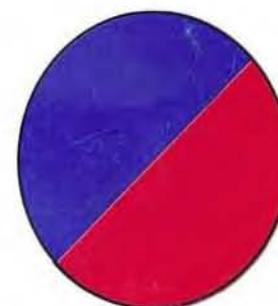


BOLETIN
Asociación Castellano-Leonesa
de Salud Mental



Junio 1992

SUMARIO

Sumario	1
Editorial	1
A.E.N.	3-5
La aproximación psicoeducativa: una necesidad terapéutica en el trabajo con las familias de los pacientes psicóticos	6-19
La «psychose hallucinatoire chronique»: una reflexión sobre las rivalidades narcisistas en la construcción las categorías de la clínica mental	20-27
Caso Clínico	28-32
Entrevistas con el Prof. Robert L. León (Texas).....	33-35
Tribuna abierta	36-40
Reflexiones sobre el estado actual de la atención a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica en la Provincia de Salamanca	41-44
Preprograma XI Jornadas A.E.N.	45-48
Actividades	48
Criterios para la aceptación de originales	50-51

EDITORIAL

Al filo del segundo año de vida autónoma de la ASOCIACION CASTELLANO-LEONESA DE SALUD MENTAL, y de la celebración de sus Primeras Jornadas Regionales en León, aparece este «número cero» de un BOLETIN que pretende consolidarse como medio de comunicación entre los afiliados. De aparición inicialmente semestral, sus contenidos no se limitarán a la información asociativa, incluyendo también artículos diversos dentro de los distintos campos de la atención a la Salud Mental (teoría, investigación, terapéutica, asistencia, historia, etc.), tratando así de facilitar y promover el debate científico y el intercambio de experiencias entre los lectores.

El Boletín se difundirá de forma gratuita entre los miembros de la ACLSM, siendo también enviado a los Centros de Salud Mental, Hospitales Psiquiátricos, Unidades Psiquiátricas de Hospitales generales, Departamentos Universitarios, etc., de la región, así como a las diferentes Asociaciones Autonómicas integradas en la ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA (A.E.N.).

El Consejo de Redacción anima a los socios a utilizar el Boletín como medio de expresión independiente y riguroso, esperando con la colaboración de todos llegar a convertirlo en el vehículo de opiniones críticas e innovadoras que nuestra comunidad regional tanto necesita.

Castilla y León, mayo de 1992


Valladolid, julio 92

JUNTA DIRECTIVA de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental
y Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Presidente *Ramón Esteban Arnaiz*
Vicepresidente *Antonio Uría Pérez*
Secretario General *Antonio Sáez Aguado*
Tesorera *M^a del Carmen Fernández Verde*
Vocales *Antonio Vecino Gallego*
M^a del Rosario Palomo Alvarez
M^a Paz Castro González
M^a del Pilar de la Viña Guzmán

COMISION DE ASISTENCIA Y DOCENCIA

Jesús Alonso de Vega
M^a de los Angeles López Peña
Esperanza González Marín
Inmaculada López Alija
Fernando Colina Pérez
José Antonio Espina Barrio

COMITE DE REDACCION

Esperanza González Marín (Coordinadora)
Félix López Sánchez
Antonio Pérez Urdániz
José M^a Alvarez Martínez
M^a Carmen García Pérez
Jesús de Dios Pacios
Ramón Esteban Arnaiz

La Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental agradece la colaboración prestada para la edición de este boletín a Laboratorios Beecham, S.A.

A.E.N.

La «ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA» es la primera asociación del Estado Español que agrupa a profesionales de la Salud Mental. Cuenta, en la actualidad, con más de 1.500 socios y es miembro de la «Asociación Mundial de Psiquiatría» y de la «Federación Internacional de Salud Mental».

TRAYECTORIA HISTÓRICA DE LA A.E.N.

Desde su creación en Barcelona en 1924 (a cuya constitución acudió KRAEPELIN), sus actividades han estado ligadas a las más importantes transformaciones que, en materia de Salud Mental, se han producido en este país, como por ejemplo y en los siguientes contextos:

1. En lo asistencial, las continuas denuncias de la A.E.N. en contra del sistema manicomial a lo largo de los años y la elaboración de propuestas de reforma psiquiátrica de las instituciones.
2. En lo legislativo, las críticas a la obsoleta Ley de Internamiento de 1931, la redacción de proyectos de ley (en colaboración con Juristas) que desembocaron en la actual Ley de Tutela y, en la actualidad, el estudio de las modificaciones de la Ley vigente y de otras, como la del Menor y la de Adopción, destinadas a mejorar la protección legal del enfermo.
3. En el formativo, la participación en la elaboración de la Ley de Especialidades, el apoyo a la constitución de movimientos de Auxiliares y A.T.S. Psiquiátricos, colaboración en los programas P.I.R. y, en la actualidad, petición a las instituciones del reconocimiento de las especialidades de Psicología y Psiquiatría Infanto-Juvenil.
4. En el Científico, a través de Congresos, Jornadas, premios de investigación y Comisiones de Trabajo sobre diferentes temas, así como la divulgación, por medio de la Revista de la Asociación y de sus publicaciones.
5. En situaciones concretas, como denuncias a Centros con deficiente calidad asistencial, a las restricciones de presupuesto o de plantillas y a los despidos improcedentes.

La aproximación psicoeducativa: una necesidad terapéutica en el trabajo con las familias de los pacientes psicóticos

Jorge Arévalo Ferrera*

Si existe una palabra, que pueda ser identificada como el baluarte asistencial de los servicios que se dirigen a las personas que padecen trastornos psiquiátricos severos en los tiempos que corren esa podría ser rehabilitación. De unos años para acá se puede decir que el panorama asistencial de los servicios psiquiátricos a lo largo y ancho de nuestra realidad nacional están supuestamente impregnados de rehabilitación (baste de ejemplo los motivos centrales de dos recientes eventos profesionales como fueron las Jornadas Nacionales de la AEN sobre «Cronicidad y Rehabilitación» celebradas el pasado año en Segovia o las Jornadas Internacionales sobre Rehabilitación Psiquiátrica que acaban de tener lugar en Oviedo). Al margen de una valoración crítica que pudiera hacerse sobre la facilidad con que se utiliza el término rehabilitación y su correspondencia no siempre real con el desarrollo de programas y de estructuras rehabilitadoras, si es cierto y destacable de un modo positivo, que esta preocupación, incluso aunque fuera sólo teórica, nos remite a una concepción bio-psico-social de los trastornos psiquiátricos cada vez más extendida en los distintos niveles del quehacer asistencial. Dicha concepción supone trascender un biologicismo estrecho que hace descansar gran parte de las intervenciones en aspectos farmacológicos y una visión excesivamente «medicalista». Por contraposición, un enfoque rehabilitador, implica reconocer además de los déficits y handicaps que se hacen obvios en los trastornos psiquiátricos, aquellos aspectos de la propia persona y del contexto, que son favorecedores de una mejor adaptación y de una mayor calidad de vida del paciente psiquiátrico. En este sentido, la familia constituye uno de los pilares fundamentales sobre los que, a nuestro juicio, debe asentarse el trabajo rehabilitador. Es el entorno familiar como han puesto de relieve los trabajos de Emoción Expresada (Brown, Birley y Wing, 1972; Vaughn y Leff, 1976; ver Vizcarro y Arévalo, 1987 para una revisión) una de las principales variables que están implicadas en la determinación del pronóstico de la esquizofrenia y otros trastornos, tanto en sentido posi-

tivo como negativo. Por lo tanto, ya sea para corregir los efectos perjudiciales que pueden aparecer si el paciente se encuentra rodeado de familiares altamente críticos o sobreimplicados o para sacar el máximo beneficio de aquellas fuerzas positivas que de modo natural existen en ciertas familias, constituye una necesidad de dirigir el foco de los servicios no sólo al paciente de un modo individual, sino también a la familia.

Presentaremos en este trabajo cuáles son algunas de las razones que hacen imprescindible el trabajo con las familias de los pacientes psicóticos, por qué dicho trabajo debe orientarse en la dirección psicoeducativa, en nuestra opinión, y por último, algunas de las propuestas psicoeducativas que se han ofrecido, algunas de las cuales se vienen poniendo en marcha en nuestro país en los últimos años. Finalmente, realizaremos alguna reflexión crítica sobre las ventajas de esta aproximación, sus limitaciones, y sus relaciones con otras intervenciones de carácter global que necesariamente deben estar presentes para que sus efectos se muestren eficaces y duraderos.

1. EL POR QUÉ DE LA NECESIDAD DE TRABAJAR CON LA FAMILIA

1.1. *La familia y su impacto en el curso de los trastornos psiquiátricos*

Desde la propuesta de conceptos tales como el de madre «esquizofrenógena» o de teorías familiares de la esquizofrenia como las del «doble vínculo» o la del «cisma y el sesgo familiar», el entorno familiar ha estado siempre presente en los intentos de comprensión del fenómeno psicótico. Inicialmente tales esfuerzos se dirigían principalmente a tratar de comprender el origen del trastorno apelando a explicaciones etiológicas que descansaban en las pautas interaccionales anómalas presentes en la familia, en la peculiar estructura de roles familiar o constructor de índole parecida. El fracaso de estos acercamientos en ofrecer una explicación comprehensiva del difícil puzzle de la esquizofrenia, hizo que la investigación familiar se propusiera objetivos más realistas pasándose a ocupar no ya del papel etiológico de la familia, sino de su influencia una vez que el trastorno ha hecho su aparición. Es en este punto donde se insertan los trabajos que sobre Emoción Expresada, iniciaron Brown y sus colaboradores a finales de los 60 y comienzos de los 70 (Brown, Birley y Wing, 1972) y que han dado lugar a un ingente número de trabajos hasta la fecha (ver Vizcarro y Arévalo, 1987, para una revisión). Estos trabajos, en su gran parte, han puesto de relieve que los pacientes con trastornos diversos (especialmente esquizofrenia) que al ser dados de alta del hospital regresan a entornos familiares de alta Emoción Expresada, es decir caracterizados por actitudes claramente críticas u hostiles o de elevada implicación emocional hacia la persona del paciente, tienen un riesgo significativamente elevado de padecer una recaída en los meses

* Psicólogo de la Unidad de Rehabilitación de Segovia, Profesor Asociado de la Fac. de Psicología de la Universidad Complutense

Correspondencia: Centro de Servicios Sociales y Salud Ntra. Sra. de la Fuencisla, Ctra. de la Granja, s/n Palazuelos del Eresma (SEGOVIA)

subsiguientes. Asimismo, han demostrado el aspecto inverso, que cuando el medio familiar que recibe el paciente a su salida del hospital, es tolerante, no excesivamente exigente y emocionalmente «neutro», las posibilidades de alcanzar una mejor adaptación y de no sufrir una recaída se ven incrementadas. Estos hallazgos empíricos, confirmados en repetidas ocasiones, salvo algunas excepciones (ver Arévalo y Vicarro, 1989), han sido uno de los principales argumentos para la creación y el desarrollo de intervenciones familiares destinadas a optimizar el beneficio terapéutico que del entorno familiar se puede extraer.

