

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID



LA PSIQUIATRÍA EN EL NUEVO MILENIO

LECCIÓN INAUGURAL DEL CURSO ACADÉMICO 2005-2006

VALENTÍN J. M.^a CONDE LÓPEZ
CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA



VALLADOLID
2005

LA PSIQUIATRÍA EN EL NUEVO MILENIO

LECCIÓN INAUGURAL DEL CURSO ACADÉMICO 2005-2006

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

**LA PSIQUIATRÍA
EN EL NUEVO MILENIO**

LECCIÓN INAUGURAL DEL CURSO ACADÉMICO 2005-2006

VALENTÍN J. M.^a CONDE LÓPEZ
CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA

**VALLADOLID
2005**

Diseño cubierta: J. M. Báez Mezquita y Santiago Bellido Blanco

Imprime: Gráf. A. Martín, S. L.
Paraíso, 8. Valladolid

Depósito Legal: VA. 649.-2005



Magnífico y Excelentísimo Señor Rector,
Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades y Compañeros Claustales,
Ilustres y Dilectos Colegas y Amigos,
Queridos Alumnos y Discípulos,
Señoras y Señores:

INTRODUCCIÓN

«When Sydenham was asked by a student to recommend the best book from which to train himself in the practice of medicine, Sydenham replied: “read, Don Quixote”».

«Cuando un estudiante pidió a Sydenham le recomendase el mejor libro para entrenarse en la práctica de la medicina, replicó Sydenham: “Leed el Quijote”».

E. MOSCHCOWITZ: *«Biology of Disease»*. New York, 1948.
(Citado por J. Rof Carballo: *Patología psicosomática*, p. 15).

Hace casi dos milenios y medio un conjunto de médicos, ya entonces *демиургός*, es decir, funcionarios al servicio de la comunidad, escribieron en dialecto jónico la primera colección de textos científicos del mundo antiguo, reunidos por la común atribución al dórico Hipócrates de Cos (c. 460-380 a. C.). En ellos se encontrarán las raíces de nuestros saberes y conocimientos, de nuestras artes y ciencias neuropsiquiátricas y médico-psicológicas, humanas y humanistas. En el inicio del tratado más célebre y conocido, los *Aforismos*, hallarán que: *«La vida es breve; la ciencia extensa; la ocasión (kairós) fugaz; la experiencia insegura; el juicio (crisis) difícil. Es preciso no sólo disponerse a hacer lo debido a uno mismo, sino además (que colaboren) el enfermo, los que le asisten, y las circunstancias externas»*¹.

Hace unos cuatrocientos años y unos meses falleció el señor Miguel de Cervantes Saavedra, autor de uno de los libros más desconocidos y profundos de Psicología Médica de todos los tiempos. Nos enseñó también lo necesitados que estamos de misericordia para el prójimo, de ironía para nosotros mismos, de meditación y reflexión para todos.

Si se preguntan por qué estoy aquí, sólo puedo justificarme por mi edad, por su paciencia y por la arriesgada confianza de quienes me eligieron. A todos ellos mi agradecimiento y esperanza de no defraudarles.

Me he preguntado qué es una «lección inaugural». Para mí, una vivencia única por irrepetible. Para ustedes, quisiera llegara a ser un conjunto global de significaciones y sugerencias coherentes, cohesionadas, homogéneas, y limitadas a algunos aspectos de lo que he dedicado una parte de mi vida profesional: La Psiquiatría. Enunciaré solo algunas ideas y propuestas. En el texto escrito tienen otras pocas más. Su atención bondadosa, su interés y curiosidad por el tema, su prudente crítica, subsanarán con creces mis insuficiencias. Sin embargo, entiendo que todos estaremos de acuerdo en que nada sustituye a la relación interpersonal en cualquier actividad humana, aunque un cierto pudor y una educada timidez nos impida con frecuencia el discurrir conjunto, que inaugura toda lección vital.

En torno al tema elegido poco que decir. Cuanto más estudio más limitado me encuentro en el infinito horizonte de mi ignorancia. Después de milenios de reflexiones y especulaciones acerca del alma, mente, aparato psíquico, espíritu, o como se quiera llamar, tras la pasada «década del cerebro», los conocimientos del hombre sobre su interioridad me son inabarcables. Pero mi ignorancia es mayor aún sobre otras cuestiones. Deseo que su comprensión y paciencia me acompañen y que su inteligencia, esa sorprendente facultad humana de leer dentro de si mismo, les lleve a encontrar algo diferente y mejor a lo que buscamos en las restricciones espacio-temporales de todo texto; en este caso, algunos aspectos actuales y prospectivos acerca de la salud mental y asistencia psiquiátrica.

El médico, «*un hombre que vale por muchos otros*», en el olvidado elogio homérico (IL. XI. 514), ha sido en nuestra civilización un ser atormentado por sus múltiples y con frecuencia contradictorias obligaciones. Historiador de cada caso en historias clínicas únicas, ha de tener una cierta perspectiva histórica sobre la naturaleza de los hechos clínicos para aplicar en la práctica lo mejor de los logros, especulaciones y teorías de cada época, con un refinamiento y sutileza metódicas impensable, en otras profesiones. Mi humilde recuerdo agradecido a tantos maestros que me influyeron y conformaron. Mi homenaje a todo médico que siente aún angustia y ansiedad, normal tensión creadora de esfuerzo en lenguaje psicológico, frente a cada nuevo caso irrepetible y compasión por cualquier forma de sufrimiento humano.

La actividad del médico, en general, y del psiquiatra, en particular, es una actividad límite, en la encrucijada, de difícil elección, con frecuencia extremosa, engendradora de angustia, de intervalo infinitesimal: entre salud y enfermedad, vida y muerte, bienestar y sufrimiento, deontología y ley, ética y norma, viejos usos y nuevas costumbres. No se piense que estoy tratando de idealismos utópicos; la salud será la primera de las nuevas prioridades temáticas del VII Programa Marco de Investigación de la Comisión Europea, que entrará en vigor en 2007 con un nuevo Consejo Europeo de Investigación.

Éstas, y tantas otras situaciones límites jasperianas, son vivencias y experiencias complejas, cambiantes, heterogéneas, genéricas, de difícil aprehensión, y aún más comprensión, pero que actúan y rigen el comportamiento de todos y cada uno de nosotros, los únicos que tenemos conciencia reflexiva y crítica de nosotros

mismos, de los demás y de lo demás. Los únicos que nos autodenominamos humanos y buscamos la autonomía y la felicidad, desde mucho antes de que el siglo iluminado, cuyas consecuencias empezamos a vislumbrar, hasta la desconstrucción postmoderna del mismo «constructo» de «hombre», de «espíritu» y de «alma», nos concediéramos graciosamente y gratuitamente estos y otros derechos, los cuales no parecen acompañarse de mejores composturas, aunque sí de objetivos avances en la salud y bienestar de gran parte del mundo. Vivencias, vividuras como matizó Teresa de Ávila, y experiencias que alcanzan los más variopintos niveles de aspiración, y por ende, de frustración. Una escritora francesa pequeño-burguesa y postmoderna parece que se contentó con expresar: «¿La felicidad? Buena salud, dormir sin miedo y despertarse sin angustia». Cerca de la misma época sesudos sabios propusieron una definición ilustrada de salud, que apenas resiste el más elemental análisis lingüístico pragmático y de significado: «Salud es el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de afecciones ó enfermedades». Se volverá sobre el tema.

PRIMERA PARTE

CONTEXTO HISTÓRICO

«Cuando dirijo la mirada hacia el cielo, veo la cúpula celeste aplanada y el brillante disco del sol y centenares de cosas visibles bajo él. ¿Cuáles son los pasos que hacen que esto sea posible? Un rayo de luz procedente del sol penetra en el ojo y enfoca una imagen en la retina, con lo que provoca un cambio, que a su vez viaja hasta la capa de nervios del cerebro. La cadena entera de eventos, desde el sol hasta el cerebro, es física: cada uno de los pasos es una reacción eléctrica. Pero entonces se produce un cambio completamente distinto a los que le precedieron y completamente inexplicable e inesperado: ante la mente se presenta una escena visual. Veo la cúpula celeste, y el sol en ella, y centenares de cosas visuales. Percibo, en fin, una imagen del mundo que me rodea».

C. SHERRINGTON, *Man and His Nature*, Cambridge University Press, Cambridge. (2.ª edición), 1951.

Pudiera haber discurrido esta lección por lo que se ha dado en llamar «historia de los conceptos», en este caso médico-psicológicos y psicopatológicos. Conlleva un discurrir por toda la historia de la humanidad y sus saberes. Además tendría una importancia práctica limitada, porque el contenido y ámbito de cada término y definición en humanidades cambia con esa frecuencia que abruma a filósofos, filólogos e historiadores. Tengo para mí, y advierto a los demás, de los riesgos del nominalismo, escepticismo, nihilismo, fácil criticismo, cinismo o del humanismo de la sospecha y de la suspicacia, que entran en estas vías, aunque no necesariamente hay que elegirlos. Además están alejadas de la historia de la realidad cotidiana y de la realidad científica, al menos desde hace un par de siglos. Se sufre, o no, por las concepciones, representaciones e imágenes del mundo, quizás mejor de los mundos: interiores y exteriores, reales e imaginarios, normales y patológicos, neuróticos y psicóticos, y por tantos otros. En último término, por experiencias subjetivas, como se sabe también desde hace milenios. Los motivos y los mecanismos, los pro-

cesos y los resultados pueden estar y ser explicados en algunos casos en los diferentes niveles de la realidad científico-natural; pero se sufren en carne propia y con frecuencia ajena. Es curioso que la evolución nos haya dotado de un cerebro que no percibe el dolor que se le hace en sus injurias, si bien lo pueda causar y ocasionar. Pero no todo, ni siquiera parte del mundo humano, incluido el mental, es y está en el cerebro, como postulan neurólogos y neurobiólogos ingenuos. No todo es neurobioquímica, neurofisiología o potsgenética. Un argumento pragmático acerca de la incompletud de las ciencias está en las limitaciones de su explicación de los deseos, sentimientos, impulsos, representaciones y acciones de cada cual. Otro y más inmediato: ¿en cualquier comunidad científica compleja, no solo universitaria, sin una cierta perspectiva humanística y psicopatológica no se puede comprender la conducta de sesudos combates, luchas y reyertas! ¿Acaso nuestros estados de salud y de enfermedad, nuestros vicios y virtudes, nuestras pasiones y valores nos son ajenos y no nos conducen a lo largo de nuestras vidas? Además los ingenuos eluden que el cerebro se soporta y sustenta en el cuerpo limitado de cada ser humano, de su contexto y de milenios de diferentes órdenes de evolución, incluso como sujeto de investigación, de historia, de ciencia, de cultura, y así hasta el horizonte. ¿Con las magias, incluidas las docimológicas, conseguirán hacernos olvidar la etimología de sujeto: *subiectus*, *subicio*, *hípokeimenon*? ¿Con las técnicas desaparecerá la gramática elemental que nos dice que el sujeto es tanto el agente de la acción del verbo, el yo psicológico, el yo trascendental y tantos otros desarrollos científico-culturales milenarios más, como aquello de que se habla, por ejemplo, de la historia de la medicina, de la físico-química, y de aquí al infinito de los objetos y objetivos que sustenta, configura y protagoniza? Estos arduos senderos llevarían a discurrir por los ámbitos de la antropología médica, y, ¿por qué no?, de las concepciones del mundo, acerca de las cuales el siglo XX ha proporcionado magníficos representantes teóricos de la Psiquiatría desde Jaspers² a Laín Entralgo³. 4, 5, 6, 56, 57, 58.

Es un lugar común que ninguna ciencia, y menos si es aplicada, puede ignorar que la comprensión, interpretación y explicación de los fenómenos de la realidad exigen una colaboración inter y multidisciplinaria. Más difícil parece llegar a saber los límites y potencias científicas alcanzadas en cada orden y nivel de realidad en las que se encuentran sus especulaciones, intuiciones, hipótesis y teorías. Y más en nuestro caso, donde se mezclan ciencias y artes de la naturaleza y del espíritu; donde se carece de teorías unificadas, siquiera parciales; donde el avance del acúmulo incesante de conocimientos sitúa al clínico en la incómoda situación de mantener una íntima relación dual, dialógica, de apoyo y soporte, segurizadora, llamada «relación médico-paciente», mientras se es consciente de la necesidad de «estar al día», «trabajar en equipo», «informarse en la red global». Los demás, incluidos los que legislan, juzgan, gestionan o predicán, debieran reflexionar acerca de las limitaciones inherentes al humilde acto médico, de modo especial al médico-psicológico y psiquiátrico. Por otra parte, el psiquiatra, cada vez más especializado, ha de intentar conjugar el equilibrio utópico de lo extensivo, lo intensivo y lo elevado de los conocimientos disponibles en la cura y cuidado de cada paciente.

En esta lección inaugural ha parecido más oportuno elevar una fugaz mirada en el horizonte de lo que parece ser el futuro presente de algunos aspectos de la

salud mental y la asistencia psiquiátrica desde una perspectiva personal y en mi situación y contexto. El crecimiento, sobre todo demográfico, el I + D + i y otras tecnologías vehicularán, o no, otros logros. Por una vez permítanme expresar un deseo: ¡Que los próximos cincuenta años sean tan positivos en el desarrollo de mis especialidades como lo fueron los pasados de mi vida profesional, desde que ingresé en esta Facultad de Medicina!

PERSPECTIVAS, ORÍGENES, ESBOZOS, UMBRALES, CONFINES Y LIMITACIONES DEL PASADO DE LA PSIQUIATRÍA

«No sabemos adónde vamos, sino tan solo que la historia nos ha llevado hasta este punto».

E. J. HOBBSAWM. *Historia del siglo XX*. Barcelona. Crítica. (1995).

Aunque los aspectos clínicos de la Psiquiatría pueden remontarse hasta los orígenes de las conductas, ideas, creencias, y convicciones de los seres humanos al enfrentarse con la realidad o el imaginario de lo que hace poco más de un par de décadas se vienen denominando *«trastornos mentales, del desarrollo, de la personalidad y del comportamiento»*, incluso hasta la llamada por Zilboorg⁷ *primera revolución psiquiátrica*, asistencial y hospitalaria de las coronas de Aragón y Castilla durante los siglos XV y XVI, parece existir un cierto acuerdo entre los historiadores en considerar coincidente la modernidad, con sus construcciones acerca de la razón y la sinrazón humana, a partir de la Ilustración, y en todo caso, en la encrucijada de los siglos XVIII y XIX cuando se va constituyendo la Psiquiatría clínica. Aquella primera *revolución psiquiátrica* fue históricamente castellano-aragonesa y preferentemente institucional y pragmática, creándose durante un cuarto de milenio gran parte de los centros de acogida de pacientes neuropsiquiátricos del mundo occidental, desde una perspectiva religiosa cristiana de beneficencia, caridad y defensa de estos marginados. Sin embargo, la *segunda revolución psiquiátrica*, que con oleadas sucesivas alcanza hasta la actualidad, puede intentar caracterizarse en algunas dimensiones, siempre escasas, dada la complejidad del proceso histórico que abarcan y que no ha de ser objeto de este discurso: 1. Hospitalaria, institucional, asistencial, fundacional, corporativa, gerencial, comunitaria, etc. 2. Teórica, conceptual, modelizadora, etc. 3. Práctica, pragmática, empírica, etc. 4. Jurisdiccional, judicativa, legal, médico-forense, etc. 5. Científico-natural, técnica, tecnológica, innovadora, etc. 6. Económica y sociocultural, etc.

Aunque parezca increíble, el origen etimológico del término «psiquiatría» no ha sido dilucidado hasta mediados del pasado siglo. Wyrsh en su breve pero magnífica monografía *«Sobre la historia de la Psiquiatría en el territorio idiomático alemán»*, de 1962, afirma que este término fue utilizado en los países de habla germánica hacia la mitad del siglo XIX. H. Christoffel en su estudio sobre Félix Platter, de 1952, así como en otras publicaciones, expresa también la opinión errónea acerca de su aparición en la mitad del siglo XIX y precisa su año: 1815. Bodamer, en 1953, afirmaba que la palabra psiquiatría derivaba de Reil, a partir de 1815, opinión

mantenida también por otros autores como Libbrand y Wettly, si bien no pudieron establecer el lugar exacto de la obra. López Ibor, sobre todo entre 1967 y 1968, en diferentes publicaciones, coincide fundamentalmente con estos datos en su análisis sobre la psiquiatría y medicina psicológica, al señalar cómo: «Según Heinroth (*Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens*. Leipzig, 1818) el primero que usó el vocablo Psiquiatría fue Weikard, en un libro sobre «El médico filósofo» (*Der philosopher Arzt*. Frankfurt. Hanau. Leipzig, 1782). Weikard hablaba de «Medicina filosófica» y de la cita de Heinroth no puede deducirse si realmente el término «psiquiatría» se halla en libro de Weikard». No hay que olvidar en éste contexto histórico, ilustrado e idealista el famoso escrito de Kant en el que reclama para las Facultades de Filosofía el derecho de dictaminar si una persona había perdido o no la razón. De todos modos en los «*Beyträgen zur Beförderug einer Kurmethode auf psychische Wege*», publicado en 1808 por Johan Christian Hoffbauer, profesor de Halle, se contiene un capítulo del tomo I que se encabeza así: «*Berichtigung der Topik del Psychiaterie*» (sic.). En él defiende la tesis de que la medicina como ciencia natural se divide en «*Chirurgie, Arzneykunde und Psychiaterie*», las cuales deben de atender a los tres aspectos del hombre, mecánico, gnómico y psíquico⁸.

En todo caso hay que agradecerle a Johann Christian Reil la creación de la palabra «Psiquiatría» o más propiamente «Psiquiatería» («*Psychiatrie-Psychiaterie*»), que conjuntamente con Hoffbauer publicó en 1808 y en Halle, como se acaba de indicar, los «*Beytragen zur Beförderung einer Kurmethode auf psychischem Wege*» o «Contribución a la promoción de un método curativo por métodos psíquicos», lugar donde utiliza por primera vez esta palabra, según mi conocimiento, en el tomo I, que contiene el capítulo llamado «*Sobre el concepto de la Medicina y sus ramas, en especial en la relación con la tópica Psiquiatería, del Prof. Reil*». En la página 240 se propone colocar esta nueva rama de la Medicina al lado de la terapéutica y de la cirugía, definiéndola como el conjunto de reglas y medios psíquicos que actúan sobre los sentimientos y los órganos de los sentidos, y posteriormente conducen al principio ideal del hombre. Como se puede comprobar la Psiquiatría como término y rama de la Medicina nace con aspiraciones utópicas, filosóficas y antropológicas espiritualistas⁸.

Se ha atribuido también la creación terminológica de Reil desde una perspectiva filosófica a la influencia de Roschkaub, a quien cita repetidamente, quien en 1804 había distinguido entre la *Iateria* (*Terapéutica*), como terapéutica teórica y la *Iatheusiología* (*Sanatis*), como enseñanza del proceso de curación o terapéutico; y por último, entre la *Iamatología* (*Remedium*), como enseñanza y aprendizaje de los remedios terapéuticos y práctica de la *Iatrotécnica*, avanzando Reil desde la concepción general de estas ideas hasta la «Psijeiatría».

Al lado de «psiquiatría y «psiquiátrico» está la forma anterior de «Psiquiatería», utilizada hasta 1855 por Dietrich Georg Kieser; en sus «*Elementen der Psychiatrik*» se habla todavía de una «*Psychiatersche Klinik*». Por el contrario Kieser (1848) defiende la diferencia filosófica correcta entre «*Psychiatrie und Psychiatrik*», concebida la primera como el arte científico de la curación psíquica y «*Psychiaterie*», que se refiere solamente a los procesos de curación psíquica. El ori-

gen griego de estos tres conceptos vendrían expresados en la voces germánicas cultas de *Psychiaterie*, *Psychiatrik* y *Psychiatrie*.

Von Hirsch, director del Asilo de San Jorge en Beirut, da o cita, sin utilizar él mismo la palabra «Psiquiatría», en 1821, el testimonio sobre Diodorus Siculus (un siglo antes de Cristo), el cual, en su obra histórica sobre los monumentos de los egipcios, describe a un faraón, posteriormente identificado como Ramsés II, en cuyo palacio existía una cámara o biblioteca (*Heilstätte der Seele*) cuyo nombre tradujo al griego del título hieroglífico como «Sanatorio del Alma».

Las posibilidades de ordenar, sistematizar y clasificar este campo histórico desde entonces son innumerables y así se pueden encontrar en los textos al uso: «revolución nosocomial u hospitalaria», «psicoanalítica y psicodinámica», «clínico-fenomenológica», «psicofarmacológica», «biológica», «cognitivo-conductual», «antipsiquiátrica y crítica», «postpsiquiátrica», etc. Otra posibilidad estriba en sugerir una historia de las ideas e ideologías psiquiátricas y medico-psicológicas, así como de sus consecuencias. La historia heroica de los grandes neuropsiquiatras y médicos psicólogos desde sus orígenes helénicos clásicos hasta la actualidad se pueden encontrar también en numerosos manuales, revistas y medios actuales de búsqueda bibliográfica. La biografía científica de los premios Nobel que han influido en la Psiquiatría en el último siglo daría materia para varias lecciones, sorprendiendo, quizás, por su número e importancia sanitaria en relación con otras ramas de la Medicina. Baste en esta ocasión esbozar algunos momentos estelares de la psicopatología general y especial, con la intención de estimularles a lecturas más extensas y profundas, eligiendo dos direcciones en cierto modo arbitrarias: la cronológica y la biográfica o mejor subjetiva. En último extremo toda esta lección es elección subjetiva y arbitraria. Se podría utilizar también aquí el viejo paradigma del eterno retorno en la cultura griega y la interpretación aristotélica de la rudimentaria pero sagaz psicología médica alcmeónica: «Alcmeón⁹ dice que los hombres mueren porque no pueden conectar (anudar) el principio con el término», o más precisamente «*la vida humana es un círculo*», se dice: «*Alcmeón dice que los hombres mueren porque no pueden anudar el principio con el fin; un dicho inteligente, si se lo entiende en sentido general y no en forma estricta. Si la vida es un círculo, y un círculo no tiene comienzo ni fin, nada puede ser anterior por estar mas cerca del comienzo: ni ellos anteriores a nosotros, ni nosotros anteriores a ellos*». (402 [ARIST.], *Probl.* XVII 3, 916.^a). También: «*Dijo, en efecto, que la mayoría de las cosas humanas están (contrapuestas) en parejas*». (394 [24 a 3] ARIST., *Met.* I 5, 986a-b); «*Alcmeón dijo que el mantenimiento de la salud se debe al equilibrio de las fuerzas: húmedo, seco, frío, caliente, amargo, dulce, etc. Y que, en cambio, el predominio de una sola, produce la enfermedad*»; «*durante el tiempo en que el cerebro está tranquilo, el hombre comprende, por ello digo que el cerebro es el intérprete de la conciencia*» (409 y 410 [24 A 11] [HIPÓCR.]). *De morbo sacro* XVII y XX). En otras palabras, aparte de ser el primero en ubicar como causa instrumental de la mente el cerebro, lo que no fue seguido por numerosos médicos-filósofos posteriores en lo que se podría denominar otro de los «errores galénicos», influyó en la medicina y filosofía posterior, definiendo además a la salud como el equilibrio (*isonomía*) de las cualidades fundamentales y la enfermedad como el desequilibrio (*monarquía*) de las mismas.

«Cien años de Psiquiatría» es el título de un obra de Kraepelin¹⁰, de 1918, recientemente traducida al castellano. En su segundo párrafo escribe: «Si existe un campo en el que este tipo de consideración retrospectiva es adecuado es el de la psiquiatría. Ante la magnitud de las tareas que nos incumben, ante la oscuridad impenetrable que envuelve los procesos sutiles de nuestro cerebro y las relaciones que mantiene con las manifestaciones psíquicas, finalmente, ante la insuficiencia de los medios de que disponemos para responder a cuestiones de gran complejidad, hasta los más confiados podrían dudar de que sea posible un progreso apreciable de nuestro saber y que nuestra ciencia sea eficaz... Sin embargo, incluso la psiquiatría puede mirar con orgullo el camino recorrido, y tener la certeza de que el porvenir no le negará nuevos éxitos. Un solo siglo ha bastado para aportar revoluciones que podemos comparar, con toda justicia, con lo que ha sido realizado en los otros campos de la ciencia médica», (p. 27). Hago más estas palabras acerca de uno de los orígenes de la Psiquiatría actual, y casi un siglo después doy testimonio de lo acertado del pronóstico retrospectivo y prospectivo kraepeliniano, quizás con la excepción de considerar relativamente poco revolucionario a nuestro siglo pasado por añoranza respecto a otros que en la distancia nos parecen más dorados.

