



*Asociación
Castellano
leonesa de
Salud Mental*



José María Álvarez - Locuras de amor

Manuel Espina Tamargo - El cuerpo y el goce

Ramón Esteban Arnáiz - Un poco de dialéctica
de la Rehabilitación

*José de Santiago Sastre y
Fernando Uribe Ladrón de Cegama*
Tratamientos Psicofarmacológicos en
la esquizofrenia

Jesús Morchón Sanjosé - Un caso de psicosis

n^o **4**
J u l i o | 1 9 9 0

boletín

Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental

Miembro de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría



Junta directiva:

Presidente: Enrique Villa Alonso
Vicepresidente: Jesús Morchón Sanjosé
Secretario General: Antonio Uría Pérez
Tesorera: Inmaculada López Alija
Vocales: Félix Martín Herguedas
M^º del Rosario Palomo Álvarez
Antonio Vecino Gallego
Antonio Sáez Aguado

Comisión de Asistencia y Docencia:

Jesús Morchón Sanjosé
Claudio Rodríguez de la Calle
Germán Molina Romero
Dolores de las Heras
Francisco Ruiz Sanz
José María Álvarez
Teresa Cañas
Carmen Fernández Verde

Comité de Redacción:

Jesús Morchón Sanjosé (Coordinador)
Antonio Uría Pérez
Antonio Sáez Aguado
Ramón Esteban Arnáiz
José M^º Álvarez Martínez
Jorge Arévalo Ferrera
Félix Martín Herguedas
M^º del Rosario Palomo Álvarez
Antonio Pérez Urdániz

El Comité de Redacción de la revista no asume necesariamente las opiniones e ideas vertidas sobre estas páginas, responsabilidad de las mismas, en todo caso, los firmantes de los artículos publicados.

- Editorial.....	2
------------------	---

Sección colaboraciones:

- Locuras de amor.....	4
<i>José María Álvarez</i>	
- El cuerpo y el goce.....	11
<i>Manuel Espina Tamargo</i>	
- Un poco de dialéctica de la rehabilitación.....	15
<i>Ramón Esteban Arndíz</i>	
- Tratamientos psicofarmacológicos en la esquizofrenia.....	23
<i>José de Santiago Sastre - Fernando Uribe Ladrón de Gégama</i>	

Sección Casos Clínicos:

- Un caso de psicosis.....	37
<i>Jesús Morchón Sanjosé</i>	

Libros:	40
----------------------	----

Páginas de la Asociación:	45
--	----

Varios:	54
----------------------	----

ditorial

áreas sanitarias o de servicios hospitalarios) y la formación PIR. La AEN, a través de su Presidente, ha renovado públicamente su postura: acreditación docente de áreas sanitarias y equiparación del sistema PIR al sistema MIR.

¿La adscripción de especialistas en formación, médicos y psicólogos, puede tener tanta importancia? ¿La formación en un hospital o en los servicios de un área sanitaria imprime carácter indeleble que capacite o discapacite para el trabajo? ¿El saber, y con mayor motivo, el saber hacer, es patrimonio del recinto hospitalario? ¿El trabajo en un CSM, en un hospital de día, ... requiere un aprendizaje previo o una especialización? Curiosamente, esto sólo se plantea con los titulados superiores, cuyo trabajo es necesariamente el más estereotipado, independientemente de la estructura asistencial de que se trate, dando la impresión de que el resto de profesionales (ATS, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería,...) es apto por naturaleza... o que a su trabajo apenas se le da importancia. No deja de ser curioso, también, que muchos de los que han contribuido a devaluar el título de Medicina hayan participado en la formación de esos licenciados y hagan esfuerzos ahora por monopolizar la formación de los médicos residentes. Es posible que esta disputa sea la fachada de un conflicto de mayor calado: el modelo asistencial.

La retrasada salida de este número coincidirá con el final del período vacacional y se retomarán los asuntos que quedaron a la espera durante el verano.

Quizá, así lo esperamos, se dé por fin una solución satisfactoria al colectivo de médicos que están a la espera del título de especialista. También es de esperar se reanude el pulso que frente a la Administración mantienen algunos -¿muchos?- profesionales, especialmente ubicados en hospitales, a propósito de la adscripción de los MIR (acreditación docente de

Y es que el concepto de modelo asistencial comunitario -al igual que con otros conceptos como equipo, continuidad de cuidados,...- hemos llegado a un punto en el que la impostura del lenguaje se revela paralizante: las administraciones y los profesionales "asumen" este modelo asistencial y en muy pocas áreas sanitarias, si hay alguna, se lleva a la práctica. Recientemente se "acusaba" en la prensa a la AEN por el componente ideológico del modelo asistencial que la AEN defiende: es de un simplismo descorazonador: ¿cómo no va a ser ideológica una política asistencial?; de igual forma que el hospitalocentrismo, la práctica privada y la práctica pública y la pública-privada..., tienen su trasfondo ideológico.

Y no cabe engañarse pensando en el carácter diferencial de la Salud Mental: desde el punto de vista asistencial -¿algún otro punto puede tener más peso al elaborar una política asistencial?- toda la asistencia sanitaria se beneficiaría del modelo.

Pero va siendo hora de que la AEN, ya que no lo hace la Administración, reflexione sobre las dificultades para llevar a la práctica el modelo asistencial comunitario oficial, y las razones por las que algunos profesionales desertan de este modelo. Cabe preguntarse, por ejemplo, por el aislamiento, incluso físico, de las estructuras dentro de la red asistencial y por su dotación de personal (¿quién puede concebir que la dotación de la mayoría de los CSM -1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 ATS- constituya un equipo asistencial?). Cabe preguntarse por qué el hospital atrae cada vez más a los profesionales sanitarios, y no sólo médicos. Cabe preguntarse por las contradicciones que se derivan del funcionamiento en equipo y, entre otras, las derivadas de la responsabilidad compartida mientras que la administración, la sociedad y los jueces exigen, en pocas pero contundentes ocasiones, una responsabilidad focalizada. Cabe preguntarse qué o quién hace de soporte para aquellos profesionales que procuran no participar de prácticas que olvidan al paciente y que seguramente obedecen a presiones sociales -¡así es nuestra ciencia!- y que quizá se estén generalizando: ¿cuántos ingresos se hacen para cubrir la responsabilidad de los profesionales?, ¿cuántas incapacitaciones judiciales para proteger intereses de los familiares?... Cabe preguntarse cómo aliviar la tensión de los profesionales, tensión que se multiplica en las estructuras extrahospitalarias y que a la larga termina por anular una de sus principales características: la accesibilidad para los usuarios; más aún cuando se establece de forma tácita, a veces sancionado por las administraciones, la existencia de unos profesionales de primera y otros de segunda. (Ajenos a vanidades, esto no tendría mayor problema si no fuera por el afán de los "prestigiosos" de seleccionar y acomodarse el trabajo; afán legítimo si no se sobrepasan ciertos límites -que debe marcar la Administración- y si no se hace a costa de otros profesionales "menos prestigiosos" -lo cual es imposible en una asistencia pública). Cabe preguntarse también por los veneros que sobrealimentan la adolescente idealización que la sociedad tiene de lo

médico, y ahora también de lo psicológico; idealización de profundo carácter utilitarista -y utilizable, quizá no conscientemente buscada pero sin duda muy lucrativa para algunos- y que se convierte en una expectativa desmedida y en apremiante reivindicación a las primeras de cambio (en una reciente mesa redonda a propósito del Catálogo de prestaciones en S.M. el discurso político-administrativo iba -lógicamente- por los conceptos de equidad, control de gastos, control de calidad,... y otro discurso, encarnado sobre todo en los profesionales que asistían como público, giraba -¿lógicamente?, quién sabe, pero sin duda es necesario prestarle atención- en torno a su propia defensa: limitación de las exigencias de los usuarios, pautas administrativas para dar altas,...).

Y los profesionales se fortifican o buscan refugio en el hospital o buscan acomodo,... -quizá muchos profesionales se mueven en estos términos, tan vulgares si así se quiere, y no es preciso buscar explicaciones grandilocuentes como el afán científico o el imperialismo médico. Algunos dan un paso y pregonan a quien les quiera escuchar -¿Quién? ¿Otros especialistas médicos que esbozan una sonrisa al hablar de la Psiquiatría? ¿La Administración? ¿Los posibles pacientes?, ¿privados o públicos?... - el carácter científico de su trabajo, cuando una mediana franqueza nos permitiría reconocer que en Salud Mental, incluida la Psiquiatría, y en la mayor parte de la Medicina, nos movemos en un burdo empirismo (y no hacemos poco si ejercemos dignamente este oficio, -mal pagado por otra parte-). Otros dan otro paso e inventan un título que legitime a unos pocos en un campo concreto y deslegitime a los demás en ese campo, "capacitando" a estos últimos para "el resto" (parece ser que en breve se quiere dar luz al título de psicoterapeuta. Y es difícil que a estas alturas alguien nos pueda convencer de que los títulos de ese cariz sirven fundamentalmente para asegurar una formación y para proteger a los usuarios de prácticas irregulares).

Y para finalizar, recordaros que el moderno devocionario de la salud marca el 10 de octubre como Día de la Salud Mental. Y algo habrá que hacer...

aclsm

Castilla y León, Julio de 1.994

Locuras de amor

José María Álvarez *

Esta tarde hablaré de las locuras de amor, especialmente de lo que conocemos desde Esquirol con el nombre de erotomanía¹. Dividiré la exposición en dos partes: primero el concepto y su historia; después, la estructura del fenómeno erotomaniaco. Hay algunos temas colaterales, no por ello menos importantes, que trataré también de situar: la oposición, dentro de la estructura psicótica, de la paranoia y el Automatismo Mental; las diferencias estructurales entre histeria y erotomanía; y finalmente, la vertiente erotomaniaca de la transferencia en la psicosis. Me referiré especialmente a tres autores: Clérambault, Freud y Lacan.

Históricamente, el campo clínico de las psicosis pasionales es esencialmente francés. La escuela francesa les ha consagrado innumerables trabajos, y aún hoy podemos encontrar numerosas Tesis dedicadas a este objeto². Las referencias que encontramos en la clínica alemana (Leiden o Leidenschaft), en cambio, son muy escasas³.

¹.- Este artículo ha sido redactado a partir de las notas de dos conferencias: "La erotomanía" (Hospital Psiquiátrico Santa Isabel, León; 22 de abril de 1994) y "Locuras de amor" (Centro Hospitalario Benito Menni de Valladolid; 26 de abril de 1994).

².- Para citar sólo algunas: S. Duval, A propos de la notion d'érotomanie, Tesis, Caen, 1978. B. Etchegaray, Contribution à l'étude de l'érotomanie. A propos d'un cas inédite de De Clérambault et de sept observations personnelles, Tesis, Bourdeaux, 1974. J. Ferrandi, Evolution des idées et aspects actuels de l'érotomanie, Tesis, París, 13, 1982.

³.- Las menciones alemanas son muy escasas (Wernicke: psicosis circunscrita a base de ideas prevalentes; Krafft-Ebing: paranoia crónica; contadas menciones en la obra de Kraepelin). El autor que más se ocupó de este tipo de delirios fue E. Kretschmer a propósito de su delirio sensitivo de

La primera observación de erotomanía fue realizada, no podía ser de otro modo, por un criminalista: el vienés E. Zeiler, quien refiere las andanzas de un loco que se creía amado por todas las mujeres; transformado su amor en odio, mató un buen día a dos de ellas en el teatro. El teatro y las actrices tienen una curiosa relación con los delirios amorosos, al menos así era en la época en la que la gente iba al teatro, y desde la penumbra de la butaca la ardiente mirada de una primera actriz transmitía la certeza de su amor. Lo veremos después en algunos otros casos.

En 1837, Esquirol describió una forma de monomanía o delirio parcial a la que llamó erotomanía. Su descripción clínica fue muy imprecisa⁴, aunque los casos relatados evidenciaban una exaltación de la pasión amorosa o erótica. Ahora bien, la imprecisión de Esquirol sirvió de acicate para que sus coetáneos y descendientes trataran de responder a las preguntas que él dejó sin contestar: ¿el erotómano ama o es amado?, ¿su amor es platónico?, ¿cuáles son las características del objeto amado?.

Prácticamente todos los trabajos franceses posteriores apuntan a alguna de estas preguntas. Hasta Clérambault las respuestas adolecieron de falta de consistencia.

relación (Cfr. E. Kretschmer, Paranoïa et Sensibilité, París, P.U.F., 1963, pp. 62-115). Con Bumke, este tipo clínico de delirios pasaron a engrosar la esquizofrenia, perdiendo sus particularidades estructurales.

⁴.- A este respecto puede leerse el capítulo dedicado a la Monomanía erótica, en su Tratado completo de las enajenaciones mentales, Madrid, Imprenta del Colegio de sordomudos, 1847, pp. 308-318.

* José María Álvarez es Psicoanalista, miembro de la Escuela Europea de Psicoanálisis.

Citaré, para no ser aburrido, tan sólo algunos de los viejos trabajos sobre la "folie par amour", como la llamaba Morel⁵. Por ejemplo, los de V. Magnan, quien también nos refiere un caso de delirio amoroso cuyo objeto es una actriz célebre del teatro, la Señorita Van Zandt⁶. En el breve relato de este caso, Magnan anota una frase pronunciada por el erotómano: "Es evidente, ella tiene necesidad de mí". Dentro de un rato evocaré nuevamente esta frase, pues encaja perfectamente en lo que Clérambault llamó "Temas Derivados" del Postulado.

A propósito de las características del objeto, es decir, de la persona amada, los trabajos de Portemer son los más destacables. Este autor, interno en la Prefectura del Sena, dedicó su Tesis a la erotomanía. En ella describió al erotómano como un desequilibrado del amor, cuya hipertrofia pasional lo conduce a extravagancias varias, conductas violentas e incluso al crimen⁷. Aunque sus consideraciones basadas en la degeneración mental, en apogeo en aquellos años, no tienen la menor relevancia, conviene destacar el rango o la condición elevada del objeto erotomaniaco, que dicho autor aísla en sus casos.

Antes de detallar las consideraciones de Clérambault sobre nuestro tema de hoy, es preciso mencionar aún dos obras de un peso desigual, pero ambas en el centro de la elaboración de lo que actualmente llamamos psicosis pasionales: Les folies raisonnantes (1909) de Sérieux y Capgras y Les idéalistes passionnés (1913) de M. Dide.

Aparte de otros muchos méritos, la obra siempre actual de Sérieux y Capgras aporta la primera gran bipartición dentro del campo de los delirios crónicos sistematizados entre la paranoia y los delirios pasionales. Estos autores -siguiendo

los lineamientos descriptivos más al uso en su tiempo, es decir la delimitación mediante el análisis semiológico del mecanismo psicológico intrínseco a los distintos tipos clínicos- oponen los delirios de interpretación y los delirios de reivindicación. Los primeros se originan a partir de un error del juicio, y su edificación se desarrolla merced a la actividad delirante a base de interpretaciones múltiples y diversas; la idea delirante directriz es siempre secundaria. Los delirios de reivindicación, en cambio, surgen sobre un estado pasional obsesivo (exaltación pasional): "El delirio de reivindicación -así lo describen Sérieux y Capgras- puede ser definido como una psicosis sistematizada crónica caracterizada por el predominio exclusivo de una idea fija, que se impone al espíritu de una manera obsesiva, orientando completamente la actividad en un sentido manifiestamente patológico y exaltándola en razón de los obstáculos encontrados⁸. El reivindicador se nos presenta esencialmente como un obsesivo y como un maníaco. Hay en él una combinación íntima de esos dos estados que le conducen a un delirio de actos más que de ideas.

Esta oposición entre los reivindicadores y los interpretadores fue el germen que pocos años después Clérambault desarrollaría: paranoia versus psicosis pasionales, y que está en la base de la atomización del grupo paranoico.

No me resisto a comentaros un caso excelente y bellissimo de Paul Sérieux y Joseph Capgras que tiene que ver, cómo no, con el teatro y las actrices. Se trata de un joven de 30 años, B. Joseph, cuya psicosis despuntó mientras asistía a la Opera cómica, donde no pasó desapercibido para la señorita G..., alma purísima y muy cándida, la cual se prendó locamente de él. "En el escenario, ella se giraba para mirarle. Sus gestos, sus saludos gráciles, sus maneras apasionadas -debidas a su papel, comentan Sérieux y Capgras-, sus canciones amorosas, están dirigidas especialmente hacia él. Cuando era oportuno, él le contestaba con signos que su poder magnético

⁵.- Morel, Traité des maladies mentales, París, 1860.

⁶.- Magnan, V., "Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles", Ann. Méd.-Psychol., 1886, mayo, 7ª serie, T. I, p. 447.

⁷.- Cfr. A. Portemer, De l'érotomanie au point de vue médico-legal. Tesis, París, 1902.

⁸.- P. Sérieux, y J. Capgras, Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation, París, Alcan, 1909, pp. 247-248.

hacia comprensibles⁹. Al regreso de una tournée, B. Joseph vuelve al teatro, y descubre que el candor y el encanto de quien le amaba habían desaparecido. En ese momento, otra actriz aparece como más enamorada de él aún. La tragedia de este sujeto es muy clara: no puede dejar de ser el objeto del amor de Otro. Siempre el mismo patrón, la misma estructura, casos y casos que parecen calcados. Un pequeño signo, frente a miles de espectadores, que sólo el psicótico capta y que le confiere una significación que le concierne, por ejemplo una cita, como en el caso de Ph. Chaslin¹⁰.

El segundo libro del que hablé es el de Maurice Dide Les idéalistes passionnés¹¹. No me gusta demasiado, debo reconocerlo, pues resulta imposible distinguir entre sus casos llamados idealistas a los psicóticos de los que no lo son: no elabora una psicopatología estructural sino cuantitativa. No obstante, presenta algunas ideas que hay que destacar. Define la pasión como una inclinación fija y distingue el juicio afectivo del juicio racional.

Para Dide, por una parte, la duración de los estados pasionales está determinada por el idealismo, que es el responsable de la fijeza del sistema. Por otra parte, la intensidad está en función de la pasión. Lacan, en su trabajo sobre Aimée, coincide con Dide en la importancia otorgada a la función del ideal en este tipo de psicosis.

En mi opinión, y más allá de los valores intrínsecos al texto mismo, los trabajos de Dide¹²,

⁹ - P. Sérieux y J. Capgras, Ibidem, pp. 118-121.

¹⁰ - Ph. Chaslin, Elements de sémiologie et clinique mentales, París, Asselin et Hauzeau, 1912.

¹¹ - M. Dide, Les idéalistes passionnés, París, Alcan, 1913.

¹² - Véase a este respecto: H. Dide, "Quelle est la place des idéalistes passionnés en nosologie?", Journal de Psychologie normale et pathologique, abril-julio, 1913, 302-310. Además, puede consultarse: M. Dide y P. Guiraud, Psychiatrie du médecin praticien, París, Masson, 1929.

sirvieron para familiarizar a los especialistas con este tipo de sujetos apasionados de los ideales.

Llegamos así, por fin, a Clérambault, el maestro de la Enfermería Especial de la Prefectura de Policía. Os recuerdo a grandes pinceladas su concepción de las psicosis, en el seno de las cuales opone las psicosis a base de Automatismo Mental y un pequeño grupo, al que llamaremos en principio, grupo paranoico. Si hay algo que caracterice a este clínico es su afán reduccionista, es decir, reducir toda la abigarrada fenomenología de un tipo clínico de psicosis a su quintaesencia primera, a su estructura elemental casi transfenómica. Las psicosis a base de Automatismo Mental (A.M.), o sea, las psicosis alucinatorias crónicas, se edifican a partir del Pequeño Automatismo Mental (P.A.M.) o Síndrome de Pasividad.

El delirio, incluso las alucinaciones propiamente dichas, son tardías y siempre secundarias al P.A.M. Para Clérambault, en las psicosis a base de A.M. el delirio es una superestructura, un producto añadido, es decir, una respuesta subjetiva ante los fenómenos elementales xenopáticos. Así pues, primero está la xenopatía, lo automático, el lenguaje emancipado del Yo de la persona, un lenguaje que habla solo, un Síndrome de Pasividad autónomo, donde Lacan descubrió lo Simbólico.

Si la psicosis ya desencadenada en la xenopatía inicial y automática progresa, el delirio se edificará, en un segundo tiempo, en función de las características psicológicas y sociales de la persona en cuestión; finalmente, en muchos casos, se constituirá propiamente el Síndrome de Automatismo Mental, es decir: las voces con sus cuatro características, los trastornos psicomotores y los trastornos cenestésicos. Creo que de esta manera, al menos según esta lógica, puede explicarse la edificación de las psicosis a base de A. M., una categoría a la que actualmente no se apela en los diagnósticos en favor -flaco favor a la clínica- de la hipertrofiada esquizofrenia.

No quiero pasarme por alto lo que es sin duda más sugerente de su doctrina: el P.A.M. o Síndrome de Pasividad. Se trata de fenómenos sordos, apenas perceptibles por el clínico, que

denotan todos ellos la estructura psicótica. Son fenómenos a los que llamaré xenopáticos, de desdoblamiento de la identidad, fenómenos que se presentan al sujeto como extraños y ajenos a sí mismo, pero al mismo tiempo producidos por su propia estructura. Es la duplicidad, la división xenopática o, para decirlo de otro modo, la emancipación y retomo xenopático de los significantes; es propiamente el discurso del Otro en la dimensión real.

Para nombrar esos fenómenos, que están por otra parte en los límites de lo fenoménico, Clérambault se ve compelido incluso a recurrir a neologismos. Esos fenómenos elementales son de dos tipos: Fenómenos Sutiles y Fenómenos Ideoverbales. Todos ellos se caracterizan por ser anidéicos, neutros, atemáticos, por no guardar en principio ninguna relación con los afectos¹³.

Estos fenómenos, tales como las interferencias, la "emancipación de los abstractos", la desaparición del pensamiento, la extrañeza del propio pensamiento, y por supuesto el eco del pensamiento -en donde se observa una alteración de la relación enunciado y enunciación-, constituyeron años después los "síntomas de primer rango" de Kurt Schneider. Es una pena, y una gran injusticia histórica que evidencia las pocas luces de algunos de nuestros colegas, que las sutiles descripciones de Clérambault se marginaran en beneficio de las de Schneider, pues las de éste último son francamente groseras comparadas con las del psiquiatra francés.

Pero bien, dejemos el A.M. para centramos en la erotomanía. Tal como mencioné al principio, Clérambault sitúa frente al A.M. un grupo paranoico heterogéneo. En el seno de este grupo opondrá a su vez la paranoia y las psicosis pasionales.

Al igual que con el A.M., nuestro autor promueve una reducción de la fenomenología pasional hasta despejar los mecanismos generadores de las psicosis pasionales. Debo señalar que

¹³.- Puede consultarse sobre el particular una breve intervención de Clérambault titulada: "Definition de l'Automatisme Mental", Oeuvres Psychiatriques, París, P.U.F., 1942, pp. 492-494.

hasta Clérambault no existía como tal la categoría "psicosis pasional"; se hablaba de monomaniacos, de perseguidos-perseguidores, de reivindicadores, etc.