1.2. *Las consecuencias de la desinstitucionalización y de la atención comunitaria y las necesidades expresadas por los propios familiares*

Una segunda razón, de igual o mayor importancia que la anterior, reside en la actual política asistencial apoyada en un modelo comunitario. Desde los planteamientos de este modelo, gran parte de las funciones asistenciales que tradicionalmente eran cubiertas por el hospital psiquiátrico son trasladadas explícitamente o implícitamente a los hombros de las familias. Este traslado de responsabilidades, con la insuficiente dotación de recursos comunitarios para la rehabilitación, fenómeno tristemente característico de muchas redes asistenciales, genera una notable sobrecarga en los propios familiares con las consiguientes consecuencias negativas para los distintos miembros de la familia y a su vez para el propio paciente. De modo específico se ha señalado como la convivencia con un enfermo diagnosticado de esquizofrenia produce en los familiares efectos negativos múltiples: problemas económicos relacionados con la enfermedad, interferencia en las tareas cotidianas, restricción del tiempo libre, deterioro de las relaciones familiares, conductas agresivas o impredecibles del paciente, sentimientos constantes de responsabilidad hacia el paciente y de desesperanza, etc. (Fadden, Bebbington y Kuipers, 1987; García, Civeira y González, 1991; Goldman, 1982).

Los efectos señalados de la sobrecarga que supone convivir con un paciente psiquiátrico conducen, lógicamente, a que los familiares sean sujetos necesitados de ayuda, además de los propios pacientes. A este respecto, hay que hacer una matización, ya que en muchas ocasiones el tratamiento del paciente se ha acompañado tradicionalmente de terapia familiar. Pero el planteamiento habitual de esta clase de intentos era ofertado como terapia «para» la familia, leyéndose entre líneas el metmensaje de que la familia era la responsable de uno u otro modo de los problemas padecidos por el paciente. Tal clase de propuestas, como han señalado algunos autores (Hatfield, 1978, 1983), no se corresponden con las necesidades verdaderamente sentidas por las familias, sino con los apriorismos teóricos de los terapeutas familiares. Los familiares lejos de las expectativas de los profesionales señalan entre sus principales necesidades

las siguientes: comprender adecuadamente los síntomas de su pariente enfermo, contar con directrices claras para hacer frente a los problemas de conducta del paciente, relacionarse con personas que hayan atravesado experiencias y dificultades semejantes, cuidados sustitutivos del paciente para poder descansar y residencias alternativas para los pacientes. En los últimos lugares de las necesidades declaradas, se sitúa la petición de terapia para ellos mismos.

Esta disparidad entre las necesidades sentidas por los familiares y la oferta terapéutica que se les solía ofrecer ha generado en no pocas ocasiones actitudes frente a los profesionales de desconfianza, rechazo y replegamiento sobre sí mismos. Por lo tanto, sin magnificar las necesidades que los propios familiares expresan cuando se les pregunta sobre la clase de ayuda que desean recibir, parece claro que cuando menos éstas deben ser escuchadas y consideradas, si se quiere establecer una adecuada alianza terapéutica, principio básico para intentar alcanzar cualquier objetivo terapéutico sea cual sea el formato de intervención propuesto.

1.3. *Las limitaciones de los tratamientos farmacológicos*

Nadie pone en duda, hoy en día, que el advenimiento de los psicofármacos en la segunda mitad de este siglo haya sido uno de los principales avances de la psiquiatría contemporánea, existiendo un consenso generalizado del uso imprescindible de este tipo de intervención en los trastornos psiquiátricos más severos. Sin embargo, no es menos cierto que persisten algunas dificultades y limitaciones que hacen recomendable y necesario la combinación de los tratamientos farmacológicos con otros de carácter psicosocial, para conseguir un nivel óptimo de beneficios terapéuticos. De modo escueto, entre los problemas que persisten se pueden señalar los siguientes: riesgo elevado de recaídas a pesar de la toma continuada de medicación de mantenimiento, pacientes refractarios al tratamiento farmacológico en los que no se observan mejorías, escasa incidencia de los fármacos sobre la sintomatología negativa o deficitaria y aparición de efectos secundarios importantes.

Las limitaciones reseñadas y los resultados de algunos estudios controlados que han puesto de relieve el impacto de variables ambientales que modulan el efecto de la medicación (Hogarty, 1984) han servido para buscar alternativas terapéuticas que aumenten su techo de eficacia. En este sentido, algunos trabajos que han combinado la administración de neurolépticos con intervenciones psicosociales orientadas a los pacientes (entrenamiento en habilidades sociales) o a sus familiares (Falloon y Liberman, 1983) han conseguido disminuir notablemente las tasas de recaídas por debajo de lo esperado solamente con la intervención farmacológica.

1.4. *Los hallazgos científicos procedentes de diversas áreas de investigación*

Resulta imposible sintetizar de modo breve la cuantiosa investigación que en los últimos años se ha generado sobre los trastornos psiquiátricos mayores en áreas tan diversas como la genética, la bioquímica, y otras muchas. Con relación al objeto que nos ocupa, mencionaremos en primer lugar la importancia de los hallazgos sobre los déficits en el procesamiento de la información en trastornos como la esquizofrenia, y en segundo lugar, la aceptación relativamente generalizada de modelos teóricos complejos, que conciben los trastornos psiquiátricos en términos de vulnerabilidad. Según dichos modelos (especialmente en relación a la esquizofrenia –ver Fernández y Vázquez, 1989; Nuechterlein y Dason, 1984; Sánchez y Ruiz Vargas, 1987, entre otros) se postula que alteraciones genéticas y posiblemente también factores adquiridos, generan una predisposición premórbida vulnerable que puede ser eventualmente descompensada por ciertos estresores psicosociales.

En consonancia con los modelos de vulnerabilidad, en los que se integran factores del ambiente externo (familia, redes sociales, etc.), la conducta del individuo y el sustrato biológico, las intervenciones que se diseñen deben atender a la multiplicidad de variables implicadas tratando de actuar conjuntamente sobre todas ellas. Por dicho motivo, queda patente una vez más como el diseño de las estrategias terapéuticas, debe dirigirse a las variables del ambiente externo que pueden actuar tanto como estresores como amortiguadoras del estrés, como es el caso del entorno familiar, tal como se ha apuntado previamente al hablar de la Emoción Expresada.

1.5. *El movimiento de defensa de las familias y de los usuarios directos de los servicios de salud mental*

Un último elemento explicativo de la necesidad de las intervenciones psicoeducativas, no desdeñable, y conectado con el apartado en el que se ha mencionado las necesidades expresadas por las propias familias es el del surgimiento de los grupos de auto-ayuda de familiares. Dichos grupos se han focalizado en la atención a las necesidades, derechos y conocimiento directo de la realidad del paciente como cuidadores directos, intentando cubrir el hueco existente entre lo que ellos quieren y necesitan y lo que el sistema de servicios y los terapeutas les ofrecen. Asimismo, han presionado para que exista mayor comunicación y contacto entre clínicos y familias y una mayor implicación en la planificación del tratamiento, y para que sus deseos sean incorporados de modo participativo en los esfuerzos orientados tanto al cliente como a la creación de servicios.

Como Ryglewicz (1989a) señala la aproximación psicoeducativa al trabajo con las familias se ha desarrollado en un feliz momento de congruencia entre la necesidad humana (de información y directrices), desarrollos científicos (nuevas tecnologías de investigación genética y cerebral) y fuerzas políticas (el movimiento asociativo familiar).

2. EL CARÁCTER PSICOEDUCATIVO DEL TRABAJO CON LOS FAMILIARES DE LAS PERSONAS QUE PADECEN PSICOSIS

Las razones que se han apuntado para argumentar la necesidad de trabajar con las familias, de modo general se pueden considerar también como razones válidas para afirmar que el enfoque con el que dicho trabajo deba orientarse, haya de plantearse en la línea psicoeducativa. Sin embargo, de un modo más específico cabe señalar que la razón primordial que subyace a todas las estrategias que reciben el nombre de psicoeducativas, reside en la hipótesis central de que la información sobre los problemas y/o trastornos es un elemento básico en la reducción de la ansiedad y en la adquisición de un sentimiento de apoyo y confianza. Tal sentimiento aparece y se sostiene cuando los familiares conocen en qué consiste el problema, por qué ocurren los síntomas, cuales son las expectativas que pueden mantener y cuáles son las estrategias y directrices útiles para poder «convivir» con el problema de la manera más eficaz y satisfactoria (Ryglewicz, 1989b).

Aunque existen enfoques diversos, todos ellos han partido de la misma hipótesis central y comparten una serie de elementos esenciales que vamos a enumerar. Las diferencias entre los distintos enfoques se centran en aspectos secundarios vinculados al formato específico de terapia seleccionado (énfasis en unos u otros objetivos, duración, composición y duración de los grupos, curriculum específico, equipo terapéutico, organización del servicio en el que se realiza el programa, etc.). Los elementos que se pueden considerar como esenciales con independencia de la población a quien se dirija la intervención, sus objetivos y su formato concreto son los siguientes (Ryglewicz, 1989a):

- 1) El núcleo y el foco central de la intervención lo constituye un conjunto de aspectos informativos más que otras facetas tales como los sentimientos, la toma de conciencia, los conflictos individuales o interpersonales o la historia o las experiencias pasadas.
- 2) Se supone que el trastorno, el problema, o el déficit que se está considerando descansa en ciertas pautas características o factores de vulnerabilidad, con relación a los que la información existente es válida.
- 3) Se ofrecen directrices derivadas de la información disponible, que resultan útiles cuando son compartidas entre pacientes, familias, los pro-

fesionales y/u otras personas implicadas en el manejo cotidiano del problema o déficit que se está abordando.

- 4) Se plantea un encuadre claramente educativo y los roles se redefinen. El escenario terapéutico es estructurado como un aula, redefiniéndose el papel de terapeuta como profesor/instructor/facilitador y el de los miembros de la familia como estudiantes/guías/informantes reconocidos/cuidadores. Por su parte los pacientes pasan a desempeñar el rol de estudiantes/informantes expertos/participantes en la solución de problemas.
- 5) Se emplean situaciones individuales y/o grupales que permitan un procesamiento de la información suministrada en un clima de apoyo y de ayuda mutua de todos los participantes implicados, ofreciéndose directrices concretas para hacer frente a situaciones vitales específicas.

Stracham (1986) señala también una serie de procesos que parecen estar implicados activamente en los logros que desde el enfoque psicoeducativo se han alcanzado:

- 1) *La conexión con el punto de vista de la familia:* frente a abordajes amenazantes o descalificantes de la competencia de la familia, desde la óptica psicoeducativa se plantea la comprensión y escucha empática de la experiencia tal como la familia la experimenta, intentando ofrecer un mensaje de desculpabilización, coparticipación y orientado a la tarea.
- 2) *El cambio de encuadre:* se parte de una cierta «ideología médica» en la que implícitamente y de modo estratégico se «acepta» el trastorno mental como una «enfermedad» de la que, por lo tanto, la familia no es responsable. La idea de «curar» queda reemplazada por la de rehabilitar desde la que se trata de conseguir el mejor nivel de salud y de adaptación tanto para el paciente como para la familia, pasando a ser las sesiones de terapia para la familia a «reuniones familiares» en las que todos tratan de aprender nuevas y mejores formas de hacer frente a los problemas.
- 3) *La focalización en las transacciones actuales:* los principales esfuerzos y preocupaciones no se dirigen a la comprensión de los factores históricos que han determinado el presente, sino a lo que sucede en la actualidad, para conocer cuáles son las habilidades presentes que puedan ser desplegadas y subsanar aquellos déficits que dificultan un eficaz afrontamiento y resolución de los problemas actuales.
- 4) *La atención a los procesos de comunicación familiar:* el conocimiento de las limitaciones de procesamiento de la información que se encuentran en

las personas que sufren este tipo de trastornos está directamente conectado con el hecho de que uno de los principales objetivos de la psicoeducación sea el de la transmisión de adecuados modos de comunicación que deben incluir la claridad y la sencillez, y la congruencia.