Todo ello me permite plantear un problema resuelto en las ciencias lógico-matemáticas, pero de más difícil solución en las humanas: la cuestión de los límites. Cuando se escribe «Un siglo de psiquiatría» la elección es tan arbitraria como cualquier otra. Enfocada la historia de la Psiquiatría desde una perspectiva terapéutica, la soledad de los alienados se empieza a establecer, por supuesto sin esta intención, desde comienzos del siglo XV y se institucionaliza desde el siglo XVIII hasta mediados del siglo XIX. En consecuencia, habíase de dividir la historia de la Psiquiatría antes y después de la introducción de medidas terapéuticas eficaces y eficientes, con lo cual «un siglo de Psiquiatría» más ajustado a nuestros deseos habría de ser el transcurrido desde mediados del XIX a mediados del XX, según algunos autores, aunque en realidad la era psicofarmacológica no se inicia hasta finales de la década de los cincuenta del pasado siglo y apenas han transcurrido cincuenta años desde entonces. Aún con ello no habríamos resuelto el problema, ya que: ¿Cuándo empieza un siglo desde un punto de vista histórico-científico? ¿Con la introducción de la paludoterapia por Julius Wagner von Jauregg hacia 1912 –por cierto, hallazgo empírico que ya se encuentra en la obra de Cervantes–, con el empleo de los arsenicales pentavalentes introducidos por Ehrlich o con la microterapia penicilínica de Fleming? ¿Hemos de esperar para inaugurar la era de las terapéuticas biológicas a que a Von Meduna, en Budapest, se le ocurriese la brillante y equivocada hipótesis, tomada de antecesores clínicos clásicos, según la cual existiría un claro antagonismo entre las epilepsias y las esquizofrenias y, en consecuencia, propusiera los choques cardiazólicos (pentamiltetrazol) en un principio para el tratamiento de las epilepsias y después de las psicosis? ¿O esta era feliz comienza hacia 1936 con el espíritu de Cerletti y Bini, quienes, también, recuerdan que ya en tiempos de los romanos aplicando peces torpedos en la cabeza de ciertos enfermos se curaban éstos de todos sus trastornos? ¿O he de recordar en ese mismo año, de triste memoria para España, las primeras publicaciones de Manfredo Sakel, en Viena, sobre la insulino-terapia? Les parecerán todas estas cuestiones, y muchas más que pudiera plantearles, un mero ejercicio oratorio, sino fuera porque las he visto

aplicar, y no sólo en el Hospital Psiquiátrico Provincial de la Excelentísima Diputación de Valladolid en mis primeros años de formación clínica entre 1958 y 1962. Ojeen ustedes cualquiera de las buenas obras históricas existentes acerca de la psicofarmacología y podrán remontar sus orígenes hasta los de la misma historia en nuestro mundo occidental, y como simples ejemplos hasta *La Ilíada* y *La Odisea*. ¿Utilizó la encantadora Circe un alucinógeno para transformar en suicidas a los compañeros de Ulises? ¿Eran los vapores de dióxido de carbono, los sulfurados o las extendidas plantas de cannabis, las utilizadas en tantos oráculos, «templos, casas y salas del alma», como llamaban los egipcios hace más de tres milenios a las probablemente primeras salas de psiquiatría y salud mental? ¿La victoria de Ulises contra el Cíclope Polifemo se debió a un impecable uso de los efectos «indeseables o secundarios» del vino griego, de la lógica o de la psicolingüística? Si traigo a colación estos suspiros históricos es también para retornar a los orígenes de lo que los griegos llamaron *logos*, y que se maltraduce como razón, cuando expresa, como siempre, un proceso del alma más sutil, que va desde el pensamiento y el razonamiento hasta la elección de la palabra verdadera y sanadora. Nunca olvidaré de aquella época de mi vida –recuérdese que se estaba iniciando la era psicofarmacológica, limitada a la reserpina, los primeros IMAO, la clorpromacina y dos o tres fármacos más– el *lógos* de Villacián, uno de mis maestros siempre añorado, cuando me decía que ningún arma terapéutica tenía tanto poder como la palabra, tanto para el bien como para el mal, o que había que llenar los manicomios de Medicina, pura y simplemente; él, que había sido discípulo de Kraepelin y que era un adelantado a su época con un sabio eclecticismo y una sólida formación en semiología neuropsiquiátrica, psicopatología clínica general y especial, y en lo que décadas después se llamaría «psiquiatría biológica». Siempre me ha sorprendido la tendencia humana a poner etiquetas reduccionistas a los demás, olvidando en nuestro caso que ningún clínico puede ser hombre de una sola idea o de un solo libro. La sutileza caracteriza la aprehensión del clínico. Cuando me refiero al *lógos* de un colega; recuerdo que en latín escolástico medieval se tradujo por *intentio*, *sermo*, *propartio*, *diffinitio*, *intellectus*, *ratio*, *ludicium*, *oratio*, *ratiocinatio*, *disputatio*, *argumentatio*, *verbum*, etc. ¿Se puede encontrar un término más exigente para calificar a un hombre?

«*Ciento cincuenta años de Psiquiatría*» también estaría plenamente justificado como título porque en 1856 nacen el francés Julio Seglas, el austríaco Segismundo Freud y el alemán Emilio Kraepelin. Poco antes Husserl; (1850-1939), poco después y para nuestros fines, Max Weber y Jaspers. Es alrededor de esta generación cuando se introducen los métodos que habrán de constituir la Psiquiatría del siglo XX, y que se pueden intentar reducir a dos triadas de métodos generales de la Medicina y métodos más específicos de la Psiquiatría, a saber: Anatomo-clínico; fisiopatológico y patofisiológico; etiológico o etiopatogénico; psicoanalítico y psicodinámico; neuropatológico y neurobiológico; fenomenológico clínico y analítico-existencial, y tantos otros en los que se formaron mis maestros e intentaron educarme.

No es posible ni pertinente en esta ocasión tratar de todos ellos. Sólo sugerirlos y lamentar que toda una vida humana sea insuficiente para perderse en estas sendas del conocimiento y de la sabiduría con asombro y entusiasmo. Harold Bloom¹¹, en este mismo año, al preguntarse: «¿*De qué sirve la sabiduría si sólo puede alcanzarse en soledad, reflexionando sobre lo que hemos leído?*», (p. 15), ini-

cia el penúltimo capítulo de su obra *¿Dónde se encuentra la sabiduría?*, asociando a Freud y Proust con las siguientes palabras: «Mientras buscaba la literatura sapiencial del siglo XX, al principio me pareció raro que las dos figuras que me parecían incontrovertibles fueran el fundador del psicoanálisis y el principal novelista de la época... Con ello no quiero sugerir que Freud sea sobre todo un filósofo o un poeta, sino que su influencia ha sido análoga a la de Platón, Montaigne y Shakespeare: ineludible, inmensa, casi incalculable. En cierto sentido, todos somos freudianos, lo queramos o no. Freud es mucho más que una moda permanente: parece haberse convertido en una cultura, nuestra cultura. Es al mismo tiempo el principal escritor y el principal pensador de nuestro siglo... Quizás su efecto en nosotros es incluso más importante que el valor aparentemente perdurable de su teoría general de la mente... Debemos decir de Freud: después de él, sólo hay comentario. Comenzar es ser libre y después nunca estamos libres de Freud». (pp. 205-207).

La historia de las ideas psiquiátricas orientadas a través de estos métodos puede conducir a desvíos de la razón y a incumplimientos de programas prometidos. Los orígenes del método etiológico pueden remontarse a los médicos-físicos prearistotélicos y de los métodos considerados específicos de la Psiquiatría. Poco se puede decir un siglo después y por diversas causas y motivos. El psicoanálisis se ha difuminado en las ciencias del espíritu, y las ha fecundado generosamente; de utilidad clínica poco más queda que los mecanismos de defensa del yo, una clara y original perspectiva de la psicopatología evolutiva y del desarrollo, y haber planteado una cosmovisión antropológica holística, de la que culturalmente seguimos viviendo de modo y manera más o menos consciente. La gran promesa de la neuropatología —no se olviden que al inaugurar Kraepelin¹⁰ el *Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie* lo hace con un equipo de grandes científicos cuyos hallazgos, métodos y técnicas aún se utilizan en la Neuropsiquiatría: dos secciones de histología y anatomía patológica dirigidas por Nissl y Spielmeyer; una sección de histología topográfica dirigida por Brodman, otra de serología por Plaut y, entre otras, la de genealogía y demografía de Rüdín— permitió avanzar en lo que en otros lugares, y siempre verbalmente, he denominado «las regiones perdidas o abandonadas de la psiquiatría»: las demencias, las epilepsias, las enfermedades del movimiento y tantos otros trastornos orgánicos. Las razones de este abandono son fáciles de racionalizar pero difíciles de razonar; quizás en la generación de mis maestros y profesores, incluso en la mía, era posible abarcar lo que en tiempos más actuales se hizo inabarcable; quizás las normativas legales eran más abiertas; probablemente se tenía una aspiración más holística y menos predicadora del paciente. Algunos de nosotros pudimos llegar a conseguir las especialidades de Neurología, Psiquiatría, y Neurofisiología Clínica, y tener una formación razonable en otros campos de la Psicología y Medicina, en un esfuerzo formativo continuado, que hoy en día parece más difícil de alcanzar. Recientemente Barcia ha escrito una Psiquiatría para neurólogos que puede servir de ejemplo de esta actitud integradora y enciclopédica¹². Además, este necesario reduccionismo neurobiológico terminal en la época de mis profesores hizo que varias generaciones de psiquiatras, que también he conocido, creyesen que los métodos y técnicas neuropatológicas resolverían problemas etiopatogénicos y fisiopatológicos que con la perspectiva del tiempo resultarían inadecuados, levantando unas expectativas de descubrimiento que, con más de medio siglo de perspectiva, podemos considerar infundadas y superadas por otros métodos, técnicas y tec-

nologías. Las tecnologías cambian y crecen, la educación permanece. La fenomenología clínica, mal que nos pese y siempre que no se la considere sólo como una meditación filosófica desde este punto de vista, sigue siendo fundamental para el establecimiento de diagnósticos correctos desde los diversos puntos de vista psicopatológicos y para el establecimiento de unidades semiológicas o nosológicas, de fenotipos patológicos que puedan ser investigados y explicados por métodos técnicos e instrumentos más recientes, desarrollados en los últimos lustros.

«*Trescientos años de Psiquiatría: 1535-1860*» es otra obra editada en 1963 por Hunter y Macalpine¹³, en la que predominan los autores anglosajones y centroeuropeos con menoscabo de los mediterráneos, y de forma especial los españoles, de los que sólo se recuerda a Séneca, Avicena, Juan Huarte de San Juan del Puerto y pocos más, tratados siempre de forma marginal. Siguiendo esta tradición anglosajona utilizaré de forma legítima el mismo sesgo.

«*Quinientos años de Psiquiatría*» podría haber sido un buen título, acerca de la Historia del Hospital, o mejor dicho, de los Hospitales Psiquiátricos en Valladolid, que representan una continuidad en la asistencia desde las intenciones testamentarias de Sancho Velázquez de Cuéllar, en 1489, hasta la actualidad. Tengo para mí, que es la institución psiquiátrica más antigua en su continuidad terapéutica y de su tipo: casa de orates, dementes u hospital psiquiátrico.

¿Por qué no «*Tres mil años de Psiquiatría*»? Al menos dos mil quinientos, si se consideran los tratados hipocráticos como los orígenes de la medicina occidental. Huellas, trazos, restos, caminos y senderos hay para remontarse mucho más atrás.

Podría haber preferido tratar de «*La Psiquiatría que he vivido*». Las vivencias están hechas de la materia de los sueños; aquí no existe el espacio-tiempo, sino los espacios imaginarios y los tiempos elegidos, con los que, a veces, también se sugieren más que se sustentan los sueños de fechas, hechos y datos. Como todo lo humano son limitados y esbozan una inalcanzable e irónica búsqueda de la belleza, de la bondad, de la verdad, de la excelencia y de la felicidad, que a veces también se sugiere, más que se alcanza, en una vida individualizada cuando es sencilla. Suelen gustar más las anécdotas que las categorías históricas, éstas con frecuencia dolorosas para el recuerdo. Como intuyó un filósofo, tenemos el arte para no sucumbir ante la verdad, en nuestro caso para no sucumbir ante la ciencia, o quizás mejor frente a las ciencias, que constituyen los ejes de las ruedas que mueven el cada vez más complicado y complejo mundo de la Psiquiatría. Quienes influyen en cada uno de nosotros son actuales, en las diversas acepciones del término actualidad. A quienes desconocemos u olvidamos los aniquilamos en cierto modo.

«*La Psiquiatría que recuerdo*» podría haber sido otro encabezamiento. Vagar en el recuerdo de los que antes fueron nuestros guías de senderos perdidos en las ciencias del espíritu, o siguen siéndolo, es una cierta forma de muchas cosas: gratitud, remembranza, reminiscencia, memoria, sabiduría, reviviscencia, ataraxia. En nuestro mundo occidental –a diferencia de otros mundos– desde hace más de tres mil años es posible encontrar a alguien dispuesto y deseoso de conocer la memoria

de otro y de dar testimonio de ello, lo cual es una forma de verdad, no solo religiosa, sino también existencial. El dar testimonio –no es necesario extenderse en ello sin necesidad– expresa también una cierta idea de veracidad histórica agradecida e intencionada, que se tiende a aniquilar en estos tiempos postmodernos de pensamiento único, débil, liviano, correcto, o como quiera llamarse, en búsqueda de una imposible «ateoricidad», «cientifismo» u «objetividad». En último extremo se olvida de nuevo la advertencia maxweberiana –ese gran amigo de K. Jaspers– según la cual no hay ciencia libre de valores, con sus antecedentes y consecuentes históricos y en filosofía de las ciencias. Si en estos tres últimos milenios tantos discípulos no hubiesen escrito lo que no quisieron redactar sus maestros, si no hubieran tenido un cierto sentimiento de identidad, vínculo o pertenencia, si no hubieran desarrollado y destruido sus estructuras conceptuales y propuesto otras más apropiadas, nuestro mundo –el que ha tocado vivir a cada cual– sería aún más yermo, desasosegante y vacío. Estos sentimientos forman parte nuclear de la Psicología Médica y de la Psiquiatría, y al mismo tiempo las trasciende. Son límites de saberes y ciencias. La identidad personal y colectiva se fractura, así como existe también una patología del vínculo que se puede padecer toda desde los comienzos de la vida de cada cual o durante toda una época de la historia. La filiación enraíza los comportamientos socioculturales a los que dan continuidad las memorias, incluidas la biográfica e histórica, también frágiles, expresadas como «hechos subjetivos», siempre incompletos. El vínculo da, o no, actuación y autoformación sociales, limitando violencias recíprocas. Las humildes historias clínicas están llenas de estos testimonios. Lástima que no estén los tiempos para «retóricas» –sin saber con frecuencia lo que significan éstas– y nuestros hermanos universitarios las consideren «literatura». Cuando dentro de unas décadas se quiera conocer la intimidad de nuestras generaciones, no se dispondrá de testimonios reales, sólo iconográficos, virtuales e imaginarios; quien quiera saber cómo eran las vivencias de sus enfermos mentales tendrá que ir a países, archivos y bibliotecas más respetuosos consigo mismos y más creadores.

Toda historia comienza con una narración. Es de suponer que primero oral y escrita muy reciente en nuestro mundo¹⁴. La narración en función del sujeto y del objeto, del objetivo y del método, se va transformando en una descripción. La «novela neurótica» de cualquier tiempo histórico se hace «arte clínico» en el psicoanálisis freudiano hace poco más de un siglo. Otra de las características del desarrollo histórico de la Psiquiatría –al mismo tiempo que crea viejos-nuevos síntomas, signos, síndromes, enfermedades, complejos sintomáticos y semiológicos, que como tales se van configurando en los dos últimos siglos– consiste en sufrir una trivialización extensiva, que se puede mostrar en las diversas formas de los «nuevos síndromes», «nuevas adicciones», «nuevas conductas», «nuevos desórdenes». Parece como si al lado de la búsqueda de genotipos y fenotipos específicos de enfermedad mental la trama de la Psiquiatría se extendiese hasta el infinito en los innumerables radios de lo cotidiano, y de lo que es aún más laxo, de lo banal, que se constituye como uno de los ejes de las carretas que mueven el mundo. De nuevo parece oportuno recordar que Freud dio cabida en su revolucionario sistema a la «*Psicopatología de la vida cotidiana*». Desde entonces y a lo largo y ancho de nuestro siglo último, cada vez más científicos, humanistas o no, instituciones, redes asistenciales y tantas otras construcciones, demandan –por ejemplo, a través de los códigos V o Z y tantos otros–, de peritajes e informes,

normas y reglamentos, etc. más «saltos de nivel» de la realidad y de las realidades a la Psiquiatría y al psiquiatra. *La Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{15, 16, 17, 18, 19, 20} se inició en el primer tercio del pasado siglo prácticamente con unas pocas enfermedades psiquiátricas; hoy en día supera varios centenares con sus especificadores, y puede llegar a más de mil cuando se completan todos los apartados de su décima revisión, iniciada en la década de los noventa. Algo semejante ocurre con los Manuales de Diagnóstico Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría^{21, 22, 23, 24}, (DSM de la APA). Todo ello se debe no sólo a los avances de los descubrimientos clínicos, nosológicos, nosográficos y nosotáxicos, es decir, de la lógica, descripción y sistematización de los trastorno mentales, a los avances científicos tecnológicos y sociales, sino también a una «Psiquiatría emergente» de nuevas formas de sufrimiento psicológico, de «dolor moral» en el decir de los clásicos, que en algunos casos corre el riesgo tanto de la banalización como de la psiquiatrización de todo lo humano. Ello no tendría más relevancia, sino fuera por sus consecuencias. El consecuencialismo tiene mala prensa en algunas filosofías e ideologías políticas; no hay por qué preocuparse: el médico siempre ha tenido una mirada clínica etiopatogénica, le encanta buscar y encontrar causas, manejar y desmontar mecanismos, incluso mentales; los problemas graves aparecen cuando no se han controlado aquellas y aparecen las consecuencias de los estados terminales o finales de la enfermedad. Entre otras consecuencias, la «protocolización» rutinaria y la «normalización» excesiva del acto médico, su «objetivación» defensiva frente a demandas de unos y otros –quizá también con h, como sugirió en otro contexto Miguel de Unamuno– crea un sentimiento erróneo de científicidad y pseudocalidad –de vida, asistencial, docimológica, etc.– en las que sobran polinomios y falta corazón y alma, también y a pesar de los avances de la Psiquiatría, sus propias insuficiencias y las dificultades en abarcar todos los ámbitos de demanda por un solo individuo o por un equipo. Por supuesto, no debe olvidarse que tanto Kraepelin^{10, 25} como Freud²⁶ trabajaron cuanto pudieron en y con equipos multidisciplinarios. Siempre queda la posibilidad de autolimitarse y delimitarse, con el riesgo de perder la consciencia de la totalidad y permanecer en el reduccionismo. Merece la pena recordar la crítica de Butler (1736) al reduccionismo propuesto por el médico John Locke en su *Ensayo sobre el entendimiento humano*, en función de la cual, el principio según el cual toda reducción de un nivel a otro de la realidad está condenada a dar por supuesto precisamente aquello que se pretendía demostrar y proporcionar argumentos a la estrategia formal opuesta, la del no reduccionismo, y ello en el ámbito del paso de la identidad a los hechos²⁷. Tengo para mí que uno de los orígenes del fracaso –si es que alguna vez existió una cierta aspiración al éxito o al logro– de la psiquiatría que he vivido ha sido no sólo la ausencia de esta interdisciplinariedad, sino también el frecuente desapego del psiquiatra en colaborar con otras disciplinas básicas y aplicadas. Con todas las limitaciones de esta interpretación y a modo de simple ejemplo, parece oportuno resaltar que Segismundo Freud²⁶ abrió las puertas del trabajo y de la creación psicoanalítica a todos los conocedores de todas las ciencias humanas de su época; Emilio Kraepelin^{10, 25}, por su parte, creó hace poco menos de un siglo un equipo de ciencias psiquiátricas experimentales y clínicas, básicas y aplicadas, que jamás se supo, se pudo o se quiso crear en numerosos ámbitos de nuestras tierras, a pesar de iniciarse en la encrucijada de los siglos XIX y XX una edad de oro de la Neurobiología española, y no sólo por la ingente influencia, aún actual, de Santiago Ramón y Cajal.

CONTEXTO INSTITUCIONAL UNIVERSITARIO

«El principio de economía de la enseñanza consiste en que no hay que enseñar todo lo que se debe saber, sino lo que se puede aprender».

ORTEGA Y GASSET, J.: *Misión de la Universidad*, Revista de Occidente. Ed. Alianza Editorial. (1982).

Introducción

«Las definiciones y finitudes naturales no son reales de verdad... Todo lo del hombre primitivo y agricultor es finito, definido, encerrado en estrecha franja... El hombre actual –desde el Renacimiento– ha ido inventando enseres físicos-mentales para des-finitarse y des-definirse, para des-finitar y des-definir lo “naturalmente” definido y finito».

GARCÍA BACCA: *Infinito, transfinito, finito*, pp. 66, 71, 90. Anthropos, Barcelona, 1984.

Quizás la misión más importante de cualquier profesor sea formar y educar a los alumnos para capacitarles en nuevas enseñanzas de forma autónoma, continuada y responsable, procurando alcanzar unos y otros las categorías de maestros y discípulos. Cómo toda actividad humana la educación puede enmarcarse entre extremos quejumbrosos o hagiográficos. En otras palabras y como es ya un lugar común, entre el pesimismo de la inteligencia y el optimismo de la voluntad. Sin embargo, tengo para mí de nuevo, que uno de los riesgos de la enseñanza de la Medicina estriba en aplicar el profético principio económico orteguiano y olvidar todos los demás. En último extremo todo acto de enseñanza es un acto de amor, y como quiere Steiner, maestro es alguien «en quien hasta la ironía nos produce una sensación de amor»²⁸. Si es verdad que no hay remedio para el amor, sino amar más, según Henry David Thoreau, tampoco lo hay para la educación, excepto educar más. Existe innumerable bibliografía al respecto, entre crítica y escéptica. Incluso sobre un tema aparentemente tan restringido como el «futuro de la Psiquiatría» se pueden encontrar de modo y manera ordenada miles de artículos, monografías y libros. ¡Otro ejemplo de la necesidad de estar bien educado para seleccionar lo relevante de cualquier cosa!

El contexto docente

La Psiquiatría, como cualquier otra ciencia, arte y técnica clínicas aplicadas de la Medicina, se desenvuelve, al menos, en cuatro órdenes de la realidad, al que se podría añadir un quinto, aquí y ahora demasiado extenso, como sería el intentar tratar de la Psiquiatría en la sociedad actual. Parece oportuno delimitar su ámbito sólo a la Medicina, porque puede desarrollarse también en otros campos de las Ciencias de la Salud y de la Vida. Hasta los inicios de este milenio estos cuatro niveles docentes eran el del primer y segundo ciclos de estudios de Medicina, la forma-

ción especializada en su doble vertiente profesional y académica (máster y doctorado) y la formación continuada. Sólo los tres primeros eran universitarios, inclinándose a partir de la década de los ochenta la formación especializada más del lado del Ministerio de Sanidad y del Servicio Nacional de Salud (SNS), que del Ministerio de Educación. Los dos últimos fueron desarrollándose en Europa durante la edad contemporánea, dando lugar a un incremento científico, tecnológico, asistencial y normativo, que alcanzaría millones de entradas en cualquier buscador de nuestra área cultural, y relativamente pocos textos interesantes, como parece oportuno insistir. No seré yo tampoco quien incremente la inútil y abusiva deforestación para hacer papel, relatando mi propia experiencia en la redacción de normas, memorias, comisiones, planes y publicaciones de todo tipo que he vivido en poco más de cuatro décadas y media. Ya el Sr. Cervantes se quejaba del exceso y falta de calidad de los de su época, a poco más de siglo y medio de la invención de la imprenta. Basta recordar que la especialidad de enfermería psiquiátrica, la creamos en el Hospital Psiquiátrico Nacional de Santa Isabel, en Leganés, bajo los auspicios del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), a finales de la década de los sesenta del pasado siglo, y que posteriormente se creó también en este Departamento de Psiquiatría a finales de los setenta, permaneciendo hasta que la legislación posterior declaró a extinguir las Escuelas Profesionales, en este caso de la especialidad médica de Psiquiatría y de la sanitaria de ATS psiquiátricos.

Parecen oportunas tres intuiciones en torno al futuro: El marco normativo, ético, deontológico, universitario docente y discente, vendrá dado cada vez con más intensidad, frecuencia y profundidad desde instituciones externas a estos órdenes y niveles. El artesano, con frecuencia artista, a veces genio evolucionador de la cultura, el gran maestro –sirvan de referencia Juan Martín Charcot, Santiago Ramón y Cajal, Emilio Kraepelin, Sigmundo Freud, Ivan Petrovich Pavlov o Carlos Jaspers, al lado de los actuales descubridores de nuevas enfermedades y trastornos psiquiátricos –parecen irse sumergiendo en la inundación de hallazgos científico-tecnológicos; por cierto, los primeros de mayor importancia para la salud mental de la humanidad que las teorías racionales de los siglos anteriores. En otras palabras, el desarrollo de la Psiquiatría parece acercarse más al modelo de redes o módulos de teorías científicas parciales que al de núcleos o escuelas de pocos maestros creadores. En segundo lugar, al lado de este sombreado del profesor, cada vez más difundido, con la consiguiente crisis de identidad y de pertenencia, parece pronosticable un incremento de la importancia del maestro durante toda la vida profesional del psiquiatra. O la Universidad es consciente de la necesidad de disponer de recursos suficientes y abiertos, no sólo humanos, para continuar actuando en la formación médico-psicológica y psiquiátrica del graduado y del postgraduado, o la mayor parte de la vida profesional, a veces cinco décadas, se desenvolverá sin ella. Hoy día el Ministerio de Sanidad, el Servicio Nacional de Salud, los Servicios Regionales de Salud, la Organización Médico Colegial y las industrias sanitarias, incluidas las farmacéuticas y biotecnológicas, no necesitan en nuestro país de otros soportes para desarrollar sus actividades formativas continuadas. Por supuesto, no todas estas instituciones participan armónicamente ni con los mismos objetivos, pero es indudable que otros estados europeos encontraron y encontrarán mejores soluciones para la cooperación entre ellas. Es de conocimiento general desde hace décadas que los

indicadores sanitarios españoles son tan buenos como los mejores, incluidos los de salud mental y asistencia psiquiátrica, incluso a un coste económico comparativa y significativamente menor, a veces cerca de la mitad, sin ir más lejos, cuando se comparan los de los Servicios Nacionales de Salud del Reino Unido y del Reino de España. La OMS ubica a nuestro país entre el 6.º y el 7.º lugar en este tipo de ordenamientos. (<http://www.who.int/whr/2001/main/so/index.htm>). También es conocida la deficiencia del gasto público social español. Se ha estimado que el gasto público sanitario español sólo representa el 64% del promedio de la UE-15, mientras que el nivel económico de riqueza supera un promedio del 80%-90%. Uno de los factores explicativos del diferencial entre logros e inversiones puede atribuirse tanto al esfuerzo de los profesionales sanitarios –de los peores pagados de la UE en términos absolutos y relativos– como a un cierto desnivel en riqueza científica y tecnológica y su relativo desaprovechamiento. Algo semejante puede indicarse acerca de las desigualdades y polaridades del sistema educativo, incluido el universitario, y por supuesto, en el ámbito de la salud mental y asistencia psiquiátrica. No se trata sólo de pedir más o invertir mejor, sino de recordar que una mejor cohesión y bienestar exigen un mayor gasto público y privado, y una evaluación de la pragmática científica e investigadora, que, en último extremo, implica establecer límites, relaciones, normas y leyes del funcionamiento real del sistema, en este caso del asistencial, docente, investigador, médico-psicológico y psiquiátrico en todos sus niveles. Es de prever, que cada vez más, se tendrán que manejar teorías y modelos acerca de «cohesión social», «integración social», «capital social», «soporte sociales», «sentido de coherencia», etc., tanto a niveles asistenciales como docentes para los que parece oportuno irse preparando creativamente²⁹.

