de servicios en salud mental, com-

probaciones epidemiológicas y clínicas, fuerza de trabajo, enseñanza e investigación, aspectos financieros y operativos y colaboración internacional ocuparon lugar prominente (10*)*. La Declaración de Caracas en 1990 (11) reiteró que la atención psiquiátrica convencional no era compatible con una necesaria asistencia comunitaria descentralizada, participativa, integral, contínua y preventiva. Sus iniciativas recibieron decidido respaldo de las entidades directrices de la salud en el continente con sugerencias específicas en relación al desarrollo de programas nacionales de salud mental, reorientación de servicios institucionales a comunitarios, campañas de control de trastornos afectivos, epilepsia y psicosis, promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de los niños, incremento de centros de adiestramiento profesional y mejora de la legislación y regulaciones para la protección de los derechos humanos (12).

En noviembre del 2005, se celebró en Brasilia otra Conferencia Regional de Reforma de los Servicios de Salud Mental y tres años después el 48º. Consejo Directivo de la OPS, celebrado en Washington DC, aprobó el Plan estratégico 2008-2012 centrado, entre otros objetivos, en la prevención y reducción de

la carga de enfermedad, discapacidad y muerte prematura relacionada con enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia e injurias físicas y lesiones. Finalmente, junto a la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, dos iniciativas a nivel global parecen estar impactando favorablemente el devenir actual de la salud mental en Latinoamérica: la iniciativa de la revista médica inglesa *The Lancet*, en favor de acciones internacionales bien planeadas y coordinadas, y las acciones de salud pública/salud mental medidas con parámetros específicos (13) a través del *Mental Health GAP*, programa concebido por la OMS para superar las brechas de la atención en salud mental mejorando la capacidad de respuesta de los países miembros a los crecientes retos en este terreno (14).

IDENTIDAD Y LOGROS DE LA PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA

De un periodo de síntesis en el que, hacia los años 70, la psiquiatría y la salud mental latinoamericanas elaboraban en su entorno

las contribuciones nutricias de otras latitudes para buscar su propia senda y encontrar un sitial apropiado en el concierto de la psiquiatría mundial, este autor concluyó hacia finales de la década siguiente, que la psiquiatría latinoamericana –y, por ende, la salud mental resultante-- provenían de un mestizaje epistemológico, se entregaban a una genuina inmersión en lo social y adoptaban una actitud crítica, objetiva y tamizadora, laborando hacia una identidad cabal y respetable (15). El ejercicio de este último afronte, respetuosamente crítico, permitió que los aportes, mensajes y pronunciamientos de las psiquiatrías europea y anglosajona fueran sometidos a rigurosos exámenes de validez, aplicabilidad y universalidad epistemológica y heurística. Así, la psiquiatría y la salud mental latinoamericanas pueden mostrar con orgullo una galería de nombres ilustres a lo largo de su historia: Honorio Delgado, Carlos Alberto Seguín, José Angel Bustamante, Gregorio Bermann, José Leme Lopes, Salvador Mata de Gregorio, Guillermo Dávila, Raúl González Enríquez, Dionisio Nieto, Ignacio Matte-Blanco, Humberto Rosselli, Julio Endara, Federico Sal y Rosas, Alvaro Rubim de Pinho, Jorge Saurí, Humberto Rotondo, Guillermo Vidal, Fernando Pagés-Larraya, Juan Marconi, Daniel Murguía, Ramón de la Fuente, Mauricio Goldenberg, Javier Mariátegui y muchos más (16).

Sin embargo, en los años 90, revisé algunas de estas conclusiones a la luz de nuevos desarrollos históricos y de la cambiante dinámica de nuestra psiquiatría en relación a la del resto del mundo. Consideré entonces pertinente puntualizar un singular estado de fluidez, efervescencia y multideterminismo (17) con ventajas y desventajas consiguientes que, si bien no eliminan las características antes señaladas, obligan a un análisis continuo del tema y de sus implicaciones. Las páginas siguientes enfocan contribuciones recientes de la psiquiatría latinoamericana en los campos de su mayor desarrollo.

Investigaciones en Epidemiología General

Mari et al. (18) describen hasta tres fases en el proceso de investigaciones sobre epidemiología psiquiátrica en el continente. La primera incluye el estudio del llamado "Síndrome Psicosomático de Desadaptación" descrito en migrantes andinos del Perú avecindados

fundamentalmente en zonas marginales de Lima (19), además de encuestas epidemiológicas en otras zonas cercanas a Lima, y en ciudades de Colombia, Uruguay, Costa Rica, México y Chile. Sólo en este último país se enfatizó la representatividad de las muestras y la confiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos. La segunda fase se basó en la elaboración de instrumentos de tamizaje estandarizados y debidamente validados a la manera de entrevistas y cuestionarios norteamericanos.

La tercera fase estuvo representada por una revisión, elaborada por los mismos autores, de todos los estudios epidemiológicos recogidos por la base de datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) entre 1999 y 2008. La lista cubre un total de seis países (Brasil, Chile, México, Perú, Colombia y Uruguay) y analiza estudios transversales (centrados en temas tales como violencia doméstica, depresión o consumo de alcohol, tabaco y drogas), casos y controles y pruebas aleatorias. Las tasas encontradas en diferentes renglones tienen rangos bastante amplios. Así, la prevalencia general de enfermedades mentales oscila entre 18 y 36 %, la de depresión entre 9 y 27 %, alcoholismo 7 a 57 % (de acuerdo al tipo de muestras) y uso de drogas, 9 a 19 %. Algunos estudios exploraron prevalencia de violencia doméstica, factores de riesgo, datos por género o grupos etarios. Los investigadores enfatizan la ausencia de estudios longitudinales de cohortes de casos y controles en esta lista, especulando que los autores latinoamericanos no publican en revistas del continente y preferirían hacerlo en Europa o Norteamérica.

Una revisión de estudios epidemiológicos centrados en poblaciones adultas arroja resultados similares (20). En tanto que la utilización de nomenclaturas modernas y de instrumentos más sofisticados ha permitido mayor precisión diagnóstica, las cifras de prevalencia no parecen variar sustancialmente en cuanto a rango de morbilidad y diferencias demográficas. Esquizofrenia, por ejemplo, oscila entre el convencional 1% y un bastante alto 3% de prevalencia, psicosis afectivas entre 4 y 8%, depresión entre 3.5 y 8%, trastorno bipolar entre 0.5 y 1.3%, trastorno por estrés post-traumático entre 0.6 y 4.6 y ansiedad generalizada entre 1.3 y 5.3%. Abuso o dependencia a alcohol

llega a 11.3% de prevalencia de vida, y de drogas a 2.1%. En términos de años de vida ajustados en función de discapacidad (AVAD), los trastornos neuropsiquiátricos llegan a un 8% en el continente. En el año 2002, las discapacidades causadas por enfermedades neuropsiquiátricas ascendieron a un 22.2% y los AVAD, a un alarmante 40.4%, con los trastornos depresivos cubriendo un 13.2% del total. En cuanto a retraso mental debido fundamentalmente a ingesta de plomo en niños de 0 a 4 años de edad, la cifra llegó a 23%, en tanto que Enfermedad de Alzheimer y otras demencias llegaban a un 5.5% de personas entre 60 y 69 años y a 31.2% en mayores de 80 años.

Es importante mencionar también los hallazgos de las encuestas llevadas a cabo desde 1996 por el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica (ICPE, sigla en inglés) en 27 países de todas las regiones del mundo, cuatro de ellos en América Latina (Brasil, Colombia, México y Perú) (21). En Sao Paulo, Brasil, fobias alcanzaron una prevalencia total de 18.3%, episodio depresivo mayor, 17.7%, trastornos bipolares, 2.3%, abuso y dependencia a alcohol, 12.6%. No hubo registros de esquizofrenia y otras psicosis, demencias y psicosis no afectivas. En un estudio comparativo con Brasilia y Porto Alegre, la muestra de la capital brasileña mostró cifras consistentemente más altas de prevalencia en los trastornos estudiados (22).

Una revisión de estudios epidemiológicos en adultos mayores llevados a cabo entre 1994 y 2008 (23), reveló un rango de prevalencia entre 4.3 y 29%. La "demora en el tratamiento" es un fenómeno aplicable prácticamente a todos los países latinoamericanos en los que se ha prestado alguna atención a este aspecto del decurso mórbido de los pacientes con trastornos mentales. En Colombia, 4,426 personas "con hogar", residentes en zonas urbanas de 25 departamentos en cinco regiones geográficas fueron sujetos de la encuesta (24). La prevalencia de vida para "cualquier trastorno de ansiedad" fue del 25.3%, a predominio de las fobias; "cualquier trastorno afectivo" arrojó una cifra de 14.6%, 12% con trastorno depresivo mayor y 2.6% con trastorno bipolar; "cualquier trastorno impulsivo", 9.6%, abuso de alcohol 9.2% y de "cualquier sustancia", 9.6%. El 23.7% de

los trastornos mentales detectados fueron clasificados como "graves" y, sin embargo, sólo el 27.8% del total recibió algún tratamiento.

En México, las cifras de prevalencia global de vida para trastornos del ánimo, ansiedad y abuso de sustancias fueron 1.6, 1.4 y 1.7%, respectivamente, con 4% para "cualquier trastorno" (25). La severidad de los casos varía en función de diagnóstico (abuso de sustancias. trastornos impulsivos y depresiones con conducta suicida, los más graves) y género (depresión y adicciones, más severas en varones, ansiedad en mujeres, cifras similares en trastornos impulsivos). Fueron llamativos los resultados en cuanto a trastorno por estrés post-traumático y secuelas de victimización y violencia, en general. Finalmente, médicos generales y profesionales no-psiquiatras de salud mental fueron preferentemente consultados (6.5 y 6.4%, respectivamente), psiquiatras sólo en un 4.4% de los casos. Otro estudio mexicano (26) reveló cifras mucho más altas de prevalencia de vida (51.3%) en una muestra de 3,005 adolescentes entre 12 y 17 años de edad.

Vicente et al. (27) puntualizan las contribuciones chilenas en estudios de prevalencia, discapacidad, grupos etarios, provisión de servicios y gravedad de los trastornos a lo largo de 16 años. Al lado de una alta prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos, se comprobaron deficiencias en oportunidad e intensidad de intervenciones terapéuticas, a pesar de un número mayor de camas psiquiátricas en comparación con otros países de la región, de una mejor preparación de sus profesionales, un mayor énfasis multidisciplinario y mejores disposiciones de planificación y administración de servicios de salud. En el momento actual, depresión y esquizofrenia son enfermedades que requieren atención prioritaria en servicios públicos de salud con costo mínimo para los pacientes, política de indudable beneficio para sectores necesitados de la población.

En el Perú, estudios epidemiológicos recientes llevados a cabo por el Instituto Nacional de Salud Mental (28) señalan una prevalencia de patología de hasta el 37 % en la población general, con cifras de depresión de 18.2, 16.2 y 21.4 % en Lima Metropolitana, sierra y selva, respectivamente. Intentos y otras formas de conducta suicida

han aumentado en años recientes. La violencia contra mujeres y niñas es, asimismo, un fenómeno de creciente prevalencia, habiéndose encontrado que, por ejemplo, el número de mujeres que viven en zonas andinas es el segundo más alto a nivel mundial (luego de Etiopía), en tanto que víctimas de agresiones físicas. Como resultado de la violencia política derivada de actividades terroristas por espacio de dos décadas, se ha comprobado también un incremento de enfermedades como TEPT y depresión, además de mayores tasas de abuso de alcohol y de violencia callejera y doméstica.

Epidemiología Especial

Alcohol y drogas. A lo largo de esta revisión, la relevancia de los problemas de abuso de alcohol y drogas es innegable (29). Monteiro et al. (30) examinan la epidemiología de estos trastornos en América Latina y el Caribe, comprobando realidades lacerantes. Guarismos de AVAD indican que el alcohol es el "principal factor de riesgo" en este aspecto. El consumo anual *per cápita* de alcohol llega a 21.4 litros de alcohol puro en Honduras, 10.5 l. en Argentina y 5.2 l., la cifra más baja, en Nicaragua. El consumo de alcohol "en el año anterior", supera el 45% en jóvenes escolares entre 14 y 17 años de edad en 7 de 14 países, y el 55 % "a lo largo de la vida", en 11 de los mismos 14 países.

En cuanto al uso de drogas ilícitas, Brasil es considerado el mayor mercado para opiáceos en América del Sur, en tanto que heroína es la sustancia inyectable más frecuentemente usada entre pacientes mexicanos. En Chile y México, como probablemente en cualquier otro país latinoamericano donde se hagan estudios similares, más de dos tercios de poblaciones carcelarias tienen historia de abuso de múltiples drogas. El consumo promedio de cocaína en muchos países es de alrededor del 2.5 % en la población general, y de cannabis, 4.8 %, cifras que indudablemente serán más altas en futuros estudios, dado el número adicional de drogas de consumo (i.e., fentanyl, cannabinoides, ketamina, ayahuasca, etc.) (31) y el mayor acceso a ellas por parte de sub-poblaciones como alumnos universitarios o escolares a punto de graduarse.

Suicidio. A pesar del subregistro de la mortalidad por suicidio en general y de la relativa escasez de publicaciones detalladas, existe evidencia en Latinoamérica, del mayor riesgo de este flagelo en poblaciones jóvenes (32). En América del Sur, las tasas de suicidio varían de 0.7 por 100,000 habitantes en Bolivia a 14 por 100,000 en Uruguay. Chile, Cuba, El Salvador y Nicaragua ocupan la parte media-alta de la tabla a nivel mundial. En el Caribe, las tasas fluctúan de 0.1 por 100,000 en Jamaica a 23.1 en Guyana. En el 2014, la OPS reportó la cifra de 65,000 suicidios por año (más de 7 cada hora) en las Américas. Los índices globales en América Latina y el Caribe ascendían a 9.8 por 100,000 habitantes, 10.8 en varones, 2.8 en mujeres. Suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de10 a 25 años y los adultos mayores de 70 tienen más posibilidades de morir por suicidio. En el grupo de naciones con tasas medianas a bajas figuran Argentina (9.1), Ecuador (8.2) Guatemala (7.4), Costa Rica (7.0), Panamá (6.6), Honduras (6.4), Colombia (6.0) y Brasil (5.8). En México, Argentina, Brasil, Cuba y Uruguay mas no en Ecuador, los índices de suicidio en varones aumentaron con la edad durante el periodo 1990-2005. Paraguay, República Dominicana, Bolivia, Puerto Rico y Perú muestran las tasas más bajas de suicidio en el continente (33).

La asfixia por ahorcamiento parece ser el método más frecuente en la comisión de suicidio en todos los países, con excepción de los del Caribe no latino, donde el envenenamiento (con plaguicidas, por ejemplo) ocupa el primer lugar. En América del Sur, las armas de fuego son la primera modalidad en Argentina y México y la segunda en Cuba, Nicaragua y Paraguay. En el Caribe no latino, suicidio por quemaduras es el principal método entre las mujeres. Métodos violentos figuran de modo prominente en Uruguay. Sobredosis de medicamentos es una modalidad relativamente infrecuente. Finalmente, las conductas llamadas pre-suicidas tales como ideación suicida, planes o gestos previos de auto-agresión (daños o lesiones) son un indicador importante que va del 4 al 40 % de poblaciones (fundamentalmente jóvenes) en varios países latinoamericanos (34,). En general, factores socio-culturales como discriminación, pobreza,

minorías étnicas, regímenes autoritarios, etc., juegan también un rol decisivo en esta constelación conductual. (35)

Discapacidad intelectual o cognitiva. Vásquez Barrios (36) analiza este aspecto de la salud mental en las Américas. El concepto incluye entidades tales como retardo mental, incapacidad o discapacidad intelectual, trastornos de aprendizaje y subsecuentes conductas maladaptativas. A comienzos del presente siglo, este tipo de discapacidades alcanzó una prevalencia de 1.1 en Paraguay a 14.5 % en Brasil. Las cifras, sin embargo, son cuestionables cuando se ve, por ejemplo, que Haití y Chile muestran una prevalencia similar (2 %) a pesar de notorias diferencias en programas de servicios, planificación e investigación y en parámetros tales como nutrición, prevención y promoción de salud. A manera de confirmación, otro estudio de prevalencia en Chile, durante el periodo 2002-2006 resultó en un aumento de la prevalencia a 12.9 %. Las cifras aumentan en general cuando se examina específicamente el tipo de discapacidad (intelectual, cognitiva, mnemónica, problema de aprendizaje, de desarrollo, trastorno de déficit atencional con hiperactividad, etc.).

Poblaciones indígenas. Se estima que las poblaciones indígenas de América Latina y el Caribe ascienden a 45-50 millones de personas que utilizan 400 diferentes idiomas y residen fundamentalmente en México, Centroamérica y las subregiones andina y amazónica de América del Sur (37). Remanentes de una gran variedad de culturas precolombinas, la mayoría de estas poblaciones (40 a 70%) residen en zonas rurales de países como Bolivia, Ecuador, Guatemala y Perú. Las circunstancias socio-económicas, educacionales y laborales de estas poblaciones son sumamente precarias y las consecuencias de todo ello en el área de la salud, enteramente predecibles. El ejemplo más elocuente está dado por la altísima ocurrencia de migraciones internas (generalmente, de áreas rurales a urbanas) con el consiguiente fraccionamiento de la estructura familiar en países azotados por guerras civiles, terrorismo y violencia de todo tipo.

Las consecuencias de estas realidades socio-políticas en poblaciones nativas son, en casos, devastadoras. La prevalencia de trastorno

por estrés post-traumático ha llegado al 8-12 % en algunos estudios (38) en Guatemala (poblaciones de ascendencia maya) y Perú (quechua). Ansiedad y síntomas depresivos son también sumamente frecuentes. En mapuches de Chile, si bien fobias y drogo-dependencia parecen ser menos prevalentes, la prevalencia de psicosis es alta (39). Finalmente, el consumo de alcohol, violencia doméstica y suicidio son condiciones de alta morbilidad, complicada más aún por factores culturales (tradiciones y rituales religiosos) de profunda significación (40).

Kohn y Rodríguez (37) evaluaron también una serie de estudios en esta área y encontraron algunos resultados sorprendentes. Por ejemplo, la capacidad de reconocer personas con síntomas mentales, en particular los más serios, es tan alta como la predisposición estigmatizadora prevalente en poblaciones no indígenas, aun cuando esto último muestra una relación directa con el nivel de aculturación. No sorprende, en cambio, que el más alto porcentaje de casos no tratados se encuentre en estas poblaciones, reflejo de su escaso acceso a servicios de salud. Llama asimismo la atención que la rica tradición antropológica de América Latina no haya producido más material heurístico, aun cuando es también probable que la literatura "médica" y aun la psiquiátrica en el continente no acojan con el debido interés, contribuciones de tipo cultural.

Niños y adolescentes. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en la infancia dentro de los países de la región latinoamericana y del Caribe se ubica en el promedio mundial y debajo de la de algunos países desarrollados (41). Diez estudios en seis países, llevados a cabo entre 1982 y 1999 arrojaron un indicador de prevalencia de vida del 15 al 20 % (42*)*; las muestras, sin embargo, no fueron representativas y los instrumentos utilizados no fueron adecuadamente estructurados. La prevalencia aumenta cuando se incluyen poblaciones jóvenes en las muestras, a predominio de cuadros de ansiedad y de conducta en niños, y de depresión, ansiedad y conducta desafiante, en adolescentes. Se ha mencionado ya la alta frecuencia del uso de alcohol y drogas y de conductas suicidas en poblaciones jóvenes del continente. Una estimación conservadora de cifras señala que por lo menos 53

millones de niños, adolescentes y jóvenes de ambos sexos, requieren atención de salud mental en los países de la región.

Como factores sociales determinantes de este tipo de riesgo se cuentan la pobreza de las mayorías, fragmentaciones familiares, niños "sin techo" que viven o "trabajan" en las calles, embarazo adolescente, matrimonios tempranos e historia de victimización por violencia doméstica, verbal, sexual o física. La mortalidad por homicidio en jóvenes de 10 a 24 años es mayor que en la población adulta: nueve de 16 países latinoamericanos mostraron un aumento de estas tasas durante la década 1980-1990.

Adultos mayores. Delirio y síndrome depresivo ocupan los niveles más altos (25 y 5-20%, respectivamente) de prevalencia, y distimia y esquizofrenia, los más reducidos (2 y 1 %, respectivamente) (43). El delirio o estado confusional agudo es una causa frecuente de admisión a servicios de medicina general o especializados (geriatría), con tasas particularmente altas en estadíos post-operatorios e índice elevado de mortalidad. Trastornos delusivos (indicadores de probables cuadros psicóticos no-esquizofrénicos) ascienden a 1% en personas de edad avanzada, y las tasas de cuadros afectivos (depresión) se vinculan estrechamente con las de ideas y conductas suicidas (30 y 42.9 %, respectivamente). Los trastornos del sueño (reducción de número de horas y calidad) varían entre 10 y 44 %. La comorbilidad múltiple es altamente predecible, vgr. 56-72 % para fibromialgia y trastornos del sueño, 50-60 % para problemas del sueño con trastornos digestivos, hipertrofia prostática, insuficiencia cardiaca o artritis reumatoide, y 57.5 % para trastornos depresivo-ansiosos con enfermedades oftalmológicas progresivas.

La demencia ocupa, naturalmente, un sitial preponderante en este grupo poblacional. La enfermedad de Alzheimer constituye más de la mitad del total de casos (44). Se predice que el número de adultos mayores afectados en América Latina y el Caribe se duplicará a 4.1 millones entre 2000 y 2020, sobrepasando al de cualquier otra región del mundo y llegando a 9.1 millones en 2040. Se ha reportado diferencias en cuanto a patrones de nutrición, dieta, actividad físi-

ca y perfiles de riesgo cardiovascular que jugarían un rol importante en las cifras de prevalencia en diferentes países (niveles bajos en el Perú, altos en países caribeños como Cuba, República Dominicana y Venezuela). Finalmente, componentes tales como las exigencias del cuidado de pacientes geriátricos *vis-a-vis* la disponibilidad de personal y servicios y sus consecuencias (estrés familiar y costos) complican una situación ya de por sí deficitaria.

Desastres y violencia política. El impacto de desastres naturales y violencia política en la salud mental del continente es insoslayable. América Latina figura entre las regiones con más altas cifras de víctimas de terremotos, inundaciones, huracanes, aluviones, erupciones volcánicas, marejadas e incendios forestales, sin contar accidentes laborales o de tránsito (45). Norris y Kohn (46) reportan más de 94 millones de personas afectadas por desastres naturales y tecnológicos en la región, entre 1970 y 2007. Las consecuencias psicopatológicas, en base a estudios llevados a cabo, entre 1987 y 2006, en un total de diez países, incluyen trastornos de estrés post-traumático, somatomorfos, depresivo mayor, distrés agudo, ansiedad generalizada, y pánico como los más prevalentes. "Malestar psicológico inespecífico" es también citado en esta revisión, junto a desajustes familiares, disminución de apoyo y de arraigo social, además de muchas implicaciones negativas en materia de provisión de servicios.

La dramática violación de dignidad y derechos humanos que es la violencia política en cualquier parte del mundo, ha tenido en América Latina un territorio penosamente propicio a lo largo de su historia. Ello no obstante, no existen muchos estudios sobre el impacto emocional, psicológico o conductual de estos eventos en los grupos afectados y la metodología o representatividad de aquellos listados por Norris y Kohn puede también ser cuestionada. Con esta premisa, estudios en ocho países latinoamericanos efectuados entre 1982 y 2007 muestran, previsiblemente, alta frecuencia de trastorno por estrés post-traumático (68% en una muestra guatemalteca) (47), depresión, ira y confusión, síntomas somáticos, ideación suicida y exacerbación de cuadros psico-socio-culturales.

Costos sociales y económicos

Se estima un 25 % de "drenaje económico" (pérdidas de ingreso fiscal) debido a factores tales como cronicidad y pérdida de productividad por parte de los pacientes y de familiares "cuidadores". Casi el 70 % de pacientes con diagnóstico psiquiátrico no reciben tratamiento oportuno y más del 75 % de los gastos que demanda su manejo se dedica fundamentalmente a hospitalizaciones de mediana o larga duración (48). Una vez más, si los presupuestos de salud general son mínimos, los recursos dedicados a salud mental son poco menos que no-existentes en muchos países, a pesar de declaraciones en contrario de gobernantes y burócratas: menos del 5 % del presupuesto de salud en 26 de 31 países, de acuerdo a un informe de la OMS (49); de los cinco países por encima de tal porcentaje, sólo dos son latinoamericanos (Uruguay y Costa Rica) y los otros tres, de la cuenca del Caribe (Bahamas, Barbados y Grenada).

Se ha hablado del impacto enormemente estresante del cuidado de enfermos mentales en familiares y otras personas cercanas. Tal impacto se da también en el equipo de profesionales de la salud mental directamente envueltos en la atención a pacientes. Ibañez et al. (50) discuten la amplia gama de contextos (turnos de noche, guardias de emergencia, servicios con carencias permanentes, unidades forenses, etc.) en los que la tensión laboral e interpersonal genera atmósferas negativas de trabajo y productividad.

Otro fenómeno que tipifica el costo social de la quiebra de la salud mental es el estigma. Basado en factores culturales propios de las poblaciones en diversas regiones del continente, el impacto de estigma contradice hallazgos previos tales como el mejor pronóstico a largo plazo de la esquizofrenia, proclamado por el Estudio Piloto Internacional sobre este trastorno (51). Características tales como el "familismo", basado en la orientación socio-céntrica del grupo doméstico, amén de la fuerte religiosidad del colectivo latinoamericano, han sido consideradas por mucho tiempo como factores de protección que, o aliviaban la carga de la enfermedad o prevenían el agravamiento del cuadro clínico mejorando el pronóstico. En base al llamado "Síndrome de exclusión social" descrito por Rotondo (52),

aquel nivel de dedicación y cuidado puede ser cuestionado. La estigmatización del enfermo mental (y en muchos casos, de su familia) en Latinoamérica existe, parece haberse extendido y muchas la consideran otro sub-producto de un individualista y excluyente proceso de globalización.

Políticas y servicios de Salud Mental

Probablemente es en el área de políticas de Salud Mental en el continente donde puede existir un acuerdo casi unánime por parte de gobiernos y agencias administrativas nacionales o regionales. Lamentablemente, las más de las veces, el carácter legalista o burocrático de estas políticas no se materializa en acciones concretas. Por otro lado, es ciertamente difícil cuestionar la posesión de principios-guía y valores básicos que inspiren políticas "progresistas", "comprensivas" o "integradoras". Existe una enorme variedad de documentos y declaraciones que enfatizan coordinación de servicios y programas, interacción de diversos sectores y niveles de atención y colaboración entre países o con agencias nacionales e internacionales. En varias ocasiones, la frase "definición de prioridades" ha sido un lema prominente y se ha publicitado el uso de normas sofisticadas para la implementación de políticas. Planes Nacionales o Leyes de Salud Mental con plataformas, modelos y fuentes de financiamiento han visto la luz en muchos países, con sólidos pronunciamientos de tipo doctrinario, solamente para desvanecerse pronto en fárragos de promesas incumplidas, cambio de "prioridades" o, en casos, reales urgencias o necesidades imperativas en otros campos.

En el momento actual, 65 % de los países de la región tienen políticas específicas de salud mental, 82 % tienen planes y programas de acción y 70 % poseen legislación puramente enfocada en esta área. Los planteamientos generales de estas políticas responden, con ligeras variaciones o diferencias de grado de país a país, a principios sólidos y paradigmáticos tales como descentralización, colaboración y coordinación intersectorial, afronte multidisciplinario, salud mental comunitaria y participación de organizaciones no profesionales, de familiares de pacientes o de grupos voluntarios. Los componentes esenciales incluyen elementos de naturaleza técnica (conocimiento

profesional), social (real impacto de salud pública o colectiva) y política (elaboración, aplicación, vigilancia y regulación de sus postulados).

Toda política de salud se traduce en provisión de servicios. En América Latina y el Caribe existe un promedio de 5.4 camas psiquiátricas por 10,000 habitantes, de las cuales 4.6 (82.8 %) se encuentran en hospitales psiquiátricos y solamente 0.4 por 10,000 habitantes, en hospitales generales (53). Comparativamente, sólo 47. 2 % de las camas psiquiátricas en Canadá y 40.3 en Estados Unidos se encuentran en hospitales psiquiátricos. En América Latina, casi el 50 % de los hospitales y más del 60 % de las camas pertenecen al sector público o estatal. La Seguridad Social opera en 18 países, pero sólo abarca una proporción más o menos considerable del total de camas psiquiátricas en Costa Rica, México, Chile, Bolivia y Panamá. En Brasil, la Seguridad Social no cuenta con muchos hospitales pero sufraga una alta proporción del costo de la asistencia a pacientes hospitalizados. A pesar de cifras en general bajas, una vez más países de la cuenca caribeña (Grenada, St. Vincent, Cuba y Puerto Rico) las tienen mejor que los restantes. Un aspecto que exhibe cierta mejoría (35.6 %) en décadas recientes, es el relativo a la atención ambulatoria y comunitaria, con mayor coordinación a nivel de la Atención Primaria, más eficiente trabajo multidisciplinario y disponibilidad de medicaciones psiquiátricas: 86.7% de los países cuentan con políticas específicas en este renglón aun cuando todavía un 25-35 % carece de reservas adecuadas en hospitales y clínicas (49).

Políticas de Salud Mental basadas en principios probados, están ya operando en determinados puntos del continente. Tal es el caso de logros como los programas de adiestramiento de trabajadores de Atención Primaria en temas de salud mental (Cali, Colombia), colaboración comunidad-universidad-gobierno estatal y expansión de servicios en Santos, Brasil, redes de apoyo social y manualización de servicios en Medellín, Colombia, implementación de políticas en Río Negro, Argentina y atención a víctimas de violencia doméstica en Monterrey, México, clínicas comunitarias para prevención de estrés en La Habana, Cuba, atención preferente a pacientes con depre-

sión y esquizofrenia en Chile y prevención de adicciones en La Paz, Bolivia (49, 53, 54).

Recursos Humanos

De acuerdo al Atlas de Salud Mental de la OMS, en América Latina y el Caribe existía, hacia el año 2010, una fuerza de trabajo (profesionales de salud mental) definitivamente insuficiente y de distribución claramente heterogénea (49, 54). El número de psiquiatras, por ejemplo, mostraba un promedio de 4.3 por 100,000 habitantes pero los extremos iban de 24 y 22.9 en Venezuela y Uruguay, respectivamente, a 0.2 y 0.5 por 100,000 habitantes en Guyana y El Salvador, respectivamente. Argentina poseía 106 psicólogos por 100,000 habitantes en tanto que Belice no tenía ninguno y Surinam y Trinidad Tobago solamente 0.2 y 0.3, respectivamente, con un promedio de 10.3 por 100,000 habitantes, cifra claramente engañosa. Las cifras promedio para asistentas sociales y enfermeras psiquiátricas muestran similares ambigüedades: 5.1 por 100,000 para aquéllas (con extremos de 62 en Uruguay y 0.1 en El Salvador, Guyana y Panamá) y 7.7 para éstas (con extremos de 97.0 en Barbados y 0.1 en México, Nicaragua y Paraguay). Los promedios muestran un nivel de mejoría en comparación a los de finales de la década de los años 90; sin embargo, los índices de subempleo en varias profesiones de la salud mental son aún elevados.

Las modalidades y programas de adiestramiento de esta fuerza laboral y sus implicaciones en términos de competencia profesional y distribución geográfica generan otra serie de interrogantes. Heterogeneidad parece ser una vez más la característica dominante (55). Existen poco más de 300 escuelas de medicina en América Latina con más de 200,000 estudiantes en un ciclo promedio de cuatro años; si se estima que un 2 % de ellos escogerá psiquiatría como especialidad, es posible que, en los últimos 20 años, se haya añadido un total de 20,000 nuevos profesionales al contingente psiquiátrico (total estimado en el momento actual: 25-30,000), aun cuando hay muchos que consideran esta cifra como exageradamente optimista y cuestionan la calidad del adiestramiento recibido por muchos de ellos. En efecto, los currícula de las escuelas médicas, a despecho de

avances significativos en algunos países, no dan aun a la psiquiatría y disciplinas conexas la preeminencia que les es indispensable (55). Hay escasez de programas de entrenamiento, la mayoría dependientes de Ministerios de Salud con escaso *input* sustancialmente académico. En algunos países, se está tratando de superar la formación excesivamente teórica para dar paso a enfoques prácticos, trabajo multidisciplinario y énfasis socio-comunitario. La carencia de docentes a tiempo completo está bien documentada, menos del 10 % de psiquiatras dedica algo de su actividad a labores didácticas. Temas de debate incluyen estrategias dirigidas al aumento de vocaciones psiquiátricas y de profesiones de salud mental, la relevancia e impacto de psicoterapias en el ámbito latinoamericano, tecnologías modernas tales como tele-educación y educación profesional continua, y afrontes didácticos para psiquiatría cultural y social (55, 56). A pesar de excepciones meritorias, el fomento de vocaciones de investigación es limitado.

El insuficiente número de psiquiatras es aún más evidente en campos especializados tales como psiquiatría de niños y adolescentes, psico-geriatría, adicciones y psiquiatría forense. La localización geográfica de profesionales es dramáticamente desigual: más del 80 % practican o laboran en áreas urbano-metropolitanas, con presencia mínima en zonas rurales o pobres, de modo tal que si en las ciudades la atención a pacientes está fundamentalmente en manos de médicos de atención primaria, psicólogos o miembros de las llamadas profesiones auxiliares (enfermería, asistencia social, terapia ocupacional, etc.), la que se brinda en zonas rurales refleja la escasez de profesionales de salud mental y el rol de voluntarios, curanderos y otros agentes de la llamada psiquiatría folklórica (57).