- 5) *La orientación hacia la solución de problemas concretos:* se prescinde de la persecución de objetivos vagos y complejos (v.g., el cambio de la dinámica familiar, el reforzamiento de los subsistemas familiares...), sobre los cuales no es fácil conocer si han sido o no alcanzados, para centrarse en la consecución de metas sencillas, específicas y evaluables (por ejemplo que el paciente se levante a una hora determinada de la cama, que se establezcan turnos para fregar los cacharros para disminuir el número de altercados cotidianos en las comidas, etc.).
- 6) *El recurso a la medicación regular de mantenimiento como medida complementaria:* uno de los principales beneficios que se alcanzan con las intervenciones psicoeducativas, al margen de los beneficios que por sí mismas puedan aportar, es el de conseguir una mayor adherencia a los tratamientos farmacológicos prescritos; por lo tanto, incluso desde una óptica puramente farmacológica, esta clase de intervenciones garantizan la consecución de sus propios objetivos.
- 7) *Ofrecer educación:* es precisamente este aspecto del que se deriva la etiqueta «psicoeducativa» con la que se bautiza globalmente al presente enfoque. Todos los modelos incluidos a la sombra de dicha etiqueta se proponen «educar» a la familia (y algunos también a los propios pacientes) acerca de la realidad del trastorno, compartiendo unas metas comunes:
 - * Transmitir información.
 - * Conseguir una disminución de las actitudes familiares que puedan ser perjudiciales.
 - * Ofrecer razones por las que se emplea el tratamiento farmacológico.
 - * Reducir la culpabilidad, la vergüenza y el estigma.
 - * Sustituir expectativas irreales sobre la naturaleza y el proceso de recuperación por otras más correctas.
 - * Dar consejos y directrices prácticas en relación con los problemas a manejar.

Hay que subrayar que a pesar de que el dominio cognitivo (el aumento de los conocimientos) es un elemento clave, su actuación eficaz se asienta también sobre la dimensión de apoyo emocional que este particular formato de educación ofrece. Es decir que todos los elementos metacomunicativos de los

programas educativos, que dan a entender a la familia que se les escucha, se les entiende, se les acepta y se comprende su experiencia parecen tan o más importantes que la exactitud y prolijidad de la información que se les pueda proporcionar.

3. MODELOS DE TRABAJO PSICOEDUCATIVO CON FAMILIAS

Existen diversas propuestas para desplegar un programa psicoeducativo. Como se ha señalado repetidamente, son muchas las coincidencias, especialmente en lo que respecta a la «ideología» de partida. No disponemos de espacio suficiente para comentar en detalle algunos de estos modelos, por lo que nos limitaremos a ofrecer una mención breve de los mismos (ver Arévalo, 1990 para una revisión de los principales modelos).

Las principales propuestas han sido las formuladas por el grupo británico que ha trabajado sobre la Emoción Expresada (Berkowitz, 1984; Berkowitz et al., 1986; entre otros), el modelo de terapia familiar desarrollado por Falloon (Falloon; Boyd y McGill, 1984) y las aportaciones de Anderson, Reiss y Hogarty (1986, existe traducción castellana). Todos ellos aún con diferencias de formato (entre las dimensiones en las que se pueden señalar diferencias se pueden incluir las siguientes: nº de sesiones, su duración, la ubicación donde se realizan, el nº de familias presentes, la presencia o no del paciente, el momento de inicio del programa respecto a la evolución del trastorno y el estilo de presentación) está diseñados para abordar la dificultad actual de la persona con esquizofrenia para procesar información y responder de modo selectivo y apropiado. El modo en que este problema es afrontado consiste en ayudar a las familias a crear y mantener en sus interacciones con el paciente, una atmósfera de estrés reducido y de una estimulación relativamente baja. Para ello, se realizan una serie de sesiones informativas sobre los conocimientos acerca del trastorno y se relaciona dicha información con directrices que se proponen a la familia para hacer frente a las distintas dificultades que día a día se plantean.

A partir de estas líneas maestras los distintos programas psicoeducativos pueden incorporar algunos elementos específicos entre los que cabría señalar los siguientes:

- 1) *Intervención en crisis*: en este ámbito destaca el trabajo de Goldstein y Kopeikin (1981), quienes han formulado un modelo de intervención de interés para trabajar con pacientes que han sufrido su primer o segundo ingreso en el período vulnerable de las semanas siguientes al alta (ver también Greenberg et al., 1988).
- 2) *Programas genéricamente psicoeducativos*: se trata de programas de corta duración a modo de cursos o seminarios breves en los que se plantean las cuestiones básicas del contacto con la familia: informa-

ción, expresión compartida de sentimientos y experiencias dolorosas y consejo sobre problemas inmediatos (Mannion y Meisel, 1989).

- 3) *Trabajo familiar individualizado*: esta posibilidad la apuntan los autores británicos para aquellas familias para las que resulta insuficiente o inadecuado el formato grupal y coincide también con la terapia familiar conductual de Falloon en la que el trabajo terapéutico se realiza con la unidad familiar incluyendo al paciente.
- 4) *Relación con los grupos de autoayuda familiar*: la mayoría de los modelos psicoeducativos plantean que para que los logros alcanzados sean duraderos y se generalicen resulta necesario colaborar en la creación de este tipo de grupo o conectar con aquellos que ya existan en la comunidad. El contacto con estos grupos debe ser estrecho, colaborador y continuado y en cierta medida no desde una perspectiva profesional y distante sino desde una posición más próxima y comprometida.
- 5) *Grupos psicoeducativos multifamiliares dirigidos a otras poblaciones específicas*: la mayoría del trabajo psicoeducativo (al menos en su origen) se planteó con relación a la esquizofrenia, sin embargo esta aproximación es perfectamente aplicable a otros ámbitos muy diversos (cáncer, problemas infantiles, psicóticos con problemas añadidos de drogas, etc.) (v.g. Sciacca, 1989).

Algunos de estos modelos han inspirado la puesta en marcha de programas asistenciales familiares en nuestro país, existiendo una cierta «tradición psicoeducativa» en determinadas áreas del estado (Ballús, Llovet, Boada y Cabrero, 1991; Montero, Ruiz, Adam y Gómez-Beneyto, 1990). No hay una implantación uniforme, sino que en unos casos por la adopción de otro tipo de perspectivas teóricas y en otros por el escaso desarrollo del modelo comunitario u otras razones de índole diversa, o bien no existe ningún planteamiento de servicios que atiendan sistemáticamente las necesidades de las familias o los existentes no coinciden con los planteamientos que aquí se han descrito.

4. CONCLUSIONES

A lo largo de las páginas precedentes se han ofrecido variados argumentos que ponen de relieve la irrefutable necesidad de que el trabajo rehabilitador con personas que padecen problemas psiquiátricos severos, incorpore obligadamente a la familia como contexto básico en el que dicho proceso se lleve a cabo. De igual forma, se ha planteado como por razones de eficacia empíricamente demostradas, por consonancia con los modelos que ofrecen una explicación más comprehensiva de los trastornos y por la validez de sus postulados esenciales, las intervenciones familiares con este tipo de poblaciones de-

FERNANDEZ, E. y VAZQUEZ (1989).
Modelo de vulnerabilidad y esquizofrenia. *Monografías de Psiquiatría*, 1, 3-9.

GARCIA, P.; CIVEIRA, J. M. y GONZALEZ, L. (1991).
Repercusión de la esquizofrenia sobre el grupo familiar. *Psiquis*, 12, 34-47.

GOLDMAN, H. H. (1982).
Mental illness and family burden: A public health perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 557-560.

GOLDSTEIN, M. J. y KOPEIKIN, H. S. (1981).
Short-and long-term effects of combining drug and family therapy. En M. J. Goldstein (Ed.) *New directions for mental health services: New developments in interventions with families of schizophrenics* (Nº 12). San Francisco, Jossey-Bass, 5-26.

GEENBERG, L.; FINE, S.; COHEN, C. *et al.* (1988).
An interdisciplinary Psychoeducation Program for schizophrenic patients and their families in an acute care setting. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 277-282.

HATFIELD, A. B. (1978).
Psychological costs of schizophrenia to the family. *Social Work*, 23, 355-359.

HATFIELD, A. B. (1983).
What families want of family therapists. En W. R. McFarlane (Ed.) *Family therapy in schizophrenia*. N. York, Guilford Press, 41-68.

HEINRICHS, W. y CARPENTER, W. T. (1983).
The coordination of family therapy with other treatment modalities for schizophrenia. En W. R. McFarlane (Ed.) *Family therapy in schizophrenia*. N. York, Guilford Press, 267-288.

HOGARTY, G. E. (1984).
Depot neuroleptics: The relevance of psycho-social factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 36-42.

MANNION, E. y MEISEL, M. (1989).
Psychoeducation: A new way of working with families. *Tie-Lines*, VI, nº 3, 4-5.

MCFARLANE, W. R. y BEELS, C. (1983).
A decision-tree model for integrating family therapies for schizophrenia. En W. R. McFarlane (Ed.) *Family therapy in schizophrenia*. N. York, Guilford Press, 325-336.

MONTERO, I.; RUIZ, I.; ADAM, A. y GOMEZ-BENEYTO, M. (1990).
Impacto de un programa psicoeducativo en familias de pacientes esquizofrénicos. *Psiquis*, XI, 27-35.

NUECHTERLEIN, K. H. y DAWSON, M. E. (1984).
A heuristic vulnerability-stress model of schizophrenia episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 158-203.

RYGLEWICZ, H. (1989a).
Psychoeducational work with families: Theme and variations. *Tie-Lines*, VI, nº 3, 1-3.

RYGLEWICZ, H. (1989b).
Psychoeducation: A wave of present. *Tie-Lines*, VI, nº 2; 1-2.

SANCHEZ, P. y RUIZ VARGAS, J. M. (1987).
Vulnerabilidad a la esquizofrenia. En J. M. Ruiz Vargas (Dir.) *Esquizofrenia: Un enfoque cognitivo*. Madrid, Alianza.

SCIACCA, K. (1989).
MICAA-NON: Working with families, friends and advocates of mentally ill chemical abusers and addicted (MICAA). *Tie-Lines*, VI, nº 3, 7-8.

STRACHAM, A. M. (1986).
Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia: Toward protection and coping. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 678-698.

VAUGHN, C. y LEFF, J. P. (1976).
The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-37.

VIZCARRO, C. y AREVALO, J. (1987).
Emoción expresada: Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas. *Estudios de Psicología*, nº 26-27, 89-109.

La «psychose hallucinatoire chronique»: una reflexión sobre las rivalidades narcisistas en la construcción las categorías de la clínica mental

José María Álvarez Martínez*

Junto con el «delirio de interpretación», el «delirio de reivindicación» y el «delirio de imaginación», la «psychose hallucinatoire chronique» corresponde a la tercera generación de las construcciones francesas sobre los delirios crónicos sistematizados. Se trata de un tipo clínico de psicosis genuinamente francés, cuyas características clínicas, a decir de su inventor Gilbert Ballet, reposan sobre la subordinación de los delirios al fondo alucinatorio que los determina y alimenta. Pero, ¿por qué los dominios de la P.H.C. se han limitado históricamente a las fronteras francesas, o, para ser más precisos a los dominios de las influencias de los clínicos franceses? Si la P.H.C. es patrimonio exclusivo de la clínica francesa («psychose nationale»), ¿será acaso por una particularidad consustancial al altivo y engolado espíritu francés, único en desarrollar tales complejidades psicóticas? ¿Será, por el contrario, que en la construcción de las categorías de la clínica mental, tras el ojo del observador habitan los fantasmas de alguien que es, antes que un aséptico científico, un sujeto enmarañado en sus complejidades?

En las páginas que siguen trataremos de introducir elementos clínicos y epistemológicos para alimentar estas consideraciones. La P.H.C. nos servirá de motivo para mostrar el desfallecimiento de la anhelada asepsia científica cuando enfoca ese real de la locura, ya de por sí inasible, y que precipita mil y una descripciones que dependen de todas ellas de la posición del observador, es decir de la posición subjetiva.