Existen tres tipos clínicos de psicosis pasionales: la erotomanía, el delirio de celos y el delirio de reivindicación. Todos ellos tienen la misma estructura, el mismo mecanismo generador.

Nuestro autor estudió casi con exclusividad la erotomanía, y en especial la erotomanía pura. Todo el cuadro clínico se reduce a una estructura mínima basada en dos porciones complementarias: el Postulado más las Deducciones y los Temas Derivados.

El Postulado es el generador de los pensamientos, las ideas y los actos. Toda la psicosis (erotomanía pura) se reduce al Postulado: Es el objeto el que ha comenzado y el que más ama o el único que ama. Toda la erotomanía se reduce a esa certeza: el Otro me ama¹⁴. Aunque esta certeza¹⁵ no aparece en boca del erotómano con tanta facilidad como podría suponerse, Clérambault se empleaba a fondo en sus interrogatorios para extraerla en todos sus casos; si no era así, no se trataba de un caso de erotomanía pura.

Los Temas Derivados de la primera certeza nos darán ya una configuración muy precisa del Objeto, es decir del Otro de la erotomanía:

- 1.- El Objeto (quien ama) no puede ser feliz sin el pretendiente (el erotómano).
- 2.- El Objeto no tiene valor completo sin el pretendiente.

¹⁴.- Recientemente, Fernando Colina y quien escribe, hemos realizado una selección y traducción de textos clásicos de la clínica francesa de los delirios. En ese volumen, con comentarios, notas e introducciones, pueden leerse los textos originales de Clérambault sobre el A.M. y sobre la erotomanía. Cfr. J.M^a Alvarez y F. Colina (Eds.), El delirio en la clínica francesa, Madrid, Dorsa, 1994.

¹⁵.- Uso el término "certeza" como equivalente al término lógico empleado por Clérambault "Postulado".

- 3.- El Objeto está libre, su matrimonio no es válido, etc.
- 4.- Vigilancia del Objeto.
- 5.- Protección del Objeto.
- 6.- Aproximaciones al Objeto.
- 7.- Simpatía casi universal que despierta el romance en curso.
- 8.- Conductas paradójicas por parte del Objeto, es decir: ¿cómo amándome me rechaza ostensiblemente?, etc.

Estamos, por tanto, como me decía una paciente que sabe de esto más que todos nosotros, en "una dimensión de la experiencia donde no existen casualidades", todo se desarrolla a partir de la primera certeza; los temas delirantes, las interpretaciones pasionales surgen lógicamente de esa certeza de ser amado. Llegados a este punto siempre pienso que no hay nada más terrible que tener una certeza.

El Objeto de la erotomanía, es decir, la figura canónica del Otro al que no falta nada, está horriblemente omnipresente; se trata, como decía J. A. Miller, de una enfermedad del Otro no barrado¹⁶.

Los casos de erotomanía pura evolucionan, aunque puede haber estancamientos, siguiendo tres fases: esperanza, despecho y rencor. En esta última fase nos encontramos, a veces, todas esas tragedias domésticas (agresiones y asesinatos), que nos impresionan tanto y de los que la prensa saca siempre una buena fajada.

Hasta ahora, especialmente de la mano de Clérambault, he mostrado la estructura del fenómeno erotomaniaco. Ahora, retomando los textos de Freud y Lacan trataré de mostrar la posición del sujeto erotomaniaco en tanto objeto del amor o del goce del Otro.

Para no extenderme demasiado me referiré, en el caso de Freud al libro sobre el Dr. Schreber, y en el caso de Lacan a la loca de su Tesis y también a Schreber.

Es sorprendente, en principio, que Freud nos ofrezca una definición de erotomanía idéntica a la de Clérambault: se trata siempre de la certeza de ser amado. Todos conocemos la tesis de Freud sobre la paranoia definida como defensa contra una pulsión homosexual intolerable. Los cuatro tipos clínicos de paranoia (delirio de persecución, erotomanía, celos delirantes y megalomanía) se despliegan como retorsión gramatical de esa primera defensa homosexual.

En el caso de la erotomanía, la retorsión a la frase "Yo (un hombre) lo amo (a un hombre)" se produce mediante la contradicción delirante del objeto; es decir, se trata para el erotomano de restablecer un semblante de heterosexualidad. La transformación gramatical, tal como Freud la escribe es: "Yo no lo amo - pues yo la amo"; y por proyección: "Yo noto que ella me ama"; en resumen: "Yo no lo amo - yo la amo porque ELLA ME AMA"¹⁷.

Éste es básicamente el fondo de la cuestión para Freud. Y verdaderamente, a pesar de la interpretación y la crítica acertada que Lacan hizo de la tesis de la paranoia como defensa frente a la homosexualidad mediante su concepción del empuje a la mujer, nos encontramos casos en los que cuando el delirio erotomaniaco se eclipsa, surge el temor delirante a la homosexualidad. Si rastreamos bien estos casos descubrimos que ese temor delirante ya estaba desde el principio, y sólo se desvaneció cuando brotó el delirio erotomaniaco.

Bien, más allá de esa crítica a Freud, que es una crítica de matiz y no de fundamento, lo importante es hacer notar la teoría general de la psicosis en Freud. Para él, se trata de una causalidad libidinal, en oposición a Jung y Bleuler, que defendían una causalidad tóxica (orgánica): fracaso del Edipo y fijación narcisista en el caso de la paranoia.

Desde el punto de vista de la posición del sujeto psicótico en relación con el Otro, Freud

¹⁶.- J.-A. Miller, "Enseñanzas de la presentación de enfermos", Omicar2, 1981, 3, 47-64, p. 63.

¹⁷.- Cfr. S. Freud, "Puntuaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente", Obras completas, Vol. XII, Buenos Aires, Amorrortu, 1986.

sitúa en el sujeto psicótico la certeza sobre el Otro: "me ama". Una certeza no exige verificación, se responde por sí misma, o mejor dicho, ella misma responde a todas las preguntas, como observamos en la edificación de cualquier delirio. El erotómano no tiene dudas sobre su certeza, tan sólo se ve incomodado por las "conductas paradójicas del Objeto" -como decía Clérambault-, es decir, por los signos de reproche y desamor de ese Otro que lo tiene capturado en las fauces de su amor o de su goce. Todos los esfuerzos que hagamos, ya se han hecho demasiados, por convencer con nuestros buenos razonamientos al psicótico del error de su certeza son baldíos; no necesita ni verificación ni contradicción, tiene simplemente una certeza que no requiere ningún tipo de razonamiento. Otra cosa distinta es la creencia: quien cree se esfuerza por creer, necesita un acicate, un trabajo de buena voluntad para seguir creyendo, para no caer en el tormento de la duda. Si le rasamos bien el tuétano a cualquiera de nuestros pacientes que dicen creer en ..., incluso las más supuestamente robustas creencias religiosas, nos llevaremos más de una sorpresa: contemplaremos a un sujeto que necesita creer para no saber, y nada más terrible para ellos que verse liberados de sus creencias. Pero un psicótico no es un creyente, si fuera así, los psicoterapeutas estudiarían fundamentalmente retórica.

Por el contrario, en el caso del neurótico tenemos siempre la pregunta del sujeto por el Otro: "¿me ama?", es decir, "¿soy amable para el Otro?"; dudas interminables en el obsesivo, entretenimientos en deshojar la margarita, seducciones, insatisfacción y fragilidad para sostener el deseo en la histeria; siempre lo mismo, pero ni rastro de certeza sino cuestionamiento subjetivo.

Tomaré ahora dos textos de Lacan: su Tesis de 1932¹⁸ y su Seminario III de 1955¹⁹. Pre-

¹⁸.- Cfr. J. Lacan, De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité, Paris, Seuil, 1975.

¹⁹.- Cfr. J. Lacan, El Seminario de J. Lacan. Libro III: Las psicosis (1955-56), Barcelona, Paidós, 1984.

tendo mostrar con ellos las dos vertientes de la erotomanía: el amor y el goce; ser el objeto del amor del Otro o ser el objeto del goce del Otro²⁰.

De entre una treintena de observaciones, Lacan eligió una de sus pacientes, a la que llamó Aimée (Amada), para escribir su Tesis de Medicina. Aunque el caso es más complicado y extenso, tomaré sólo un rasgo del delirio de Aimée, precisamente su aspecto erotomaniaco. Todo el mundo sabe que Aimée fue atendida por Lacan tras intentar acuchillar a una célebre actriz de teatro. Se ha escrito mucho sobre esto y no voy a entrar en más detalles²¹; quiero señalar sólo del delirio de Aimée su versión erotomaniaca: era el objeto de amor de Jaime I, que no es cualquier Otro: "J'aime premier", es decir, "Yo amo primero". Si usáramos un término de Clérambault para describir esta matriz, hablaríamos claramente de Postulado.

Pero Lacan en su Tesis no sigue a su maestro Clérambault, más bien se despecha con él. Elisabeth Roudinesco narra un incidente entre Clérambault y Lacan que parece, por su trascendencia, haber marcado la separación y las discrepancias entre ambos durante más de veinte años. Parece ser²² que Lacan había publicado un pequeño artículo²³ sobre la estructura de las psicosis

²⁰.- Cfr. C. Soler et al., "Estructura y función de los fenómenos erotomaniacos en la psicosis", in V.V.A.A., Clinica diferencial de las psicosis, Buenos Aires, Manantial, 1988.

²¹.- Puede consultarse sobre este particular la Tesis de Silvia E. Tendlarz, Le cas Aimée. Etude historique et structurale, Paris VIII, 1989; y J. Allouch,

Marguerite ou l'Aimée de Lacan, Paris, E.P.E.L., 1990.

²².- E. Roudinesco, Jacques Lacan. Esquisse d'une vie, histoire d'un système de pensée, Paris, Fayard, 1993, p. 18.

²³.- El artículo en cuestión no es otro que "Estructura de las psicosis paranoicas", cuya traducción a nuestra lengua puede encontrarse en la Rev. El Analicón, 1986, 4, pp. 5-20.

paranoicas, en el que se desarrollaban de buen grado las concepciones de Clérambault.

Este último, cuyo carácter era francamente difícil e insoportable²⁴, se sintió plagiado, y no se le ocurrió nada mejor que presentarse en una reunión científica a la que asistía Lacan, y arrojarle a la cara, ante la mirada atónita de los asistentes, las copias del mencionado artículo, al tiempo que le increpaba llamándole plagiario. Este es el incidente; apreciar las consecuencias es algo que no pretendo ahora²⁵.

Sea como sea, las menciones que Lacan hace de Clérambault en su Tesis son brevísimas y poco elogiosas; todo lo contrario que veinte años después. Para Lacan, por tanto, lo esencial de la erotomanía no es el Postulado sino el rango superior del Objeto: el Otro del erotómano debe ser alguien de elevada posición, cargo y valía. Ni el Papa de Roma está libre de formar parte de un delirio erotomaniaco²⁶.

Veintitrés años después, en el Seminario sobre la psicosis, Lacan nos mostrará otra versión de la posición del sujeto frente al Otro. "Dios goza de mí", así podríamos resumir la posición de Schreber frente a Dios. Más que una manía de amor, en este caso, como dice Colette Soler, se trata de una manía de goce. Todas las páginas del libro de Schreber²⁷ indican esto: la identificación, como buen paranoico, del goce en el Otro, el Otro gozador, horriblemente gozador. Y ésa es precisamente la característica, la matriz de la transfe-

rencia en el tratamiento de sujetos psicóticos. El psicótico se coloca en posición de objeto del goce del analista, por lo que no es infrecuente que éste último se convierta en el perseguidor o en el amador implacable. Ahí entra en juego la perspicacia del clínico para desubicarse, para decir no, a ese lugar que le corresponde por estructura.

Estas dos versiones de la erotomanía, el amor y el goce, pueden coexistir. Ambas son soluciones subjetivas para regular y limitar el goce. Esta regulación y limitación pasa evidentemente por las palabras, es decir, por delirar. En el caso de la erotomanía, el delirio es la respuesta subjetiva a ese goce feroz del Otro, del que el sujeto es objeto; es su objeto de goce, sin comerlo ni beberlo, y quizás delirando pueda decir por qué le tocó a él. Todo el delirio erotomaniaco, en general todo el delirio paranoico, es la respuesta a una primera certeza sobre el Otro: el reivindicador siempre dirá lo mismo ("En tal día a tal hora se me calumnió diciendo que ..."); el interpretador ensanchará con sus interpretaciones el despliegue del delirio; el erotómano delirará a partir de su Postulado, aunque el Objeto varíe o se eclipse por temporadas. Todos estos delirios consisten en la introducción de un sentido frente al sinsentido que se impone en la certeza; son un límite y adecuación a ese Otro siempre malvado de la psicosis, aunque sea un Otro amador.

Me parece que en el resto de psicosis de las que he hablado, las psicosis a base de Automatismo Mental, la certeza del Otro (el Otro me ama o me persigue) tiene menos valor comparado con lo que llamaría la experiencia de ser manipulado por el Otro: el Otro me habla. ¿Y cómo se puede ser testigo y hablar de las palabras del Otro sin delirar?. ¿Cómo se puede soportar una certeza y no delirar? ♦

²⁴.- Cfr. E. Renard, Le Docteur Gaëtan Gatian de Clérambault, sa Vie et son Oeuvre (1872-1934), Tesis, París, 1942.

²⁵.- Puede consultarse al respecto: D. Arnoux, "La rupture entre Lacan et de Clérambault", Littoral, 1993, 37, primavera.

²⁶.- Cfr. R. Dupouy y J. Picard, "Erotomanie papale chez une schizophrène en évolution. Valeur de l'intuition délirante", Bull. Soc. Clin. Méd. Ment., 1982, Enero, 9.

²⁷.- D.P. Schreber, Memorias de un enfermo nervioso, Buenos Aires, Carlos Lolh , 1979.



El cuerpo y el goce

*Manuel Espina Tamargo**

El cuerpo es un regalo del lenguaje. Cabría iniciar así estas notas aproximativas al problema del goce. Que no nacemos con un cuerpo, equivale a decir que el cuerpo es una construcción secundaria, una realidad, una superestructura de realidad provocada por la captura del sujeto por el significante.

Lo viviente, lo orgánico, no basta para constituir un cuerpo, hay que añadirle (así lo afirmaba Lacan en sus antecedentes) una imagen que se la procura la unidad de su forma en el espejo, a través de una gestalt visual. Pero más adelante, introduce Lacan otra cuestión, afirmando que quien al final sostiene esa unidad, no es sino el significante, en el sentido de introducir un discurso en el organismo. De aquí la afirmación de que el cuerpo está sometido al lenguaje, que estamos habitados por el lenguaje. Pero el significante introduce al tiempo una discordancia, un problema, una falla en el instinto sexual del sujeto.

Así es como progresa la idea del cuerpo en el psicoanálisis.

Al principio lo orgánico, más tarde la imagen y finalmente el significante. El cuerpo de lo viviente, la imagen del cuerpo y el cuerpo tomado en el significante.

Dice Lacan: "El cuerpo verdadero, el primer cuerpo es lo que se denomina el cuerpo simbólico, es decir, el lenguaje" y afirma en Radiofonía "el cuerpo de lo simbólico, cuerpo incorporal, que incorporándose le da cuerpo".

Sólomente hay hechos si son dichos. Recuerda esto, en cierto modo, las preocupaciones cuánticas de Schrödinger respecto de su gato en el sentido de si aquél estaba muerto o vivo al final de su ya famoso experimento.

En todo caso, lo que no tiene el gato de Schrödinger es cuerpo. Los animales no tienen cuerpo. Cuerpo tiene el ser parlante, el ser sexual-

do, pero sólomente como atributo, nunca como elemento de identidad. En ese sentido decimos que no somos un cuerpo.

El cuerpo nos es dado en el momento de la sexuación. En el momento del corte entre cuerpo erógeno y cuerpo biológico. Momento de la castración originaria, de la primera manifestación edípica, donde el Padre ejerce su función de Ley, dinamizadora del conflicto fundamental generado por ese mal lugar donde el sujeto constituye y erogeneiza su cuerpo en el Deseo de la Madre, momento de la primera metaforización.

Tenemos un cuerpo, pero no somos un cuerpo, decíamos. Podemos prescindir de él. Como sujetos del significante estamos separados de él, y sin embargo estamos obligados a él como tercero necesario entre el saber inconsciente y el goce, como consecuencias instantáneas de la captura. El inconsciente no es sin relación al cuerpo, y el goce no es sin relación al cuerpo y al inconsciente.

Tropezamos al fin con el goce como concepto fundamental.

Es el goce una de las conceptualizaciones fundamentales, e innovadoras, en su formulación, de J. Lacan al psicoanálisis.

¿Qué es el goce?. El goce es un agujero en el inconsciente. Pero lo que mejor define al goce es decir que "el goce es lo que no sirve para nada", desmarcándolo así más allá del principio del placer (marcando su relación con la pulsión de muerte en Freud) y desmarcando al psicoanálisis de una posición utilitarista relativa al bienestar y abriendo la necesidad de una ética ineludible.

Para Freud, el placer tiene que ver con una disminución de la tensión, con una disminución del nivel de excitación, una cierta descarga y sin embargo en "Más allá del principio del placer", establece la constatación de la obstinación del sujeto

* *Manuel Espina Tamargo es Psiquiatra de los Servicios de Salud Mental de la Diputación de Valladolid.*

en el sufrimiento, de una satisfacción en el malestar que aparece en la compulsión a la repetición, en la reacción terapéutica negativa... Y dice de la pulsión de muerte, que "es extraña y anterior al principio del placer".

Lacan, ve la pulsión de muerte en relación al significante en el sentido que antes decíamos de que *estamos separados del cuerpo como sujetos del significante*, o que podríamos prescindir de él. Es cierto que el sujeto trasciende al cuerpo, antes de su estructuración y después de su desapaición.

"Ya el otro habló de mí antes de que yo estuviera". No hay más que echar una mirada a las esquelas, a las necrológicas, a las lápidas de los cementerios para comprobar que esto es así.

Pero también Lacan vinculò la pulsión de muerte al concepto de goce, en el sentido de nocivo, de devastador, en contraposición a los fines homeostáticos del placer.

Aparece entonces el goce como indeseable, opuesto y contrario al deseo. Aquí hay otro problema.

Volviendo a la relación de inconsciente y goce, retomamos la cuestión del momento de la acción significativa, para dar cuenta de cuatro cuestiones simultáneas, instantáneas:

- 1.- La metaforización del Deseo de la Madre (relacionada por J-Alain Miller con la estructuración superyóica y el imperativo de goce).
- 2.- La estructuración del inconsciente como un lenguaje (tesis fundamental).
- 3.- Constitución del cuerpo del significante.
- 4.- Imposibilidad de la relación sexual.

Así podemos establecer en torno al goce y al deseo, que el goce está coordinado al Deseo de la Madre, y el Deseo está coordinado al Nombre del Padre. Por tanto, el Deseo es una barrera (defensa) del goce fundada en el lenguaje.

Se puede decir, el Deseo es del Otro, mientras el goce "no es". El deseo está ligado a la barrera significativa, y así el goce y el significante se excluyen, son antinómicos.

Antes decíamos del goce que era un agujero en el inconsciente, y ahora podemos decir que el goce es en el inconsciente un lugar vacío de significantes, (y por tanto real) recubierto por los velos del sintoma y del fantasma, formas evidenciables de manifestaciones de una cierta forma del goce. Esta acción significativa que separa el cuerpo del goce introduce en cambio, a modo de compensación, un plus de goce que Lacan nombró como objeto α .

Es el objeto α una restitución incompleta, inaprehensible para el significante, que no lo puede designar, fuera de la estructura del significante en el sentido del agujero, del lugar vacío de significantes al que antes aludíamos, y por lo tanto real. (Real a diferencia de esa realidad a la que el cuerpo pertenece). Es la compensación o restitución de una pérdida (la pérdida de La Cosa) acaecida en el acto de constitución del cuerpo, en el acto en que el viviente se hace sexuado.

Encuentra Lacan su inspiración (así lo hace saber) para la formulación del objeto α en las referencias que Freud hace en "Duelo y Melancolía" en relación con la pérdida del objeto.

Y comienza Lacan a preguntarse a qué se refiere Freud al hablar de ese objeto. Se refiere a la imagen del sujeto, se refiere a una parte de su cuerpo, y al fin concluye con la referencia a "un rasgo", "a esa parte fantasmática de mi cuerpo que se me escapa" y que constituye un elemento de repetición en los sucesivos objetos de amor para el sujeto. Es a ese rasgo al que Lacan identifica al objeto α .

α , es sólo una letra que designa una ausencia. Una respuesta a una pregunta (sobre la falta en el ser) que insiste sin cesar.

α , escapa a la lógica del significante, marcando una exterioridad al sistema, una heterogeneidad que le da consistencia en el sentido gödeliano.

Y así puede decirse que el sujeto es la insistencia de la repetición, y el goce la fuerza que la asegura de modo intemporal. En relación al cuerpo es α lo más real que de él puede hallarse en el psicoanálisis.

Siguiendo a J. Lacan en el Seminario XVII: "La repetición se funda en el Retorno del Goce".

Lo que se repite, tiene que estar en posición de pérdida respecto a lo repetido (siguiendo el concepto de Entropía), y lo repetido (rasgo unario) es el origen mismo del significante. El objeto α surge en el lugar de la pérdida de la repetición.

Volviendo al cuerpo, diremos que lo que constituye el verdadero sostén, la consistencia de la imagen especular del Yo es ese objeto perdido que introduce el goce en el ser del sujeto, el objeto α . "Lo que hay siempre bajo la vestimenta, dice Lacan en Aùn, es el objeto α ".

Pero el plus de goce es sólo una de las formas del goce descritas por Lacan.

Hay un goce fálico (en el sentido que Lacan da de falo como barrera del goce) que se muestra en las distintas manifestaciones del inconsciente: el lapsus, el sueño o el síntoma. El goce fálico es lo que del goce está metaforizado.

Y hay además una tercera categoría: el goce del Otro. Es el goce que el sujeto supone al Otro (A) y que representa un límite imposible para el sujeto. (El obsesivo lo relaciona con la muerte, la histérica con la locura,...).

El neurótico goza parcialmente para evitar, justamente, este goce del Otro, y goza con el síntoma (gocce fálico) y con el fantasma (plus de goce).

En el goce del Otro, (como máxima aspiración) se representa la desaparición de su ser para el neurótico.

Pero ¿qué sucede en la psicosis?. En la psicosis el Nombre del Padre está forcluido y esto tiene consecuencias absolutas en la estructuración del sujeto que no accede a lo simbólico, que no accede a ese discurso que el significante introduce en el organismo.