Se estará de acuerdo en considerar que la Universidad ha de tender a establecer relaciones creadoras en todos sus niveles a partir de una masa crítica de recursos, al menos, mínimo. No sólo en el primer y segundo ciclo de pregrado o en la línea paralela del doctorado y máster, si no también en todos los órdenes de los siguientes niveles, en especial durante la formación especializada MIR y la formación médica continuada. Si no fuera así, se corre el riesgo de convertir las Facultades de Medicina en irrelevantes institutos de formación profesional para el sistema postgraduado de especialidades médicas y sanitarias, que se desenvuelven en otras administraciones e instituciones públicas y privadas. En este sentido se han de prever tensiones y conflictos entre ambos Ministerios de Sanidad y de Educación, en las CC.AA. más avanzadas entre los Sistemas Regionales de Salud y las Universidades, e incluso en un nivel más inmediato entre las Universidades y Facultades de Medicina y los llamados Hospitales Universitarios, que disponen de los recursos objetivos y reales para la educación especializada y en donde de nuevo se tienen sentimientos de pérdida de identidad y abandono. En un sistema socio-económico más abierto, sin tradición monopolista de la Sanidad por parte del Estado, se podría plantear la contratación libre y regulada del personal docente entre el personal asistencial hospitalario o del área, así como de sus departamentos, servicios, secciones o unidades asistenciales a un precio justo, fundamentándose en múltiples razones que no parece necesario explicitar. En todo caso parece existir una crisis identitaria de numerosos hospitales universitarios, que debe abordarse por todos los Ministerios con competencias sanitarias, en nuestro caso de asistencia psiquiátrica y de salud mental.

Desde una perspectiva pedagógica, en 1999 y en una publicación de esta Universidad acerca de «¿Cómo razonan los médicos? Reflexiones sobre la educación médica», J. J. Guilbert, entre otras reflexiones, concluía: «El aprendizaje de las ciencias básicas debe acoplarse a un contexto clínico o médico profesional. La separación entre los años de estudios pre-clínicos y clínicos es arbitraria y nefasta. La reforma de los programas de formación básica de los médicos deben conducir a programas integradores en los que las ciencias básicas no serían enseñados antes que las ciencias clínicas, sino aprendidas a lo largo del programa en un contexto profesional. El aprendizaje por la experiencia, permitiendo en lo que es posible al estudiante confrontarse con un máximo de situaciones profesionales, debe de ser favorecido y evaluada para su certificación. La utilización del aprendizaje por resolución de problemas está justificada por los resultados de las investigaciones en el terreno de la psicología de la cognición. La evaluación de la adquisición de la competencia de razonar clínicamente debería hacerse con instrumentos en los que la validez debe ser muy mejorada».

Otro de los desafíos futuros consiste en informar adecuadamente a la comunidad y a la sociedad de los avances y de los límites médico psicológicos y psiquiátricos, entre otros motivos para evitar «alarmas sociales» y falsas expectativas. Se puede estimar que el número de publicaciones científicas se duplica cada diez años aproximadamente, lo que implica que más del 95% de todas ellas han aparecido en la última década, lo que produce un cierto desarraigo de las tradiciones culturales y civilizadoras milenarias. Un cierto hábito pudoroso, además de normas no escritas, hacen que no siempre los centros de investigación, las universidades y los científicos e investigadores de mayor entidad sean los más populares, entre otras razones por sus limitaciones en los medios de comunicación, el riesgo de malinterpretación o descontextualización y tantos otros en un ambiente en el que domina la prudencia y la reserva científicas.

Ortega y Gasset –cofundador de la revista *Archivos de Neurobiología*, en 1919, junto con G. R. Lafora y J. M. Sacristán–, en *Misión de la Universidad* escribió: «El principio de economía de la enseñanza consiste en que no hay que enseñar todo lo que se debe saber, sino lo que se pueda aprender». Como tantas otras proposiciones –«hay que aprender a aprender»... «hay que enseñar a aprender»... «nuevos aprendizajes de modo y manera autónoma, eficiente y continuada»... «en cambios de actitudes y valores»... se requiere pasarlas por el tamiz de la analítica del lenguaje –lo que molesta a algunos profesionales– de la economía –lo que molesta a algunos gestores– y de la sociología, lo que parece molestar a todos los demás. Medio en serio medio en broma, suelo decir a mis discípulos que sólo se diagnostica y trata lo que se sabe, luego cuanto menos, menos dificultades y menos costos diagnóstico-terapéuticos. Como lo sutil tiene que ser obvio para evitar malas interpretaciones, les explico a continuación la irracionalidad apratognósica que encierra tal proposición. Todos estamos de acuerdo que es más difícil formar que informar, motivar que inculcar, incentivar que transmitir conocimientos; la cuestión es cómo, cuándo, dónde, para qué, etc. se pueden y deben hacer estas cosas y cumplir estos objetivos, haciéndolos propios. Volviendo a los «principios de economía», un primer contra-argumento consiste en el deber tendencial a diagnosticar y tratar lo

diagnosticable y tratable en el estado excelente de la *Lex artis*; no pueden imaginarse los avances en las guías, protocolos, instrumentos y exploraciones neuropsiquiátricas aparecidas en los últimos años y en constante evolución. Otro contra-argumento estriba en que los que más saben pueden acudir a los más sabios, incrementando sus riquezas tangibles e intangibles, empobreciendo a los más satisfechos con lo que se puede aprender y saber. Se olvida con frecuencia que la costosa sanidad norteamericana no sólo se autofinancia sino que crea una abundante excedente con sus patentes, industrias y tecnologías. Además, la emigración de los especialistas en esta Comunidad Autónoma, sin duda beneficiosa, presenta «efectos secundarios indeseables o colaterales» y puede servir de tema de reflexión, al lado de otros muchos ejemplos fáciles de obtener por cualquier interesado en las abundantes redes de estadísticas y bibliográficas de todo tipo de las que se dispone al alcance de la mano. En otras palabras, junto a los principios docentes parece recomendable evaluar externamente las consecuencias en las sucesivas etapas de su desarrollo, y volverlos a plantear. En lenguaje más al uso tecnocrático: «evaluar continuamente los objetivos periodizados dentro y durante el proceso educativo», distinguiendo entre lo esencial y lo accidental, lo básico y lo aplicado, cantidad y calidad, escasez y abundancia, formación e información, entre las fuentes y los medios, entre la percepción y entendimiento analógico, y el cuarto mundo digital recientemente creado, además de los otros tres tipificados por Eccles³⁰ y Popper³¹: el físico, el psicológico y el cultural.

Por otra parte, además de los grandes teorizadores acerca de la psicología y psicopatología de las masas –Freud, Ortega, Canetti, Arendt, etc.– que debieran habernos alertado sobre la banalidad de lo simple, me permito recordar que la educación y formación del acto médico, en general, y del psiquiátrico, en particular, no deja ser personal, íntimo, privado y mental hasta la confianza y respeto mutuo, enmarcado en una red cada vez más compleja de instituciones sociales de todo tipo, incluidas las jurídicas. En esta urdimbre milenaria de la Medicina, la Universidad ha de troquelar estrategias de calidad en la relación médico-paciente-instituciones, que perduren durante el desarrollo de las capacidades y competencias de toda una vida profesional, en la que seguirá siendo una vocación absoluta. La evaluación de competencias médico-psiquiátricas ha de entenderse como un sistema global en el tiempo en el que transcurre toda la actividad profesional, casi toda una vida, que integra desde el establecimiento de las mismas competencias, definidas de modo y manera detallado y en el espacio y tiempo docentes, hasta su establecimiento consensuado por los profesionales y sus instituciones representativas, antes de toda evaluación o valoración, entre otros motivos porque los criterios de éstas varían a lo largo de la propia vida profesional, y han de integrarse en una visión dinámica y flexible. En segundo lugar, la evaluación y gestión de competencias, y no sólo de calidades, no es un sistema de control con refuerzos negativos, sino que ha de tender a ser vivenciada como un sistema de reconocimiento, prestigio y motivación de los profesionales y de las instituciones, con normas de acreditación y reacreditación profesional, a poder ser homologadas y homologables a nivel internacional. En consecuencia y en tercer lugar, deben de ser las propias instituciones las que contribuyan a una mejora progresiva y realista de acreditación de competencias, intentando superar los modelos meramente formalistas, constructivistas o burocráticos.

El Contexto Clínico: La Formación Especializada en Psiquiatría

Cualquier amante de la sabiduría conoce que la descripción de una ciencia y de un arte abarca desde los extremos de la tautología –Psiquiatría es la actividad médica del psiquiatra– hasta un piélago de teorías del conocimiento, epistemologías, analíticas, dialécticas, idealismos, reduccionismos, pragmatismos, materialismos más o menos ingenuos, conceptos del concepto, y tantas otras especulaciones, que en último término expresan cómo la dificultad de comunicación y traducción entre diferentes niveles científicos parece ser, siquiera en parte, lingüística. Como ya escribí al final del prólogo del Glosario Americano de Psiquiatría: «*Conservando la platónica capacidad de asombro*» «*Es muy propio del filósofo este sentimiento («capacidad o disposición»): el asombrarse»* (Teeteto. 155 d3). –y la aristotélica tendencia al saber– «*Todos los hombres por naturaleza aspiran (buscan, tienden) al saber»* (Metafísica I,1, = 980.^a) y con imaginación sencilla, este glosario puede ser tan atractivo como se quiera. Cada uno puede remontarse al significado de cada término hasta donde desee y pueda, empezando por los de idea, definición y concepto, de tanta tradición en nuestro ámbito cultural, y sin olvidar con Aristóteles que sabio es el que domina una técnica, el que profesa la excelencia de un arte (sophía... aretê tês téchnēs, E. N. 1141 a 12), y la actuación de los sabios, como señaló Jenófanes, «contribuye a engrosar los tesoros del pueblo»³². No vale la pena intentar discriminar qué tiene de arte y de ciencia. La historia de la Medicina Clínica está harta de tales cuestiones. Baste recordar a escépticos, cínicos y nihilistas, que la Psiquiatría dispone y utiliza métodos y técnicas científicas para llegar al conocimiento de sus objetos y fines con resultados como las demás ramas de la Medicina, además de los suyos específicos.

El acuerdo de Bolonia que sentó las bases del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), y que es de suponer que entrará en vigor en 2010, no parece que afectará a la formación médica especializada postgraduada y continuada, y escasamente a la pregraduada, entre otros motivos por haberse desarrollado ya en numerosas directivas europeas, y porque las sucesivas Comisiones Nacionales de las Especialidades de Psiquiatría (CNEP) han insistido desde hace un cuarto de siglo en una mayor continuidad en el proceso educativo en general, y por competencias en particular, así como por niveles, desde la formación pregraduada a la postgraduada pasando por el MIR.

Respecto a los objetivos, conocimientos, habilidades y actitudes del psiquiatra del futuro parece oportuno recomendar que éstos se conozcan y desarrollen desde el primer y segundo ciclo de Medicina en las entecas asignaturas destinadas a estos fines. El sistema MIR no debe resolver las insuficiencias formativas del grado o licenciatura. A veces me he preguntado que sentido y significado tiene para los expertos que la licenciatura de Medicina tenga cinco años teórico-prácticos y uno práctico, el programa actual de formación de la especialidad tenga cuatro, y la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría, proponga cinco años más –y no es de las especialidades mas prolongadas– para formarse en la propia especialidad general y en una de sus especialidades. Parece como si las competencias, capacidades y disposiciones se adquirieran con el programa de formación MIR, insisto, excelente y mejorable. Y si esto es así, ¿porqué no se extiende a otras carreras?

En todo caso han de pertrecharse, y de hecho se consigue en las unidades docentes especializadas, en la búsqueda de una homologación europea y dando respuesta a los innumerables retos de esta disciplina troncal. También parece recomendable que se expliciten las funciones y competencias fundamentales que se han de completar en cada unidad docente, de acuerdo con las funciones que el psiquiatra ha de asumir en la sociedad del futuro presente, y que sirvan también para conocer los perfiles profesionales específicos y diferenciales de cada Facultad y unidad docente. Como ejemplo de lo que se podría denominar medicina declarativa se enumeran las características de la personalidad, deseables e indeseables, para el perfil de los profesionales en salud mental, según Mosher y Burti (1994), conforme a lo recogido por Thornicroft y Tansella^{33, 95} en su capítulo sobre: *Los recursos claves: la formación y la moral de los profesionales*, (p. 188):

CARACTERÍSTICAS DESEABLES	CARACTERÍSTICAS INDESEABLES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fuerte sentido del yo: tolera la incertidumbre. 2. Actitud comprensiva: acepta y no juzga. 3. Paciencia, sin intromisiones. 4. Sentido práctico, orientado a la solución de problemas. 5. Flexibilidad. 6. Empatía. 7. Optimismo y apoyo. 8. Firmeza respetuosa. 9. Humor. 10. Modestia. 11. Razonamiento tomando en consideración el contexto. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fantasía de salvador. 2. Distorsión consistente de la información. 3. Visión pesimista. 4. Abuso de clientes en función de sus propias necesidades. 5. Control excesivo, con necesidad de hacer las cosas de los demás. 6. Desconfianza y culpabilización de los demás.

Las funciones y competencias fundamentales del psiquiatra se diferencian en cierto modo de otras ramas, troncales o no, de la Medicina, ya que junto con el núcleo formativo clínico se encuentran las de promoción de la salud, gestión y organización, comunicación, consultoría y liderazgo, desarrollo de nuevos conocimientos por medio de la investigación, desarrollo de estrategias de formación continuada, de comportamientos deontológicos y éticos con suficientes conocimientos jurídicos, y por supuesto, y si se desea, además, el desarrollo de una subespecialidad psiquiátrica^{34, 35}. A pesar de los esfuerzos durante décadas de las diferentes CNEP, en las áreas de capacitación específica la práctica clínica psiquiátrica precede a las perspectivas futuras de reconocimiento normativo; algunas CC.AA. han llevado a cabo concursos-oposiciones de especialistas en Psiquiatría Infantil y Juvenil, sin esperar al desarrollo normativo común.

De algunas áreas de conocimiento psiquiátrico se seguirá tratando más ampliamente en la segunda parte. Quizás en el futuro se consiga el objetivo último de todo programa universitario del primer y segundo ciclo del pregrado: la educación en competencias, a su vez descompuesta en conocimientos, habilidades y actitudes. Después de medio siglo aún no he perdido la ilusión de disfrutar de un proceso educativo integrado e integral, en el que he visto quemarse a algunos de mis colegas, y para el cual no se dispone de los recursos necesarios. Pero todo ello es otra historia para otra ocasión.

Las áreas de conocimientos habrán de actualizarse y flexibilizarse, centrándose más en la retórica del autoaprendizaje, desarrollo personal, profesional, capacidad crítica, asunción de nuevos retos, identificación y resolución de problemas teórico-prácticos cotidianos –hay enfermos y enfermedades y nada más práctico que una buena teoría médica, a pesar del extremoso refrán español; ya hace muchos años un amable y autocrático juez del Tribunal Supremo de los EE.UU. de América del Norte, amigo del psicólogo W. James, Oliver Wendell Holmes, dictaminó que: «el médico tiene que generalizar la enfermedad e individualizar el paciente»³⁶– de modo y manera analítica y sintética, dominio de las técnicas expresivas, comunicativas y simbólicas, tanto individuales como colectivas e interinstitucionales, comunicación oral y escrita, desde la relación terapéutica psiquiatra-paciente o interprofesional al informe clínico, dirección de equipos, etc. Algunos de estos aspectos son más realidades que proyectos de futuro, pero necesitarán tiempos y recursos humanos para manejar los aspectos psiquiátricos de las ciencias médicas básicas relacionadas con la Psiquiatría, tales como las comportamentales, sociales, el crecimiento y desarrollo humano en todas las etapas de la vida, las epidemiológicas, y tantas otras. De estas áreas de conocimiento psiquiátrico no es necesario resaltar la importancia de la psicopatología general y especial², psicopatología evolutiva y del desarrollo, semiología y propedéutica y nosología, nosografía y nosotaxia psiquiátricas, que se imparten de forma bastante satisfactoria en esta Universidad, sino también de las técnicas de evaluación analíticas, e instrumentales, neurobiológicas y médico-psicológicas, de algunas de las cuales se tratará más adelante. Otras áreas destinadas a la práctica cotidiana de la Psiquiatría, prevención y promoción de la salud mental, trabajo profesional en la red asistencial psiquiátrica, psiquiatría administrativa y de gestión, y de nuevo tantas otras, si bien se sugieran y fundamenten en el pregrado, parece más razonable desarrollarlas en los años de especialización.

Respecto a las habilidades se habrán de cultivar en el futuro las que el futuro exija. Entre otras, capacidad de liderazgo en el trabajo de gestión, equipo o social; gestión creadora del cambio y solución de sus resistencias y consecuencias, de proyectos, técnicas de negociación y mediación; capacidad de auto y heteroevaluación eficiente y humana; y tantas otras que buscan prestar una asistencia psiquiátrica de la mejor calidad posible con integridad, honradez y dedicación, así como mostrar un comportamiento profesional personal e interpersonal adecuados y ejercer la profesión de manera éticamente responsable, que respete y haga respetar obligaciones y derechos. Como se puede comprobar, numerosas de las habilidades propuestas, o por proponer, pertenecen al ámbito de las ciencias humanas,

especialmente educativas y ético-deontológicas; si bien parece oportuno insistir en el principio de reciprocidad, porque muchos de estos comportamientos y valores han de ser compartidos por todos los miembros de una sociedad abierta de ciudadanos libres y responsables. Algo semejante ocurre con las actitudes del psiquiatra, el tercer miembro ancilar que se imbrica con los valores y normas de una sociedad en una etapa histórica determinada, con lo que se podría haber tratado más tarde en el apartado correspondiente. Sin ánimo de agotar el tema y siguiendo de nuevo las recomendaciones del programa de formación de la especialidad de Psiquiatría de la CNEP de 2003 y aún en proyecto, se pueden proponer las siguientes actitudes:

ACTITUDES DEL PSIQUIATRA SEGÚN LA PROPUESTA DEL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA (MAYO 2003)
<p>Hacia el enfermo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación al paciente (el ciudadano como centro). • Respeto de los derechos de los pacientes. • Atención al paciente sin descuidarlo como persona. • Hacia los compañeros de trabajo. • Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades. • Colaboración, disponibilidad, accesibilidad y disposición a la negociación.
<p>Hacia el trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actitud positiva hacia el trabajo en equipo. • Preocupación por resultados y por ser resolutivo. • Interés en lograr el cumplimiento de los objetivos. • Buscar un valor añadido al trabajo.
<p>Hacia la sociedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia. • Desarrollar una actitud positiva hacia grupos sociales sensibles (sensibilidad de género, cultural,...).
<p>Hacia la sanidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por los problemas de salud pública. • Preocupación por la condición y la dignidad de las personas que sufren enfermedades mentales.
<p>Hacia sí mismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interés por el aprendizaje y desarrollo personal y profesional continuos. • Flexibilidad, interés por promover y adaptarse al cambio. • Actitud de crítica y autocrítica. • Tolerancia a la frustración. • Responsabilidad, honestidad, sinceridad, sensatez, discreción. • Actitud positiva ante nuevos compromisos. • Autocontrol, autoestima, autoimagen. • Creatividad, visión de futuro.

Concepto de la especialidad

Desde su creación, en 1979, la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría (CNEP), de la que fui presidente y soy miembro, ha ido elaborando sucesivas aproximaciones a la definición de la especialidad. Quiero dejar constancia de mi más profundo agradecimiento a los miembros de aquella, al permitirme transmitir aquí desde las primeras hasta las más recientes propuestas, que recogen una actividad y un esfuerzo de más de un cuarto de siglo. Por razones meramente literarias, no se entrecomillarán muchas de sus aportaciones^{34, 35}.

Ya desde la primera Comisión Nacional de la Especialidad se propuso una definición lo más holística posible, diferenciando varios órdenes de realidad, que en sucesivas ediciones se fue desarrollando hasta considerar que: *«La Psiquiatría es una especialidad básica de la medicina por su carácter troncal y su interrelación e implicación con el resto de especialidades, en la que los fenómenos psíquicos y de conducta intervienen en la etiología y/o sintomatología, o bien destacan como factores a valorar en la profilaxis, evolución, tratamiento y rehabilitación de los enfermos. La Psiquiatría se corresponde con el ámbito del saber médico que se ocupa del estudio, conocimiento, explicación, profilaxis, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales sobre la base de la observación clínica y la investigación científica. Históricamente considerada la Psiquiatría posee un estatus científico complejo: perteneciendo al campo de las ciencias médicas es, a un tiempo, «ciencia de la subjetividad». Eso hace que en la práctica psiquiátrica, junto a los desarrollos empíricos, los soportes biológicos y un cada vez mayor rigor metodológico, siga teniendo un valor de primer orden la experiencia clínica. La Psiquiatría, en tanto que rama de medicina, tiene por objeto el estudio y tratamiento de los trastornos psíquicos y de relación de los seres humanos, y como objetivo, conseguir la mejor adecuación del sujeto con su medio de forma que asegure su autonomía y adaptación a las distintas condiciones que conforman la existencia humana. En tanto que disciplina teórica, tiene por objeto el estudio de la enfermedad mental, y en cuanto ciencia aplicada, al sujeto-enfermo mental. En sentido práctico, la Psiquiatría es la especialidad médica dedicada al estudio y tratamiento de los trastornos mentales, en especial los hoy incluidos, por acuerdo de la comunidad científica, en el capítulo V (F) «Trastornos mentales y del comportamiento» de la 10.ª edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades auspiciada por la Organización Mundial de la Salud».*

Además las dos últimas Comisiones Nacionales de la Especialidad de Psiquiatría han desarrollado hasta la actualidad estas definiciones y ámbitos formativos y educativos, con propuestas en curso, y que, en resumen, establecen lo siguiente:

«La Psiquiatría es la especialidad médica que se ocupa de las alteraciones morbosas del comportamiento, de las relaciones interpersonales y del vivir. En estas los fenómenos psíquicos y de comportamiento intervienen en la etiología o sintomatología de las enfermedades, o bien destacan como factores a considerar en la prevención, en las manifestaciones clínicas, en la evolución, el tratamiento y la

rehabilitación y reinserción social de los enfermos. Estas intervenciones se basan en la observación clínica y en la investigación científica. La Psiquiatría es una especialidad de la Medicina de carácter troncal, que tiene raíces comunes con otras disciplinas sanitarias y otras propias y específicas. La Psiquiatría tiene una raíces científicas complejas y particulares. Por una parte pertenece al campo de las ciencias biomédicas, en especial a la neurociencia. Por otra es, a un tiempo, «ciencia de la subjetividad». Esto hace que en la psiquiatría la metodología de la investigación clínica sea fundamental, ya que a los métodos de la investigación biomédica ha de incorporar los de las ciencias psicológicas y sociales que incluso abarcan aspectos como la introspección y la empatía. Los trastornos psiquiátricos han de ser entendidos como lugar de encuentro de lo biológico, lo psicológico y lo socio-cultural. Esto implica una visión integral del enfermar del ser humano, que incluye el estudio y manejo de los aspectos psicológicos de la patología orgánica así como la ayuda psicológica y psiquiátrica dada a pacientes de otras especialidades y al propio personal sanitario que los cuida».

La APA no se plantea demasiadas profundidades en la definición considerándola como la ciencia médica que trata del origen, diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales y de las perturbaciones del comportamiento social, incluyendo en ella los ámbitos más diversos, desde los retrasos mentales, los componentes psicosomáticos de los trastornos somáticos, la administración de los hospitales psiquiátricos y los aspectos médico-legales de los trastornos mentales.