1. LA CONSTRUCCIÓN DE LA CATEGORÍA CLÍNICA «PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE»

Cada uno de los llamados en la década de 1920 por Sérieux y Capgras «delirios crónicos sistematizados» surgen de un tronco común: el «delirio de persecuciones» (Cf. P. Sérieux y J. Capgras, 1921). Bajo esta rúbrica, Ch. E. Lasègue describió en 1852 un conjunto variopinto de formas delirantes, todas ellas de temática persecutoria. Lasègue reunió y reordenó allí a los melancóli-

cos de Pinel y a los lypemánacos y monománacos de Esquirol. Y lo hizo sin el escrúpulo etiológico, evolutivo y semiológico que caracterizó a sus descendientes. Se sirvió tan sólo de lo más superficial y sobresaliente del cuadro clínico florido: todos estos enfermos se decían perseguidos (Cf. Ch. E. Lasègue, 1971, 29-48).

Una agrupación de tal catadura, pues reunía histéricos, paranoicos, psicóticos sintomáticos, alcohólicos, etc., fue pronto presa de numerosas críticas y vituperios. No obstante, relanzó las investigaciones deliriológicas en la clínica francesa.

Magnan criticó la agrupación de Lasègue no sólo por adolecer de criterios etiológicos diferenciales, sino también por no discriminar los distintos estadios evolutivos de la enfermedad, y por la grosera indiferenciación semiológica entre alucinaciones y delirios. Y así Magnan, en un marco epistemológico depurado en los más estrictos parámetros de la ciencia médica, nos ofreció su «delirio crónico con evolución sistemática» (Cf. V. Magnan y P. Sérieux, 1910). Pero, al mismo tiempo que este tipo clínico se perfilaba escrupulosamente sobre el ideal de la ciencia positiva, no había manera de encontrar un sólo enfermo que siguiera fielmente las indicaciones evolutivas que Magnan había prescrito detalladamente. Fue una entelequia preciosista, metodológicamente brillante pero clínicamente insostenible.

Posteriormente, los psicopatólogos concentraron sus esfuerzos en un análisis semiológico minucioso y en la subordinación del conjunto del cuadro clínico a un mecanismo psicológico exclusivo, relegando los análisis temáticos y desestimando los criterios exclusivamente evolutivos. Bajo estos presupuestos, Sérieux y Capgras aislaron el «delirio de interpretación» y el «delirio de reivindicación», Dupré el «delirio de imaginación», y Ballet la P.H.C. (Cf. P. Sérieux y J. Capgras, 1909 y E. Dupré, 1925).

Sobre esta orientación metodológica surgió la P.H.C. El marco histórico y la coyuntura que promovieron su construcción nos revelan con claridad meridiana las estrategias y tácticas de contraataque de la clínica francesa frente a la colonización de la nosología alemana (Kraepelin y Bleuler), que situaba como punta de la lanza a la demencia precoz o esquizofrenia. Así, la P.H.C. supuso el estandarte común al que se aliaron los clínicos franceses frente a la invasión de la clínica escrita en alemán.

En este marco de rivalidades entre escuelas que clamaban por una nosografía nacionalista, la reputación de G. Ballet (profesor titular de Enfermedades Mentales, reputado especialista en neurología y consumado clínico en patologías alucinatorias) pareció suficiente para construir un dique sólido y genuinamente francés frente a la esquizofrenia germana.

* Psicoanalista, Escuela Europea de Psicoanálisis. Cataluña. Profesor del Instituto Superior de Filosofía. Valladolid.

Antes de la descripción de Ballet, los delirios alucinatorios habían ya concitado el interés observacional de los clínicos franceses (Cf. Dide y Gassiot, 1910 y Dupré, 1905). Pero ninguna de las descripciones promovidas por estos autores, cuyas observaciones clínicas se contradicen en aspectos semiológicos y pronósticos, logró instaurarse y consolidarse en el firmamento de la clínica francesa. El éxito de Ballet, amén de su reputación, residió en elegir el momento más idóneo para lanzar su ofensiva, precisamente el instante en que sus compatriotas desfallecían ante el éxito alcanzado por la publicación del libro de Bleuler sobre las esquizofrenias (Cf. E. Bleuler, 1960).

Pero sería erróneo circunscribir exclusivamente las rivalidades clínicas a sus contornos nacionalistas: oposición entre la clínica francesa y la alemana. Por el contrario, nos parece que si entendemos las rivalidades en relación al narcisismo, pronto encontraremos que tales rivalidades son, primero y antes que nada, rivalidades muy caseras. En efecto, el primer polo de rivalidad para Ballet es su par y compatriota Magnan, luego Kraepelin y sólo posteriormente Bleuler. Desvelar las razones de estos enfrentamientos nos permitirá entender las características clínicas de la P.H.C. de G. Ballet.

Las críticas de Ballet apuntaron a la utilización falaz de los criterios etiológicos y evolutivos en las obras de Magnan y Kraepelin, respectivamente. «En suma, señores, me parece que Magnan y sus alumnos han *disociado* en exceso, separando dos grupos distintos, hechos que no me parecen nosológicamente separables, y que por el contrario Kraepelin y sus seguidores han *shintetizado* en exceso, fusionando la demencia paranoide con la hebefrenia y la catatonia» (G. Ballet, 1911, 407).

Los argumentos de la crítica a Magnan, sin carecer de lógica, nos hablan a las claras del enfrentamiento enconado que mantenían los clínicos de la Admisión (Magnan a la cabeza) con el grupo de la Salpêtrière (Séglas, Ballet, Cotard, etc.). Se trata fundamentalmente de una denuncia epistemológica, pues el dogmatismo de Magnan pretendía sostener, sobre la base de fútiles especulaciones etiológicas, una división entre las «*psicosis de los degenerados*» y el «*delirio crónico con evolución sistemática*». La posición de Ballet es muy clara: la clínica debe basarse en la observación y no en la especulación etiológica.

La oposición a Kraepelin, es decir a la invasión de la clínica alemana, se concitó en la denuncia de los criterios dogmáticos que el catedrático de Munich dictaminó para la evolución y terminación de los trastornos psicóticos. Para Kraepelin, heredero de K. L. Kahlbaum, el deterioro y la alucinación eran fenómenos de la misma serie: inherencia entre la aparición de alucinaciones y mal pronóstico (demencia terminal). Las filigranas nosográficas que Kraepelin se vio compelido a efectuar para reducir la vieja *paranoia* a la «*dementia praecox*», así como el problema nosográfico y epistemológico de las «*phantastische Formen*»

que trató de resolver con la construcción del grupo parafrénico, nos muestran a las claras el contrapunto entre la mirada diáfana del gran clínico que fue y la ceguera dogmática que presidió sus aspiraciones: transformar el campo de los delirios, entendidos como producción, en el campo de las psicosis («*dementia praecox*»), entendidas como déficit.

Empero, inmediatamente veremos que las críticas que Ballet imputa a sus rivales, decantándose por la clínica antes que por el servilismo al ideal de una psiquiatría positivista, se vuelven también contra sus propios argumentos.

2. DESCRIPCIÓN DE LA «PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE»

Tal como hemos advertido ya, la P.H.C. se construye en la obra de G. Ballet en dos tiempos. El primero, que corresponde a su artículo de 1911 «*La psychose hallucinatoire chronique*», supone un intento de homogenización de la semiología del nuevo cuadro clínico. El segundo, publicado en 1913 bajo el título «*La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité*», constituye un intento de homogeneización de la patogenia del cuadro.

En el primero de sus textos, Ballet nos presenta una nueva categoría clínica basada en la bipartición de unos síntomas constantes y otros inconstantes. Los síntomas constantes, intrínsecos a esta autonomía clínica, son: el «estado cenestésico doloroso» y la inquietud, y secundariamente las ideas de persecución y las alucinaciones auditivas asociadas. Los llamados síntomas inconstantes corresponden a las ideas de grandeza, que Ballet considera en este momento contingentes a las ideas de persecución.

Nos parece poder discernir en esta bipartición la intención del autor de sostener la naturaleza afectiva y no intelectual de la afección. Todo el cuadro clínico se subordina, en esta primera versión de 1911, a la alteración cenestésica y a la inquietud. Los delirios y las alucinaciones son siempre secundarios.

En 1913, la versión de la P.H.C. es otra bien distinta. Ballet abunda en una teorización de la patogenia cuya débil explicación busca en la «*désagrégation*» inicial de la personalidad. Se trata, al fin y al cabo, de un forzamiento al que se ve obligado el autor para sostener la autonomía de su psicosis frente al gran monstruo nosográfico del «*grupo de las esquizofrenias*».

Pero, ¿qué nos dice Ballet de la «*désagrégation*»? Su argumentación es escandalosamente prosaica: se trata de arrojar del campo de la conciencia un gran número de procesos psíquicos, de relegarlos al «*subconsciente*». A partir de aquí, Ballet se pierde en un mundo de sombras sin posibilidad de fundamentar sus constataciones semiológicas en una pretendida explicación psicológica. Ninguna referencia a Freud, ni siquiera una petición de auxilio a la metapsicología psicoanalítica. No hay manera de saber ni el por qué ni el cómo de la «*dé-*

sagrégation». Eso sí, Ballet establece relaciones causa-efecto, subordinaciones conceptuales y clínicas: el carácter intrínseco de la P.H.C. es la «*désagrégation*», su expresión clínica son las alucinaciones y el eco del pensamiento; las ideas delirantes son siempre secundarias y explicativas de las alucinaciones.

Esta nueva y definitiva versión de 1913 promovió una reordenación del cuadro clínico. La alucinación es ahora el fenómeno conspicuo intrínseco y característico. «Se considera desde el punto de vista sintomático que son las ideas de persecución las que otorgan a la afección su fisonomía propia. Estimo que eso es un error. Hay psicosis alucinatorias crónicas en las que las ideas de persecución no aparecen sino tardíamente, y en algunos casos nunca. (...) Las alucinaciones tienen, en cambio, otra importancia. Ellas constituyen, como el propio nombre lo indica, parte integral, necesaria en un cierto período, de la sintomatología de la afección. Pero las alucinaciones implican que la personalidad está disgregada (*"désagrégée"*), constituyen una manifestación de esa *"désagrégation"*. (...) Disgregación de la personalidad, y como consecuencia de esta disgregación, fenómeno del eco del pensamiento y alucinaciones, esto es lo que se encuentra en la base de toda P.H.C.; las ideas de persecución y de grandeza son siempre secundarias, se presentan con más o menos frecuencia» (G. Ballet, 1913, 503).

Así, la inquietud y el estado cenestésico alterado han dejado su lugar a la alucinación, fenómeno mimado del análisis semiológico y síntoma mayor de la psicosis. Pero, si bien Ballet escribió la historia funcional de esta psicosis, la gran elaboración y descomposición hasta sus elementos últimos (*"pequeño automatismo mental"*) no llegaría hasta los trabajos de G. G. de Clérambault, genio de la clínica donde los hubiere, quien para no ser menos en esta pequeña historia de las rivalidades tiene a gala no referirse nunca a Gilbert Ballet (Cf. G. G. de Clérambault, 1945, 11).

3. SOBRE LAS RIVALIDADES NARCISISTAS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE LA CLÍNICA MENTAL

En las páginas que preceden estas reflexiones finales hemos tratado de mostrar las características clínicas de esta psicosis genuinamente francesa, pero hemos señalado también las razones de rivalidad que esta categoría atesora en su seno. La P.H.C. es antes que nada el resultado de una rivalidad, de una oposición. Clínicamente construye por la oposición de síntomas principales y síntomas contingentes, como cualquier categoría psiquiátrica, pero a estas oposiciones observables les subyacen las oposiciones de los observadores, esos sujetos que miran y construyen desde sus fantasmas.