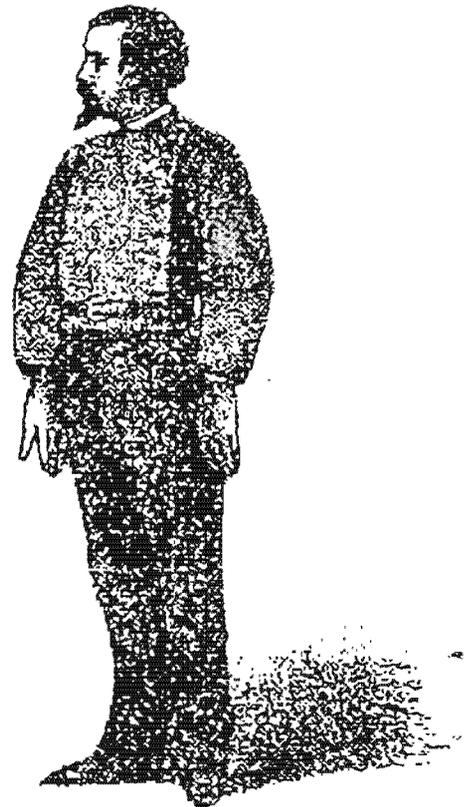
La fórmula:

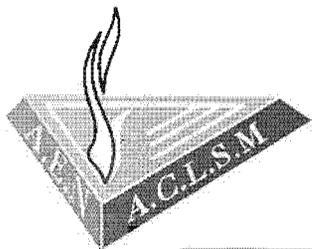
$$\frac{N.P.}{D.M.} \cdot \frac{D.M.}{\text{Sgdo. para S.}} = N.P. \left(\frac{A}{-\phi} \right)$$

no opera en el sujeto psicótico y por lo tanto el goce fálico no queda inscrito, y el sujeto queda prendido al Deseo de la Madre. La Madre lacaniana es ese Otro previo. El Nombre del Padre falta en el Otro, como lugar del tesoro de los significantes, y en esa medida en la psicosis, A no se constituye ni como tesoro de los significantes, ni se descompleta como λ .

Por lo tanto la psicosis objeta el imposible de que A se constituya, y así, el Otro resulta ser el lugar que somete al sujeto a un goce contra el cual no se puede defender. En la psicosis el Nombre del Padre está forcluido y surge un empuje a La Mujer, en el sentido de que hay un efecto que trata de configurar un Otro no tachado, un ser La Mujer para el Otro (como se ve en Schreber), ser el Otro femenino absoluto.

El sujeto psicótico puede, pues, volverse objeto del goce del Otro, identificándose al Otro, o bien puede ser el Otro pretendiendo hacer existir a La Mujer en su lugar. Doble relación en la que la referencia a algún objeto α falta radicalmente. ♦





AMERICAN COLLEGE OF LIFE SUPPORT MECHANISMS

(Un poco de) Dialéctica de la Rehabilitación

*Ramón Esteban Arnáiz **

Resumen: Se revisa, a la sombra de la dialéctica, una parte de la abundante literatura acerca de la rehabilitación psiquiátrica. Se reseña la crisis de algunos planteamientos asistenciales de la atención a la cronicidad. Se "contextualizan" ciertos aspectos del problema en el marco castellano-leonés. Sugeridos los interrogantes para los que no hay respuesta unívoca, se recurre a una de las fuentes de conocimiento profundo más fiables de nuestra cultura, a saber: el toreo.

Palabras Clave:

Rehabilitación. Castilla y León. Domingo Ortega.

"Otras carreras más devastadoras tienen que ver con el hábito de zanjar la clínica con el diagnóstico, o de esperar que la rehabilitación oculte nuestro desdén, o de derivar con insuperable desparpajo."

F. COLINA, *Observo al médico...*,
Rev. AEN, XIV, 49; 311

INTRODUCCIÓN

"Nietzsche decía que todo lo que tiene historia no tiene definición y lo que tiene definición no tiene historia" (1). La rehabilitación psiquiátrica, difícil de definir, puede buscar sus orígenes en el caso del niño salvaje de Aveyron en el tratamiento moral (2) o, de modo más general, en las prácticas llevadas a cabo en los manicomios por el personal paramédico para mantener entretenidos u ocupados a los asilados (3). Estas últimas carecían sin embargo de intención rehabilitadora, no estaban destinadas a producir ningún cambio ajeno al de la, quizá, mala conciencia de la institución: eran prácticas adialécticas.

Suele entenderse por DIALÉCTICA, entre otras acepciones del término, "la ciencia de las leyes generales del movimiento" (4). Desde Heraclito, todas las cosas están en movimiento y el movimiento de cada cosa influye en las demás. Aparece el pensamiento dialéctico cuando somos capaces de pensar en factores interrelacionados en y por el movimiento.

Conocidas son las dificultades para pensar de un modo dialéctico, pero sólo así podremos acercarnos al complejo universo de la rehabilitación psiquiátrica, proceso multifactorial que trasciende, además, los límites de la asistencia a la salud mental pues incluye lo social en sus más amplios aspectos: jurídicos, laborales, políticos, etc.

La rehabilitación se nos muestra también como dialéctica al revisar su literatura: ideas contradictorias que a veces consiguen -y a veces no- hacer una síntesis; pares antitéticos (deseo/frustración, éxito/fracaso) que se intrincan en espiral; la necesidad de asumir lo heterogéneo y lo imprevisible; la idea de temporalidad en todas sus acepciones, sobre todo, como señala García González (5), en la de oportunidad ("ser el momento conveniente y necesario" para hacer algo) y en la de noción ("elemento epistemológico que impregna el proceso y la concepción de la rehabilitación, dándole su fundamento evolutivo"); y la idea de una especial dialéctica de los espacios (2, 3).

INTERÉS ACTUAL

Siendo los orígenes de la rehabilitación tan antiguos, cabe preguntarse acerca de su redescubrimiento, de su interés actual. La respuesta viene dada por diversos factores:

* *Ramón Esteban Arnáiz es Psiquiatra C.S.M. 2º Distrito Oeste. Valladolid.*

1- FACTORES RELATIVOS A LA SANIDAD GENERAL.

1.1- Los cambios producidos en los últimos años en el patrón de morbilidad al aumentar el número de enfermos de evolución prolongada y de enfermedades asociadas a estilos de vida y a factores socioambientales y demográficos, provocan un aumento de demandas de servicios sanitarios y sociales (5).

1.2- La modificación del concepto de salud de la O.M.S., pasando del "completo bienestar físico, psíquico y social" a un concepto más relativo, interactivo, relacionado con la calidad de vida y con los handicaps (6). Pierde protagonismo la idea de curación y lo comparte con las de alivio o ayuda, ya presentes en los viejos aforismos médicos y ahora también redescubiertas.

1.3- La filosofía de la salud comunitaria conlleva un cambio epistemológico centrándose sobre el sujeto enfermo (2) y renunciando a los esquemas parcializadores (tipo enfermedad=órgano enfermo). Incluye también la consideración del ambiente como factor de enfermedad y como objeto de las acciones sanitarias.

2- FACTORES RELACIONADOS CON LOS CAMBIOS SOCIALES.

2.1- Los cambios en la estructura de las familias (menos numerosas, menos patriarcales, menos poderosas en el sentido funcional) las hacen menos aptas para ser soporte y dar cuidados (5).

2.2- El Estado del bienestar colabora en la concienciación de los ciudadanos acerca de sus derechos. Lo cual puede decirse también a la inversa: el deseo de los ciudadanos de convertirse en usuarios de servicios es deseo fundante del Estado del bienestar.

2.3- Se demandan no sólo tratamientos sino también cuidados más allá de la fase aguda, exigiendo la creación de servicios de rehabilitación y soporte social (5).

3- FACTORES PROPIOS DEL CAMPO DE LA PSIQUIATRÍA/SALUD MENTAL.

3.1- El fenómeno generalizado de la deshospitalización ha colocado a la enfermedad mental en los "espacios de la vida" (6) con el consiguiente impacto mutuo: la dishabilidad de los pacientes les hace frágiles ante las complejidades de la vida, a la vez que su diferencia causa diversas calidades de alama social.

3.2- La concepción comunitaria de la asistencia a la salud mental no ha conseguido acabar con la cronicidad que Kraepelin atribuyó a la enfermedad -cuando no había tratamientos- y Barton al manicomio... y a los tratamientos (7). Pacientes "nuevos" y jóvenes se cronifican en los nuevos dispositivos. Lo más sustancial de la cronicidad no sólo se da en las viejas instituciones sino también en la comunidad (8).

3.3- Estudios de cohorte demuestran la inaturalidad de la evolución crónica de las psicosis, relacionándola ahora con factores socioambientales, sanitarios y políticos (3,9).

3.4- Los servicios de salud mental deben atender por tanto a la vieja cronicidad, hospitalizada o externada, y a la nueva, detectándose el fenómeno de la atención/utilización prolongada de servicios que constituye el actual reto asistencial. Cronicidad, atención prolongada y rehabilitación van a ser conceptos muy difíciles de separar.

UNA CRISIS NUEVA EN LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

Todo lo anterior provoca una crisis muy actual en los ambientes psiquiátricos, crisis cuyas manifestaciones, características y contradicciones, siguiendo a Garrabé (10), podemos sistematizar:

A) Aparece una decepción respecto de algunas disciplinas fundamentales (psico y farmacoterapia) al apreciarse su modesto techo en muchos casos. Se "redescubre" la importancia de reactivar y reactualizar otras medidas terapéuticas

"olvidadas" (ergoterapia, socioterapia, etc), aprovechando la optimización que los fármacos y las psicoterapias producen.

B) La constatación de la evolución "no kraepeliniana" -el 70% de las psicosis evolucionan hoy de forma intermitente (11)- no impide constatar también que la curación clínica de los síntomas agudos y/o positivos coexiste con una gran precariedad social de los pacientes psicóticos en general.

C) La crítica a las hospitalizaciones prolongadas, bien se base en la marginación, en la hiperprotección o en el coste, no impide el desencanto ante los resultados de las hospitalizaciones breves en Unidades Psiquiátricas de Hospitales Generales (12), evidenciándose que ahora los pacientes llegan en estado de mayor fragilidad a los dispositivos extrahospitalarios (13, 14), apareciendo el fenómeno "puerta giratoria" y afines.

D) En muchos lugares el desencanto alcanza también a las llamadas estructuras intermedias, que algunos autores empiezan a considerar filiales obligatorias del manicomio (15, 16) por crear también dependencia y cronicidad.

E) Los equipos de salud mental actúan permanentemente en el espacio intermedio entre los cuidados a un enfermo y la asistencia a un minusválido (10). Se empieza a esbozar una crítica al modelo de "toma a cargo" y a la "continuidad de cuidados". En algunos lugares surgen teorizaciones acerca de la conveniencia de experimentar rupturas, atravesar etapas, aprovechar las descompensaciones más que la estabilidad a largo plazo (17, 18, 19).

F) Se formula la necesidad de dar respuestas no psiquiátricas y no sanitarias a todo lo dicho. Se recaba la co-responsabilización (o la responsabilización a secas) de los servicios o instancias sociales. La materialización de las respuestas está muy condicionada por la situación sociopolítica de cada país o región, diferenciándose "en función de las tradiciones psiquiátricas propias, de los sistemas de protección social, del peso relativo de los sectores público y privado, etc. Se comprende

que, en materia de rehabilitación psiquiátrica, las medidas propuestas estén ligadas más que en cualquier otra rama médica a la evolución misma de las sociedades implicadas" (10).

ENTRE LA INDEFINICIÓN Y EL HORIZONTE DE LOS LÍMITES

La formulación de la Rehabilitación que resulte de esta crisis ¿será la respuesta que busca la siempre redesbaratada omnipotencia sanante? ¿Será otra de las trampas inevitables que nos tiende la llamada cronicidad? Como paso previo, o quizá al unísono, tendrá que resolver algunas dificultades intrínsecas que se ponen de manifiesto al tratar de dotarse de una definición, de unos objetivos y de unos límites.

"Dentro del campo de las ciencias de la salud hay disciplinas o áreas operativas que, por su conexión con las ciencias sociales, tienen dificultad para mostrar o demostrar su singularidad y su operatividad en términos de eficacia (...) no sólo en el campo semántico" (nombrar su objeto, sus prácticas, sus resultados) sino también por hallarse inmersas en "un contexto que participa de un discurso muy pragmático y apegado a una tecnología ampliamente resolutive" (2). Por otra parte, las disciplinas de baja tecnología, como la psiquiatría y sus asociadas, son especialmente susceptibles de verse desautorizadas por instancias sociales, económicas o políticas (20). La rehabilitación, para Saraceno (3) "término genérico y polisémico", concepto necesariamente "ambiguo e inespecífico, (...) que representa estrategias y prácticas multivariadas" de difícil parangón con los habituales esquemas más tecnológicos de las terapias -aunque los necesite o los incluya- es de difícil entendimiento para el contexto sanitario, social y político de la actualidad. Los profesionales de la salud mental perciben que los objetivos deseables de la rehabilitación, y sus condicionantes reales, quedan no cerca de sus alcances: según la escuela de Trieste, "el objetivo de la rehabilitación debería ser el logro de la completa ciudadanía de los

usuarios a nivel político, jurídico, civil y económico" (3), resaltando la necesidad de abordar hoy mejor el binomio *desinstitucionalización/ciudadanía*.

En términos más técnicos, Saraceno define la rehabilitación como el "conjunto de todas aquellas actividades tendentes a la optimización de las oportunidades del individuo para su recuperación (integral), y a la minimización de los efectos deshabilitadores de la cronicidad" (citado por A. E. Sánchez, en 6). Estos objetivos contemplan acciones sobre el individuo, su familia y su ambiente micro y macrosocial. La rehabilitación se plantea como un proceso estratégico que permite un cambio de entorno y de rol, es decir, una transición ecológica (21) conducente a que la diferencia sea reconocida y aceptada en vez de negada y rechazada (22); aparece en esta definición uno de los objetivos más ambiciosos y más interesantes de la rehabilitación: "crear una cultura de la tolerancia ante la diferencia" (2). Y en términos más psiquiátricos, Anthony la concibe como "un proceso cuyo objetivo es lograr que una persona con discapacidad psiquiátrica pueda llevar a cabo las habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales necesarias para vivir, trabajar y aprender en la comunidad con el menor apoyo posible por parte de los profesionales" (23), y Watts fija el objetivo en "lograr que los pacientes hagan el mejor uso posible de las capacidades que aún les quedan (...) desarrollando su capacidad para afrontar la complejidad social (...) en el mejor contexto social posible (24).

Hay bastantes más definiciones. Las más positivas tienen en común resaltar el aspecto procesual, dialéctico, de la rehabilitación como estrategia compleja que debe incorporar todas aquellas teorías y prácticas que le permitan dar cuenta de la heterogeneidad de las necesidades de los individuos, yendo más allá de lo puramente terapéutico, persiguiendo la resolución o el paliativo de los deterioros y de las limitaciones funcionales, y actuando no sólo sobre el sujeto enfermo sino también sobre los muy diversos aspectos del entorno social.

También resulta positivo el fondo utópico de la filosofía de la rehabilitación, sobre todo en

una época en la que una mostrenca e interesada desmovilización del pensamiento ha sustituido el proyecto por "el programa" y la vida plena por alguna de sus caricaturas parcialmente cuantificables (casi siempre, en papel moneda). En esa línea, reseñemos otras tres definiciones, no por breves menos profundas que las anteriores:

* A.E. SANCHEZ: la rehabilitación como "no-disociación entre lo clínico y lo social" (6).

* PELICIER: "La tarea de la rehabilitación es ayudar al individuo a producir su vida" (25).

* GARRABÉ: el terapeuta debe buscar la alianza con el ambiguo deseo del psicótico de "VIVIR COMO TODO EL MUNDO". Ese vivir como los demás señala la meta deseable del proceso rehabilitador: "salir de la Psiquiatría" (10).

UN BELLO PARAJE NO EXENTO DE PELIGROS

Dejando aparte las dificultades de su definición, el mayor reto de la rehabilitación es, por supuesto, su praxis. Caracterizada la experiencia general por la inexistencia de un paradigma teórico-explicativo unificador y por la ausencia de un modelo organizativo unitario (6), la rehabilitación está expuesta al peligro -por otra parte, omnipresente- de caer en reduccionismos.

La tendencia a confundir el proceso integral de la rehabilitación con sólo alguno de sus fragmentos o accesorios ha levantado críticas airadas: "Espacio donde hoy se ejerce la ideologización y camuflaje de los discursos con mejor suerte y fortuna que en los antiguos hospitales psiquiátricos (...) La mayoría de estos centros no se diferencian del asilo tradicional más que en el tamaño de la institución y en el número de personas en ellos trabajando (...) (producen) la alienación de los pacientes en un discurso carente de sentido (...) actúan mediante procedimientos pedagógicos que no se sostendrían en instituciones similares de la sociedad civil (...) muchas de sus actividades vienen a producir un efecto de negación de la palabra y de su significado pleno, disminuyendo el

umbral y el potencial de la acción comunicativa (...) La rehabilitación lleva inherente la necesidad de reactualizar las huellas sintomáticas, cumpliendo la hermenéutica una función histórica de interacción del síntoma" (26). O, dicho de otra manera. "El enfoque tecnicista de la rehabilitación podría verse como una huida a la tecnología (tecnología del comportamiento) que se realiza en los 'lugares oficiales' de la rehabilitación. Los métodos de la rehabilitación no pueden reducirse a una serie de técnicas de entrenamiento en habilidades específicas derivadas de los principios del aprendizaje social" (27). Diversos autores señalan el peligro de que por actitudes de los profesionales o por diseños erróneos de la red (3,5) se caiga en el clivaje entre realidad externa y realidad interna (28) y se descuiden las funciones de "escucha" y "acompañamiento" (2,3,6,10, 24), de apoyo psicoterapéutico habitual a los seguimientos prolongados.

En redes muy compartimentalizadas, basadas en dispositivos totales y posesivos, se da con alarmante frecuencia el fenómeno de las "escisiones interinstitucionales"(10) que describe GARRABÉ: descompensaciones que se producen con ocasión del pase a otro dispositivo si éste no tiene en cuenta que lo que permitió tal pase, consiguiendo una estabilización, no debe ser interrumpido/negado/olvidado/descuidado, ni deben ser aplicadas bruscamente medidas que hasta entonces fueron diferidas con conocimiento de causa. Esto puede originar altas defensivas con el consiguiente nomadismo de una institución a otra, agravado en tales redes por criterios que suelen hacer -desde un punto de vista organizativamente perverso- "las salidas más importantes que las admisiones" (29).

A MODO DE CONCLUSIONES PROVISIONALES

Recapitulando sobre lo reseñado, cabe hacer en este momento una relación de los puntos comunes de la bibliografía consultada:

A) No buscar -o permanecer a la espera de- nuevos modelos teóricos. Es preferible desarrollar

indicadores adecuados y métodos de evaluación de las prácticas que ya se llevan a cabo (2,3,5,6).

B) No descapitalizar los servicios de salud mental tras la disminución del número de camas hospitalarias, pero tampoco crear un exceso de nuevos dispositivos específicos (30). Llevar antes a los existentes la filosofía de la rehabilitación como práctica integradora.

C) Potenciar los recursos existentes con programas que aumenten las modalidades de asistencia y las orientaciones adaptables a la psiquiatría pública (30).

D) No establecer excesivas separaciones en la práctica entre los "ejes" o "fases" teóricas. La escucha y la función de acompañamiento son también inherentes al proceso de rehabilitación. Desestimar el reduccionismo de no incluir los cuidados en "el tratamiento" (24,26,32).

E) Considerar el enfoque rehabilitador como inherente a las prácticas en salud mental, y no como algo "complementario", propio sólo de recursos específicos o de los servicios sociales (26).

F) Considerarla como una prestación a la que el paciente tiene pleno derecho (26,30).

EN EL CONTEXTO DE CASTILLA Y LEÓN

Siendo los condicionantes reales de la rehabilitación aquellos que suelen considerarse indicadores de contexto (3), resulta obligatorio hacer alguna reflexión enmarcada en nuestro ámbito regional aunque sin ánimo exhaustivo.

Para continuar el proceso de reforma asistencial iniciado hace más de cinco años e incluir en él, eficazmente, el desarrollo de las actividades rehabilitadoras, es imprescindible el compromiso real de todos los implicados en la atención a la salud mental para llevar a cabo adecuadamente el

modelo de asistencia contenido en el Decreto 83/1989 de 18 de mayo, de la -entonces- Consejería de Cultura y Bienestar Social, en el que se establecen la organización y el funcionamiento de los Servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (31). Tal compromiso debería ser liderado, de forma inequívoca y efectiva, por la actual Consejería de Sanidad -y en particular por su Servicio de Salud Mental- mediante actuaciones suficientemente claras y reales como para evitar en la práctica el progresivo deterioro de un proyecto que, cuando se formuló, era aceptablemente progresista pero que hoy da, en distintas provincias, señales preocupantes de desvitalización indicadoras de la necesidad de "aporte energético" desde dicho Servicio.

El modelo establecido por el Decreto 83/1989 sí es lo suficientemente claro cuando señala las funciones de eje de la articulación y prestación de servicios asistenciales que deben desempeñar los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESM), entre ellas las relativas a la rehabilitación, superándose así otros modelos basados en la simple aposición -más o menos piramidal- de dispositivos funcionalmente estancos. Es un modelo de relaciones radiales entre los ESM y el resto de los recursos, entendidos funcionalmente como de apoyo a los primeros, ya que sobre estos recae la tarea de lograr el objetivo primordial de la asistencia comunitaria: mantener al paciente armónicamente integrado en la comunidad. Y es un modelo circutar: ¿habrá que recordar que el círculo es una superficie -no una línea estrecha- cuyos puntos guardan una determinada relación entre sí y con el centro?. En todos los dispositivos debe estar presente un enfoque integral e integrador de todas sus prácticas; máxime en este caso, en la idea de que la rehabilitación es ubicuitaria, es decir, no es privativa de dispositivos "superespecializados" y excluyentes ni tampoco "sólo" aplicable en determinados momentos evolutivos del sujeto, pues es inseparable del ejercicio de la atención/prevención de la cronicidad. Así lo reflejan muchas de las experiencias aparecidas en otros lugares, la literatura profesional, la idea de eficiencia aplicada a servicios públicos, y cualquier enfoque científico y ético que no se refugie en reduccionismos o comodidades racionalizadas.

Señalada la necesidad de no descapitalizar los servicios de salud mental y de revertir el "ahorro" producido con el desmantelamiento de los manicomios potenciando los servicios comunitarios (30) antes que la creación precipitada de otros "superespecializados", la iniciativa más lógica es el fortalecimiento de los ESM mediante la dotación de personal y/o de formación y/o de instrumentos varios que permitan la plasticidad de sus actuaciones, de forma que su actividad pueda ser realmente comunitaria y no se siga viendo reducida en la práctica, a la de consulta más o menos próxima al domicilio del usuario. Por su parte, los Centros de Día y las Unidades de Rehabilitación Activa que diseña el Decreto deberían evitar convertirse en "guarderías de crónicos" o en encubiertas "unidades de media estancia" destinadas a maquillar los índices de las Unidades de Hospitalización.

Por supuesto, será necesaria la actitud positiva de los profesionales para asumir, cada cual en su ámbito de trabajo, el espíritu y las tareas de la rehabilitación. Tal actitud es fomentable mediante formación continuada y facilitación de instrumentos de trabajo/recursos. Pero también resultan imprescindibles la actualización conceptual de algunos puntos del Decreto, el cumplimiento de sus líneas no sólo "en general", la vigilancia adecuada del funcionamiento de los dispositivos (no se lea en clave persecutoria, sino de sensata evaluación de servicios), la dotación realista de recursos humanos, así como el establecimiento también realista de proyectos de actuación (renunciamos a analizar aquí el grado de cumplimiento del Plan Sectorial de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, de 1991 -(32)-, ejemplo de que no basta con escribir las cosas). La Consejería de Sanidad y Bienestar Social deberá también tener muy presente la ineludible demanda de servicios sociales bien desarrollados y bien coordinados con los de salud mental.