La situación en el campo de la enfermería psiquiátrica es aún más compleja: existen contados programas de adiestramiento en Latinoamérica; con poco más de 400 escuelas (incluidas las que otorgan únicamente el título de bachiller), se estima hoy que no llegan a 4,000 las enfermeras que trabajan a tiempo completo en servicios psiquiátricos. El número de asistentes sociales y terapeutas ocupacionales es mucho más bajo. Existen contados centros que cuenten con

terapeutas recreacionales, consejeros, capellanes u otros potenciales miembros de un ideal equipo multidisciplinario.

Investigación

Las inversiones más altas *per capita* en ciencia y tecnología en países latinoamericanos, se dan en Brasil (US $ 70) y México (US $ 30), magras en comparación a US $ 1,000 en los Estados Unidos (57). Por otro lado, el progreso en cuanto al número de publicaciones ha sido mínimo en décadas recientes. Mari et al. (58) encontraron que sólo un 2.2 % de 8,037 publicaciones en 15 revistas internacionales de psicofarmacología procedían de América Latina. Brasil, Argentina, México y Chile ocupan consistentemente los primeros lugares en este rubro. Además de éstos, otros cuatro países (Costa Rica, Colombia, Perú y Jamaica) cuentan con Institutos de Salud Mental que, se supone, priorizan la investigación, aunque tal no es siempre el caso. Junto a ellos, universidades, Ministerios de Salud y sus divisiones de estadística constituyen la base de la infraestructura de investigación en el continente.

En los últimos años ha tenido lugar un decisivo incremento en la creación de bancos de datos y el uso de la tecnología de información. Sin embargo, el entrenamiento de investigadores sigue siendo problemático: muy pocos países han creado incentivos para que profesionales que emigran a otros países en busca de perfeccionamiento puedan retornar a posiciones académicas o de investigación relativamente bien solventadas: el llamado "drenaje de cerebros" ha continuado. Finalmente, el rol de la industria farmacéutica en Latinoamérica no ha estado libre de las controversias que se dan en países del mundo desarrollado, aun cuando existe la impresión de que el tema es manejado en la región con un mayor sentido realista y pragmático (54, 58. 59).

Que la psiquiatría latinoamericana, con todos sus problemas y debilidades, ha hecho contribuciones descollantes en el terreno de la investigación, no cabe duda. Probablemente el campo más productivo ha sido el de la epidemiología, con una tradición de más de 80 años al presente. Varios estudios de revisión sobre el tema (59-61); en ellos

se destacan las contribuciones tanto informativas como metodológicas de investigadores de México, Puerto Rico, Chile, Brasil y Perú. Muchos de los asertos en las secciones precedentes (prevalencia, problemas en poblaciones "especiales", costos, relaciones con Atención Primaria, pobreza y desintegración social, estudios clínicos) reflejan resultados de estas indagaciones. El apoyo de agencias o fundaciones nacionales y extranjeras y de organizaciones internacionales como la OMS, no debe ser desestimado (62).

Otros terrenos donde la investigación psiquiátrica latinoamericana ha alcanzado reconocimiento internacional son la fenomenología y su área de investigación clínica. Existe acuerdo en el extraordinario valor de las contribuciones del psiquiatra peruano Honorio Delgado (1892-1969) y de varios de sus discípulos, miembros de la llamada Escuela Psiquiátrica Peruana, a lo largo de la segunda mitad del Siglo XX. La notable obra escrita de Delgado incluyó un libro, *Curso de Psiquiatría*, que alcanzó seis ediciones en menos de 30 años, con enorme difusión en el mundo hispano-hablante (63). La Escuela Psiquiátrica Peruana enriqueció y expandió el valor clínico y heurístico de la fenomenología alemana, inspirada por Jaspers y la Escuela de Heidelberg (64); en tal contexto, contribuciones latinoamericanas a esfuerzos de modernización de las nomenclaturas y clasificaciones existentes (65-67), resultaron en detallada descripción de diversos cuadros clínicos de gran precisión terminológica. El diagnóstico psiquiátrico es también un tema de productiva vigencia en nuestro continente, incluyendo un glosario, una guía latinoamericana y varias contribuciones nacionales (68-70).

La psiquiatría social y cultural, abarcando incluso las áreas comunitaria y folklórica, ha sido interés fundamental de muchos psiquiatras latinoamericanos y caribeños. Carlos Alberto Seguín (1907-1995) fue, sin duda, un pionero ilustre al describir el "Síndrome Psicosomático de Desadaptación", mencionado arriba (19). Seguín fue miembro fundador del Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET) a comienzos de los años 50, al lado de otras figuras destacadas de la disciplina en el continente (71, 72); GLADET fue la semilla de la que, diez años después emergió la

Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) que agrupa a las sociedades nacionales de todos los países de la región. Los congresos de ésta y otras entidades profesionales y científicas han testimoniado la calidad y fuerza de la psiquiatría social y cultural en Latinoamérica. La descripción de muchos "síndromes culturales" (73, 74), particularmente en México y América Central, el Caribe y la región andina, ha enriquecido el acervo clínico y diagnóstico de la psiquiatría latinoamericana y universal.

En décadas recientes, grupos de trabajo e investigación en varios países han avanzado el conocimiento y la práctica de áreas tales como psicoterapia y psicofarmacología clínica. La primera ha encontrado también un campo fértil en el terreno cultural, dando lugar a "psicoterapias culturales" de aplicación ventajosa en comparación con las rígidas normas de técnicas importadas (60, 75). La psicofarmacología, por su parte, ha enfrentado el reto de respuestas clínicas a medicamentos y dosis, distintas a las rutinas de catálogo. Surgió así la etno-psicofarmacología (76), recientemente mejor fundamentada por los hallazgos de una incipiente ciencia genética y farmacogenómica en América Latina, con centros pioneros en Colombia, Chile y México (77).

Existe en América Latina un puñado de revistas psiquiátricas o de salud mental que mantienen viva la posibilidad de difusión de las investigaciones de laboratorio y de campo. La más antigua de ellas, la *Revista de Neuro-Psiquiatría*, de Lima, Perú, fue fundada en 1938 por Honorio Delgado y el eminente neurólogo Julio O. Trelles, y tuvo luego como Editor, por más de 30 años, a Javier Mariátegui (1928-2008), dilecto discípulo de Delgado (78). Se tiene también a *Salud Mental* de México, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* y *Vértex* (Argentina), la *Revista Chilena de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía*, la *Revista Colombiana* y la *Revista Brasileira.* Es sumamente importante destacar un cambio recientemente asumido por dos de estas publicaciones (*Salud Mental y la Revista Brasileira*): la publicación de artículos únicamente escritos en inglés (de hecho, el nombre actual de la revista brasileña es *Brazilian Journal of Psychiatry*). Con el propósito de aumentar su circulación y el consiguiente

"factor de impacto" asignado por las gigantescas bases de datos bibliográficos, esta nueva política refleja también –aun cuando no sin consiguientes polémicas—el propósito de incrementar la visibilidad de la psiquiatría latinoamericana en el concierto mundial (79).

PSIQUIATRÍA LATINOAMERICANA: *¿QUO VADIS?*

El ritmo y la calidad de la actividad psiquiátrica en América Latina son herencia de sólidos legados históricos y de factores adversos a un curso armónico y a una productividad sostenida. Estos últimos ponen en riesgo el logro y la reafirmación de una identidad plenamente madura: de un lado mueven a profesionales y organizaciones, a veces insensiblemente, a establecer relaciones de dependencia con burocracias ministeriales, agencias nacionales e internacionales de apoyo, la industria farmacéutica o reparticiones del poder político; de otro, los torna "pragmáticos" en la búsqueda de temas de estudio, investigación o desarrollo clínico, esto es, los obliga a cambiar o a abandonar ideas, temas o proyectos de su iniciativa para dedicarse a la imitación o al seguimiento más o menos disimulado de agendas ajenas y, por lo mismo, alienantes (80). Nada corroe más a una identidad que una alienación sutilmente mezquina.

La psiquiatría latinoamericana no quiere ni debe ser forastera en la "aldea global" del futuro; por el contrario, quiere y debe tener credenciales de acceso que le garanticen aceptación y respeto. Posee plenamente un conjunto nuclear de conocimientos y prácticas comunes a la disciplina en toda latitud, acoge contribuciones de fuera en nombre de un universalismo sano y de un mestizaje constructivo y debe también compartir sus logros y experiencias con el conglomerado mundial. El saber quienes somos es un antídoto tanto contra la alienación como contra la imitación, es garantía de independencia y freno a la subordinación; la confianza en nuestros propios medios es, por otra parte, el mejor agente preventivo de toda xenofobia.

La psiquiatría latinoamericana sigue y seguirá evolucionando en base a consistencia, tenacidad y disciplina. Nuestra tradición romántica nos ha alejado a veces de un enfoque realista y práctico. Nuestra tradición clínica nos ha llevado a depender, más de lo que quisié-

ramos, de la investigación ajena, en detrimento de la formación de nuestros propios equipos y de búsquedas en nuestras propias fuentes. Nuestra tradición social puede haber aceptado los aspectos pragmáticos de la psicofarmacología pero ha rechazado, en cambio, la contribución positiva de la neurobiología básica. Por lo tanto, en consonancia con la tónica moderna que alcanza también al humanismo en tanto que actitud ontológica, nuestra psiquiatría está en posición espectable, no sólo para ser un puente epistemológico entre el enfoque pragmático de la psiquiatría anglo-sajona y el humanismo clásico de la psiquiatría europea (80-82), sino para reconciliar ese humanismo con las esencias del conocimiento neurobiológico contemporáneo.

Con tales parámetros, es pertinente precisar los hitos y prioridades que la psiquiatría latinoamericana ha de marcar en su travesía hacia el futuro. Puede afirmarse que la epidemiología seguirá ocupando interés prominente en el campo empírico, la psiquiatría socio-cultural seguirá enriqueciéndose con contribuciones sustantivas, la psiquiatría biológica reconocerá a su turno, el valor de un diálogo de iguales. Institutos de Investigación en Salud Mental como los existentes en México, Jamaica y Perú jugarán también un rol preponderante en este proceso.

Futuras investigaciones deberán expandir áreas más específicas de epidemiología especial, investigación de sistemas y de sus resultados, investigación interpretativa *(translational research),* calidad de vida, trauma y desastres, resiliencia, derechos humanos, reinserción comunitaria, síndromes culturales y reflexiones éticas. La psiquiatría social podría centrarse en tres temas de clara importancia: epidemiología cultural (83), estigmatización (84) e integración práctica y logística de programas de atención primaria y salud mental o, si se quiere, salud mental y psiquiatría como elemento de la atención primaria integral o atención médica integrada (85).

La neurobiología no puede estar ausente en la agenda de contribuciones latinoamericanas. El campo de la epidemiología genética es prácticamente virgen en nuestro continente y, en paralelo con investigaciones de epidemiología cultural, proporcionaría una visión harto

comprensiva de variancia genética no sólo en probables etiopatogenias sino en actitudes y creencias socio-médicas relevantes en nuestras poblaciones (86, 87). Etno-psicofarmacología y farmacogenética proveerían, asimismo, otro enlace esencial con el quehacer clínico cuotidiano (76, 77, 88).

En este contexto integral, las acciones de prevención y promoción de salud mental serán decisivas en el futuro cercano y mediato. La promoción de salud y salud mental es un principio respetable en el campo de la salud pública y sólo recientemente parece estar recibiendo consideración apropiada de parte de organismos responsables. El modelo ecológico que se imprime a programas promocionales y preventivos enfocados en poblaciones (89) enfatiza los determinantes sociales de la enfermedad mental (90, 91), habida cuenta de la relativa inmovilidad de factores genético-biológicos (86). La base epidemiológica ejerce una función rectora en la elección de áreas de promoción, en tanto que principios de justicia social, equidad, concesión de poder auténtico *(empowerment)* y participación igualitaria (pacientes, familias, organizaciones comunitarias no gubernamentales, voluntarios) proporcionan una esencial vertebración ética a todo el proceso (92). Estos planes deberán evitar barreras tales como imprecisión conceptual, insuficiente evidencia, minimización manipuladora de responsabilidades de individuos o grupos o escaso apoyo de recursos técnicos o financieros.

La creación de unidades de planificación de investigaciones en salud mental parece ser necesaria en vista del relativo fracaso de políticas "generales" de investigación en salud y de la centralización estatal en la coordinación y financiamiento de la misma. La investigación netamente aplicada y multinacional merece ser prioritaria por obvias razones logísticas, creando los mecanismos necesarios para adquirir la tecnología más apropiada, modificar y adaptar la que sea necesaria y desarrollar la capacidad de crear aquéllas que no se puedan adquirir en el ámbito internacional. La investigación de lo que es nuestro es una forma de liberarnos de dependencias que ni buscamos ni necesitamos. El componente latinoamericano de Global Forum (93) y

el endose de los postulados del Projecto de *The Lancet* (13, 94) son ejemplos apropiados.

CONCLUSIONES

La salud mental en América Latina es una empresa colectiva de dimensiones desafiantes. Como tal, requiere de liderazgo visionario estimulado por un idealismo de avanzada pero, al mismo tiempo, de un realismo creativo que se proponga generar planificación ordenada, integración pluralista, preservación de altos niveles de excelencia clínica y una esencia humanística y social que respete ciencia y cultura y que practique decisivos abordajes preventivo-promocionales. Con una psiquiatría de identidad plena que le permita ambular por los meandros de una globalización indetenible, la salud mental del continente podrá tener un inventario claro de su pasado, un manejo firme y creativo de su presente y una fe inalienable en su futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gilbert A. *The Latin American mega-city: An introduction*. New York, NY: Oxford University Press, 2004.
2. Hyman G, Lema G, Nelson A et al. Latin America and Caribbean population database documentation. México: International Center for Tropical Agriculture, 2004.
3. United Nations. World population prospects, 2017 Revision.
4. Pan American Health Organization/World Health Organization. Health in the Americas Report. Washington DC, 2012.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. Salud mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. World Bank. Annual Report, Washington DC, 2014.
6. Walker CF. *The Tupac Amaru Rebellion*. Boston, MA: Belknap Press of Harvard University Press, 2014.
7. Rochabrún G. *Los senderos insólitos del Perú: Guerra y Sociedad, 1985-1995*. Lima: Instituto de Estudios peruanos/Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. 1999.

8. Heinze G. Pasado y presente de la psiquiatría mexicana. Perspectives Psiquiatriques, 2004; 43: 54-57.

9. Organización Panamericana de la Salud. Salud para todos en el año 2000. Estrategias. Washington DC: Documento Oficial No. 173, 1980.

10. Gonzalez R., Levav I. Reestructuración de la atención psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. Memorias de la Conferencia regional para la reestructuración de la Atención psiquiátrica. Caracas, Venezuela, Nov. 11-14, 1990. Washington DC: Instituto Mario Negri, Italia.

11. Brody E.B. Patient rights, a cultural challenge to Western psychiatry. Am J Psychiatry, 1985; 194: 58-62.

12. The Lancet Global Mental Health Series. London: The Lancet. www.thelancet.com.2007; 13-98.

13. World Health Organization. Country projects on Mental health: Selected case studies. Geneva: World health Organization, 2004.

14. Alarcón RD. *Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana. Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria.* 670 pp. México DF. Siglo XXI Eds., 1990.

15. Alarcón RD. Figuras y Escuelas en la Psiquiatría Latinoamericana. En: Alarcón RD, *Los mosaicos de la esperanza. Reflexiones en torno a la Psiquiatría Latinoamericana*, pp. 49-68. Caracas, Venezuela: APAL, 2003.

16. Alarcón RD. Identidad de la psiquiatría latinoamericana: Una revisión crítica. En: Alarcón RD, *Los mosaicos de la esperanza. Reflexiones en torno a la Psiquiatría Latinoamericana*, pp. 147-157. Caracas, Venezuela: APAL, 2003.

17. Mari JJ, García de Oliveira B, Silva de Lima M, Levav I. Breve historia de la epidemiología psiquiátrica en América Latina y el Caribe. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn, S. Agui-

lar-Gaxiola, Eds.), pp. 3-18. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

18. Seguín C.A. Síndrome Psicosomático de Desadaptación. Rev Lat Am Psiquiatría, 1951; 1: 16-26.

19. Kohn R., Rodríguez J. Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América Latina y el Caribe. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola, Eds.), pp. 19-34. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

20. Aguilar-Gaxiola S., Alegría M., Andrade L., Bijil R., Caraveo-Anduaga J.J., Dewit D.J. et al. The International Consortium in Psychiatric Epidemiology. En: Social Psychiatry in changing times (E. Dragomirecká, A. Palcová, H. Pepezova, Eds.), pp. 86-96. Praga, Checoslovakia: Psychiatrické Centrum, 2000.

21. Andrade L.H., Viana M.C. La encuesta de Salud Mental en Sao Paulo Megacity, Brasil. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola, Eds.), pp. 54-63. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

22. Feijó Mello, M., Kohn R., Mari J.J., Andrade L.H., Almeida-Filho N., Blay S.L. et al. La epidemiología de las enfermedades mentales en Brasil. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola, Eds.), pp. 101-117. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

23. Posada-Villa J., Aguilar-Gaxiola S., Deeb-Sossa N. La patología psiquiátrica en Colombia. Resultados del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola, Eds.), pp. 64-78. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

24. Medina-Mora M.E., Borges G., Benjet C., Lara M.C.,Rojas E., Fleiz C., et al. Estudio de los trastornos mentales en México. Resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola, Eds.), pp. 79-89. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

25. Benjet C., Borges G., Medina-Mora M.E., Blanco J., Rojas E., Fleiz C. et al. La encuesta de Salud mental en adolescentes de México. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola, Eds.), pp. 90-98. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

26. Vicente B., Kohn R., Saldivia S., Rioseco P. Las contribuciones de Chile a la investigación en epidemiología psiquiátrica. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola, Eds.), pp. 118-131. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

27. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Estudios Epidemiológicos de Salud Mental (iniciales y actualizados). Lima: INSM HD-HN, 2013.

28. Pacurucu-Castillo SF, Ordoñez-Mancheno JM, Hernández-Cruz A, Alarcón RD. World Opioid and Substance Use epidemics: A Latin American perspective. Psych Res Clin Practice, online Jan. 24, 2019.

29. Monteiro M.G., Telles-Días P., Inglez-Días A. Epidemiología del uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas en América Latina y el Caribe. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola, Eds.), pp. 177-191. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

30. National Institute on Drug Abuse. Sustancias de abuso habitual. Boletín actualizado, Julio 2018.

31. Bertolote J.M., Fleischman A. A global perspective on the epidemiology of suicide. Suicidology, 2002; 7: 6-8.

32. Kohn R., Friedmann H. La epidemiología del suicidio, los intentos y las ideaciones suicidas en América latina y el Caribe. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola, Eds.), pp. 193-207. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

33. Mondagrón L., Borges G., Gutiérrez R. La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. Salud Mental, 2001; 24: 4-15.

34. Arenas M. ¿Por qué hay tantos suicidios in Latinoamérica?. Caracas, Venezuela: Aleteia Julio 18, 2018.

35. Vásquez Barrios A.J. Discapacidad intelectual: Situación en la región de las Américas. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola, Eds.), pp. 208-220. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

36. Kohn R., Rodríguez J, La salud mental de las poblaciones indígenas. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola, Eds.), pp. 223-233. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

37. Sabin M., Sabin K., Yong Kim H., Vergara M., Varese M. The mental health status of Mayan refugees after repatriation to Guatemala. Pan Am J Public Health, 2006; 19: 163-171.

38. Vicente B., Kohn R., Rioseco P., Saldivia S., Torres S. Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile. Int J Soc Psychiatry, 2005; 51: 119-127.

39. Organización Panamericana de la Salud: Alcohol y salud de los pueblos indígenas. Washington DC: OPS, 2005.

40. Benjet C. La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola, Eds.), pp. 234-242. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

41. Duarte C., Hoven C., Berganza C., Bordin I., Bird H., Miranda C.T. Child mental health in Latin America. Present and future. Epid Research, 2003; 33: 203-222.

42. Vega García E., González Picos J., Libre Rodríguez J.J., Ojeda Hernández M. Trastornos mentales en los adultos mayores. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola, Eds.), pp. 243-255. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

43. Libre J.J., Prince M. Epidemiology of dementia in Latin America: Findings from the 10/66 Dementia research Group's Programme. Proceedings of he XI Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology, pp. 3-5. Gothenburg, Sweden, May 2007.

44. Norris F.H., Perilla J., Murphy A. Post-disaster stress in the United States and México: a cross-cultural test of the multi-criterion conceptual model of post-traumatic stress disorder. J Abnorm Psychol, 2001; 110: 553-563.

45. Norris F.H., Kohn R. La repercusión de los desastres y la violencia política sobre la salud mental en América Latina. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola, Eds.), pp. 256-285. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

46. Sabin M., Lopes Cardozo B., Nackerud L., Kaiser R., Varese L. Factors associated with poor mental health among Guate-

malan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. JAMA, 2003; 290: 635-642.

47. Kohn R., Levav I. La utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (J.J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola, Eds.), pp. 300-315. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

48. World Health Organization. Mental Health Atlas. Geneva, Switzerland: WHO, 2010.

49. Ibañez G., Khatchikian N., Buck C., Weisshaar D., Abush-Kirsch Y., Coronel-Ortis D. et al. A qualitative analysis of social support and conflict among Mexican and Mexican-American disaster survivors. J Comm Psychol, 2003; 31: 1-24.

50. World Health Organization. The International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS). Geneva, Switzerland: WHO, 1973.

51. Rotondo H. Un estudio experimental de la comunicación en un servicio psiquiátrico. Bol Dpto. Higiene mental, 1954; 2: 2-3

52. Saraceno B. Salud Mental: la escasez de recursos obliga al uso de paradigmas nuevos. World Psychiatry, 2004; 2: 3-5.

53. Fiestas F., Gallo C., Poletti G., Bustamante I., Alarcón RD, Mari J. et al. What challenges does mental and neurological health face in Latin American countries?. Rev Bras Psiquiatr., 2008; 30: 328-336.

54. Alarcón RD. La revolución didáctica en psiquiatría: Retos y posibilidades en América Latina. Salud Mental, 2004; 27: 1-10.

55. Alarcón R.D., Aguilar-Gaxiola S. Desarrollos de políticas de salud mental en América Latina. Bull World Health Organization, 2000; 78: 483-490.

56. World Health Organization: World Mental Health Surveys Series, Vol. I (R. Kessler, B. Ustun, Eds.). New York, NY: Cambridge University Press, 2009.

57. Mari J.J., Szabo C.P., Wu C., Lam L.C.W., Wang L., Midin M., Irfan M., Kieling C., Herrman H. Promoting editorial capacity in psychiatric journals in low and middle income countries (LAMIC). Afr J Psychiatry, 2011; 14: 60-62.

58. Rodríguez J.J., Gonzalez R. (Eds.) La reforma de los servicios de salud mental 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2007.

59. Alarcón R.D., Frank J.B., Williams, M. Cultural dynamics in psychotherapy and cultural psychotherapies. En: *The Psychotherapy of Hope. The legacy of Persuasion and Healing.* (R.D. Alarcón and J.B. Frank, Eds.), pp. 281-309. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2012.

60. Rojas Malpica C., de la Portilla N., Villaseñor-Bayardo S.J. Historiografía de la psiquiatría latinoamericana. Inv Salud, 2002; 4: 173-182.

61. Pan American Health Organization. Mental Health in the Americas: Partnering for Progress. Final Report. Washington DC, Nov. 5-6, 2001.

62. Delgado H. *Curso de Psiquiatría* (6ª. edición). 577 pp. Lima, Perú: Centro Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1998.

63. Jaspers K. *Psicopatología General* (2ª. Ed.) (Trad. de R.O. Saubidet y D.A. Santillán). México DF: Fondo de Cultura Económica, 1993.

64. Delgado H. Kraepelin y Freud a 100 años de su nacimiento. Rev Neuropsiquiatr, 1956; 19: 452-473.

65. Alarcón R.D. Honorio Delgado y el DSM-IV: Coincidencias y discrepancias. Rev Neuropsiquiatr, 1995; 57: 219-236.

66. Villaseñor-Bayardo S.J., Alonso-Fernández F., Garrabé J. (Eds.) *La Psiquiatría en el Siglo XXI: Realidad y compromiso.* Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2006.

67. Berganza C.E. La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico: perspectivas educativas y de investigación. En: *La Psiquiatría en el Siglo XXI: Realidad y compromiso,* pp. 319-325. (S.J. Villaseñor, F. Alonso-Fernández, J. Garrabé, Eds.). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2006.

68. León C.A. Cuadros psiquiátricos típicos de la región. En: *Psiquiatría* (1ª. ed.), pp. 640-644. (G. Vidal, R.D. Alarcón, Eds.) Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1986.

69. Mariátegui J. (Ed.) *La Psiquiatría en América Latina.* Buenos Aires, Argentina: Editorial Losada, 1989.

70. Bustamante J.A. Fundación de GLADET. En: *Identidad de la Psiquiatría Latinoamericana. Voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria,* pp. 158-166. (R.D. Alarcón, Autor/Editor). México D.F.: Siglo XXI Editores, 2009.

71. Villaseñor S.J. (Ed.) *Naturaleza, Psiquiatría y Cultura. De la Psiquiatría Folklórica a la Psiquiatría Cultural.* Guadalajara, México: Ediciones GLADET, 2006.

72. Villaseñor S.J. *Apuntes para una Etnopsiquiatría Mexicana*. Guadalajara, México: Imprenta Universitaria, 2008.

73. Alarcón R.D., Lewis-Fernández R. Diagnóstico y tratamiento de entidades psicopatológicas desde la perspectiva cultural. Monograf Psiquiatría, 2000; 12: 9-17.

74. Kareem J., Littlewood R. *Intercultural therapy: Themes, interpretations and practices*. Oxford, UK: Blackwell Scientific, 1992.

75. Smith M. Etnopsicofarmacología Psiquiátrica en América Latina. En: *Psiquiatría* (2ª. edición), pp. 994-1002. (R.D.

Alarcón, G. Mazzotti, H. Nicolini, Eds.). México DF: El Manual Moderno, 2005.

76. Silva H. Ethnopsychopharmacology and Pharmacogenomics. En: *Cultural Psychiatry* (R.D. Alarcón, Editor), pp.88-96. Basel, Switzerland: Karger, 2013.

77. Mariátegui J. *Honorio Delgado, Magister Honorabilis.* Lima: Editorial Minerva, 1990.

78. Alarcón R.D. El precio de la ausencia: La psiquiatría latinoamericana en el mundo. Salud Mental, 2015; 38(2): 81-88.

79. Alarcón RD. Ser psiquiatra en América Latina: ¿Vale la pena?. En: Alarcón RD: *Los mosaicos de la esperanza. Reflexiones en torno a la psiquiatría latinoamericana*, pp. 49-68. Caracas, Venezuela: APAL, 2003.

80. Alarcón R.D., Lolas F., Mari J.J., Lázaro J., Baca-Baldomero E. Latin American and Spanish-speaking perspectives on the challenges of Global Psychiatry. Braz J Psychiatry, 2019 (in press).

81. Alarcón R.D. Humanismo, identidad y exilio en el texto delgadiano. En: *Tiempo, Sabiduría y Plenitud. Estudios sobre la vida y la obra de Honorio Delgado* (R.D. Alarcón, R. León, Eds.) Lima: Fondo Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1996.

82. Weiss MG. Cultural Epidemiology: An introduction and overview. Anthrop Med 2001; 8: 5-30.

83. Gray A.J. Stigma in psychiatry. J R Soc Med, 2002; 95(2): 72-76.

84. Kates N., Arroll B., Currie E., Hanlon C., Gask L., Klasen H., Meadows G., Rukundo G., Sunderji N., Ruud T., Williams M. Improving collaboration between primary care and mental health services. World J Biol Psychiatry, 2018; 19: 1-18.

85. Kendler KS, Prescott CA, Myers J. et al. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. Arch Gen Psychiatry, 2003; 60: 929-937.

86. Organización Mundial de la Salud: WHO Monographs on medicinal plants commonly used in the Newly Independent States (NIS), 2010. En: http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17534en/s17534en.pdf.

87. Mrazek D.A. Psychiatric Pharmacogenomics. Oxford, UK: Oxford University Press, 2010.

88. Mariátegui J. Ecología y Psiquiatría. Acta Psiquiatr Psicol Am Latina, 1978; 24: 100-108.

89. Fisher M., Baum F. The social determinants of mental healrh: implications for research and health promotion. Austr New Zealand J Psychiatry, 2010; 44(12): 1057-1063 doi: 10.3109/00048674.2010.509311.

90. Lund C., Brooke-Sumner C., Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P. et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. The Lancet Psychiatry, 2018; 5(4): 357-369.

91. Lolas F. Language, psychiatry and globalization: The case for Spanish-speaking. Asia Pac Psychiatry, 2010; 2: 4-6.

92. Global Forum for Health: Helping correct the 10/90 gap. Geneva, Switzerland: GFHR, 2000.

93. Bhugra D., Tasman A., Pathare S., Priebe S., Smith S., Torous B. et al. The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the future of Psychiatry. Lancet Psychiatry, 2017; 4: 775-818.

EL FUTURO DE LA PSICOTERAPIA GRUPAL, EN EL DEVENIR DE LA PSIQUIATRÍA.

Luis Yllá Segura

Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica
de la Universidad del País Vasco.

El enunciado del tema del que voy a tratar aquí inevitablemente lo asocio a cosas que aprendí cuando estudié filosofía, no solo en bachillerato sino después de jubilarme cuando volví a estudiar historia de la filosofía en la UNED. Aprendí que la raíz y la estructura ontológica de la vida es el tiempo, y que además hay un tiempo en esa vida que se parece mas al de la física y que la impregna de modo que el pasado da de si al presente con lo que va creándose el futuro, el cual es pues el resultado del pasado y del presente. Esto intentando explicarlo mas claramente para los profanos en filosofía, quiere decir que vivir es una perentoria necesidad de seguir viviendo pues de no ser así nos toparíamos con la NADA, o sea con la muerte y por lo tanto la vida como dicen los existencialistas es angustia e incertidumbre ante la NADA lo que nos lleva a veces a la bien conocida por nosotros los psiquiatras "ansiedad anticipatoria", en la cual el hipotético futuro se funde con el presente y resulta lo que Heidegger llamaba el "futuro sido" y la «pre-ocupación». (Sorge en alemán).

Volviendo a lo nuestro, o sea a nuestra "pre-ocupación" por el futuro de la psiquiatría y en mi caso y en este contexto al futuro de las "terapias grupales" las cuales, teniendo en cuenta el párrafo anterior, irían evolucionando en parte en función de como vaya cambiando la

sociedad y los factores externos pero en parte también en función de lo que queramos y nos parezca mejor a los actores de las terapias grupales (pacientes y terapeutas) evaluando los resultados con eficacia y eficiencia.

En este sentido es importante echar un vistazo al pasado o historia de las terapias grupales y al presente pues son los pilares del futuro como hemos visto en renglones anteriores. Hay aspectos y momentos importantes para el desarrollo de la terapia grupal que han contribuido a mejorar los resultados y a ampliar su aplicación que vamos a mencionar: Como sabemos la primera vez que se hizo una terapia grupal eficaz comprobadamente y con intención experimental fue en 1906 por el internista Joseph Pratt y para pacientes tuberculosos hospitalizados siguiendo con tal tratamiento hasta 1922 ya que obtuvo buenos resultados: los pacientes voluntarios que asistieron mejoraron mas y fueron mas dados de alta que los que no se animaron a asistir; cumplían mejor los tratamientos prescritos, estaban menos deprimidos, se relacionaron mejor unos con otros, entendían mejor su enfermedad y recayeron menos que los no asistentes aunque los restantes tratamientos eran iguales. Lo mismo pasó cuando el mismo Pratt comenzó a tratar con terapia de grupo a los diabéticos.

Haciendo grupos pequeños para pacientes entonces llamados psicópatas, trabajaron en los años veinte y treinta del Siglo pasado Trigant Burrow, Paul Schilder, Jakov Moreno (creador del psicodrama). Otros muchos obtuvieron buenos resultados aplicando ya conceptos freudianos (aunque Freud no trabajó nunca con este tipo de terapias) como los que expuso sobre psicología grupal o de masas, como en sus obras "Totem y Tabú", "Psicología de masas y análisis del Yo" y "El malestar de la cultura". Creo que se puede decir que a partir de aquí se van añadiendo cada vez mas pioneros de la terapia grupal orientada según los conceptos psicodinámicos o analíticos: SR Slavson (trabajando en su mayoría con niños), Ernst Simmel que dirigía la clínica de Tegel en Berlin y en 1927 fundó una nueva forma de llevarla, y la convirtió en una Comunidad Terapéutica funcionando todo según la teoría freudiana siendo la primera Comunidad Terapéutica en el mundo orientada psicodinámicamente. Años después,

se fundaron en Alemania otras dos, en Heidelberg y en Göttingen y en 1962 el Dr. Jerónimo Molina fundó otra en España junto con otros varios colegas (Peña Retama). Eran unas formas de terapia grupal muy eficaces por su forma de convivir todos democráticamente durante el tiempo de ingreso. El pensamiento de Simmel era que la configuración del medio a través de una regulación activa debería aumentar la efectividad de la terapia individual y a la vez los pacientes tendrían la posibilidad de regresar a través de la participación en la vida de la comunidad pudiendo adquirir nuevas experiencias sociales. Así pues la clínica es un campo terapéutico, la terapia tiene lugar por medio de un grupo terapéutico y el potencial terapéutico de los pacientes llega a ser óptimo. El resultado es que hay contención, apego, comunicación empática e identidad comunitaria.

A. Wolf y W. Schindler (estos dos últimos preconizando el análisis del individuo en el grupo), W. R. Bion trabajando con los tres Supuestos Básicos (de dependencia, de apareamiento y de lucha-fuga); cada vez mas durante la segunda guerra mundial y posteriormente siguieron aportando sus experiencias y avances a la terapia de grupo.