Sin delirar hasta el punto de pretender analizar a los sujetos que han promovido las categorías de la clínica mental, nos parece oportuno situar el marco

y el contexto en que se desarrollan sus construcciones. Nos parece poder llegar así al corazón mismo de las intenciones que subyacen a los fundamentos de estas categorías. Tomaremos exclusivamente, en estas reflexiones, la vertiente de las rivalidades, dejando de lado los ideales y las características del marco laboral que posibilitan la observación de determinado tipo de patologías.

La victoria de Ballet sobre Magnan, primer polo de oposición, dirige nuestras miras al enfrentamiento entre la clínica francesa y la clínica escrita en alemán. Esta disputa tiene sus fechas, nombres y categorías propios: Bleuler y las esquizofrenias, 1911; Kraepelin y las parafrenias, 1912-1913. En el otro bando, Ballet y su P.H.C., 1911 y 1913.

En aquellos momentos de barroquismo y sofisticación de la nosografía, la noción de esquizofrenia llegó a absorber la mayor parte de las psicosis delirantes. Descriptivamente, las formas paranoides de la esquizofrenia y las formas alucinatorias de las parafrenias kraepelinianas, constituían el enemigo más notable para la consolidación de la categoría francesa.

La agrupación parafrénica, que no consiguió instaurarse en los dominios de la clínica francesa por más esfuerzos que le dedicó Halberstadt, podía haber constituido en otro tiempo un enemigo vigoroso, pero ahora, de puro remendado, se había tomado fofo y quebradizo (Cf. G. Halberstadt, 1933). Con esta categoría, Kraepelin pretendió sostener el ya endeblete almacén de su concepción de las psicosis. Las parafrenias, al fin y al cabo, no fueron más que un parche para ocultar la grieta del edificio resquebrajado. Se construyeron con criterios pura y simplemente cuantitativos: menos deterioro que la demencia precoz, pero más que la paranoia, más sistematización que la demencia precoz, pero menos para la paranoia, etcétera (Cf. E. Kraepelin, 1913). Una categoría tal, por más que tuviera una utilidad clínica para nombrar ciertos delirios extraordinarios por su producción delirante y alucinatoria, que contrastaba con el exiguo déficit terminal, no inquietó lo más mínimo a los clínicos franceses coetáneos.

Doctrinal y nosográficamente, las parafrenias ocuparon un lugar intermedio entre la *"dementia praecox"* y los delirios paranoides. Justamente el mismo lugar que ocupa la P.H.C. Empero, mientras que la P.H.C. prevaleció, las parafrenias se oscurecieron. Si hemos de encontrar una explicación para este curioso suceso, hemos de apelar ineluctablemente al surgimiento de la categoría esquizofrenia, o mejor *"grupo de las esquizofrenias"*.

Las influencias de la concepción bleuleriana, una vez publicado su texto en 1911, corrieron como la pólvora entre los colegas germanos. Bleuler había conseguido suavizar la *"dementia praecox"* kraepeliniana merced al cambio de nombre, y a estipular un pronóstico y una terminación menos aciagos. Pero aunque el diagnóstico ya no se estableciera por la terminación deficitaria, sino,

como propone Bleuler, por la disociación de las funciones mentales, nosográficamente el grupo se hizo más extenso aún.

El enemigo ahora no era Kraepelin, sino Bleuler. Los clínicos franceses se mostraron refractarios a la extensión otorgada por el catedrático de Zurich, y fijaron sus posiciones en torno a la devaluada «*dementia paranoides*» kraepeliniana, cuya reformulación francesa llegó de mano del insigne Jules Séglas (Cf. J. Séglas, 1900). De esta manera, las elaboraciones nacionales sobre los «*délires chroniques*» podían seguir coexistiendo con la demencia precoz, sin ser fagocitados por ésta. Esta es, a grandes líneas, la forma en que los psicopatólogos franceses pudieron salvaguardar su valioso patrimonio deliriológico. Se trata, por tanto, de un paradójico retorno a Kraepelin contra Bleuler. En este punto concreto, los clínicos franceses se tornaron más papistas que el Papa, es decir más kraepelinianos que los alemanes.

Respuestas abstrusas como la de Henri Claude al tratar de compaginar la «*dementia praecox*» con la esquizofrenia, nos muestran sin más velos el grado de conmoción ante la extensión amenazante de la esquizofrenia (Cf. H. Claude, G. Robin y A. Borel, 1924). Pero es, sin duda, la acuñación y perpetuación de la P.H.C., donde se nos muestra sin disfraces el nivel de enfrentamiento entre las dos grandes clínicas mundiales.

Una lectura de los fundamentos de la clínica desde la vertiente de las rivalidades nos permite sostener la artificialidad, es decir, la construcción subjetiva, que subyace en todas estas categorías a las que tanto nos apegamos para despistar nuestra ignorancia sobre lo real de la psicosis.

¿Cómo entender si no esa dialéctica de influencias y transferencias que se desplaza, sin rumbo fijo, pero en oleadas, entre la clínica alemana y la clínica francesa en las últimas décadas del siglo XIX y primeras del XX? Una teoría tan francesa como la «degeneración» (Morel y Magnan) inunda de influencias, a partir de 1870 a los colegas germanos (en especial, a Krafft-Ebing y la Escuela de Illenau); los franceses rechazan en principio la orientación kraepeliniana, pretendiendo encontrar en Magnan y Séglas los fundamentos dogmáticos y clínicos de sus construcciones; Kraepelin, en la última edición de su *Psychiatrie* acoge con melindres y parabienes las réplicas de los franceses. En el período entre las dos guerras ocurre justamente lo contrario; los alemanes están más aislados, pero surgen con furor las teorías de Bleuler, las de Jaspers y sus dos alumnos enemigos; Kretschmer y K. Schneider. Este último, finalmente descubrirá el eterno problema francés de la alucinación, y confeccionará un listado de signos patognomónicos de esquizofrenia, ¡asunto éste que Ballet y sobre todo Clérambault habían matizado hasta la saciedad varias décadas antes! Los franceses, por el contrario, instigados por Claude y Minkowski, redescubren con una década de retraso a Bleuler, y por último a Kraepelin.

BIBLIOGRAFÍA

- BALLET, G. (1987).
Leçons de clinique médicale. Psychoses et affections nerveuses, París.
- BALLET, G. (1911).
«La psychose hallucinatoire chronique», *L'Encéphale*, nº 11, 400-411.
- BALLET, G. (1913).
«La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité», *L'Encéphale*, II, 501-510.
- BLEULER, E. (1960).
Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias, Buenos Aires, Hormé-Paidós (1912).
- CLAUDE, H.; ROBIN, G. y BOREL, A. (1924).
«Démence précoce, schizomanie, schizophrénie», *L'Encéphale*, I, 145-151.
- CLERAMBAULT, G. G. (1942).
Oeuvre Psychiatrique, II, París, P.V.F.
- DIDE, M. y GASSIOT (1910).
«La psychose hallucinatoire chronique», *L'Encéphale*, 492-498.
- DUPRE, E. (1905).
«Revue policlinique des psychoses hallucinatoires chroniques», *L'Encéphale*, 398-418.
- DUPRE, E. (1925).
Pathologie de l'imagination et de l'émotivité, París, Payot.
- HALBERSTADT, G. (1933).
«La paraphrénie hallucinatoire», *L'Encéphale*, 601.
- LASEGUE, CH. E. (1971).
«Du délire de persécutions», in Ch. E. Lasègue *Ecrits psychiatriques*, Toulouse, Privat (1952).
- MAGNAN, V. y SERIEUX, P. (1910).
«Délire chronique à évolution systématique», in A. Marie, *Traité International de Psychologie Pathologique, II*, París, F. Alcan.
- KRAEPELIN, E. (1913).
Psychiatrie, III, IV (Dementia Praecox, pp. 668-971; «Die paranoiden verblödungen», pp. 971-1022), Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth.
- SEGLAS, J. (1900).
«La démence paranoïde», *Annales Médico-Psychologiques*, 232-245.
- SERIEUX, P. y CAPGRAS, J. (1909).
Les folies raisonnantes et le délire d'interprétation, París, F. Alcan.
- SERIEUX, P. y CAPGRAS, J. (1921).
«Les délires chroniques systématisés», in E. Sergent, L. Bibadeau-Dumas et S. Baboneix *Traité de Pathologie médicale et thérapeutique appliquée (PSYCHIATRIE, I)*, París, Maloine.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 66 años de edad, que el 27 de noviembre acude al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro de afonía completa, de cinco días de evolución. Es examinada por el Residente de puerta y enviada al ORL de guardia. A la exploración ORL sólo se detecta faringe ligeramente enrojecida. La laringe y cuerdas vocales son de aspecto normal. No encuentra, pues, patología que justifique esta pérdida de fonación. Realiza entonces una maniobra de sugestión, pellizcando la faringe con unas pinzas e informa a la paciente de que le «ha desmontado las cuerdas vocales». La paciente recupera la voz instantáneamente. Me es enviada porque, además, y según consta en el informe ORL «presenta un cuadro de tristeza y ansiedad que precisa evaluación psiquiátrica».

En mi entrevista con la paciente y su marido, que la acompaña, se muestra en todo momento colaboradora, sin detectarse alteraciones en la fonación. Me informa de que está casada, tiene cuatro hijos, tres varones de 44, 43 y 36 años y una hija de 42, todos casados y residentes fuera del domicilio paterno. Tiene un total de 8 nietos, 5 niños y tres niñas.

Preguntada acerca de sus antecedentes somáticos, padece una malformación congénita en brazo izquierdo (aplasia de Radio), intervenida de un útero miomatoso (histerectomía total), refiere que fue amigdalectomizada en 1952 cuando contaba 27 años de edad. A la edad de 34 años padeció un «catarro mal curado que le dejó una cicatriz en un pulmón» (¿TBC?). «Problemas de espalda», que en este momento no especifica. En diciembre del año pasado comenzó un intenso peregrinar por distintos ORL a causa de un cuadro de «carraspera pertinaz». En una de estas ocasiones, por un cuadro de afonía similar al actual. Y, finalmente, es derivada por su ORL de cupo a este Servicio de Urgencias.

Preguntada acerca de la existencia de psicopatología o conflictividad de cualquier tipo, lo niega. Me pongo en contacto con el ORL de guardia que nos la había enviado y me comenta que la paciente se había echado a llorar en dos ocasiones en su consulta. Insisto sobre este tema a la paciente y accede a revelarme que tiene algunos «problemillas» que le producen cierta tristeza y ansiedad. Además, se da la circunstancia de que su padre ha fallecido recientemente. Le propongo la posibilidad de ser vista por mí al día siguiente, en consultas externas, a lo que tanto su marido como ella acceden sin resistencias.

2ª ENTREVISTA

Esta segunda entrevista se la realizó a ella sola, sin presencia del marido. Durante los primeros minutos de la entrevista, vuelve a repetir sus antecedentes somáticos, especialmente los ORL.

Cuando le pregunto por la existencia de conflictos de cualquier tipo, la paciente rompe a llorar. Refiere una intensa problemática conyugal, de la que hace responsable a su marido.

En la actualidad, y desde hace un año, viven en la misma casa, aunque el contacto es mínimo: duermen en camas separadas, prácticamente no se hablan...

Según la paciente, su marido es extremadamente celoso: «no me deja que salga a la calle sin él», «no me deja hablar por teléfono», «me monta un número si se me ve la combinación»...