Quizás así puedan darse correctas alternativas al acompañamiento interminable que alarma o hastia a GARRABÉ, e inventarse modalidades de salida de la asistencia psiquiátrica, dando a los pacientes la opción a seguir un tratamiento o recibir unos cuidados, claro está, "pero permitiéndoles

concebir su existencia en más estrecho contacto con el tejido social ordinario".

EPÍLOGO

Preguntado DOMINGO ORTEGA acerca de qué era el toreo, contestó: "El toreo está en las palmas de la mano" (33).

Así, como suena. ◆



BIBLIOGRAFIA

- (1) SAVATER F.: Entrevista en Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1994, XIV, 49; 336.
- (2) APARICIO V.: Rehabilitación e integración: una cuestión abierta. Informaciones Psiquiátricas, 1993, 131; 13-19.
- (3) SARACENO B., MONTERO F.: La rehabilitación, entre modelos y práctica. Informaciones Psiquiátricas, 1993, 131; 7-12.
- (4) LLOPIS B.: Introducción dialéctica a la Psicopatología. Madrid, Editorial Morata, 1970.
- (5) GARCÍA GONZÁLEZ J.: El tiempo de la rehabilitación. Informaciones Psiquiátricas, 1993, 131; 27-32.
- (6) SÁNCHEZ A.E.: La rehabilitación: una cuestión de competencia. Informaciones Psiquiátricas, 1993, 131; 21-26.
- (7) BARTON R.: La neurosis institucional. Madrid, Ed. Paz Montalvo, 1974 (la edición inglesa: 1959)
- (8) SANTANDER F.: El nuevo crónico: perfil clínico, asistencial y social. Primeras Jornadas de Rehabilitación Psiquiátrica: En torno al nuevo crónico. Vitoria, ed. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, 1993; 27-39.
- (9) WIDLÔCHER D.: Introduction: Schizophrénie. Rev. Prat., 1980, 30; 5-8.
- (10) GARRABÉ J., KAFSAMBELIS V.: Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des psychoses schizophréniques. L'expérience française. Encycl. Méd. Chir. (Psychiatrie). Paris, Editions Techniques, 1992, T. 3; 37295 E10, 1-7.
- (11) TAYLOR P.: Social implications on psychosis. Br. Med. Bull., 1987, 43; 718-740.
- (12) GRALNICK A.: Future of the chronic schizophrenic patient: prediction and recommendations. Am. J. Psychoter., 1986,40; 419-429.
- (13) GOT R.: Le travail des soins à la réhabilitation sociale. Comunicación al Coloquio Europeo de Lieja, 10-febr.-1990. Citado en (10).
- (14) QUIDU M., GOT R.: Marginaux de la santé. Paris, Les Editions ESF, 1932.
- (15) JOLIVET B.: "L' itineraire". Du cheminement du psychotique et de ses soigneurs. Psychiatrie Française 1982, 13,2; 34-39.

(16) JOLIVET B.: Solutions de continuité. Psychol. Méd., 1984, 16; 1.521-1.523.

(17) DEMANGEAT M.: Sortir de la psychiatrie. Inform. Psychiatr., 1982, 58; 1.049-1.056.

(18) DIATKINE R., QUARTIER-FRINGS F., ANDREOLI A.: Psychose et changement. Paris, Presses Universitaires de France, 1991.

(19) VERMEYLEN J., DEMANGEAT M.: La continuité dans le traitement et la trajectoire institutionnelle du malade mental. Revue Pratique de Psychologie de la Vie Sociale et d'Hygiene Mentale, 1989, 35, 3; 9-16.

(20) GUIMON J. y otros: Métodos de evaluación de la política de desinstitucionalización. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria, 1989, IX, 31; 533-547.

(21) BRONFENBRENNER V.: La ecología del desarrollo humano. Barcelona, Paidós, 1987.

(22) AMIEL R.: État de l'art de la réhabilitation. Actualités Psychiatriques, 1991, 2; 55-57.

(23) ANTHONY W.A.: Principles of psychiatric rehabilitation. Baltimore, University Park Press, 1977.

(24) WATTS FN., BENNETT D.: Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica. Méjico, Ed. Limusa, 1990.

(25) PELICIER J.: Citado por APARICIO en (2).

(26) CORCÉS V.: Sociedad civil, marginación y proceso de rehabilitación psiquiátrico. Informaciones psiquiátricas, 1993, 131; 41-48.

(27) MAYORAL F.: Citado sin ref. bibl. por SÁEZ A.: La rehabilitación psiquiátrica en el contexto del sistema sanitario. En 1ª Jornadas regionales de Salud Mental: De las Estructuras intermedias a la rehabilitación. León, editado por la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental, 1993; 33-43.

(28) BARBEAU J.: Soins et réhabilitation á partir d'une expérience dans le domaine de l'insertion professionnelle. Actual. Psychiatr., 1983, 12, 4; 45-48.

(29) DEMANGEAT M. y otros: Les "Foyers". Actual. Psychiatr., 1981, 11, 3; 50-62.

(30) DESVIAT M.: Estructuras intermedias y rehabilitación psiquiátrica. Alternativas a la institucionalización. En 1ª Jornadas Regionales de Salud Mental: De las estructuras intermedias a la rehabilitación., León, editado por la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental.

(31) CONSEJERÍA DE CULTURA Y BIENESTAR SOCIAL DE LA J.C-L.: Decreto 83/1989 por el que se regula la organización y el funcionamiento de los Servicios de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. (B.O.C. y L., nº 99).

(32) Plan Sectorial de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Consejería de Cultura y Bienestar Social, Valladolid, 1991.

(33) DOMINGO ORTEGA: Citado por RAFAEL DE PAULA en "El toreo exige mucho de misterio", entrevista en el Diario EL MUNDO, Valladolid, 5 de abril de 1994.

Tratamientos Psicofarmacológicos en la esquizofrenia

José de Santiago Sastre • Fernando Uribe Ladrón de Cegama*

I.- INTRODUCCIÓN

Los extractos de *Rauwolfia Serpentina* han sido utilizados durante mucho tiempo por la medicina hindú para el tratamiento de las enfermedades, informándose acerca de su eficacia ya en el período 1930-1950. El aislamiento de la Reserpina de la *Rauwolfia* en 1952 condujo a pruebas sistemáticas en pacientes esquizofrénicos. Aunque la confirmación de los efectos antipsicóticos de la reserpina tiene muchas procedencias, la droga fue rápidamente reemplazada en la práctica clínica por la Clorpromazina, que fue desarrollada casi simultáneamente. En 1950, buscando dentro del grupo de las fenotiazinas otra que tuviera efectos centrales más potentes que el antihistamínico prometazina, P. Charpentier, en los laboratorios Rhône - Poulenc, descubre la Clorpromazina. En 1951 se comprueba su utilidad para lograr sedación en animales de experimentación, y un año después es empleada en anestesia. Posteriormente, sus aplicaciones potenciales en psiquiatría fueron reconocidas y aprovechadas, de forma que en 1954 ya se realiza el primer estudio controlado del efecto de la Clorpromazina en la conducta de psicóticos crónicos, tanto esquizofrénicos como maniacos e incluso melancólicos crónicos y dementes seniles. Durante esa década se proponen nombres como Gangliopléjico y Neuropléjico. El término Neuroléptico se lo debemos a Delay y Deniker, que conceptualizan y definen sus características en 1957. Janssen, en 1958, descubrió el Haloperidol, primer representante de la familia de las butirofenonas, introduciéndose pronto nuevas sustancias que fueron incrementando el número de grupos dentro de las clasificaciones químicas de los neurolépticos hasta constituir un conjunto heterogéneo de productos con determinadas acciones químicas (antidopaminérgica, bloqueante alfa-adrenérgica, antiserotoninérgica, antihistamí-

nica y anticolinérgica), y clínicas: antipsicótica, antialérgica, antiemética, hipotensora, etc. (Tabla 1). Estas acciones se presentaban en diferente intensidad según el fármaco considerado, con ausencia en ocasiones de alguna de ellas. Tradicionalmente, los neurolépticos han venido clasificándose en dos grandes grupos, en relación a sus acciones clínicas (Tabla 2):

a) Incisivos o de elevada potencia antipsicótica: con escasa actividad autonómica, pero elevada incidencia de efectos secundarios extrapiramidales. Prototipo de este grupo es el Haloperidol.

b) Sedantes o de baja potencia: ejercen efectos autonómicos relevantes, fundamentalmente anticolinérgico, bloqueante alfa-adrenérgico, y antihistamínico H1, lo que origina la aparición de diversos efectos indeseables, fundamentalmente la sedación y la hipotensión. Se puede considerar como prototipo de este grupo a la Clorpromazina.

II.- CLASIFICACIÓN

Desde el punto de vista bioquímico, los neurolépticos pueden clasificarse en las siguientes familias (Tabla 3):

FENOTIAZINAS. Son moléculas tricíclicas, que en función del tipo de sustitución del nitrógeno situado en posición 10, se dividen en tres grupos:

-*Alifáticas:* pertenecen a este grupo la Clorpromazina y la Levomepromazina.

-*Piperidínicas:* incluyen a la Tionidazina y la Pipotiazina.

-*Piperazínicas:* integran la fenotiazinas con acción antipsicótica más potente, con pocos efectos anticolinérgicos, y escasa actividad sedativa.

* José de Santiago Sastre y Fernando Uribe Ladrón de Cegama. Médicos Psiquiatras. Hospital Psiquiátrico Santa Isabel. Junta de Castilla y León.

Pertenece a este grupo la Flufenazina, la Perfenazina y la Trifluoperazina.

TIOXANTENOS. Estructuralmente muy parecidos a las fenotiazinas. El núcleo de tres anillos del tioxanteno difiere del de la fenotiazina por la sustitución del nitrógeno del anillo central por un átomo de carbono. Clínicamente son muy semejantes a la Clorpromazina, aunque con mayor actividad anticolinérgica. A este grupo pertenecen el Flupentixol y el Clopentixol. Éste último, posee algunas características diferentes, y creemos que despierta mayor interés por su reciente aparición en el mercado farmacéutico español en su forma isomérica *cis*, denominado así Zuclopentixol. Dicho fármaco es un potente neuroléptico con buena afinidad por los receptores dopaminérgicos D1 y D2, y cierto grado de afinidad por los adrenoreceptores alfa 1, pero libre de actividad anticolinérgica. Diversos estudios comparativos confirman una eficacia similar al Haloperidol, sin observarse una mayor incidencia de reacciones adversas. El acetato de zuclopentixol en aceite vegetal para administración intramuscular, representa una novedosa forma terapéutica de actuación inmediata en las psicosis agudas, porque su rapidez de acción se acompaña de una duración más prolongada (2 ó 3 días) que los neurolépticos convencionales, excluyendo claro está, las formas depot. El decanoato de zuclopentixol, genera sin embargo, niveles hemáticos mucho menores que el acetato tras la inyección IM, alcanzándose el nivel máximo una semana después, pero se mantiene en plasma con una estabilidad similar a la de los otros antipsicóticos de acción retardada existentes en el mercado, aunque presentan como ellos, notables variaciones interindividuales.

DIBENZOTIAZEPINAS. La Clotiapina es un derivado de la Dibenzotiazepina con propiedades francamente sedantes y ansiolíticas, con la ventaja adicional sobre otros neurolépticos de que su efecto aparece muy rápidamente.

DIBENZODIAZEPINAS. La Clozapina es la sustancia más representativa de este grupo. Tiene una serie de características farmacológicas y clínicas que la diferencian del resto de los neurolépticos, por lo que la consideraremos en otro apartado.

DIBENZOOXAZEPINAS. La Loxapina con notable isosterismo con los neurolépticos mencionados, y patrón farmacodinámico similar al de las fenotiazinas, butirofenonas y tioxantenos. Su elevada incidencia de efectos adversos hace que su frecuencia de uso en la clínica sea baja.

BUTIROFENONAS. A diferencia de las fenotiazinas, no poseen estructura tricíclica. La primera sintetizada fue el Haloperidol, quizás el antipsicótico de uso más extendido. Este fármaco carece de actividad antihistamínica y tiene escasos efectos anticolinérgicos y antiadrenérgicos. Desde el punto de vista clínico, muestra pocos efectos sedativos y apenas provoca alteraciones autonómicas a diferencia de las fenotiazinas. Cuenta con elevada potencia antipsicótica y tendencia a provocar alteraciones neurológicas. El Espiropendol es otro fármaco perteneciente a este grupo que carece de implicaciones clínicas, aunque se utiliza ampliamente en estudios de investigación para marcar los receptores de la dopamina. Otro es el Droperidol, que se emplea de forma preferente como coadyuvante en la anestesia, si bien podría tener utilidad también en el área de urgencias psiquiátricas.

DIFENILBUTILPIPERIDINAS. Fueron sintetizadas a partir de las butirofenonas. El Pimozide, quizás el más representativo, tiene un potente efecto antipsicótico, poca actividad sedativa, y a diferencia del haloperidol, escasa tendencia para provocar efectos extrapiramidales. El Penfluridol y el Fluspirileno son de acción prolongada, y poseen propiedades farmacológicas similares a las butirofenonas.

DIHIDROINDOLES. Destacan la Molindona y la Oxipertina. La Molindona tiene algunas propiedades características como la de no provocar incremento de peso, tener una menor capacidad epileptógena que las fenotiazinas, y una ligera acción estimulante.

ALCALOIDES DE LA RAUWOLFIA. El más importante es la Reserpina. A diferencia del resto de los neurolépticos, la Reserpina produce una deplección presináptica de serotonina y cate-

colaminas. Tiene el grave inconveniente de ser un fármaco clínicamente depresógeno, contraindicado por tanto, en pacientes con antecedentes de depresiones. Se ha empleado fundamentalmente como agente antihipertensivo.

BENZAMIDAS SUSTITUIDAS. El Sulpiride es el de mayor interés desde el punto de vista psiquiátrico de este grupo. Tiene la ventaja de contar con menos efectos colaterales que otros antipsicóticos, un perfil farmacodinámico diferente, y algunas propiedades clínicas peculiares. La Metoclopramida y el Clebopride prácticamente carecen de psicoactividad y se emplean sobre todo como antieméticos.

III.- BIOLOGÍA DEL EFECTO ANTIPSICÓTICO

La evidencia de un sustrato biológico en la esquizofrenia se ha puesto de manifiesto mediante estudios genéticos, bioquímicos, y neurorradiológicos. El mecanismo común a todos los antipsicóticos es su capacidad como antagonistas de los receptores de dopamina, ampliamente distribuidos en el cerebro humano. Los neurolépticos ejercen sus efectos interactuando con receptores localizados en terminales y estructuras relacionadas con tres vías dopaminérgicas:

1) *Vía nigroestriada:* La inhibición de la dopamina produce los síntomas extrapiramidales al existir un predominio del sistema colinérgico en esta vía (como ocurre en la Enfermedad de Parkinson). Estos efectos mejoran con la administración de anticolinérgicos.

2) *Vía tubero infundibular:* Antagonizan la secreción de la hormona liberadora de prolactina, con el consiguiente incremento de la secreción de prolactina que produce amenorrea y galactorrea.

3) *Vía córtico mesolímbica:* El bloqueo de los receptores postsinápticos del efecto antipsicótico, estando en relación la potencia antipsicótica del fármaco con la capacidad para bloquear los receptores D2. La mayoría de los neurolépticos actúan sobre los receptores dopaminérgicos D1 y D2, sin embargo, su actividad es diferente. La

única excepción son las benzamidas y sus derivados, que actúan exclusivamente sobre los receptores D2. En los últimos años se han descrito además otros receptores dopaminérgicos (D3, D4, D5), y se han postulado mecanismos bioquímicos relacionados con el efecto antipsicótico tales como la regulación de 5-HT₂ y 5-HT₃, el receptor sigma sensible al Haloperidol y a otros antipsicóticos como el Remoxipride y la Tiospirona, y los receptores del glutámico.

IV.- USO CLÍNICO

La utilidad de los neurolépticos en el tratamiento de la esquizofrenia está suficientemente probada. En una revisión de 205 estudios por Davis y cols. (1985 y 1986) que comparaban la eficacia antipsicótica de distintos neurolépticos con placebos, en más del 82% se demostró la superioridad de los neurolépticos. En los que no se pudo constatar la mayor eficacia, observaron que se habían empleado dosis inferiores a las equivalentes a 400 mg/día de Clorpromazina. Por otra parte, la introducción de los neurolépticos en la práctica clínica, ha disminuido de forma espectacular el número de pacientes internados en hospitales psiquiátricos. En Estados Unidos, de los más de 500.000 pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos en la década de los cincuenta, después de 15 años de utilización de los neurolépticos, el número de hospitalizados descendió en 200.000. A su vez se redujo simultáneamente la duración de las hospitalizaciones por episodios psicóticos en un 75%. Los neurolépticos poseen efectos específicos cuando se emplean en el tratamiento de un trastorno psicótico (Hirsch, 1986):

A) Actúan específicamente sobre los delirios, las alucinaciones, los trastornos en el curso del pensamiento y los síntomas catatónicos.

B) Reducen de forma específica la agitación o la inquietud, sin alterar el nivel de conciencia.

C) Evitan el desarrollo de nuevos síntomas psicóticos y previenen de las reagudizaciones. Sin embargo, los síntomas negativos (retraimiento, apatía, etc.) apenas responden a los tratamientos antipsicóticos, y el grado de mejoría no se relaciona con los niveles plasmáticos alcanzados.

1.- Elección del Neuroléptico.

Aunque hasta el momento no se ha podido demostrar la superioridad de un neuroléptico sobre otro, ni se puede afirmar qué neuroléptico es más o menos eficaz para yugular determinados síntomas, conviene tener en cuenta a la hora de elegir el fármaco los siguientes criterios:

1) *Tratamientos previos:* Si en episodios anteriores un neuroléptico ha aportado buenos resultados, es muy probable que de nuevo lo haga.

2) *Propiedades farmacológicas:* Se tendrá en cuenta fundamentalmente el perfil de efectos secundarios y la toxicidad asociada del fármaco, evitando la administración de aquellos a los que el paciente sea vulnerable.

3) *Tipo de síntomas:* En general tiende a asumirse que los antipsicóticos sedantes resultan más efectivos para controlar a los pacientes agitados, en tanto que los incisivos son más apropiados para tratar a los pacientes con entecimiento psicomotor. Sin embargo, si el paciente necesita sedación, parece menos problemática la combinación de un neuroléptico no sedativo con medicación sedante, que el recurso a utilizar sólo neurolépticos claramente sedantes; éstos, serían necesarios sólo en una pequeña proporción de pacientes violentos o muy agresivos, u hostiles.

En general, es preferible, a nuestro juicio, manejar de entrada un antipsicótico de alta potencia, y poder calibrar la dosis de la manera más rigurosa posible, tanto si el paciente está hospitalizado, como si es externo. En este sentido, el Haloperidol y la Trifluoperazina parecen ser los antipsicóticos de primera elección.

4) *Experiencia personal del médico:* Es mejor utilizar aquellos neurolépticos con los que se esté más familiarizado.

2.- Dosificación.

Se admite ampliamente que los diversos neurolépticos, utilizados en dosis equipolentes, controlan la mayoría de los episodios agudos en un período de 5-6 semanas. Sin embargo, resulta difícil establecer la dosis óptima requerida por cada paciente. La gran variabilidad clínica, sus-

ceptibilidad individual, la errática absorción, entre otros factores, imposibilitan establecer criterios rígidos para un régimen dosis-respuesta eficaz. La mayoría de los autores proponen utilizar en cuadros agudos un rango de dosis entre 400 y 600 mg/día de Clorpromazina o equivalente (Tabla 4). Los datos disponibles en la actualidad permiten afirmar que la denominada "neuroleptización rápida" o utilización de dosis elevadas de antipsicóticos (superiores a 2000 mg/día equivalentes de Clorpromazina), no constituye una medida terapéutica efectiva, generando además, una mayor incidencia de efectos secundarios severos, y un mayor riesgo de incumplimiento de la prescripción. La vía usual de administración del neuroléptico es la oral. La administración parenteral debe reservarse sólo para los pacientes que rehusen a tomar la medicación, o en determinadas presentaciones clínicas (cuadros agitados, confusionales, estupor catatónico, etc.). Las determinaciones de niveles plasmáticos de neurolépticos no tienen valor práctico fuera del ámbito experimental, con la excepción de muy pocos casos concretos en los que se sospeche un defecto en la absorción. El concepto de ventana terapéutica persiste en la práctica clínica como pura abstracción, dado que los ritmos metabólicos que influyen en la velocidad de transformación de los fármacos son marcados, y el patrón de metabolitos producido por la degradación de cada producto es demasiado complejo (Colodrón, 1993).

3.- Tratamiento de mantenimiento.

El efecto terapéutico posee un tiempo de latencia aproximado entre 4 y 6 semanas. Antes de este período no es posible decidir si el paciente va a mostrar o no respuesta al antipsicótico elegido. Frente a un primer episodio que evoluciona de forma favorable, se reducirá la dosis inicial del fármaco antipsicótico a la mitad o a un tercio al cabo de tres meses, manteniendo esta dosis a lo largo de un año. A partir de un segundo brote, se aconseja un tratamiento no inferior a dos años. En formas procesuales y en más de dos recaídas, se debe mantener el antipsicótico de forma indefinida, a la dosis más baja posible, pero suficiente, para evitar reagudizaciones. Algunos preconizan la conveniencia de mantener el tratamiento con dosis bajas pero de forma intermitente, sobre todo en subgrupo de pacientes que muestran un patrón de recidivas muy espaciado y de escasa severidad

clínica. Sin embargo, es difícil establecer cuál debería ser la dosis mínima eficaz para la prevención de recaídas, y estudios doble ciego efectuados recientemente, aportan resultados contradictorios y no han llegado a confirmar la eficacia de esta estrategia. Se ha llegado a plantear, que una educación de los pacientes en la detección de síntomas prodrómicos al inicio de la recaída o reagudización, permitiría reinstaurar el tratamiento sólo cuando éste fuera realmente necesario. Por lo tanto, las nuevas propuestas de dosificación intermitente deben ser consideradas con suma cautela, y lo más aconsejable sería efectuar una prueba de dosificación intermitente sólo en aquellos casos donde el tratamiento antipsicótico determine una remisión completa o marcada. Si hay persistencia de síntomas o se produce una recaída durante el año posterior a la interrupción del fármaco, lo más aconsejable es establecer una pauta de tratamiento continuado con una dosis mínima eficaz, que debe ser individualizada y a largo plazo.