Cuando era más joven y menos docto, en la acepción de César, propuse una definición más larga y complicada en mi Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid³⁷, y que viene a decir algo así: Se trata de una parte de la Medicina englobada y englobante, que tiene por objeto la comprensión, explicación, significación e interpretación de todos y cada uno de los tipos y modos psíquicos del enfermar mental, en las diferentes edades de la vida, tratando del conocimiento de las causas y mecanismos de los trastornos de la salud mental, las formas de presentación y de evolución, la prevención o profilaxis, los caminos y medios diagnósticos, los terapéuticos y rehabilitadores, desde una perspectiva unitaria biopsicosocial del hombre en su situaciones y estados de salud y de enfermedad mental, por medio de un conjunto de métodos medicobiológicos, psicológicos y socio-antropológicos, de vigencia ética trascendente a una época histórica determinada y enraizada aquella en la más profunda intimidad y «extimidad» humanas, consideradas tanto individual como colectivamente.

Mucho antes Castilla del Pino³⁸ ya había señalado el carácter heterogéneo, heterológico y heteróclito de la Psiquiatría, proponiendo la siguiente definición: «Aquel ámbito del saber, institucionalmente médico en el actual momento histórico, que se ocupa de las consideradas alteraciones psíquicas (mentales o de la conducta), cualquiera sea su génesis, en lo que concierne a la dilucidación de su naturaleza, en lo que concierne a la interpretación de las mismas y a su posible terapéutica».

Aún antes, a principios del pasado siglo y en su obra póstuma, Kraepelin (1927) define la psiquiatría como «la ciencia que se ocupa de las enfermedades

mentales y de su tratamiento (psiquiatría práctica)» y considera que su objetivo último es «el conocimiento científico de la naturaleza de los trastornos psíquicos (psiquiatría científica)».

Podría rendir un homenaje merecido a los numerosos psiquiatras españoles que han propuesto definiciones elegantes y profundas a nuestros saberes y conocimientos. Tanto a los anteriores a la primera cátedra de Psiquiatría del Estado Español, en 1947, cuando la primera se dotó en Berlín en 1957, ocupada aquella por el palentino alumno de esta Universidad, Antonio Vallejo Nágera³⁹, familia de médicos que requeriría una digna actualización histórica, como de mis maestros, colegas y amigos, a los que llevo siempre en mi corazón y en mi pensamiento. Al tratarse de un futuro presente, permítaseme rendir tributo a los miembros de las diferentes CNEPs con quienes he trabajado con lealtad y esfuerzos comunes durante los últimos 26 años.

El tronco de la Psiquiatría y sus ramas

La Psiquiatría es una ciencia y un arte médicos, que se fundamenta en todas las ramas y disciplinas de la Medicina. Más específicamente desde una perspectiva histórica en la Psicología Médica, Medicina Psicológica, Psicopatología, Neurobiología y «neurociencias», que tiene como objeto el estudio de la enfermedad psíquica y de los trastornos y perturbaciones mentales, del desarrollo psicológico, del comportamiento y de la personalidad. Como se ha señalado, la Neurobiología es un bello término español difundido por los fundadores de la revista *Archivos de Neurobiología* en 1919: Lafora, Ortega y Gasset, y Sacristán. Neurociencias parece referirse más bien al conjunto de ciencias básicas, metodologías y tecnologías que se aplican al conocimiento del sistema nervioso central (SNC), en sus diferentes estados, normal y patológico, con una tendencia al monismo, ya expresada en uno de los postulados del primer catedrático de Psiquiatría, Griesinger: «*Las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro*». Desde una perspectiva aplicada trata al paciente enfermo mental según la *Lex artis* en un contexto humano y humanístico determinados en cada momento y situación histórica.

La Psiquiatría es una especialidad médica básica (Real Decreto de 15.07.1978) con carácter troncal, ya que se nutre de raíces diferentes y de ella nacen varias ramas de contenido científico y asistencial diferenciado. La amplitud, variedad y evolución constante de las exigencias que pesan sobre la Psiquiatría requiere de psiquiatras con una formación amplia, capaces de trabajar en medios diferentes en colaboración con profesionales diversos y ejercer, en su caso, su liderazgo. Pero al mismo tiempo, la formación en Psiquiatría ha de incluir aspectos más específicos para atender necesidades concretas. Al tronco de la Psiquiatría hay que añadirle unas ramas que necesariamente han de incluirse en la formación durante el período de residencia, con independencia de la adquisición de competencias específicas ya como especialista, en este caso, con una dedicación y desarrollo profesional continuados.

La titulación profesional puede ordenarse en tres etapas. Una previa a la ley de 20.07.1955 sobre enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas y otra posterior, predominando en ambas la organización de la especialidad en los Colegios de médicos, instituciones públicas y privadas, cátedras de Psiquiatría, y escuelas profesionales, a las que se fueron añadiendo las instituciones sanitarias de la Seguridad Social y de la Sanidad Nacional. Sin embargo, el sistema MIR se inició con anterioridad al R. D. 15.07.1978 y legislación posterior, sin ir más lejos en la Fundación Jiménez Díaz-«Clínica Nuestra Señora de la Concepción», en lo que constituye la tercera etapa actual, El Consejo General de Especialidades Médicas aprobó los programas de 1979, 1986, 1994, 1996, quedando pendiente de aprobación el proyecto de mayo de 2003, del que se toman a continuación y anteriormente numerosas referencias. Desde otro punto de vista quizás merezca la pena recordar que las unidades docentes de formación MIR de Psiquiatría convocan en los últimos años 179 plazas, con un previsible incremento continuado.

El programa de 1996 ya consideraba cuatro de estas áreas: Psiquiatría infantil y de la adolescencia, Psicoterapias, Psiquiatría de la tercera edad y Alcoholismo y otras adicciones. Una propuesta de formación para el futuro de cinco años de duración permitiría atender estas necesidades y hacerla compatible con las necesidades de los Sistemas Sanitarios Nacional y Regionales, y de una cierta flexibilidad razonable, teniendo en cuenta además tanto su carácter troncal como todo el **árbol de sub o superspecialidades** en el que se desarrollará **los campos de actuación de la Psiquiatría del futuro**, tal y como se resume a continuación:

CAMPOS GENERALES:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Psiquiatría clínica, incluyendo psicopatología general y especial, psicopatología genética, evolutiva y del desarrollo. 2. Medicina psicológica, psicología médica y antropología médica. 3. Medicina psicosomática, psiquiatría de interconsulta y enlace. 4. Asistencia psiquiátrica y salud mental. 5. Política, administración y gestión sanitarias. 6. Psiquiatría y ley.
CAMPOS ESPECÍFICOS:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2. Psiquiatría de la Edad Adulta. 3. Psicogeriatría y Gerontopsiquiatría. 4. Psiquiatría del Alcoholismo y otras Adicciones. 5. Psicoterapias. 6. Neuropsiquiatría. 7. Otros.

El número de ámbitos aumenta en la medida que una rama específica se desarrolla suficientemente, por los avances del conocimiento científico y tecnológico o por la aparición de una demanda sociosanitaria específica o por cambios en los procesos sociales, tales como el descenso de la natalidad, el incremento de la longevidad, migraciones, cambios de las demandas y expectativas, etc. en un contexto

histórico determinado. Además deben de tenerse en cuenta los ámbitos limítrofes con otras ramas médicas, sanitarias, sociales, políticas, etc., que pueden ir, como simples ejemplos, desde la neuroiconología psiquiátrica, la psicofarmacología, etc., hasta la bioética y la metodología en psiquiatría, pasando por la psicometría^{40, 41, 42} psicodiagnóstico, neuropsiquiatría cognoscitiva, y tantas otras.

Sirva de ejemplo de esta prospectiva creciente la consideración según la cual uno de los aspectos más formativos para el estudiante de medicina es su práctica en el servicio de urgencias con el equipo psiquiátrico^{43, 44}. Será necesario valorar y apreciar esta labor en el futuro, que constituye otro benéfico intangible, y al parecer invisible, de algunas instituciones. Además, parece conveniente, como viene haciéndose en la unidad docente especializada del Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid desde sus orígenes, que los MIR realicen durante el primer año guardias de medicina general con los colegas de otras especialidades, además de las específicamente psiquiátricas. Los argumentos y ventajas son innecesarios exponer por conocidos, aunque siga siendo necesario su reconocimiento, ya que dentro de la especialidad de Psiquiatría se seguirán diferenciando en el futuro campos de actuación con un cuerpo de conocimientos propios y unas orientaciones específicas, como es el ámbito de las urgencias y emergencias. Sin embargo, no se tiene en cuenta la creciente importancia en el presente y en el futuro del equipo y «cuarto» o despacho-consulta de Psiquiatría de urgencias, entre otros motivos porque su equipo conoce la red asistencial psiquiátrica y propiciará la continuidad de cuidados en el dispositivo más conveniente. Esta impetración se fundamenta en el incremento de los propios patrones de demanda asistencial hospitalaria psiquiátrica urgente, en todas sus múltiples formas de presentarse los trastornos mentales, del desarrollo, del comportamiento y de la personalidad, lo que permitiría esbozar aquí los contenidos de toda una Psiquiatría de Urgencias. Sirva recordar su creciente gravedad e intensidad; la aparición de casos agudos de lo que constituye una verdadera «psiquiatría de crisis», conflictiva o con implicaciones policiales y jurídicas; la extendida costumbre de acudir directamente al servicio de urgencias, bien para conseguir un ingreso hospitalario no urgente que podría haber sido programado, bien para eludir la continuidad y cumplimiento terapéutico-rehabilitador en la red asistencial, creando cortocircuitos inadecuados; también existen casos sociales, humanos y de abandono; y de nuevo tantos otros. Esta nueva y vieja situación no es exclusiva de nuestra región, país o continente. Sí sería algo nuevo en nuestro contexto asistencial de futuro devengar recursos para el desarrollo de una unidad de psiquiatría de urgencias de referencia, donde las necesidades objetivas lo requieran y en comparación con lo alcanzado en otros países europeos y norteamericanos. A modo de anécdota parece curioso reseñar que el Congreso Internacional Interdisciplinario de Urgencias de Montreal haya dedicado la sesión plenaria de 29 de junio de 2005 a la *Disturbing Medicine: The Mythology of objective Science*, además de numerosas ponencias de la Asociación Internacional de Psiquiatría de Urgencias.

La CNEP en su programa de 2003, con ligeras modificaciones, considera las siguientes **acreditaciones específicas**:

1. ÁREAS:
<ul style="list-style-type: none"> • Sub-Super Especialidades: <ul style="list-style-type: none"> - Psiquiatría Infanto-Juvenil. - Psicogeriatría y Gerontopsiquiatría. - Alcoholismo y Conductas Adictivas. - Psicoterapias.
<ul style="list-style-type: none"> • Nuevas áreas complementarias: <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización parcial. - Psicósomática. - Neurociencias. - Neuroimagen. - Psiquiatría legal. - Epidemiología psiquiátrica. - Gestión psiquiátrica. - Psicodiagnóstico y psicometría. - Investigación: <ul style="list-style-type: none"> * Básica. * Clínica.
2. UNIDADES:
<ul style="list-style-type: none"> - En los servicios con acreditación general. - «Asociadas» a los servicios con acreditación general. - «Externas» «monoespecíficas».

La Psiquiatría en relación con las ciencias humanas

«Pero sí, pero sí, usted está viendo solamente la mitad de la verdad. Y recuerde esto: hemos de empezar de nuevo, dado que nuestra primera concepción de la historia era enteramente equivocada. Esto es lo que algunas personas no quieren hacer. Conciben una hipótesis y quieren que todo encaje en ella. Si algún dato o pormenor no encaja en la hipótesis la rechazan. Pero siempre los hechos que no encajan son los más significativos».

AGATHA CHRISTIE, *Poirot en Egipto*, p. 190. Ed. Molino. Barcelona, 1937.

La Psiquiatría tiene desde sus orígenes, y es de esperar que en su futuro siga teniendo, estrechas relaciones fundantes y de desarrollo con las llamadas ciencias del espíritu, bioantropológicas, filosóficas, humanas o humanistas. No se trata ahora de retomar estos temas y de realizar una estimativa –o arte de valorar juiciosa, racional, personal y adaptativamente la realidad a la altura del espíritu de los tiempos– y prospectiva, enfrentando una Psiquiatría basada en hechos con otra basada en valores, una de orientación más neurobiológica frente a otras más psicosociales o psicodinámicas, una con raíces más clásicas contra otras más críticas o abiertamente anti-psiquiátricas. Además existen innumerables tipos de valores, quizás tantos como

actividades humanas y cada uno parece querer los suyos. Entre los de mayor interés psiquiátrico se pueden recordar los científico-tecnológicos, humanos, ético-deontológicos, sociales, normativo-jurídicos, económicos, políticos, empresariales, epistémicos, etc. Tal variedad y complejidad es conflictiva en la práctica clínica, y con frecuencia también irresoluble. Tampoco se trata de reducirse a un conjunto de técnicas y tecnologías más o menos protocolizadas o «científico-naturales», algunos de cuyos riesgos ya se han esbozado. R.C. Morias, editor principal de Forbes, ha señalado recientemente su «vaga sospecha» según la cual: *«la América del siglo XXI está sufriendo de una obsesión poco saludable con la ciencia y la tecnología»*, quizás preocupado también porque la ciencia no es relativa en un mundo humano actual, donde todo quiere relativizarse a conveniencia de cada cual y de instituciones en conflicto continuo (rgallagher@the-scientist.com); (www.forbes.com/2005/04/08/cz_rm_0408bookreview.html). Como todo fenómeno humano, el perspectivismo, aunque no sea duramente científico, es una realidad. En este sentido la misma CNEP en su proyecto de programa de especialidad de 2003 recuerda que: *«Desde su origen la Psiquiatría ha reconocido la necesidad de integrar métodos puramente médicos con otros psicosociales, que en su conjunto caen en ámbitos de un gran abanico de ciencias (neurociencia, ciencias biomédicas, sanitarias y psicológicas, humanísticas y sociales). Por lo tanto, la Psiquiatría es multifacética, ocupa un lugar de encrucijada entre las ciencias biológicas y humanas, integrando hechos y perspectivas científicas diversas. El desarrollo multidisciplinar en el ámbito de la neurociencia ha contribuido al mejor conocimiento del substrato neurofisiológico y neuroquímico del comportamiento humano y sus alteraciones. Los avances de las disciplinas psicológicas y psicosociales han hecho posible adentrarse en una mejor comprensión del enfermo mental y están ayudando a esclarecer las complejas interacciones del individuo enfermo con su contexto social. Por lo tanto, la Psiquiatría debe realizar y coordinar investigaciones multifactoriales para mejorar el conocimiento sobre el origen, tratamiento y atención de las enfermedades mentales con el fin de mejorar el futuro de su asistencia sanitaria. La Psiquiatría puede ofrecer una explicación sobre el alcance hasta el cual la enfermedad mental participa en comportamientos y fenómenos sociales no deseados. Sin embargo, no puede explicar el fenómeno social no deseado como una enfermedad mental clasificable, ni mucho menos ofrecer un tratamiento efectivo para ellos. Pero en su capacidad como ciencia médica sí puede ofrecer su pericia a la hora de entender estos fenómenos»*.

Un buen ejemplo viene constituido por los problemas que plantea la medición y evaluación psicométrica comportamental en nuestra ciencia médica básica^{45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52}. Desde el comienzo parece oportuno aclarar que medición y evaluación psicométrica son un proceso más de los clásicos actos y juicios clínicos diagnósticos, pronóstico-evolutivos y del desarrollo, de la eficacia y efectividad terapéuticas, etc., que se desgajan únicamente por criterios pedagógicos, metodológicos o de cualquier otro tipo. En último término existen tantas clases de observaciones cuantitativas o mediciones en sentido estricto como propiedades, técnicas y métodos de medición. Es un error considerar la psicometría como «más científica» que las observaciones clínicas en cualquier nivel o que las expresiones, comunicaciones y simbolismos que aparecen y se presentan en la relación médi-

co-paciente. Los tests, las escalas, los inventarios, cuestionarios, entrevistas estructuradas, etc. pueden tener ciertas cualidades instrumental y metodológicamente superiores que las proporcionadas por las expresiones espontáneas del paciente, las observaciones clínicas, los síntomas, los signos o los juicios clínicos, *pero no son ni más ni menos científicos, ni siquiera mas o menos útiles, sino que representan diferentes caminos de aproximación a los diversos niveles de la realidad hacia la búsqueda de una verdad más universal, o si se prefiere, y popperianamente, hacia la búsqueda de unas conjeturas o hipótesis y unas teorías con menos falsedades y errores.*

Se ha dicho que el pensador occidental desde hace más de 23 siglos tiene que elegir entre ser platónico o aristotélico. Se ha creído que cuestiones, antinomias y bipolaridades tales como las planteadas por el idealismo vs realismo, esencialismo vs antiesencialismo, lo dimensional vs lo categorial, las ciencias de la naturaleza, «físioanalógicas», físico-matemáticas, «duras», etc. vs las ciencias del espíritu, bioantropológicas, humanísticas, sociales, *humaniora*, «blandas», etc., arte vs. ciencia o técnica, etc., son problemas modernos, cuando siguen siendo actuales desde hace milenios en nuestras civilizaciones y culturas occidentales. En la década de los 60, K.R. Popper^{53, 54} echaba un nuevo cuarto a espadas en un intento de eliminar de la filosofía de la ciencia las cuestiones de intencionalidad, sentido y significado en beneficio de los problemas de verdad, verificación, falsedad y refutación. Merece la pena de nuevo resumir en su propio esquema esta situación que ha desgarrado, desgarrar y desgarrará los diversos modos y maneras de afrontar el conocimiento del hombre y del mundo. En sus propias palabras: «*A pesar de la perfecta analogía entre los lados izquierdo y derecho de esta tabla, el lado izquierdo es filosóficamente no importante, mientras que el lado derecho es filosóficamente muy importante.* Esto implica el punto de vista de que las filosofías de significado y las filosofías del lenguaje (en la medida que se ocupan de palabras) están en la senda errónea. *En materias del intelecto, las únicas cosas dignas de esfuerzo son las teorías verdaderas, o las teorías que se acercan a la verdad* –en cualquier caso que se acerquen más que alguna otra teoría (competitivas), por ejemplo una más antigua... *La relación entre una teoría (o un enunciado) y las palabras usadas en su formulación es en varios aspectos análoga a la que hay entre las palabras escritas y las letras usadas para escribirlas*», (pp. 34-35). Si hiciéramos caso de esta dicotomía todos los saberes, conocimientos y ciencias humanas dejarían de ser interesantes «filosófica y científicamente» y podríamos reducir nuestra propia especialidad a una forma más de «neuropsicobiología» o «neurociencia», lo cual sería muy cómodo para mentes simples y probablemente incomodo para pacientes complejos.

IDEAS	
DESIGNACIONES O TÉRMINOS O CONCEPTOS	ENUNCIADOS O PROPOSICIONES O TEORÍAS
	<i>Pueden formularse en</i>
PALABRAS	ASERCIONES
	<i>que pueden ser</i>
SIGNIFICATIVAS	VERDADERAS
	<i>y su</i>
SIGNIFICADO	VERDAD
	<i>Puede reducirse, por medio de</i>
DEFINICIONES	DERIVACIONES
	<i>A</i>
CONCEPTOS NO DEFINIDOS	PROPOSICIONES PRIMITIVAS
<i>el intento de establecer (más bien que reducir) por estos medios su</i>	
SIGNIFICATIVO	VERDAD
	<i>conduce a un regreso al infinito</i>

Ética, Filosofía y Psiquiatría

«La fontanería y la filosofía son actividades que surgen porque las culturas complejas como la nuestra poseen, bajo su superficie, un complejo sistema que normalmente pasa desapercibido, pero que en algunos casos no funciona bien. En ambos casos pueden tener serias consecuencias».

M. MIDGLEY: *Utopias, dolphins and computers*. Roudledge, Londres, 1996.

Introducción

Al principio, cuando los griegos clásicos trataron de Europa, se refirieron a un mito en una tupida urdimbre de poder creativo, coexistiendo con la aurora del

pensamiento artístico y científico de lo que se llamaría milenios después mundo y civilización occidentales. Cuando Beda, el anónimo de Córdoba o Eghinardo emplearon el mismo término, estaban intentando un suceso histórico sustitutorio, incluso si se quiere, otra manipulación histórica: integrar la romanidad latina en los pueblos germánicos en una nueva comunidad que también pudiéramos llamar europea. Pocos siglos después esta europeidad cristalizó en varias universidades, de las que las de las sabidurías, y después las del conocimiento a partir del siglo XVII, llamado de hierro, surgirían poco a poco las universidades científicas modernas. Por el placer de poner nombres a lo obvio se podría considerar que el nuevo siglo será el de la universidad global postmoderna, con el riesgo de desenraizar la vieja universidad literaria, cuando no eliminarla, aspirando a una universidad-tecnológica, que requiere unas condiciones objetivas difíciles de satisfacer en todos los casos, y que siempre es más cara, en todas las acepciones de este término, que la sapiencial o literaria. Pero dejando atrás otros intentos históricos y algunas oportunidades perdidas, vivimos en un nuevo intento de unión. Como consideraban los clásicos, en esa humildad retórica que tan bien los caracterizaba, somos enanos en hombros de gigantes, y si nuestras aportaciones médico-psicológicas y psicopatológicas han de ser minúsculas, no por ello serán insignificantes. No trataré de hechos ni «medicinas basadas en la evidencia» en este momento, pero habrán de crearme –y después del acto de fe les incito a verificarlo– que, repito, por el momento, tenemos unos indicadores sanitarios psiquiátricos comparables, al menos, con los mejores de la Unión Europea. El mérito es de todos, de cada miembro de la comunidad esforzado en el trabajo, paciente en el sufrimiento, responsable en la libertad que nace del cumplimiento del deber, en la búsqueda de la verdad, y de tantos otros bienes que hemos de conservar, mejorar y transmitir. La salud pública mental, reducida por comodidad y pereza a salud mental, es un bien común que precisa de una concepción antropológica, en nuestro caso médica, y que requiere una educación en un sistema de valores adaptativos, concordes con la naturaleza humana en su desarrollo individual y en el de sus instituciones a lo largo de la historia, incluida la del futuro inmediato. Estos bienes sapienciales, si se quiere incluso literarios, trascienden al ámbito formalmente universitario, aunque se reflejan y cultivan también en él. El aviso a navegantes es que como toda creación del espíritu humano son frágiles y vulnerables, necesitados de esfuerzo, protección individualizada, y competencia.

En el ámbito de la ética, no sólo de principios sino de responsabilidades y consecuencias, a pesar de haber traspasado terribles represiones históricas autodestructivas, somos tan competentes como los mejores de nuestros conciudadanos de europeidad. No leemos con suficiente frecuencia y reflexión a nuestros clásicos, incluidos los actuales, algunos de ellos psiquiatras. Se puede pensar que estas reflexiones están alejadas de la práctica clínica diaria. Piénsese en la ausencia de regulación del secreto médico profesional, del privilegio terapéutico de no informar si se estima desproporcionado o desequilibrado el daño a causar al paciente, el propio principio de proporcionalidad diagnóstica, terapéutica y de cuidados, los conflictos entre los principios y lo cambiante de las jerarquías de éstos, las diferencias entre prédicas y realidades en la confidencialidad, los límites técnico-médicos vs. los estimativos y preferenciales del paciente en

la utilidad y cumplimiento terapéuticos; y así hasta el infinito. Parece razonable estimar que cualquier derecho tiene como contrapartida un deber. Del derecho a la salud al deber de cuidarla, adoptando un estilo y comportamiento sanos. De no ser así se intenta transferir un derecho intransferible a los demás –de la familia a los cuidadores– o a lo demás: a las redes asistenciales, instituciones y organismos del estado, etc. Con este planteamiento se entra en un problemático ámbito humanístico y político, que se puede dejar para otra ocasión. Por otra parte, el Comité de Ministros del Consejo de Europa aprobó el pasado año la Recomendación sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las personas con trastornos mentales, que solicita una cualificada información ética específica en este ámbito de la práctica clínica, es de suponer que para todos los ciudadanos.

Aparte de la innumerable bibliografía médico-psicológica y psiquiátrica, española o no, todo aquel que tenga un amigo psiquiatra puede preguntarle por su opinión acerca de los diez puntos básicos para el proceso idóneo en la práctica clínica basada en valores, propuestos por profesores de universidades inglesas, italianas y de la Asociación Mundial de Psiquiatría, puntos ampliables y aceptables en gran parte a todo quehacer médico, y que se citan a continuación. Profesores de países aparentemente alejados de la tradición filosófica continental europea, tenidos por empíricos y pragmáticos, redescubren tradiciones milenarias de países con insuficientes revoluciones científico-tecnológicas.

No trataré de la Medicina, y por ende, de la Psiquiatría y los valores. Se quiera asumir o no, toda la Medicina occidental, desde los prearistotélicos, está inmersa y fecundada por una antropología axiológica, a veces implícita, otras contradictoria, al tratar cotidianamente con el dolor, el sufrimiento, la angustia, la menesterosidad de lo humano, y con lo que desde Jaspers, al menos, se denomina situaciones límites, a las que se podrían añadir las situaciones extremas: las numerosas formas de auto y heterodestrucción individual y colectiva, el maltrato, el abuso, el suicidio^{55, 56}, el terrorismo, y tantas otras. Excepcionalmente y a modo de simple ejemplo, en la tabla siguiente resumo unas recomendaciones sobre una visión interdisciplinaria de algunos psiquiatras y filósofos de la Gran Bretaña, acerca de lo que consideran el proceso idóneo en la práctica clínica cotidiana basada en valores. (B. Fulford, T. Thornton y G. Graham: *Oxford Textbook of Philosophy of Psychiatry*. Oxford University Press. 2005). No es preciso insistir en que en las diversas tradiciones occidentales, desde el cuerpo de escritos de los hipocráticos hasta los numerosos escritos españoles contemporáneos de Antropología médica y Medicina antropológica, se pueden encontrar, y se encuentran, proposiciones y propuestas de más extenso y profundo calado, incluyendo las obras de Laín Entralgo^{57, 58} o la panorámica actual de E. Baca y J. Lázaro⁵⁹.