También cuenta la existencia de problemas a nivel económico: su marido le pasa al mes 30.000 pts., y con ellas debe hacer frente a la comida de los dos, vestidos, y diversos gastos de la casa. No consiente que encienda la televisión más que en los Telediarios (Se iba a ver «Cristal» a casa de las vecinas), no permite que se enciendan estufas (la paciente las enciende, pero debe apagarlas antes de que llegue su marido).

Este estado de cosas es «moneda de curso legal» desde que se casaron, y aún desde que eran novios.

Según la paciente, su marido «ha sido raro desde siempre», frecuentes momentos de agresividad verbal e insultos (aunque nunca llegó a agredirla). En uno de estos momentos, que la paciente califica de «alborotamiento», llegó a expulsar de casa a su mujer y a sus hijos, ingiriendo a continuación varios comprimidos de un hipnótico que no sabe precisar. Fue llevado a Urgencias donde le hicieron un lavado gástrico.

Fue examinado por un psiquiatra. Desconocemos el diagnóstico, pero le prescribió Propericiacina en gotas que el paciente aún continúa tomando (Estos sucesos acaecieron en 1969). Se ha negado en reiteradas ocasiones a seguir otras revisiones psiquiátricas. También en una de estas crisis de agresividad, hizo un amago de golpear a su mujer, cayendo ésta de espaldas lo que, según sus declaraciones, le produjo lesiones en vértebras lumbares que hicieron necesario un injerto óseo a este nivel, corsé de yeso y posteriormente, varios años con corsé ortopédico.

Llegados a este punto, nos habla de las relaciones con sus hijos, que se han ido deteriorando progresivamente, hasta el punto de que éstos prácticamente no acuden por el domicilio familiar. Ha habido enfrentamientos directos

entre la paciente y su hija, y entre la paciente y la mujer de su hijo mayor, a raíz de un lío con la escuela del padre de la paciente.

Los hijos parecen estar más unidos al padre que a ella, de hecho cuando aún vivían en el domicilio familiar, entregaban sus sueldos íntegros a su padre, y, cuando telefonaban apenas se dirigen a la paciente.

En este punto damos por terminada esta primera entrevista y citamos para tres días más tarde.

3ª ENTREVISTA

En esta entrevista se hacen dos partes, la primera se interroga a la paciente sola y en la segunda se hace entrar al marido.

ENTREVISTA A LA PACIENTE

En esta segunda sesión con la paciente, haremos más incidencia en la historia familiar de la paciente.

Es la segunda de tres hermanas. La mayor muerta a los 47 años de una cardiopatía secundaria a una Fiebre Reumática, y la pequeña aún viva. Ambas hermanas eran monjas. La paciente nunca sintió esta vocación, según ella «porque se echó novio muy pronto».

Su madre murió cuando ella contaba 24 años, también de un problema cardíaco, en 1949. Su padre se casó en segundas nupcias en 1951. Ni la paciente ni sus hermanas aceptaron de buen grado este segundo matrimonio de su padre, aunque, con el tiempo «se acostumbró».

El padre marchó a la Argentina hace 40 años, por asunto de negocios, volviendo tan solo tres veces en este período de tiempo. Con la segunda mujer ha tenido dos hijos, uno de los cuales nació en España y el otro en Argentina.

Su padre murió el 11 de julio del presente año, pero la paciente no se enteró hasta el 28 del mismo mes, no pudo acudir al entierro y, por supuesto, no vio el cadáver de su padre, enterrado en Argentina (se echa a llorar).

Actualmente no impresiona de sintomatología depresiva: no crisis de llanto, ni insomnio, ni estado de ánimo claramente depresivo. Tras la muerte de su padre pasó «una mala época»: lloraba con frecuencia, sentimientos de inutilidad, incapacidad para sus tareas habituales...

En esta entrevista aporta informes clínicos de sus afecciones anteriores. Interesa destacar que en los informes de alta tras las dos intervenciones a que fue sometida, esta diagnosticada de cervicartrosis y discopatía degenerativa lumbar, no aparece antecedente traumatismo.

Cuestionada acerca de su actividad sexual a lo largo de su vida, la describe como «indiferente, no me enteraba de nada».

ENTREVISTA A LA PAREJA

Durante toda entrevista, el ambiente entre los cónyuges es extraordinariamente tenso. Me veo obligado a intervenir en varias ocasiones. El marido no deja de lanzar acusaciones contra su mujer, y ésta a duras penas se defiende. Según su esposo la paciente es una «mala madre», por culpa de ella sus hijos se han ido retirando de la familia, y relata varios ejemplos, entre los que se encuentra el ya citado de la escuela.

Califica a su mujer de una persona «rara», dominante, que le hace la vida imposible y que no se ocupa lo más mínimo de él. No le alimenta, rechaza su compañía, pone barreras físicas para no tener que mirarlo, llegó a afirmar que «intenta hacerme mal por todos los medios».

Ante las acusaciones de su mujer, niega que escatime el dinero para su familia.

Acusa asimismo a la familia de su mujer (tíos de ésta que viven en Madrid) de ser la causa principal de estas malas relaciones, ya que «nunca me han podido ver».

Llegado este momento, y por el tono agresivo que estaba tomando la conversación, es imposible continuar la entrevista.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Si consideramos la patología que hizo necesaria la asistencia psiquiátrica de la paciente, mi diagnóstico se inclina por una neurosis histérica de conversión. En efecto, si nos atenemos a los criterios diagnósticos DSM-III-R, nos encontraríamos con:

- Alteración de una función física que da lugar a pensar en una enfermedad somática.
- Factores psicológicos etiológicamente relacionados debidos a una conexión temporal con un stress psicosocial. Destacar en el caso que nos ocupa, que el matrimonio llevaba cerca de un año separado de facto, y que hace un año comenzaron los primeros síntomas de afonía.
- El individuo no es consciente de producir los síntomas de una manera racional.
- El síntoma no responde a una pauta de respuesta sancionada por la cultura y no puede explicarse tras una exploración clínica adecuada.
- El síntoma o se limita a dolor o alteración de la función sexual.

Como diagnósticos diferenciales de este cuadro podrían nombrarse:

- Trastorno físico real: Las múltiples exploraciones a las que ha sido sometida la paciente descartarían esta posibilidad. Además me puse en contacto con el ORL que la vio en urgencias el cual era de la opinión de que la faringitis crónica de la que está diagnosticada no explica estas pérdidas de la articulación de palabra. Por otra parte, la remisión de los síntomas mediante la sugestión también hablaría en contra de esta hipótesis.
- Trastorno por somatización: No existe otro síntoma más que la afonía.
- Dolor somatoforme: en este caso no existe dolor.
- Simulación: No existe la intención de conseguir algún objetivo de orden económico, o evitar un deber desagradable. De hecho, la paciente solicitó en julio una pensión por invalidez, pero no aduciendo su problema ORL, sino la malformación congénita de su brazo.

Dr. Francisco Javier Samino Aguado
Residente III. Servicio de Psiquiatría
Hospital Clínico Universitario
Salamanca

ENTREVISTA

PRESENTACIÓN

La siguiente entrevista ha sido realizada al Prof. Robert L. Leon, Catedrático y Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de San Antonio de la Universidad de Texas, USA.

El Prof. Leon es además Presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría Social, y ha sido Presidente de la Asociación Americana de Jefes de Departamento de Psiquiatría y del American College of Psychiatrists.

Esto hace que el Prof. Leon sea un protagonista y testigo de primera importancia de la evolución de la psiquiatría americana y que su opinión sobre las tendencias futuras de la psiquiatría sea de máximo interés.

Con el Prof. Leon me unen vínculos de amistad. El fue mi jefe durante mi Residencia en Psiquiatría en San Antonio, Texas, y desde entonces hemos mantenido vínculos de amistad y colaboración, la presente entrevista ha sido realizada en el curso de una visita que el Prof. Leon ha realizado a nuestro Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Salamanca, durante la que impartió una conferencia titulada «Direcciones futuras de la Psiquiatría, implicaciones docentes», posteriormente realizamos la presente entrevista:

Antonio Pérez Urdániz
Profesor Titular de Psiquiatría
Tutor del Programa de Residencia
de Psiquiatría del Complejo Hospitalario, Salamanca

-Pregunta: ¿Cómo ve usted el futuro de la Psiquiatría?

-Dr. Leon: La Psiquiatría es una de las especialidades médicas que más rápido está avanzando. Las neurociencias y la psiquiatría biológica están haciendo importantes contribuciones a la psiquiatría, siendo previsible que estas contribuciones aumenten en el futuro. Es de esperar que el aumento de conocimientos sobre las funciones cerebrales y los psicofármacos determinará las tendencias psiquiátricas futuras. Pero éste brillante futuro implica un dilema para la especialización en psiquiatría. El conocimiento de nuevos fármacos para las alteraciones de las funciones cerebrales ¿obviará la necesidad de comprensión psicológica y de tratamientos psicosociales en las enfermedades mentales? y si los tratamientos psicosociales continuasen jugando un papel en el tratamiento de las enfermedades mentales, ¿seguirán teniendo un lugar dentro de la psiquiatría?

-Pregunta: ¿Y cuál es su opinión al respecto Dr. Leon?

–*Dr. Leon:* Yo creo que en el futuro la psiquiatría debería ser la especialidad médica que comprenda e integre los aspectos neurofisiológicos de los psicofármacos y los efectos neurofisiológicos de la psicoterapia. La psiquiatría es el último bastión del tratamiento del paciente como un individuo único, y debe tener en su arsenal las mejores armas para ayudar a la persona en conjunto. No podemos permitirnos el lujo de concentrarnos sólo en un aspecto de la persona, tenemos que ser conscientes de su totalidad.

–*Pregunta:* ¿Y cómo cree usted que se pueden formar psiquiatras conscientes de esta totalidad e individualidad del ser humano, y que sean capaces de integrar los distintos aspectos biopsicosociales de los pacientes?

–*Dr. Leon:* No es tarea fácil, en psiquiatría siempre ha habido tensiones entre los tratamientos somáticos y los psicosociales, y esta dicotomía ha existido desde los orígenes de la psiquiatría, Nemiah dice que hay una notable impermeabilidad en la membrana que divide a los psiquiatras de orientación biológica de los de orientación psicodinámica, que quizás se deba a una dicotomía básica entre las maneras de pensar biológica y psicológica, se tiende a pensar o biológicamente o psicológicamente, siendo difícil combinar ambos tipos de pensamiento de manera eficaz, esto ha ocurrido incluso por épocas históricas, en los años 50 y comienzo de los 60 la psiquiatría americana era de orientación psicodinámica, entonces se pensaba que el psicoanálisis era un instrumento elegante y sofisticado en comparación con los toscos tratamientos biológicos de la época, electrochoque, comas insulínicas, etc., pero ahora las cosas han cambiado, las neurociencias son consideradas como elegantes y precisas y el psicoanálisis es considerado como un instrumento torpe. Quizás este estado de cosas refleje importantes deficiencias en la formación psiquiátrica, en mi Departamento de Psiquiatría tratamos de formar psiquiatras con unos sólidos conocimientos tanto en el área biológica como en la psicodinámica, ya que ni la medicación ni la psicoterapia son panaceas, ambas tienen limitaciones y deben de complementarse en beneficio del paciente.

–*Pregunta:* ¿Podría darnos algunos detalles concretos sobre lo que puede ofrecer la psicoterapia a la psiquiatría actual?