V.- PREDICTORES DE RESPUESTA A LOS NEUROLÉPTICOS

Son muchos los investigadores que se han encargado de los factores de predicción de respuesta a los antipsicóticos, e innumerables los predictores estudiados. Desde el punto de vista clínico, y siguiendo a algunos autores (Lydiard y Laird, 1988), podríamos hablar de predictores de buen pronóstico y de mal o pobre pronóstico. Entre los primeros se incluirían: Inicio agudo de la enfermedad, buen ajuste premórbido, síntomas positivos (delirio, alucinaciones), breve duración del episodio, presencia de sintomatología afectiva, clínica confusional, existencia de factores desencadenantes del cuadro, estado civil casado, antecedentes familiares de trastornos afectivos e inexistencia de patología esquizofrénica en la familia. Son factores considerados de mal pronóstico: La cronicidad, el mal funcionamiento premórbido, los síntomas negativos, el comienzo de la enfermedad de forma insidiosa y en una edad temprana, la ausencia de factores precipitantes, estado civil soltero, y la existencia de esquizofrenia en su historia familiar. Dentro de los predictores biológicos se considera que existe una mayor vulnerabi-

lidad, a la hora de presentar una recaída, cuando hay niveles plasmáticos bajos de neurolepticos. Marder (1991), considera que los enfermos con niveles bajos de decanoato de flufenazina presentan más riesgos de recaída que pacientes con niveles altos. Lo mismo han demostrado otros investigadores (Boza 1988; Kreisman, 1988; Altamura, 1990). Sin embargo, se observó también que los niveles séricos más elevados se acompañaban generalmente de una mayor incidencia de efectos secundarios. Otra variable considerada ha sido la tasa baja de prolactina durante el tratamiento antipsicótico. Marder, en 1991, refiere descensos en los niveles de prolactina en los periodos inmediatamente anteriores a las recaídas. Por otra parte, es sabido desde hace años el interés por el uso de sustancias estimulantes en la esquizofrenia para estudiar fenómenos de respuesta clínica y de recidivas tras la suspensión del tratamiento neuroleptico. Dosis altas de anfetaminas, L-dopa y metilfenidato, -que incrementan la actividad dopaminérgica-, pueden producir sintomatología esquizomorfa, y el uso de estas sustancias en enfermos esquizofrénicos ha exacerbado algunos síntomas como pueden ser el trastorno formal del pensamiento y el paranoidismo. Kolnetsky (1976) señala que aquellos enfermos que no experimentaban empeoramiento clínico tras la administración de estimulantes tipo dextroanfetamina, respondían peor a los neurolepticos, y en una línea similar, Van Kammen (1981), refiere que la exacerbación momentánea del cuadro psicótico en enfermos medicados por las anfetaminas, sería un predictor de pronta recaída tras la interrupción del tratamiento neuroleptico. Sin embargo, este mismo autor concluye que existía una gran variabilidad de respuestas a estas sustancias a lo largo del tiempo en el mismo enfermo.

VI.- ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS DE ASOCIACIÓN

Aunque tradicionalmente no se ha considerado conveniente la asociación de otros fármacos a la medicación antipsicótica en el tratamiento de estos enfermos, en determinados pacientes (fundamentalmente los no respondientes), una asociación racional basada en correlatos biológicos y clínicos podría ser la forma idónea de tratamiento de esta enfermedad.

1.- **Asociación de ansiolíticos.** La asociación de neurolepticos con benzodiazepinas, sobre todo de vida media prolongada, ha sido preconizada por algunos clinicos para corregir la ansiedad, el insomnio y las somatizaciones menores del paciente psicótico, así como para controlar también algunos efectos secundarios de los neurolepticos. En cuanto a lo publicado hasta el momento sobre la asociación del Alprazolam en pacientes resistentes al tratamiento antipsicótico convencional, existen resultados contradictorios, y no ha llegado a ser plenamente demostrada su utilidad.

2.- **Asociación de antiépiléticos.** Aunque existen algunos estudios sobre la eficacia de la Carbamazepina como monoterapia tras la retirada de los neurolepticos, en la mayoría de ellos se ha utilizado como adyuvante de los neurolepticos. La influencia beneficiosa de la Carbamazepina radica en su actuación sobre la hiperactividad, la agresividad y el escaso control de impulsos de algunos pacientes esquizofrénicos. La carbamazepina parece también especialmente útil en los trastornos esquizoaffectivos. En algunos estudios se ha demostrado además alguna utilidad para mejorar los síntomas negativos, como la anhedonia y el retraimiento social. Son más escasos los estudios referentes al Valproato sódico en asociación. Según una revisión de ocho estudios efectuada por McElroy y cols. en 1989, el Valproato empleado como coadyuvante con distintos antipsicóticos mejoró hasta un 30% de los pacientes.

3.- **Asociación de Litio.** Se ha señalado que esta asociación podría ser útil en algunos esquizofrénicos con trastornos afectivos concomitantes, y su eficacia sobre conductas como la excitación. Sin embargo, no ha demostrado ningún beneficio sobre los síntomas psicóticos nucleares.

4.- **Asociación de antidepresivos.** A pesar de que esta asociación siempre ha sido contemplada con cierta reserva por el clínico, la exacerbación psicótica es un hecho casi anecdótico según recientes trabajos (Davis, 1990). Los antidepresivos se han utilizado con cierto éxito en las depresiones postpsicóticas, y se ha sugerido un efecto beneficioso sobre los síntomas negativos de la enfermedad. A este respecto, constan trabajos en los que se señala la utilidad de fármacos como la Mianserina, Imipramina, Amineptino, IMAO (Tranilcipronina) y Trazodona. Sin embargo, los antidepresivos no parecen tener efectos bene-

ficiosos con referencia a los síntomas psicóticos positivos.

5.- Otras asociaciones.

A) *Asociaciones de Agonistas dopaminérgicos:* El hecho de que la sintomatología negativa se pueda atribuir a una deficiencia de la función dopaminérgica (Pickar et al, 1990), se ha tratado de asociar fármacos como la Bromocriptina, Apomorfina, y Anfetamina para mejorar los síntomas negativos en las psicosis resistentes. Sin embargo, a pesar de algunos estudios que demuestran cierta utilidad, en general estos fármacos no añaden nada, por sí mismos, que no pueda conseguirse con el tratamiento neuroleptico.

B) *Otros fármacos* como los Beta Bloqueantes adrenérgicos, la Clonidina, y los Calcioantagonistas (Verapamil), han tenido cierto interés como alternativas terapéuticas para la enfermedad, pero no han demostrado su utilidad hasta la fecha, ni aislados ni combinados con antipsicóticos.

C) *Algunos datos* sostienen que la TEC combinada con los neurolepticos potencia sus efectos antipsicóticos, favoreciendo una remisión más rápida de las manifestaciones psicóticas, y más especialmente las afectivas (Taylor y Flemlinger, 1980). A su vez, la TEC ha demostrado su eficacia en las formas catatónicas, pudiendo constituir también una estrategia terapéutica eficaz en las esquizofrenias resistentes a los neurolepticos. En cambio, se disponen de muy pocos estudios que sugieran su utilidad frente a los síntomas negativos de la enfermedad.

VII.- LA CLOZAPINA: UN NEUROLÉPTICO ATÍPICO

El término atípico en lo que respecta a los antipsicóticos, tiende a considerarse en razón de caracteres fisiológicos y bioquímicos, que darían lugar a una acción antidopaminérgica "peculiar" o ausencia de la misma, y también cuando existen ciertas particularidades en sus acciones clínicas que en cierta medida lo diferencien del resto. La Clozapina, que pertenece al grupo de las dibenzodiazepinas, posee efectos bloqueantes de los

receptores serotoninérgicos (5₂), adrenérgicos (alfa-1), e histaminérgicos (H₁). Su afinidad por los receptores dopaminérgicos D₁ y D₂ es relativamente débil en comparación con los neurolépticos clásicos. Durante su administración a dosis moderadas o altas, se detectan elevaciones transitorias de la prolactina sérica. Su perfil de efectos extrapiramidales es muy diferente al de los antipsicóticos denominados típicos: no induce distonias si se administra a corto plazo, y la incidencia de acatisia y acinesia parece ser baja. El problema de este fármaco surgió cuando en 1975 se describieron en Finlandia ocho casos mortales por agranulocitosis en pacientes tratados con Clozapina. En muchos países, entre ellos España, se determinó la retirada, más o menos rápida del fármaco, y en otros la necesidad de efectuar periódicamente estrictos controles hemáticos. En la actualidad se estima que la incidencia de agranulocitosis asociada al uso de Clozapina es unas 10 veces superior a la de las fenotiazinas. Datos también recientes sobre leucopenia severa relacionada con el consumo de este fármaco en EEUU se sitúan en torno al 1,6 % después de 52 semanas de tratamiento, siendo el período de mayor riesgo el comprendido entre la sexta semana y el sexto mes. Aunque después el riesgo decrece con el tiempo, no parece que desaparezca nunca de forma definitiva. Sin embargo, en los últimos años la Clozapina se ha revalorizado de nuevo, en parte por la evidencia de su eficacia hasta el momento no igualada por otros antipsicóticos, y en parte en relación con la necesidad de experimentar alternativas farmacológicas en las psicosis resistentes.

USO CLÍNICO DE LA CLOZAPINA.

Desde la recomercialización de la Clozapina en nuestro país, se ha recomendado su utilización únicamente en la esquizofrenia resistente al tratamiento con neurolépticos clásicos, esto es, aquellos pacientes que no experimentan una mejoría satisfactoria de los síntomas como mínimo en 6 semanas de tratamiento con dos o más neurolépticos clásicos de dos clases distintas, o bien en aquellos pacientes que presentan reacciones adversas neurológicas severas o incontrolables con los antipsicóticos convencionales. Además de estas indicaciones, también se ha preconizado en los trastornos esquizoafectivos resistentes o intolerantes a tres o más tratamientos que incluyan

estabilizadores del humor y antipsicóticos habituales. Se consideran contraindicaciones formales, los antecedentes de granulocitopenia/agranulocitosis inducida por fármacos, la presencia de un recuento leucocitario inferior a 3500/mm³, enfermedades de la médula ósea y trastornos mieloproliferativos, psicosis tóxicas, estados comatosos, y enfermedad hepática, cardíaca o renal grave. No se ha recomendado la Clozapina en edades infantiles, al no estar demostrada su seguridad y eficacia en este grupo de pacientes. Se desaconseja también su utilización conjunta con otros fármacos antipsicóticos, y se proscriben la asociación con la Carbamazepina o el Captopril. En cuanto a la dosificación, se debe comenzar el tratamiento con dosis bajas, por ejemplo 12,5 mg. una o dos veces el primer día, seguido por uno o dos comprimidos de 25 mg. el segundo día. Progresivamente si la tolerancia es buena se incrementa la dosis de 25 a 50 mg./día hasta alcanzar una dosis de 300 mg. diarios repartidos en tres tomas. En función de la respuesta obtenida, si es necesario, podría aumentarse de 50 a 100 mg. cada semana, hasta un máximo de 900 mg./día. Sin embargo, en la mayoría de los pacientes el efecto antipsicótico se consigue con 300-450 mg. diarios. Una vez controlado el cuadro, y como con otros antipsicóticos, se deben reducir las dosis gradualmente hasta la mínima requerida para mantener una remisión clínica. No se aconseja mantener más de 8 semanas el tratamiento en los casos en los que no se observe ninguna mejoría. Por lo que respecta a la monitorización hematológica del paciente tratado con Clozapina, es necesario realizar un recuento y una fórmula leucocitaria antes de la instauración del fármaco. Una vez que se han constatado unos valores normales de leucocitos, el recuento leucocitario debe monitorizarse con una frecuencia semanal durante las primeras 18 semanas (mayor riesgo de agranulocitosis durante este período), y mensualmente durante el resto del tratamiento. Asimismo, la monitorización debe continuar durante las 4 semanas siguientes a la interrupción del tratamiento. Si el recuento leucocitario desciende por debajo de 3500/mm³, y/o el recuento absoluto de granulocitos neutrófilos está entre 2000 y 1500/mm³, los análisis deben efectuarse dos veces por semana, siendo obligado el retirar de inmediato la Clozapina si el recuento leucocitario es inferior a 3000/mm³ y/o los granulocitos neutrófilos descienden por debajo de 1500/mm³. La remisión urgente a un Servicio de Hematología se realizará, si en

algún momento un recuento leucocitario es menor a 2000/mm³ y/o el número de granulocitos neutrófilos es inferior a 1000/mm³.

VIII.- NUEVOS NEUROLÉPTICOS

1.- Derivados de las dibenzazepinas:

Actualmente se hallan en estudio dos nuevos fármacos con un perfil farmacológico similar a la clozapina: La Fluperlapina, con menos efectos sedativos y anticolinérgicos que la clozapina e intensa potencia antipsicótica. Otro fármaco es el BW234U, en el que desafortunadamente se ha constatado la capacidad de provocar agranulocitosis, quedando así limitadas sus expectativas de comercialización.

2.- Derivados de las benzamidas:

El Remoxipride es una benzamida sustituida altamente selectiva para los receptores D2, que no interacciona con otros receptores. Actúa preferentemente en estructuras límbicas. Sobre los neurolépticos clásicos tiene la ventaja de ofrecer una mejor tolerancia al carecer de efectos extrapiramidales y cardiovasculares significativos, mostrando un efecto antipsicótico similar al haloperidol. Algunos ensayos clínicos llevados a cabo demuestran cierta especificidad de acción sobre los síntomas negativos. Sin embargo, trabajos recientes (1993) no han demostrado una eficacia suficiente en la esquizofrenia crónica resistente al tratamiento antipsicótico convencional. El lanzamiento del Remoxipride al mercado farmacéutico español previsto a lo largo de este año, ha sufrido un inesperado e indefinido aplazamiento, al identificarse en Inglaterra 8 casos de anemia aplásica en pacientes en tratamiento con este fármaco. Tras el conocimiento de este hecho, se ha restringido el uso del producto en los países donde estaba comercializado, recomendándose la monitorización hematológica periódica con el fin de minimizar el riesgo en estos pacientes. No obstante, en este momento se estima que la relación entre la anemia aplásica y el Remoxipride está en torno a 1/6000. Otros compuestos con actividad selectiva sobre receptores D2 y en vías de experimentación son el Raclopride, la Savoxepina, y la Emo-

naprida. Se especula que todos ellos presentan una mayor afinidad por el subtipo D2B. El Raclopride parece tener una acción antipsicótica, aunque no está demostrado que presente una menor repercusión sobre la motricidad que los neurolépticos habitualmente utilizados.

3.- Antagonistas serotoninérgicos:

A) Antagonistas de los receptores 5HT1A.

Ahlen y cols. (1990) pusieron de manifiesto las propiedades antipsicóticas del 8-OH-DPAT, sustancia agonista selectiva de los receptores 5-HT1A, a la vez que propugnan su administración conjunta con agonistas selectivos dopaminérgicos para obtener eficacia antipsicótica, sin efectos extrapiramidales acompañantes.

B) Antagonistas de los receptores 5-HT2.

Según algunas comunicaciones, la Ritanserina (antagonista selectivo 5-HT2) complementa el efecto antipsicótico al asociarlo al tratamiento neuroléptico, mejorando además los efectos secundarios extrapiramidales. La Risperidona, comercializada ya en nuestro país, es un derivado benzisoxazólico antagonista selectivo de los receptores 5-HT2, y con menor potencia de los D2 y alfa-1. Los primeros estudios sugieren una buena tolerancia, y una mayor efectividad que el haloperidol frente a los síntomas positivos y negativos. De la misma familia que la Risperidona, el Ampeprozide, el Sentitol, el SM-9018 y el R79598, se hallan actualmente en fase de experimentación con resultados esperanzadores.

C) Antagonistas 5HT-3.

Hasta la fecha se han investigado algunas sustancias con efecto antagonista 5-HT3, entre ellas el Ondansetron y el Zaclopride. Los datos al respecto proceden de estudios todavía a nivel preclínico. Se especula que estas drogas poseen actividad antipsicótica, carecen de efectos extrapiramidales, y no producen sedación ni retardo psicomotor.

4.- Neuropéptidos.

Se ha postulado que sustancias como la colecistoquinina, vasopresina, TRH, y péptidos opioides (derivados endorfinicos, metadona...) podrían tener efecto antipsicótico, sin que hasta la fecha se puedan confirmar resultados consistentes.

IX.- CONCLUSIÓN

En los últimos tiempos parece haberse revitalizado la investigación sobre productos con acción antipsicótica, durante años relegada a un segundo plano. Aunque no es probable que con ella se dé una respuesta definitiva a las psicosis

funcionales, la obtención de unos menores efectos secundarios, y por tanto de una mayor tolerabilidad del tratamiento, y por ende de un mejor cumplimiento del mismo por parte del paciente, sí resultarían un avance importante y una ayuda a las otras terapias hoy aceptadas.

Tabla 1
Principales acciones farmacológicas de los neurolépticos según grupo.

Neuroléptico	Antipsicótica	Sedante	Extrapiramidal	Hipotensiva	Antiemética
Clorpromazina	++	+++	++	+++	++
Tioridazina	++	+++	0	++	0
Flufenazina	+++	++	+++	+	+++
Perfenazina	+++	+	+++	+	+++
Trifluoperazina	+++	+	+++	+	+++
Tiotixeno	+++	+	++	+	0
Haloperidol	+++++	+	++++	+	+++
Pimozide	+++	+	++	+	+++
Clozapina	++	++++	++++	+++	+
Clozapina	++	+++	0	+++	++
Levomepromazina	+	++++	0	+++	++
Loxapina	+++	+	+++	+	+

Chinchilla y cols. 1989

Tabla 2
Clasificación de Lambert

Sedantes	Neurolépticos	Incisivos
Levopromazina		Tioproperazina
Alimenazina		Tiperidol
Clorprotixeno		Trifluoperazina
Tioridazina		Haloperidol
Propericiazina		Perfenazina
Fluanisona		Flunezina
Acepromazina		Proclorperazina
Clorpromazina		Benzoperidol
Metopromazina		Clormeperazina
	Promazina	Reserpina

Segun Llaverro y Conde. 1970

Tabla 3

CLASIFICACIÓN DE LOS NEUROLÉPTICOS

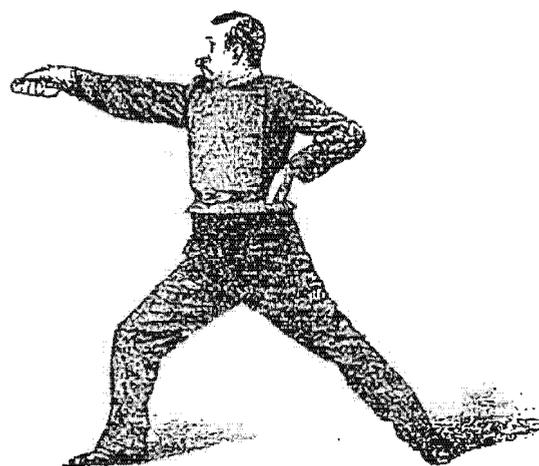
GRUPO	NOMBRE COMERCIAL
I FENOTIAZINAS	
ALIFÁTICAS	
Clorpromazina	Largactil
Levomepromazina	Sinogan
Prometazina	Fenergan
PIPERIDÍNICAS	
Propenciazina	Nemactil
Tioridazina	Meleril
Pipotiazina	Lonseren
PIPERAZÍNICAS	
Trifluoperazina	Eskazine
Perfenazina	Decentan
Flufenazina	Modecate
Tiooperazina	Majeptil
II. TIOXANTENOS	
Flupentixol	
Clopentixol	
III. DIBENZOTIAZEPINAS	
Clotiapina	Etumina
IV. DIBENZODIAZEPINAS	
Clozapina	Leponex
V. DIBENZOOXAZEPINAS	
Loxapina	Desconex
VI. BUTIROFENONAS	
Haloperidol	Haloperidol
Espiperidol	
Droperidol	Dehidrobenzoperidol
VII. DIFENIL BUTIL PIPERIDINAS	
Pimozide	Orap
Penfluridol	
Fluspirileno	
VIII. DIHIDROINDOLES	
Molindona	
Oxipertina	
IX. ALC. RAUWOLFIA	
Reserpina	Brinerdina
	Adelfan
X. BENZAMIDAS	
Sulpiride	Dogmatil
Tiapride	Tiaprizal
Metoclopramida	Primperan
Clebopride	Cleboril

Tabla 4

Dosis de algunos antipsicóticos empleados en el tratamiento de la esquizofrenia

Fármaco	Dosis equivalente a 100 mg. de Clorpromazina (mg)	Dosis de ataque (mg/día)	Dosis de mantenimiento (mg/día)
Clorpromazina	100	200-1.600	50-100
Trifluopromazina	25	75-200	50-150
Tioridazina	100	200-800	50-400
Mesoridazina	50	100-400	25-200
Piperacetazina	10	40-160	10-80
Acetofenazina	20	60-80	40-60
Carfenazina	25	25-400	25-100
Proclorperazina	15	30-150	15-60
Perfenazina	10	12-64	8-24
Trifluoperazina	5	6-30	4-10
Flufenazina	2	2-20	1-3
Butaperazina	10	25-100	5-50
Halioperidol	2	4-100	2-10
Clorprotixeno	100	75-600	30-60
Tiotixeno	5	10-60	6-15
Loxapina	15	60-250	20-125
Molindona	25	100-225	15-100

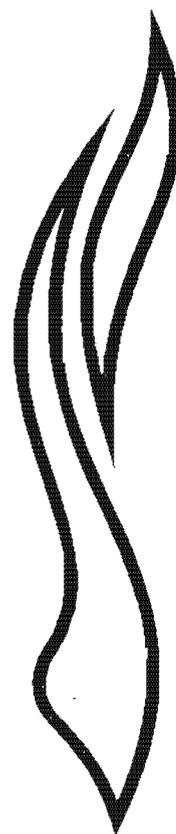
Serrallonga Parreu 1986

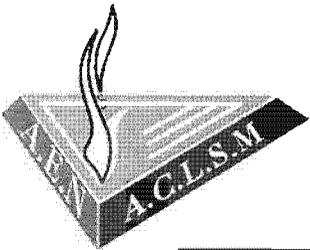


BIBLIOGRAFÍA

- 1.- AHLFORS UG, RIMON R, APPELBERG B, et al. Remoxipride and haloperidol in schizophrenia: a double-blind multicentre study. Acta Psychiatrica Scandinavica 82 (Suppl 358): 99-103, 1990.
- 2.- BAASTRUP PC, ALHFORS UG, BJERKENSTEDT L. A controlled Nordic multicentre study of zuclopenthixol acetate in oil solution, haloperidol and zuclopenthixol in the treatment of acute psychosis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 87:48-58, 1993.
- 3.- BUENO A, SABANÉS F, SALVADOR L, GASCON J. Antipsicóticos. Psicofarmacología clínica. Salvat. Barcelona 1986.
- 4.- CIUDAD HERRERA A, CUBERO BROS P, SPOS L. Tratamiento farmacológico de los síndromes depresivos y pseudodepresivos en las esquizofrenias. Farmacología del SNC. Vol.3, nº2: 63-76. 1989.
- 5.- COLODRÓN A. Problemas en el tratamiento actual del síndrome esquizofrénico. Nuevas oportunidades en el tratamiento de las psicosis. Research and Clinical Forums. Vol 15, nº2: 27-33, 1993.
- 6.- CONDE LÓPEZ V, URIBE LADRÓN DE CEGAMA F, PACHECO YÁÑEZ L. Neurolépticos atípicos. Farmacología del S.N.C. Vol 3, nº2: 44-57. 993.
- 7.- COWARD DW. General pharmacology of clozapine. British Journal of Psychiatry 160 (Suppl 17): 5-11. 1992.
- 8.- CHINCHILLA MORENO A. Tratamiento psicofarmacológico de la esquizofrenia. Tratamientos Psicofarmacológicos en Psiquiatría. Barcelona, 1989.
- 9.- CHOUINARD G, JONES B, REMINGTON G., et al. A Canadian multicenter placebo controlled study of fixed doses of risperidone and haloperidol in the treatment of chronic schizophrenia patients. Journal Clinic Psychopharmacology 13 (1): 25-40. 1993.
- 10.- DANIEL VEGA E, SAMINO AGUADO FJ, MATÍAS POLO J, VEGA JUÁREZ P, PÉREZ URDÁNIZ A. Protocolo de utilización de Clozapina. XVII Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Salamanca. 1993.
- 11.- FARMER AE, BLEWETT A. Pharmacological treatment of resistant schizophrenia: Limitations and recommendations. Drugs 45: 374-383. 1993.
- 12.- FITTON A, HEEL RC. Clozapine. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in schizophrenia. Drugs 40 (5): 722-747. 1990.
- 13.- FUENTENEbro DE DIEGO F, SANTOS GÓMEZ JL, ALBERDI SODUPE J. Predicción de la respuesta al tratamiento psicofarmacológico en la esquizofrenia. Monografías de psiquiatría. Vol.I, nº1: 56-60. 1989.
- 14.- GASTÓ FERRÉ C, OTERO CAMPRUBÍ A, PALAO VIDAL DJ, ARAUXO VILAR A. Tratamiento farmacológico de la esquizofrenia. Psicofarmacología aplicada. Organon Española S.A. Barcelona. 1993.
- 15.- GAYRAL L, KOUPERNIC C, MEYRAT G. L'utilisation des neuroleptiques. Confrontations psychiatriques, nº13: 155-179. 1975.
- 16.- GIBERT RAHOLA J. Avances en Psicofarmacología. Monografías de Psiquiatría. Vol.IV nº5. 1992.
- 17.- GROHMAN MR, RÜTHER E, SASSIM N, SCHMIDT LG. Adverse effects of clozapine Psychopharmacology, 99; S101-S104. 1989.
- 18.- HEIKKILA L, LAITINEN J, VARTIAINEN H. Cis(Z)-clopenthixol and haloperidol in chronic schizophrenic patients: a double blind clinical multicentre investigation. Acta Psychiatrica Scandinavica Vol.64, sup. 294: 30-38. 1981.
- 19.- HOLLISTER MD. Antipsicóticos. Farmacología clínica de drogas psicoterapéuticas. Panamericana. Madrid. 1986.
- 20.- JOLLEY AG, HIRSCH SR, MORRISON E, et al. Trial of brief intermittent neuroleptic prophylaxis for selected schizophrenic out patients. British Medical Journal. Vol.301: 837-842. 1990.