DIEZ PUNTOS PARA EL PROCESO IDÓNEO EN LA PRÁCTICA BASADA EN VALORES
Práctica clínica La práctica basada en valores está centrada en el paciente y es multidisciplinaria.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Centrada en el paciente: la primera fuente de información relativa a los valores en cualquier decisión es la perspectiva ofrecida por el paciente y sus familiares. 2. Multidisciplinaria: los diferentes valores de los componentes del equipo multidisciplinario apoyan la aplicación de un abordaje equilibrado para resolver las diferencias.
Capacidad clínica La práctica basada en valores depende de cuatro determinantes clínicos clave.
<ol style="list-style-type: none"> 3. Toma de conciencia: de los valores a menudo muy diferentes relativos a una decisión dada. 4. Capacidad de razonamiento: para analizar las diferencias existentes entre los valores. 5. Conocimiento: de los valores que pueden ser relevantes respecto a una decisión dada (incluyendo la evidencia basada en la investigación). 6. Capacidad de comunicación: para comprender los valores y resolver los conflictos.
Investigación La práctica asistencial basada en valores y la práctica asistencial basada en la evidencia actúan en conjunto
<ol style="list-style-type: none"> 7. Principio de «los dos pies»: todas las decisiones están fundamentadas en hechos y en valores. 8. Principio de «la rueda que chirría»: tendemos a considerar los valores sólo cuando entran en conflicto. 9. Principio del «motor científico»: el conocimiento científico progresivo crea nuevas posibilidades de elección en la asistencia sanitaria; en las posibilidades de elección se incluyen los valores.
La práctica basada en valores está fundamentada en la colaboración entre las partes que toman decisiones.
<ol style="list-style-type: none"> 10. Una nueva alianza: las organizaciones basadas en valores definen las políticas que apoyan la colaboración entre las distintas partes implicadas en los procesos de toma de decisiones relativas a la salud.

La medicina occidental se caracteriza desde hace milenios por considerar que una buena práctica clínica será la manifestación de una sólida base ética, que se refleja a su vez en cualquier tipo de ciclo de planificación. Creo que fue Alberto Einstein quien sugirió que: «*El intelecto tiene una vista muy fina para el método y la técnica pero está ciego respecto a las intenciones y los valores*». La transformación moderna y postmoderna consiste, en mi opinión, en la internalización de los princi-

pios éticos directrices, sobre todo a partir de la II Guerra Mundial. No es necesario enumerar o desarrollar todos o uno cualquiera de ellos, suficientemente accesibles y conocidos en sus pronunciamientos, sino recordar como ejemplo un párrafo de la Declaración de Madrid de la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) de 1996: *«En la medicina se combinan el arte de curar y la ciencia. Donde mejor se refleja la dinámica de esta combinación es en la psiquiatría, la rama de la medicina especializada en el cuidado y la protección de aquellos que padecen a causa de enfermedades o minusvalías mentales. Aún existiendo diferencias culturales, sociales y nacionales, es imprescindible y necesario el desarrollo de una conducta ética universal...»*, (los psiquiatras) *deben defender la igualdad en el acceso al tratamiento por parte de los enfermos mentales, tanto por motivo de justicia social como de equidad»*.

Los psiquiatras deben esforzarse para conseguir una continuada asistencia de elevada calidad y basada en la *lex artis* y en los conocimientos científicos más reconocidos por la comunidad científico-asistencial. En la declaración de consenso acerca de la globalización y de la salud mental de la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría, en 2002⁶⁰, derivada de la anterior Declaración de Madrid, se insiste en la implicación de los psiquiatras en defensa de la igualdad de oportunidades de los pacientes en recursos de todo tipo, sobre todo de los terapéuticos más adecuados, congruentes con los fundamentos científicos-tecnológicos y con los principios técnicos aceptados. De nuevo se unen los valores morales, ciudadanos y de la salud en función de las actitudes filosóficas y antropológicas previas, que pueden resumirse, entre otras, en concepciones humanitarias, pragmático-utilitaristas, constructivistas de derechos, y equitativas y epiqueyicas, en la búsqueda de una distribución mejor y más individualizada del cuidado de las capacidades de la salud mental. Parece recomendable que cada cual en estos campos exprese sus ideas y creencias previas, o si se prefiere de las que parte, para llegar a alcanzar una cierta claridad ético-deontológica, más en un mundo «globalizado» en el que pugnan las visiones absolutistas de derechos y deberes iguales para todos y las relativistas. En todo caso parece razonable una perspectiva de búsqueda de consenso de valores universales comunes en las normas éticas y morales, con un desarrollo consecuente, aunque heterocrónico, de las recomendaciones y regulaciones legales internacionales. El Comité Internacional de Bioética de la UNESCO insiste, entre otras consideraciones, en que la salud tiene un doble valor moral: es esencial para la calidad de vida y para la vida misma, y es instrumental como una precondition para la libertad⁶¹.

Sin necesidad de remontarse a los orígenes, de los que siempre algo se aprende, sin acudir al debate filosófico sobre la esencia y la existencia de la Psiquiatría del pasado siglo, desde Freud y Jaspers a Eccles y Popper, aún de actualidad, merece la pena recordar que este interés por la Psiquiatría filosófica, aunque no sólo, sigue persistiendo en los centros y países creadores y con capacidad inventiva^{62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69}. Sin ir más lejos Kendler^{70, 71}, este mismo año, ha planteado su proyecto *«Hacia una estructura filosófica de la Psiquiatría»*, enfrentándose a dos cuestiones básicas: *«¿Cómo se interrelacionan mente y cerebro?»* *«¿Cómo podemos integrar las múltiples perspectivas explicatorias de las enfermedades mentales?»*. Plantea y defiende ocho proposiciones, a saber:

1. La psiquiatría se fundamenta irrevocablemente en experiencias y vivencias mentales en primera persona.
2. El dualismo substancialista cartesiano es falso.
3. El epifenomenalismo es falso.
4. Ambas causalidades cerebro → mente y mente → cerebro son reales.
5. Los trastornos psiquiátricos son etiológicamente complejos y no podemos esperar que se harán más descubrimientos del tipo «espiroqueta → parálisis general progresiva», que expliquen sus orígenes en términos simples.
6. El pluralismo explicativo es preferible a las aproximaciones explicativas monistas, especialmente el reduccionismo biologicista.
7. La Psiquiatría necesita moverse desde una «batalla de paradigmas» pre-científica hacia una aproximación más madura, que abarque la complejidad a lo largo de modelos plurales y con rigor empírico.
8. Finalmente, tenemos que aceptar un «reduccionismo remendón o desigual» (*patchy reductionism* de Schaffner⁷², 1994), con el fin de conseguir una integración pieza a pieza o poco a poco, probando explicar las complejas vías etiológicas de las enfermedades mentales paso a paso.

K. S. Kendler⁷³ ha insistido también recientemente en su crítica metodológica a la genética psiquiátrica en la necesidad de una integración de paradigmas en que: «*se logra un marco general de pluralismo explicativo, que tiene en cuenta diversas explicaciones reduccionistas de diversos grados de complejidad biológica y psicosocial*», (p. 193).

De nuevo los órdenes y niveles de realidad. Entre ellos los de la realidad real, realidad existencial individual y colectiva alienada o no, de datos y hechos, incluidos los subjetivos. Para el médico filósofo, en el mundo helénico semejante a los dioses, la búsqueda de las últimas causas y realidades tras las apariencias. Para el médico clínico la búsqueda de los remedios y cuidados inmediatos e individualizados. Para el médico científico la búsqueda de las piezas que permiten ajustar y completar el mosaico de una enfermedad, síndrome o trastorno, e incluso de una teoría real de la mente. De nuevo, también, parece conveniente reflexionar sobre los límites y limitaciones de nuestros conocimientos y saberes, y por el momento, exigir lo que se puede.

Deontología, Ética y Psiquiatría

«Una vez lanzada una hipótesis, sin embargo, la actitud del científico no tiende a verificarla o a justificarla sino todo lo contrario: a intentar echarla abajo, a demostrar que no es verdad contrastándola desde todos los puntos de vista con los hechos. Sólo una hipótesis que resista todos nuestros esfuerzos por refutarla podrá ser considerada como válida. Se trata pues, en la práctica científica como en la moral, de optar antes de saber, de comprometerse sin adherirse, de actuar y tomar posiciones prematuras o provisionales, que sólo vaga e intuitivamente creemos justas, pero que, una vez tomadas, procuraremos por todos los medios relativizar».

RUBERT DE VENTÓS, X: *Éticas sin atributos*, pp. 122-3. Barcelona, Anagrama. (1994).

El término de «ética» fue creado por Aristóteles, quizás el psicólogo racional de mayor influencia durante mayor tiempo en la civilización occidental, incluyendo

la universitaria y facultativa. El de «bioética» parece ser que fue utilizado por primera vez por el biólogo Van Rensselaer Potter, en 1970 y 1971, para referirse a las nuevas necesidades planteadas por los avances científicos, preocupado por la supervivencia de la especie humana y su calidad de vida. Los estatutos de la Asociación Internacional de Bioética la definen como «*el estudio de los temas éticos, sociales, legales, filosóficos y otros relacionados, que surgen en el cuidado de la salud y en las ciencias biológicas*». En su sentido más amplio incluye desde la ética médica, de las organizaciones sanitarias, de la economía de la salud, etc., hasta la ética de las manipulaciones genéticas, del medio ambiente, de los alimentos y de la biosfera. La deontología expresa las exigentes autorregulaciones y deberes autoimpuestos por los médicos, en nuestro caso occidentales y desde hace milenios. Un desarrollo de estos aspectos relacionados con la Psiquiatría daría para algo más de un máster.

La simple enumeración de algunos retos del futuro haría retornar las éticas de los principios, quizás con un cierto desequilibrio acerca de las éticas de las responsabilidades y consecuencias. Algunas ideas han surgido ya y se infiltran a lo largo de estas páginas. Sirvan de ejemplos las consideraciones genéticas tales como: la salud humana prima sobre la ciencia, y, en consecuencia, las investigaciones clínicas sólo se realizarán tras evaluar los riesgos derivados de la misma y si la población resulta beneficiada; en este ámbito la ética es más exigente que las normas garantistas; la historia clínica no debe convertirse en una red de información; el secreto profesional del médico debe regularse normativamente, tomando como objetivo las sociedades más avanzadas, etc.

Es previsible un desarrollo futuro deontológico, ético y legislativo cada vez más abrumador para el psiquiatra, aunque quizás menor en relación con otras especialidades médicas. Parece relevante ir introduciendo estas cuestiones, problemas y conflictos en los diferentes niveles de formación, tanto de pregrado como de postgrado, y, por supuesto, en la formación profesional continuada, intentando identificar, y si es posible solucionar, los dilemas generales, específicos o especializados, en la práctica clínica cotidiana, donde con frecuencia el mayor obstáculo a su desarrollo consiste en la excesiva presión docente y asistencial, según las etapas en las que se encuentre el alumno, el psiquiatra en formación o el profesional⁷⁴. Como uno de los estímulos más importantes pudiérase recordar que toda sociedad civilizada establece estrategias de afrontamiento y resolución a los problemas científico-tecnológicos que desarrolla, creando así mismo una deontología, ética y moral ciudadanas. De nuevo los ejemplos en el desarrollo de las éticas en los tiempos hipocráticos y aristotélicos suponen la culminación de una civilización helénica, cuyos principios aún perduran en muchos casos. En otras palabras, una sociedad vive también de sus principios con sus responsabilidades y consecuencias. M. Cruz²⁷ recuerda que: «*La subjetividad de la que habla la filosofía (o el sujeto moral del que trata una parte de la misma) no es una estancia menor, técnica. No es meramente el agente al que atribuimos la significatividad de las diferentes acciones. Es más que la instancia a la que atribuir los eventos: es alguien que se hace cargo de su propia vida, hasta el límite máximo que seamos capaces de pensar. A él le pertenece todo cuanto ocurre, incluido él mismo*», (p. 138). Desde otra perspectiva Searle⁷⁵ establece el siguiente razonamiento:

«Hay un x tal que:

1. x es consciente.
2. x persiste a lo largo del tiempo.
3. x es capaz de decidir, iniciar y llevar a cabo acciones, bajo la presuposición de libertad.
4. x opera de acuerdo con razones bajo las constricciones de racionalidad.
5. x es responsable de, al menos, parte de su conducta».

Cualquier médico que haya alcanzado el final de su vida profesional puede comprobar los cambios, y, a veces, avances en estos ámbitos en el último medio siglo español. Quizás se puedan sugerir como perspectivas de futuro disponer de una red interactiva de comunicación profesional de estos temas, de fácil acceso tanto a nivel individual como institucional u organizativo, e incluso desarrollar procedimientos y asesoramiento y ayuda profesional. Se podría iniciar esta red con los comités de ética hospitalarios o de área, los de ensayos clínicos o de investigación clínica del SNS y de los Servicios Regionales de Salud acreditados ante la Agencia Española del Medicamento, como los de las dos áreas de salud y de la Facultad de Medicina de Valladolid, así como con otras redes universitarias y sociales, y por supuesto, la creación de unidades de bioética y orientación sanitarias de ámbito comunitario que desarrollen el contenido de la ley 41/2002, de Autonomía del Paciente. En todo caso existen numerosos organismos internacionales donde acceder a este tipo de información, entre otros: www.coe.int, http://europa.eu.int/comm/european_group_ethics/, www.bioetica-web.com, www.wma.net, www.ccne-ethique.fr/, www.fcs.es, www.unav.es/cdb/medicinavida1.htm#medicinavida1, etc.

Sin necesidad de remontarse a tradiciones occidentales milenarias, la CNEP recuerda que también la legislación vigente contempla los tratamientos involuntarios. Los trastornos mentales graves pueden acompañarse de una falta de conciencia de enfermedad y de contacto con la realidad. En consecuencia son fuentes potenciales de daño al propio enfermo y a terceros, por lo que a veces es necesaria la aplicación de tratamiento involuntario bajo las normas legales establecidas al respecto. La determinación de enfermedad mental debe ser realizada de acuerdo con los requisitos médicos internacionalmente aceptados y estandarizados y con las garantías éticas promulgadas; en concreto con la Resolución 46/119 de las Naciones Unidas de 18 de febrero de 1992 sobre «Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental», las declaraciones de Hawai I y II de 1977 y la de Viena de 1983, así como la Declaración de Madrid de 1996 y documentos anexos de la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP), incluyendo las normas para situaciones específicas del Comité de Ética de la AMP, por ejemplo sobre la eutanasia, la tortura, pena de muerte, selección de sexo, trasplante de órganos, y sus previsibles desarrollos futuros acerca de las normas éticas de las psicoterapias, las relaciones con la industria farmacéutica, la economía de la salud, y tantos otros aspectos a desarrollar en el futuro. Parece más adecuado que exponer el texto de estos y otros códigos –como la Declaración de la Sociedad Internacional de Bioética, en Gijón, de junio de 2000, el Convenio para la

protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y medicina del Consejo de Europa de 1997, etc.– volver a recomendar su lectura reflexiva, y, por qué no, crítica.

La CNEP actual llama también la atención sobre los límites del amplio campo de la Psiquiatría en la sociedad recordando que: *«Las disfunciones morbosas se solapan parcialmente con desviaciones de experiencias personales y de comportamiento social que dependen de rasgos normales de la personalidad y del estilo de vida. Aquí, los límites de la normalidad y anormalidad no pueden ser definidos estrictamente. Si esto es así para el profesional, lo es más aun para los que no lo son. Esto hace que a los sistemas sanitarios acudan personas sin una clara patología, pero sí con un grado elevado de sufrimiento. Es función del psiquiatra estar atento a esta demanda, que afecta a todo el sistema, no sólo a la asistencia psiquiátrica. Ha de hacerlo por una serie de motivos diferentes: para evitar psiquiatrizar problemas de la vida cotidiana, para aliviar el sufrimiento y la discapacidad de los afectados, y en ocasiones de sus familiares, para prevenir en lo posible una evolución hacia estadios más graves y claramente patológicos, para informar y educar a la población en general y para combatir el estigma que pesa sobre la enfermedad mental, los que la padecen, sus allegados y todos los que trabajan en este campo. Los psiquiatras, así como el resto de los profesionales implicados en la salud mental, tienen que colaborar para aportar la suficiente información a los responsables de la Administración del Estado y llamarles la atención sobre las necesidades en este campo y orientarles en cuanto a una mejor racionalización de los recursos».*

Investigación clínica continuada

El programa formativo de investigación tiene como objetivo que el MIR en formación en la especialidad de Psiquiatría adquiera las competencias reseñadas, en las áreas de «actitudes», «conocimientos», «destrezas», y debe incluir una formación teórica y práctica, tal y como recomienda la Comisión Nacional de la Especialidad. Se pueden diferenciar dos grandes aspectos: contenidos y metodología. Respecto a los contenidos todo psiquiatra en formación debiera ser capaz de evaluar el estado de un problema clínico en cualquiera de sus vertientes teórico-prácticas, identificar su importancia y oportunidad, así como conocer el manejo de los instrumentos y procedimientos de investigación en un trabajo en equipo. Respecto a los métodos, es una opinión personal, se deben manejar tanto los denominados humanísticos, científico-espirituales, bioantropológicos, o como quiera llamárseles, al mismo tiempo de los métodos científico-tecnológicos. Quizás valga la pena insistir en este nivel de formación postgraduada en el diseño y ejecución de proyectos tutorizados, revisados por el llamado sistema de «evaluación por pares» y presentados en revistas o instituciones nacionales e internacionales. Por supuesto, la realización de tesina y tesis de doctorado han de ser otras de las obligaciones autoimpuestas de las unidades docentes de Psiquiatría.

La investigación médica básica se realiza en diversas instituciones, universitarias o no. La investigación clínica es una de las de mayor impacto de nuestro país,

y más específica y preferentemente la de los hospitales, centros y unidades del Sistema Nacional y de los Sistemas Regionales de Salud, siempre expuesto de forma esquemática. En general la investigación española tiene un nivel de contenido científico técnico medio y durante décadas se ha propuesto incrementar la I+D+i. El porcentaje de PIB se reparte en un 51% a cargo del sector privado y un 49% del público, cuando parece más adecuado que el primero alcance o supere los dos tercios y se mejore la colaboración entre ambos. Se estima que un 14,13% del gasto español del I + D se dedica a la biomedicina, con el mayor crecimiento porcentual. En los últimos años se ha producido también un tibio incremento de los presupuestos destinados a tales fines, aún alejados de los promedios de los de la UE y en relación con otros indicadores no sólo económicos.

Otra perspectiva de futuro parecer ser la valoración de la innovación incremental en la financiación selectiva de fármacos, que supere otras tradiciones más arbitrarias. En este sentido parece oportuno reiterar que la industria farmacéutica es el sector que más colabora en la investigación clínica –un 18% del gasto total– de nuevas medidas farmacológicas en centros públicos, preferentemente hospitalarios y universitarios. La formación continuada, quizás mejor permanente, es, a veces, autodidacta; otras, autónoma en los equipos de trabajo ambulatorios u hospitalarios; en otros niveles dependen de las iniciativas de la industrias farmacéuticas, de las sociedades científicas y de los colegios de médicos. No se trata aquí de recoger informes, recomendaciones, modificaciones de planes de estudios o de proyectos foráneos. El pasado no realizado se hace futuro presente.

La investigación clínica psiquiátrica, tanto de área sanitaria como primordialmente en hospital general o complejo hospitalario con Departamentos o Servicios de Psiquiatría con unidades docentes y de investigación, es otra de las «asignaturas pendientes» a desarrollar aún más en el futuro. Nunca se insistirá bastante en la conveniencia del trabajo interespecializado en equipo, en la necesidad de disponer de unidades de investigación clínica hospitalarias de alto nivel en redes solidarias de competencia y apoyo, en la conveniencia de ir educando tanto a la sociedad como a los jóvenes médicos en formación, en la necesidad, y no solo conveniencia, de que la investigación clínica debe acompañar al médico a lo largo y a lo ancho de toda su vida profesional. Los contenidos son innumerables y crecientes, según algunos autores de forma exponencial en las últimas décadas y en las proyecciones de futuro. Sin entrar en cuestiones específicas, parece recomendable enumerar los estudios sobre prevención, tratamientos, medios instrumentos diagnósticos, pronósticos y evolutivos, etiopatogenia, feno y genotipos de enfermedad o trastorno, coste-efectividad de las intervenciones cotidianas, mejoría de la calidad de la red asistencial, educación continuada y tantos otros, sugeridos, o no, en estas páginas.

«No hay que irritarse con las cosas,
pues nada a ellas les importa».

EPICETEO: *Disertaciones*, IV, 6, 20. Cf. SSR, V, fr. 28.

Algunas ideas básicas sobre Salud Pública

La salud y la enfermedad se encuentran entre los fenómenos históricos más antiguos de las sociedades humanas, incluyendo la llamada paleopatología. Es tal su importancia que hace décadas Winslow⁷⁶ los consideró una expresión del proceso de adaptación, o no, del ser humano a una naturaleza y ambiente hostiles. Más recientemente H. Jonas^{77, 78, 79} postula su imperativo ecológico a la manera kantiana, desarrollado con un cierto consecuencialismo maxweberiano: «*Obra de tal modo que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de una auténtica vida humana... Que no pongas en peligro las condiciones de la continuidad indefinida de la humanidad en la Tierra*», (p. 40). Como en tantos otros ámbitos de la Medicina se trata de unos términos complejos, heterogéneos y con múltiples aproximaciones a los intentos de definición, al parecer insatisfactorios cuando se cambia de perspectiva o de referencia. Algo semejante ocurre con los numerosos criterios de normalidad, anormalidad, desviación, anomalía, perturbación, trastorno y tantos otros. En otras palabras, no se trata de un problema específico de la Psiquiatría. Para comprender esta diversidad de interpretaciones acerca del contenido que encierran los conceptos de salud y enfermedad, sería necesario discurrir de nuevo por la llamada *Begriffgeschichte* o historia de las ideas y términos de las ciencias sociales o del espíritu. Además, es preciso considerar las diferentes épocas y los distintos lugares en que fueron propuestos, así como la propia formación científica, cultural e ideológica del profesional de la salud que las emite, y que de una forma específica se recogen, si bien de modo insatisfactorio, o si se prefiere incompleto, en los Manuales de Diagnóstico Estadístico de la Asociación Americana de la Psiquiatría (DSM-III, DSM-IV y DSM-IV-TR, de la APA) y en las CIEs de la OMS. Además no es preciso recordar que la psiquiatría moderna ha sido social desde sus orígenes⁸⁰.

Durante siglos la salud, quizá mejor el estado de salud, fue sinónimo de ausencia de enfermedad. El quehacer del médico se refería al aspecto físico, somático, orgánico de la enfermedad y sus complicaciones, orientando su fin a la curación, con un modelo médico en el que predominaban los juicios clínicos clásicos: diagnósticos, pronóstico-evolutivos y terapéutico-rehabilitadores. La salud podía considerarse entonces como un término negativo, en cierto modo limitada a la profesión, que sólo se dedicaba al arte y a la técnica de curar. Sin embargo, definir la salud en términos negativos no parece ser útil en las sociedades avanzadas, ya que exige delimitar lo más claramente posible aquello que se considera normal y patológico, es decir, unos criterios clínicos lo más objetivos y discontinuos o categoriales posibles, todo lo cual depende del objeto de estudio médico, de lo subjetivo de numerosos aspectos de enfermar humano, de los conocimientos en técnicas médicas

en un contexto histórico determinado y de otros múltiples factores a evaluar tanto por las ciencias de la naturaleza como por las del espíritu.

La definición de salud más citada parece ser la de la Organización Mundial de la Salud que en su Carta Magna de 1946 la consideró como: «*El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*». Entre los aspectos innovadores destacan en primer lugar el aspecto afirmativo o positivo óptimo, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades, términos por lo demás bastante complicados de definir operativamente en muchos casos; en segundo lugar, rebasa los aspectos orgánicos y se refiere a un estado de completo bienestar físico, anímico y social, de donde surgirán con posterioridad las conocidas dimensiones bio-psico-sociales de Engel⁶⁶, tan utilizadas pedagógicamente. Al mismo tiempo presenta numerosos aspectos criticables: Equipara «bienestar» a la «salud», lo cual no es así en numerosos estados morbosos psiquiátricos; por ejemplo, el drogadicto se sentirá bien en la fase de la administración de la droga, el maniaco en la de exaltación y euforia, y así sucesivamente. Es una definición utópica, que expresa más un deseo que una realidad tanto individual como colectiva y socialmente. Es estática, ya que sólo considera como personas con salud a las que gozan de un completo bienestar somático, mental y social, sin tener en cuentas las dimensiones diacrónicas y sincrónicas, homo y heterotípicas, del proceso morbooso. Difícilmente se encuentran en la realidad humana estados de salud «completos». Además, se vivencian con todos los registros de lo imaginario, de lo neurótico a lo psicótico, de lo hipocondríaco a lo anosognóstico o ausencia de conciencia de enfermedad, con errores y falsos reconocimientos, que no se solucionan con prédicas de cosmopolitismo huero. Cuanto más humana es la enfermedad más ambiguos son síntomas y signos. Olvida el cuidar y reparar. Por último y sin ánimo de agotar el tema, insiste en los aspectos subjetivos, pero limita los objetivos, a los que, por una parte, debe tender toda ciencia y técnica, y por otra, pueden intentar objetivarse por medio de la evaluación de la capacidad de funcionamiento en diferentes grados de cada paciente.