–*Dr. Leon:* Hay muchos tipos de psicoterapia y no es fácil realizar estudios controlados sobre los resultados de la psicoterapia. Al respecto es muy interesante el informe que publicó en 1982 la Comisión de Psicoterapias de la Asociación Psiquiátrica Americana en el que se

concluyó que la psicoterapia es eficaz en una serie de problemas sintomáticos y conductuales que incluyen la ansiedad crónica de intensidad leve o media, fobias simples, síntomas depresivos, disfunciones sexuales, trastornos de adaptación, conflictos familiares y trastornos en la comunicación. Dicho informe decía que mientras que los psicofármacos tienen una acción rápida sobre los síntomas, la acción de la psicoterapia únicamente manifiesta su acción sobre las relaciones interpersonales y adaptación social en etapas más tardías del tratamiento. Todas las variedades de psicoterapia son eficaces, no se ha demostrado que un tipo de psicoterapia sea superior a otro, probablemente porque su mecanismo de acción común sea la relación terapeuta-paciente, relación en la que por parte del paciente debe haber confianza y esperanza y por parte del doctor empatía y aceptación, entonces el terapeuta aprovecha esta relación para que el paciente en una primera etapa, descubra nueva información sobre él mismo, tanto a nivel cognitivo como vivencial, para después, en una segunda etapa, experimente una activación emocional, una motivación, que le posibilite cambiar, y en una tercera etapa cambie realmente su conducta, desarrollando modelos de conducta más maduros y adaptativos.

–*Pregunta:* Y ya para terminar, ¿cree usted que en el futuro se conseguirá superar la dicotomía biológico-psicológica?

–*Dr. Leon:* Yo pienso que, a pesar de las dificultades, se está avanzando en dicha dirección. Ya Freud, que fue primero neurólogo, intentó en su obra «Proyecto de una psicología científica» integrar la biología y la psicología, pero la neurología de su época no estaba tan avanzada y Freud se concentró en la psicología, aunque nunca abandonó la esperanza de que un día se descubrirían las bases biológicas de sus teorías. Hoy en día se están dando pasos en dicha dirección, así Brothers estudia la neurofisiología del concepto de empatía, tan importante en psicología, y dice que la amígdala, sus conexiones y sus neurotransmisores, juegan en ella un papel central, por lo tanto, la empatía, tendría una base biológica, pero para poder investigarla hay que estudiarla observando su funcionamiento interdependiente de las circunstancias históricas intrapsíquicas, somáticas y sociales, lo cual aunque sea extremadamente complejo, ofrece perspectivas prometedoras, así Mohl dice que la psicoterapia podría ser considerada un tratamiento biológico que actuaría produciendo modificaciones en los neurotransmisores en diversas partes del cerebro, lo que, por ejemplo, en un caso de ansiedad contribuiría a reequilibrar el equilibrio funcional del cerebro.

TRIBUNA ABIERTA

La idea de nuestro grupo de redacción, al proponer la creación de este espacio en nuestro Boletín, es la de favorecer la libre expresión y el intercambio de opiniones sobre temas polémicos y/o de actualidad en la esfera de la Salud Mental Comunitaria. No sólo buscamos el simple goce de la diversidad, sino también el enriquecimiento que ésta nos ofrece al favorecernos el ser más flexibles, contrastar nuestras opiniones y obtener conclusiones gracias a los diferentes enfoques.

Hoy, «para romper el hielo», hemos elaborado un breve cuestionario sobre las necesidades y/o demandas de la población psiquiátrica crónica. A las personas que nos han contestado, gracias por su colaboración y perdón por los «recortes» que hemos hecho a sus respuestas; la escasez de espacio y la necesidad de agilizar los contenidos nos han hecho elegir la brevedad sobre la seriedad científica y claridad con que nos habían obsequiado nuestros colaboradores.

Os animamos a que enviéis vuestras cartas y opiniones sobre este tema o cualquier otro para poder seguir encontrándonos en este espacio. Muchas gracias a todos.

1. ¿CUÁLES, CREE UD. QUE SON LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD, EN LO QUE SE REFIERE A LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN PSIQUIÁTRICA CRÓNICA?

RESPUESTAS:

a. «Asistencia completa (médicos, A.T.S., psicólogos) en establecimientos especializados: centros y hospitales de Día, hospitales para internamientos de corta duración y otros hospitales para internamientos más prolongados en caso necesario».

b. Servicios de guardia capacitados para atender casos urgentes, no sólo en los centros y hospitales, sino en caso necesario en el propio domicilio del enfermo».

Eusebio Pérez. Padre de un enfermo.

«Alternativas y recursos a la hospitalización al faltarles a los enfermos mentales crónicos otra cobertura familiar y/o social».

Carmen Bardón. Asistente Social Hospital Psiquiátrico de «Santa Isabel» de León.

«Principales necesidades...: Centros de Día, programas específicos, recursos orientados a la rehabilitación, alternativas residenciales sustitutivas del Hos-

pital Psiquiátrico tradicional, recursos ocupacionales y laborales, continuidad en la atención, sentido rehabilitador de las eufemísticamente llamadas Unidades de Rehabilitación, estimación fiable del tamaño de esta población, en nuestra comunidad y de sus necesidades...».

Jorge Arévalo Ferrera. Psicólogo Hospital Psiquiátrico de Segovia.

«...La necesidad fundamental radica en la falta de una red única que disponga de los recursos diversos... Faltan recursos extrahospitalarios y sistemas de apoyo comunitario que eviten el internamiento y posibiliten la desinstitucionalización, así como la cobertura, en coordinación con los servicios sociales de los aspectos de prevención primaria y de la atención a los problemas psicossociales».

M. Luisa Puente Canosa. Directora Regional de la Oficina de Asuntos Sociales de Castilla y León.

«La reconsideración actual de la cronicidad se realiza... en base... al interés progresivamente creciente por medir la eficacia de los distintos tratamientos y la preocupación por quién debe asumir los elevados costes de las hospitalizaciones de larga estancia. Carecemos de un consenso basado en criterios clínicos sólidos... lo que dificulta definir subgrupos con necesidades diferenciadas... En 1985... en nuestra comunidad 3.300 personas distribuidas entre 10 instituciones... un 40% mayor de 40 años. Los cuidados requeridos por una buena parte de este colectivo son cuidados mínimos, sociales y de enfermería. La fracción de estos pacientes que tienen posibilidades de reinserción social precisa poner en marcha programas activos de rehabilitación del tipo del centro de Día. El resto de los pacientes con largo tiempo de desinstitucionalización pienso deberían beneficiarse de los recursos de la red de asistencia social. Los «nuevos pacientes de larga estancia», que amenazan con perpetuar el sistema asilar de cuidados precisan el desarrollo de estructuras intermedias y el apoyo de asociaciones de autoayuda y de los servicios sociales comunitarios».

José Manuel Martínez. Psiquiatra. Técnico del Servicio de Salud Mental de la Junta de Castilla y León.

«Son necesarias la reestructuración definitiva de los Hospitales Psiquiátricos, con buena habilitación de unidades académicas. Igualmente, hay que potenciar de forma creciente las Unidades de Rehabilitación, vigilando que su evolución no sea regresiva y que las unidades rehabilitadoras sean continuas. Por último, fomentar las estructuras intermedias».

Fernando Colina. Psiquiatra E.S.M. Valladolid.

«La atención a los pacientes psiquiátricos crónicos institucionalizados requiere... programas de rehabilitación... individuales ...Formación continuada... creación de plazas de Centros de Día, ...hogares protegidos. Es previsible que la futura creación del Servicio Regional de Salud facilitará en alguna medida la realización de las acciones necesarias para esta finalidad. ...Desde los equipos de Salud mental, ...programas de seguimiento de pacientes crónicos... Facilitar la creación de asociaciones de autoayuda... Por fin, la Administración Autonómica tiene un papel relevante a la hora de despertar la conciencia de los servicios sociales acerca de la responsabilidad que tienen de colaborar...».

José Manuel Martínez. Psiquiatra. Técnico del S.S.M. de la Junta.

«Para empezar completando la integración funcional. Posteriormente, habilitando estructuras intermedias y cuidando especialmente las Unidades de Rehabilitación, punto esencial de la asistencia, que debe hacerse cargo, progresivamente, de las escenas producidas por la ubicación de las unidades de hospitalización en los Hospitales Generales».

Fernando Colina. Psiquiatra E.S.M. Valladolid.

Reflexiones sobre el estado actual de la atención a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica en la provincia de Salamanca

(Realizado por un grupo de profesionales de Salamanca, miembros de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental, Asociación Autonómica de la A.E.N.)

REFLEXIONES SOBRE EL ESTADO ACTUAL DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN SALAMANCA

El primer intento para una integración funcional en nuestra Provincia, sentando las bases para un funcionamiento en conjunto de todos los dispositivos asistenciales y marcando unos objetivos comunes en la asistencia psiquiátrica, se produce en 1986.

En este sentido se firmó el «Convenio Institucional entre la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Castilla y León y la Diputación Provincial de Salamanca para la ordenación de la Salud Mental en la Provincia», el 13 de junio de 1986. Posteriormente, el 23 de junio del mismo año, se firma un *acuerdo* entre el INSALUD y la Junta de Castilla y León. Dado que el *Convenio* era de alcance Provincial y el *Acuerdo* de tipo autonómico, el Comité Ejecutivo Provincial de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica acordó unificar los órganos de seguimiento. Dicho Comité Ejecutivo Provincial y el Comité Técnico Asesor serían los encargados de velar por la puesta en marcha y funcionamiento, tanto del Convenio como del Acuerdo.

Posteriormente, el 20 de octubre de 1988, se firma «El Convenio Interinstitucional para la Ordenación de la Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en la Comunidad de Castilla y León». Su fin último sería la integración de las 9 Diputaciones con la Junta y el INSALUD. Recogiendo las directrices del mencionado Convenio se publica el *Decreto 83/1989 de 18 de mayo*, por el que se regula la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en nuestra Comunidad. A su vez, en la *Orden de 9 de marzo de 1990* de la Consejería de Cultura y Bienestar Social, en su *artículo 2º*, se señalan las siguientes estructuras de coordinación: Comités de Enlace y Coordinación Provinciales, Coordinador de Salud Mental de Área, Comisión Técnica Regional, Comisión Ejecutiva Regional y Comité de Enlace y Coordinación Regional.

ASPECTOS COMUNES A LAS TRES INSTITUCIONES

1. Se promueve escasamente la participación de los profesionales a la hora de la elaboración y seguimiento de los programas, que adolecen de un mayor y riguroso criterio técnico.
2. Escasa puesta en marcha de Programas específicos de Salud Mental Comunitaria.
3. Ausencia de creación de recursos distintos de las Unidades de Hospitalización o Centros Ambulatorios (centros de Día, Pisos Protegidos, etc.).
4. Escasa coordinación entre la Atención Primaria y Atención Especializada que posibilite la planificación de la Asistencia Psiquiátrica y no la deje exclusivamente determinada al voluntarismo de cada profesional o Equipos Específicos.
5. No hay una representación adecuada y/o continua de los Profesionales de Psiquiatría y Salud Mental en los acuerdos y compromisos que se establecen en los Comités Provinciales y Regionales.
6. Consideramos fundamental la unificación de los criterios asistenciales, tanto de los Servicios y Equipos de cada Institución como de la coordinación de éstos intra e interinstitucionalmente.

Ante la situación planteada, los socios de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental, Asociación Autónoma de la A.E.N., hacen una llamada a las distintas Instituciones implicadas para:

1. La aceptación real y el cumplimiento estricto del Convenio Interinstitucional vigente.
2. La elaboración y puesta en marcha, lo antes posible, del Plan de Salud Mental para la Provincia de Salamanca.
3. Acelerar la creación del Servicio Regional de Salud como instrumento para afrontar, de una vez por todas, las transferencias.

PREPROGRAMA XI JORNADAS A.E.N.

I CONGRESO DE LA A.C-M.N.S.M.
ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA
(A.E.N.)

ASOCIACION CASTELLANO-MANCHEGA
DE NEUROPSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
(A.C-M.N.S.M.)