- 21.- KAPLAN HI, SADOCK BJ. Manual de Farmacoterapia en Psiquiatría. Waverly Hispánica SA, Buenos Aires. 1993
- 22.- LAIDLAW ST, SNOWDEN JA, BROWN MJ. Aplastic anaemia and remoxipride. The Lancet. Vol 342, Nov.13: 1245. 1993.
- 23.- LIEBERMAN JA, KANE JM, JOHNS CA. Clozapine: Guidelines for clinical management. Journal of Clinical Psychiatry. Vol 50: 329-338. 1989.
- 24.- MELTZER H. Treatment of the neuroleptic non responsive schizophrenic patient. Schizophrenia Bulletin. Vol.18: 515-542. 1992.
- 25.- MONTEJO AL, LLORCA G. Reflexiones sobre el tratamiento psicofarmacológico de la esquizofrenia. Nuevos avances terapéuticos. Farmacología del SNC. Vol.6, n°2: 46-55. 1992.
- 26.- PALOMO T. Trastornos psiquiátricos mayores refractarios. Estrategia de intervención. Libro del Año de Psiquiatría 1992. Saned. Madrid. 1992.
- 27.- PHILPOTT NJ, MARSH JCW, GORDON-SMITH EC, BOLTON JS. Aplastic anaemia and remoxipride. The Lancet. Vol. 342, Nov.13: 1244-1245. 1993.
- 28.- PITA CALANDRE E, MANZANARES IRIBAS J. Fármacos antipsicóticos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol.XII, Supl.I: 13-21. 1992.
- 29.- RABASEDA X. Tratamiento de la esquizofrenia con Zuclopentixol. J.R. Prous Ed. Barcelona. 1993.
- 30 - SALVADOR L, LEONSEGUI Y, EGUILUZ Y, GUIMON J. Optimización del uso de antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia. XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría. Bilbao. 1993.
- 31.- SANTOS GÓMEZ JL, FUENTENEbro DE DIEGO F, RAMOS ATANCE JA. Tratamientos psicofarmacológicos en la esquizofrenia. Monografías de Psiquiatría. Vol.I n°1: 47-55. 1989.
- 32.- SERRALLONGA PARREU J. Esquizofrenia. Medicine. Psiquiatría (II), n° 69: 1126. 1986.
- 33.-SERRAT X. La clozapina en las esquizofrenias resistentes. IMP Psiquiatría. Vol.III n°3: 185-187. 1991.
- 34.- VALLEJO J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Salvat, Barcelona. 1989.
- 35.- VARTIAINEN H, LEINONEN E, PUTKONEN A, et al. A long-term study of Remoxipride in chronic schizophrenic patients. Acta Psychiatrica Scandinavica 87: 114-117. 1993.
- 36.- VELASCO MARTÍN A, ÁLVAREZ GONZÁLEZ FJ. Compendio de Psiconeurofarmacología. Díaz de Santos SA. Madrid. 1988.
- 37.- VIALA A, BA B, DURAND A, GOUZE F, HOU N, JORGENSEN A. Comparative study of the pharmacokinetics of zuclopentixol decanoate. Psychopharmacology 94: 293-297. 1988.





Un caso de psicosis

*Jesús Morchón Sanjosé **

Presentaré el caso de Luis Miguel, varón de 26 años, psicótico, esquizofrénico, loco. Mantuimos durante cerca de dos años una relación terapéutica regular que soportó momentos de rechazo, de violencia, de extrema dificultad. Que se tambaleó. Que se estabilizó tolerando mi presencia y mi compañía. Que mantuvo el riesgo permanente, como toda relación con la psicosis, de la ruptura, sobre todo cuando me miraba desde la lejanía de la omnipotencia. En noviembre de 1984 Luis Miguel tuvo su primera crisis. Por entonces vivía en Gijón y estudiaba formación profesional en la Universidad Laboral en régimen de internado. A las dos de la mañana se puso a dar voces a la puerta de la Universidad después de haber estado vagando sin rumbo por toda la ciudad. Estaba sucio, magullado. Gritaba insultos y amenazas. Tuvo problemas en algún bar. Ingresó en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo. Según la nota de ingreso se mostraba incoherente, disgregado, agresivo, inabordable, desorientado en tiempo y en espacio, refiriendo alucinaciones visuales y auditivas, mostrándose inquieto y muy intranquilo. Se le dio el alta dos semanas después al ceder su sintomatología. Tuvo un irregular seguimiento ambulatorio hasta junio de 1985, negándose a partir de entonces a cualquier contacto posterior. Su madre le medica a escondidas. Apenas sale de su habitación. Apenas habla. Apenas se mueve. Lo único que le llega de fuera es la música de la radio y la voz de su madre que le pregunta, que le incita, que le invade. Tiene periódicas exacerbaciones delirantes y accesos de gran violencia. Tras uno de ellos, que es más intenso, que dura más que otras veces, la madre acude al Centro de Salud solicitando ayuda. Se le cita en dos ocasiones, pero no acude y se decide, previo aviso, ir a su casa.

Luis Miguel es inmenso. Grande. Tan grande que casi llena el espacio de su cuarto. Es fácil imaginar su capacidad para la destrucción. Las huellas de golpes en las puertas de la casa y los

rotos del papel pintado dan fé. Su corte de pelo y su barba le dan un aspecto beatífico, comprensible en alguien que más tarde se revelará próximo a la divinidad. Su recelo dura poco. Se explaya. Tolerante, me invita a conocer su realidad. Vive con sus padres en una pequeña localidad próxima a Luarca. Tardó en nacer. Fue un feto postmaduro al que hubo que obligar a salir. La madre tiene 53 años. Trabaja como cocinera en un colegio de Luarca. Lleva el peso de la casa. Es indudablemente una mujer fuerte. Tan fuerte que se recuperó sin secuelas de un accidente cerebrovascular que le paralizó la mitad derecha del cuerpo. Soportó una operación y largas sesiones de rehabilitación. Todos los días recorre caminando los cuatro empinados kilómetros que hay desde su casa a su trabajo.

Luis Miguel se queja de su exceso de celo. De que está muy encima de él. De que siempre está pendiente de lo que hace o de lo que dice. Es el principal objeto de su amor y de su agresividad. Ella es quien le saca de quicio y quien le calma, quien conoce sus necesidades, quien le observa y se anticipa a sus reacciones, quien le domina y le controla con la medicación. Teme lo que no puede prever. Sobre todo que un día desaparezca. El padre tiene 58 años. Es tan poquita cosa que apenas se le nota, apenas se le ve. Es sastre y lleva más de dos años parado, desde que se retiró el sastre con el que trabajaba. Todavía hace algún encargo de vez en cuando y está tramitando la jubilación anticipada. Reconoce que su relación con Luis Miguel es pobre, que hablan poco porque los dos son de pocas palabras. No entiende lo que le pasa. Siempre se le ve como aburrido. No le parece normal que siempre esté solo, que no se entretenga con nada, que haya perdido los amigos que tenía. Tan apocado y tan débil como es teme las reacciones de Luis Miguel, su fuerza, su desmesura. Se esconde. Le deja hacer a la madre cuando se pone mal, aunque piensa que ella le consiente todo, pero se calla y ya no dice nada.

** Jesús Morchón Sanjosé es Psiquiatra en el Hospital Psiquiátrico Santa Isabel de León.*

Han habido muchos problemas en el matrimonio, muchas disputas. Incluso se separaron una temporada mientras Luis estudiaba en Gijón. Les queda como un poso de culpabilidad. Han tenido dos hijos más. El mayor, de 31 años, vive en Gijón. Se casó muy pronto y tiene un hijo de 10 años. Es algo despegado. Apenas llama y sólo le ven cuando viene en verano. La más pequeña, de 21 años, vive en Madrid y estudia puericultura. Quiere mucho a Luis. Llama casi todas las semanas para hablar con él. Viene con frecuencia los fines de semana y su casa le sirve al padre de refugio cuando ya no puede más. Recuerda la madre que Luis Miguel era un muchacho algo retraído, muy tímido. Le costó un triunfo y muchos berrinches adaptarse a la escuela. Le daba reparo salir a la calle, integrarse en los juegos de otros niños. Todo lo contrario de su hermano que siempre fue más abierto, más espontáneo, más decidido. No obstante era ambicioso y brillante. Era un estudiante muy aprovechado, con gran porvenir según le decían los profesores. Muy exigente consigo mismo. Quería estudiar ingeniería. En Gijón cambió, se hizo más alegre, incluso tuvo una novia. Empezó a estar raro unos meses antes de su ingreso. La madre dice que se preocupó mucho por su enfermedad y por su operación. Comenzó a rendir mal en los estudios, a faltar a clase, a estar reticente a volver a Gijón después de las vacaciones de verano. Estaba irritable, inquieto, le molestaba todo, se enfadaba por cualquier cosa. Se le veía triste, desanimado, sin ganas de nada. Pasaba mucho tiempo como abstraído, ensimismado, sin hablar. Luis Miguel recuerda haber sentido como una gran tensión desconocida para él hasta entonces. Le preocupa algo que no sabe bien lo que es. Tiene la constante sensación de que va a pasar algo pero no puede explicar lo que es. Lloraba con facilidad y sin motivo. Se siente como culpable de algo que ignora. Se siente inseguro, como si algo dentro de él funcionase mal. Se muestra desconfiado, no entiende bien lo que le dicen, las palabras parecen haber cambiado de significado. Tiene la sensación de que sus compañeros o sus profesores ocultan algo, que hablan y comentan cosas de él a sus espaldas. Es como si hubiera algo en el aire que todo lo penetra. Está seguro de que pasa algo que nadie le dice. Está tan angustiado, sometido a una presión tan alta, con una sensación insoportable de inminencia, que piensa con frecuencia en acabar de una vez. El periodo que precede a la crisis franca se corresponde con lo que CONRAD denomina fase de TREMA. Este

término se utiliza en el ambiente teatral para designar el estado de tensión por el que pasan los actores antes de salir a escena y que expresa su temor a exponerse a las miradas examinadoras del público. En esta fase se produce como una pérdida de libertad. Uno se siente como rodeado de barreras, acosado e incapaz de comunicarse con nadie. Esa tensión insoportable a la que se refiere Luis Miguel se transforma paulatinamente en lo que CONRAD llama vivencia APOFÁNICA: todo lo que antes era inexplicable tiene ahora significado. Es como si de pronto lo viera todo a la luz de una revelación aclaradora, una revelación irrefutable que no precisa de mayor explicación. Las cosas ya no son como antes, aunque externamente no hayan cambiado. Siente que todo gira en torno suyo, (este sentimiento primordial en la vivencia apofánica recibe el nombre de ANASTROPHE), que es el centro del mundo. Todos, sus profesores, sus compañeros, sus padres, están pendientes de él, le observan y le vigilan continuamente. Es como si todos estuvieran confabulados para ponerle a prueba. Le esconden los libros, le cambian las cosas de su habitación. Todos sus gestos y muecas, todas sus palabras, todos sus movimientos, todos sus actos, se refieren a él. Todo su mundo se convierte en un campo de pruebas en el que todo está dispuesto y preparado para examinarle. ¿A qué se debe toda esta preocupación por mí?. De ahí a la omnipotencia y al delirio hay un paso. Puede nublar el sol con sólo pasar la página de un libro, puede componer las más extraordinarias melodías, es capaz de detener el tiempo y de ver el futuro, puede adivinar los pensamientos y transmitir los suyos, asistió a la creación del mundo, conoce perfectamente la disposición de los astros, es capaz de cambiar la órbita de los planetas, sabe de los misterios de la materia, puede desintegrarse y trasladarse a cualquier punto del universo. Sus pensamientos están inspirados por la divinidad. Está aquí para hacer el bien, para terminar con sufrimientos y penalidades. Está fundido con Ana Isabel, la diosina como él la llama, desde el principio de todo. Nació de ella y ella está dentro de él. Han procreado entes maravillosos que surcan el espacio y rigen las estaciones. Pasan momentos de felicidad sublimes, inimaginables, se aman, hacen viajes astrales, y al mismo tiempo Ana Isabel es la causa fundamental de su sufrimiento. Le atormenta con luces cegadoras, le impone pensamientos atroces, le insta a insultar y amenazar a su madre, le obliga a moverse contra su voluntad, le levanta de la

cama o de los sillones, le tira al suelo, le hace romper objetos o golpear las paredes, le pincha los brazos y las piernas para que no pueda dormir, le quema los testículos, le aprieta el estómago para impedirle comer.

La realidad todavía está ordenada, si bien de forma peculiar, delirante. Cuando la continuidad de sentido se rompe aparece el periodo más desestructurante que CONRAD denomina de APOCALIPSIS y del que, con posterioridad, apenas se pueden dar noticias. Externamente es la fase más espectacular e inquietante. En el caso de Luis Miguel motivó su ingreso. Según CONRAD las vivencias durante este periodo son semejantes a vivencias oníricas. Hay una incesante corriente de imágenes que el paciente vive de manera angustiosa. Aparece inquieto. Se comporta de manera incoherente e incomprensible. Su lenguaje inconexo es expresión de un pensamiento disgregado y confuso que siente como ajeno. Se intensifican las vivencias de omnipotencia o de aniquilamiento, las sensaciones corporales anómalas, se llega a la desintegración, se pierde la continuidad corporal vivenciándose unas partes del cuerpo y desapareciendo transitoriamente otras, hay vivencias de ser desgarrado o escindido, cesa la continuidad del Yo apareciendo vivencias del tipo "yo ya no soy yo" o la conciencia de estar muerto. De esa semejanza con lo onírico depende la dificultad del recuerdo tras la remisión. Sólo es posible recordar imágenes sueltas, fragmentos aislados. Luis regresó del apocalipsis y fue con ese Luis con quien tuve más relación. Un Luis vacío, sin fuerzas, sin energía para hacer nada, como si le faltase un impulso interior. Inseguro, lleno de dudas, sin voluntad, sin alegría, como viendo las cosas a distancia, alejado de todo. Aferrado al delirio, reticente a renunciar a la idea de ser el centro, necesitado de él como defensa y como solución.

El psicótico retorna a un estado preobjetal, narcisista, en el que el mundo interno y externo se confunden. Hay una ambigüedad entre lo objetivo y lo fantasmático. El Yo está profundamente desintegrado. Hay un desinvestimiento de las representaciones del mundo externo y de los objetos que ahora se tornan extraños e inquietantes. Las pulsiones antes unidas a los objetos y ahora libres generan una intensa angustia. El repliegue narcisista, el repliegue pulsional sobre sí mismo, disminuye la angustia a costa de la omnipotencia y de las sensaciones corporales anormales. El psicótico

no puede acercarse a los objetos por miedo a quedar englobado, por miedo a destruirse y a destruir el objeto mismo, y tampoco soporta el investimento narcisista. Por eso recurre a la solución delirante. El delirio es como un orden nuevo que surge del caos. Es al mismo tiempo una defensa frente a la irrupción catastrófica de la angustia y el último intento de restablecer unas relaciones tolerables con el mundo de los objetos y de restaurar un orden de realidad. Es también un remedio contra la soledad. La proyección, mecanismo fundamental del delirio, permite al Yo rechazar fuera de sí estímulos sentidos como intolerables que entran desde entonces a formar parte de un ejército de perseguidores. Es más simple defenderse de peligros que vienen de fuera y es más recomendable sentirse perseguido que sentirse solo. El psicótico inmerso en la paradoja, por un lado, de no poder soportar la proximidad del objeto, su cercanía, por miedo a ser invadido y destruido, y por otro buscando su simbiosis, recrea y resucita el objeto mediante el delirio. La paradoja del objeto deseado y temido en la que está inmerso el psicótico se traslada a la relación terapéutica. Hay que intentar ser para el paciente un objeto disponible sobre el que va depositando cosas y discreto a la vez, porque la proximidad excita, vacía, desorganiza.

Hay citas que llegan a ser tempestuosas. Grita, se revela ante el peligro del contacto, de la invasión. Expresa su temor a que se llegue a saber todo sobre él. Ana Isabel le insta a no volver, le avisa del peligro, pero siempre vuelve. Señala la cita bien visible en el calendario de su casa, y siempre se asombra de encontrarme, de que no me haya pasado nada desde la última vez, de que pueda seguir soportando su peso. Me llama alguna vez por teléfono simplemente porque tiene la necesidad de saber que sigo estando (vivo). La relación va convirtiéndose en algo indefinido, sin principio ni fin, donde a veces no se sabe quién es quien, donde aparece una necesidad de englobamiento, de simbiosis, a la que antes solamente se accedía a través del delirio. Se pone peor, necesita delirar más en mis ausencias y cuando la madre se tiene que hacer electroencefalogramas de rutina que le recuerdan que una vez creyó que la perdía. Hay que dejarle entrar, acompañarle para que pueda salir más autónomo. Hay que ser un intermediario de la realidad, de lo exterior, tirar de las capacidades y de los potenciales que se mantienen sanos. ♦

“Estabilizaciones en las psicosis”

BUENOS AIRES, MANANTIAL, 1989.

Bajo el título *Estabilizaciones en las psicosis*, se publica en español el Seminario del mismo título dictado por el psicoanalista E. Laurent, en Córdoba, Argentina en 1987. El libro contiene además otros artículos, ya publicados en otras revistas, y que versan todos ellos sobre la clínica de la psicosis.

La referencia doctrinal es la obra de Jacques Lacan, el único autor, quizás, que desde los años '60 con su Seminario sobre Joyce, ha aportado nuevas perspectivas en el abordaje teórico y clínico de este terreno de la patología mental.

En los años sesenta, los trabajos de Winnicott y Rosenfeld agotan una prolija producción del movimiento psicoanalítico. Desde entonces, el movimiento psicoanalítico internacional, exceptuando la orientación lacaniana, se ha dedicado especialmente a una nueva categoría, híbrida en su origen, la patología *borderline*.

Laurent considera que el auge de los estudios sobre los estados límite implica un privilegio de los rasgos del carácter en detrimento del síntoma, al que se ha relegado y considerado como fenómeno marginal. En este punto los psicoanalistas han coincidido, para desventura de la doctrina freudiana, con los discursos más propiamente psiquiátricos.

Frente a este desarrollo, la orientación lacaniana acentúa la consistencia del síntoma frente a la inconsistencia y volubilidad de las formas caracteriales e imaginarias del Yo, siguiendo los principios estructurales introducidos por Freud en la diferenciación de estructuras clínicas: neurosis, psicosis y perversión.

El autor, conocedor de primera mano de la obra de Lacan, ordena los trabajos de su maestro siguiendo la referencia de tres psicóticos: Aimée (la paciente de la Tesis doctoral), Schreber y James Joyce.

Uno de los apartados más destacados en toda la investigación de Lacan corresponde a los *Fenómenos Elementales*, los fenómenos germinales, propios y exclusivos, que están presentes en la estructura psicótica, incluso antes de que aparez-

can los delirios y las alucinaciones propiamente dichos. La localización de dichos fenómenos se plantea como una exigencia clínica y teórica, antes del desencadenamiento de la psicosis y también después del desencadenamiento. En los interrogatorios, en las *primeras entrevistas* introducidas como tales por Lacan, la búsqueda de los fenómenos elementales debe ponerse para el clínico siempre en primer plano; se trata en todos los casos de poder estar seguros de si el paciente que llama a nuestra puerta es un psicótico o no, aunque no haya desencadenado la psicosis hasta ese momento. Este mimo con el que se trata estos fenómenos tiene una utilidad clínica insoslayable, ya que hay que estar seguros de a quién se le dice sí a una demanda de análisis, y, si se trata de un psicótico, saber, de antemano, lo que se puede esperar si hay un desencadenamiento.

Lacan consideraba tales fenómenos como respuesta en lo Real. De la naturaleza Real es de lo que dan cuenta los fenómenos elementales como primera exigencia.

Una segunda exigencia se puede deducir del concepto de estabilización, que ha ido evolucionando a la par que el conjunto de la teoría. En un inicio, la estabilización sólo se concebía en relación con el acto, por ejemplo el intento homicida de Aimée: reunión del sujeto en su acto frente a la dispersión subjetiva en el delirio; estatuto del sujeto a través del acto que posteriormente será definido como aquello que permite desligarse de la cadena signifiante, produciendo como efecto la detención del delirio.