Quizás por ello, la misma OMS incluye a partir de la CIE 10^{915 a 20} en su clasificación triaxial las deficiencias, discapacidades y minusvalías. El primer eje se destina a los diagnósticos clínicos. El tercero a los factores ambientales y circunstanciales, junto con los problemas derivados del estilo personal de vida y de los patrones de comportamiento que se consideran contribuyen de manera significativa a la génesis, presentación, curso, y finalización, o que son importantes para el tratamiento, recuperación o rehabilitación de los trastornos mentales y somáticos registrados en el eje I, o que tienen una clara relevancia para el cuidado clínico y sanitario de un estado morbooso acaecido en el curso de una enfermedad. En el eje II se valoran las discapacidades en relación a las tareas y funciones que se espera que realice cada individuo concreto en su situación sociocultural específica. Para evitar discrepancias en el uso del término discapacidad, se han ido tipificando por aproximaciones sucesivas su significado médico en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*). Merece la pena recordar que en el contexto de una experiencia sanitaria una deficiencia es cualquier pérdida o anomalía

dad de una estructura anatómica o de una función fisiológica o psicológica; discapacidad cualquier restricción o falta de capacidad para llevar a cabo una actividad de la manera o con el nivel considerado como normal para un individuo en sus situación sociocultural específica; minusvalía es el obstáculo como resultado de las anteriores que limita o impide completar el papel considerado normal en función del clásico esquema biopsicosocial. Los últimos DSM de la APA^{21 a 24} insisten entre sus criterios diagnósticos, tanto en las características evolutivas y socio-culturales como en la afectación funcional y en el deterioro, término este último que parece oportuno adjetivar para perfilar su contenido semántico, ya que puede ser funcional, orgánico, psiquiátrico, neuropsiquiátrico, psicométrico, neuropsicológico, laboral, socio-cultural, económico, etc.

Aunque encuestas acerca de la epidemiología de los trastornos mentales se han venido realizando desde mediados del pasado siglo, y mucho antes, los estudios con métodos e instrumentos comunes como el DIS (*Diagnostic Interview Schedule*), y más recientemente el CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*), recomendados por la OMS, se iniciaron en la década de los ochenta y continúan utilizándose, sobre todo para establecer datos comparativos entre diversos continentes y países.^{81, 82, 83, 84, 85, 86} El grupo de trabajo o consorcio de encuestas de salud mental de la OMS ha estudiado recientemente la prevalencia, gravedad o intensidad y las necesidades no satisfechas de tratamiento de los enfermos mentales en ocho países desarrollados y seis menos desarrollados de los cinco continentes entre 2001 y 2003, con la CIDI aplicada al principio y final de un año y los criterios diagnósticos de DSM-IV en una población normal de 60.463 sujetos⁸¹. En relación con España la prevalencia anual de trastornos de ansiedad (5,9) fue la menor después de Italia (5,8); de trastornos afectivos (4,9) tras Alemania (3,6) e Italia (3,0); de trastornos de control de impulsos (0,5) en análogo orden de ambos países (0,3); de drogadicciones (0,3) a continuación Italia (0,1); y de los demás trastornos psiquiátricos también sin diferencia estadística con los países de menor prevalencia, en este caso Alemania, con 9,2 y 9,1 en España. Algo semejante ocurre con la evaluación de la gravedad de los trastornos, que como es natural se asocia con las demandas de tratamiento, que en los países desarrollados sólo alcanza rangos entre el 74,5% y el 49%, 64,5% para España, que sigue ubicada en un lugar privilegiado, aún mayor en relación con países de otros continentes. Por supuesto, tomados en conjunto los resultados son más dispersos, pero permiten consideraciones socio-psiquiátricas interesantes; por ejemplo, entre el 35,5% y el 50,3% de los casos graves en los países desarrollados y entre el 76,3% y el 85,4% en los menos desarrollados, no han recibido tratamiento psiquiátrico en los doce meses anteriores a la realización de la encuesta.

En resumen, y sin entrar en mayores profundidades⁸⁷, debe intentarse especificar respecto al término «salud» la perspectiva perceptiva y representacional del estado de bienestar; la perspectiva funcional o de capacidad en el cumplimiento de las funciones y tareas en las que está preparado; la perspectiva adaptativa a su contexto humano y a su entorno; hasta los enfoques dinámicos, tanto objetivos como subjetivos. Que sea cual sea la definición de «salud» que se adopte, para que esta se produzca parece ser necesario una armonía de los diversos niveles individuales, así

como un estado de equilibrio entre cada ser humano, su ambiente y la sociedad en la que se integra, que solo artificiosamente pueden separarse. De aquí puede deducirse que para que se produzca el estado de salud es necesario un mínimo desarrollo cultural, económico y social; éste no se alcanzará sin la intervención activa de una comunidad sana, integrada por personas que convivan bajo una forma de organización y cohesión social adecuadas y adaptativas, para cuyos individuos el derecho a la salud es natural, social y legal, tal como lo reconocen las normas nacionales e internacionales en la mayoría de los países, al menos desde un punto de vista teórico.

La salud mental es un estado de bienestar en el que el individuo reconoce sus capacidades, puede superar los acontecimientos normales de la vida, trabaja de manera productiva y realiza contribuciones a su comunidad de origen o pertenencia. Baca⁶³ ha realizado un planteamiento actual sobre *Los límites de la Psiquiatría: Entre la demanda de curación y la búsqueda de la felicidad*, llamando la atención sobre los conceptos de salud de la OMS y su repercusión en las expectativas y en las demandas de la población, así como sobre el salubrismo como pensamiento utópico. En sus propias palabras: «*Como consecuencia, querida o no, se ha generado y ampliado todo un comercio que se plantea alrededor de “los sanos”, dando una falsa imagen de posibilidades ilimitadas y promocionando la idea de que todo tiene remedio técnico. Lo que nadie parece haber pensado es que tales expectativas han abierto la caja de Pandora: cuando se promete hay que cumplir y precisamente los que pedirán (exigirán) con más fuerza dicho cumplimiento serán los que tendrán menos razones para exigirlo. De ahí la cantidad de recursos que destinan a estos “no pacientes exigentes” en detrimento generalmente de los pacientes con necesidades constatables (necesidades “clásicas”) que paradójicamente exigen menos*», (p. 564).

No se insistirá bastante en el hecho real en las últimas décadas y previsible para un futuro inmediato acerca del incremento de la prevalencia y de los patrones de demanda asistencial de las enfermedades mentales, trastornos de la personalidad y del comportamiento, por múltiples razones, entre otras, las relacionadas con las condiciones sociales, económicas y culturales. Estas matrices ideales dejan de satisfacerse en la práctica por múltiples causas y motivos, que encierran círculos viciosos en vez de virtuosos. Sarraceno⁸⁸, entre otros, ha mostrado que pobreza y enfermedad mental se relacionan y se afectan mutuamente de forma negativa, así como la existencia de edades y etapas de la vida marginadas, sobre todo las primeras y las últimas. El Banco Mundial ha realizado diversos informes relacionando variables socioeconómicas con mortalidad y morbilidad, incluidas las psiquiátricas^{84, 85}. Más recientemente, este mismo año, Okasha⁸⁹ presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, tratando las relaciones entre la globalización y la práctica clínica psiquiátrica escribió: «*El incremento en la diversidad étnica y cultural de los usuarios de los servicios psiquiátricos ha dado lugar a una gama más amplia de actitudes y creencias en relación con la enfermedad mental. El aumento en la diversidad étnica y cultural de los profesionales de la psiquiatría ha ampliado la gama de enfoques y creencias en relación con la salud mental. En los países desarrollados, el incremento en las tasas de migración ha inducido un aumento de los trastornos mentales relacionados con la propia inmigración. En los países que se están desarrollando con rapidez, los cambios socioeconómicos y los acontecimientos vitales han producido*

un incremento en la prevalencia de las enfermedades vitales. En todos los países, el desarrollo de la tecnología ha dado lugar a un incremento de la información relativa a la oferta de servicios asistenciales, lo que ha inducido un incremento de su demanda. Finalmente la globalización ha contribuido a la implementación o fortalecimiento de protocolos internacionales sobre formación en psiquiatría, política en salud mental y protección de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos. También ha obligado a una revisión detallada del concepto de capital social y de su influencia sobre la salud mental de los distintos grupos de población».

Bhugra y Mastrogianni recuerdan algunos de los usos y abusos del término «globalización» y de las dificultades de encontrar una definición del mismo comúnmente aceptada, remitiéndose a los más diferentes tipos de criterios —económicos, políticos, sociales, culturales, tecnológicos, etc.— sin profundizar en ninguno de ellos⁹⁰. Desde nuestro punto de vista son especialmente importantes en este contexto las consideraciones acerca del vínculo, la identidad y la educación, en nuestro caso en salud mental, porque a través de ellas, y de otros procesos intermediarios, afectan a los pacientes, y en especial a aquellos que tienen mayores riesgos y vulnerabilidades. Tampoco deben de olvidarse los determinantes ignorados de la salud de las naciones ricas y pobres^{91, 92, 93, 94}.

En las denominadas ciencias de la vida y de la salud, en todo caso en los estudios de Medicina, se buscan siempre los conocimientos científicos referidos a una época. Con frecuencia se olvidan y reprimen los saberes humanos, humanistas, científico-espirituales, bioantropológicos, bioéticos y tantos otros, que en contra de todos los principios tienden a infinitos y transfinitos caóticos. A lo largo de toda una vida el maestro intenta transmitir estas intuiciones. Además ha de ser capaz de enseñar la razón teórica y la razón práctica de sus conocimientos y saberes.

La línea directora ha sido recordar que, como las leyes y las normas, los hombres eligen a otros hombres que legislen y les proporcionen modelos, pero éstos troquelan o acuñan a aquellos, es decir, les dan valor o les desvalorizan. Unos y otros son perceptibles. La búsqueda de sentido y significado del comportamiento, el espíritu científico, y por ende crítico, la interpretación pública de las acciones humanas, entre otras cualidades, quizás hagan que nos disculpen y entiendan mejor nuestras acciones las generaciones futuras.

Nuestro siglo es aún demasiado joven como para proporcionar una perspectiva histórica y antropológica de referencia. Parece como si las épocas de los grandes hombres hubiesen dado paso a la de los hombrecillos, y esta a la de los seres humanos perplejos y sin guía, encerrados en su microcosmos de interpretaciones y hechos aislados, carentes de una visión englobante más allá de la masa virtual. Sin embargo, esta valoración es una ilusión, o mejor, una alucinación cultural. Tengo para mí de nuevo, y espero que lo compartan, que jamás en la historia se ha expandido tanto el conocimiento objetivo y subjetivo de la realidad y los límites de cognoscibles humanos. De algunos de ellos, con todas mis limitaciones, se intentará sugerir su futuro presente en relación con el tema propuesto. Otros aspectos, al menos tan apasionantes, se habrán de dejar para mejor ocasión.

Modelos asistenciales y Salud Pública

«Frente al río Ganges de los derechos humanos se yergue el Himalaya de los deberes».

N. K. GANDHI: *La voz de la verdad*. Newton & Compton, Roma, 1991. Citado por: Rita Levi-Montalcini. *Tiempo de cambios*, p. 81. Península, Barcelona, 2005.

Introducción

El origen mágico, mítico o religioso de la enfermedad, incluso como pecado actual –es decir, que actúa en un creyente determinado y a través de milenios de historia– se transforma en el milenario y democrático arte clínico y la ciencia o técnica hipocrática en el productivo principio según el cual ninguna enfermedad tiene un origen más mágico que las otras, arrojando fuera de la *thekné iatriké* a todos aquellos trastornos –horrible e indiferenciado «palabro» psiquiátrico– que son tan actuales en las diferentes acepciones de aquel término, que inundan y se esconden tras los innumerables códigos especiales, o como quiera llamárselos, de las clasificaciones de enfermedades, y que encierran los temores, pasiones y voluntades primitivas y primigenias del pobre ser humano. De nuevo todo ello no tendría gran importancia sino fuera porque los recursos individuales y colectivos del psiquiatra y de las redes asistenciales de cualquier comunidad, región, nación, país o estado son limitados y deben encuadrarse en el marco de referencia de otro «palabro» de moda, que en sus orígenes fue una nueva ciencia humana desarrollada por el médico Aristóteles: la bioética. En un salto histórico de más de dos milenios y medio me permito recordar cual es la matriz de principios o de postulados interrelacionados y contradictorios a veces, que configuran nuestros deseos éticos en la asistencia psiquiátrica. Merece la pena traer a colación que la continuidad terapéutica es sólo uno de los *nueve principios éticos básicos de la ACE*, acrónimo inglés de las tres triadas de la tabla siguiente de «*La Matriz de la Salud Mental: Manual para la mejora de servicios*» de G. Thornicroft y M. Tansella⁹⁵; aunque según un reciente informe de la ONG *Active Citizenship Network* sobre el «Pertrechamiento de la Carta de los Derechos de los Pacientes», de 2005, en trece de los quince socios de la UE se siguen mostrando obstáculos generalizados en la accesibilidad a los recursos sanitarios europeos por parte de sus ciudadanos; o que la efectividad y la eficiencia, pueden llegar a ser contraproducentes en la práctica al desmotivar, fatigar, e incluso «quemar» al personal sanitario cuidador, carecen de sentido sino se comprenden globalmente con los restantes, tal y como se recogen en el esquema siguiente:

Autonomía (<i>Autonomy</i>)	Continuidad (<i>Continuity</i>)	Efectividad (<i>Effectiveness</i>)
Accesibilidad (<i>Accessibility</i>)	Coordinación (<i>Coordination</i>)	Equidad (<i>Equity</i>)
Responsabilidad (<i>Accountability</i>)	Globalidad (<i>Comprehensiveness</i>)	Eficiencia (<i>Efficiency</i>)

Estudios epidemiológicos en los EE.UU. y Holanda, sugieren que entre el 30% y el 40% de los pacientes no reciben una asistencia de acuerdo con la medicina actual, e incluso entre el 20% y el 25% de los cuidados son innecesarios⁹⁶. Todo ello requerirá el desarrollo de una ciencia prospectiva interdisciplinaria del pertrechamiento y evaluación de los sistemas asistenciales de tipo teórico-práctico, que limite las deficiencias de las estimaciones actuales.

Modelos asistenciales

La historia de los modelos asistenciales es parte de la historia de la Psiquiatría. De forma muy resumida y en nuestra Comunidad Autónoma pueden intentarse clasificar en una dimensión o espectro, que va desde la Psiquiatría del hospital general, sea este universitario o no, a la Psiquiatría comunitaria, dando por superado el multicentenario modelo nosocomial o centrado en el hospital psiquiátrico. Ambos no son incompatibles y coexisten con diversos niveles de desarrollo asistencial y científico-tecnológico en nuestras áreas sanitarias. Aunque parezca una iteración, nunca se insistirá bastante en considerar que todas las situaciones clínico-asistenciales psiquiátricas son complejas y que se debe de huir de toda forma de reduccionismo.

Otro de los rasgos del futuro de la Psiquiatría es su interdisciplinaridad, tanto teórica como práctica, en la que se mezclan desde aspectos deontológicos, éticos y médico-legales hasta la aplicación de novísimas técnicas y tecnologías, que deben alcanzar diversas dimensiones. Thornicroft y Tansella^{33,95}, aparte de otras propuestas de futuro, incluyen en la dimensión temporal las fases de planteamiento y evaluación de recursos, de procesos y de resultados; en la dimensión geográfica distinguen los niveles estatales o regionales, locales o áreas de captación; y el nivel del paciente en su contexto humano.

Además de las tres ACE propuestas merece la pena tener en cuenta algunas ideas básicas y comunes en Psiquiatría asistencial y comunitaria. La prevención es predominantemente secundaria, basándose en el diagnóstico y abordaje precoz del trastorno mental con objeto de mejorar las perspectivas futuras en los diversos principios y niveles, sobre todo en los de autonomía y funcionalidad de cada paciente. La prevención primaria es otra de las perspectivas en auge de la Psiquiatría de la infancia y de la adolescencia. La intervención psiquiátrica es con frecuencia prolongada con los riesgos y costos tangibles e intangibles, que afectan no sólo a cada paciente sino a todas sus estructuras e instituciones de apoyo y asistencia.

El abordaje integral es otra de las características de la asistencia comunitaria, que intenta, y con frecuencia consigue, en las personas con trastornos neuropsiquiátricos de evolución prolongada y grave, retrasar la hospitalización, o si se prefiere la institucionalización y el institucionalismo^{97, 98}, así como el abandono familiar y social, frecuentes en los hospitales psiquiátricos clásicos.

La normalización de la red asistencial es otra aspiración que no se incluye habitualmente en los principios de los servicios comunitarios de salud mental y asis-

tencia psiquiátrica. Se trata de evitar la creación de redes asistenciales paralelas y dispositivos especiales o específicos para tratar un trastorno o conjunto de trastornos mentales o para dar respuesta a situaciones excepcionales. Entiendo que la normalización es un principio ético, democrático y económico, cuyo objetivo último es desarrollar y aprovechar con eficiencia, coordinación, responsabilidad, equidad, comprensibilidad y accesibilidad los recursos tanto asistenciales como sociosanitarios. Ello no excluye la creación de unidades funcionales, claramente integradas en la red pública general, para la aplicación de procesos y programas específicos, y en su caso multidisciplinarios.

Históricamente los psiquiatras parecemos estar siempre insatisfechos, gozar de nuestra autocritica y padecer la ajena. Sin embargo, cuando aparece un problema colectivo que crea «alarma social» políticos, planificadores, legisladores y tantos otros estamentos claman al cielo y propugnan la fractura de la normalización asistencial; ejemplos relativamente recientes se encuentran en las demandas sociales de una asistencia psiquiátrica especial para los trastornos del comportamiento alimenticio (TCA), incluyendo la anorexia nerviosa (AN), o de los trastornos creados por las diversas formas de agresividad y violencia humanas; otros tipos de ejemplos de situaciones imprevistas se configuraron en los modelos asistenciales psiquiátricos planteados por el llamado síndrome del aceite tóxico, por los terrorismos y por tantas otras situaciones de catástrofe. Sería digno de otra lección tratar de las necesidades de formación, coordinación, responsabilidad, integración y eficiencia, entre otras características, en las complejas situaciones patológicas colectivas que puedan plantearse en el futuro^{99, 100}. La sociedad abierta, alegre y confiada ha de tender a la prevención continuada y accesible de los riesgos subyacentes e inherentes a su propio desarrollo, y, en lo posible, a las situaciones inusitadas e inesperadas, pero dinámica, estructural y formalmente previsibles. En otras palabras, crear nuevas unidades funcionales si se precisan, estar abierto a la creación de nuevas especializaciones y servicios con flexibilidad y oportunidad, y a la desaparición de las innecesarias, pero sobre todo entrenar en el aprovechamiento de los diversos recursos existentes.

En este contexto parece oportuno resaltar la importancia de la multiplicidad, especialización y coordinación de servicios, y no sólo psiquiátricos. En el futuro próximo seguirán existiendo «psiquiatras generales», pero como se ha expuesto y se desarrollará con posterioridad, los ámbitos de actuación creados por los avances científico-tecnológicos y sapienciales hacen imposible que un especialista, aún de una materia troncal como la Psiquiatría, pueda abarcar todos los registros de sus diferentes super y sub-especialidades o áreas de capacitación específica. Cada región, comunidad o área alcanzarán el desarrollo que le permita su sociedad. No basta con la creación de unidades de recursos especializados de elevada calidad, sino que es de desear la organización de redes asistenciales de diferentes tipos, niveles y direcciones. Los autores anteriormente citados definen el principio de coordinación como *«una característica del servicio que se pone de manifiesto por la existencia de un plan coherente de tratamiento para cada paciente individual. Cada plan debe tener objetivos claros e incluir sólo aquellas intervenciones que son necesarias y efectivas: ni más ni menos. La coordinación transversal remite a la coor-*

dinación de la información y los servicios durante un episodio de tratamiento (en un mismo servicio así como entre servicios). La coordinación longitudinal remite a las interconexiones entre profesionales y entre organismos durante un período más prolongado de tratamiento, el cual suele abarcar, con frecuencia, varios episodios»⁹⁵. Los vericuetos, pasillos y autopistas de la información y de la comunicación en las redes futuras suponen otro de los grandes desafíos de nuestra ciencia médica básica. La Psiquiatría en la sociedad de la información, del conocimiento, la *e-Salud*, enviando las historias clínicas electrónicas y los íconos o redes de imágenes digitales (PACS) de un lado a otro, aparte de los conflictos deontológicos, éticos y jurídicos que plantean, son también perspectivas de futuro. De nuevo valor y valores que protejan nuestra centenaria cohesión social, por cierto, el aspecto más valorado por los médicos del Sistema Sanitario, seguido de la calidad asistencial, la equidad y la eficiencia (*Barómetro para el diagnóstico del Sistema Sanitario Español. Gaceta Médica, 36, 6 -12.06.2005*).

Tampoco puede ni debe olvidarse el concepto psicoanalítico de «alianza terapéutica», que rebasa la clásica relación médico-paciente, para difundirse, y también con frecuencia difuminarse, en las marañas asistenciales en las que se pierde el individuo médico y el individuo paciente.

La Asistencia Psiquiátrica y la atención a la Salud Mental

«El intelecto del Universo es social».

MARCO AURELIO. *Pensamientos*, V. 30. Tecnos.
«Clásicos del pensamiento». 157. Madrid, 2004.

Las naciones europeas, incluida España, comparten un cierto patrón histórico, aunque heterogéneo y con frecuencia discordante por múltiples razones y causas, históricas, socioculturales, económicas y de creatividad sapiencial, artística científica y tecnológica.

Con el surgimiento de la Psiquiatría como ciencia y arte clínicos básicos y troncales durante el siglo XIX se culmina la época de institucionalización, nosocomización u hospitalización diferenciada y marginante de los enfermos mentales. Una cierta redundancia en toda exposición se justifica en el lenguaje humano como intento de relacionar las partes con el conjunto y transmitir las representaciones y sentimientos que cada uno considera más relevantes.

Con los fallidos intentos de desarrollar una Psiquiatría médico-biológica, o si se prefiere neuropsicobiológica, transcurre la primera mitad del siglo XX, como ya se ha sugerido. Con un criterio subjetivo podría denominarse la época de los grandes maestros de aquella generación. Siempre debe tenerse en cuenta que la Psiquiatría es una parte compleja de la Medicina que trata, a su vez, de las enfermedades y los trastornos más complejos y específicos del ser humano. También tiene un desarrollo complejo en el que coexisten todo un conjunto de doctrinas y métodos en permanente competición: psicoanalíticas, psicodinámicas, fenomenoló-

gicas, analítico-existenciales, etc., junto con los científicos, especialmente biológicos y físico-químicos. En otras palabras, el pluralismo psicopatológico general y especial, o si se prefiere teórico y práctico, se opone a toda forma de reduccionismo, lo que se refleja en las perspectivas asistenciales psiquiátricas y en la atención en la salud mental en una época y en una comunidad determinada, que unas veces aparecen al observador como caóticas, otras como caleidoscópicas, siempre como ocurrentes mosaicos empíricos, llenos de buenas intenciones, fundamentos éstos de la idealista ética kantiana, pero con interpretaciones autóctonas más mostrencas.

Con la difusión de la farmacología, entre 1952 y 1957, si bien sus orígenes empíricos se remontan a los de la humanidad, emerge una nueva época o «revolución psiquiátrica». Entre sus efectos se encuentra la desinstitucionalización, que culmina como mero referente histórico con la ley italiana de 1978, clausurando los hospitales psiquiátricos públicos de aquel país y estimulando la creación de servicios y unidades intermedias entre el hospital general y la comunidad de origen del paciente. De nuevo de forma heterogénea, esta tendencia se refleja de modo y manera diferente en los países de nuestro área cultural. En España desde la creación del PANAP en 1958, injustamente olvidado para seguir otra de las tradiciones ibéricas, unas veces de modo acelerado, otras más lento, las principales reformas asistenciales psiquiátricas han mejorado objetivamente en calidad y cantidad, siendo una mayoría de las áreas sanitarias españolas las que no necesitan de hospitales psiquiátricos monográficos para la asistencia, así como el establecimiento de un cierto equilibrio entre los servicios de psiquiatría en los hospitales generales y los servicios comunitarios, a partir de la década de los ochenta del siglo pasado, integrados en las áreas sanitarias. Merece la pena recordar que la inicial constitución de las cátedras de Psiquiatría a partir de 1947 conllevó la progresiva y lenta creación durante más de medio siglo de Departamentos y Servicios de Psiquiatría en los hospitales provinciales y universitarios españoles, en Valladolid en 1968 y 1978, si mal no recuerdo.

El desarrollo de planes políticos y económicos en los diferentes Sistemas Nacionales de Salud Europeos y los innumerables planes de reforma de la asistencia psiquiátrica, junto con las recomendaciones de comisiones nacionales e internacionales a partir de la II Guerra Mundial, así como los marcos políticos imperantes, obligan a un conjunto de cambios en la segunda mitad del siglo XX, de postulados, velocidades, modos, maneras y resultados diferentes, incluso en un mismo país, región, distrito universitario o provincia.