Otros como L. Grimberg, M Langer y E. Rodrigué trabajaban analizando al grupo, no a los miembros del grupo, partiendo de la base de que si el grupo iba bien, también irían bien, sus miembros.

Y como se podría esperar surgieron y con bastante éxito otros colegas que utilizaron los dos modos de trabajo: se analiza al grupo y cuando se considera útil, también al individuo en el grupo. Son los casos de S H Foulkes, E J Anthony, R. Battegay, etc.

Creo que hay que distinguir entre psicoterapia grupal estrictamente dicha y métodos grupales que están en la frontera de la psicoterapias y que son mas bien formas psicosociales y pedagógicas de ayudar, por ejemplo "alcohólicos anónimos", "asociación de pacientes con múltiple esclerosis", grupos de encuentro, grupos de autoayuda, grupos de sensibilización, etc.

En la actualidad la mayoría de las terapias grupales o tienen una orientación psicodinámica o usan conceptos generados por el

psicoanálisis al igual que la psiquiatría en general: se quiera o no hay aspectos como el de Inconsciente, la transferencia, la contratransferencia, la identificación, la proyección, etc. cosas que influyen en los resultados de toda terapia junto con otros efectos como cuando hacen intervenciones cognitivas (hoy en día muy frecuentes), o se trabaja con las formas de afrontamiento de los problemas y aprovechando el enriquecimiento de posibilidades que ofrece la situación grupal ya que la comunicación y por lo tanto la información se multiplica y se amplia y aumentan las habilidades sociales. Otras ventajas como el aumento de la esperanza, el altruismo, el fenómeno de espejo, viendo en el otro lo que es mas difícil ver en si mismo y otros beneficios que explica muy bien Irvin D. Yalom en la pagina 21 de su libro sobre la terapia grupal[1] lo que es muy importante para lo que nos ocupa ahora aquí, es decir los factores curativos de la terapia grupal.

Como yo decía en una publicación de hace bastantes años, creo y sigo creyendo que en toda la medicina hay que ser muy cautos al usar el término "curación" y dejarlo solo para aquellos casos en que está demostrada la "restitutio ad integrum". Quizá es mas exacto hablar de "mejoría" o "remisión" y tener en cuenta, que el tratamiento de las enfermedades es casi siempre una actividad de varios niveles, un proceso que puede implicar el manejo de varios algoritmos y con los modernos criterios de éxito, es difícil de evaluar como un todo unitario. Esto es mas cierto cuando se trata de enfermedades crónicas lo que ocurre muy frecuentemente en los trastornos psiquiátricos que solemos tratar en los grupos. Podemos plantearnos si a los trastornos y conceptos psiquiátricos podemos tratarlos de forma similar que a los de la medicina corporal; desde finales del S. XIX y comienzos del XX los psiquiatras hemos pensado que si, pero sin poderlo demostrar. Desde hace tres o cuatro décadas hemos ido viendo a través de los avances de la neurobiología y de la psicofarmacología que ya no hay duda de que los fenómenos que llamamos psicológicos y psicosociales desde el punto de vista del individuo son procesamientos que tienen lugar en el SNC sustentados por funciones

1 Irvin Yalom Gruppenpsychotherapie Kindler 1974

bioquímicas y bioeléctricas con la estrecha colaboración del sistema endocrino y del inmunitario. Pero esto lo dejo para mas adelante.

Por otra parte, **Hoy en día la definición de la palabra "terapia"** se apoya cada vez menos en la intención y más en el efecto producido por los métodos y los medios aplicados – lo que por cierto podría acabar y de hecho ha acabado, acarreando cosas tales como que a un profesional no se le paga si no logra curar –; antes dichos efectos o resultados de los métodos terapéuticos se apoyaban en la empiria inmediata, hoy se desarrollan con la ayuda de procesos especiales como el análisis estadístico, grupos de control, doble ciego, etc. Como hemos dicho en anteriores renglones paralelamente al desarrollo de la medicina aprendemos los mecanismos patológicos de las enfermedades en forma cada vez mas detallada. De ello se deducen cada vez mas específicamente las posibilidades de actuación y estas se pueden evaluar en sus efectos cada vez mejor.

Un problema a mi modo de ver aun no resuelto es el de las indicaciones que han sido y quizá siguen siendo, demasiado amplias; abarcan casi todo tipo de trastornos de conducta y de cuadros psiquiátricos y al mismo tiempo apenas hay las necesarias orientaciones metodológicas y diferencias técnicas en el tratamiento grupal de los diversos trastornos lo cual puede ser un impediente para la continuidad y expansión de la terapia grupal en un futuro.

Se deben de seleccionar pacientes que sean capaces de interactuar de forma multipersonal, lo que es un factor terapéutico especifico de esta terapia, haciéndolo tanto verticalmente (con quien dirija la sesión) y horizontalmente (con los demás miembros del grupo).

Por supuesto que también el/la terapeuta ha de tener una formación especifica y adecuada y mas en estos tiempos en que toda profesión y los médicos en concreto, tienen que aplicar protocolos en los que se enumera con minuciosidad cada tarea y movimiento que han de hacer en cada acto médico o profesional pues hasta ahora creo que la actuación del terapeuta grupal no está muy bien definida, lo que a su vez se relaciona con la también poca definición de las indicaciones que acabamos de decir. Si creo que el antiguo temor que

teníamos a ser demasiado intervencionistas y manipular a los pacientes se ha ido perdiendo entre otras cosas porque en un grupo es mas difícil tener ese fallo. Pero es verdad que como en toda acción humana, en las terapias de grupo también puede haber factores negativos que se nos escapen al control y no debemos de olvidar que el primer principio terapéutico que debemos seguir y que señaló Hipocrates 300 años a. C. es el de "primum non nocere" ita est "lo primero no dañar". Pero la terapia de grupo como todo tratamiento –y todo en la vida– tiene sus riesgos y como las técnicas de esta terapia son tan diversas es difícil diferenciar y controlar sus riesgos. En este sentido, yo creo que sería bueno integrar e individualizar tres o cuatro tipos de terapia que fuesen los mas efectivos y seguros y que psicólogos y psiquiatras nos tuviéramos que atener a sus principios y esquemas, pero con tantas orientaciones que hay, eso seria difícil de conseguir.

El método de la psicoterapia de grupo – como se puede oír frecuentemente – no es un proceso ni corto ni barato, si se practica sobre bases estrictamente científicas pero en cambio tiene ventajas respecto a la terapia individual, incluyendo al psicoanálisis aunque sus indicaciones son diferentes y en ese sentido no se pueden comparar.

Por parte del terapeuta ya hemos dicho que ha de tener una preparación en uno de los estilos u orientaciones de la terapia grupal y también una buena "formación" no solo información. Generalmente como todos sabemos en la psiquiatría dinámica debe de haber siempre una experiencia personal (llámese análisis didáctico, o como se quiera) y al principio también un tiempo de supervisión que suele consistir en el análisis de la contratransferencia. Y lo fundamental para cualquier terapia sea de la orientación que sea es que el terapeuta esté sano. Me decía mi primer maestro y analista en cuestiones dinámicas: "un profano sano puede ayudar pero no enseñar y un terapeuta no sano puede enseñar pero no curar". Los roles que cada uno hace en la terapia grupal surgen a través de señales inconscientes entre emisor y receptor (Sandler 1976). Los procesos de reflexión y elaboración llevan a la introspección e introyección de los nuevos patrones de relación. Freud decía respecto al análisis individual que

había que "recordar, repetir y elaborar" lo que para la terapia grupal ha de cambiarse por **"repetir, comunicar y elaborar"**.

También habría que plantearse si lo que es bueno para el grupo lo es también para el paciente individualmente. Yo he seguido siempre la técnica de análisis al **individuo en el grupo** que me enseñó uno de mis maestros (Walter Schindler), porque yo como médico, nunca vi claro que analizando sistemáticamente al grupo como si este fuese un individuo fuesen a ir mejor las cosas para los enfermos que son individuos y que así es, como se hace en medicina; otra cosa es que esporádicamente se pueda hacer una interpretación grupal al igual que la medicina también de vez en cuando hace intervenciones grupales, vg. cuando hay una epidemia y se vacuna o se toman medidas higiénicas.

Para evitar daños o fracasos en la terapia de grupo Karl König sugiere

***A**, seleccionar pacientes que estén muy motivados*

***B**, que tengan tolerancia a la regresión*

***C**, que el trastorno que tengan resida fundamentalmente en sus relaciones y en conductas de interacción.*

O sea, es insuficiente que la selección se base solo en sus síntomas.

Es muy importante que en el grupo los pacientes trabajen juntos pues así se absorbe gran cantidad de psicopatología y por ejemplo cada paciente y también el terapeuta están protegidos de la acumulación de transferencias negativas lo que ocurre por los cambios continuos de la constelación grupal que impiden que las tendencias autodestructivas de cada miembro se realicen pues como resultado de la atención de cada miembro y la rivalidad de sus hermanos por la lucha de competitividad y en ambas partes el sentimiento de pertenencia al grupo se hace muy rápidamente y se hace consciente en la contratransferencia. La introspección en un grupo no llega a tener la dimensión que en la terapia individual.

Es importante también tener claro por parte del terapeuta cual es la meta a conseguir y hablarlo apriorísticamente con el paciente para

que no haya decepciones por su parte y por nuestra culpa. Como ejemplo, recuerdo que hace bastantes años traté en diversos grupos durante mas o menos 10 meses a siete mujeres con cáncer de mama. Las siete mujeres estaban deprimidas y en cierto modo desesperadas porque algunas de ellas tenían un pronóstico infausto (de hecho fueron muriendo todas a partir de los ocho o nueve meses de comenzar la terapia) y los oncólogos, a algunas de ellas, les habían dado menos tiempo de vida. Casi todas ellas estaban muy angustiadas y llorosas, no tanto por su propio destino sino por razones familiares: una tenía dos niños pequeños que se iban a quedar huérfanos de madre, otra tenía una hija con la que siempre se había llevado muy mal y ella no le hablaba a la hija y otras situaciones parecidas que les hacían sufrir mas, decían ellas, que por su enfermedad con sus consecuencias. A todas les aclaré, antes de que empezaran la terapia, de que no pretendíamos que fuera un tratamiento contra el cáncer sino una terapia de apoyo y sostén de sus sufrimientos, y así fue: alguna de ellas vivió varios meses mas de lo que le habían previsto los colegas; la señora que no se hablaba con su hija hizo las paces y estaba muy contenta por haber arreglado la relación antes de su muerte y así sucesivamente. Quiero decir con esto que también la terapia de grupo puede ser útil en pacientes de otras especialidades médicas y con buenas perspectivas de éxito si se sabe determinar el objetivo de la terapia.

Hemos hablado de la terapia de grupo desde el punto de vista histórico y de sus aspectos terapéuticos positivos que creemos enriquecen mas el tratamiento que las terapias individuales lo que hace pensar que mirando hacia el futuro seguirán aportando cada vez mas posibilidades y beneficios a los tratamientos de los enfermos psiquiátricos.

Hay que recordar que obviamente en unidad de tiempo se pueden tratar mas pacientes en la terapia de grupo que en las terapìas individuales, lo que sobre todo para la sanidad pública es mas económico.

Pero también tenemos que hacer un repaso de los aspectos negativos que han ido surgiendo en las terapias grupales y que creo que

hemos de tener en cuenta si los psiquiatras queremos que en el futuro sigamos teniendo esos recursos terapéuticos mejorados si es posible.

La terapia de grupo suele ser como hemos dicho mas arriba una vertiente psicoanalítica pero que lamentablemente es la que con mas frecuencia muestra una confusión y un desorden que favorece el desprestigio de las terapias analíticas[2].

Ciertamente, orientaciones de base analítica y no analítica confluyen a veces perjudicando la necesaria seriedad profesional, facilitando que se puedan oír cosas como que "la terapia de grupo la puede hacer cualquiera, que sólo requiere «sentido común" y otras veces se dice que "todo enfermo sin excepción puede incluírsele en un grupo terapéutico, que las limitaciones a tal terapia dependen más del terapeuta que del enfermo o enfermedad...".

Quizá esto no fuera tan negativo si no fuera porque coincide con una característica de los tiempos actuales, que es la avidez y la impaciencia, y así, en las últimas decenas de años, se ha podido ver de continuo como gente con la formación a medias o cuya formación es muy dudosa, ya están llevando grupos sin que ni su solidez teórica ni su entidad personal lo aconsejasen, y lo mismo puede pasar con grupos de psicóticos[3]. Algo parecido está pasando ahora con los políticos y sus grados, licenciaturas o masters harto dudosos.

Hemos asistido pues a una época en que cambian los principios que uno aprendió en estas materias pedagógicas, y así se puede ver cómo las tareas más difíciles de la Psiquiatría infantil y de adultos, que siempre fueron las diagnósticas y las del proyecto terapéutico, se dejan hoy a los neófitos, lo que es favorecido por la siempre deficiencia económica para la sanidad.

---

2 Léase el libro de A. A. SCHÜTZENEERGER sobre las Nuevas terapias de grupo.

3 El profesor Guimón siempre hacía hincapié en la importancia de los aspectos ;teóricos y en la necesidad de saber Psiquiatría, como es la imposición de un curso de Psiquiatría (con examen) para los trabajadores en salud mental que cursan algún grado de formación en psicoterapia grupal.

Yo sigo creyendo que el legado freudiano en su esencia nos ha proporcionado la mejor forma de abordaje al enfermo mental, siempre que no lo hagamos con exclusividad. Hay que tener cuidado y no endiosar la práctica creyendo que es lo único importante porque sin teoría la actividad se estancaría o se empobrecería: práctica sin teoría siempre será una «mala práctica». El pragmatismo americano, que, según el mismo Williams James, es una forma de bárbaro anti-intelectualismo[4] y que al expandirse ha sido y es, tan insolente e irrespetuoso con la mentalidad europea, hace que frecuentemente se malentienda aquí y se utilice para justificar la prevaricación ante el esfuerzo intelectual. Yo pienso lo mismo que el viejo maestro de la física Hendrik Antoon Lorentz: «no hay mejor práctica que una sólida teoría».

Si siguiese la tendencia del "sociologismo a ultranza," que hubo durante algunas décadas del Siglo XX, promovida por Basaglia, Sazt, Laing, Cooper, etc. creo que muy probablemente tendría consecuencias negativas para el futuro de la psicoterapia en general y por lo tanto también para la terapia grupal, todo lo cual deriva a su vez del desencanto que en alguna forma hubo tras la reforma psiquiátrica que promovieron los citados autores y porque no decirlo, también el psicoanálisis al ver que sobre todo los cuadros psicóticos no respondían en su pronóstico y tratamiento como se esperaba lo cual en parte sin duda, se debe a la tendencia que todos tenemos a idealizar todo lo que supone cambios: lo novedoso, a las personas, las medicaciones, etc. y "cuanto mas se idealiza mas dura será la caída".

Nada de esto quiere decir que no tienen importancia los factores psicosociales para nuestro vivir, nuestro enfermar y nuestro recuperarnos, pero cada uno tiene que colaborar para arreglar los problemas desde su posición de sociólogo, de político, de ser médico o de la profesión que sea y con sus métodos y recursos y además sin idealizar. Tampoco nosotros los médicos debemos idealizar los medicamentos aunque ciertamente han mejorado de forma difícil de imaginar previamente.

---

4 Ver la crítica de THOMAS en las págs. 356 y sigs. de su " Historia de la Psicología".

Y es aquí, en este contexto, en donde aprovecho la oportunidad para hablar de otros aspectos sumamente interesantes para mi y creo que para todos los psiquiatras e incluso médicos de otras especialidades, y que probablemente casi todos los psiquiatras hemos pensado en ello pero sin tener comprobaciones evidentes de ello y lo que hoy en día es diferente es que esas pruebas ya van apareciendo en las investigaciones de neurobiólogos y psicofarmacólogos.

Explica Eric R. Kandel (premio Nobel de Medicina del año 2000 que fue psicoanalista antes de neurobiólogo) que hay unos principios hoy demostrados y que son:[5]

"***Primer principio.*** *Todos los procesos mentales, incluso los procesos psicológicos más complejos, son consecuencia de operaciones del cerebro.* ***El principio fundamental de este concepto es que aquello a lo que nos solemos referir como mente es un conjunto de funciones llevadas a cabo por el cerebro.*** *Las acciones del cerebro están detrás no sólo de las conductas motrices relativamente simples como caminar o comer, sino de todas las acciones cognitivas complejas como pensar, hablar, escribir literatura y música o crear arte. En consecuencia, los trastornos del comportamiento característicos de las enfermedades mentales son alteraciones de la función cerebral, incluso en aquellos casos en los que sea evidente que estas alteraciones tienen un origen ambiental.*

Segundo principio. *Los genes y las proteínas que codifican, determinan en gran medida el patrón de interconexiones entre las neuronas cerebrales y los detalles de su funcionamiento. Por ello, los genes y, especialmente, sus combinaciones, ejercen un gran control sobre la conducta. La conclusión de todo ello es que la genética es uno de los principales factores que influyen en la aparición de las enfermedades mentales.*

Tercer principio. Las alteraciones genéticas no justifican por sí solas toda la variancia de las principales enfermedades mentales. *Los factores sociales o del desarrollo también tienen una importancia fundamental. Del mismo modo que las combinaciones de genes afectan al comportamiento y*

---

5 Kandel Eric R. "psiquiatría psicoanálisis, y la nueva biología de la mente" Ars Médica 2007

la conducta social, el comportamiento y los factores sociales influyen sobre el cerebro al interaccionar con él para modificar la expresión genética y, en consecuencia, la función de las células nerviosas. El aprendizaje, incluso el que genera una conducta disfuncional, produce modificaciones en la expresión genética. Por este motivo todo lo «aprendido» termina expresándose como «naturaleza».

Cuarto principio. *Las alteraciones de la expresión genética inducidas por el aprendizaje provocan cambios en los patrones de conexión neuronal. Estos cambios no sólo contribuyen al fundamento biológico de la individualidad sino que, al parecer, son inducidos por los imprevistos sociales.*

Quinto principio. *Cuando la psicoterapia o la asistencia psicológica son eficaces y producen cambios a largo plazo en el comportamiento, cabe suponer que los consiguen a través del aprendizaje, provocando cambios en la expresión genética que modifican la fuerza de las conexiones sinápticas y modificaciones estructurales que alteran el patrón anatómico de interconexiones entre las neuronas cerebrales. A medida que aumente la resolución de las técnicas de neuroimagen, debería ser posible llevar a cabo evaluaciones cuantitativas de los resultados de la psicoterapia"*

Pero no solo las investigaciones de neurobiólogos sino también los psicofarmacólogos han avanzado enormemente y han llegado a conocer al detalle como funcionan los psicofármacos y las psicoterapias.

Dice el famoso psicofarmacólogo Stephen M Stahl que *"hay cuatro cascadas de transducción de señales cada una de las cuales puede generar hasta seis mensajeros los cuales pueden llegar hasta el núcleo de la célula receptora lo que puede cambiar la expressión génica. Los genes pueden modificar o desarrollar la conducta en determinadas formas y viceversa la conducta puede modificar los genes"*, y sigue diciendo Stahl: *"las experiencias humanas, la educación e incluso la psicoterapia pueden cambiar la expresion de los genes". Así pues "la función de la neurotransmisión química no es tanto el tener un neurotransmisor presináptico que se comunique con sus receptores postsinápticos, sino el disponer de un genoma presináptico que converse con un genoma postsináptico, de ADN a ADN,*

del centro de mando presináptico al centro de mando postsináptico y a la inversa".

Y expongo todo esto para recordar que los avances cientificos de las últimas décadas demuestran que todo tratamiento psicoterapéutico puede en principio ser tan eficaz como los tratamientos farmacológicos y que tanto unos como otros deben de ser evaluados adecuadamente para que sea evidente su eficacia en los diferentes enfermos y enfermedades.

Es decir, si en el futuro las psicoterapias y particularmente la de grupo, desapareciesen, desde luego no sería porque la ciencia neurobiológica y la psicofarmacológica no la avalasen. Otro motivo para ser optimista cuando se piensa en el futuro de este tipo de terapia es el que dijo el Dr. Walter Schindler, uno de los fundadores de la terapia del individuo en el grupo "pena compartida es media pena".

Pero es verdad, que uno de los rasgos mas ostensibles de la evolución de la vida del Siglo XXI es la velocidad de cambio y la continua amenaza de crisis económica que ocurre con frecuencia. Traspasado esto a lo que nos concierne aquí, los dos enemigos de la continuidad de las psicoterapias grupales serían la larga duración de estas y su coste por un lado y por otro, la eficacia de tal terapia. Para esto último hay que evaluar dicha eficacia que a mi no me cabe duda es mas que suficiente para que merezca la pena que la terapia de grupo siga siendo aplicada en el campo de la psiquiatría. Para valorarla hay que investigar con una metodología científica los cambios positivos que haya en los pacientes, hay que hacer investigaciones empíricas, crítica de los factores efectivos en esta terapia, etc.

Los otros aspectos como la duración de la terapia, habrá de cambiar en el sentido de ofrecer tratamientos cortos; la gente cada vez tiene mas necesidad de que todo sea rápido, la paciencia se agota en el Siglo de la velocidad y además se supone que a terapia mas corta

coste mas barato. Hay muchas experiencias publicadas sobre terapia breve de grupo[6].

En mi opinión no es fácil que la psicoterapia grupal breve sea eficaz porque mi experiencia es que los pacientes cuando por vez primera entran en un grupo terapéutico tardan (unos mas y otros menos) pero todos requieren unas 10 sesiones para sentirse ya suficientemente integrados para sentir el "nosotros" porque no hay que olvidar que cada paciente acepta ir al grupo por razones egoístas como es lógico, es decir a curarse él/ella, es decir «terapeuta y grupo están para ayudarle a él/ella» lo que cuando pasan 2 meses mas o menos, ya se dan cuenta de que ellos/ellas tienen también que ayudar a los demás. Por otra parte hay algo que en toda terapia es esencial a mi modo de ver: repetir, y repetir y repetir una y otra vez pues hay tendencias, actitudes, errores de actuación, interpretaciones de lo que le ocurre inconscientemente, etc. todo eso hay que elaborarlo y la elaboración no se hace bien ni suficientemente si no se repite muchas veces, entre otras cosas porque en toda repetición siempre hay algo nuevo…. Pero para que estos dos factores se realicen bien y lo antes posible se requiere que se haya hecho muy concienzudamente la selección de los pacientes para participar en el grupo y por otra parte saber que es lo que pretendemos obtener. Hemos de tener claro si el paciente tiene capacidad de adaptarse al grupo dados los problemas que tenga. También Hay que captar la capacidad del enfermo para hablar de sus debilidades ante los demás y la capacidad de expresar su agresividad y de encajar la agresividad de los demás y casi mas importante es ver los motivos de exclusión de los pacientes que pudieran aspirar a tratarse en un grupo, por ejemplo, el insuficiente contacto con la realidad, el carácter monopolizador o dominante y la tendencia al *"actino out"*, por lo que jamás se debe admitir a un paciente que venga al grupo drogado o bebido que es lo mismo. Si atendemos a estos requerimientos previos es muy probable que el tratamiento en grupo sea exitoso incluso si se trata de un grupo intensivo abreviado.

---

6 Guimón José et Béatrice Weber-Rouget "Thérapies de groupe brèves" Ed. Masson Paris 2002

La tarea que consiste en relacionar el proceso de desarrollo del grupo al progreso terapéutico de cada paciente que participa en el grupo lo que es lógico dado que es imposible para el individuo que se desarrolle psicológicamente sin un cambio simultáneo en la atmósfera del grupo al que pertenece y como dice G. Bach es muy obvio que un nuevo grupo terapéutico, que se ha reunido menos de cincuenta veces, es un campo de comunicación muy diferente del de un grupo que se ha reunido ya más de trescientas veces.

Teniendo en cuenta el coste de la psicoterapia es probable que las terapias en general puedan sobrevivir mejor si se hacen en los pacientes ingresados en hospital o clínicas y costará mas que sobrevivan las consultas externas sobre todo si son privadas pues los seguros pueden limitar como crean conveniente el pago de consultas externas. Por otra parte las psicoterapias pueden reducir algo el coste de los procesos médicos, sobre todo si las terapias en general y en concreto las que aquí nos ocupan, son exitosas lo que podría aumentar las posibilidades de crecimiento y desarrollo. Pero insisto en que probablemente los grupos de tiempo limitado, al igual que otras psicoterapias también de tiempo limitado, se incrementarán en el futuro.

A esto hay que añadir, a lo que aquí dije en paginas anteriores (pags. 7 y 8) que prediciendo lo que posteriormente afirmó el premio Nobel Kandel, Harold Kaplan ya en 1983 decía:[7] *"hay mucha literatura sobre la eficacia de los tratamientos grupales en trastornos médicos, vg. en las mujeres de la tercera edad que han tenido cáncer y padecen metástasis: una sesión de terapia de grupo semanal como sostén se encontró que las que recibieron terapia de grupo sobrevivieron 18 meses mas que las que no recibieron tal tratamiento. Se supuso que la grupoterapia suplió o contrarrestó a la alienación que estos pacientes tienen frecuentemente en su familia y moviliza sus recursos…. La terapia puede movilizar su sistema hormonal y el inmunitario. Una serie de evidencias corporales muestran que muchas variables psicosociales tienen efectos que inciden sobre la progresión y mortalidad de muchas enfermedades. Hay empíricas evidencias*

7 Kaplan Harold I and Sadock Benjamín J "comprehensive grouptherapy" pag. 126 Baltimore (Maryland) 21202

de que actitudes hacia la propia enfermedad (vg. desamparo, no aceptación de su existencia, etc.) se complementan con inhabilidades o rechazos a expresar sentimientos acerca de la enfermedad lo que se relaciona con un pronóstico muy pobre y una red social pobre se asocia a una mala salud". Así pues, sería una pena desaprovechar estos beneficios de las psicoterapias que cabe suponer que en el futuro serán aun mejores.

Bibliografía:

Bach G. R. Psicoterapia intensiva de grupo Ed. Hormé 1975

Kadis Asya L, D.Krasner Jack, Winick Charles, Foulkes S.H. Manual de psicoterapia de grupo. Fondo de cultura económica 1969

Preuss Hans Analytische Gruppenpsycotherapie Urban Schwarzenberg Berlin 1966

Ruitetenbeek Hendrik M. Métodos y técnicas en la psicoterapia de grupo, Ed. Troquel 1977

Schindler Walter La terapia de grupo analítica según el modelo familiar, Ed. Grutesa 1980

Yllá L. "La psicoterapia de grupo", capitulo 42 del Manual de Psiquiatría editado por J. L. González de Rivera, A. Vela y J. Arana (coordinadores) Ed. Karpos, Madrid, 1980.

Yllá L., "La contratransferencia en la Psicoterapia Analítica de Grupo", Psiquis, 1,1982.

Yllá L., "Sobre el cientificismo de las terapias analíticas y los peligros que sobre ellas se ciernen", Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría, 13,6,1985

Yllá L., "La psicoterapia analítica de grupo en pacientes de mas de 60 años: Factores que motivan y troquelan las intervenciones del terapeuta en este tipo de grupos". Publicación - actas de la III reunión científica de la APAG. Barcelona, Mayo, 1994

Yllá L., "La investigación en psicoterapia de grupo", en el Boletín de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal, nº 10, mayo 1998.

Yllá L. "Integración de la Psicoterapia de Grupo en la Psiquiatría: Su historia" Boletín de la Asociación Española de Psicoterapia Analítica Grupal. P.12-23, Nº 14, mayo 1999

Yllá L. González-Pinto Asunción, "Terapia de Grupo y Cambios de Actitud Hacia la Enfermedad Mental en Estudiantes de Medicina", "avances en salud mental relacional", Revista Internacional on-line, Vol 2, nº 1, marzo 2003

Yllá L. " el cientificismo de las terapias analíticas y los peligros que sobre ellas se ciernen". Actas luso-españolas de neurología y psiquiatría y ciencias afines. Nov-dic 1985 nº 6, vol XIII

Yllá L. González-Pinto A. otras psicoterpias, pag. 2112 en en tratado de psiquiatría, tomo II de Vallejo Ruiloba y Leal Cercós, Ed. Marbán 2012

TRISTEZA O DEPRESIÓN: REFLEXIONES SOBRE UNA NUEVA EPIDEMIA.

José Luis Ayuso Gutiérrez

Catedrático Emérito de Psiquiatría. Universidad Complutense. Madrid. Socio de Honor de la Sociedad Española de Psiquiatría. Socio de Honor de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Colegio de Psiquiatras Eméritos.

Recientemente, en ámbitos muy variados se oye con insistencia que en la actualidad la prevalencia de los trastornos depresivos ha alcanzado una dimensión epidémica. A este respecto, un periodista francés, Philippe Pignarre, ha publicado un libro originariamente escrito en español (1) titulado "La depresión. Una epidemia de nuestro tiempo" donde se manifiesta que "El número de personas que sufre depresión en España y en los países occidentales se ha multiplicado por siete en los últimos diez años hasta convertirse en una verdadera epidemia. ¿Cuál es la causa o causas de este hecho?" Así mismo, otro periodista muy reconocido en los Estados Unidos como comentarista de temas de salud, Robert Whitaker, es autor de un publicación de gran impacto (2) titulada "Anatomía de una Epidemia" donde trata de los fármacos psiquiátricos en relación con el "Asombroso incremento de las enfermedades mentales en los Estados Unidos."

Según el Diccionario de la Real Academia Española (RAE) la epidemia es:

1.Enfermedad que se propaga durante algún tiempo por un país, acometiendo simultáneamente a gran número de personas.

2. Mal o daño que se expande de forma intensa e indiscriminada.

¿Existe realmente una epidemia depresiva?.

Contamos con dos fuentes de información para evaluar esta posibilidad :

1.Datos epidemiológicos longitudinales realizados con los mismos criterios diagnósticos.

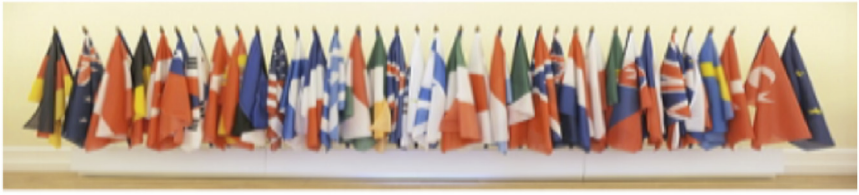
2. Consumo de fármacos antidepresivos.

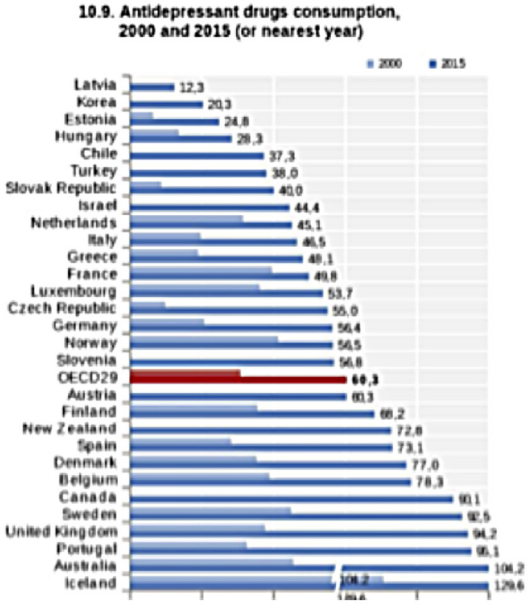
Hemos seleccionado cuatro estudios basados en muestras poblacionales muy amplias. Así, en el estudio de prevalencia depresiva llevado a cabo en los Estados Unidos (3) patrocinado por el Instituto Nacional de Salud Mental la prevalencia de un año de Trastorno Depresivo Mayor en adultos, con criterio diagnóstico del DSM-IV, fué 7.06 en el año 2001 y 6.7 en el 2016. Es decir en el transcurso de 15 años no se pudo constatar incremento alguno de las cifras de morbilidad depresiva. Así mismo, el resultado de dos encuestas efectuadas en Inglaterra (4) en los años 2000 y 2007 por el Centro Nacional de Investigación Social (N=7.403) no mostró modificación al alza de la prevalencia de una semana (episodios depresivos, criterio diagnóstico CIE-10) en la evaluación posterior (2.6 % vs. 2.3 %).

Ofrece especial interés el resultado de dos estudios epidemiológicos de alcance global. El estudio de Baxter y colaboradores (5) está basado en el análisis de los datos de prevalencia puntual de Depresión Mayor de 116 estudios correspondientes a los años 1990, 2005 y 2010. Resulta sorprendente que en los tres años analizados la tasa de prevalencia puntual fué idéntica: 4.4. Análogamente, la Organización Mundial de la Salud (6) ha llevado a cabo una empresa gigantesca en el ámbito del proyecto Global Burden of Disease con la evaluación de la prevalencia global de Depresión Mayor en base a ios datos correspondientes a 188 países. El resultado muestra que el número total de personas que sufren depresión fué 183,4 millones en el año 2005 y 216 millones en el 2015. Estas tasas suponen un incremento de 18,4 millones de personas en el trascurso de una década lo que equivale a un aumento global anual de 1,8 % . Según

la propia OMS, este incremento no es relevante si se tiene en cuenta el crecimiento global de la población.

El segundo indicador de una posible epidemia lo constituye el consumo de fármacos antidepresivos. Importa señalar a este respecto que en la mayoría de los países, sobre todo en los más desarrollados, se ha incrementado enormemente la utilización de medicamentos antidepresivos en las dos últimas décadas. Así, en los 29 países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OECD) el consumo medio expresado en Dosis Diaria Definida por 1.000 habitantes pasó de 30,1 en el año 2000 60,3 en el año 2015 (7).