«PROFESIONALES ESPAÑOLES EN SALUD
MENTAL ANTE LA INTEGRACION EUROPEA»

«LA DEPRESION»

COMITE ORGANIZADOR:
Ana Jiménez Pascual
Gabriela Mateos-Aparicio
Pascual Lloret Basiero
Esperanza García Menchero
Ascensión Díaz Ruiz
Basilía Guerra Amador
M^a Antonia Carrasco Antuña
Soledad Algaba Gallegos
M^a Vicenta Cervera Monteagudo
Eloy Rivero Expósito
Luis Sordo y Sordo

AVANCE DEL PROGRAMA Ciudad Real - Junio 1992

JUEVES

- 9.00 h. Recogida de Documentación
10.00 h. Ponencia: Sobre la *depresión*
En grupos de alto riesgo. Distintos abordajes ante el enfermo depresivo
(Se realizarán Mesas Redondas simultáneas)

13.00 h. Conferencia Inaugural

TARDE:

- 17.00 h. Continuación Ponencia Depresión
19.00 h. Homenaje al Dr. Rallo
19.30 h. Asamblea Autonómica

VIERNES

- 10.00 h. Ponencia: *El equipo*. Composición funciones y evaluación de los equipos en S.M. en los distintos países y en España

TARDE:

- 17.00 h. Ponencia: *La formación: Acceso de los distintos profesionales a su titulación en España y en el resto de los países de la C.E.E.*
19.30 h. Asamblea General de la A.E.N.

SABADO

- 10.00 h. Ponencia: La Homologación: Homologación de las distintas titulaciones. Posibilidad de libre circulación dentro de la C.E.E. y legislación comunitaria. Propuesta para la homologación de los profesionales españoles, en caso de que no exista.

13.00 h. Clausura de las Jornadas

Se organizarán comunicados libres paralelamente.

Dirección provisional:

Gabriela Mateos-Aparicio
Pascual Lloret
Hospital del Carmen 5ª planta
Ciudad Real
Tfno.: 926. 22.50.00
Tex. 342 y 343

III JORNADAS INTERNACIONALES GRUPO, PSICOTERAPIA Y PSICOANALISIS: PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA INSTITUCION Salamanca, 20 y 21 de Noviembre de 1992 (Edificio Histórico de la Universidad)

AVANCE DE PROGRAMA

VIERNES 20 DE NOVIEMBRE

MAÑANA:

- 9.00-10.00 h. Recepción de los asistentes y entrega de documentación
10.00-11.30 h. Acto de apertura y conferencia inaugural
Malcom Pines
11.30-12.00 h. Pausa
12.00-14.30 h. Primera ponencia:
Narcisismo en los grupos
Preside: Nicolás Caparrós

TARDE:

- 16.30-18.30 h. Segunda ponencia:
Psicoterapia psicoanalítica de grupo en el Hospital y en la Comunidad Terapéutica
Preside: Alejandro Avila
18.30-19.00 h. Pausa
19.00-20.30 h. Comunicaciones a la ponencia y discusión

SABADO 21 DE NOVIEMBRE

MAÑANA:

- 10.00-12.00 h. Tercera ponencia:
Aplicaciones clínicas y comunitarias de la Psicoterapia de Grupo
Preside: Antonio García de la Hoz
11.30-12.00 h. Pausa
12.00-14.00 h. Comunicaciones a la ponencia y discusión

AVANCE DEL PROGRAMA Ciudad Real - Junio 1992

JUEVES

- 9.00 h. Recogida de Documentación
10.00 h. Ponencia: Sobre la *depresión*
En grupos de alto riesgo. Distintos abordajes ante el enfermo depresivo
(Se realizarán Mesas Redondas simultáneas)
13.00 h. Conferencia Inaugural

TARDE:

- 17.00 h. Continuación Ponencia Depresión
19.00 h. Homenaje al Dr. Rallo
19.30 h. Asamblea Autonómica

VIERNES

- 10.00 h. Ponencia: *El equipo*. Composición funciones y evaluación de los equipos en S.M. en los distintos países y en España

TARDE:

- 17.00 h. Ponencia: *La formación*: Acceso de los distintos profesionales a su titulación en España y en el resto de los países de la C.E.E.
19.30 h. Asamblea General de la A.E.N.

SABADO

- 10.00 h. Ponencia: La Homologación: Homologación de las distintas titulaciones. Posibilidad de libre circulación dentro de la C.E.E. y legislación comunitaria. Propuesta para la homologación de los profesionales españoles, en caso de que no exista.

13.00 h. Clausura de las Jornadas

Se organizarán comunicados libres paralelamente.

Dirección provisional:

Gabriela Mateos-Aparicio
Pascual Lloret
Hospital del Carmen 5ª planta
Ciudad Real
Tfno.: 926. 22.50.00
Tex. 342 y 343

III JORNADAS INTERNACIONALES GRUPO, PSICOTERAPIA Y PSICOANALISIS: PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA INSTITUCION Salamanca, 20 y 21 de Noviembre de 1992 (Edificio Histórico de la Universidad)

AVANCE DE PROGRAMA

VIERNES 20 DE NOVIEMBRE

MAÑANA:

- 9.00-10.00 h. Recepción de los asistentes y entrega de documentación
10.00-11.30 h. Acto de apertura y conferencia inaugural
Malcom Pines
11.30-12.00 h. Pausa
12.00-14.30 h. Primera ponencia:
Narcisismo en los grupos
Preside: Nicolás Caparrós

TARDE:

- 16.30-18.30 h. Segunda ponencia:
Psicoterapia psicoanalítica de grupo en el Hospital y en la Comunidad Terapéutica
Preside: Alejandro Avila
18.30-19.00 h. Pausa
19.00-20.30 h. Comunicaciones a la ponencia y discusión

SABADO 21 DE NOVIEMBRE

MAÑANA:

- 10.00-12.00 h. Tercera ponencia:
Aplicaciones clínicas y comunitarias de la Psicoterapia de Grupo
Preside: Antonio García de la Hoz
11.30-12.00 h. Pausa
12.00-14.00 h. Comunicaciones a la ponencia y discusión

TARDE:

- 16.30-18.30 h. Conferencia de clausura:
René Kaës
- 18.30-19.00 h. Pausa
- 19.00-20.30 h. Asamblea General de SEGPA
- 21.30 h. Cena de clausura

(Habrá exhibiciones de trabajos en formato poster, que permanecerán expuestos el viernes y el sábado por la mañana)

Organiza: SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL DESARROLLO DEL GRUPO, LA PSICOTERAPIA Y EL PSICOANALISIS (SEGPA)

Información, propuestas al comité científico e inscripciones:
Secretaría de SEGPA- Príncipe Vergara, 35 bajo dcha. 28001-MADRID
Tfnos.: 91. 5.77.60.39/40/41 (de 10.00 a 14.00 y de 16.00 a 20.00)

ACTIVIDADES

Encuentro de Trabajo de la ASMCL de Otoño 92 sobre:
«Lo Sanitario y/o Lo Psiquiátrico».

II Jornadas Regionales de la ASMCL sobre:
*«Salud Mental Infanto-Juvenil El niño en los diferentes contextos»
en Salamanca, Primavera 93.*

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA (Y en la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental)

D.
profesional de la Salud Mental, con título de
que desempeña en (Centro de trabajo)
y con domicilio en
Población D.P. Provincia
Teléf.

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A.E.N. de la Autonomía correspondiente, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.
D.
(Firma de los dos miembros)
Firma:

Fecha / /
Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en Junta General de la Asociación.

La suscripción de la Revista está incluida en la cuota de Asociado.

Nombre
Dirección:
BANCO/CAJA DE AHORROS
Sucursal
Cuenta nº
Población

Muy Sres. míos: Cuenta Corriente
Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi
Libreta de Ahorros
nº el importe de la suscripción anual a la Revista de la Asociación
Española de Neuropsiquiatría.
Firma

BANCO/CAJA DE AHORROS
Sucursal
Cuenta nº
Población
Muy Sres. míos: Cuenta Corriente
Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi
Libreta de Ahorros
nº el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
Población día mes año
Firma

Asociación Española de Neuropsiquiatría
Enviar a: C/ Villanueva 11 - 28001 Madrid

Criterios para la aceptación de originales

El Boletín de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental, aparece semestralmente y es una publicación de carácter científico que recoge artículos de todos los campos relacionados con la Salud Mental, permitiendo la difusión de trabajos tanto de reflexión teórica como de experiencias prácticas que mayor vigencia tengan en nuestra comunidad autónoma.

Como tal debe ajustarse a las normas generalmente aceptadas para este tipo de actividad por la comunidad internacional:

1. Los artículos deberán ser inéditos, de una extensión máxima de 20 folios, mecanografiados a doble espacio en papel tamaño folio, con las páginas numeradas consecutivamente incluyendo primera página, resumen, texto, agradecimiento, bibliografía, tablas y pies de figuras. Se enviarán 3 copias del manuscrito completo y 3 copias en papel satinado de todas las figuras.

Los casos clínicos se escogerán los que mayor interés tengan según criterio del Comité de Redacción y tendrá una extensión máxima de 5 folios, a doble espacio en papel tamaño folio.

2. La primera página deberá contener: 1) Título del artículo. 2) Nombre y apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. 3) Nombre y dirección del autor al que debe dirigirse la correspondencia sobre el manuscrito.

3. La segunda página debe incluir un resumen de no más de 150 palabras acompañado de tres palabras clave para índice.

4. Cuando sea posible, el texto se adaptará a los apartados clásicos de Introducción (con explicitación de los objetivos del artículo), Métodos, Resultados y Discusión.

5. La bibliografía se identificará en el texto mediante números arábigos (entre paréntesis) y las citas se numerarán consecutivamente por orden en que se citen por primera vez en el texto y se reunirán en páginas separadas al final del manuscrito. En el caso de los libros se especificará autor, título, lugar de edición y año, y en el de las revistas autor, título del artículo, título de la revista, año, volumen, número y página.

6. Las notas explicativas a pie de página se señalarán con asterisco o similar y se entregarán en página suplementaria que seguirá inmediatamente a la página del texto a que se refiere la nota.

7. Las tablas se mecanografiarán en hoja distinta para cada una, a doble espacio, irán numeradas consecutivamente y las abreviaturas empleadas irán explicadas a pie de página. Se citarán en el texto por orden consecutivo.

8. Se enviarán 3 conjuntos completos de figuras dibujadas y fotografiadas en forma profesional, con los títulos y explicaciones mecanografiados en hojas aparte numeradas con los números arábigos que corresponda a las figuras.

9. Los originales se enviarán por correo en sobre de papel fuerte y, si es necesario, protegidos con cartón. En el envío se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado o emplear fotografías de personas identificables.

10. Los originales podrán enviarse también en diskettes de 5 1/4 y de 3 1/2 transcritos en Macintosh o en PC.

El Consejo de Redacción se compromete a:

1. Acusar recibo de todo artículo recibido y remitir al autor la correspondencia recibida en la Revista acerca de los publicados, pero no se mantiene otra correspondencia acerca de los originales si no es previamente solicitada. Los originales no son devueltos.

2. Todo artículo recibido es leído por, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos), los cuales informan al comité de redacción sobre la conveniencia o no de su publicación de acuerdo con los criterios establecidos por éste para cada sección.

3. La responsabilidad de la decisión de publicar o no un original así como la de determinar la fecha en que este se llevará a cabo corresponde al Comité de Redacción. Dicho Comité se reserva el derecho de resumir las publicaciones que no se ajusten a las necesidades de espacio.

Los originales se enviarán a:

Dra. Esperanza González Marín
Coordinadora del Comité de Redacción
Hospital Psiquiátrico Provincial de Salamanca
C/ Carlos I s/n
37008 Salamanca