La adaptación española del sistema MIR ha supuesto una integración y homologación del psiquiatra con el resto de los especialistas médico-quirúrgicos. No sólo por la convivencia en atención primaria (AP) y especializada (AE), en hospitales generales y universitarios, en unidades docentes de diversas regiones y naciones, sino por constituir la punta de lanza técnico-administrativa en la creación y mantenimiento de nuevas subespecialidades o áreas de capacitación específica, con la consecución de los cambios asistenciales precisos para su desarrollo. En la década de los ochenta del pasado siglo, un hoy contemporáneo para muchos de nosotros, la Neuropsiquiatría y la Neurofisiología clínica se fueron desglosando de la

Psiquiatría. Pocos vamos quedando con las tres especialidades, y menos nos atreveríamos a ejercerlas, entre otras razones por el ingente avance de sus conocimientos, técnicas y tecnologías. Sin embargo, se quiera reconocer o no, algo semejante ocurre en nuestro ámbito. La Psiquiatría infanto-juvenil –cuya primera cátedra se creó en Viena a finales de la década de los años veinte del siglo pasado, y en España en Sevilla, en 1982, que ha sido la primera y única cátedra de Psiquiatría Infanto-Juvenil, por cierto, lograda por un profesor agregado del Departamento de Psiquiatría de esta Facultad de Medicina, ¡de nuevo las heterocronías y diferencias!– es un área de super-especialidad de importancia emergente. La Psicogeriatría y Gerontopsiquiatría –cuya sociedad profesional española– la cuarta en Europa –creamos en Palencia hace casi una veintena de años– es otra, acerca de cuya importancia asistencial no parecen ser conscientes muchas de las comunidades en las que es fácil pronosticar un envejecimiento progresivo en el futuro, junto con el azote de la desertización demográfica. La subespecialización en psicoterapias es otro área de futuro, con frecuencia abandonado por los psiquiatras de práctica reduccionista. A ellas se pueden añadir las superespecialidades y áreas complementarias de la Psiquiatría clínica, ya sugeridas, tales como: psicósomática, psiquiatría de enlace de interconsulta e interdepartamental; psiquiatría legal y forense; psicometría, psicodiagnóstico y neuropsicología psiquiátricas clínicas; gestión psiquiátrica; neurociencias y neurobiología; neuroimagen o neuropsicoiconología, epidemiología psiquiátrica, gestión y administración en psiquiatría; especialista en investigación básica y aplicada en medicina psicológica y psiquiatría, etc. Todo ello requerirá la creación de unidades asociadas y especializadas, en un marco cada vez más intercomunitario regional, nacional, comunitario europeo e internacional.

Los historiadores ideológicos o interesados de la Psiquiatría tienden a atribuir tales reformas a visiones románticas, utópicas o ensoñadoras de estos procesos complejos, con frecuencia heterocronicos, insisto, muy diversos, específicos y especializados, que se unifican más por la perspectiva elegida, y con frecuencia reduccionista de cada autor, que por las innumerables condiciones objetivas que las propiciaron. Aquí funciona de nuevo en la práctica el principio orteguiano de economía: cada comunidad científica y asistencial se desarrolla en lo posible real. En otras palabras, más ajustadas a nuestro ámbito profesional, se puede decir que los procesos de reformas psiquiátricas están determinados, en último término, por las tendencias y movimientos socioculturales, político-económicos y científicos que configuran en cada comunidad y nación en cada momento histórico los cambios de las políticas sanitarias.

Por otra parte y sin querer participar de los habituales comportamientos quejumbrosos, la bibliografía occidental actual está llena de quejas sobre las carencias de la asistencia psiquiátrica, como se puede comprobar en cualquier revisión del problema y tanto en organismos nacionales como internacionales.

Sólo unas palabras sobre las corrientes antiteóricas, antipsiquiátricas y antiinstitucionales. Desde una perspectiva histórica pueden remontarse de nuevo hasta la configuración de la Psiquiatría contemporánea, hace poco más de dos siglos^{7, 10, 25, 97, 98, 101}. Como en las restantes ciencias del espíritu o humanas, las el-

boraciones críticas son permanentes en su derecho de legitimar o deslegitimar una ideología, una práctica o tomar una actitud no conformista frente a la realidad. Sin entrar en las raíces más decimonónicas de antropologías y filosofías de la negación o de la sospecha, el término de «antipsiquiatría», al parecer acuñado por Cooper en el último tercio del pasado siglo, al que se añade el de «Psiquiatría antiinstitucional», y se actualiza con el de «Psiquiatría crítica» o «Postpsiquiatría»¹⁰¹, perdieron el empuje de entonces, entre otras razones, porque fueron los avances científico-tecnológicos del siglo XX los que fundamentaron las reformas asistenciales, con sus limitaciones, deficiencias, ambigüedades y críticas, que, de nuevo en mi opinión, deben seguir haciéndose con claridad y método. En este ámbito la bibliografía es también innumerable y en cierto modo popular.

Aún incurriendo en este sesgo y desde un punto de vista pedagógico, se puede intentar enmarcar la asistencia psiquiátrica en estos inicios de milenio entre los avances de los recursos médico-diagnósticos y terapéuticos esquematizables en las cinco dimensiones de la psicofarmacología, la neuropsicoiconología, también llamada neuroimagen y las psicologías evaluadoras y rehabilitadoras, con numerosas tendencias en la práctica, así como las milenarias y actuales psicoterapias, junto con los avances en las redes asistenciales psiquiátricas y de atención a la salud mental. En ninguna otra rama de la Higiene y de la Salud Pública se ha alcanzado un desarrollo semejante en sus recursos técnicos, profesionales, económicos, de equipos, de dispositivos asistenciales en todos los niveles y tantos otros. Cualquiera ha oído hablar o conoce lo que son los centros de salud mental, hospitales de día psiquiátricos, centros de día, etc. Por el momento parece inimaginable desarrollar «centros de salud traumatológica, ginecológica o quirúrgica», y a modo de sugestivos ejemplos. Esta bipolaridad crea una cierta tensión interna a la Psiquiatría del futuro. Por una parte, los mal llamados «psiquiatras biológicos», quienes utilizan de forma preferente psicofármacos y tecnologías especializadas, sin que se tenga en consideración que todo acto médico-psiquiátrico es inherentemente psicoterapéutico, o no es. Por otra parte, y tratando el tema a modo de arquetipos extremos maxweberianos, el psiquiatra comunitario –y en último extremo el gestor de redes asistenciales y multidisciplinarias cada vez más complejas, vivenciadas, a veces, como caóticas como la vida misma, de difícil programación, pertrechamiento, evaluación y control de resultados, cada vez con más tiempo dedicado a la gestión y menos a la clínica, delegando responsabilidades o funciones en otros profesionales dedicados a la salud mental y no a la Psiquiatría, quienes a su vez van desarrollando sus propios perfiles, con frecuencia psicosociales o sociosanitarios, que en el mejor de los casos se transforma en un director eficiente, creador de dispositivos adaptados a los retos de su comunidad, y en el peor en un directivo «quemado», transmisor de las normas burocráticas de unos planificadores siempre con escasos recursos y lejano contacto con la realidad clínico-asistencial– corre el riesgo de desinstitucionalizar y desmedicalizar a las personas con trastornos mentales graves y prolongados, los «nuevos crónicos», para crear nuevas formas de circuitos y marañas de mantenimiento de la marginación y extrañamiento.

Desde hace varios siglos, en algunos casos algún siglo, en otros medio, en todos los países occidentales se ha mostrado la preocupación por la diversas formas

de marginación del enfermo mental. Su historia es apasionante e incompleta, con frecuencia mal narrada y preinterpretada, extremosa y triste. En la Psiquiatría que he vivido he visto malgastar a egregios colegas, y he malgastado una parte de los últimos cuarenta años en redactar proyectos, memorias, procesos, protocolos y tantas otras formas de informes, enterrados en la modesta nada de los deseos no satisfechos. La situación ha llegado a ser tan compleja que en algunos países, sobre todo anglosajones, se han llegado a crear recientemente, en el último lustro, comisiones de coordinación para realizar inventarios de programas, técnicas, recursos, etc., al parecer con insuficientes resultados integradores por el momento; quizás sea adecuado recordar el escaso respeto napoleónico, como de tantos otros creadores, por las comisiones. No debe desprenderse un ápice de pesimismo o de nihilismo de estas reflexiones. Mas bien la consideración general acerca de las dificultades con que hay que enfrentarse para intentar resolver este orden de problemas, nunca solubles de modo y manera reduccionista, utópica, arbitrista y arbitraria. En segundo lugar, entender que su solución rebasa los límites de la Psiquiatría, para abarcar en último término a todos los niveles y ámbitos de cada sociedad, a su vez fluida a lo largo de su historia. Desde Hipócrates y Aristóteles, ambos médicos con originales aportaciones psicológicas, psicopatológicas y neuropsiquiátricas, hasta la actualidad, parece relevante desarrollar una cierta moral en la búsqueda de lo esencial y nuclear, intentando disminuir ruidos y perturbaciones programáticas. Además, sus logros están y son ahí; no necesitan defensa ni alabanza alguna. La Psiquiatría y sus ciencias afines han avanzado en los últimos años tanto, al menos, como otras ramas troncales, básicas y aplicadas de la Medicina. Las mismas sociedades y grupos absorben y se adaptan de forma desigual a este ritmo de desarrollo y cambio, más en función de sus posibilidades que de sus querencias. Por el momento se puede dejar a otros la exposición crítica de sus riesgos. Baste con considerar algunas preocupaciones comunes y recurrentes en este inicio de siglo y en nuestro ámbito cultural y socioeconómico.

En resumen, en los últimos decenios se ha producido en todo el mundo un profundo cambio del modo de entender y ordenar la atención al enfermo mental. Se ha pasado de una asistencia custodial, aislada del entorno social y del ambiente científico, a formas más integradas en la comunidad y en la asistencia sanitaria general. Es cierto que estas dos líneas se han desarrollado a veces de un modo competitivo, pero también lo es que hoy día han de ser vistas como complementarias. Estos nuevos modos de entender la Psiquiatría pretenden no aislar al enfermo de su entorno, asegurar una asistencia equitativa, y, en todo caso, del mismo nivel que la que se proporciona a otras enfermedades. Su objetivo último es la plena recuperación, o en su defecto cuidado, del enfermo psiquiátrico y su mejor integración a su entorno social, tal y como recomiendan los innumerables informes de organismos internacionales, incluidos la OMS y la AMP, entre otros.

Las diferencias entre las incidencias, prevalencias, morbilidades, discapacidades, minusvalías y tantos otros indicadores sanitarios en diferentes países, regiones y comunidades –en su acepción maxweberiana– así como en grupos de población específicos, hace que se deban tamizar con prudencia, con el análisis crítico de fuentes y métodos las cifras y opiniones públicas y publicadas. De nuevo se puede tratar aquí

de las perspectivas futuras de la globalización psiquiátrica, que para entendernos, puede intentar definirse como otro proceso complejo de síntesis en el que tiene lugar la tendencia a la desaparición gradual de límites y fronteras tradicionales que separan a individuos, sociedades y culturas en un momento evolutivo determinado. La globalización, toda globalización, es siempre parcial e interpretable de diversas maneras en función de las perspectivas y criterios elegidos^{102, 103, 104, 105, 106}. Como todo proceso contemplado desde un punto de vista humano, es el hombre, o si se prefiere el espíritu humano, la conciencia reflexiva, la conciencia histórica, o como quiera llamarse, quienes proponen interpretaciones evolutivas de consecuencias negativas y positivas, de «perdedores» y «ganadores», ya que la naturaleza no parece tener esa teleología, teleonomía, o intencionalidad fenomenológica, en las acepciones que van de Aristóteles a Brentano, o de Jaspers a Heidegger. En consecuencia, no parece tener objeto tratar aquí y ahora de estos asuntos más o menos divertidos, en su acepción musical. Como ejemplos de este tipo de discursos, aparentemente objetivos, quizás valga la pena recordar cómo según Okasha¹⁰⁷ y Kelly¹⁰⁸ la aldea global creada por el proceso de globalización no es tan global como consideran los expertos en realidades virtuales, políticas e ideológicas después de todo: de cada cien personas en el 2000, 57 son asiáticas, 21 europeas, 8 africanas y 6 americanas; unos 48 son hombres y unos 52 mujeres; 30 son de la autodenominada raza blanca y 70 de las otras presuntas razas, tema este en los que los sabios y científicos anglosajones de hace más de un siglo tendrían también que pedir perdón por sus errores en sus postulados teóricos y prácticos, que tantas tragedias llevaron a la humanidad; unas 30 se declaran cristianas y unas 70 practican otras religiones o creencias. De cada cien personas unos 6 poseen aproximadamente el 60% de todos los bienes y las 6 viven en los Estados Unidos de América del Norte; 80 viven en la pobreza, 70 no son capaces de leer, 50 fallecen por hambre, 1 tiene estudios superiores y otro, no necesariamente el mismo, posee un ordenador. A partir de aquí que cada cual saque sus conclusiones.

La emergencia de las nuevas patologías mentales, que actualizan viejos vicios, pasiones, estilos de vida desadaptativos, e incluso las denominadas desde hace más de medio siglo «enfermedades de la civilización», son otro de los desafíos sociosanitarios, en la acepción más literal de estos términos. No se trata sólo de la «vieja psiquiatría» en los futuros odres de la «nueva psiquiatría», sino que se trata también de las consecuencias evolutivas del paso de algunos grupos de hombres por la tierra, con la aparición de una realmente nueva «patología psiquiátrica emergente». La realidad virtual de las tecnologías de la comunicación y sus medios están llenos de ejemplos. La demanda social en el autodenominado primer mundo inunda una oferta sanitaria siempre limitada en sus recursos, y lo que es más importante, que necesita un tiempo de adaptación para intentar satisfacerlos. Filósofos historiadores se complacen en mortificarnos al comparar los grandes avances científicos-tecnológicos con los éticos y axiológicos o estimativos desde los prearistotélicos hasta la actualidad. La prensa diaria da cuenta legítima de «nuevas necesidades», que los sistemas de gestión sanitaria no pueden satisfacer de modo y manera inmediata, sin que nadie que no quiera ser tildado de apocalíptico, se atreva a decir pública y tranquilamente que los molinos de la historia y de la evolución muelen despacio. No sólo, y en nuestro caso, por limitación de recursos institucionales y

económicos, sino porque educar, formar y diferenciar especialistas requiere años, a veces generaciones, de cambios en las «culturas específicas», o si se prefiere, en los modos de actuar médicos y sociales. Se trata de construir una nueva psiquiatría del futuro, que satisfaga sus necesidades más perentorias, y todo ello requiere las dimensiones de los cambios adaptativos humanos. No está mal que todos los especialistas recurramos de vez en cuando a la filosofía y a la filología, y en este caso recordemos que el término *Bild* significa tanto educar y formar como construir, y toda construcción requiere diversas escalas de tiempo, al parecer no tan sencillas como las aéreas lógico-matemáticas o las inefables políticas perfectas.

En nuestro caso, tanto desde una perspectiva sanitaria como universitaria, la sociedad española no parece muy motivada, por supuesto por causas objetivas que no son del lugar y momento para su análisis, para pertrechar esta especialización, o si se prefiere y en lenguaje más técnico, para la creación y desarrollo de áreas de capacitación específica, de sub o superespecialidades psiquiátricas, y otras muchas que irán apareciendo en el futuro inmediato, y que reflejan también objetivamente el grado de humanización de una sociedad y cultura, en nuestro caso local. A las causas objetivas habríanse de añadir las subjetivas y colectivas. Sorprendería conocer los abundantes recursos, no sólo económicos, que el Estado Español en sus diferentes niveles de organización dedica desde hace décadas a la asistencia psiquiátrica de algunas de estas «superespecialidades», al lado de los grandes escotomas o ausencias de desarrollo en otras. De nuevo, las disparidades en las comunidades europeas y españolas son llamativas. Ya se ha sugerido el retraso en la creación de cátedras de Psiquiatría en relación con Europa, incluida las de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia de las que únicamente existe una en Sevilla, actualmente vacante, y que como tantas otras, probablemente se extinguirá. Al mismo tiempo las unidades y secciones asistenciales de psiquiatría de la infancia y de la adolescencia, tanto en AP como AE, se incrementarán, al principio exponencialmente, en nuestra CC.AA. y país.

En todo caso la Psiquiatría actual, incluida la académica, y a diferencia de otras ramas de la Medicina, tiene sus aspectos privados, a los que se añaden, cada vez con más intensidad y cualidad, los públicos, tanto societarios como comunitarios. Esta disparidad crea un cierto malestar al tener que compatibilizar el quehacer íntimo, dialogante, relacional con un paciente, con el trabajo en equipo, con las normas de ámbito sociosanitario y político, y con una sociedad más demandante, con tendencia a psiquiatrizar cada vez más ámbitos de la acción humana, de tal forma que las mismas organizaciones sanitarias internacionales consideran pertinente añadir a sus códigos los problemas que merecen atención clínica con más códigos especiales, como es preciso reiterar. Cada vez se acude con más frecuencia a plantear cuestiones cotidianas, que por su disparidad abarcan amplios aspectos de la vida, que sólo la omnipotencia divina podría resolver. Esta tendencia es de prever que se incrementará en el futuro presente, existan o no instituciones asistenciales psiquiátricas especializadas o sociosanitarias. El milenario aforismo hipocrático de curar cuando se pueda, ayudar a veces y consolar siempre, sigue vigente en esta actividad de futuro, que si no lo satisface la Psiquiatría lo harán otras instituciones humanas, que con frecuencia poco tienen que ver con la sabiduría y el conocimiento. La pro-

puesta utilitarista de desplazar a determinadas instituciones sociosanitarias los costos, tangibles o no, de las personas con enfermedades neuropsiquiátricas graves de larga evolución, de los trastornos psicosociales considerados menores o livianos, pero de intenso y profundo impacto en la percepción subjetiva de la salud propia o ajena, de insistir en la productividad económica, en el bienestar social, y en tantos aspectos de la vida, hace que los indudables avances en todos los niveles científicos y sapienciales de la Psiquiatría se difuminen y se desconstruyan por unas exigencias desmesuradas. También se corre el riesgo en el futuro de destruir de forma imprudente viejas instituciones nosocomiales –por supuesto superadas– y no construir al mismo tiempo redes asistenciales completas a la altura de los tiempos; incluso de transformarlas en «organismos sociosanitarios» desmedicalizados y de bajo coste, pero que no suplen ni responden a las exigencias de los tiempos. De nuevo es preciso tener en cuenta en todos los niveles de la educación médica, y por supuesto de la psiquiátrica, la conveniencia de formar al médico para que aprenda a utilizar los recursos asistenciales y socio-sanitarios de su comunidad en favor de los pacientes «crónicos», a dirigir grupos de trabajo y de autocuidados con métodos médico-psicológicos de relativamente fácil aprendizaje y, por último, adquirir las difíciles competencias específicas que se necesitan para el tratamiento prolongado de este tipo de enfermos que, por otra parte, se encuentran en todos los ámbitos de la medicina clínica.

Otra de las disparidades emergentes entre la asistencia psiquiátrica de la generación presente y la futura estriba tanto en las diferencias de abordaje con competencia y éxito clínico-terapéutico de factores de riesgo y vulnerabilidad, y por lo tanto, de protección y competencia, en sus acepciones psiquiátricas precisas, en los diversos grupos sociales, como en la prevención de trastornos mentales en poblaciones minoritarias de todo tipo. He elegido el término prevención porque en su polisemia tiene acepciones peyorativas y sanadoras. Unos preferirán las primeras, preinterpretando, juzgando, renegando de una realidad que se impone. Al psiquiatra le interesan las interpretaciones curadoras y sanadoras, los juicios diagnósticos, pronósticos, terapéuticos, rehabilitadores y resocializadores; las tácticas y estrategias de afrontamiento con la realidad y lo real, de resolución de problemas, los mecanismos de defensa y agresión del yo, y tantas otras cosas de nuevo. Su actividad es social desde sus orígenes y concedora de cómo tales minorías –enfermas, raciales, étnicas, culturales, económicas o de cualquier otro tipo– reciben en el mejor de los casos una asistencia de menor calidad, ligada no solo a factores relacionados con la accesibilidad a los servicios asistenciales psiquiátricos, a las diferencias lingüísticas o culturales, al nivel económico, y a tantos otros factores estudiados por la Sociatría y Psiquiatría Social^{109, 110, 111}. No olvidemos cuando éramos durante siglos emigrantes, unas veces de minorías dominantes, otras no. No olvidemos que para conocer la pobreza no hace falta viajar mucho. No todos tenemos en la práctica los mismos sentimientos y derechos a la intimidad, privacidad, autonomía, diferencia, identidad, pertenencia, y tantos otros. Sin entrar en profundidades es fácil prever un incremento de los patrones de demanda y consumo neuropsiquiátricos de las nuevas minorías, sin que suponga una mejora de la asistencia de calidad y de competencia cultural. Los indicadores sanitarios del futuro mostrarán los logros de una prevención a desarrollar en función de los cambios del presente. Estos

suponen, entre otras medidas, una prolongada integración de las disparidades de las mentalidades, de las relaciones sanadoras continuas, eficientes, coordinadas y accesibles, del proceso y proyecto terapéutico y rehabilitador en redes asistenciales reales cada vez más complejas, y por qué no decirlo, cada vez más caras, tanto en costos educativos como de recursos científico-tecnológicos y humanos especializados, si se quieren evitar otros costos menos esperanzadores, recuperadores y transformadores en el avance hacia una realidad más humana. Recuérdense los avisos a navegantes de los diferentes symposia y documentos EUROS de la OMS acerca de las tendencias de la asistencia psiquiátrica en Europa desde la década de los sesenta, en los que ya se concluía que el principal obstáculo al futuro desarrollo de los Servicios psiquiátricos no es la falta de dinero, como cabría esperar, y que lo es, sino la falta de personal adiestrado en nuevas técnicas multidisciplinarias, psicoterapéuticas, neurobiológicas, y de otros tipos cada vez más especializadas. También denunciaban cómo con mucha frecuencia se da escasa prioridad en las diferentes instituciones estatales, regionales y universitarias a los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica, lo cual, y entre otros efectos perversos, hacen disminuir el interés del personal, llegando a crear una selección negativa, así como en el nivel de la normativa asistencial, ámbito este último en el que serán precisos múltiples desarrollos codificados frente a las múltiples patologías psiquiátricas emergentes. Más recientemente la Conferencia Ministerial en Salud Mental de la OMS, celebrada en febrero de este mismo año en Helsinki, con la intención de enfrentarse a los desafíos y construir soluciones a estos problemas, ha emitido tal conjunto de documentos, que debieran de ser de obligada lectura de todo planificador, gestor y directivo en salud mental y asistencia psiquiátrica, y de forma especial los dedicados al Plan de Acción en Salud Mental para Europa. De algunas de sus propuestas de futuro ya se ha tratado o se tratará en relación con otros capítulos de esta lección inaugural. Otras habrán de dejarse nuevamente para mejor ocasión. En todo caso las realidades evaluadas por la OMS, incluidos los EUR/04/5047810/B1 a 13, no parecen acercarse asintóticamente a sus deseos. Para el oyente y lector curioso se les anima a buscar en la red:

<http://www.who.dk/mentalhealth2005>;

<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/11/en/858.pdf>;

<http://www.who.int/whr/2004/en/report04en.pdf>;

<http://www.who.int/mentalhealth/media/en/244.pdf>.

<http://204.187.39.30/Scripts/mhatlas.dll?name=MHATLAS&cmd=start&geolevel=World>;

<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>.

Quizás la relectura de las razonables recomendaciones sanitarias no realizadas en el pasado inmediato ilumine los senderos de los deseos insatisfechos del futuro presente; más aún si se reconoce la tendencia generacional de fracturar éste y redescubrir aquel.

Las llamadas «enfermedades de baja prevalencia», poco frecuentes, «*orphan diseases*», huérfanas como los medicamentos y productos utilizados para tratarlas, fueron definidas como tales en EE.UU. en 1983 por la presión de asociaciones de familiares y pacientes afectados, estableciendo el criterio de una prevalencia menor del 0,1% de la población, desarrollándose por el «Acta congresual sobre enfermedades raras de 2002». En Japón y en 1993, se disminuyó la prevalencia definitiva

al 4/10.000 habitantes. En la UE la «Propuesta de Reglamento (CE) del Parlamento Europeo y del Consejo sobre los medicamentos huérfanos, DOCE n.º C 276/05», de 04.09.1998 considera que: «*un medicamento huérfano es un medicamento destinado a establecer un diagnóstico, prevenir o tratar una enfermedad que afecta a menos de 5/10.000*». Es interesante escuchar el silencio de estas disparidades y su escaso tratamiento en tantos ambientes.

Otra disparidad a resolver en el futuro entre las buenas intenciones compartidas por todos, las vacuas palabras sin contenido, y la realidad a la que se enfrenta la persona que padece una enfermedad psiquiátrica grave y prolongada, así como su familia y su prójimo, es el llamado «estigma social». Entre otros organismos internacionales, la OMS lleva un lustro llamando la atención sobre el impacto negativo de los prejuicios contra la enfermedad mental, incluso en los países más avanzados. Parece oportuno recordar iterativamente que la «primera revolución psiquiátrica» tuvo lugar en las Coronas de Aragón y de Castilla, a partir de 1402, con la creación de las primeras instituciones hospitalarias con el objetivo de defender a los seres humanos enfermos mentales de los sanos. Durante un cuarto de milenio los más y mejores hospitales psiquiátricos del mundo occidental estaban ubicados en estos territorios y creados por instituciones religiosas, reales y privadas. Pueblos con una memoria histórica normal lo recordarían con mayor intensidad y frecuencia, así como las causas y motivos de su escasa productividad clínica y científica, entre otras razones, para intentar ponerlos remedio. En otras palabras el estigma y la marginación en contra de los enfermos mentales es una conducta humana milenaria y una cuestión aún no resuelta^{112, 113}. Los ciudadanos, cada ciudadano, deben ser consecuentes de que no bastan los incrementos cualitativos y cuantitativos de los recursos asistenciales psiquiátricos en procesos y proyectos terapéuticos, de rehabilitación psicosocial, reinserción, entrenamiento en habilidades sociales, educación sanitaria y tantas otras técnicas desarrolladas en el pasado inmediato, y aún vigentes, a pesar de las disparidades y diferencias existentes entre comunidades de un mismo país. Sin entrar en lo que debiera de ser arqueología psiquiátrica ideologizada, sino en lo que los ciudadanos perciben como «psicóticos crónicos», «nuevos y viejos crónicos», «enfermos peligrosos», y tantos otros términos aún más estigmatizantes, se ha de intentar comprender que todo proyecto terapéutico va más allá de sí mismo y, como su propio nombre indica, se proyecta hacia la integración del individuo-paciente en su contexto humano menos sufriente, menos doloroso, menos sintomático, menos desarraigante. Sería tema de muchas lecciones desarrollar la historia de la infame conducta humana hacia sus semejantes alienados. Incluso la historia actual. Sería también una osadía del indisciplinado, por no decir autista, pensamiento médico, además de un arduo problema de filosofía analítica, decir que es posible rehabilitar todo lo rehabilitable y desarrollar argumentos fácticos a este respecto. Ningún arte humano lo consigue. Pero sí intentar crear en y por cada uno de nosotros un mundo más afectivo y efectivo, que disminuya la marginación, segregación y soledad de muchos casos de nuestros conciudadanos, aplicando, al menos, las virtudes y valores cívicos, tan enaltecidos en vano en tantas declaraciones y glosas. En este contexto, la colaboración con otras disciplinas involucradas en la salud mental y asistencia psiquiátrica, el protagonismo del enfermo en la toma de decisiones, las actividades con asociaciones de enfermos y familiares y la lucha contra

la estigmatización de la enfermedad mental, de los que la padecen y de sus allegados, son objetivos y estrategias fundamentales del futuro presente.