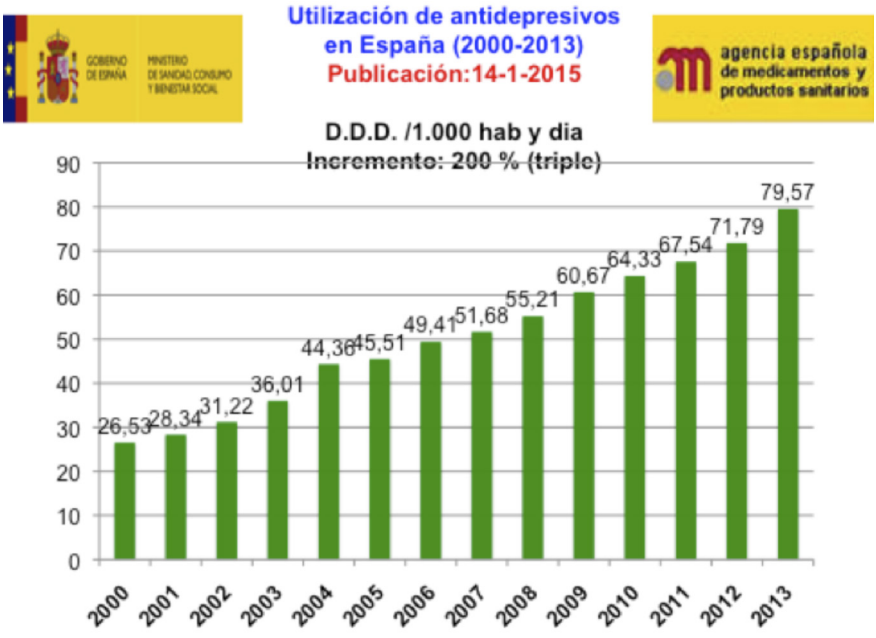
Así mismo, en el transcurso de 15 años la utilización de antidepresivos en 29 países europeos ha experimentado durante el periodo de 15 años (1994-2009) un crecimiento anual continuado en D.D.D. de 19,83 % (8).

A nivel nacional, se puede constatar el extraordinario incremento del consumo de fármacos antidepresivos durante las dos ultimas décadas en numerosos países desarrollados. Entre los europeos, España en el periodo 2000 a 2013 ha incrementado el consumo un 200 % (triple). Se ha sugerido que la grave crisis económica que sufrió España, especialmente en el período 2007 a 2011, podría traducirse en una mayor utilización de antidepresivos. Sin embargo , no se ha registrado un mayor incremento del consumo entre los años 2007-11, caracterizado por un descenso importante del Producto Interior Bruto (23 %), y el período anterior 2003-7i (28%). Además se da la circunstancia de que Alemania, que prácticamente no le afectó la crisis económica, registró un 46 % de aumento en el consumo de antidepresivos entre los años 2007 a 2011 mientras en España el aumento fué marcadamente inferior: 23 %. Por consiguiente, no parece que la utilización de antidepresivos estuviera asociada a la crisis económica .

En Italia, entre los años 2000 y 2011 se cuadruplicó el consumo (9). En el Reino Unido, entre 1995 y 2011, el número de prescripciones de antidepresivos por mil habitantes por año se duplicó (10). En Estados Unidos ei número de sujetos (millones) que estaban recibiendo antidepresivos durante la ejecución de dos encuestas sucesivas en los años 2000 y 2014 mostró un aumento de 157 % (11). Finalmente, en China las ventas de antidepresivos, en billones de yuans, mostraron un incremento de 150 % entre 2006 y 2011 (12).

¿Es la epidemia de depresión real o aparente?. No es real. En base a los datos disponibles, el incremento global del consumo de antidepresivos no corresponde con las tasas de morbilidad depresiva reportadas por los estudios epidemiológicos.

¿ Cuales son las causas del enorme aumento global del consumo de fármacos antidepresivos?. Proponemos cuatro posibles facto-



res: 1, Prescripción a sujetos que no padecen un trastorno depresivo (TDM) ni un trastorno de ansiedad. 2, Prescripción a pacientes con sintomatología depresiva débil. 3, Abandono de la psicopatología descriptiva. 4, Medicalización de la tristeza normal.

Prescripción a sujetos que no padecen un trastorno depresivo (TDM) ni un trastorno de ansiedad.

La evidencia disponible muestra que un porcentaje relevante de consumidores de antidepresivos, especialmente en el ámbito de la atención primaria, no presentan una patología afectiva que justifique la prescripción de esta medicación. Así, en España un grupo de investigadores de la Universidad de Tarragona (13) han constatado en centros de atención primaria que la tasa de diagnóstico de depresión en 186 pacientes no deprimidos alcanzó la cifra de 26,5 %. En Francia un estudio con 2.894 pacientes ambulatorios de hospitales de París reveló que entre los sujetos en tratamiento con antidepresivos la proporción de los que no cumplían criterios diagnósticos en

los 12 meses previos era 56 %. (14). En Montreal (Canadá) mediante el análisis de las indicaciones correspondientes a 101.759 prescripciones de antidepresivos emitidas por 158 médicos entre los años 2006 y 2016 (15) se ha encontrado que solamente el 55 % de las prescripciones estuvieron indicadas para el tratamiento de pacientes depresivos y el 18 % para trastornos de ansiedad, y el 29 % de todas las prescripciones correspondieron a indicaciones no aprobadas (off-label): insomnio, dolor, migraña, síntomas vasomotores asociados a la menopausia, Trastorno de Déficit de Atención y trastornos del aparato digestivo. Otros dos estudios realizados por investigadores de la prestigiosa Escuela de Salud de la Universidad Johns Hopkins ofrecen datos relevantes . En el primero (16), la re- evaluación clínica de una muestra de 5.639 sujetos que fueron diagnosticados de padecer depresión por los médicos de atención primaria del área de Baltimore demostró que el 61,6 % de los casos no cumplía los criterios de Depresión Mayor del DSM-IV. En el segundo estudio (17), se realizó con los miembros de una cohorte iniciada en el año 1981 de los cuales 1.071 sujetos estaban siendo tratados con antidepresivos en el año 2015 . El resultado demostró que el 69 % nunca (tras 34 años de evolución controlada) había cumplido con los criterios diagnósticos de Depresión Mayor y el 52 % tampoco los cumplía para Depresión Mayor o para trastornos de ansiedad.

Prescripción a pacientes con sintomatología depresiva débil (eficacia cuestionable)

El mayor incremento de la utilización de antidepresivos tiene lugar en individuos con depresión de severidad leve que pueden no beneficiarse del tratamiento antidepresivo con la misma posibilidad que en el tratamiento de los sujetos con formas mas severas de depresión.

Importa destacar que en los ensayos clínicos controlados se constata una mayor respuesta al placebo en los pacientes con menor severidad depresiva.

Así mismo, la prestigiosa guía terapéutica del Reino Unido NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) en

Studies reporting higher placebo response rates in patients less severely depressed
Downing R, Rickels R. J Nerv Ment Dis 1973;156:109-29.
Fairchild et al. Psychiatric Res 1986; 18:217-26.
El Kin I et al. J Consult Clin Psychol. 1995;63:840-7.
Stewart et al. Arch Gen Psychiatry 1998; 55:334-43.
Paykel, J Psychopharmacology 1988; 2:105-18
Wilcox et al. Psychopharmacol Bull 1992; 28:157-62.
Brown et al. 1992; Psychiatric Res 1992; 41: 203-14.
Khan et al. J Clin Psychopharmacol 2002; 22(1):40-5.
Bridge et al. Am J Psychiatry 2009; 166: 42-9.
Naudet F et al. PLOS/one 2011; June 8
Cameron et al. J Affect Dis 2014; 166:48.

la revisión de Marzo de 2015 recomienda no usar antidepresivos rutinariamente para tratar síntomas depresivos sub-umbrales o depresión leve (HAM-D 7-17) ya que la razón riesgo-beneficio es pobre, aunque deben utilizarse en los sujetos con historia clínica de depresión moderada o severa.

Mas aun, en un meta-análisis realizado por investigadores de Italia, España, India y Suiza basado en seis ensayos controlados con placebo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los resultados obtenidos con antidepresivos o con placebo en la depresión menor concluyendo que los fármacos antidepresivos no deben considerarse para tratar la depresión sub-umbral. (18).

Abandono de la psicopatología descriptiva

La psiquiatría está perdiendo de vista la diferencia entre lo normal y lo patológico. Desde la publicación del DSM-III, se ha producido descenso gradual de la enseñanza de la evaluación clínica cuidadosa de los problemas individuales facilitada con un buen conocimiento de la psicopatología.

Desafortunadamente, la nuevas generaciones de psiquiatras en muchos países, no leen a Karl Jasper o a Kurt Schneider. Prefieren memorizar el DSM-5 en vez de aprender los contenidos más complejos de los psicopatólogos clásicos.

Un concepto básico, que en la actualidad está desvalorizado, es la diferencia entre tristeza normal y tristeza patológica. Para López Ibor Sr. "la tristeza del paciente depresivo es mas profundamente encarnada, apareciendo con una diferente cualidad en relación con la tristeza normal". En esta línea del pensamiento se sitúa también Mario Maj : "Hay una diferencia cualitativa entre la depresión auténtica y la tristeza norma: experiencia de letargo, incapacidad para obrar, sentimiento de estar inhibido, sentimiento de alejamiento del entorno e incapacidad de imaginarse o vislumbrar el futuro. Este enfoque se ha perdido en el proceso actual de hiper-simplificación de la psicopatología mediante la utilización de los criterios diagnósticos operativos"

Diferencias entre tristeza normal y patológica
Ramos y Cordero (2005)

Características	Tristeza normal	Tristeza patológica
Presencia de motivo	Siempre de caracter negativo	No siempre; puede tener carácter positivo
Tempo de aparición	Casi inmediata	Hasta seis meses después
Duración	Adecuada al motivo	Desproporcionada
Intensidad	Adecuada al motivo	Desproporcionada
Rendimiento	No afectado significativamente	Afectado significativamente
Reactividad a estímulos externos	Prácticamente intacta	Disminuida o ausente
Vivencia de sentimientos	Prácticamente intacta	Disminuida o ausente
Tipo de experiencia	Conocida, psicológicamente	Cualitativamente distinta, imprecisa

Medicalización de la tristeza normal.

La tristeza es un sentimiento y la depresión es una enfermedad. La tristeza ha sido incorrectamente medicalizada en una enfermedad llamada depresión. La tristeza es una emoción humana normal. Todos la vivenciamos, generalmente desencadenada por una dificultad o eventp adverso. La depresión en cambio es una enfermedad mental que afecta a nuestros pensamientos, emociones, percepciones y conducta.

El fármaco se intenta usar como remedio universal para los problemas psicológicos de la vida moderna. Estamos convirtiendo los problemas cotidianos en enfermedad mental.

La actitud que nos lleva a considerar el malestar emocional como una enfermedad susceptible de ser medicalizada no deriva tanto del conocimiento científico como de nuestro sistema de valores y de los cambios socio-culturales actuales. Se trata de neutralizar todo malestar con soluciones supuestamente técnicas.

Es importante admitir que el profesional médico es consciente, como lo prueba una investigación con una amplia muestra (N=2.016) de médicos de famjlia y de psiquiatras llevada a cabo por la Universidad de Columbia. El 67 % de los médicos de atención primaria y el 62 % de los psiquiatras reconocieron que muy frecuentemente trataban la tristeza normal como una enfermedad médica (20).

Conclusiones

La tristeza es un sentimiento normal mientras la depresión es una enfermedad mental que afecta al pensamiento, a las emociones, a las percepciones y a la conducta.

Los antidepresivos no son píldoras de la felicidad.

Las tasas elevadas de prescripciones de antidepresivos están asociadas con su utilización en el tratamiento de pacientes con escasa severidad sintomática y en pacientes que no cumplen los criterios de un trastorno depresivo.

Los antidepresivos son eficaces en las depresiones con sintomatología severa o moderada, pero la evidencia de su eficacia es escasa

en el tratamiento de los síntomas depresivos sub-umbrales o la depresión de ligera severidad..

Referencias

1.Pignarre P. La depresión. Editorial Debate

2. Whitaker R. Anatomy of an epidemy. Brilliance .

3. Compton WM et al. Am J Psychiatry 2006; 163:2141.

4. MacManus S. et al. National Centre for Social Research. Technical Report, January 2009.

5. Baxter J et al. Depression Anxiety 2014; 32 (6).

6. WHO. Lacet 2016; 388 (100053): 1545.

7. OECD. Health at a Glance. 2015

8. Gusmao R et al. PLoS/one 2013; 8 (6).

9. Gualano MR et al. Psychiatric Services 2014; 65:1226.

10.Mars B et al.Soc Psychiatr Epidemiol 2017; 52 (2).

11.Corey B & Gebeloff R. New York Times 7-4-2018.

12. Kaiman J. The Guardian 2013; 20-November.

13. Aragonés E et al. Family Practice 2006; 23 (3):363.

14. Gasquel I et al. Encephale 2005; 31 (2).

15. Wong J et al. JAMA 2016; 315 (26): 2230.

16. Mojtabai R et al. Psychother Psychosom 2013; 82 (3).

17. Takayanagi Y et al. J Clin Psychiatry 2015;76 (1).

18.Barbui C et al. Brit J Psychiaty 2011; 19811 (6).

19. Maj M. Brit J Psychiatry 2011; 199: 85 (6).

20. Lawrence RE et al.J Nerv Ment Disorders,2015;203 (2):120.

LOS DIFUSOS MÁRGENES DE LA NEUROCIENCIA.

Dr. José Luis Mediavilla Ruiz

Doctor en Medicina con especialidad en Neurología y Psiquiatría,
Miembro de Número de la Real Academia de Medicina
(Asturias) y del Colegio de Psiquiatras Eméritos

La Neuropsiquiatría, como teoría y práctica, tuvo sus raíces tanto en lo "orgánico" (medicina interna, neurología, neuropatología, etc) como en la psicopatología. La psicoterapia, en sus diversas formas, surgió y perteneció siempre a la práctica psiquiátrica.

A mediados del siglo pasado , (1954) tuvo lugar en IV Congreso Mundial de Neuropsiquiatría, que fue inaugurado por Alberca con un discurso que versó acerca de la "Ligazón y Escisión de la Neurología y la Psiquiatría , ramas del tronco común de la Medicina Interna"- Reconocía Alberca que los cambios asistenciales, habían contribuido a que las dos especialidades, unidas durante mucho tiempo, tendieran a sendas autonomías. Admitiendo esta realidad, objetaba, sin embargo "como a muchos de nosotros nos sigue pareciendo natural que la Neurología y la Psiquiatría se reúnan, como las dos riendas, en una mano, o pensamos, por lo menos que (en tanto pertenecientes al campo de la Medicina) continuarán hermanadas.

Este planteamiento había sido puesto de manifiesto muchos años antes. Erb en 1880, apoyándose en Griesinger defendió que "la Psiquiatría no era sino una parte de la patología nerviosa y que únicamente una profunda comprensión de esta podía hacer posible el

trabajo científico eficaz en la práctica de aquella".. Sobre la misma cuestión, Bonhoeffer en 1915 , con el propósito de "volver a reflexionar sobre el lado práctico de las aspiraciones psiquiátricas" , y aunque manteniendo en general un diferente criterio, coincidía con Erb en la conveniencia de crear en los grandes hospitales generales departamentos de neurología dirigidos por especialistas, considerando además necesario o al menos muy deseable a la vez que los citados especialistas en Neurología dispusieran de una considerable experiencia clínica psiquiátrica que les hiciera posible la valoración y tratamiento de casos psíquicos". Bonhoeffer insistía además en la importancia de que el interés por los "hallazgos objetivos" no agotaban la exploración del enfermo, en tanto que "la psicopatología es la disciplina que trata de las relaciones existentes normalmente en la patología de los procesos `psíquicos" y que la tarea de la Psiquiatría resulta más adecuada que cualquier otra disciplina médica para servir de contrapeso –permítase la expresión- a los que trata de hallar lo objetivo"(…) "En una clínica que reúna la Psiquiatría y la Neurología es donde mejor puede desarrollarse la orientación hacia una actividad determinada". (Psiquiatría Antropológica.Jurg Zutt. Gredos. Madrid.1974).

En el IV Congreso Mundial de Psiquiatría (Madrid, 1966) se dedicó un Simposio a la relación entre la Neurología y la Psiquiatría, y en el que (en consonancia con las expectativas del Mercado Común Europeo) se propusieron, entre otras, estas dos conclusiones:

A) La Neurología y la Psiquiatría son ciencias afines. No obstante la calificación exclusiva de una especialidad común ya no corresponde al estado actual de la ciencia, ni el ejercicio de estas dos actividades.

B) La evolución histórica y las exigencias de orden práctico imponen a los países de la Comunidad Económica Europea la creación de especialidades distintas en Psiquiatría y Neurología.

Neurología y Psiquiatría , como unidad permanente.

Los grandes maestros de la psiquiatría, fueron neuropsiquiatras, desde Pinel, Esquirol, Clerambault, Kraepelin, Alzheimer, Charcot,

Bonhoeffer, Griessinger, Freud, Binswanger, Kretschmer, Zutt, etc, por servirme de algunos ejemplos.

Freud, padre y autor del psicoanálisis, construyó su doctrina sobre una mentalidad neurológica. El título ·una Psicología para neurólogos" es suficientemente explícito. En Más allá del principio del placer afirma: "La ciencia biológica (…) es realmente un dominio de infinitas posibilidades. Debemos esperar de ella los más sorprendentes esclarecimientos y no podemos adivinar qué respuesta dará dentro de algunos decenios a los problemas por nosotros planteados, que sean dichas respuestas tales, que echen por tierra nuestro artificial edificio de hipótesis"

De esta unidad neuro/psique, emerge la psiquiatría antropológica, y lo que Luis Barraquer llega a proponer como "Una concepción general del sistema nervioso humano, en su actividad y en su enfermedad: la unidad psicosomática" (Folia humanística. Tomo XIV. 163-164)

La psiquiatría "por libre"

Con el paso de los años, la psiquiatría ha seguido un camino complejo y vacilante, objeto de todo género de controversias más o menos oportunas entre los mismos psiquiatras y no pocas críticas desde la ignorancia. El colmo de esta "otreidad" lo asumió la antipsiquiatría,un movimiento asambleario destinado a cuestionar cualquier forma de tratamiento biológico y de institucionalización.(1)

La clínica psiquiátrica dió cobijo a las más variadas interpretaciones doctrinales, sin poder evitar lenguajes de extraños y difíciles significados, lo que hizo inevitable la aspiración a establecer un "lenguaje único".Un esfuerzo cuyo resultado fueron los manuales de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, una esquematización de síntomas y "trastornos", que ,eludiendo la descripción de "enfermedades", proporcionó algunas ventajas en aras a la simplificación y a la facilitación informática de política sanitaria, a costa de imponer un reduccionismo conceptual y semiológico.

ENFERMEDAD. BIOPATOLOGÍA, PSICOPATOLOGÍA

Negar la contribución que ha supuesto la investigación biológica y la eficacia curativa o benefactora de los fármacos , hoy solo es posible por ignorancia o mala fe. Sería un contrasentido no considerar la importancia de lo biológico en cualquier forma de enfermedad y sería también cínico pretender ocultar que nuestra actividad se sirvió en gran parte de la farmacopea.

Otra cuestión es que contemplando la marcha de los acontecimientos se ha de reconocer que en los últimos lustros, a medida que, en la práctica diaria la biologización y la simplificación semiológica han venido ganando terreno, la psicopatología y la psicoterapia lo han ido perdiendo, lo que dificulta la comunicación y el vínculo afectivo que siempre supuso la relación médico-paciente. En lamentable orfandad ha ido quedando la ingente tarea de la psicoterapia y de la psicopatología .

El psiquiatra y el enfermo, por inescrutables razones, han sufrido un cambio de rol: el psiquiatra ha sido desplazado de su actividad primigenia, la Neuropsiquiatría (donde tenían cabida la neurología, y la psicoterapia) y el enfermo ha pasado de ser un individuo portador de una personalidad, de una biografía y una psicopatología a ser un conjunto de síntomas acordes con el DSM y un receptáculo biológico interconectado al laboratorio.

Desdén o abandono de la psicopatología por un lado y por otro, una biologización a ultranza, excluyente de otros criterios, lo que se refleja en el contenido monotemático de las publicaciones y los trabajos actuales, los cuales, por lo general se circunscriben a cuestiones tales como estadísticas sanitarias, biomarcadores, la neurocognición, la plasticidad cerebral, la inflamación, etc. La investigación transversal parece centrarse en hallar la etiopatogenia de la patología mental, al margen de la psicopatología: despiezado el hombre, es sometido a una indagación voraz de cualquiera de las posibles e infinitas formas de relación entre el "diagnóstico psiquiátrico" (?) y cada uno de sus órganos, intestinos, corazón, pulmones, hígado, tensión arterial, y sentidos,

vista, olfato, oido, tacto, etc. y mientras todo esto acontece, el paciente-sufriente, busca alivio en todo aquel dispuesto a la escucha.

Recapacitar sobre la evolución que está tomando la Especialidad obliga a observar nuestro entorno más inmediato y desde luego el panorama se ofrece bastante complejo. Parece como si , "después de haber pasado el desierto" gracias al tesón y al trabajo de sus verdaderos creadores, sintiéndose dueña de su destino, se hubiera ido despojando , por temporadas, de sus mejores aparejos, hasta comenzar a percatarse del riesgo de su desnudez, en un ambiente en el que se hace ostensible la sospecha y la suspicacia (2)

NEUROCIENCIA

El tantas veces enigmático comportamiento humano, y la complejidad estructural del cerebro ha despertado un creciente interés dando lugar a programas encaminados a llevar a cabo un estudio multidisciplinar, valiéndose de medios de exploración de extraordinario valor, grandes avances técnicos, desde la robótica, la física cuántica , las exploraciones por RM funcional, etc.; sin embargo, las raíces epistemológicas de la neurociencia están en la neuropsiquiatría, muchos de cuyos planteamientos quedaron varados en la década de los sesenta del siglo pasado.

La técnica ha cambiado el rostro de la sociedad. El progreso técnico ha hecho posible una vida diferente. "Donde la técnica impera hay, en el más alto de los sentidos, peligro" (Heidegger), aunque "donde está el peligro, allí nace lo que salva" (Holderlin).

Con frecuencia se quiere ver la pujanza técnica como antitética del humanismo. Sin embargo en "Mundo técnico y existencia auténtica", Carlos París (Guadarrama 1959, Madrid) considera la técnica como una forma de superación de la condición humana, como una conquista, una ascesis, casi una mística. Para él, la verdadera realidad de la técnica había que verla como expresión de autenticidad del hombre en su afán de conquista, su perenne superación, su lanzamiento hacia lo ignoto, su sentido del riesgo.

Desde hace algunos lustros se ha hecho presente la Neurociencia, un neologismo felizmente acuñado , cuyo fin es la investigación multidisciplinar del cerebro, en el cual intervienen los grandes avances en tecnología , ingeniería, informática , biología molecular, etc, lo que le permite gozar de un "ambicioso campo de maniobras" en el que tienen presencia desde la Neuroanatomía, Neurofisiología, Neurología, Psiquiatría Neuropsicología, Neurolinguistica, Neurofilosofía, Neuroteología, etc

DEUS EX MACHINA

Fomentar la investigación científica y favorecer el avance del mundo técnico, es un deber y una obligación para el progreso de la humanidad, aunque, en ocasiones, el prestigio académico de algunos hombres de ciencia no raramente sirve de impulso para proponer demostraciones antropológicas y cosmológicas , mediante formulas matemáticas, incurriendo en cuestiones de índole filosófica y metafísica, confundiendo , como diría Dilthey, las Ciencias de la Naturaleza con las ciencias del Espíritu.

Neurociencia es por tanto un término que lleva consigo un valor denotativo de una amplitud casi infinita, que hacen imprecisas y difusas sus fronteras. No es extraño, en consecuencia que al amparo del feliz neologismo, broten por doquier "neurocientíficos" , algunos de los cuales ofrecen más muestras de proclividad al espectáculo que a someterse a un proceder riguroso. Aparecen por lo general, con un discurso preñado de inefables descubrimientos, siempre bajo la icónica imagen del encéfalo en pantalla gigante, sobre la que, con la luz de un puntero láser, recorren caprichosamente núcleos y áreas cerebrales atribuyéndoles funciones con precaria cautela. En estos casos, obviamente, no se puede hablar de neurociencia, sino de neuroficción.

LA IMAGEN ENCEFÁLICA COMO SÍMBOLO, Y LA SUGESTIÓN COMPLACIENTE.

La imagen de la cabeza y, especialmente del cerebro, pueden, según que circunstancias, adquirir la fuerza inefable del símbolo. Dicha

gigantesca y luminosa imagen , parece garantizar por sí misma la autoridad científica de los enunciados hechos al pie de la misma. Entonces la imagen del encéfalo, deja de ser un mero signo, esto es aquello que mantiene una relación de arbitrariedad entre el significante y el significado, para ser portador de un valor simbólico e inefable.(3)

Ante los símbolos, nos enseña Jaspers, los hombres quedamos inmóviles, con asombro y reverencia, como ante un mundo de verdades ocultas (…) Sólo la autorreflexión libera de la sujeción a los símbolos y previene de las supersticiones, continuamente amenazantes"

El valor icónico de la imagen cerebral es lo suficiente intenso como para que el auditorio quede a merced del discurso, dando como "científicamente probados" hechos fantásticos, en una explicación en la que se pretende confirmar una relación unívoca de los puntos y las áreas cerebrales con las pasiones más diversas, los vicios, la ternura, la felicidad, la divinidad, la perversión, el amor, etc.

La historia nos ilustra acerca de la blanda credibilidad y la capacidad de sugestión de las masas. Quizá, en este sentido, nos sirva de ejemplo la historia de la Frenología , teoría no demasiado lejana en el tiempo.

Franz Joseph Gall (1758-1828) describió haber hallado la relación entre las facultades mentales partiendo de la configuración del craneo. La cabeza era explorada al tacto percibiendo el relieve de las distintas zonas (inicialmente veintisiete, variadas según otras versiones realizadas por sus seguidores Spurzheim, Cubí, etc) hallando en ellas las diversas cualidades del ser humano (vicios y virtudes, inteligencia o necedad, heroísmo o cobardía,etc)

Que no existiera fundamento neurológico en tal "descubrimiento" no es óbice para admitir que las afirmaciones realizadas al conjuro de la cabeza sutilmente parcelada fuesen aceptadas con docilidad y admiración . Gall y algunos de sus seguidores , funcionaron como oráculos.

Ante el uso inadecuado de las técnicas de imagenería funcional del cerebro, algunos neurocientíficos como Rodolfo R. Llinás han alertado de un cierto revival de la frenología.

CIENCIA Y METACIENCIA. LA TENTACIÓN PROFÉTICA.

La ciencia requiere humildad, la "evidencia" no es certeza sino un planteamiento, y la "excelencia" una palabra tan evanescente como gratificante.

El prestigio popular de los "descubrimientos científicos" se amasa generalmente a través de los medios de comunicación, donde pueden recogerse las más curiosas y asombrosas referencias.

"La pseudociencia es tan característica de la cultura contemporánea como la propia ciencia (escribe Mario Bunge). El hombre es el supremo creador en la tierra, pero también el mayor impostor. Puede falsificar cualquier cosa, desde la moneda hasta la amistad. El hombre puede incluso falsificar la ciencia, y lo hace realmente de muchas más formas que cualquier otra cosa: puede hacerlo plagiando, manipulando, produciendo conocimiento inútiles o sin valor, y vendiendo mitos bajo envolturas de experiencia científica" ¿Cómo desenmascarar falsos científicos? Los Cuadernos del Norte. Anexo III, Nº 15, 1982.

John Madox, director de Nature , advierte"· "a un científico le resulta muy fácil hacer trampas para publicar sus teorías" (Muy interesante, numer 149-Oct. 1993).

Sin pretender descalificar el trabajo de los autores, pero dentro del asombro que me produjo el énfasis de las declaraciones acerca de los mismos, traigo a colación algunas de las difundidas por la prensa diaria:

(Edwart Boyden) "mi esperanza es que en los próximos dos años seremos capaces de localizar exactamente donde empiezan las enfermedades mentales, lo que nos ayudará a entender como afectan al cerebro y a desarrollar tratamientos efectivos. Además (en la próxima década) haremos mapas tan precisos del cerebro que simularemos

decisiones,(…) "Construiremos inteligencia artificial que sea como un humano y un cerebro de verdad en el laboratorio a partir de un puñado de células"(…) Vamos a construir un cerebro desde cero, si".

(Michio Kaku). Físico y divulgador, ante la pregunta ¿un ordenador con una mente descargada es humano?

Responde: "Si habla como humano y tiene una personalidad como un humano, tal vez podríamos llamarlo así" (El Mundo.15.04.14.)

Mucho más prudentes resultan las reflexiones hechas medio siglo antes por el eminente físico Arthur Eddington (1882-1944):

"Nos ha mostrado usted una criatura capaz de pensar y de creer, pero no nos ha enseñado una criatura a la que le importe lo que piense y cree es verdad". Este íntimo yo que posee como atributo insoslayable no puede nunca formar parte del mundo físico, a menos que alteramos el significado de la palabra "físico" hasta hacerlo sinónimo de "espiritual".(..) "Si consigue usted que este robot que pretende ser igual a mi adquiera la cualidad que actualmente le falta, y quizás también otros atributos espirituales que me parecen igualmente evidentes, puede que consigamos algo que se parezca realmente a mí"

AMOR Y BIOQUÍMICA

No menos pintoresco es el mensaje de "descodificar la bioquímica del amor":

(Helen Fisher). Antropóloga de la Universidad de Rutgers.N.Y), identifica cuatro sustancias cerebrales, y según el predominio de cada una de ellas describe distintas personalidades :

Si el cerebro segrega predominantemente Dopamina: resultará una personalidad exploradora, curiosa, energética; si Serotonina: constructora, convencional, meticulosa; si Testosterona: lógica, con gran decisión, proclive al estudio de las matemáticas o la ingeniería; si predominan hormonas de estrógenos u oxitocinas, la personalidad será negociadora, imaginativa y compasiva; concluye afirmando que las personas que tienen una personalidad curiosa o convencional, tienden a enamorarse de alguien que sea como ellas, en cambio

quienes tienen una personalidad en la que domina la testosterona, tienden a sentirse atraidas por quienes expresan mayores niveles de estrógenos y viceversa. (La Vanguardia,10,02.12)

En fecha más reciente, (L.N.E. 14.07.18) tenemos ocasión de leer otra explicación ofrecida por López Rosetti,D. acerca de por qué los enamorados pierden la razón: "porque disminuyen las funciones espontáneas, decisorias y electivas del lóbulo frontal y se activan las áreas emocionales del cerebro. Y concluye: "El amor es un estado de demencia que cuando se encuentra a otra persona en el mismo estado no tiene precio".

PRUDENTES CONCLUSIONES

Ante tales afirmaciones, hemos de preguntarnos con el maestro Laín: "¿Pues que podrá decirse del amor?".Léase toda esta serie de expresiones: amor a Dios, y amor de Dios, amor al prójimo, amor propio, amor a la gloria, amor a la verdad, amor erótico, hacer el amor, amor platónico, amor fraternal, amor filial, amor conyugal, amor a la patria, amor a una profesión, amor a las plantas, amor a los animales, amor a un paisaje, a un sillón, a unos zapatos viejos" ¿Cabe formular un concepto del amor capaz de comprender esa casi innumerable serie de acepciones?. De forma similar podríamos preguntarse acerca de sentimientos, como el odio, la amistad, la confidencia, la inquietud, el sosiego, etc…

"técnicas que nos crean la ilusión de "ver el cerebro" y "leer la mente". Pero lo que nos muestran las espectaculares imágenes de resonancia magnética funcional, o de tomografía por emisión de `positrones (PET) son reconstrucciones estadísticas de la actividad cerebral que son difíciles de interpretar.".

"La simple visualización de la actividad cerebral en determinadas zonas del cerebro mientras el sujeto piensa o hace algo no puede asociarse sin más a ciertos rasgos de personalidad, ya sea la tendencia al crimen o el tener una "personalidad maquiavélica", que según algún estudio se corresponde con una mayor actividad en la corteza orbitofrontal lateral.

Todo esta en el cerebro, sin duda, pero las imágenes funcionales no son una "fotografía" de la personalidad. (Laín Entrialgo, "Creer, esperar, amar", Galaxia Gutemberg, Barcelona, 1993).

El discurso inaugural del curso de la Real Academia Nacional de Medicina (16.01.16), estuvo a cargo del profesor Fernando Reinoso Suárez, recientemente fallecido, versando sobre "El ser humano desde la Neurociencia y la Trascendencia". La recomendación del profesor Reinoso, como investigador de larga experiencia del sistema nervioso, es la siguiente:

"El cerebro es un órgano muy complejo. Duden siempre de cualquier hipótesis simplista para explicar una funcuión cerebral, pues no puede ser científicamente seria. Hago esta observación porque uno de los mayores males que sufre la neurociencia moderna es que tienen enorme éxito las teorías simplistas, aunque unos meses después haya que desmentirlas"

También, entre otras afirmaciones, pone de relieve que: "La capacidad de reflexión, la argumentación, la creatividad, la interpretación, la elaboración artística y otras capacidades inéditas, muestran una singularidad que trasciende el ámbito físico y biológico"-

"Un robot gigantesco, por muy complicado que fuera, sería inconsciente de sus propias reacciones. La vida psíquica del hombre se caracteriza no solo por una actividad externa, sino por la conciencia de esa actividad. Por ahora, entre la vida psíquica por antonomasia y los complicados mecanismos cibernéticos de nuestro sistema nervioso media un abismo, un salto cualitativo".

Todas estas advertencias vienen a corroborar las prudentes advertencias que Henry Marsh , eminente neurocirujano inglés hace en su libro "Ante todo no hagas daño", y en el que después de toda una vida de actividad confiesa: "No entendemos el cerebro. Aunque se han realizado muchas investigaciones sobre como funciona, seguimos sabiendo muy poco sobre él".