Posteriormente, en el Seminario III, Lacan presenta el concepto de desencadenamiento de la psicosis y progresa en su concepción de la estabilización. Se trata ahora de la metáfora delirante como sustituto de esa falla fundamental en el orden signifiante, como el paraguas del psicótico ante los fenómenos elementales. Schreber es la ilustración elegida para esta concepción, donde se nos muestra cómo el trabajo delirante permite colocarse en una cierta posición desde la que tanto él como su universo se sostienen.

Por último, Laurent se refiere al análisis del texto de Joyce llevado a cabo por Lacan en los años setenta. El concepto central es ahora el síntoma. Según Lacan, Joyce es un psicótico que no delira. Allí donde algo de lo Real parece imponerse, el sujeto responde con la creación. Joyce crea una nueva literatura, tratando de sostener un nuevo orden del discurso; se coloca en la posición de lo que falta al conjunto total del universo del discurso.

En los años setenta se desarrolla una nueva conceptualización del síntoma en tanto que Real, lo que permite pasar de lo Simbólico a lo Real sin mediación del significante paterno. El síntoma así definido nos permite pensar una forma de estabili-

zación, un remedio peculiar del psicótico. Joyce nos muestra este proceso en la fabricación de un Yo, un Yo construido por su sujeto mismo, un Yo que falte en ese todo del discurso social en el que no tiene asiento.

Como tercera y última exigencia de la enseñanza lacaniana, Laurent señala que el saber está del lado del psicótico, mientras que la transferencia apunta siempre al goce del analista.

Jesús Rodríguez Huidobro

MIR-III de Psiquiatría

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Jean Garrabé

"Histoire de la Schizophrénie"

EDITORIAL SEGHERS, PARÍS, 1992

329 Páginas.

El siglo XX, desde el punto de vista de la historia cultural de la locura, es el siglo de la esquizofrenia. Pero las enfermedades, incluidas las del espíritu, son mortales y difícilmente duran más de un siglo. Estamos, posiblemente, escuchando los estertores de esta categoría clínica que ha colonizado durante los últimos 80 años el grupo de la patología mental más severa.

J. Garrabé, Psiquiatra del Instituto Marcel Rivière y Secretario General de la Sociedad de la Evolución Psiquiátrica, plantea la siguiente cuestión: ¿Por qué, en un determinado momento, clínicos de varios países empezaron a observar por primera vez que había jóvenes, que tras un desarrollo intelectual normal, perdían más o menos rápidamente al inicio de la edad adulta la capacidad de utilizar sus facultades intelectuales?. ¿Fueron los observadores quienes, disponiendo de nuevos métodos conceptuales, incluida una teoría falsa como la de la degeneración, fueron capaces de discriminar fenómenos hasta entonces inadvertidos?. ¿O bien, estos fenómenos eran realmente

nuevos, y en este caso, a qué se debió su aparición en esta época?. La pregunta todavía hoy no tiene respuesta, pero mantiene su interés.

El autor retoma desde una perspectiva histórica las teorías elaboradas según las épocas y las culturas en los diferentes países. Su libro no tiene desperdicio, y en estilo ágil pero muy documentado, con las preguntas que como clínicos no podemos obviar. Principia su texto revisando las grandes concepciones y descripciones de la esquizofrenia surgidas en el siglo pasado y primeras décadas del presente: desde B.A. Morel y la teoría de la degeneración, Kraepelin y la demencia precoz, definida por la terminación deficitaria, hasta que E. Bleuler, en 1911, define la esquizofrenia en función de la disociación de las funciones mentales. Le siguen las aportaciones de Jung a la psicología de la demencia precoz, Freud y el Presidente Schreber y Sabina Spielrein y la autodestrucción.

Revisa asimismo los primeros tratamientos: la cura de sueño, los métodos de "shock" y la psicocirugía. Los métodos de shock eran tres: el coma

hipoglucémico de Sakel (concepción endocrino-vegetativa de la esquizofrenia, la convulsivoterapia (estimulación de la producción de tejido nervioso) y el electroshock (secreción por el cerebro de "acroagoninas").

Avanzando el siglo, Bleuler propone un modelo ambivalente según el cual la esquizofrenia es una afección de base orgánica pero que posee tal superestructura psicógena, que la gran mayoría de los síntomas revelan factores y mecanismos psicológicos. Jaspers representa la síntesis de Kraepelin y Bleuler a través de la fenomenología descriptiva; Minkowski, la fenomenología genéticoestructural; Krestschmer describe las características tipológicas y Clérambault el Automatismo Mental.

Analiza después los avatares de la esquizofrenia y de los esquizofrénicos durante la Segunda Guerra Mundial y el inicio de la psicofarmacología en relación con la mescalina y las amfetaminas. A esta época corresponde el desarrollo de la psiquiatría inglesa y su interés por las psicosis infantiles, la psiquiatría americana con Federn y el aniquilamiento del yo en la esquizofrenia.

Tras la Segunda Guerra Mundial, Kurt Schneider vuelve al método de Kraepelin, pretendiendo fundar la psicopatología en la clínica y estableciendo lo que él llama síntomas de primer rango. En Francia, el estudio se centra en la psicogénesis: H. Ey por un lado, Lacan y sus influencias, especialmente Hegel, por otro. Están presentes además el influjo de la psicología del yo en Europa y la noción de esquizofrenia latente en Moscú. Poco a poco los límites monográficos de la esquizofrenia se van difuminando: Es el surgimiento de los "estados límite".

El descubrimiento de los neurolepticos (1952), el nacimiento de la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia y la división de ésta según dicha hipótesis en dos tipos: tipo I ó síntomas positivos y tipo II ó síntomas negativos, que traducen respectivamente una perturbación de las transmisiones dopaminérgicas y una pérdida celular en las estructuras cerebrales.

Posteriormente, Garrabé aborda dos perspectivas más: primero el neojacksonismo, que define a la locura como signos positivos de la actividad de una función arcaica que sería liberada de la inhibición por una función superior de la que el proceso mórbido provocaría su disolución; en se-

gundo lugar la genética, que establece la existencia de sujetos de riesgo.

Respecto a la conexión entre esquizofrenia y cultura, el autor hace referencia a Bateson y la teoría del doble vínculo frente al pavlovismo como doctrina oficial de la psiquiatría stalinista; si para los ingleses de la época era la familia la que volvía loco al esquizofrénico, para los soviéticos era la sociedad. Hace referencia también a Devereux y su teoría sociológica: la esquizofrenia es un desorden espontáneo en el hombre que vive en sociedad y posee una cultura; es la psicosis étnica de nuestra cultura. Y, cómo no, a la antipsiquiatría inglesa, apoyada en el existencialismo de Sartre, representada por Cooper y Laing, e italiana, menos filosófica y más política.

Por último, 1971 marca el enfrentamiento entre el concepto de esquizofrenia tórpida de la psiquiatría soviética, utilizado como método de represión política, y la reacción que provoca en Occidente, a saber: la definición más exacta posible de las distintas formas de psicosis esquizofrénica.

Esta confrontación señala, según Garrabé, la última etapa de la historia de la esquizofrenia: la de su desaparición. Se crea la CIE 9 (OMS) que, frente a la esquizofrenia latente, mantiene una posición ambigua. La DSM III (APA) suprime el término esquizofrenia e introduce los términos "trastornos esquizofrénicos" y "trastornos esquizofreniformes" y coloca a la esquizofrenia latente entre los trastornos de la personalidad..

El análisis fenomenológico del autismo en los dos últimos decenios no lo sitúa como condición "sine qua non" de la esquizofrenia, sino en el lugar de la condición humana, lo que hace que la esquizofrenia esté fuera de tiempo.

Pero los modelos teóricos propuestos estos últimos años para el grupo de las psicosis no corresponden a un cambio radical de paradigma. Para algunos, la esperanza de que la esquizofrenia desaparezca pasa por descubrir un tratamiento etiológico. Para otros, anunciar el fin de la esquizofrenia, consiste en predecir el abandono del concepto. La revolución que marcará el fin de la esquizofrenia todavía no se ha producido.

Mariano SANJUÁN CASAMAYOR

Ballet, Capgras, Clérambault, Falret, Lasègue, Magnan, Sérieux.

"El delirio en la clínica francesa"

Prólogo de Fernando Colina.
Introducción, traducción y notas
de José María Álvarez.

MADRID, DORSA, 1994.

La psiquiatría actual, felizmente acomodada en las corrientes más pragmáticas y positivistas de nuestra época, parece haber sustituido la observación y la descripción por la categorización de los trastornos; la nosología y la nosografía por la utilidad de las clasificaciones; y los tratados y monografías por los manuales y, para ser aún más prácticos, los brevarios. Si la psiquiatría se constituyó como disciplina científica mediante una operación que supuso la "exclusión del sujeto", los distintos reduccionismos que dominan el panorama psiquiátrico en nuestros días, apoyándose en la utilización de escalas, entrevistas estructuradas o cuestionarios, están consiguiendo eliminar la expresión de los pacientes que han de adaptarse a la combinación de criterios previamente establecidos en las clasificaciones al uso.

"Basta con abdicar de toda opinión previa, en lugar de elevarse a las grandes cuestiones, dejar a los enfermos expresarse libremente..., y permanecer como simple observador, en lugar de plantear previamente los problemas para perseguir su solución", escribía hace 142 años Charles Lasègue en su "Du délire de persecutions". Este texto se incluye en el libro de reciente publicación *"El delirio en la clínica francesa"*, dentro de la colección Clásicos de la Psiquiatría de DORSA ediciones. En el árido panorama de las publicaciones psiquiátricas resulta refrescante la aparición de este libro preparado por dos profesionales de nuestra región: Fernando Colina (que aporta un sugerente prólogo) y José María Álvarez (que ha realizado una excelente introducción, así como la traducción y presentación de textos y autores).

Los artículos seleccionados fueron publicados entre 1825 y 1921, período que incluye la denominada "edad de oro" de la psiquiatría francesa, caracterizado por la autonomía del enfoque clínico, paralela al predominio de las hipótesis neurologizantes, especialmente tras el reconocimiento de

las ideas de Bayle. Frente al trabajo de delimitación operado sobre la noción de paranoia por la psiquiatría alemana y su afán clasificatorio, resalta el esfuerzo descriptivo y la preocupación de estos psiquiatras franceses por el análisis clínico y semiológico. En este período (que termina con las nuevas ideas surgidas de la psicología dinámica y de la fenomenología) conviven el punto de vista psicopatológico con la hipoteca organicista heredada de los clásicos, verificándose un "deslizamiento del plano etiológico al psicopatológico".

En la Introducción a estos textos ("Una historia del delirio en la clínica francesa") José M^a Álvarez aprovecha el importante trabajo de elaboración de su Tesis Doctoral "La psicosis paranoica en la clínica psiquiátrica franco-alemana (1800-1932)" presentada en Barcelona hace dos años, y a ella debe remitirse el lector interesado. Todos los trabajos traducidos se acompañan de una presentación de 3 ó 4 páginas, que contextualizan (su tiempo, su autor) los siguientes textos: Del delirio de persecuciones, de Charles Lasègue; La folie a deux, de C. Lasègue y J. Falret; Delirio crónico de evolución sistemática, de Valentín Magnan y Paul Sérieux; Las alucinaciones verbales en clínica mental, de Jules Séglas; Introducción al delirio de interpretación, de P. Sérieux y J. Capgras; Diagnóstico del delirio de interpretación, de P. Sérieux y J. Capgras; La psicosis alucinatoria crónica, de Gilbert L. Ballet; Delirios pasionales: Erotomanía. Reivindicación. Celos, de Gaëtan Gatian de Clérambault; y Automatismo mental y escisión del yo, de Gaëtan G. de Clérambault.

Difícil elegir unos sobre otros; como señala José M^a Álvarez, muestran en unos casos el esfuerzo de los clínicos por describir y clasificar el trabajo de construcción de un delirio y en otros intentan despejar el defecto de la estructura del sujeto; yo me quedo con el último, obra del conciso y, al tiempo, enciclopédico Clérambault; junto a la

cuidadosa traducción y presentación realizada por José María Álvarez (del que esperamos pronto su segunda Tesis Doctoral sobre los delirios pasionales), he de señalar la importancia del prólogo de Fernando Colina ("Locura e historia"), autor que no precisa más presentaciones. Una advertencia inicial se transforma en hilo conductor de sus reflexiones: "... no debieran confundirse entre sí la historia de la locura en sentido estricto, la de la psicosis, la de la enfermedad mental y, por último, la de la psiquiatría". Disponemos, precisa Colina de numerosas historias de la psiquiatría, e incluso de la enfermedad mental (y un ejemplo fragmentario de tal historia es el libro que aquí se comenta).

Sólo existe una historia de la locura, la de Foucault, y sin embargo la historia de la psicosis, de la división psicótica está aún por escribirse. ¿Por qué en su Historia de la locura, Foucault tiende a ligarla a la enfermedad y no a la psicosis? Algunas páginas dedica Colina a esta cuestión: la óptica foucaultiana de la transgresión, del control,

del poder y los excesos; su lectura de Freud centrada en el placer y la interpretación.....

Una vez más Colina pone el dedo en la llaga más dolorosa de la psiquiatría: el imposible "se-cuestro monológico" de la psicosis, el "espacio histórico insoportable" de la división psicótica. Y sobre ello, su historia y su actualidad serpentea de forma brillante y, a veces, inquietante en estas páginas. Este prólogo bien pudiera ser la introducción a la futura historia de la división. Espero que su autor sea capaz de esta tarea descomunal para la que no le faltan materiales (la segunda parte de su libro "Cinismo, discreción y desconfianza", de 1991, su trabajo "Epistemología psicótica" en el n° 13 de las Monografías de la A.E.N. o su artículo "La psicosis no es genética, es histórica" entre otros). Mientras esperamos esta obra definitiva, podemos encontrar algunas muestras en la vida misma y, siguiendo el consejo de Colina, leyendo a Hegel, Schopenhauer, Nietzsche, Freud, Heidegger, Foucault y Lacan. ♦



III Jornadas Regionales de Salud Mental

· Segovia, 26, 27 y 28 de mayo ·

“Cómo informar de la enfermedad mental”

Conferencia de Francisco Pereña:

Los días 26, 27 y 28 de Mayo se celebraron en nuestra ciudad las III Jornadas Regionales de Salud Mental, organizadas por la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental que abordaron tres temas de gran actualidad en nuestro campo: La Salud Mental en la Atención Primaria, Enfermería en Salud Mental y los Medios de Comunicación y la Salud Mental.

Tras una breve inauguración a cargo de las autoridades locales, políticas y sanitarias, Francisco Pereña, psicoanalista de la Escuela Europea de Psicoanálisis, abrió las Jornadas con una conferencia: “Cómo informar de la enfermedad mental”. En ella desde su condición de buen conocedor de la filosofía, de la psiquiatría clásica y del Psicoanálisis, hizo un complejo y difícil recorrido, desde el sujeto cartesiano y el sujeto funcional de F. Bacon, como precedente del sujeto de la enfermedad mental que la psiquiatría contempla, un sujeto sometido a la plena objetivación. Frente a esta concepción de la enfermedad mental, estaría el sujeto del inconsciente propuesto por el psicoanálisis en el que la falta es constitutiva de su esencia y cuya objetivación es imposible.

En su intervención situó el informar en oposición al pensar. La información implica un conocimiento ya dado que puede transmitirse, lo cual sería imposible al tratar de la enfermedad mental, donde el único que puede realmente informar es el sujeto que la padece. En este sentido alertó sobre

la imposibilidad y los riesgos de la información. La psiquiatría ha intentado reducir el discurso de la locura al referente de la enfermedad mental, reduciendo así su verdadera dimensión humana.

Citando a F. Colina nos recordó que si *“la historia que hemos aprendido es una historia de combates y de conquistas, la otra historia, la que dignifica humanamente todas las cosas, es, en cambio, una historia de la locura”*.

Finalmente hizo un elogio de la psiquiatría clásica que, animada por su no saber, hizo posible la construcción de una clínica rica en sus descripciones y más preocupada por la particularidad y la subjetividad de los enfermos que lo que muestra la psiquiatría actual. Hoy, el empobrecimiento de la clínica, reducida a la categorización de los trastornos por el creciente influjo de las clasificaciones psiquiátricas (CIE 10 - DSM-III-R), y el uso-abuso de la psicofarmacología han estrechado el campo de la subjetividad que debe presidir el abordaje de la atención a los problemas de la Salud Mental.

Fue una conferencia llena de sugerencias, más para hacer pensar y animar al estudio de la clínica que para encontrar la respuesta al *“Cómo informar”*.

José M^e Redero San Román. Psiquiatra.
C.S.M. “Antonio Machado”. Segovia

“La salud mental en la atención primaria”

Tema que fue abordado por psiquiatras y médicos de la Atención Primaria de Salud desde diferentes perspectivas. Destacaré brevemente lo que fueron algunas aportaciones interesantes en el recorrido de los diversos ponentes y en el debate posterior:

1.- Si la medicina no puede homologarse con la veterinaria es porque el proceso del enfermar y el humano que habita cada cuerpo están exiliados de la naturaleza y sometidos a un orden diferente para siempre, el orden simbólico, que es preciso tomar en cuenta a la hora de tratar de entender todos esos trastornos que llenan las consultas de los médicos generales. El sufrimiento que acompaña al síntoma es sólo una cara del sujeto enfermo que a su vez goza en el fantasma. No es tan evidente pues que el enfermo desee curarse.

2.- Algunos estudios que se presentaron en el trabajo de la Atención Primaria, confirmaban la falta de sensibilidad de los profesionales de este nivel a los problemas de Salud Mental, en cuanto a detección diagnóstica, estimándose que, en torno a una banda del 40% de las consultas en medicina general, existirían factores de Salud Mental implicados. El paciente y el médico no hablan de lo que más les preocupa; el modelo de relación que aparece como más frecuente es aquél en el que el médico habla y el paciente responde. Algo bastante diferente a eso que conocemos como la escucha.

Sin embargo, en otra ponencia se resaltaba el profundo saber que los médicos tienen de lo que es en esencia la locura, de la importancia que para sus pacientes tiene el lograr un clima de confianza en la relación, del problema de la muerte como algo presente en su práctica y del alto grado de satisfacción y de identidad como médicos generales en un momento en que la medicina parece presentarse como saber especializado.

3.- La mayor parte de los trastornos psíquicos de la población son atendidos por los médicos generales, si bien es verdad que los trastornos más graves pasan en su mayoría a la red de Salud Mental. El problema que tenemos planteado los profesionales de la Salud Mental es que el saber psiquiátrico no les ayuda mucho a los profesionales de la Atención Primaria para manejar los problemas psíquicos que se encuentran en su práctica.

Goldberg y Huxley en un libro aún no traducido al castellano proponen una nueva categorización de los problemas de Salud Mental basada en dos ejes de ansiedad y depresión, y en un modelo de vulnerabilidad que sea más operativo para el trabajo de estos problemas en la Atención Primaria. Había que replantearse pues, el trabajo en este campo, y no ir sólo con la idea de enseñar, sino también de aprender.

4.- Últimamente se está avanzando y en estas jornadas se presentaron ponencias y comunicaciones variadas, sobre el uso de protocolos para el abordaje de los trastornos más frecuentes -véase los trastornos depresivos- siendo éste un asunto que como se reflejó en el debate debe tomarse con prudencia intentando salvar los riesgos de uniformización y homogeneización que su práctica puede conllevar, y orientando su manejo como instrumento de colaboración de los dos niveles asistenciales sin perder la individualidad de cada caso.

En fin, no hubo mucho tiempo para debatir, pero el tiempo que hubo fue bien empleado. También hay que decir que la participación de los profesionales de la Atención Primaria de Segovia ha sido llamativamente escasa, algo que nos puede dar que pensar.

José M^o Redero San Román. Psiquiatra.
C.S.M. “Antonio Machado”. Segovia

“Medios de comunicación y Salud Mental”

La mesa sobre los medios de comunicación y Salud Mental se concibió como un lugar y un tiempo de encuentro entre profesionales de la Salud Mental y de la Comunicación. Significaba un acercamiento, al menos un intento, sobre un tema, la Salud Mental, que con frecuencia aparece en prensa, radio, tv, etc., y que sin embargo parecía capaz por sus especiales características de provocar una situación de debate por los diferentes puntos de vista al respecto y, por qué no decirlo, por la presumible ignorancia y distanciamiento entre ambos grupos de profesionales que podía propiciar fácilmente informaciones sesgadas y/o distorsionadas.

En la introducción señalé las distinciones entre "noticias impacto" (*Hard news*) que son las más trabajadas en medios periodísticos, por su alta rentabilidad, y las informaciones que corresponderían a un periodismo de desarrollo, con objetivos más científicos y divulgativos, pero que carece de compensaciones económicas estimables.

Inicia el turno de ponentes Ana de Benavides ("*Tiempo*") que hace énfasis en que exista una amplitud de información en la que no conviene silenciar ningún tipo de noticia. En concreto, en ejemplos como los de los "*reality shows*" advirtió de la atracción de identificación y vehículo de sus propias emociones que significan para mucha gente. Se queja de la falta de accesibilidad desde la prensa de los profesionales cualificados de Salud Mental, que propicia que las noticias carezcan de rigor científico.

Anibal Rodríguez (*Onda Cero Segovia*) sigue con que los profesionales de la información habitualmente son generalistas y que la falta de especialización se traduce en un lenguaje poco científico y que por tanto precisaría de una colaboración del técnico. También insiste en que la misión de los medios de comunicación es informar, no educar.

Carlos Rodríguez (Psicólogo) instó a los profesionales de Salud Mental a salir a los medios de comunicación con un cierto código pragmático del que resaltaríamos: Respuestas breves, ejemplos abundantes y lenguaje fácilmente comprensible.

Emilio Gamo (Psiquiatra) citó que salen a la prensa las enfermedades psíquicas que "*están de moda*": anorexia, alcoholismo, toxicomanías; e informaciones distorsionadas sobre drogas mágicas (ejemplo: Prozac). Y que de otras enfermedades y alteraciones mentales la gente no quiere oír hablar, sencillamente no venden.

Puntualizó, por tanto, que es tan importante no el "*cómo se dice*" sino: "*el qué se dice*". "*de qué se habla*" y "*por qué se dice*".

Añadió, como demostración de que no hay nada nuevo bajo el sol, un editorial de prensa española de 1933 sobre el tema del alto índice de suicidios registrado en jóvenes y adolescentes debido al fracaso escolar.

El coloquio posterior contó con numerosas participaciones que debatieron sobre los temas allí vertidos.

Es de resaltar la reivindicación en este debate del personal presente de enfermería que centró su intervención en la falta de atención y difusión que sufre su labor desde los medios de comunicación, entendiéndose que la causa radicaba principalmente en que su profesionalidad rara vez generaba "*noticias impacto*" que son las más aireadas, y por contrapartida al encuadrarse más dentro de un periodismo divulgativo-científico no recibía, por las razones citadas, la acogida y consideración equiparable a otros colectivos profesionales

José Luis Ruiz Robles. Psiquiatra.
C.S.M. "Antonio Machado". Segovia.

Memoria anual del Defensor del Pueblo

La Memoria anual del Defensor del Pueblo incluye habitualmente un apartado relativo a la asistencia sanitaria, en el que destacan algunos problemas relativos a la salud mental.