Prudentes consideraciones qeu en modo alguno suponen un freno a la investigación neurocientífica, sino que sirven de orientación

acerca de los límites en los que está se enmarca, para evitar cualquier forma de vacuo sensacionalismo (4)

EXCURSOS

1) Acerca de la formación en Psiquiatría, se hace recomendable un escrito del Dr. Reinhard Steinberg. IMP Psiquiatría, pags 131-137), en Alemania, despues de la guerra, tras el auge de las orientaciones analítica, conductual y social, la escisión (neurología/psiquiatría) se hizo más patente. Esta separación produjo malestar entre muchos neuropsiquiatras, precisamente cuando la psiquiatría biológica se consolidaba y el pensamiento y los métodos de exploración de la psiquiatría y la neurología tendían a confluir".

Refiriéndose a los periodos de formación postgraduada en psiquiatría, -insiste Steinberg- estos son "la imagen en espejo de los exigidos para la formación en neurología".

La formación postgraduada en **neuropsiquiatría**, requiere un tiempo de formación de 6 años, 3 años en neurología y tres en psiquiatría. Debe cumplirse un mínimo de 2 años en la sala de un servicio de psiquiatría, cuyo jefe posea la plena acreditación para la formación postgraduada. Otro año puede cumplirse, opcionalmente, bien en un servicio de psiquiatría infanto-juvenil, bien en uno de psicoterapia. Pueden añadirse al cómputo de los tres años de neurofisiología, o psicofarmacología. Un año de neurología en la sala de un hospital de agudos tiene como condición previa que el jefe del servicio posea como mínimo una acreditación para dos años de formación postgraduada.

La formación **psiquiátrica** específica abarca la metodología de la anamnesis y la exploración en teoría y práctica. Ello incluye la descripción de los hallazgos psicopatológicos, el establecimiento de la anamnesis biográfica y social, realización de la entrevista de orientación psicológica profunda, la técnica de exploración neurológica, indicación y valoración de los hallazgos electroencefalográficos, establecimiento de la indicación y método de exploración neurorradiológicos, u otros procedimientos de diagnóstico por la imagen así como la valoración de su resultado. Las condiciones de aparición de

las enfermedades psiquiátricas, incluyendo aspectos epidemiológicos son materia de examen, al igual que la exploración familiar, la psicología del desarrollo, las teorías de la personalidad y cuestiones neuroquímicas, neuropsicológicas y neuropatológicas.

Los procedimientos de tratamiento abarcan al conjunto de la psicofarmacoterapia, establecimiento de la indicación, la aplicación de la terapia electroconvulsivante; procedimientos psicométricos, y experiencias en psicoterapia. La participación cuando menos de 36 horas en un grupo Balint. Estar familiarizado con las técnicas habituales de exploración neurológica, punciones lumbares, etc. Tratamientos esenciales, etc. La formación postgraduada concluye con un mínimo de cuatro años por un examen ante una comisión de la especialidad, al igual que en el resto de las especialidades.

2) Hace años se desató una campaña contra la psiquiatría, proliferando escritos y películas que sirviéndose de un sensacionalismo mórbido provocaron confusión y desconfianza, especialmente entre algunos sectores de la población.

Negar la naturaleza de enfermedad en la Esquizofrenia, tal como hacía Szasz en el Mito de la Enfermedad mental o en la fabricación de la locura no pasa de ser una muestra de ingeniosa disidencia (aunque sus propias ocurrencias le traicionan: "si hablas con Dios, rezas, pero si Dios te habla es que eres esquizofrénico" un diagnóstico que seguramente el propio Bleuler habría emitido con mayor cautela). A esta misma campaña contra la psiquiatría aun se siguen sumando algunas charlas de "antipsiquiatras residuales", o libelos como la "Anatomía de una epidemia" de Whitaker.

En reciente escrito difundido por la Red, titulado "Iniciativa para reclasificar la esquizofrenia como una enfermedad neurológica", firmado por Batya Swift Yasgur (españolmedscape.com), y fechado el 12 de febrero de 2019, se propone tal modificación con el fin de "reducir el estigma y en última instancia obtener más financiación de Centres for Disease and Prevention (CDC) para investigación. (…) habida cuenta que "el congreso asignó 5 millones de dólares para

obtener datos sobre la prevalencia de trastornos neurológicos y sus factores de riesgo en la población estadounidense".

Y aunque se cita la advertencia de que "a nivel básico, la diferenciación entre trastornos neurológicos y psiquiátricos es artificial" (Dr. Raymond Cho, profesor de Psiquiatría en Houston) "el cambio de paradigma que buscamos se centrará en el tratamiento y no en la estigmatización

Como fundamento de doctrina, se aporta la opinión de la Dra. Elinore McCance-Katz de que "la esquizofrenia es una enfermedad de base neurobiológica, una enfermedad del cerebro, como hay muchas enfermedades mentales aunque se les llame psiquiátricas". Y continúa argumentando que la "reclasificación propuesta de la esquizofrenia puede "ayudar a tomar conciencia de que estas enfermedades tienen una base fisiológica, no solo conductas anómalas o malas, sino con fundamentos físicos".

Ante tales proposiciones, la APA (American Psychiatric Association) hace la prudente advertencia de que "los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia deberían ser atendidos por un psiquiatra, quien tiene formación médica en el tratamiento de problemas mentales, emocionales y de la conducta complejos. Los cambios en su clasificación podrían inhibir el acceso a tratamiento para esta población importante de pacientes"

Los fines perseguidos por el "grupo defensa de salud mental" a través del escrito se concretan en dos: obtener más financiación, y reducir el estigma, ambos loables y dignos de apoyo.

Pero el referido grupo de defensa de salud mental ante la afirmación de que "la enfermedad mental tiene una base neurobiológica, una enfermedad del cerebro, como hay muchas enfermedades mentales aunque se les llame psiquiátricas", lo qeu sobre todo demuestran es un desconocimiento censurable de la historia de la neurología y de la psiquiatría… El mismo Jung, un psiquiatra que tanto tiempo dedicó a psicogénesis de la esquizofrenia, no tuvo empacho en comentar que los delirios y otros síntomas de la esquizofrenia no se producen

en el hígado u otro sistema metabólico, sino en el cerebro. ¿Sería esto motivo para considerar que no hablaba como psiquiatra?

La estigmatización del enfermo no proviene de la psiquiatría, ni de los psiquiatras, sino todo lo contrario. La historia de la psiquiatría es la historia de un esfuerzo permanente por mejorar al enfermo y dignificarlo como persona. Ningún psiquiatra en su sano juicio culpa al paciente o a sus familias por la enfermedad y el sufrimiento de la misma. Esas descripciones de la familia alienógena y la madre esquizofrenogénica, y otros despropósitos teóricos, nada tienen que ver con la psiquiatría, sino con la imaginación mórbida de sus autores y de inane sugestibilidad.

Pero si "la iniciativa de reclasificación de la Esquizofrenia como una enfermedad neurológica", **tiene como fin último obtener fondos** que, al margen de todo conocimiento científico, habrían de serle negados a la psiquiatría, cabe sospechar que tal operación, claramente engañosa, se basa en el sensacionalismo de grupos de presión y en la ignorancia de los responsables de administrar y otorgar dichos fondos.

Este fenómeno referido al poder icónico de las imágenes es también extensivo a los números, las letras o las palabras, pudiendo dar lugar a la creación de un neolenguaje propuesto como "científico", difundido y mantenido entre los "iniciados".

4) El éxito de la frenología no tiene nada de extraordinario, ni de tantas teorías y tratamientos que despues de un tiempo pierden toda vigencia para ser sustituídos por otros cuyo futuro tampoco puede considerarse garantizado por haber sido establecido con la garantía de la estadística y la "evidencia". Las explicaciones de Gall, como ya se ha apuntado, se basaban en la percepción de las protuberancias y relieves del craneo relacionándolas con todo tipo de cualidades caracteriales, vicios y virtudes. Tales prácticas fueron masivamente acogidas. Mariano Cubí y Soler fue un entusiasta frenólogo divulgador de estas teorías por Barcelona, EE.UU., La Habana, etc, De su influencia nos da fiel testimonio el siguiente documento: "los infranscritos vecinos de la ciudad de Manresa certificamos que convencidos del grandioso objeto de la frenología, despues de que su ilustre

propagador y compatricio Don Mariano Cubí i Soler ha hecho tocar de cerca sus inestimables ventajas, nos apresuramos a suscribirnos en el número de sus alumnos, a fin de iniciarnos en una ciencia que augura a la especie humana, reformas trascendentales, y con ellas un porvenir de sólida felicidad (…)"La frenología puede suministrarnos intensa luz y ofrecernos muchas posibilidades de acertar en la selección de marido, esposa, de compañeros, amigos, criados, gobernantes, dependientes i otras personas que hayan de ejercer algún cargo, de cuya honradez, inteligencia e idoneidad, dependa nuestra dicha.". Cubí propuso 39 espacios que clasificó en dos grupos: afectos e intelectos, y a su vez cada uno de estos en otros dos, superior e inferior, cuyo conocimiento requería un entrenamiento y su adscripción sin reservas.: "El Reglamento de la Sociedad Frenológica Mallorquín, advierte: No se admitirá ningún nuevo socio que no sepa localizar y graduar los 39 órganos cefálicos y sin que las dos terceras partes de los miembros presentes, voten a su favor".(Mir Cardona, J. y Quevedo M.T. - Mariano Cubí y la Frenología : su vida y su muerte. Medicina e Historia. Publicación Médica Biohorm, J. Uriach y Cía. Ed. Rocas.Fascículo LXVII. Junio. 1970. Barclona.

4) La Asociación Española de Comunicación Científica (AECC), sensible ante las irregularidades que vienen observándose en cuanto a la forma de algunas de las divulgaciones neurocientíficas, advierte que "El cerebro humano es una frontera de conocimiento que estamos comenzando a atravesar, pero aún estamos en los bordes. Por eso proponemos este decálogo que pretender facilitar la tarea de quienes quieren comunicar neurociencia: (De dicho decálogo, recojo algunas recomendaciones)

A.- No intentar esconder la extrema complejidad del funcionamiento del cerebro.

B.- Comunicar que estamos en los comienzos de un nuevo conocimiento. Que lo que saben hoy los científicos es sólo una mínima parte de cómo funciona nuestro cerebro. Los neurocientíficos de hoy son pioneros en un territorio casi desconocido en su profundidad.

D.- Es importante conocer los procesos. Aunque la investigación con animales de experimentación resulta imprescindible en neurociencia, los resultados no tienen porque ser directamente extrapolables a humanos.

I.-Tener cuidado con las neuroficciones o interpretaciones gratuitas en neurociencia. No hay que confundir la ciencia con la ficción, ni los resultados y los hechos probados con las especulaciones.

J.-La neurociencia no es una moda, ni una herramienta de autoayuda. Un escanner cerebral no es una topografía espiritual. Los formidables avances del conocimiento neurocientífico no sirven como respuesta ante las cuestiones triviales de la existencia, ni frente a fenómenos socioculturales complejos. El periodista tiene la obligación de huir de reduccionismos cuando se trata de neurociencia (05. Oct. 2012)

INTERRELACIONES DE LAS PROFESIONES SANITARIAS EN PSIQUIATRÍA

Joaquín E. Galván Fradejas

Jefe de los Servicios de Salud Mental y Psiquiatría. Comunidad de Madrid, Jefe de Servicio del Centro de Conducta Infantil en Madrid. Jefe Clínico y de Servicio del Hospital de Alcohete, en Guadalajara. Colegio de Psiquiatras Eméritos.

Desde los más remotos tiempos, la medicina ha pretendido sanar a los enfermos bien fuera por medios mágicos o mediante medicamentos botánicos, minerales e incluso animales, siendo este su campo de actuación. Con el trascurso de los tiempos, sus perspectivas se han ido ampliando, buscando no sólo la eliminación de la enfermedad si no la evitación de ésta, es decir, la prevención variando así sus objetivos desde la curación hacia la consecución de la salud como antítesis de la enfermedad. Este cambio se ha conseguido no solo gracias a los médicos si no con la colaboración de otras profesiones que a través de la depuración y abastecimiento del agua, viviendas más higiénicas o el descubrimiento de las bacterias por parte de un químico como fue Pasteur. Así, el médico ha seguido siendo el eje alrededor de cual gira la salud pero no el único responsable de ella con lo cual pasa a ser definida no solo como la ausencia de enfermedad si no como además, algo tan ambiguo y subjetivo como el bienestar físico, psíquico e incluso social. Pero ¿qué entendemos por bienestar? Y ¿qué no es social?

No cabe duda que los distintos campos que abarca el terreno de la salud, precisamente por todos ellos tener la misma finalidad, pue-

de dar, y de hecho origina interferencias entre ellos. Pretenden estas líneas analizarlos y llegar a unas conclusiones desde el punto de vista del ponente para lo cual quiero empezar definiendo, según la Real Academia de la Lengua, qué se entiende por psiquiatría. Dice así: "(del gr. psyché, alma, y iatreia, curación). f. Med. Doctrina de las enfermedades mentales y de su tratamiento." Parece quedar claro que ser trata de una rama de la MEDICINA así como cual es su campo de actuación. Por medicina entiende: "(del lat. medicina). f. Ciencia que estudia el modo de prevenir y curar las enfermedades."

La prevención, en medicina, abarca tres campos distintos, la prevención primaria que busca evitar la aparición de enfermedades, la prevención secundaria cuya misión es su curación y la prevención terciaria, la rehabilitación de las secuelas que hayan podido sobrevenir. Creo que queda muy claro cual es el campo de actuación tanto de la medicina como de la psiquiatría como ciencia médica que es así como el de la psiquiatría, es decir, la prevención y, tratamiento para la curación o paliación de las enfermedades mentales y sus secuelas. El conflicto se origina cuando la OMS dice que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad si no el bienestar físico, psíquico y social dando lugar a algo tan etéreo y subjetivo como es el bienestar al que se añade lo social. Con ello nos encontramos con una progresión sin límites como es el campo de las necesidades reales, imaginadas o inducidas artificialmente. Un profesor de la Escuela de Gerencia de Hospitales, nos decía que las necesidades, se crean. Lo podemos ver cuando vemos que uno de los ítem para medir el nivel de pobreza se refiere a si una familia puede o no salir una semana de vacaciones. Queda espacio para que entren en él, todo tipo de deseos, reivindicaciones o necesidades reales o imaginadas con lo que se hace algo interminable y, a la postre, inalcanzable, en el que creen tener espacio para todas las pretendidas actividades sanitarias.

Así nos vamos a encontrar con profesiones que sin ser médicas y tener relación con la salud irrumpen en el terreno de la medicina sin la debida capacitación.

Javier Puerto, en "El Medicamento en el Escaparate" dice: "Durante los primeros tiempos, el preparador de los medicamentos era un sanitario al que se le ha dado el nombre de médico, chamán, mago, hombre medicina… muchos de los sabios árabes empezaron a escribir textos dedicados sólo a la preparación de fármacos y, en el siglo IX, en Bagdad aparecieron unos técnicos especializados en su confección…La separación entre Medicina y Farmacia se produjo en el siglo XIII (1.340) en el reino de las Dos Sicilias de Federico II. En unas ordenanzas medicinales se prohibía a los médicos el ejercicio de la Farmacia y la connivencia profesional con los farmacéuticos y a estos el ejercicio de la Medicina" Las razones para la prohibición a unos y otros, parecen obvias dados los intereses que en uno y otro pueden ir aparejados.

Profesionales como los farmacéuticos, conocedores de las propiedades de los fármacos llegan a recetar, tratando los síntomas con preparados comerciales de libre dispensación. Tratar una tos, una diarrea o una cefalea puede ser bastante eficaz pero se corre el riesgo que tras ellos se encuentre una tuberculosis pulmonar, una colitis ulcerosa, un tumor cerebral o cualquier otra grave dolencia. El farmacéutico, conoce los fármacos y en general su aplicación pero sin un diagnóstico etiológico previo resolverá a ciegas problemas que, si no son adecuadamente tratados, llegarán a ser más graves. Durante mis estudios de medicina, recuerdo como algo que me llamó la atención que uno de mis catedráticos dijera que hasta la aparición de los sueros, las sulfamidas y los antibióticos, los tratamientos médicos se limitaban a ser simplemente sintomáticos que reforzaban los mecanismos naturales de la naturaleza. El conocimiento del farmacéutico, generalista, no le hace especialista en ninguna rama, llegando al caso de negarse a despachar a una paciente un antidepresivo con un ansiolítico benzodiazepínico porque esa asociación no debía hacerse y para colmo de sembrar la incertidumbre en la paciente, recurrió a las recomendaciones que el ordenador y el propio Colegio Oficial de Farmacéuticos hacía en ese sentido. Sin embargo, seguro que, con la debida receta médica, despachaba fármacos que asociaban ambos productos. Esta recomendación inadecuada figuraba incluso en los prospectos

de algunos medicamentos por lo que recuerdo haber sugerido algún laboratorio que lo corrigiera. Fueron retirados de la prescripción por la Seguridad Social por considerar que su combinación en un mismo producto, no era, desde luego, demasiado conveniente y empezaron a utilizarse otros productos de más fácil manejo como era los ISRS. Ciertamente la idea no era mala pero el coste de unos y otros, era muy diferente y como sus efectos secundarios eran menores, los médicos de familia, empezaron a utilizarlos por sus menores complicaciones. Hasta aquí, perfecto, pero a la Seguridad Social se le disparó el gasto.

Volviendo al tema de las oficinas de farmacia y sus competencias, aquellas presuntas intromisiones, absolutamente desacertadas, provienen posiblemente de la pérdida de funciones del farmacéutico que ha pasado de elaborar los medicamentos y las fórmulas magistrales a, simplemente, despacharlos. A mí, como médico, me sería altamente frustrante limitarme a escribir las recetas que otro profesional tuviera a bien prescribir o dicho en otra profesión, a despachar los medicamentos que otros fabrican. Quizá, por este motivo, nos vemos inundados por anuncios de productos de libre prescripción con gran satisfacción de los que los producen amén de la notable proliferación de programas de televisión y de radio que pretenden solucionar problemas sanitarios.

El presidente del Consejo General de Dentistas decía: "urge instaurar una normativa clara y específica en todo el estado que regule una publicidad tan sensible como la sanitaria, con una información rigurosa, veraz y comprensible, basada en la ética y el conocimiento científico, que no confunda a loa ciudadanos". Estas afirmaciones del presidente de los dentistas, es extensible al resto de las informaciones sanitarias.

Hemos visto como tratamientos con tanto predicamento como la homeopatía, basada en concepciones teóricas sin evidencias científicas han sido rechazados.

Dentro de este campo, no quiero dejar de citar el toque del trigémino del famoso Dr. Asuero que a través de la cauterización del V par en la mucosa nasal, pretendía curar enfermedades tan diversas

como el asma, la epilepsia, úlceras varicosas, la sordera, la ceguera y hasta las parálisis. En los medios de comunicación llegaron a tildarlo de fraude científico y Ramón y Cajal lo consideró como no científico, aunque, eso sí, tuvo amplia fama mundial.

En el Congreso de Socidrogalcohol de 1977 en Varsovia, el representante del Ejército de Salvación Americano, afirmaba que si se respetaran los Mandamientos de Dios, se terminaría el alcoholismo. Cierto pero aún así es desconocer qué es la enfermedad y con un "buenísmo" rayano en la ingenuidad, querer intervenir en algo más complejo.

Los médicos no somos ajenos a algunas de estas corrientes, alguna como el rechazo a la utilización de vacunas, con el grave riesgo que origina en los niños no vacunados y para la población en general por el peligro epidemiológico si esta tendencia extendiera. Últimamente hemos visto un aumento de la incidencia de la rabia por no vacunar a animales domésticos cuando es una enfermedad prevenible y con una elevada mortalidad cifrada en unas 60,000 muertes anuales o la del sarampión o como una pediatra del Colegio de Médicos de Madrid has sido sancionada por mantener la tesis de que el autismo infantil era originado por el uso de las vacunas. Me pregunto ¿qué está sucediendo para el rechazo de medios terapéuticos tan útiles? ¿Con qué falsos criterios se argumenta en su contra?

La ampliamente divulgada corriente de las medicinas naturales en la creencia de que estas por el hecho de ser naturales, no son nocivas (la cicuta, la adelfa…¿no lo son?) y que en la desesperación de algunos enfermos ante un pronóstico fatal, les ha llevado a rechazar medicaciones más eficaces por considerar a aquellas mejores. Recuerdo como una paciente esquizofrénica con una conducta aberrante era tratada con fitoterapia exclusivamente y cuando el empeoramiento era notable, hubo que proceder a su ingreso y medicarla con neurolépticos cambiando totalmente su evolución.

En marzo del año en curso, el presidente de la SEP, Prof. Bobes, en la presentación del XXVII Curso Nacional de Actualización de la Psiquiatría, pedía tolerancia cero ante las pseudociencias que con-

funden a los pacientes y a sus familias y les hacen dejar el tratamiento o dudar de el o como afirmaba el Prof. Gutiérrez del País Vasco, "el peligro que entrañan los tratamientos en salud mental impartidos por profesionales sin titulación oficial que no están regulados y en los que se ofrecen servicios de coaching, enseñaza, gestión personal y terapias de gestión del estrés y la ansiedad."

Se trató también de la "ofensiva antipsiquiátrica alimentada desde ciertos sectores y grupos asociativos encuadrados subrepticiamente en sectas concretas." Hemos tenido ocasión de observar las manifestaciones en este sentido y con propaganda impresa, con la que somos presionados en las inmediaciones de los Congresos de Psiquiatría.

Quisiera aquí recordar las manifestaciones en contra de los electrochoques realizadas por Paul Getty cuando tenía 15 años y tras ser liberado de su secuestro. Me pregunto ¿Qué conocimientos tenía para manifestarse así? Sin embargo, sus declaraciones fueron ampliamente recogidas por la prensa internacional con la repercusión que pudo tener entre los desconocedores de la realidad o, novelas o, películas como Alguien voló sobre el nido del cuco, en las cuales un psicópata, es idealizado, además de presentar ciertos tratamientos de forma absolutamente negativa. Debo reconocer el gran impacto que tienen en el público en general y el daño que ocasionan.

Otro de las discusiones de actualidad es la pretendida utilización del cannabis con fines terapéuticos ocultando los problemas de salud mental a que pueden dar origen como psicosis, TDAH, trastornos de ansiedad, o el conocido síndrome amotivacional.

Finalmente, los psiquiatras, hemos empleado psicofármacos e intervenciones psicoterápicas como medios en nuestras intervenciones.

Los tratados de psiquiatría, tenían, siguen teniendo, capítulos destinados al estudio de las oligofrenia, de las demencias o de las epilepsias y en los hospitales psiquiátricos éramos los psiquiatras quienes asumíamos la responsabilidad del tratamiento de estos pacientes. Hoy en día, consideran que son neurología desde que se van encontrando causas biológicas que lo justifican. Hace pocos días he atendido a una muchachita de casi trece años con un TDAH y dislexia

que estaba siendo atendida por un neurólogo. Si según se va investigando, cada vez se descubren más alteraciones biológicas ¿Quedará la psiquiatría reducida a mera neurología? Espero que no sea así.

Motivo nuevamente de polémica son los internamientos involuntarios. El Decreto-Ley de 3 de julio de 1931, entre otras cosas, regulaba estos internamientos; las autoridades médicas y gobernativas podían realizarlos quedando sometidos a una posterior revisión por parte de los jueces. Uno de los problemas que originaba era que cualquier persona en estado de embriaguez podía ser ingresada bajo sospecha de alcoholismo sin ser alcohólico o aún siéndolo, no desando ser tratado lo que originaba una innecesaria saturación de las urgencias psiquiátricas. A ello se añadía la posible privación de sus de derechos civiles, por lo que en la reforma del Código Civil de 1983 fue derogado el mencionado Decreto- Ley. Sin embargo, en la práctica, para el internamiento involuntario, debía solicitarse la autorización judicial que no siempre se producía con la deseada agilidad. Ante la importancia del tema, preguntado un catedrático de Derecho Civil sobre la demora de la autorización contestó que se podría producir en una semana, un mes o un año. Afortunadamente se solucionó más tarde con la aparición de los Juzgados de Familia. Hoy en día, nuevamente se reabre el debate, según leemos en el Diario Médico de 3-9 de junio de 2019 pues bajo el título de "el internamiento forzoso en enfermedad mental estigmatiza", el Comité de Bioética de España rechaza el protocolo del Consejo de Europa por considerar que se priva de los derechos fundamentales, olvidando que es la enfermedad mental la que priva de ellos cuando su delirio le hace distorsionar la realidad alterando su juicio. Quizá el origen se halle en considerarles enfermos psicosociales como si su etiología fuera exclusivamente social sin por esto negar el componente social que toda enfermedad y de cualquier tipo tiene en su origen, en su presentación y en su resolución.

Hace ya años apareció un libro de gran éxito, titulado: Más Platón y menos Prozac. El autor era un profesor de filosofía que intentaba demostrar el uso indebido de antidepresivos en muchos de los problemas vivenciales. Quizá tuviera alguna razón en su tesis, quizá en

algunas sociedades se abusa de ellos y como hemos visto en la ponencia del Prof. Ayuso se utilizan en demasía, pero no es menos cierto que muchas de esas "depresiones" son autenticas y graves depresiones que no se deben minusvalorar tras un enfoque filosófico o educacional pues son auténticas y graves enfermedades.

Con respecto a la Psicología, Henry Ey la define como "una de las ciencias del hombre que tiene por objeto su vida de relación, es decir las relaciones que le ligan, en tanto que Sujeto o Persona, a su mundo.

Es, en otros términos, la ciencia de las funciones, operaciones, comportamiento, ideas y sentimientos, cuyo desarrollo y organización, constituyen las modalidades de su adaptación al medio, físico, social y cultural en el que transcurre su existencia." Sigue afirmando que no debe confundirse con la Fisiología, siendo una ciencia básica de la Medicina.

El diccionario la define como (del gr. psiché, alma, y logos, tratado). f. Parte de la filosofía, que trata del alma, sus facultades y operaciones. Y Psicólogo, ga. m. y f. Persona que profesa la psicología o es versada en ella.

La Psicología clínica se ocupa de la investigación de las funciones mentales de las personas que padecen sufrimiento, no solo derivado por un trastorno mental sino también trastornos de orientación del desarrollo de las potencialidades humanas. Puede usar como apoyo las diversas pruebas psicológicas que se han creado, pero teniendo en cuenta que jamás una prueba reemplaza a la fuente del conocimiento, que es la entrevista. Parece que el campo de actuación de la psicología deben ser los trastornos de orientación de las potencialidades humanas que producen sufrimiento, más que las debidas a trastorno mental, campo de la psiquiatría.

Como corroboración a lo ya dicho quisiera traer las líneas que siguen de un informe psicológico en las que se dice: "…solicitar opinión de profesional médico relativo a la prescripción de metilfenidato/atomoxeetina… el efecto de otros accesibles – cafeína". Aunque

expuesto con toda prudencia, no cabe duda que estaba sobrepasando su campo de actuación.

Asimismo, en cierto organismo público, se sustituyó al psiquiatra responsable de los centros de psiquiatría por un psicólogo clínico con el resultado, entre otras cosas que cuando debía autorizar la compra de medicamentos para algún centro, recurría al Vademecum, según me decían, para adquirir el más barato. Con criterios tan científicos, los resultados son fáciles de colegir. Un psicólogo, está capacitado para hacer psicodiagnóstico pero los tratamientos deberían ser supervisados por un médico y no ser exclusivamente responsabilidad del psicólogo por razones similares a las expuestas más arriba.

En el último congreso de Psicología celebrado en Oviedo, planteaban la conveniencia de que los psicólogos pudieran ser jefes de equipo de psiquiatría. Resulta evidente que ni sus conocimientos ni su titulación les faculta para esta tarea en la cual se decide la actuación terapéutica sea esta farmacológica y/o psicoterapéutica.

En la actualidad se capacita a los Diplomados de enfermería para que hagan recetas y yo me pregunto ¿recetan o hacen recetas? Si es lo segundo, corremos el riesgo de continuar recetando lo prescrito por un médico cuando quizás ya no es preciso y si es lo primero, no quiero ni imaginar hacia donde vamos. Con relación a los tratamientos psiquiátricos, de momento, les es campo vedado aunque con el tiempo, todo se andará.

Dado lo vasto del campo en que nos encontramos, donde para llegar a un tratamiento eficaz y, a ser posible, etiológico, considero fundamental debe realizarse un diagnóstico cuando menos de presunción y que quien posee los conocimientos suficientes para alcanzarlo es el médico psiquiatra parece ilógico que otras ramas del saber intenten arrogarse esta prerrogativa.

Madrid 9 de julio de 2019

ESTUDIOS EN PARÍS, SAINT ANNE, LA SALPÊTRIÈRE Y MONTPARNASSE.

Fernando Claramunt

Médico psiquiatra, escritor e historiador taurino. Profesor Titular de Psicopatología de la Facultad de Psicología. Universidad Complutense. Colegio de Psiquiatras Eméritos

El doctor Jean Delay, *Profeseur de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale à le Faculté de Médecine de París*, me esperaba al fondo de un largo pasillo alfombrado. Me miró desde lejos, sentado detrás de una mesa que me sorprendió por lo pequeña, lo cual daba solemnidad a la escena vista desde el otro lado del inmenso salón. Una lámpara, de sencilla elegancia, me impedía ver del todo la cabeza del profesor, un verdadero intelectual y a la vez un hombre de mundo, del gran mundo. El cabello liso y cuidadosamente peinado congeniaba con la expresión aristocrática del rostro, impecablemente rasurado. El nudo de la corbata oscura brillaba entre las solapas de su bata blanca de médico muy bien vestido. Ningún gran señor en París vestía mejor que el Profesor Jean Delay.

Me pregunté si sería capaz de seguir andando en línea recta por aquella alfombra y llegar hasta mi nuevo maestro sin mostrar alguna forma de torpeza. Pasó por mi mente la fugaz sospecha de ser yo un súbdito de Felipe II, en excepcional audiencia regia. Por fin, se acabó la alfombra y comencé a sosegarme al ver que *Monsieur Delay* correspondía con una inclinación de cabeza a mi saludo. Con exquisita cor-

Este texto, transcrito con autorización expresa de su autor, Fernando Claramunt, pertenece al capítulo IV del libro Psiquiatría vivida. (Edit. Biblioteca Nueva. Madird, 2004)

tesía elogió a mi catedrático de Madrid, su amigo *Valeyo Nayegá* (para un francés, por muy académico que sea, no hay otro modo de pronunciar dos apellidos tan españoles y castizos). Me invitó a participar inmediatamente en las tareas clínicas. Sólo tendría que presentarme a sus ayudantes a primera hora del día siguiente. Me deseó fructífera estancia en París. Cambiamos nuevas inclinaciones de cabeza y repetí, en sentido contrario, el paseo por la alfombra; más tranquilo, pero sin haberme recobrado del todo.

Fue un alivio respirar el aire puro de las zonas ajardinadas que separan los pabellones del viejo y muy venerable recinto del Hospital de *Sainte Anne*. Vi un rótulo con un apellido que me resultaba familiar: *Docteur Paul Abély*. El profesor Borreguero, en Salamanca, lo nombraba con frecuencia; los dos estaban interesados en el síndrome diencefálico. No tuve ninguna duda; entré sin estar citado. Me rodearon con curiosidad varias enfermeras de mediana edad, retozonas y zalameras. Dijeron estar encantadas de ser mis introductoras. El doctor Abély acudió inmediatamente con una sonrisa a lo Maurice Chevalier. Bajito y algo grueso, en torno a los sesenta años, resplandecía su cara y vibraba todo su cuerpo con una cordialidad superior a la de Monsieur Chevalier. Me dio la mano calurosamente, ofreciéndome trabajar con él; antes de darme tiempo a contestar hizo venir a su ayudante, el doctor Jean Claude Benoit, poco mayor que yo, pícnico y extravertido. No habían pasado ni cinco minutos y ya me sentí completamente dentro de lo que Monsieur Benoit, en privado, llamaba *le paradís abélyén*.

Las enfermeras revoloteaban y nos daban besos –en la mejilla, inocentes– mientras nos servían aceitunas españolas y vino francés. Fuimos besados y rebesados impetuosamente hasta que el bondadoso médico-jefe logró moderar a sus enfermeras. Al saber que yo tenía práctica en los test proyectivos de Rorschach y Murray propuso que al día siguiente viéramos juntos varios pacientes que tenía en estudio. Me parecía estar en la situación de D'Artagnan llegando a París. En pocas horas, el personaje de Alejandro Dumas tenía varios duelos concertados con escasa diferencia de tiempo. Y eso que aún no había saludado a Monsierur Gilbert Lelord, joven electroencefalografista

para quien llevaba otra carta de presentación firmada por el profesor Vallejo Nájera. Su laboratorio estaba unos metros más allá. Ceremonioso al principio, dijo que veraneaba en Benidorm; al cabo de una breve conversación llena de sentido del humor por su parte, me hizo saber que, en su opinión, Madame Lelord y su hijo, de cinco años, verían gustosos que fuese a cenar a su casa, 24 rue Rennes la semana próxima: *–¿No le importaría contarle algunos cuentos al niño en el momento de acostarse?– Pas du tout, je ferais mon mieux.*

En el verno de 1956 la clínica universitaria de Sainte Anne estaba en plena ebullición. El profesor Delay con su equipo de nuevos farmacólogos estaba revolucionando la Psiquiatría. Era el momento crítico de decir adiós a las llamadas terapias de choque y dar paso a los recién nacidos medicamentos capaces de suprimir los síntomas de cualquier clase de locura. Al menos eso decía la prensa y la radio. Al principio en su equipo sólo éramos tres los colaboradores extranjeros: El argentino Raúl Ballbé, formado en Insbrück, devoto de la ciencia y la literatura alemana. Más que de bioquímica le gustaba hablar conmigo de Rilke, Jean Paul y Novalis. Con los años, Raúl fue un reputado profesor de Psiquiatría en Buenos Aires y tuvo una escuela de fervientes partidarios, a la vez psiquiatras y poetas, como él mismo. Aún no me explico cómo pudo resistir la fuerte marejada organicista de los bioquímicos que habían tomado al asalto la cátedra de Psiquiatría de París aquel verano. Entre ellos estaba el tercer becario joven, Hiroshi Nkajima, de quien es preciso hablar por separado.

Por mi parte, procuré tomar notas de los rápidos cambios de síntomas de nuestros pacientes. Acostumbrado al inmovilismo de los manicomios de Salamanca, Ciempozuelos y Alicante, varados en la era del electrochoque con tímidos ensayos de fármacos, veía en París que, no sólo los enfermos, sino el concepto de nuestra especialidad cambiaba de manera radical. Una de las primeras enfermas, para la que fui llamado con toda urgencia, era una joven española que no sabía ni una palabra de francés y tenía un florido brote delirante. A la pobre Águeda, nacida entre Béjar y Candelario, un conjunto de malignos seres invisibles la perseguían, le tiraban la ropa, empujaban su cama contra la pared y procuraban aterrorizarla por medios so-

brenaturales *¡Ay Virgen del castañar, sálvame! ¡No dejes que me maten los invisibles!* Las enfermeras tenían preparado el electrochoque para cuando el jefe clínico diera la orden oportuna. Pero no hizo falta. Pasaé muchas horas a su lado intentando que hiciera pausas en su verborrea desesperada. Quería, como me señalaría luego el anciano doctor Eugéne Minkowski, buscar el portillo secreto por donde penetrar en la fortaleza de la sinrazón, que suele estar repleta de alucinaciones e ideas delirantes. Si hubiese alguna pausa, si pudiera o quisiera escucharme la infeliz, procuraría que estableciese puentes con la realidad. *El autismo, la pérdida del contacto vital con la realidad*, está en el núcleo mismo de la experiencia esquizofrénica.

El diagnóstico en los papeles de Aguedita era de esquizofrenia, pero podía tratarse de una *bouffée delirante*, expresión muy francesa para describir el vendaval o tormenta que se cernía sobre la angustiada muchacha. El doctor Deniker, que llevaba la batuta en cuanto a tratamientos, decidió que le diéramos *Largactil*. ¡Mano de santo! Se apaciguó al día siguiente. A la caída de la tarde, Aguedita me pidió perdón por haberse portado tan mal –según ella– y haber hablado tan desatinado. Algo le ayudó el hecho de conversar en español conmigo, pero el milagro se había producido gracias al nuevo medicamento. En charlas sucesivas se mostró calmada y comenzó a criticar espontáneamente sus propias ideas delirantes: *He tenido la cabeza muy revuelta, Me creía cosas que no pueden ser, pensé que me iban a matar unas personas malas, o unos seres que no conocía.* Las palabras de Águeda me hicieron recordar escritos de Luis Martin-Santos y Carlos Castilla del Pino sobre la degradación de las ideas delirantes y la relativa vuelta a la normalidad en el pensamiento psicótico.

Lo enigmático era saber por qué obraba con tanta eficacia la medicación y sobre qué estructuras del cerebro actuaba. Eso también lo querían saber los doctores Delay, Deniker y su flamante psicofarmacólogo Jean Thuillier. Este último tenía como principal ayudante a un japonés de mi edad, Hiroshi Nakajima. Hablé con él a menudo sin saber nunca lo que pensaba verdaderamente. En su rostro inescrutable, tanto si estaba serio como sonriente, sólo sus pequeños ojos denotaban una tremenda dureza, una tenacidad, constancia y am-

bición fuera de lo común. Él, con Pierre Deniker y Jean Thuillier estaban sacando el máximo jugo al *Largactil*, producto que con el nombre *clorpromazzina, 4560 R.P.* venían utilizando, antes que ellos el anestesista Huguenard y el cirujano Henri Laborit. Pierre Deniker supo de ello por un cuñado, especialista en cirugía.

¿La gloria y la fama serían para el profesor Delay, que en 1952 alentó y extendió los ensayos con las nuevas sustancias? Hasta cierto punto, porque Deniker, corpulento, rapada *al uno* su cabeza, más teutónica que francesa, no se dejaba pisar el terreno. Por su lado, a la chita callando, el menudo Nakajima jugaba el papel de humilde trabajador en la sombra. Cuando pudo, desarrolló sus ambiciones de poder y en la política internacional llegó a ser la máxima autoridad en la Organización Mundial de la Salud. A los españoles nos puso en guardia con sus advertencias sobre las jóvenes posgraduadas japonesas que alternaban con nosotros en el comedor de la *Cité Universitaire*, en el *Boulevard Jourdan*. Él estaba en contra de los matrimonios internacionales y, sobre todo, inter-raciales. Nos lo hacía saber empleando un tono cortésmente amenazador. Por aquel entonces se estrenaba en Europa la película *Sayonara*. Con mi amigo el argentino Raúl Ballbé, comenté las palabras de nuestro colega oriental. Recuerdo la respuesta de Raúl: *Iniciar amistad con alguna de las universitarias venidas de Japón, de inteligencia claramente superior, pertenecientes a familias de la élite intelectual de su país, hiperfemeninas, delicadas y frágiles como los occidentales no podemos ni siquiera imaginar, puede llevarnos a las más sublimes alturas y luego, de golpe, a la catástrofe*. Creí que, en vez de mi compaero Raúl, me hablaba el poeta Rilke dentro de una nube de sueños, pero el tiempo le dió la razón. Luego supe por Jean Thuillier que Hiroshi Nakakima terminó casándose con una francesa.

Pasaba yo las mañanas muy a gusto en diálogo con los psicóticos y las psicóticas del profesor Delay. Era una maravilla ver la desaparición de los delirios, el repliegue de la ansiedad, el regreso del pensamiento lógico y del buen sentido. Queriendo hacerme un gran favor, el doctor Gilbert Lelord fue, en cierto sentido, la causa de mi desdicha en aquella Cátedra de Psiquiatría. Quiso que participase en

una investigación objetiva de los cambios producidos por los neurolépticos; publicaríamos él y yo un artículo científico en unión del catedrático, su profesor ayudante Pierre Pichot –de notable parecido con el cantente Georges Brassens– y un psicólogo llamado Perse. Mi tarea sería entrevistar pacientes con ayuda de una prueba objetiva diseñada en Estados Unidos: el *Minnesota Multiphasic Inventory* Test, abreviadamente MMPI. (En España, los más cursis de mis colegas pronunciaban: Emémpey.) Mi amigo Gilbert me susuró: *A mi parecer, un buen test para malos psiquiatras. Pero que no se enteren de mi opinión monsieur Pichot ni monsieur Perse*. El trabajo se realizo y fue publicado en *Annales Médico-Psychologiques*. En efecto, fue un honor que mi nombre figurase al lado de aquellos eminentes colegas, entonces en la cumbre de su gloria. Sin embargo, me sentí desdichado porque unas tarjetas se interponían entre mis pacientes y yo, que además les daba la lata explicando las instrucciones de la prueba.

Por fortuna, se me pasó el disgusto en casa de la familia de Gilbert. Varias noches cené en su casa de la rue Rennes. Madame Lelord, distinguida, de dulce carácter y aficionada a las mejores creaciones de la cocina francesa, nos hizo conocer toda la felicidad que en este mundo se puede gozar en un comedor bien servido. Después del postre comenzaba mi papel de mitómano. El niño quería saber si yo cazaba leones en Madrid. La primera noche me resultó violenteo lo de los leones. Con un par de lobos quedé bien. Eran negros, peludos (*poilus*) y muy grandes. Los cacé en la sierra madrileña, lo cual me permitió describir con realismo los alrededores de Navacerrada. En la segunda cena conté al niño mis conversaciones con un cuervo que por haber ido al colegio sabía un montón de cosas. Madame Lelord me retuvo esa noche un poco más, para que le contase a ella lo del cuervo. Con ayuda del ave le dije mis impresiones de la cátedra. Tanto ella como su esposo me recomendaron los pabellones de Paul Abély, el más humano de los psiquiatas de *Sainte Anne.*

Al verme de nuevo en el paradis abélyen pude comparar las delicias y espontaneidades de la sintonía propia de los pícnicos hipersociables, en contraste con el envaramiento *esquizoide* de la Cátedra. Me pidió el jefe del servicio (a quien en secreto las enfermeras llama-

ban tiernamente Popól) que entrevistase a sus enfermeras con ayuda de test proyectivos. Eso me gustó, porque del Rorschach, TAT y dibujo de la figura humana según la técnica de Karen Machover, tenía sobrada experiencia. No en balde, durante mis tiempos de alférez de Infantería, hice pasar esas pruebas a los soldados de mi compañía, un centenar de campesinos asturianos con quienes me llevaba muy bien. A ellos les parecía mejor ver el Rorschach que hacer la instrucción a pleno sol. Con el TAT decían casi todos: *Veun señorín que está ahí quietu. Non se mueve, non, porque si marcha, castíganle*. En conjunto, ante las tres técnicas proyectivas parecían mis soldados estar detenidos en la fase oral de Freud, porque veían comida en casi todas las láminas. Hasta que uno de ellos me preguntó si no podíamos hacer la investigación a otra hora que no fuese poco antes del rancho.

La relación médico-paciente no se veía perjudicada esta vez debido a que las pruebas proyectivas no requieren tantas instrucciones como si se tratara de un examen. Si al enfermo le explicamos que tratamos de comprender mejor lo que le pasa y vamos enseñándole las láminas en el contexto de un clima psicoterapéutico, no tarda en relajarse y en participar incluso con gusto. Si alguno vuelve la cara, no se debe insistir. En el servicio del doctor Abély todos colaboraron gustosos. Nuestros estudios fueron presentados en dos sesiones de la *Societé Médico-Psychologique* y publicados más tarde en los *Annales* correspondientes. Mi apellido figuraba junto a los de los doctores Abély y Benoit. Pero antes hubo de cumplir un trámite que resultó más delicado de lo que pensé al principio. El texto de las dos comunicaciones debía estar redactado en un francés impecable. Para eso nos reuníamos en casa de Benoit un par de noches después de cenar. Lo malo es que su casa tenía una sola habitación, a la vez despacho, sala de estar y dormitorio. Tuve que sentarme de espaldas mientras Madame Benoit se desvestía produciendo sonidos inquietantes. Medio tapada por las sábanas, nos avisó para empezar a escribir. A veces nos preguntaba y nos volvíamos los dos para verle la cara. Era una joven de pelo castaño oscuro, un poco gruesa, de hombros muy bien redondeados, con un camisón negro de tirantes largos y estrechos. Procuré no investigar más detalles para concentrarme en la redacción

de nuestros temas. Me sentía muy a gusto con ellos, sin dejar de pensar que una situación parecida no era imaginable con mis compañeros de Madrid.

Como resultado de nuestra colaboración, presentamos en la sesión del 22 de octubre de 1956 una comunicación a la Societé Médico Psychologique a la cual quiso el doctor Abély poner un larguísimo título: *Inadaptation primitive et progressive en tant que destin d'une personalité psychopathique et névropathique*. Era la biografía de Mlle. D., secretaria, soltera, de cuarenta y dos años, estudiada por diversos psiquiatras en múltiples ocasiones. Venía con un diaganóstico de *Erotomanía de Clérambault*. Sus dificultades de adaptación se complicaron con matices reivindicativos. El Rorschach y el Test de Apercepción Temática permitieron reconsiderar los rasgos histero-hipocondríacos y paranoides de una personalidad que durante muchos años osciló entre los comportamientos neuróticos psicopáticos y psicóticos. Pretendía el doctor Abély tratar con psicoterapia los aspectos más accesibles conservados en el nivel neurótico de Mll. D.

En la sesión del 26 de noviembre siguiente volvimos sobre el caso de Mlle. D. Según los tests buscaba seguridad y amparo, en tanto que a sus vecinos y a la policía daba una imagen totalmennte distinta. Los test proyectivos permitieron ahondar en lo que de neurótico pudiera encontrarse en personas diagnosticadas de psicosis. El esfuerzo se ve recompensado al descubrir, vivas y receptivas, las fuentes afectivas de la personalidad restableciendo el contacto con la realidad que permite la psicoterapia. Los doctores Abély y Benoit se preocupaban relativamente poco del armazón teórico de su quehacer diario; en cambio el fervor terapéutico y la cordialidad personal los hacían irresistibles en el trato con los pacientes, por muy duras que fueran sus defensas al llegar al pabellón del hospital.

En el verano de 1956 los test proyectivos estaban de moda. Se vio en el congreso de Burdeos, de médicos alienistas y neurólogos de Francia y de los países de lengua francesa. Tanto el Rorschach como el TAT y el dibujo de Machover suscitaron numerosas comunicaciones e intervenciones. El doctor P. Parad, de Burdeos, habló

de la necesidad de controlar el halo de magia, de poder y a veces de seducción en el examinador, así como la angustia de desvalorización en el examinado, en clara situación de inferioridad.

Cuanto más *científica* parezca la prueba, mayor riesgo de que el psicólogo caiga en la trampa de creer que está captando la personalidad verdadera del paciente.

Recordé con nostalgia los test de proyección cuando fui encargado de aplicar el *Minnesota* (MMPI) en la cátedra del Prof. Delay, test objetivo, impersonal, que es lo más opuesto posible a las pruebas proyectivas. En su forma individual, la prueba comprende 550 preguntas presentes en 550 tarjetas que el sujeto (nada de paciente, ni enfermo, ni persona) debe apilar en tres grupos correspondientes a las respuestas *verdadero*, *falso*, *no sé*. Las escalas patológicas que se exploraron fureron las siguientes: *Hipocondría, Depresión, Histeria, Desviación psicopatológica, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía.* Por último, *una escala MI* que registraría *Masculinidad-Feminidad.* En nuestro caso estudiamos 200 sujetos procedentes de servicios cerrados y abiertos, consultas externas y clínica privada. No había ningún caso de *neurosis obsesiva* en sentido estricto (aunque la *psicastenia* de Janet, término poco empleado fuera de los países de lengua francesa, coincide en parte con la *neurosis obsesiva*), porque para el MMPI no le parecieron apropiados a *Monsieur Perse*, psicólogo de la cátedra. Nuestros pacientes o sujetos fueron obligatoriamente clasificados en cuatro grandes categorías representadas por una letra mayúscula: *N, neuróticos; P, psicóticos; D, desequilibrados y caracteres paranoicos; S, subnormales.*

Me sorprendió que entre los neuróticos se incluyeran en nuestro estudio los enfermos psicosomáticos; los grandes maestros en esa rama pondrían el grito en el cielo. Por otra parte, en la categoría de *Psicosis Esquizofrénica* en sus diversos tipos, se incluyó la *Psicosis Maniaco-Depresiva*. El doctor Lelord me oyó rezongar más de una vez mientras duraba la investigación. Como ya teníamos confianza de sobra, me dijo afectuosamente: *Ferme ton bec a la chaire de Psychiatrie; pense a la quiche lorraine de ce soir chez nous*. En efecto, sólo anticipar

el aroma de la cena de Mme. Lelord podía calmar mis sinsabores. El profesor Delay, sin duda influido por mi amigo Gilbert Lelord, dispuso que me ocupase de la parte correspondiente a las discrepancias halladas entre el test de Minnesota y los datos clínicas. Justicia poética, me dijo aquella noche Mme. Lelord: *¿Has encontrado un maníaco en pleno acceso eufórico que resultó subnormal en el test? ¡Bggavo! ¿Os salió psicótica en el Minnesota una histérica de libro? ¿Eso significa subirla de categoría? ¿Y por qué un joven esquizofrénico , con sintomatología florida e indudable, d'aprés voux deux, aparece en el test como normal? Yo misma estoy segura, mon cher Fernandó, de que hubiera encontrado más desacuerdos que tú, pero no me habéis dejado investigar con vosotros. Si os parece, serviré ya la quiche lorraine. El vino lo pone Gilbert, que tanto te ha hecho sufrir últimamente. Aparte de vosotros dos, y algo por encima, a quien más admiro y amo es a Monsierur Delay*.

Poco después apareció en los *Annales* la Memoria: *De la validité de l'Inventaire Multiphasique de Personalité du Minnesota*. El profesor Delay figuraba en primer lugar y yo al final, era natural y justo. Entre el maestro y el último mono, los nombres de Pierre Pichot, Gilber Lelord y J. Perse. ¿Me serviría como mérito en las oposiciones que, sin duda, tendría que hacer en España para sobrevivir profesionalmente? Esa era la opinión del matrimonio Lelord: *En todas partes, para los grandes patronos de la administración, pour les grosses legûmes, ce qui semble compter c'est la paperasse*.

En *Sainte Anne*, además de las *grandes legumbres* de la Cátedra y del *paradis Abélyen* tenía, a pocos metros, en el Hospital Henri Rouselle, el grupo prestigioso que editaba la revista *L'Evolution Psychiatrique*. Allí se daban las conferencias magistrales del doctor Henri Ey, un catalán de Perpignan, gigante pícnico-atlético, verdadera catarata de conocimientos psiquiátricos cuyo saber no tenía fondo. Disfruté mucho en sus seminarios y charlas, tan inacabables, como su simpatía. Quise, a solas, pedirle más información y bibliografía, pero sólo quiso hablarme del gran ambiente de Madrid y de las corridas de toros por San Isidro, que no se perdía ningún año. No acababa de decidirse entre el arte de Antonio Ordóñez y la técnica de Luis Miguel Dominguín (pronunciaba *Domingüin*). El doctor Ey, autor

de gruesos volúmenes, densos de sapiencia, se ocupaba entonces de los delirios.

En la puerta de al lado, puerta pequeña y misteriosa, casi a la misma hora entraban con sigilo melenudos artistas y bohemios vestidos cada cual como correspondía a su genio y a su inconformismo. También entraba, con cautela, algún joven psiquiatra con barba. Supe que allí daba conferencias Jacques Lacan, del que sólo conocía su tesis doctoral sobre la paranoia. No me pareció gran cosa, pero debía existir algo más en el doctor Lacan, capaz de atraer a tan pintorescos personajes para oírle. Mis compañeros de la Cátedra me dijeron, sin excepciones, que no perdiera el tiempo. *Aller chez Lacan? Mais il est fou!*. En todas partes hay gente que dice de un determinado psiquiatra que está loco, a manera de descalificación inapelable. En este caso eran los demás colegas de *Sainte Anne* quienes diagnosticaban como expertos. Nunca fui, pues, a las charlas de Lacan, a pesar de tenerlo tan cerca. Con los años me han reprendido por ello los lacanianos que he ido conociendo. Para purgar mi terrible falta, leo escritos de Lacan como castigo. No los recomiendo a quienes deseen *curar con Lacan*, ni a los que tengan en cuenta el aforismo: *Ars longa, vita breve*.

Acudí con provecho a las enseñanzas del doctor Julián de Ajuriaguerra en su consulta de Neurología Infantil, sección de gran prestigio en el servicio de Neurocirugía del Prof. David, en *Sainte Anne*. A primera hora de la tarde nos congregábamos un fiel grupo de jóvenes psiquiatras y neurólogos de todos los países para oírle. Junto a su saber científico poseía una gran capacidad de contacto humano con niños y adolescentes. Veíamos casos de corea o baile de San Vito, epilepsias con convulsiones de *Gran Mal* o con *ausencias* y automatismos de *Petit Mal*, así como equivalentes epilépticos y trastornos del carácter de naturaleza explosiva, vecinos al llamado, por aquel entonces, *carácter epiléptico,* expresión hoy en desuso. Una especialidad del doctor Ajuriaguerra eran los problemas de tartamudez. Había casos de tumor cerebral en niños, rápidamente diagnosticados y enviados a los cirujanos.

Ayugiá, como familiar y cariñosamente le llamaban casi todos, me hizo leer sus mejores libros sobre la corteza cerebral y sobre las diferencias entre Neurología y Psiquiatría. Cuando supo que me quedaba poco dinero para seguir en París, me ofreció alojamiento en su antiguo cuarto, una buhardilla del hospital de *Sainte Anne* que había convertido en biblioteca particular y, sin querer, en trastero. *Le vieux Gaston*, un psicótico veterano, me ayudó a despejar de libros un estrecho pasillo entre la puerta y el sofá que me servía de cama. En vez de manta, usaría un capote militar con graduación de cabo, procedente de la guerra civil española. Por las noches completé mi vestuario con hojas de periódico, que quitan el frío bastante bien. Lo que no esperaba era el ruido de la lluvia sobre el cristal horizontal del ventanuco que había en el techo. Las gotas redoblaban con fuerza, interminables, como la percusión del *Bolero* de Ravel. Me aseaba temprano por las mañanas en la fila de lavabos para los pacientes; debo decir que todos me trataron con afectuosa camaradería. Había bastantes veteranos de guerra. Con ellos aprendí numerosas expresiones propias del *argot* de las antiguas colonias, así como del ejército y de la marina.

Varios miembros del grupo de *L'Evolution Psychiatrique* merodeaban, como yo, por la biblioteca de *Saitne Anne*. Una señorita de edad avanzada y paciencia sin límites, nos servía con celeridad cuantos libros pidiéramos. En aquellas horas silenciosas revivía en mis lecturas el desarrollo histórico de la psiquiatría francesa y alemana, es decir, la psiquiatría europea de los siglos XVIII, XIX y buena parte del XX. Traté bastante a dos venerables figuras que llevaban con enorme dignidad las melancolías de su jubilación: Eugéne Minkowski y Paul Guiraud. La amistad que me regaló el anciano doctor Minkowski me duró muchos años.

El pensamiento del doctor Paul Guiraud me resultaba familiar gracias a haber leído en el cuartel de Salamanca su *Psychiatrie Générale,* que me regaló mi tío Juan un año antes. El anciano señor se alegró de que le saludase con tanto afecto, ahora que no tenía poder alguno; Me dedicó largas horas de lentos paseos por los jardines de *Sainte-Anne*. Mi respeto por aquella gran figura de la psiquiatría europea crecía cuando le veía bajar, con humildad, las escaleras del

metro. En su vocación nunca estuvo en primer lugar el ánimo de lucro ni el afán de poder o la vanidad. Era un sabio de verdad, no un psiquiatra de moda; era el primero de los antiguos científicos no españoles que conocería en mi larga etapa de posgraduado.

Por lo que pudiéramos llamar *razones externas* (se acabaron los recursos) interrumpí mi ampliación de estudios en París. Pasé unos meses en Madrid buscando la forma de regresar a Sainte Anne. Se anunciaron por primera vez becas en la Fundación Juan March. Pedí una y se lo conté a don Antonio Vallejo Nágera. Se rió, como siempre con la O: *Jo, jo, puede también comprar un par de billetes para la Lotería de Navidad. No se pierde nada por eso*. Con gran sorpresa para él y para mí, me la concedieron. Juro por la memoria de todos los psiquiatras que fueron mis maestros, que no hubo recomendación de ninguna clase. Dieron becas a personajes famosos de la vida universitaria española y debieron, creo, reservar, algunas, muy pocas, para gente joven, sin nombre pero con un *curriculum* específifico para la materia a la cual aspirábamos. Mi tema era *Especialización en Psiquiatría Infantil* en la Cátedra Universitaria de la Facultad de Medicina de París.

Otra cosa sucedió en aquellos meses en Madrid que tendría importancia para mi carrera. Las autoridades del entonces Seguro Obligatorio de Enfermedad, ahítas de críticas de toda clase, decidieron crear becas para jóvenes médicos dispuetos a *amar al Seguro* y trabajar en su seno con nuevos criterios. Las becas fueron para médicos generales o de cabecera y para especialistas. En Psiquiatría fuimos seleccionados nueve en toda España. Recuerdo entre ellos a mis compañeros Enrique García Barros, y Joaquín Santo Domingo. Recibimos enseñanzas teóricas más bien pobres e inmediatamente comenzamos a colaborar con veteranos psiquiatras del Seguro en los ambulatorios de Madrid. No todo lo que veíamos hacer –o no hacer– a nuestros *tutores* o *maestros* en las prácticas nos parecía ideal, pero era preciso comprender el contexto de la época. En los años 50 de la vida española el saludo entre los médicos solía ser: *–¿Qué tal? ¿Qué hay de particular? –De particular nada, todo es del Seguro.* Por otra parte, en algún lugar de Asturias se cantaba: *Yel que sea silicosu / por fumar*

tabaco rubio / que esu es cosas de siñores / al Seguro de Enfermedad / que es pá paisanines pobres.

Los clientes no tenían con exactitud cita previa. Se abría la puerta y todos querían entrar como los viajeros del Metro de Madrid en la hora punta. El psiquiatra del Seguro tenía obligación de atenderlos. Como fuese, pero atenderlos. Conocí a algún inspector de sus propios compañeros en los respectivos ambulatorios. ¿Se puede nacer con esa vocación de inspector? Los becarios los llamábamos *La Gestapo*. Entonces estaba justificado designarlos de esa manera. Me dijo uno: *En la consulta haga usted lo que le de la gana con los enfermos. Me da igual si se curan o no, pero no me cree usted problemas. No quiero escuchar quejas ni denuncias. Con atender a todos dentro del plazo señalado, cumple muy bien con su deber*. Eso era lo difícil, porque con tres minutos, o menos, por paciente, resultaba imposible no sólo redactar una historia clínica, sino rellenar recetas con el nombre del paciente. En aquellos tiempos, en ambulatorios de los suburbios, se producían agresiones con arma blanca a los médicos, además de trifulcas, denuncias y todo tipo de incidentes. Luego aquello cambió. Alguiente tuvo la idea –sorprendente pero razonable– de organizar las citas previas, evitando la masificación demencial, disparatada y esperpéntica.

Conseguí que uno de los prebostes administrativos del Seguro, pese a ser un médico burócrata, viera con buenos ojos mi beca de la Fundación Juan March; me autorizó a viajar a Francia sin perder mis derechos como médico en formación dentro del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Con tal de que me presentase en su despacho al día siguiente de mi regreso a España, para reemprender mis tareas en ambulatorios hasta terminar mi compromiso el año 1959, sin garantía de colocación profesional. Tendría que esperar un número indeterminado de años hasta que me correspondiese ingresar, de acuerdo con las escalas correspondientes.

El 9 de noviembre de 1957 vi de nuevo la estación de Austerlitz y me dirigía a continuación al pabellón español de la *Cité Universitaire*, donde esta vez tenía reservada habitación individual para todo el curso escolar. Al día siguietne me presenté en la Clínica y Cátedra

de Psiquiatría Infantil, siguada en el venerable Hospicio de *La Salpêtriére*, creado en 1656 para albergar mendigos, dedicado más tarde a personas enfermas y *mujeres caídas*, antes de convertirse en el más importante hospital para atender enfermedades nerviosas y mentales. Sentí a mi llegada el recuerdo vivo de Charcot y de Freud, que fue su discípulo algún tiempo. Las inolvidables horas pasadas en *Sainte-Anne*, mi casa durante un período muy significativo en mi carrera, quizás el más significativo, aquel del cual guardo mejor recuerdo, no deberían oscurecer lo que debo al hospital de *La Salpêtriére,* cuna de la Psiquiatría y Neurología francesa. En el departamento de Psiquiatría Infantil del Profesor Heuyer, un señor menudo con cara de niño bueno, se celebraban los agasajos de su jubilación. Le sucedió en la Cátedra el profesor Leon Michaux, de gran estatura, fuerte y anguloso porque tenía un esqueleto casi acromegálico, de gigante. No tenía, como su antecesor, cara de niño sino de abuelo bienintencionado y tolerante, una especie de *Pére Noel*.

En el equipo de la Cátedra destaco a un joven y ya madura especialista, el doctor Cirille Koupernik, que fue mi maestro inmediato en las tareas clínicas. Compartíamos la creencia de que la Psiquiatría debe ser ante todo Psiquiatría General. Nos interesaban los niños y adolescentes, pero no menos sus familiares. La sintomatología, para mí bastante nueva, consistía en trastornos de comportamiento, problemas de rendimiento escolar, dificultades con los padres, conducta antisocial, delincuencia juvenil y en menor grado, posibles cuadros esquizofrénicos en niños mayores. En adolescentes, intentos de suicidio. Las lesiones clínicas eran de lo más variado. Presidía el profesor Michaux, a quien divertían sobremanera, no podía disimularlo, las diabluras de sus pacientes. Un niño describía con talento de novelista el robo de una bicicleta para atropellar a las niñas y proponerles matrimonio. Otro, hijo único, muy aburrido en su casa, refería con seriedad sus conversaciones con Richard, un camarada imaginario; exigía dos platos de merienda y no tardó en pedir todo por partida doble, incluido vestuario y juguetes: *Oh, lá, la! Et qu'est ce qu'il raconte aujourd' hui ton copain Richard?* Era evidente que *Monsieur Michaux* quería otro compañero imaginario para él.

A diferencia del catedrático, su adjunto *Monsieur Koupernik,* muy severo con los niños en la consulta, era un buen observador del entorno familiar y de las circunstancias sociales. Por tener poca diferencia de edad y por su simpatía hacia los valores –que él creía eternos– de la cultura española, tuve muy cordial amistad con Cirille Koupernik. Entre mis compañeros internos en el mismo servicio destaco a la doctora Clío Theotokis, de Corfú. Clío cojeaba notoriamente, como resultado de una bala alemana en su etapa en la resistencia griega durante la segunda guerra mundial. Era una gran mujer, bella sin ser demasiado joven, aunque no con el atractivo fogoso que le atribuyó Madame Lelord cuando se la presenté: *Debe ser todo fuego en la intimidad, un volcán de pasión difícilmente reprimida*. Lamento no haber podido informar a la señora Lelord de ninguna intimidad. Clío ha sido, y si vive seguirá siendo una mujer sinceramente preocupada por el destino de cada niño enfermo y de cada familia con problemas.

Parecía oportuno, para quedar bien con la Fundación March, adjuntar a los certificados académicos una publicación personal. Con ese objetivo recogí desde el comienzo de curso todos los casos que habían sido diagnosticados de *Esquizofrenia Infantil*, término que empezaba a estar de moda. Seleccioné treinta historias y, con ayuda del doctor Koupernik, reconsideramos las circunstancias de cada caso. De ahí salió una pequeña tesis, impresa por *Dactylo Sorbonne*, que me valió el, para mí, honroso título de *Assistante a Titre Étranger de l'Université e Pari*s. Por otra parte, procuraba, con otros compañeros, llegar a tiempo a primera hora de la tarde a las consultas de ajuriaguerra en *Sainte Anne*. Si no era puntual, me miraba con gesto de perdonavidas y murmuraba: *Al fin y al cabo, español*. Clío Theotokis no creía que ser español implicaba mala reputación.

La vieja biblioteca de S*ainte Anne* seguía siendo mi gran tentación en la segunda mitad de la tarde, así como las conversaciones con los doctores Guiraud y Minkowski. Pero había más cosas en París. al principio, mi camino rutinario consistía en cruzar el íntimo y grato Parc Montsouris y enfilar la *rue de la Santé*, junto a los muros de la siniestra prisión, donde en mi época estuvo el general Salan, defensor de una, ya imposible, *Algérie française*. Dejando a la izquierda la

frutería, la tienda de comestibles y algo más que no recuerdo, se llega al cruce con la *rue Cabanis*, para entrar en el recinto de *Saint Anne*.

Necesito evocar al doctor Pedro Juan Jorge Cabanís, preocupado toda su vida por los misterios de la unión del alma y el cuerpo. ¿Será verdad que llegó a observar de cerca la mirada de los guillotinado en el momento de caer al cesto la cabeza, ya separada? ¿Qué pensarían por última vez los aristócratas recien ajusticiados? ¿Qué dirían del lema: *Libertad, Igualdad y Fraternidad*? ¿Sufría más de un minuto la cabeza cortada por no haber entendido a tiempo la noción de *Progreso*? *Monsieur Cabanís* fue un hombre de mundo, médico y filósofo, amigo de gente importante: *Madame* Helvetius, Franklin, Jefferson, Diderot, D'Alembert y Mirabeau, a quien asistió en sus últimos momentos. Extremó su amistad con el muy progresista Condorcet cuando iba a morir a manos de otros progresistas. Cabanis llevó a la cárcel el veneno que Condorcet le pidió para no ser ejecutado por sus antiguos correligionarios, según se dijo.

En mi segunda etapa en París, el viaje en Metro al *Boulevard de L'Hospital* me dejaba frente a un *bistro* con ambiente; allí desayunaba con mis compañeros ese *café au lait et croissant* que nos hace parisinos para el resto de nuestras vidas. Una joven colega sudamericana me preguntó ¿Cómo se dice *croissant* en francés? Un obligado paseo, al menos una vez por semana, nos hacía recorrer los puestos de libros viejos en la orilla, el *Quai des bouquinistes* junto al Sena, con la catedral de *Nôtre Dame* al fondo. A cualquier hora del día, en el glorioso atardecer con nubes de acuarela o en la noche cerrada, nos invadían gozosas sensaciones. Estábamos convencidos de participar en la historia de Europa, en la historia de la Cultura, después de haber adquirido una novela de Stendhal, de Bazac o de Zola.

Al anochecer, las primeras luces del *Boulevar Saint Michel* donde coincidíamos con estudiantes de todas partes y con los residentes de la *Cité Universitaire*, nos reforzaban el sentido de identidad como jóvenes posgraduados. Compartíamos un estado de ánimo no exento de vaga tristeza por nuestra conciencia de la fugacidad de todo aquello. La edad entre los veinte y los veinticinco años, nos hermanaba.

Entendíamos a la perfeccion *Sa jeunesse*, cantada por Charles Aznavour:

Lorsque l'on tient entre ses mains cette richesse / avoir 20 ans, des lendemains pleins de promesses / Quand l'amour sur nous se penche / pour nos offrir ses nuits blanches. / Lorsque l'on voit loin devant soi, rire la vie / au déséspoir, riche de joie et de folie / Il faut boire jusqu'a l'ivrese / sa jeunesse. / Car tous les instants de nos vingt ans nous sont comptés / et jamais plus / le temps perdu / ne nous fait face / Il passe.