Transcribimos, a continuación, el contenido de la Memoria de 1993 en su apartado de Salud Mental y de Drogodependencia (páginas 2.127 a 2.134), advirtiendo al lector que las actuaciones del Defensor del Pueblo se dirigen a garantizar el ejercicio de los derechos fundamentales y supervisar el funcionamiento de los servicios públicos (excluyéndose de su competencia la actuación relativa a los servicios privados).

3.2. Salud mental.

3.2.1.- Situación jurídica y asistencial del enfermo mental.

En el informe del pasado año, se hacía referencia a las respuestas de distintas administraciones autonómicas acerca de las recomendaciones formuladas por esta institución, con ocasión del estudio efectuado sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España, subrayándose que, en el momento de elaborar el informe, todavía no se había recibido la contestación de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Con posterioridad a la finalización del citado informe anual, la Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia ha enviado la oportuna comunicación, en relación con las recomendaciones contenidas en dicho estudio y que hacían referencia a centros de ella dependientes. De dicha comunicación se infiere la aceptación de la práctica totalidad de las recomendaciones formuladas, habiéndose adoptado las medidas precisas para su puesta en práctica.

En concreto, y por lo que se refiere al hospital psiquiátrico "Doctor Cabaleiro Goas", de Toen (Orense), la referida Consejería ha señalado que se han adoptado diversas medidas en relación con el sistema de emergencia del establecimiento y que, una vez finalizadas las obras de remodela-

ción, se han colocado los extintores, debidamente revisados, en los lugares correspondientes, a la vez que se ha instalado un sistema de señalización, mediante el cual se indican las rutas hacia las salidas de emergencia. De otra parte, se ha puesto de manifiesto que se han reparado los elementos del mobiliario, cuyo estado así lo requería, y que se ha procedido al estudio correspondiente, en orden a realizar las obras adecuadas para resolver los problemas detectados en las ventanas de la cocina y del comedor del hospital. Se añade también que se ha creado la figura del coordinador, para programar las actividades rehabilitadoras, en contacto con el resto de los facultativos, con el área de animación socio-cultural y con los responsables de los diferentes talleres ocupacionales. Por último, se hace referencia a la subsanación de los defectos detectados en el almacenamiento de alimentos y a que se han establecido contactos con el hospital "Nuestra Señora del Cristal", de Orense, con el fin de centralizar el lavado de ropa en sus dependencias.

Por lo que se refiere al Hospital Xeral de Calde (Lugo), se ha informado que, siguiendo las recomendaciones efectuadas, han sido subsanadas las deficiencias observadas (queja 9126665).

3.2.2. Recursos en materia de salud mental.

Uno de los aspectos sobre el que inciden especialmente las quejas formuladas sobre esta materia es el relativo a la carencia de medios adecuados para la atención de aquellos enfermos que precisan dispositivos de rehabilitación, que den respuesta a situaciones que superan el tratamiento a dispensar en una unidad de hospitalización de corta estancia.

En efecto, no son pocas las quejas, formuladas por familiares de enfermos mentales, que ponen de relieve la grave situación en la que se encuentran algunos de estos pacientes, que ingresan frecuentemente en las unidades de corta estancia de los hospitales generales, siendo dados de alta sin haber variado sustancialmente la situación que dio lugar a tales ingresos. Se añade también que la carencia antes citada conlleva que los

pacientes se vean obligados a permanecer en su domicilio, agudizándose aún más la especial situación en la que se encuentran y dando lugar, en ocasiones, a serios problemas de convivencia, así como a un progresivo empeoramiento del estado de salud.

A este respecto, debe significarse que el objetivo general de la reforma psiquiátrica emprendida por las comunidades autónomas consiste en tender hacia la sustitución del sistema tradicional, que tenía su fundamento en el hospital psiquiátrico, por una red diversificada, de orientación comunitaria e integrada en el sistema sanitario general. No obstante, es menester enfatizar el hecho de que son claramente insuficientes los medios destinados para la dotación de dispositivos de esta naturaleza, como lo prueba el hecho de que en un significativo número de comunidades autónomas son prácticamente inexistentes las estructuras intermedias o alternativas a la hospitalización.

En esta materia puede hacerse mención, en primer lugar, a una queja en la que se indicaba que un enfermo mental, que padecía una esquizofrenia caracterial, se encontraba en su domicilio, sin ser sometido al oportuno tratamiento, al no existir dispositivos adecuados, dadas las características clínicas y de comportamiento del paciente. Sobre este asunto, la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León puntualizó que el usuario fue internado en un centro ubicado en Madrid, una vez que se realizaron las oportunas gestiones con la Diputación Provincial de Segovia y ésta con la Comunidad de Madrid, al no existir en Castilla y León centros apropiados para la adecuada atención del paciente (queja 9215930).

Una situación similar se detallaba en otra queja, en la que la interesada manifestaba que su hijo, diagnosticado de esquizofrenia, se encontraba ingresado, desde hacía siete meses, en la unidad de psiquiatría del hospital "Gregorio Marañón", de Madrid, habiendo indicado los especialistas de dicha unidad la conveniencia de que el paciente fuera trasladado a un centro especializado de la localidad de Ciempozuelos, que contaba con una mejor dotación y con un mayor número de actividades, en función del estado del enfermo, sin que el traslado se hubiera llevado a cabo. Una vez que la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid señaló que la comisión de evaluación había aceptado el traslado del paciente y que el hospital psi-

quiátrico de Ciempozuelos había comunicado la disponibilidad de plazas para efectuar el mismo, se finalizaron las actuaciones (queja 9213917).

En esta misma línea, puede mencionarse la situación expuesta por un familiar de un enfermo mental, que significaba que dicho enfermo había sido internado, en diferentes ocasiones, en el Hospital Institucional de Soria y que, una vez dado de alta, continuaba afecto del grave proceso que padecía, circunstancia ésta que provocaba frecuentes agresiones a su madre, de avanzada edad, con la que vivía, y la imposibilidad de integrarle en el medio familiar. En su contestación, la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León señaló que el paciente fue trasladado a un centro de Palencia, previa conformidad de la familia y del propio paciente (queja 9316578).

3.2.3. Otras actuaciones relativas a la atención a la salud mental,

De otra parte, en el informe del año 1991 se ponía de relieve que la difusión, por diferentes medios de comunicación social, de la existencia de diversas deficiencias tanto estructurales como funcionales, en el hospital "Santa Isabel", de León, obra social de una Caja de Ahorros y concertado con la Diputación Provincial, había motivado la apertura de oficio de la correspondiente investigación, dándose traslado de la situación a la entonces Consejería de Cultura y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León. Al mismo tiempo, y de forma pomenorizada, se hacía referencia al contenido del informe enviado por la citada Consejería, en el que se detallaban las medidas adoptadas para lograr la adecuada asistencia de los pacientes ingresados y se indicaba que se iniciaría la transferencia del reseñado centro sanitario a la Junta de Castilla y León. En una comunicación posterior, la referida Consejería manifestó que se habían llevado a la práctica las medidas recomendadas; que se había procedido a la reorganización del centro, diferenciándose distintas unidades, en función de la situación de los pacientes; que se había reorganizado el sistema de urgencias; que se estaba procediendo a la actualización de la situación jurídica de los pacientes ingresados; que el reseñado hospital se había equiparado a los de titularidad pública, produciéndose una progresiva coordinación con la red extrahospitalaria de León; y que se

pacientes se vean obligados a permanecer en su domicilio, agudizándose aún más la especial situación en la que se encuentran y dando lugar, en ocasiones, a serios problemas de convivencia, así como a un progresivo empeoramiento del estado de salud.

A este respecto, debe significarse que el objetivo general de la reforma psiquiátrica emprendida por las comunidades autónomas consiste en tender hacia la sustitución del sistema tradicional, que tenía su fundamento en el hospital psiquiátrico, por una red diversificada, de orientación comunitaria e integrada en el sistema sanitario general. No obstante, es menester enfatizar el hecho de que son claramente insuficientes los medios destinados para la dotación de dispositivos de esta naturaleza, como lo prueba el hecho de que en un significativo número de comunidades autónomas son prácticamente inexistentes las estructuras intermedias o alternativas a la hospitalización.

En esta materia puede hacerse mención, en primer lugar, a una queja en la que se indicaba que un enfermo mental, que padecía una esquizofrenia caracterial, se encontraba en su domicilio, sin ser sometido al oportuno tratamiento, al no existir dispositivos adecuados, dadas las características clínicas y de comportamiento del paciente. Sobre este asunto, la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León puntualizó que el usuario fue internado en un centro ubicado en Madrid, una vez que se realizaron las oportunas gestiones con la Diputación Provincial de Segovia y ésta con la Comunidad de Madrid, al no existir en Castilla y León centros apropiados para la adecuada atención del paciente (queja 9215930).

Una situación similar se detallaba en otra queja, en la que la interesada manifestaba que su hijo, diagnosticado de esquizofrenia, se encontraba ingresado, desde hacía siete meses, en la unidad de psiquiatría del hospital "Gregorio Marañón", de Madrid, habiendo indicado los especialistas de dicha unidad la conveniencia de que el paciente fuera trasladado a un centro especializado de la localidad de Ciempozuelos, que contaba con una mejor dotación y con un mayor número de actividades, en función del estado del enfermo, sin que el traslado se hubiera llevado a cabo. Una vez que la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid señaló que la comisión de evaluación había aceptado el traslado del paciente y que el hospital psi-

quiátrico de Ciempozuelos había comunicado la disponibilidad de plazas para efectuar el mismo, se finalizaron las actuaciones (queja 9213917).

En esta misma línea, puede mencionarse la situación expuesta por un familiar de un enfermo mental, que significaba que dicho enfermo había sido internado, en diferentes ocasiones, en el Hospital Institucional de Soria y que, una vez dado de alta, continuaba afecto del grave proceso que padecía, circunstancia ésta que provocaba frecuentes agresiones a su madre, de avanzada edad, con la que vivía, y la imposibilidad de integrarle en el medio familiar. En su contestación, la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León señaló que el paciente fue trasladado a un centro de Palencia, previa conformidad de la familia y del propio paciente (queja 9316578).

3.2.3. Otras actuaciones relativas a la atención a la salud mental,

De otra parte, en el informe del año 1991 se ponía de relieve que la difusión, por diferentes medios de comunicación social, de la existencia de diversas deficiencias, tanto estructurales como funcionales, en el hospital "Santa Isabel", de León, obra social de una Caja de Ahorros y concertado con la Diputación Provincial, había motivado la apertura de oficio de la correspondiente investigación, dándose traslado de la situación a la entonces Consejería de Cultura y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León. Al mismo tiempo, y de forma pomenorizada, se hacía referencia al contenido del informe enviado por la citada Consejería, en el que se detallaban las medidas adoptadas para lograr la adecuada asistencia de los pacientes ingresados y se indicaba que se iniciaría la transferencia del reseñado centro sanitario a la Junta de Castilla y León. En una comunicación posterior, la referida Consejería manifestó que se habían llevado a la práctica las medidas recomendadas; que se había procedido a la reorganización del centro, diferenciándose distintas unidades, en función de la situación de los pacientes; que se había reorganizado el sistema de urgencias; que se estaba procediendo a la actualización de la situación jurídica de los pacientes ingresados; que el reseñado hospital se había equiparado a los de titularidad pública, produciéndose una progresiva coordinación con la red extrahospitalaria de León; y que se

mantenían las previsiones de incorporar el centro a la red pública, mediante la integración de su personal en la Junta de Castilla y León y la asunción de su gestión por parte de la aludida Consejería (queja 9117408).

3.3. Drogodependencias.

En relación con los tratamientos de deshabituación con metadona, dirigidos a toxicómanos dependientes de opiáceos y dispensados en centros de Castilla y León, aspecto al que se hacía referencia en el informe del pasado año, debe señalarse que la Diputación Provincial de Valladolid ha manifestado que el número de plazas para este tipo de tratamiento se ha ido ampliando progresivamente, puntualizándose que existen dificultades para incrementar las mismas, dadas las limitaciones existentes en medios materiales y personales. Por su parte, la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León ha destacado que, mediante una Orden de 2 de enero de 1993, se han convocado subvenciones destinadas a las diputaciones provinciales, para el desarrollo de programas de atención a drogodependientes, estableciéndose la necesidad de potenciar los tratamientos con opiáceos, especialmente cuando estos se dirigen a toxicómanos poco proclives a seguir otro tipo de intervención terapéutica. A la vista de lo expuesto en las mencionadas comunicaciones, de las que se desprende una especial sensibilidad de

la citada Consejería para el tratamiento de estas personas, y como quiera que el Instituto Nacional de la Salud no tenía acreditación para la prescripción y dispensación de tratamientos con sustitutivos opiáceos en ninguno de sus catorce equipos de salud mental de la citada comunidad autónoma, se dio traslado de la situación planteada a dicho organismo, en orden a conocer las previsiones existentes al respecto. Sobre ello, la Dirección General de esta entidad gestora ha adelantado el propósito de que todos los equipos de salud mental de la referida comunidad autónoma estén habilitados para dispensar tratamientos con sustitutivos opiáceos, encontrándose en fase de ejecución las gestiones necesarias para alcanzar dicho objetivo. A la vista de lo anterior, se prosiguen las actuaciones iniciadas sobre este asunto (queja 9119140).

En conexión con lo anteriormente expuesto, puede traerse a colación otra queja, en la que los interesados resaltaban que en el dispensario de toxicomanías del centro "Nuestra Señora de las Nieves", de Vitoria, se había puesto en marcha un programa de tratamiento con metadona y que, habiendo solicitado ser incluidos en dicho programa, no habían sido aceptadas sus solicitudes. En su contestación, el Servicio Vasco de Salud puntualizó que los interesados habían sido incluidos en el referido programa y que habían iniciado el correspondiente tratamiento con una evolución favorable (queja 9216692).

Convocatoria MIR y PIR

El Ministerio de Sanidad y Consumo está ultimando el borrador de convocatoria de pruebas selectivas de formación sanitaria especializada para médicos, psicólogos y otras profesiones. Como es conocido por nuestros lectores, el Ministerio ha modificado los criterios de acreditación de forma que, para 1995, se acreditan unidades docentes de psiquiatría y salud mental que incluyen los recursos existentes en el Área de Salud y no sólo los centros hospitalarios.

La convocatoria incluye un total de 4.590 plazas de las cuales 48 corresponden a Psicología Clínica y 129 a Psiquiatría. En Castilla y León, sobre un total de 294 plazas, se convocan 9 plazas de Psiquiatría y 2 de Psicología Clínica.

Las unidades docentes, plazas acreditadas y convocadas en nuestra región son las siguientes:

- Hospital General Yagüe de Burgos:

Psiquiatría:
2 plazas acreditadas y 1 ofertada

Psicología Clínica:
1 plaza acreditada y 1 ofertada.

- Hospital General de Salamanca:

Psiquiatría:
3 plazas acreditadas y 3 ofertadas.

- Hospital Universitario de Valladolid:

Psiquiatría:
4 plazas acreditadas y 4 ofertadas.

- Hosp. Psiq. "Dr. Villacián" - Valladolid Oeste

Psiquiatría:
1 plaza acreditada y 1 ofertada

Psicología Clínica:
1 plaza acreditada y 1 ofertada.

Datos de actividad de los distintos centros de salud mental

La Dirección General de Salud Pública de la Junta ha comenzado a distribuir, al cierre de este Boletín los primeros datos de actividad de los distintos centros de salud mental. El Comité de Redacción ha tenido acceso a los correspondientes a Equipos de Salud Mental y Unidades de hospitalización psiquiátrica, que se resumen en los dos cuadros adjuntos. A pesar de que en algunos aspectos son incompletos, estos datos mínimos per-

miten hacer comparaciones (que no siempre son odiosas), y discutir sobre la influencia de distintos factores en la actividad y la utilización de los Servicios de Salud Mental. (En estos cuadros, la Frecuentación en los Equipos de Salud Mental se refiere al número de consultas (nuevas + sucesivas) por mil habitantes; y la tasa de hospitalización al número de ingresos (nuevos + reingresos) por mil habitantes).

DATOS DE ACTIVIDAD. EQUIPOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO

Área de Salud	Frecuentación (x1.000 Hab.)	1ª consulta o pacientes nuevos por 1.000 Hab.	1ª consulta o pacien- tes nuevos por técnico y día	Consultas sucesivas o revisiones por técnico y día	Índice consultas sucesivas / primeras consultas
Ávila	82.00	5.50	0.43	6.01	13.79
Burgos	74.70	9.60	1.03	6.90	6.70
León	22.70	3.20	0.70	4.10	5.90
Ponferrada	48.80	7.70	0.90	5.00	5.30
Palencia	74.70	11.80	0.70	3.60	5.30
Salamanca	49.00	6.50	0.60	4.10	6.50
Segovia	76.70	7.90	0.40	3.90	8.60
Soria	87.70	7.60	0.40	4.50	10.50
Valladolid-Oeste	74.70	7.00	0.60	6.10	9.50
Valladolid-Este	74.60	9.70	1.10	7.70	6.60
Zamora	31.90	4.80	0.40	2.30	5.60
Castilla-León	55.20	6.60	0.60	4.60	7.20

Número de días efectivos: 247; Técnicos: se refiere a Técnicos Superiores: Psiquiatra y Psicólogo

DATOS DE ACTIVIDAD. UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

Área de Salud	Población	Nº camas	Nº ingresos	Estancias totales	Estancia media	Índice de ocupación	Tasa de Hospitalización
Ávila	174.558	16	206	3.807	18,5	65%	1,18
Burgos	359.258	16	406	5.662	14,0	96%	1,13
Comp. Hosp. León+Ponf. + Santa Isabel	366.384	20	352	4.809 (31.)	18,2	87%	0,92
R. Carrión	153.073	15	129	2.291	17,7	41,9%	-
Palencia	186.546	8	219	688 (11)	12,5	94%	-
San Telmo		8	-	346 (11)	-	-	-
Salamanca	381.807	32	637	9.603	15,0	82%	1,66
Segovia	148.653	19	293	4.501	15,3	65%	1,97
Soria	97.469	20	270	3.999	14,8	54,8%	2,77
Vall.-Oeste	211.961	26	257	8.093	31,4	82,2%	1,21
Vall.-Este	280.386	24	614	7.794	12,7	89%	2,18
Zamora	216.690	60	474	15.506	21,8	70,8%	2,19
Castilla-León	2.576.785	264	3.857	71.804	18,2	74,5%	1,52

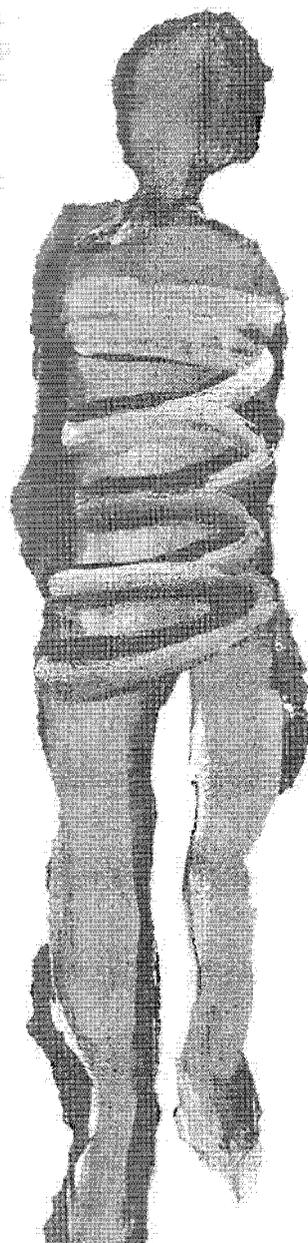
Desde el mes de mayo, el Servicio de Salud Mental de la Consejería ha constituido un grupo de trabajo para elaborar un documento acerca de la Rehabilitación castellano-leonesa. En el momento de redactar estas líneas (21 de junio) no había aún

conclusiones definitivas. Esperemos que los resultados y directrices sean respaldados por la Consejería de Sanidad con realismo y sin ambigüedades, siempre que tal documento sea, a su vez, realista y clarificador.

Efemérides - vida social

José María Álvarez Martínez, miembro del Comité de Redacción de este Boletín ha contraído feliz matrimonio en ceremonia celebrada en los Juzgados de Barcelona el pasado 25

de mayo. Nuestros mayores deseos de felicidad para este matrimonio que abandona así su situación de amancebamiento mantenida en los últimos años.



**XII JORNADAS NACIONALES
DE LA A.E.N.**

**LAS ESQUIZOFRENIAS
HOY**

MURCIA

3, 4 y 5 DE NOVIEMBRE DE 1.994

AULA DE CULTURA
OBRA CULTURAL CAJA MURCIA
Gran Vía, 23 - Murcia

Avance del Programa Científico:

JUEVES, 3 DE NOVIEMBRE:

"Problemática actual de la Salud Mental"

Conferencia inaugural a cargo del Dr. Garrabé.

VIERNES, 4 DE NOVIEMBRE

"Actualización en aspectos nosológicos y etiopatogénicos". D. Barcia, J. Vallejo, A. Rodríguez.

"Aspectos clínicos"

Cuadros de inicio de la esquizofrenia. J. Hernández
Comorbilidad de los cuadros esquizofrénicos. T. Angosto
Protocolos diagnósticos en síndrome de esquizofrenia. J.L. Vázquez Barquero
Síntomas positivos y negativos. M. Gutiérrez

"Estado actual de la terapéutica psicosocial de las esquizofrenias"

Vulnerabilidad y alto riesgo en la prevención de la esquizofrenia. J. M. Ruiz Vargas
Grupos de orientación dinámicos. L. Ylla
Estado actual de la psicoeducación en la esquizofrenia. E. Gutiérrez
Programas de enfermería en la atención a psicóticos. Amaya Echevarría

"Avances en el tratamiento psicofarmacológico de las esquizofrenias"

SÁBADO, 5 DE NOVIEMBRE:

"Programas asistenciales y de apoyo comunitario en la atención al paciente esquizofrénico"

Programas de Atención a psicóticos en Centros de Salud Mental. Francisco Yanes
Programas de Rehabilitación. F. Mayoral
Servicios Sociales y atención al paciente psicótico.
Asociaciones de familiares y usuarios y programas de apoyo comunitario. Silvestra Moreno

Secretaría Técnica:

GESIN GESTIÓN INTEGRAL
C/ Ánimas, nº 7 - Edif. Gloria, 1º A
Teléfono: 968 - 22 16 33
Fax: 968 - 22 16 67
30001 MURCIA

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 tales deben 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 criterios del Comité de Redacción y tendrán 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 disquetes 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 éste 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:

Dr. Jesús Morchón Sanjosé
Hospital Psiquiátrico Santa Isabel

Avda. Madrid, 118
24005 León

**SOLICITUD DE INGRESO EN LA
ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA
y en la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental**

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

SOLICITA:

El 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:

.....
.....
(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:

Firma:

BANCO / CAJA DE AHORROS _____
Sucursal _____
Cuenta nº _____
Población _____

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi CUENTA CORRIENTE / LIBRETA DE AHORROS, número _____ el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Población día .. mes año

Firma:

EDITA: *Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental*
IMPRIME: Sorles Imprenta
Santa Teresa de Jesús, 3 - LEÓN
Maquetación: EMSA
Depósito legal: LE - 627 - 1993