No era el tiempo perdido el que se nos escapaba, éramos nosotros mismos yéndonos del presente, entrando en el pasado, sabedores de que los mejores años se nos iban entre los dedos. Nada de aquello podría durar. Muy pronto, en palabras de Brassens, entraríamos, con nuestras fugaces ilusiones en la fosa común del Tiempo.

No nos dimos cuenta hasta pasadas las vacaciones de Navidad. A partir del mes de enero temíamos la llegada de la primavera, porque iba a ser la última. En el comedor de la *Cité Universitaire* nos cedíamos el paso, el asiento y las bandejas con los cubiertos. Rivalizábamos en cortesías, en atenciones, todos con todos. Todavía nos divertía comentar que lo primero era tomarse el helado, que se derretía junto al tazón de consome hirviente, al lado del *boeuf bourgignon*. Después de cenar, si las frías noches de febrero lo permitían, salíamos a los bancos del parque con nuestras amigas para ofrecernos recíprocas ternezas. En el mes de marzo se adivinaba la primavera. No tardarían los manzanos y otros árboles en tener flores blancas. Estaba de moda una canción que hablaba de cerezos rosas y manzanos blancos. Veíamos llegar a la carrera el tiempo cantado por Charles Trenet:

Quand París s'évèille au mois d'Avril / quand le soleil / rèvient d' exil...

Sí, querido e inmortal Charles Trenet, es verdad que desde el *Boulevard Saint Michel* hasta los jardines del Luxemburgo *La France chante et rit / en Avril a París.*

Lo sabían bien mis ancianos profesores Guiraud y Minkowski, que alguna vez tuvieron veinte años y se sentaron en los bancos pú-

blicos con sus novias. Fue antes de que naciera Georges Brassens y cantase: *Les amoreux qui se becottent sur les bancs publics*. Por abril y mayo se repetía *Madame* Lelord: *Aprovecha estos meses. Tú que puedes, vive ahora tu veintisiete o veintiocho años. Después no hay nada más, al menos, nada comparable.*

Fui, por mayo, a la fiesta del sesenta y tantos aniversario del doctor Paul Abély. Concentradas las enfermeras para besar su calva, tuvo la gentileza monsieur *le médecin-chef* de acercar un taburete a la más bajita de sus colaboradoras. Pizpireta y emocionada, subió de un salto la menuda enfermera y le dejó en el vértice del cráneo que tanto brillaba, el mas sentido beso de cuantos presencié de cerca en París.

En el mes de junio detuvo su coche el doctor Koupernik frente al pabellón español de la *Cité*. Me llevaría, con su ayudante Thoreau y la joven Madame Thoreau, hasta Madrid. El título de *Asistente Extranjero de la Universidad de París* me lo enviaría el profesor Michaux en breve plazo. Bajé mi enorme maleta con ayuda de varios compañeros, capitaneados por Paco Vega que, con eficiencia catalana, puso en orden la habitación y mis casi agotadas finanzas. Del grupo de amigos y amigas se adelantó Fujiko, seria, con los ojos bajos; puso muy lentamente su mano en mi hombro. Quiso *Monsieur Cirille Koupernik* saludarla con una inclinación profunda de la cabeza: *Ohayo gozaimazu, Mademoiselle Fujiko. Ogenki deska? –Genki des, arigato gozaimazu, Cirillesan.* No debíamos retrasar el momento de entrar en el coche. El doctor Koupernik puso en marcha el motor y me golpeó la espalda: *–Mon vieux, ne dites pas Sayonara, ne dites non plus Au revoir; c'est mieux vous dire: A trés bientôt. C'estm mon cher Fernando, la conséquénce logique de la traditionelle amitié hispano-japonaise.*

Al comienzo del viaje me dieron la lata Koupernik y su ayudante, porque los habían dejado en el asiento de atrás a Maríe Chantal y a mí con la incómoda maleta española sobre nuestras rodilla. No hubo ninguna otra manera de llevarla. Se empeñó el doctor Koupernik en insinuar que mi maleta tenía movimientos sospechosos, no debidos al traqueteo del coche: *La vallise espagnole bouge un peu trop. Yo creo que estos dos jóvenes están encontrando alguna forma de consuelo mutuo.*

¿No debería investigar tú, que eres el marido? Maríe Chantal se reía muy a gusto viéndome azorado. Su marido siguió la broma. A ratos parecía preocupado, pero no quería que se le notase. Sin motivo. Declaro con solemnidad que, por primera y única vez, las emociones del día hicieron que me quedase dormido al lado de una francesa joven y atractiva. Soñé que seguía en París. Al cabo de tantos años, sigo teniendo sueños en francés y me siento feliz, rodeado de amigos y amigas en la terraza de algún café del *Quartier Latin*.

Montparnasse, le parc Montsouris, la rue Alésia, la Santé, la rue Cabanis, Sainte Anne, *La Salpêtriére,* estarán a estas alturas donde solían. En una película, creo recordar, de René Clair, se dice: *El banco del jardín y las palabras no han cambiado, pero ellos son otros*.

Me despierta de mis fantasías, todavía hoy, la voz de Cirille Koupernik, a quien Marie Chantal llamaba *Kou-Kou*: *No tardaremos en llegar a Orléans. Pasaremos la noche en un hotel de Las Landas que se llama La chambre de l'Amour y mañana a mediodía te dejaremos en Madrid, en la Puerta del Sol*.

NUESTRA ESTANCIA EN BEL-AIR (GINEBRA)

En agradecido recuerdo de los profesores Julián de Ajuriaguerra y José Guimón

Dr. Jesús Fernández Sandonís
Médico psiquiatra. Colegio de Psiquiatras Eméritos.

Dr. José Luis Pérez Cid
Médico psiquiatra y neurólogo. Colegio de Psiquiatras Eméritos.

"La creativité ce n'est pas seulement le travail, c'est aussi d'avoir une certaine capacité de pouvoir apprécier les loisirs et trouver dans les loisirs, dans un foyer, un dialogue avec les autres."

Prof. J. de Ajuriaguerra

En el año 1969,un reducido grupo de psiquiatras españoles, becados por el PANAP y la OMS, fuimos al hospital de Bel Air, para ponernos al día en la gran reforma que supuso la psiquiatría de sector, que iniciada en Francia y promovidas por un grupo de psiquiatras progresistas, apoyados por la administración ,crearon programas novedosos, liderados por el Profesor Julian de Ajuriaguerra, uno de los integrantes fundamentales de la revolución de los servicios psiquiátricos en el mundo. Por su creatividad y trabajos científicos Ajuriaguerra era Catedrático de Psiquiatría y director de la Clínica Psiquiátrica de Bel-Air desde 1959. Fuimos muy bien acogidos, por dos insignes psiquiatras, residentes de psiquiatría en esa época, José Guimon(fallecido recientemente) y José Miguel Aguirre Oar.

Nuestro propósito en este artículo es describir, someramente , nuestros recuerdos de aquella estancia en tiempo ya lejano, ayudados por los apuntes que tomamos y que aún conservamos, un tiempo en el que transcurrió uno de los momentos asistenciales de la psiquiatría mas interesantes, realmente revolucionarios y por lo tanto convulsos, y esto justo en un centro que en aquel entonces pasaba por ser puntero en la Psiquiatría asistencial y doctrinal de occidente.

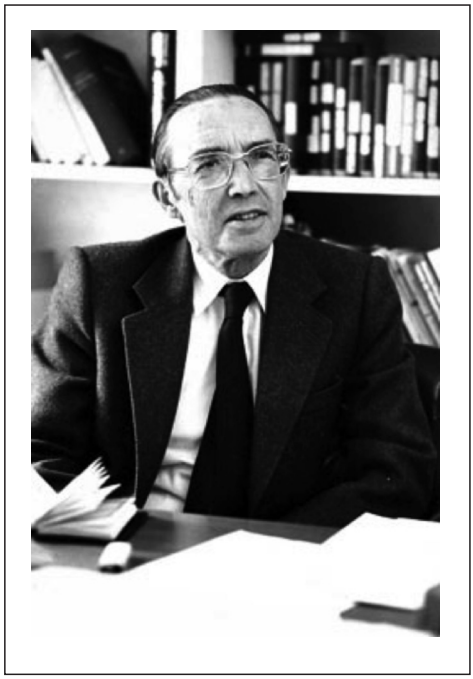
En aquellos tiempos el cantón de Ginebra tenía alrededor de 350.000 habitantes, la mayoría urbanos, con un desarrollo socioeconómico elevado.

La asistencia psiquiátrica pivotaba sobre La Clínica Psiquiátrica universitaria de Bel-Air, un hospital construido a principios de siglo XX y remodelado, situado en las afueras de Ginebra. Constaba de 12 pabellones entre los que destacaban desde el punto de vista arquitectónico uno amplio en el que se ubicaban los servicios centrales, uno nuevo en forma de Y, y un castillo. No había muros que los circundasen ni verjas en las ventanas, si bien había unidades cerradas, accesibles con llave maestra, y las ventanas eran de seguridad. Existía un Centro Social y un pabellón médico-administrativo en los que se ubicaban los laboratorios, biblioteca etc.

Los efectivos de personal que atendían La Clínica eran el 31 de Diciembre de 1967 treinta y cuatro médicos y un total de hasta 496 personas incluyendo psicólogos, ergoterapéutas, monitores, enfermeros, etc. A finales de 1969 trabajaban 44 médicos, siendo el total del personal unos 650. Todos trabajaban a jornada completa.

En cuanto al movimiento asistencial en el año 1967 hubo 1467 ingresos y se dieron 1443 altas, habiendo un promedio de enfermos ingresados de 700. A finales del año1969 el nº promedio de camas ocupadas era similar, si bien el nº de ingresos y de altas era superior.

La distribución de los enfermos se realizaba de acuerdo a la organización existente, en una sección para hombres (6 unidades), una sección para mujeres (6 unidades), una sección de geriatría (5 unidades) mixta, en donde ingresaban los mayores de 65 años y una unidad para oligofrénicos profundos.



Destacaba el engranaje del funcionamiento asistencial, conforme a un horario que se cumplía casi igual que el horario de los trenes, allá, en Suiza.

Todos los médicos iban a su pabellón a las ocho de la mañana informándose de las novedades que hubieran ocurrido durante su ausencia. A las ocho cuarenta y cinco estas novedades se exponían al Director Profesor Ajuriaguerra. A las nueve y quince se presentaba al profesor Ajuriaguerra un enfermo que se consideraba de especial interés o problemático. A esta presentación asistían la mayor parte de los médicos. El profesor entrevistaba al paciente de una forma, para nosotros, magistral. Exponía su interpretación, y orientaba según su punto de vista el diagnóstico, pronóstico y terapéutica. Se seguía de un debate y para el médico encargado del paciente constituía una aclaración importante. Para todos los que asistíamos constituía un momento pedagógico de sumo interés. Posteriormente cada uno de los médicos se iba a su pabellón.

Después de comer había una hora didáctica que según el día de la semana era una lectura de texto comentada, una lección de anatomía patológica, una lección sobre psicología, orientada generalmente a la exploración cognitiva, siempre dentro de la orientación de la escuela de J. Piaget, allí imperante. Etc.

La asistencia psiquiátrica extrahospitalaria se realizaba por el Centro Psicosocial y otros dos servicios satélites. El Centro Psicosocial funcionaba como centro coordinador, dirigido por el profesor Garrone, y atendía una población de 250.000 habitantes, dividida en tres sectores que, a su vez, estaban subdivididos en pequeños barrios de unos 30.000 habitantes cada uno. Cada sector lo llevaba un equipo formado por un Jefe Clínico, varios Médicos Internos (3 a 5 por equipo),Asistentes sociales, Secretaria y Recepcionista. El enfermo era seguido siempre por el mismo equipo.

Cada equipo se encargaba de la asistencia clínica y social de los enfermos de su zona y de la higiene mental de tipo general. Realizaban consultas diagnósticas y terapeúticas de prescripción de fármacos, psicoterapia de apoyo, psicoterapia de grupo, relajación de Ajuriaguerra, asistencia social de tipo familiar y ayuda social. En algunos casos realizaban tratamiento psicoanalítico, o Psicoterapia individual o de grupo de base psicoanalítica, ésta generalmente supervisada. Si fuera preciso el paciente se derivaba a la Clínica Bel-Air, o al hospital de día, siempre con informe resumen de su expediente. Según datos estadísticos venían realizando unas 22.000 consultas al año, siendo atendidos por los servicios extrahospitalarios en torno a 2.500 pacientes.

Las funciones de higiene mental se realizaban en forma de conferencias, actos culturales, divulgaciones en prensa y radio, generalmente encaminados a corregir prejuicios y conseguir una atención precoz de los pacientes. Concedían importancia al establecimiento de relaciones fluidas con instituciones o centros que tenían que ver con la educación, la delincuencia , o con personas en crisis o con necesidades, intentando sensibilizar y dar formación a las personas responsables de estos centros. Por ejemplo tenían varios grupos tipo

Balint para sacerdotes católicos, pastores protestantes, para médicos y pedagogos.

La asistencia de la Psiquiatría Infantil en su mayoría se realizaba de forma extrahospitalaria. En la Clínica de Bel-Air solo tenían un pabellón para oligofrénicos profundos y otro pequeño para trastornos graves del carácter. El Centro de Psiquiatría Infantil Extrahospitalario era un centro psicopedagógico que trabajaba en coordinación con las instituciones de enseñanza.

La Orientación teórica de aquella organización asistencial estaba claramente liderada por el profesor Julian de Ajuriaguerra quien ensamblaba sus amplios conocimientos neurológicos con la orientación psicoanalítica. El marco asistencial era el de la psiquiatría de sector en desarrollo, haciendo que la asistencia hospitalaria, cuando fuera necesaria, tuviera la máxima calidad posible. Nos comentaba que el paciente en el hospital debería sentirse atendido mejor que en una clínica privada.

Como Hospital Universitario prestaba gran importancia a la función docente y a la investigadora. Entre las actividades didácticas programadas mas importantes cabe destacar: la sesión clínica diaria de una o dos horas de duración, los seminarios variados, que todos los días se realizaban a los dos de la tarde, grupos de formación y experiencia en relajación y psicomotricidad, grupos tipo Balint. Para la formación de los médicos residentes además de estos programas tenían supervisión clínica y supervisión psicoterapéutica a cargo de psicoanalistas. Rotaban por los diferentes servicios de manera que permanecían en la Clínica Psiquiátrica de Bel-Air dos o tres años, pasando por los servicios de Psiquiatría General, Psiquiatría Infantil Y Geriatría, y posteriormente para completar su formación pasaban a los Servicios Extrahospitalarios. Hay que decir que la demanda de plazas de médico residente, para este hospital, era elevada, por lo que los médicos residentes seleccionados, cuando comenzaban a trabajar allí, ya tenían una formación de varios años en otros centros. También contaban con una Escuela de Enfermería Psiquiátrica, y tenían

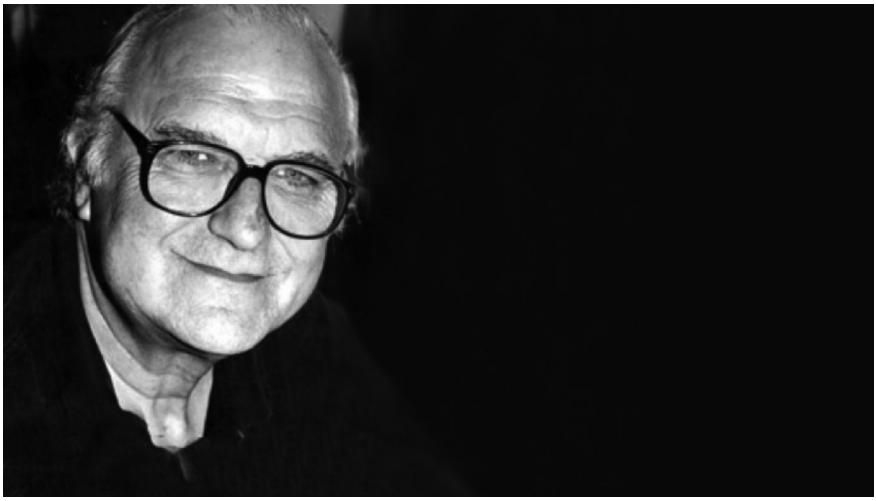
programas para la formación de Terapistas ocupacionales, monitores y auxiliares de psiquiatría.

Realizaban una importante labor investigadora para la cual habían creado un departamento de Investigación cuyo director era el profesor Tissot, quien coordinaba los trabajos de investigación que se realizaban. Ligado a este Departamento estaban los servicios de Electroencefalografía, Bioquímica, Anatomía Patológica y el de Psicología.

En aquel entonces en el Servicio de Bioquímica se estaban realizando trabajos sobre el metabolismo de las catecolaminas, en el servicio de Electroencefalografía se estaban realizando estudios sobre el tratamiento de la enfermedad de Parkinson con L Dopa, siguiendo las modificaciones del tono muscular mediante electrodos colocados en el globo ocular. En el servicio de Anatomía Patológica correlacionaban los estudios clínicos y psicológicos con los hallazgos anatomopatológicos. Contaban con un gran volumen de cerebros y preparaciones histológicas (mas de 200.000 preparaciones). El servicio de Psicología se dedicaba predominantemente a la investigación y a la enseñanza. Habitualmente los test los realizaban los médicos residentes quienes ya habían recibido formación psicológica impartida por este servicio. Todos los psicólogos pertenecían a la escuela de Piaget, y su trabajo primordial estaba muy relacionado con la formación y con la investigación.

Enlazando la investigación con la asistencia tiene relevancia señalar la importancia que allí se daba al desarrollo de la asistencia psicogeriátrica.

Don Julián nos decía que él en París había trabajado fundamentalmente con niños, que el desarrollo del niño siempre había sido su motivación preferente, y que al hacerse cargo de la asistencia psiquiátrica de Ginebra se encontró con una población envejecida, de ahí que sus esfuerzos asistenciales y de investigación se desplazasen de la evolución infantil a la involución de la vejez. El adulto, nos decía medio en broma medio en serio, no tiene interés.



Ginebra contaba con 37.000 personas de mas de 65 años en el año 1969 con tendencia creciente, dada la disminución de la natalidad que allí ya se experimentaba. En esto encontró una aplicación sinérgica de las investigaciones del desarrollo del niño según la escuela de Piaget y la desorganización y pérdida de funciones cognitivas en la vejez, dando lugar a múltiples estudios y otras tantas publicaciones sobre la involución senescente y la desorganización senil en las demencias. Paralelamente ante la necesidad de atención a las personas ancianas había organizado un vasto sistema asistencial para las mismas.

Una de las directrices generales de este sistema era favorecer la independencia del anciano en todo lo que fuera posible, y con este criterio dividían a los ancianos en tres grupos: 1º Personas con buena conservación. 2º personas con una discreta minusvalía y 3º personas con marcada minusvalía. Para la atención de los ancianos pertenecientes al 1º grupo disponían de 527 plazas repartidas 18 instituciones. Para el 2º grupo disponían de 1.035 plazas repartidas en 32 establecimientos y para el 3º grupo disponían de 285 camas, 100 en la "Maison du Lox y 185 en Bel-Air. Salvo las personas del 3º grupo, vivían en pequeños establecimientos , de unas 30 personas, como pensiones, con asistencia de tipo familiar. A parte de estas institu-

ciones y establecimientos para los ancianos que vivían en sus casas se habían creado una red de clubs distribuidos por la ciudad. Estos clubs realizaban múltiples actividades culturales, sociorecreativas, y contaban con actividades de fisioterapia.

Durante nuestra estancia refrendamos los tratamientos que habíamos aprendido en nuestra formación, observando algunas novedades como la TEC unilateral, que mejoraba los problemas cognitivos en los pacientes. También nos llamó la atención del amplio desarrollo de las terapias basadas en la psicomotricidad.

Asistimos a las clases que se impartían a los estudiantes de medicina. En aquel año el profesor Ajuriaguerra impartió las clases de Psiquiatría Infantil que sirvieron de base a la publicación, en 1970, por Masson &Cie. de su manual de PSYCHIATRIE DE L'ENFANT. Nadie como el Dr Ajuriagerra había integrado los conocimientos neurológicos con los psicoanálíticos. De manera brillante exponía el desarrollo neurológico y psicológico del niño, según las diferentes escuelas de Jean Piaget, Henri Wallon y psicoanalíticas, de una forma que parecía un doble salto mortal sugestivo y convincente.

Como es bien conocido, en la amplia formación neurológica del profesor Ajuriaguerra fueron sus primeros maestros André-Thomas y Jean Lhermitte. Sus estudios sobre el desarrollo neurológico precoz y de la psicomotricidad en general, junto con el funcionamiento del cerebro, puede decirse que marcaron el comienzo de la neuropsicología. La publicación con H.Hécaen de LE CORTEX CÉRÉBRAL en su segunda edicción, revisada (1960), por Masson&Cie, constituye un libro clásico en estas materias.

Realizó su psicoanálisis didáctico con Sacha Nacht y con nosotros se jactaba de haberlo realizado. Un día que hablábamos de un trabajo psicoanalítico de un psiquiatra de cierto renombre nos decía con sorna ¡Ah¡ ¿Pero fulano está psicoanalizado?

Le llamaban cariñosamente al profesor Ajuriaguerra, el patrón unas veces, y otras el mandarín. Este, nos llevaba a las becarios a las conferencias que dictaba fuera del Hospital y nos sedujo con su gran relación empática, muy preconizada por él a sus médicos residentes

y fundamental para el aprendizaje de las relaciones interpersonales, para el desarrollo de las habilidades sociales y para establecer una buena relación empática con los pacientes. Un día nos preguntó porque habíamos elegido psiquiatría si por una motivación determinada o por vocación….por supuesto que lo nuestro fue un problema vocacional, así se lo dijimos, y le dimos pie para un dialogo sobre el tema de la vocación.

El profesor Ajuriaguerra nos dio todo tipo de facilidades para visitar todos los servicios asistenciales, siguiendo un amplio programa rotatorio por los mismos. A la vez que asistíamos a los programas docentes pudimos mantener una convivencia y un intercambio de criterios con los compañeros que tenían una buena formación académica y que trabajaban en unos servicios asistenciales de un alto nivel. Dos días a la semana los residentes de psiquiatría se iban a psicoanalizar fuera del hospital.

Cada mes, nos contaba don Julián, iba un ministro del ramo del Cantón de Ginebra, para observar y controlar el Hospital. Él solo le comentaba las deficiencias, nunca lo que funcionaba bien. Nos decía que era la única forma de mejorar el hospital. Por cierto que había una unidad infantil de hidrocefalias, que para él era la vergüenza del hospital y no paró hasta mejorarla. Como buen vasco a su jubilación fue "fichado" por el lendakari de turno, supervisando la asistencia psiquiátrica en el país vasco, inspirando luego la reforma de la psiquiatría española. Fue una gran experiencia para nosotros, porque los profesores abundan, pero maestros como él escasean.

EXPERIENCIAS VIVIDAS, DE NATURALEZA ÉTICA, POR ESTUDIANTES DE 5º DE MEDICINA EN SUS DIVERSAS PRÁCTICAS CLINICAS. OTROS PROYECTOS EN MARCHA.

Antonio Labad

Catedrático de psiquiatría. Ex director médico del H. U. Institut Pere Mata
Presidente de la Comisión de Deontología del COM de
Tarragona. Colegio de Psiquiatras Eméritos

Nuestro proyecto se materializó el curso académico 2014-2015, pero tuvo una historia previa, como casi siempre, un tanteo de otras opciones que se fueron descartando hasta escoger nuestra experiencia que seguidamente expondremos.

Es un proceso no acabado, que nos plantea interrogantes y que estamos intentando dar respuestas concretas poniendo en marcha nuevas acciones y participando en otras, con la finalidad de conseguir como objetivo, que la Ética y deontología médica esté presente no solo en los estudiantes de Medicina, de forma transversal, sino también en los médicos, comenzando con los médicos residentes. Este objetivo entendemos que es tarea de todos los que tenemos una responsabilidad, no sólo docente, sino de actitud personal, cara a nosotros mismos como profesionales y cara a la sociedad de la que también formamos parte.

Ya el año 2005 la ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación) elaboró el "Libro Blanco. Título de Grado de Medicina" que sirvió para estructurar los planes de estudio

de las diferentes Facultades de Medicina, siguiendo los criterios de Bolonia, publicados en 1999. A partir de ahí, la Ética de una u otra manera está presente en los currículums de todas las Facultades de Medicina. Ya por entonces se debatía si la Ética debía de impartirse como asignatura en los primeros cursos, es decir, en el primer ciclo, como conocimiento básico, teórico, o hacerlo en el segundo ciclo, cuando los estudiantes estuvieran en contacto con los enfermos, a partir de las prácticas clínicas. Algunas voces argumentaban que ya se impartían no sólo aspectos legales, sino también deontológicos en la asignatura de Medicina Legal, que se daba en los cursos superiores. Recuerdo que en los debates de la Facultad de Medicina de la Universidad Rovira i Virgili (URV), se propugnaba que la Ética debía estar presente, como algo tangible, en todas las asignaturas de la carrera y de una manera especial y fundamental en las asignaturas clínicas, no sólo como conceptos teóricos, sino como actitudes y conductas Éticas presentes en las practicas clínicas. Ciertamente este proyecto, aunque nunca fue rechazado desde el punto de vista conceptual, tampoco fue aceptado, por considerarlo utópico y carente de sentido operativo a la hora de configurar los programas curriculares de las diferentes asignaturas.

Sí es cierto que a partir de ahí, cada Facultad de Medicina ha podido establecer, de forma autónoma asignaturas optativas diferenciadoras de la formación común obligatoria de todas ellas. Y hay muchas facultades que tienen asignaturas de carácter optativo que abordan las cuestiones éticas deontológicas o bioéticas, no sólo desde el enfoque teórico, sino también aplicado a casos concretos.

Quizás convenga recordar que la ORDEN ECI/332/2008, del Ministerio de Educación y Ciencia, establecía y establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de médico. En el Apartado 3 del Anexo de la citada Orden, sobre los objetivos-competencias que los estudiantes deben adquirir, se refiere a los "valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos", desgranándolo en una serie de subapartados. También en el Apartado 3.D) referido a "las habilidades de comunicación", en los subapartados 3D) 21 se dice:

"*Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo y comprender el contenido de esta información*" y en el 3D) 24 se añade: "*establecer una buena comunicación interpersonal que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los enfermos, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales*".

El "Compromiso de Badajoz sobre la Enseñanza de la Ética y Deontología Médica" es un documento de consenso entre la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España y las Comisiones Deontológicas de los Colegios de Médicos de España, firmado en Badajoz el 30 de mayo de 2009, profundiza en la antes citada orden ECI/332/2008.

Es fundamental citar los compromisos, declaraciones, leyes o reales decretos, cuando nos referimos a temas concretos, como en este caso, pero tienen el inconveniente de que algunos lectores, por suerte no todos, se quedan sólo con la cita y no con su contenido, que es el que realmente motiva a desarrollar incluso a mejorar lo allí dicho, aplicándolo a las situaciones concretas de cada lugar.

Del Compromiso de Badajoz destacamos:

"Los contenidos de ética médica y deontología deberían impartirse en un proceso longitudinal que abarque tanto los cursos iniciales como la fase de la enseñanza. Además estos contenidos pueden ser transversales a varios programas docentes. En cualquier caso, los contenidos de ética médica y deontología deben de quedar bien definidos en las guías docentes correspondientes."

"En esta docencia se debe tener en cuenta la colaboración de médicos que, aunque no estén formalmente incorporados a los cuadros docentes de las Facultades, puedan participar en la docencia, especialmente si tienen experiencia acreditada o son miembros de las Comisiones Deontológicas o de otras comisiones de Bioética".

La Comisión de Bioética del Consejo Estatal de estudiantes de Medicina (CEEM) publicó ese mismo año, 2009, la "Guía de Recomendaciones Éticas para las prácticas clínicas" con la colaboración y apoyo de la Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de

Medicina, la Organización Médica Colegial y Rogelio Altisent Trota, impulsor entre otras cosas de la creación de la "Red de Docentes en Bioética y Profesionalismo" en 2017.

La Guía del CEEM, tiene un gran valor, porque refleja el interés que los alumnos tienen para que la Ética este presente en las prácticas clínicas del currículum de Medicina. Fue premiada como una de la Mejores Ideas de 2009 por Diario Médico.

Con estos antecedentes, el Colegio de Médicos de Tarragona y su Comisión Deontológica, se plantearon el deseo de colaborar en la formación de los estudiantes de Medicina en la Ética y Deontología Médica aplicada a las prácticas clínicas de las diferentes asignaturas de segundo ciclo.

La intención de colaborar se planteó a diversos niveles en la Facultad de Medicina y la respuesta fue que convenía, para darle mayor rigor la propuesta, que se firmara un convenio al respecto con la Universidad.

Como consecuencia de ello el 30 de abril de 2014 firmaron dos convenios de colaboración, el rector de la URV, Dr. Francesc Xavier Grau Vidal y el Presidente del COMT, Dr. Fernando Vizcarro Bosch.

Uno, "Convenio marco de colaboración entre la URV y el COMT" que redefinía y sustituía el Convenio Marco de Colaboración que se había firmado el 18 de noviembre de 2004. Consta de ocho clausulas, la primera dice: *"Este convenio tiene por objeto establecer el Marco de colaboración entre el COMT y la URV, a través de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, para promover actuaciones y proyectos que contribuyan a mejorar la salud de la población y la colaboración en temas de formación científica de interés común, así como impulsar acciones destinadas a mejorar las condiciones del ejercicio profesional de los médicos"*

Otro, "Convenio específico de colaboración entre la URV y el COMT para la realización conjunta de formación en deontología". En él se especifica lo que en aquel momento estaba proyectado hacer y que se sigue haciendo aunque con variaciones adecuadas a las

circunstancias, siempre acordadas conjuntamente entres las personas implicadas en la facultad de Medicina y la Comisión Deontológica del COMT.

Me gustaría, aunque fuera de forma resumida, transmitir que, para poner en marcha este proyecto hubo que sopesar pros y contras entre las diferentes opciones posibles, dando por supuesto que había una voluntad clara de llegar a cumplir el objetivo propuesto por ambas partes, FM y COMT: dar la oportunidad a los alumnos de Medicina de ejercitar en la practica clínica los fundamentos de Ética-Bioética.

En el primer curso de carrera, se imparte la asignatura de formación básica "Bases de Comunicación y Ética", de 6 créditos y anual.

En el segundo ciclo, cuando ya hay practicas clínicas en las asignaturas, los alumnos pueden inscribirse a una asignatura optativa "Bioética Clínica", coordinada por el Profesor Joaquín Escribano Subías, miembro a su vez de la "Plataforma de Moodle de la Red de Docentes en Bioética y Profesionalismo". Valoramos la posibilidad de incorporar el proyecto de colaboración a esta asignatura, pero tenía un inconveniente importante y es que, al ser optativa, los alumnos que se matriculaban no era toda la clase, sino más bien los más motivados por el tema, mientras que los más indiferentes a los aspectos éticos quedaban fuera de la posibilidad de sensibilizarlos.

Nos inclinamos al final por incorporar la colaboración propuesta, en la asignatura de Medicina Legal y Toxicología en la que además de haber muy buena disposición por parte del profesorado, también había materia de carácter ético y deontológico en su programa. En esta asignatura compartimos la colaboración dos cursos académicos, 2014-2015 y 2015-2016.

Al finalizar el curso 2015-16, evaluamos la situación conjuntamente, los profesores propios de la asignatura y los profesores tutores de la Comisión de Deontología del COMT. Uno de los inconvenientes que nos parecía que deberíamos solventar era la dificultad de encontrar horas libres en la programación de la asignatura, ya que era cuatrimestral.

Valoramos la posibilidad de incorporar la colaboración en la asignatura de Psiquiatría, dado que era anual y con mayores posibilidades de encontrar huecos horarios en los que poner, como complemento adicional, la citada colaboración. A todas las partes implicadas el planteamiento les pareció oportuno por lo que, fue trasladada a la asignatura de Psiquiatría el curso 2016-2017, donde sigue en la actualidad, dado el buen funcionamiento logrado en todos los sentidos.

Tradicionalmente en la URV, la asignatura de Psiquiatría incluso antes de la aparición de Bolonia, ya se impartía a partir del aprendizaje mediante casos clínicos en los que al alumno se le proponen casos que preparan fuera de la clase y los exponen en grupos reducidos en los seminarios, con la finalidad de que el alumno se acostumbre a plantear de forma sistemática y ordenada una serie de cuestiones en relación a los diferentes casos clínicos de Psiquiatría y que sea capaz de organizar respuestas a cuestiones que se le plantean, mediante el guion que se les ofrece como guía.

La novena cuestión dice: "*Reflexiona y da tu opinión sobre las cuestiones humanas, éticas, sociales… que te plantee este caso y su contexto. Sé sincero y comprométete como persona y futuro médico*".

Es decir, tal como recoge la Guía Docente 2018-19 de la FMCS de la URV, que puede consultarse en internet, en la asignatura de psiquiatría, los estudiantes para elaborar el caso centrado en la Ética y Deontología, deberán estar atentos a cualquier situación que consideren pueda ser discutible o controvertida éticamente, a lo largo de las practicas clínicas de cualquiera de las asignaturas del Grado de Medicina. El caso escogido por cada alumno deberá ser personal, vivido por él mismo y por tanto original y desarrollado mediante el "Portafolio de Ética y Deontología para la Practica Clínica".

La estructura y diseño de este Portafolio, es el mismo que creó el grupo de Rogelio Altisent y que viene utilizándose en otras asignaturas de grado de otras facultades, en otras asignaturas relacionadas con la Bioética, así como en las tres ediciones del "Título de experto en Ética Médica" de la Organización Colegial de España (OMC) y en algunos Masters, como el "Master en Ética y Deontología Médi-

ca“, de la Fundación para la Formación de la Organización Medica Colegial (FFOMC) y del que Marian Jiménez de Aldasoro, realizó su trabajo fin de Master (2013-15): “El portafolio como herramienta formativa y de evaluación”.

El citado portafolio consta de las siguientes partes:

Nombre y apellidos del alumno.

Nombre y apellidos del tutor y alumno mentor asignados.

Titulo del caso que expondrá. Ha de ser breve y original, que sirva para identificar el caso propuesto, evitando títulos genéricos o inespecíficos, de tal manera que en las posibles discusiones, se puedan diferenciar los casos solamente con el título.

Resumen del Caso. Ha de ser claro y conciso, procurando, no obstante, que esté toda la información necesaria, tanto para identificar las cuestiones a plantear, como para poder elaborar criterios o respuestas éticas y/o deontológicas.

Reflexión sobre las cuestiones éticas que se han identificado. Se trata de identificar las cuestiones éticas en el caso planteado, casi siempre presentadas como un interrogante, desarrollando un máximo de tres o cuatro, es decir, aquellas que el alumno considere más relevantes. Cada una de estas ha de ir seguida de una reflexión y análisis de la situación a partir de su elaboración interna y de haber podido intercambiar opiniones con compañeros, profesores etc. Y haber consultado el Código Deontológico y otros documentos: informes, artículos o libros sobre la cuestión tratada.

Consultas realizadas.

Síntesis de las realizadas con el alumno mentor, el profesor tutor, profesores, compañeros etc.: Se trata de invitar a que intercambie impresiones con alguna persona que considere que puede asesorarle o ayudar a elaborar un criterio o a fundamentar su opinión sobre la cuestión planteada por él, realizando de forma tan clara y sintética, como sea posible, la consulta realizada.

Debe citar las fuentes de información consultadas: Código Deontológico y otros documentos o legislación al respecto, pero siempre con referencia concreta a los aspectos o artículos relacionados con la cuestión identificada.

Comentario final

Lo que se ha aprendido. Se trata de comentar brevemente lo aprendido al final del portafolio, a partir de las preguntas planteadas por el mismo alumno.

Lo que le conviene aprender en el futuro. Se trata de que el alumno se plantee los conocimientos o habilidades que considera ha de ir desarrollando, para resolver de la mejor manera posible situaciones parecidas a las ahí expuestas y que se puedan plantear en el futuro.

Por las características propias de la Facultad de Medicina de la URV, en las asignaturas clínicas, la mitad de los alumnos, unos 60, reciben la formación en la Unidad Docente del HU Sant Joan de Reus y la otra mitad en la Unidad Docente del HU Joan XXIII de Tarragona, con profesores distintos en cada Unidad, aunque correspondan al mismo agrupamiento dentro del Departamento de la Facultad. El profesorado del Agrupamiento de Psiquiatría es quizás el único, que se desplaza a las dos unidades docentes, de Reus y Tarragona para impartir las mismas clases teóricas.

Del programa de la asignatura de Psiquiatría, los temas, 3, 4 y 5 corresponden al Módulo de Ética y Deontología que aquí exponemos.

En la primera clase teórica, tema 3, asistimos i nos presentamos los profesores tutores y los alumnos mentores que tendrán relación con los alumnos de esa Unidad, bien la de Reus o la de Tarragona. Los profesores tutores actuamos como profesores "Ad honorem" de la Universidad, lo que permite que podamos colaborar en actividades docentes, en este caso del departamento de Medicina y Cirugía, tengamos o no otros vínculos con la Universidad.

El contenido de la clase consiste en la presentación y justificación de la "Ética y Deontología en la práctica cínica" y sus objetivos. Se

hace un breve recordatorio de las bases de la Ética, tratados en el primer curso, en la asignatura de "Ética y Comunicación". Se describe la metodología que se utilizará en las practicas y se explica cuales serán las funciones del profesor tutor y el alumno mentor.

En la segunda clase, tema 4, se explica en que consiste el "portafolio de Ética y Deontología para la práctica clínica". Los apartados que contiene. La clase se procura que sea interactiva, con participación de profesores tutores, alumnos mentores y alumnos. Se les transmite que la base del portafolio consiste en que observen una situación que les llame o haya llamado su atención desde el punto de vista ético/deontológico y que en alguna de sus prácticas clínicas. Una vez descrita esa situación, opinen personalmente sobre ella y posteriormente argumenten, demuestren, en definitiva intenten objetivar documentalmente lo que han opinado o lo contrario.

En la tercera clase, tema 5, se analizan varios casos sucesivamente. Cada alumno mentor expone y proyecta en la pantalla el caso que el mismo realizó el curso anterior, seguido de un debate en el que se pretende lograr la máxima participación de los alumnos, pudiendo intervenir también otros alumnos mentores y profesores tutores. Se procura que los 2, 3, 4 casos que se exponen sean de contenidos y complejidades diferentes para la mayor comprensión de los alumnos.

A los alumnos se les coloca en grupos de unos 10 alumnos de forma aleatoria y se les adjudica un profesor tutor y un alumno mentor, cuyos correos electrónicos y teléfonos están disponibles para poder comunicarse, cuando lo consideren oportuno.

Los alumnos mentores en general, participan en la docencia de sus compañeros de cursos inferiores reforzando los conocimientos adquiridos anteriormente. Los alumnos que aprueban la asignatura de Psiquiatría el curso anterior pueden solicitar su preinscripción como alumnos mentores de: "Ética y Deontología en la practica clínica" y tras valorar su currículum y una entrevista personal con el profesor responsable son aceptados e inscritos.

Antes de comenzar el curso académico nos reunimos conjuntamente los alumnos mentores y los tutores, para conocernos mejor y

para hablar de cómo organizar los tres días de clase y de cómo relacionarnos con los alumnos que a cada equipo tutor y alumno mentor nos han correspondido aleatoriamente. La experiencia vivida por los alumnos mentores, en el curso anterior, es muy valiosa a la hora de concretar los criterios a seguir, para que los nuevos alumnos puedan elaborar el portafolio con ilusión , motivación y responsabilidad.

Este último curso han participado 12 alumnos mentores, que a su vez son alumnos de la asignatura de Clínica Psiquiátrica de sexto curso y son los encargados de orientar, aceptar y corregir, conjuntamente con el tutor, siguiendo los criterios acordados en la reunión antes citada, los portafolios de los alumnos que le han correspondido, mediante interacción activa a través de correos electrónicos o puntualmente con aclaraciones telefónicas.

Una vez finalizados y aprobados los portafolios, en fechas previamente fijadas los grupos se reúnen en aulas diferentes, pero simultáneamente, un día en Reus y otro en Tarragona. En cada grupo (12 en total), con la presencia del alumno mentor y profesor tutor correspondiente, cada alumno expone de forma verbal y resumida su caso, participando activamente los demás alumnos con preguntas y aportaciones.

De esta forma los alumnos intercambian opiniones y criterios, que no sólo afectan a su caso sino también a los Portafolios que habitualmente presentan situaciones deontológicas distintas, lo que enriquece la perspectiva del grupo y de cada uno de sus componentes.

Antes de acabar la reunión de grupo, que dura un mínimo de dos horas, se les pregunta a los alumnos que ha supuesto para ellos esta experiencia y la respuesta , muy participativa por parte de todo el grupo, expresa lo que ha significado para ellos el descubrimiento de esta experiencia y el lamento de que no se prodiguen en otras asignaturas trabajos clínicos de este estilo, centrados en la Bioética.

La calificación de cada alumno la realiza el profesor tutor que previamente se ha reunido con el alumno mentor, con el fin de evaluar, de forma conjunta los aspectos grupal e individual. En el grupal valoran la evolución, la variabilidad y características del grupo y en el

aspecto individual valoran la claridad, comprensión, la complejidad del caso y el proceso evolutivo que ha seguido el alumno en la realización del Portafolio.

Esta nota calificada de 0 a 10, supone el 20% de la asignatura de Psiquiatría. No se ha dado ningún caso en el que hayamos detectado que se ha repetido el portafolio realizado en años anteriores. Al comienzo del curso se les advierte que, puesto que la asignatura esta basada en la Ética, si se detectara que algún caso era copia de otro ya presentado, ello supondrá suspender la asignatura.

A los alumnos mentores les califica el profesor tutor que le ha correspondido y se valora el grado de participación, implicación, calidad de sus intervenciones tanto en el seguimiento de los casos, como en sus intervenciones en los grupos.

Los alumnos mentores que superan satisfactoriamente su cometido, reciben un punto adicional en la nota final de la asignatura de Clínica Psiquiátrica, tal como consta en la Guía Docente de la FMCS de la URV.

Otros proyectos en marcha

Aunque de manera mucho más breve, queremos exponer otros proyectos relacionados con la Bioética, pero en fases muy distintas de resolución. Uno de ellos se refiere a cómo investigar o evidenciar la utilidad de la formación en Bioética a través de las Prácticas Clínicas. Otro el intentar introducir la formación Ética a través de Portafolios de Practica Clínica en los programas curriculares de los Médicos en Formación (MIR) de las diferentes especialidades.

Otro que intenta agrupar a los docentes de Bioética y Profesionalismo de las Facultades de Medicina y Postgrado a través de una Red de docentes de Bioética y Profesionalismo, ya constituida. El ultimo proyecto, hoy por hoy irrealizable, desde nuestro punto de vista, es introducir de forma sistematizada, en todas las asignaturas clínicas de las Facultades de Medicina, unos criterios bioéticos que estén presentes, de forma explicita, como un apartado más, en las historias clínicas.

Proyecto de investigación

Siempre hemos sido defensores de la evidencia científica en Medicina. Sin embargo hay cosas en ella difícilmente evidenciables, desde el punto de vista científico u objetivable, como es el componente humanístico de la Medicina, el relacionado con el trato humano, en la relación médico-paciente. Si ello es difícil de evidenciar, más difícil es cuantificar el resultado del aprendizaje bioético a partir de casos o situaciones relacionadas con las prácticas clínicas. No es lo mismo valorar conocimientos que actitudes en las que predominan aspectos relacionados con la naturaleza o conciencia Ética del ser humano.

Se han utilizado instrumentos que desde mi punto de vista, no han dado los resultados que esperábamos. Y la pregunta sigue estando ahí: ¿lo que enseñamos y aprenden nuestros alumnos, respecto a la Ética es realmente útil? ¿Los instrumentos que aplicamos para su evaluación son los adecuados?

No hay nada más perjudicial que utilizar un instrumento que no evidencia el éxito de lo que se quiere evaluar y en este caso la formación bioética. Sólo sirve para fomentar la argumentación de aquellos que siendo resistentes a considerar fundamental el componente empático, en la relación medico/enfermo, no consideran potenciar o incluir en los programas, aspectos relacionados con la Bioética.

El dilema que planteo es si los test cuantitativos aplicados habitualmente, apoyan realmente la evidencia científica que se pretende conseguir o no.

Y la siguiente cuestión sería debatir si la investigación cualitativa podría ser una alternativa eficaz ante la encrucijada en la que nos encontramos.

En todo caso es un tema para debatir, no sólo en este congreso, sino en otros espacios, como la Plataforma Moodle de la red de Bioética y Profesionalismo que después expondré.

Proyecto de Portafolio de Bioética en los MIR

La experiencia acumulada a lo largo de estos últimos cinco años, con el Portafolio desarrollado en los alumnos de 5º de Medicina nos

ha planteado esa necesidad. Si el alumno observa conductas que no se corresponden con el Código Deontológico en las practicas clínicas, el médico residente puede observar las mismas y si no hay un espacio de reflexión, sobre esas mismas situaciones clínicas concretas, pueden pasar desapercibidas y lo que es peor incorporarse a su habitual forma de ser, por inercia.

Esta cuestión la hemos tratado con Francesc Feliu, Vocal Nacional de Médicos Tutores y Docentes del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, que también es el vocal provincial del mismo organismo. Estamos pendientes de tener una reunión con los tutores de los residentes de la provincia de Tarragona, para tratar la posibilidad de extender la experiencia que hemos expuesto, de los estudiantes de 5º de Medicina, y que pudiera aplicarse a los Médicos residentes, con las adecuaciones que lógicamente deban hacerse. En todo caso sería un proyecto de consenso entre los tutores de la Unidades Docentes.

Plataforma Moodle de la Red de docentes en Bioética y Profesionalismo

La Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza, organizó los días 7 y 8 de septiembre de 2018 el XIII Curso de Verano "Enseñanza e Investigación en Bioética". Dentro de él, el día 7 de septiembre se celebró el Seminario Satélite, en el que tuvo lugar la segunda reunión de la " RED de Docentes en Bioética y Profesionalismo" (RED) con el subtítulo "Intercambio de experiencias sobre metodología de la enseñanza de la ética y de los objetivos docentes. Actividades y proyectos de cooperación docente para impulsar la mejora del aprendizaje de la ética".

En dicha reunión los temas que se debatieron fueron los ya planteados en la primera reunión fundacional de la RED , celebrada el 1 de septiembre del año 2017 y que básicamente eran, en palabras de Rogelio Altisent y Emilio Sanz, la variabilidad de los programas, de las asignaturas, métodos utilizados para su enseñanza o aprendizaje, fundamentos de Bioética, que algo tiene que ver con la manera de explicarla o enfocarla o de la preocupación por lograr una transver-

salidad que permita que la Ética esté presente como elemento básico en cualquier materia, asignatura o área de conocimiento que tenga lugar en la enseñanza y práctica de la Medicina.

Pero para que esas ideas no quedaran simplemente en una especie de declaración de intenciones que se va repitiendo cada año se acordó, a propuesta de Emilio García, crear una plataforma -aunque no fuera muy formal, como decía José Mª Guardiola- que nos permitiera comunicarnos para intercambiar nuestras aportaciones al grupo.

Se propuso, a sugerencia de María Castellano, que me ocupara yo de coordinar esta plataforma y acepté gustosamente, pero también con cierta preocupación puesto que ello requiere un mínimo de apoyo logístico que me superaba. Como dije entonces, lo acepté con la condición de que el HU Institut Pere Mata me diera ese soporte y puedo decir con satisfacción que nos lo dan, por tanto podemos seguir adelante con este proyecto.

Allí mismo, se acordó que en dicha plataforma pudiera haber diferentes ámbitos, áreas o secciones.

Las áreas que comentamos de forma más concreta y las personas que ya podían comenzar a ponerlas en marcha eran:

- Área de Variabilidad, con Fernando Gamboa.
- Área de Fundamentación, con Lydia Feito y Emilio Sanz
- Área de Transversalidad, con Josep Pifarré y Carmen Boqué

Otros temas, áreas o cuestiones quedaron menos perfilados. Rogelio Altisent consideró que se debería de hacer un artículo que hablara de la RED y de nuestras pretensiones, y que tenemos nuestras inquietudes, al menos relacionadas con esos tres aspectos (variabilidad, fundamentación y transversalidad), por aquello que "lo que no se publica no existe". Comentamos que aunque fuera firmado por todos los componentes de la RED, según Rogelio Altisent, alguien debía dirigirlo y se sugirió que fuera José Mª Guardiola.

Otros temas también se abordaron en la reunión. Algunos pueden quedar incluidos en las áreas antes citadas, pero otros pueden tener

entidad propia, es decir, área o subgrupo propio. En todo caso también podrán interrelacionarse.

A título de ejemplo expongo los que recuerdo que se comentaron en aquella reunión, pero teniendo en cuenta que tanto su desarrollo como el de otros no mencionados, dependerá exclusivamente de nosotros mismos:

Programas de Bioética que impartimos. Se habló incluso de la posibilidad de recopilar los que se dan en Facultades de Medicina en las que no estamos los actuales participantes.

Experiencias concretas de nosotros mismos o de otros que entendemos es interesante compartir.

Artículos que consideramos debemos conocer, básicamente relacionados con la Docencia o la Investigación.

Investigación: posibilidades de investigar en el grupo. Discusión de instrumentos evaluadores, cuantitativos y/o cualitativos.

Casos clínicos.

Vídeos (comentamos que Christian Villavicencio podía ser el referente).

La plataforma de la RED se ha configurado en el Moodle de la URV, puesto que nos han concedido un espacio que permite que todos los integrantes de la RED podamos acceder con el rango de profesor para gestionarla mas fácilmente y que sea una auténtica herramienta de debate, de intercambio de experiencias y de cualquier otro aspecto o proyecto relacionado con los docentes implicados en la Bioética y el Profesionalismo sanitario.

Por supuesto la RED está abierta , como dice su documento constitucional, a aquellos profesionales comprometidos con la docencia de la Ética en las profesiones sanitarias.

COLEGIO DE PSIQUIATRAS EMÉRITOS

El Colegio de Psiquiatras Émeritos se constituye como un grupo con entidad propia y especifica integrado dentro de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Está formado por médicos especialistas en Psiquiatría, que en razón de su edad, han cesado sus actividades en el sector público.

Fines:

1. Crear un ámbito de relación y estímulo entre sus miembros y facilitar la continuidad de su relación con sociedades y organizaciones científicas de la psiquiatría y la salud mental.
2. Posibilitar la aportación a la psiquiatría actual de la experiencia y conocimientos acumulados a través de los años por sus miembros.
3. Contribuir de manera activa a la incorporación a la historia de la psiquiatría española de las experiencias y testimonios de su participación directa o indirecta en su desarrollo, haciendo posible la transmisión generacional.

Actividades:

1. Organizar reuniones para intercambiar reflexiones, ideas o proyectos.
2. Organizar reuniones científicas (conferencias, foros de debate, intercambios generacionales, etc.) en diferentes ámbitos y contextos, especialmente en el de reuniones y congresos de las sociedades científicas psiquiátricas.

3. Promover publicaciones que posibiliten el cumplimiento de sus fines.
4. Promover la participación de sus miembros en cursos y seminarios de formación de nuevas generaciones.

Miembros:

1. Podrán ser miembros del Colegio, todos aquellos médicos psiquiatras que en razón de su edad hayan cesado en su participación en la actividad pública y que tengan interés en el desarrollo de sus fines.
2. Los miembros ingresaran previa solicitud, avalada por dos miembros y aprobada por la asamblea general del Colegio.
3. En el caso de que la asamblea lo considere oportuno y conveniente y a propuesta de al menos dos de sus miembros, se podrá invitar a adherirse al Colegio a otros profesionales que reúnan condiciones adecuadas.
4. La pérdida de la condición de miembro, se puede producir a petición propia, o por acciones que puedan dañar el buen nombre o imagen del Colegio.

Organización:

1. El Colegio estará regido por una Asamblea General, y dispondrá como órgano propio para el cumplimiento de sus fines, de una Comisión de Gestión.
2. La Asamblea General, será convocada por la Comisión de Gestión. Los acuerdos serán tomados por mayoría simple. La presencia de un miembro en la Asamblea, podrá delegarse en la persona de otro.
3. La Comisión de Gestión estará formada por cinco miembros y será elegida por la Asamblea General. Dicha Comisión ejercerá la representación del Colegio en la realización de las gestiones que se consideren pertinentes para el cumplimiento de sus fines y la realización de las actividades propuestas.

4. La Comisión de Gestión aprobada en la Asamblea General del Colegio celebrada en Madrid el 14 de Febrero de 2006 está constituida por:

   - D. Carlos Ballús Pascual
   - D. Antonio Colodrón Álvarez
   - D. Pedro Enrique Muñoz Rodríguez
   - D. Joaquín Santo Domingo Carrasco

Primer listado del Colegio de Psiquiatras Eméritos

Almansa Pastor, Fernando
Alonso Fernández, Francisco
Ayuso Gutiérrez, José Luis
Ballús Pascual, Carlos
Barcia Salorio, Demetrio
Bobadilla Pardos, adolfo
Calcedo Ordóñez, Alfredo
Carbonell Masiá, Carlos
Carrasco Gómez, Juan José
Cervera Enguix, Salvador
Claramunt López, Fernando
Díez Manrique, Juan Francisco
Escudero Pérez, Jose Antonio
Fernández Sandonís, Jesús
Freixa Sanfeliu, Fancesc
Gallart Capdevila, José María
Galván Fradejas, Joaquín
Gómez Lavín, Carmen
Gómez Beneyto, Manuel
González Monclús, Enrique
González-Quirós Corujo, Pedro
Gradillas Regodón, Vicente
Jimeno Valdés, Agustín
Labad Alquézar, Antonio
López Jimenez, Federico
Masana Ronquillo, Joan
Martínez Martínez, Mª Carmen
Mediavilla Ruiz, José Luis
Muñoz Rodríguez, Pedro Enrique
Noguera, Ramón
Oliveros Pérez, José Carlos
Peláez Lorenzo, Luis
Porta Biosca, Antonio
Rallo Romero, José

Rodríguez Lafora, Víctor
Rodríguez Sacristán, Jaime
Ruiz Mateos, Alfonso
Santodomingo Carrasco, Joaquín
Sarró Martín, Blanca
Soria Ruiz, José
Valenciano Clavel, Luis
Vaquero Cajal, Francisco
Yáñez Saez, Rosa

Habiéndose producido algunas bajas, bien por declinación personal o por defunción, queda en la actualidad pendiente la configuración del listado más reciente

Acta de la reunión de eméritos celebrada en Oviedo el día 2 de junio de 2018

Asistentes:

Dra. Carmen Gómez Lavín

Dra. Rosa Yáñez

Pofr. José Luis Ayuso Gutierrez

Dr. José Mª. Gallart Capdevila

Dr. Joaquín Galván

Dr. Vicente Gradillas Regodón

Dr. Antonio Labad

Dr. José Luis Mediavilla

Dr. Francisco Vaquero.

Se procedió a leer someramente las normas de funcionamiento del Colegio de Eméritos y de acuerdo con los estatutos, se procedió a completar la comisión de gestión que quedó constituida por el Dr. Pedro Enrique Muñoz y a fin de completar el número de cinco miembros, fueron elegidos los siguientes eméritos:

Prof. José Luis Ayuso

Dr. Antonio Labad

Dr. José Luis Mediavilla

Dr. Joaquín Galván.

Se procedió a establecer las actividades para el año en curso con asistencia al Congreso Nacional de Psiquiatría los días 18 a 20 de Octubre en el que el Dr. Mediavilla presentará el VIII tomo de ponencias del Colegio de Eméritos y el Dr. Galván el libro titulado La Leyenda Negra del Príncipe Carlos" en el que estudia la patología del personaje. Queda pendiente por haber sido propuesto con posterioridad el posible debate sobre los límites de la Psiquiatría y la Psicología.

Se fijó para el día 22 de febrero la reunión anual en Madrid del Colegio de eméritos, estableciéndose como temas a desarrollar por el Dr. Gallart unos comentarios sobre el tratado de hipocondría y la pasión histérica. El otro tema a tratar por el Dr. Mediavilla será "Reflexiones sobre la epidemiología actual de la enfermedad depresiva" y por el Dr. Galván, una colección de anécdotas de la práctica psiquiátrica.

Habiendo presentado la solicitud de ingreso en el colegio los Dres. D. Ricardo Crisóstomo y Dª. Dolores Crespo, los reunidos decidieron su admisión por unanimidad.

Sin haber otros asuntos que tratar, se levantó la sesión.

Oviedo 2 de junio de 2018

El presente libro constituye la NOVENA ENTREGA editorial en la que, como en las anteriores, se recogen los trabajos del Colegio de Psiquiatras Eméritos.

Relación de publicaciones bajo el título genérico de Conciencia Histórica de la Psiquiatría:

• **PRIMERA ENTREGA**
KRK. 2009. Oviedo
Coordinación e introdución:
Joaquín Santo Domingo Carrasco.

Ponencias:
- Amat Aguirre, E. "Medio siglo de psicopatología".
- Colodrón Álvarez, A. "Entre jueces y psiquiatras".
- Costa Molinari, J.M. "Santiago Monserrat Esteve y la psiquiatría cibernética".
- Díez Manrique, J.F. "Consideraciones sobre el delirio".
- Jimeno Valdés, A. "Presente y futuro de la psicopatología".
- Ledesma Jimeno, A. "Los procesos psicopatológicos del anciano a la luz de una nueva concepción del psiquismo".
- Mediavilla Ruiz, J.L. "Empirismo y lenguaje en psicopatología».
- Soria Ruiz, J. "Avatares de la psicopatología".
- Valenciano Clavel, L. "Neuropsiquiatría del pasado al futuro". Fundación Salud 2000.

• **SEGUNDA ENTREGA**
KRK. 2010. Oviedo
Coordinación:
Carlos Ballús Pascual.
"Psiquiatría Española de 1950 a 2000"
"Mente Humana y Física Cuántica"

Presentación:
Joaquín Santo Domingo Carrasco.
Mesa-Foro nº1:
- Ballús Pascual, C. "Psiquiatría y psicoterápia en Cataluña".
- Muñoz Rodríguez, P.E. "Cincuenta años de psiquiatría social en España".

- Gómez Lavín, C. "Trabajo social y salud mental; bosquejo histórico".

Mesa-Foro nº2: Mente Humana y Física Cuántica
- Martín Martín, J. Introducción
- Lapiedra, R. "Determinismo, respuestas fisiológicas y desigualdades de Bell: una respuesta genética de experimentación".
- Quintanilla Fisac, M.A. "Mente y realidad de la filosofía actual".
- Comentarios a "Las carencias de la realidad", de Ramón Lapiedra.
- Santos Corchero, E. "Relaciones entre mente humana y la física cuántica".
- Ledesma Jimeno, A. "Mente humana, conciencia humana y física cuántica".

• TERCERA ENTREGA

Coordinación:
Jimeno Valdés, A. y Mediavilla Ruiz, J.L.

Impr. Hifer Artes Gráficas.
Colegio Psiquiátras Eméritos. 2012. Oviedo.

- Jimeno Valdés A. Presentación
- Necrológica de Alfonso Matías Ledesma Jimeno.
- Ballús Pascual, C. Necrológica de José María Costa Molinari.

Ponencias:
- Ballús Pascual, C. "Aportación al desarrollo de la psicoterapia en Cataluña".
- Díez Manrique, J.F. "Formación en psicoterapia en la psiquiatría española (1950 -2000)".
- Costa Molinari J.M. "Antecedentes de la enseñanza universitaria de la psiquiatría en Cataluña".
- Bobadilla Pardos A. "Psiquiatría en Galicia en la primera mitad del siglo XX".
- Mediavilla Ruiz, J.L. "El controvertido rumbo de la asistencia psiquiátrica".
- Jimeno Valdés, A. "De asilado a paciente y de paciente a cliente: 60 años de experiencia en Alemania, Navarra, Galicia y Castilla y León".

- Gallart-Capdevilla, J.M. "La psiquiatría en Cataluña. 1950-2010".
- Muñoz Rodríguez, P.E. "La transición y reforma psiquiátrica".
- Jimeno Valdés, A. "D. José Mª Villacián Rebollo: semblanza y recuerdos".
- Rojo Sierra, M. "El profesor Ramón Sarró desde mi existencia».
- Carbonell Masiá, C. "Delirio y surrealismo".

• **CUARTA ENTREGA**

Coordinación:

Jimeno Valdés A., y Mediavilla Ruiz, J.L.

Ed. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental
Impr. Hifer Artes Gráficas.
Colegio de Psiquiatras Eméritos. 2014. Oviedo.

I Congreso de Sevilla 2013 (ponencias):

- Galván Fradejas, J.E. "El PANAP. La OMS y las clasificaciones psiquiátricas en España".
- Almansa Pastor, F. "Historia de la psiquiatría en Málaga. Siglo XX».
- Moríñigo, A. "La influencia de la psiquiatría alemana en España, en la actualidad".
- Agustín Jimeno Valdés "La psiquiatría alemana en los años 60-70".
- Yañez Sáez, R. "Nosología y clasificación de la psiquiatría clínica en España. De 1950 hasta la actualidad, en el ámbito de un H. Clínico Universitario: HCSC. Madrid".
- Ballús Pascual, C. "Aportaciones de la influencia de la psiquiatría alemana en la psiquiatría catalana".
- Gradillas, V. "Psiquiatras malagueños del s. XX".
- Ayuso Gutierrez, J.L. "El papel de la psiquiatría de hospital general en la integración en la medicina".

Madrid. Octubre 2013, II
Sede Fundación de Psiquiatría y Salud Mental

"Cine y Psiquiatría"
Conde López, V. Introducción

Ponencias:

- Álvarez San Miguel, C. "La censura cinematográfica en España".
- Hernández Lahoz, C. "Neurología y séptimo arte».

- Mediavilla Ruiz, J.L. “La psiquiatría como espectáculo”.
- Galván Fradejas, J. “La prducción cinematográfica y su interrelación con la psiquiatría”.
- Gallart Capdevilla, J.M. “Cine y Psiquiatría”
- Matín Arias, L. “La psicosis según Hitchcock”.

• **QUINTA ENTREGA**
Fundación Benito Feijoo.
Colegio de Psiquiatras Eméritos.

Rodrigo González-Pinto López:
La renovación en la asistencia psiquiátrica en España.
Benito Menni y su primer médico alienista.

• **SEXTA ENTREGA**
Coordinación:
Jimeno Valdés A., y Mediavilla Ruis, J.L.

Ed. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental
Impr. Hifer Artes Gráficas.
Colegio de Psiquiatras Eméritos. 2014. Oviedo.

Valentín Conde López. “Historia de la psiquiatría española actual. La conciencia histórica”.

María Inés López-Ibor. “Historia de la pisquiatria española: La angustia y ansiedad como vivencias básicas del ser humano”.

Agustín Jimeno Valdés. “La deconstruccion y reconstruccion de la psiquiatría (como ciencia y conocimiento)”.

Dr. D. Juan Francisco Díez Manrique. “Entender los nacionalismos”.

Vicente Gradillas. “Semiología del fenómeno psicopatológico (signo, síntoma y rasgo)”.

Pedro Quirós Corujo. “El concepto de degeneración y su repercusión médica y social”.

Dr. José Luis Mediavilla. “Jaspers Versus DSM 5. (Reivindicación de la psicopatologia)”.

Dr. José Mª Gallart Capdevila. “La psiquiatría y el cine. Historias de la psiquiatría y el cine”.

- **SÉPTIMA ENTREGA**

Coordinación:
Fernández Sandonís, J. y Mediavilla Ruiz, J.L.

Ed. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental
Impr. Hifer Artes Gráficas.
Colegio de Psiquiatras Eméritos. 2017. Oviedo.

Demetrio Barcia Salorio. “Mentalidad neurobiopatológica”.

Fernando Claramunt López. “Años de especialidad. Primeros maestros”.

Joaquín Galván Fradejas. “Revisión Histórica de las terapias psiquiátricas”.

María del Carmen Martínez Martínez. “Psiquiatría y vida profesional”.

Antonio Labad Alquézar. “ Vivencias en torno a la nosología psiquiátrica en Cataluña desde 1950 hasta la actualidad”.

Jesús Fernández Sandonís. “A propósito de la formación psicológica del médico”.

Celso Iglesias García. “Valores humanos ¿factores de protección para la salud mental?”.

José Luis Mediavilla Ruiz. “Franz Gall en el país de las maravillas”.

- **OCTAVA ENTREGA**

Coordinación:
Barcia Salorio, D. y Mediavilla Ruiz, J.L.

Ed. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental
Impr. Hifer Artes Gráficas.
Colegio de Psiquiatras Eméritos. 2018. Oviedo.

Julio Bobes García. “Introducción”.

Demetrio Barcia Salorio. “Angustia y ansiedad”.

Antonio Colodrón Álvarez. “La Psiquiatría en busca del tiempo perdido”.

Fernando Claramunt López. “Psicoterapia y problemas de la vida”.

Fernando Leal López. “Semiologíade la experiencia del Yo”.

Enrique Rojas Montes. “La mirada inteligente”.

José Giner Ubago y Lucas Giner. “ Las clasificaciones en psiquiatria: Entre las necesidades científicas y las sociales.

Juan Francisco Díez Manrique. “Espiritualidad y religiosidad”.

Jesús Fernández Sandonís. “A propósito de la utilización de la TEC”.

José Luis Mediavilla Ruiz. “El magisterio de Carlos Ruiz Ogara. Su proyecto docente de psicoterapia”.

NOVENA ENTREGA

Coordinación:
Gutiérrez Fraile, M. y Mediavilla Ruiz, J. L.

Miguel Gutiérrez Fraile. “Introducción”.

Jose Guimón Ugartechea (“In Memoriam”). “Religión y Psicoanálisis: de la sociogénesis al condicionamiento biológico”.

Pierre Pichot. “El futuro de la psiquiatría: cuestiones básicas. La psiquiatría actual”.

Jean Garrabé. “La herencia de las ideas en psiquiatría”.

Demetrio Barcia Salorio (“In Memoriam”). “Timopatía Ansiosa de López Ibor”.

Renato Alarcón. “Psiquiatría latinoamericana; ¿Quo vadis hoy?”.

Luis Ylla Segura. “El futuro de la psicoterapia grupal en el devenir de la psiquiatría”.

José Luis Ayuso Gutiérrez. “Tristeza o depresión: reflexiones sobre una nueva epidemia”.

José Luis Mediavilla. “Los difusos márgenes de la neurociencia”.

Joaquin E. Galvan Fradejas. “Interrelaciones de las profesiones sanitarias en psiquiatría”.

Fernando Claramunt. “Estudios en París, Saint Anne, La Salpetrière y Montparnasse”.

Jesús Fernández Sandonís, José Luis Pérez Cid. “Nuestra estancia en Bel-Air (Ginebra). En agradecido recuerdo de los profesores Julian Ajuriaguerra y José Guimón”.

Antonio Labad. “Experiencias vividas de naturaleza ética por estudiantes de 5º de Medicina en sus diversas prácticas clínicas. Otros proyectos en marcha”.

Esta novena edición ha sido realizada
con motivo de la celebración del
XXII Congreso Nacional de Psiquiatría.
Bilbao, 2019