En esquema, las tareas de la Psiquiatría no se limitan a un ámbito médico-clínico entendido en sentido restrictivo. Abarcan otros aspectos relacionados como son la prevención de la patología mental, la rehabilitación y reinserción social del enfermo. En esto, tanto o más que en otros aspectos, el trabajo de los psiquiatras ha de apoyarse y complementarse en el de otros profesionales afines. Por eso la Psiquiatría no puede ser concebida sin una dimensión asociada de salud mental tanto en la teoría como en la práctica. Se trata de incorporar al nivel clínico el componente social y comunitario propio de las distintas actuaciones de protección de la salud mental y de la salud pública en general, como viene haciendo desde sus orígenes.

LAS NUEVAS DEMANDAS DE LA PSIQUIATRÍA

El antiguo aislamiento de la Psiquiatría del entorno social y sanitario terminó con el cierre paulatino de los hospitales psiquiátricos. El proceso de la llamada reforma psiquiátrica española, iniciado hace poco menos de medio siglo con el PANAP, acercó la Psiquiatría al resto de la Medicina y a la sociedad en general, permitiendo no sólo cambios asistenciales sino también docentes en todos los niveles psiquiátricos.

La Ley General de Sanidad¹¹⁴ consagra la culminación de este proceso. Además, subraya la integración de sus dos estrategias básicas: la psiquiatría de hospital general y la comunitaria. Son dos corrientes que en ocasiones fueron consideradas como antagónicas y que hoy se han incorporado a un modelo en el que la asistencia psiquiátrica forma parte del resto de la asistencia sanitaria.

En 1996 la OMS dio la voz de alarma al considerar que «*los problemas mentales serán la plaga del siglo XXI*», modificando las estrategias para mejorar la actitud de la sociedad hacia las enfermedades mentales y los que las padecen. Es necesario promover un cambio aún más radical y profundo¹¹⁵. Los índices epidemiológicos tradicionales de morbilidad y mortalidad, de incidencia y prevalencia, se completan hoy día con otros, como los DALYs (*Disability-Adjusted Life Year*), que miden la carga social de las enfermedades y toman en cuenta no sólo su mortalidad sino también la discapacidad que producen; en otras palabras, se pretende evaluar la llamada calidad de vida, o si se prefiere los trastornos constantes que una enfermedad provoca en cada paciente, tanto objetiva como subjetivamente. Según la OMS¹¹⁶ y el Banco Mundial^{84, 85}, el 8% de la carga global de las enfermedades corresponde a problemas de salud mental, el 3% a enfermedades cerebro-vasculares y el 34% a problemas de comportamiento, es decir, el 45% de las cargas de enfermedad es debido al comportamiento o al órgano que lo rige. De las diez enfermedades con DALYs más elevados, cuatro son psiquiátricas, y su peso ha ido y seguirá yendo en aumento. De los quince mayores contribuidores a los DALYs en Europa, insisto, cuatro se refieren a trastornos mentales: las depresiones en tercer lugar, los problemas relacionados con el alcohol en el sexto, las autolesiones en el undécimo y las demencias en el decimocuarto. En términos de «years lived with disability (YLD)»

los trastornos depresivos unipolares son los primeros con un 13,7% de años vividos con discapacidad en Europa¹¹⁶. Se prevee que en 2020 la segunda enfermedad con más peso será la depresión, siendo actualmente la quinta causa de discapacidad. Según estos informes de fácil acceso: *«El mayor problema de salud en el año 2020 en todo el mundo, incluidos los países en vía de desarrollo, no serán las infecciones, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Lo que más hará sufrir a la humanidad serán las enfermedades mentales y la depresión estará a la cabeza»*.

Como consecuencia, las enfermedades mentales han adquirido una relevancia extraordinaria. Por este motivo la OMS dedicó sus mayores esfuerzos a la salud mental en el año 2001. Durante él, el Día Mundial de la Salud, la Asamblea Mundial de la Salud, integrada por todos los ministros de sanidad del mundo, y el Informe Anual de la Salud, se dedicaron exclusivamente a la salud mental.

En este contexto la OMS lanzó una campaña bajo el lema *«Stop exclusion, dare to care»* para superar las barreras tradicionales que aún persisten y que dificultan el acceso de los que padecen enfermedades a los recursos sanitarios que necesitan. De un modo análogo, la Asociación Mundial de Psiquiatría¹¹⁷ ha señalado que los psiquiatras tienen que luchar activamente a favor de los derechos y la dignidad de los que padecen enfermedades mentales, contra la estigmatización que pesa sobre ellos, sus familiares y los que se ocupan de ellos, y a favor de una distribución equitativa de los recursos sanitarios y sociales de todo tipo^{118, 119}. En Valladolid, como en otros lugares, se han realizado en los últimos años estas actividades públicas de educación sanitaria en favor del respeto a los derechos y deberes de los enfermos mentales, aunque siempre aquellas nos parecerán insuficientes.

Unas palabras sobre la denominada calidad de vida. En último extremo implica tanto una perspectiva subjetiva y personal, y por lo tanto sentimental, de la percepción de la situación somática, mental y social, como una perspectiva pseudobjetiva desde el punto de vista del observador. La primera se implica con la llamada ética de la autonomía personal; la segunda se sumerge en las cuestiones filosóficas de los juicios de valor, ya que también el observador es subjetivo, y por el momento no se disponen de más recursos científicos que los proporcionados por la psicometría, y éstos, en una metáfora fisicalista, evalúan la temperatura pero no la energía térmica. Todo ello debe de tenerlo presente el psiquiatra en su análisis clínico, o si se prefiere de «pragmática ética», si no quiere extraviarse en abstracciones dilemáticas y problemáticas.

La CNEP considera que todos estos problemas y cuestiones representan también retos de futuro que deben de intentarse resolver desde la formación MIR de la especialidad, e incluso no parece irrelevante desde un punto de vista personal, llamar la atención sobre la insuficiencia de las horas lectivas dedicadas a estos problemas clínicos y sanitarios reales. Insuficiencias que suelen atribuirse a lejanas directivas y declaraciones de principio, que a veces parecen alejarse de la realidad, y otras hacen que la realidad se aleje de ellas. En opinión de la CNEP todo ello provoca un aumento de las obligaciones de los psiquiatras más allá de las de meras especializadas, para sumarlos al grupo responsable y líder de la salud pública.

Además, la sociedad actual y el proceso de cambio y desarrollo de la Psiquiatría han generado nuevas demandas que exigen una mejor formación, tanto inicial como continuada de los psiquiatras. Entre ellas cabe destacar, según la propuesta de programa de especialización de la CNEP de 2003, las siguientes, con algunas modificaciones y comentarios:

- El desarrollo de los conocimientos acerca de la psicopatología y neuropsiquiatría sobre los trastornos en la infancia y adolescencia obliga a subsanar la falta de una especialidad psiquiátrica existente a nivel europeo y anglosajón (la llamada *Psiquiatría Infanto-Juvenil o de la infancia y adolescencia o Paidopsiquiatría*). De nuevo exponer algunas de sus perspectivas de futuro rebasaría los límites impuestos. Se volverán a esbozar algunas reflexiones de actualidad más tarde.
- El crecimiento de las patologías asociadas a las edades avanzadas, entre ellas las demencias, los deterioros cognoscitivos, los trastornos de angustia y ansiedad y las depresiones¹²⁰ (la llamada *Psicogeriatría y Gerontopsiquiatría*). Por supuesto que el ámbito de la clínica y asistencia psiquiátrica en estas etapas de la vida rebasa estos planteamientos esquemáticos. También sobre ellos se volverá posteriormente.
- El impacto social del abuso de sustancias y de su comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (la llamada *patología dual o diagnóstico dual*, o quizás mejor los trastornos relacionados, asociados o comórbidos con el alcoholismo, uso y abuso de sustancias de acciones psicotropas, legales o no), es otro de los ámbitos abandonados por los psiquiatras que merecerán más atención futura, en un intento de normalización e integración de éstos trastornos en la red asistencial.
- La asociación íntima y frecuente entre patología psiquiátrica y patología no psiquiátrica, que requiere de la integración de los psiquiatras en los equipos que atienden patologías muy diversas y su colaboración en la formación del personal de otras especialidades para reconocer y tratar, en la medida de sus posibilidades, la psicopatología presente en los enfermos que tratan (la llamada *Psiquiatría de enlace, de interconsulta e interdepartamental* y la clásica *medicina y psiquiatría psicosomática*). Algunas reflexiones y perspectivas se desarrollarán en un apartado próximo.
- La repercusión de los trastornos mentales y los factores psicosociales en la AP, que exige grandes esfuerzos de colaboración y enseñanza por parte de los psiquiatras, tal y como reconocen y apoyan los servicios de asistencia psiquiátrica y salud mental de numerosas CC.AA., incluida la Castellana y Leonesa (*Programa de apoyo y enlace en Atención Primaria*).
- Las nuevas técnicas de diagnóstico, por imagen y con otros métodos, y de tratamiento y rehabilitación de funciones cerebrales alteradas, ha abierto un camino de esperanza en condiciones antes consideradas irreversibles (es la llamada *Neuropsiquiatría*). Acerca de este ámbito neurobiológico clínico, los avances son innumerables y de un gran interés social, al seguir buscando las relaciones entre la actividad cerebral y la conducta y comportamien-

to normal o anómalo^{12, 25}. Con posterioridad se esbozarán algunas ideas acerca de la llamada «Neuroimagen».

- La demanda creciente ante cambios socioculturales profundos del mundo actual, que con independencia que sean positivos o no, dejan una estela de necesidades de atender la patología que emerge en grupos de población concretos: «nuevos pobres», «personas sin hogar», inmigrantes, supervivientes de actos violentos y terroristas, de catástrofes, etc.
- La ampliación de las necesidades y demandas de enfermos y familiares, de una mayor reintegración social de los pacientes con trastorno mental grave y prolongado (*Rehabilitación e intervenciones psiquiátricas*), lo que ha llevado al pertrechamiento de unos dispositivos asistenciales específicos con programas selectivos y continuados de actuación, primordialmente por medio de los Centros de Salud Mental del área sanitaria, como propugna el Sacyl. Obliga a ampliar la formación del psiquiatra en técnicas de psicoterapia formal y de rehabilitación; aprender a integrarse, colaborar y, en su caso, liderar grupos de profesionales de distintos sectores sanitarios y sociales e implantar modelos de actuación basados en la gestión clínica que permitan una mayor continuidad de cuidados.
- La necesidad de conocer y aplicar técnicas modernas de gestión para conseguir un aprovechamiento mas eficiente de los recursos disponibles. Ya las primeras CNEPs, aún antes el PANAP, desarrollaron unos programas acerca de lo que se podría denominar *Psiquiatría gerencial y administrativa*, al parecer, desfallecida o exhausta por su propio éxito, valga la paradoja, ya que la integración de la especialidad en el SNS y Servicios Regionales de Salud, propiciada desde la ley General de Sanidad, parecían hacer innecesarios estos esfuerzos o incluirlos en organigramas tecno-burocráticos, de una eficacia y eficiencia práctica dudosa en algunos casos, ya que la ancestral tradición ibérica de despreocuparse por la evaluación de programas y procesos hace difícil encontrar fácilmente datos sistematizados de logros y rendimientos. Sin embargo, parece oportuno incrementar el interés de los profesionales en estos campos por razones de todo tipo, endógenas, ya que se supone que los especialistas tienen algo que decir en su ámbito de competencia, y exógenas, ya que siempre existe una minoría de psiquiatras amantes de la política sanitaria.
- La necesidad de desarrollar actividades de reducción del *estigma* asociado a la enfermedad mental y de intervenir en acciones preventivas a nivel social, como ya se ha señalado y se continuará insistiendo, lo que requiere tanto adquirir conocimientos y habilidades en técnicas de comunicación colectiva como una formación y actuación específica y pragmática clínica en la evaluación y consejo en cada caso de los factores de competencia, protección, resistencia, riesgo y vulnerabilidad.
- La CNEP considera en su proyecto de actualización del programa de la especialidad, que es preciso satisfacer las demandas de *intervenciones psicoterapéuticas* regladas de eficacia probada frente a diferentes patologías de alta prevalencia. En consecuencia, la investigación en técnicas de psico-

terapia formal y de rehabilitación permite diseñar intervenciones cada vez más eficaces y la formación en psicoterapia no es ya una cuestión de interés personal como en el pasado, sino una exigencia cuyo peso será cada vez mayor, lo que supondrá nuevos y prolongados recursos educativos especializados, cambios organizativos asistenciales, así como en la evaluación de rendimientos, creación de equipos estables, evaluación de las resistencias a los cambios y otras muchas reformas en el porvenir. También se harán algunas sugerencias en este contexto.

A continuación, en la segunda parte, se han elegido siete campos generales y específicos de los que, al menos, dos deberán de ser especialidades de la Psiquiatría; sólo una y de modo y manera preferente, la Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia. Se podrían haber elegido otros, que ramas Psiquiátricas hay muchas. Me ha parecido que tratar de algunas perspectivas de la psicopatología descriptiva, la evaluación psicológica, las psicoterapias, la neuroiconología, la psiquiatría de enlace, la gerontopsiquiatría y, sobre todo, la Paidopsiquiatría, constituyen un buen abanico de perspectivas de futuro de la Psiquiatría en el nuevo milenio.

SEGUNDA PARTE

PSICOMETRÍA Y PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA

«En toda generalización absoluta (Verabsolutierung) hay una verdad que sólo es destruida por la generalización absoluta... Todas estas generalizaciones absolutas son falsas como tales. La mera multiplicidad, cuando la presentamos real y concretamente (contempladamente, comprensivamente), muestra de modo indudable que una totalidad de la vida psíquica no es nunca jamás el todo mismo».

K. JASPERS: *Psicopatología General*, p. 627 de la edición alemana inalterada de 1948 y p. 853 de la edición española².

La potencia explicativa, las funciones y el alcance de las hipótesis y teorías psicopatológicas es heterogénea y, en último término, análoga a las ciencias básicas que la sustentan. Se podría incluso postular que cuanto más cerca se está del sustrato somático o biológico, en el sentido schneideriano, mayor son aquellas, con la posibilidad de establecer un espectro desde los trastornos mentales orgánicos (demencias, epilepsias, etc.) hasta los llamados trastornos de la personalidad. El inconveniente estriba en que este tipo de postulados dimensionales aporta poco a la profundidad e interés científicos de la explicación racional ordinaria, entre otras razones por la heterogeneidad, totalidad y generalización, falta de precisión y profundidad, ambigüedad y generalización de los hechos y sucesos humanos y clínicos^{2, 45, 46, 47, 48, 135, 136}.

Por otra parte y a diferencia de los lenguajes naturales y privados, la ciencia requiere la conversión de las vivencias y saberes personales en hechos y conocimientos científicos, aunque sean «subjetivos», que exigen un conjunto de señales materiales convencionales o signos artificiales arbitrados para transportar hechos, datos, ideas y términos que han de reunir una serie de condiciones, como son el ser unívocos, precisos, reales, contrastables, válidos, etc., así como estar bien formulados y sistematizados. Prescindiendo de cuestiones lógicas, parece oportuno recordar que desde un punto de vista metodológico las ideas, definiciones y conceptos –como

en nuestro caso los de signos, síntomas, síndromes, trastornos, enfermedades mentales, etc.— son instrumentos utilizados para distinguir y diferenciar entidades y agruparlas, con objeto de realizar análisis y síntesis conceptuales y empíricas, lo que se pretende hacer también en todo el proceso judicial médico —de la etiopatogenia a la rehabilitación— con los diversos instrumentos psicométricos de evaluación, sean o no sean tests. Por ejemplo, los *conceptos individuales genéricos* sirven para distinguir entre individuos, habitualmente en forma de variables individuales; los *conceptos de clases* para establecer divisiones, ordenamientos, sistemáticas y clasificaciones, que permitan a su vez la síntesis y discriminación entre estos conjuntos; los *conceptos relacionales* posibilitan la comparación y ordenación de la realidad; sólo los *conceptos cuantitativos* son el núcleo de la medición. En resumen, la construcción de una ciencia suele empezar con variables y clases y culmina con el manejo de magnitudes. Una variable es cualquier cosa que puede variar de un determinado objeto, pero sólo es cuantitativa y ordinal si satisface lógico-matemáticamente las nueve condiciones clásicas, ya postuladas por J. S. Mill en 1848 y establecidas claramente en psicometría por Michell^{121, 122}.

La clasificación es el modo más simple de discriminar simultáneamente los elementos de un conjunto y de agruparlos en subconjuntos; en otras palabras, es la forma más sencilla de analizar y sintetizar en función de algunos principios de corrección, especificidad, consistencia, coherencia y pertinencia. En primer lugar y entre otros, los caracteres y propiedades elegidos para llevar a cabo la agrupación deben mantenerse a lo largo de todo el estudio o hipótesis; por ejemplo, en la taxonomía psiquiátrica o en el establecimiento de fenotipos diferenciales de enfermedad. En segundo lugar, los conjuntos de un mismo rasgo y rango jerárquicos —por ejemplo trastornos, especies morbosas o agrupamientos sintomáticos— deben de ser exhaustivos y disyuntivos dos a dos, es decir, deben cubrir juntos el campo entero y no deben tener ningún miembro en común. En tercer lugar, y desde un punto de vista metodológico, que no lógico, diversas clasificaciones de un mismo conjunto o universo deben coincidir respecto a su extensión, según Bunge^{123, 124}. Las implicaciones «filosóficas», axiológicas, pragmáticas y por supuesto clínicas, que han conducido al desarrollo de los sistemas DSM, han sido suficientemente discutidas en la bibliografía (Spitzer y Endicott¹²⁵; Spitzer¹²⁶). Su importancia en psicometría clínica estriba no sólo en la búsqueda de un incremento de las valideces, fiabilidad, consistencia, etc. de las categorías diagnósticas psiquiátricas, sino también en la reducción de términos y definiciones (*navaja de Occam*), a veces rompiendo con tradiciones centenarias continentales europeas; así como en que numerosos criterios diagnósticos de referencia pueden transformarse en escalas simples de evaluación comportamental, con la dificultad inherente de tener que elegir entre aproximaciones simplistas de categorías amplias y aproximaciones complejas, según tradiciones psicopatológicas más refinadas y que no se recogen en la construcción de tales criterios diagnósticos^{46, 127}.

Conceptos aparentemente tan sencillos, tales como los de «enfermedad mental o psiquiátrica», «trastorno», «proceso», «síntoma», «signo», y tantos otros, tampoco están resueltos desde la perspectiva de un lenguaje científico. En consecuencia, continúa existiendo una fractura con los modelos médicos de enfermedad, entre sus dimensiones y categorías, y entre otros modelos; así mismo se tiende en la actua-

lidad a un empobrecimiento de lo que ha sido dado en llamar *psicopatología general descriptiva*; así como a una innecesaria proliferación de escalas de evaluación comportamental que pretenden resolver esta situación a base de que cada autor o escuela proponga una definición o un conjunto de definiciones de un trastorno que muchas veces no se sabe ya lo que es –síntoma, signo neurobiológico, síndrome, complejo sintomático, problema, etc.–; en otras palabras, el ascetismo terminológico «ateórico» de las clasificaciones actuales se sobrecompensa con la proliferación de «instrumentos de medida»^{45, 46}.

Por otra parte y en la práctica, éstas y otras reglas posibles se violan con frecuencia, o simplemente son imposibles de desarrollar por insuficiencia de conocimientos científicos, sobre todo cuando los sistemas clasificatorios de una ciencia aplicada, como la medicina en general y la psiquiatría en particular, no se encuentran lo suficientemente desarrolladas desde un punto de vista cuantitativo o si se quiere de evaluación y medición físico-química y lógico-matemática. Una de las causas más frecuentes de estas violaciones –en nuestro caso– se provoca por las dificultades reales planteadas por los casos limítrofes, atípicos, mixtos, marginales, incompletos, mal definidos, solapados, etc. Todo ello hace que haya diversas formas de clasificación, en las que no es preciso entrar y que van desde la división y la ordenación hasta las clasificaciones sistemáticas, en las que las clases están vinculadas por una o más relaciones naturales que denotan relaciones reales de forma jerarquizada y real^{15 a 24, 125 a 128}.

Además, en nosología psiquiátrica se pueden utilizar conceptos teóricos, ontológicos y metacientíficos, como son las grandes teorías psicopatológicas o científicas, e incluso los aspectos lógicos y metodológicos de las ciencias. Sin embargo, en nosotaxia y nosografía, es decir, en la clasificación y tipificación descriptiva de las enfermedades psiquiátricas, es preciso trabajar con términos, definiciones y conceptos teóricos, pero fácticos y específicos, y en todo caso observacionales, esto es, que se refieran a propiedades y entidades de la experiencia común y científica a través de los métodos exploratorios, instrumentales, y de cualquier otro tipo, por cierto cada vez más complejos. Los hallazgos con estos términos, definiciones y conceptos seguirán influyendo de diversas maneras en función de las diferentes teorías, que muchas veces no son tales en su sentido puro, sino clasificaciones jerárquicas hipotéticas, establecidas en función de unos hallazgos clínicos o experimentales^{47, 48, 127, 128, 129, 130, 131, 132 a 136}, etc. Sirvan de ejemplo las clasificaciones de numerosas enfermedades mentales en función de los hallazgos neuropatológicos o anatomopatológicos, de los sistemas de neurotransmisión y neuromodulación, o neurobioquímicos y neurofisiológicos más en general, o de los hallazgos heredobiológicos y genéticos, e incluso desde una perspectiva más laxa, cuando se postulan trastornos evolutivos y del desarrollo en relación con unas dimensiones homo y normocrónicas de normalidad: un problema como el de la enuresis se considera fisiológico hasta una cierta edad o punto de corte y patológico después; por gracia legislativa, un adolescente se acuesta menor de edad y a los dieciocho años se levanta sujeto de plenos derechos y obligaciones; algo semejante puede decirse con el pre-jubilado, jubilado, anciano, etc. La cuestión medico-psicológica estriba en si se está preparado para estos cambios biopsicosociales por voluntad mayorita-

ria y de un día para otro. Todo ello y más hace recomendable una cierta prudencia diagnóstica psicométrica, sobre todo en las primeras y últimas etapas de la vida, y verificar sus hallazgos y puntajes realizando siempre una encuesta posterior a su aplicación, integrando los datos obtenidos de forma coherente con el resto de la historia clínica de cada enfermo.

Si todo lo anterior supone una perspectiva lógica y metodológica correcta y en cierto modo utópica, la realidad clínica se hace con frecuencia más leve y ambigua al no poder tratar de especies morbosas, entidades nosológicas, enfermedades o fenotipos de enfermedad específicos, únicos, o bien delimitados. En último extremo, se establece la antinomia de tener que trabajar con categorías y conceptos discretos, categoriales, bien delimitados, discontinuos o con definiciones o términos continuos, dimensionales o espectrales^{133, 134, 135, 136}. Los psiquiatras clásicos de la encrucijada de los siglos XIX y XX intentaron resolver esta situación estableciendo ejes clasificatorios de tipo extremo o bipolar, cuyos antecedentes se remontan a los médicos-filósofos prearistotélicos⁹, y distinguiendo entre formas de presentación clínica típicas y atípicas, nucleares y marginales, mixtas, etc., dentro de los grandes «círculos psicóticos», e incluso entre «los grandes círculos neuropsiquiátricos»: psicosis maniaco-depresivas *versus* esquizofrénicas, trastornos mentales orgánicos *versus* oligofrenias o epilepsias, etc.^{2, 25}. Los psiquiatras ya clásicos, también en la encrucijada de los siglos XX y XXI, intentan a veces resolver estas situaciones con otras metáforas mágicas como la de «espectro», olvidándose de sus implicaciones. Espectro describe una gama o abanico unitario en la realidad física de ondas y corpúsculos visibles por el cerebro humano normal e interpretables por su persona, personalidad y personalidad, que implicaría en el caso de la psicopatología la aceptación de unos círculos, ejes, procesos o dimensiones nucleares, básicas o estructurales que se expresan clínicamente en otra gama o abanico de formas clínicas sintomatológicas, semiológicas, simbólicas, sintácticas, sindrómicas, nosológicas, etc. Muy en resumen, parece oportuno recomendar ser conscientes en nuestras impresiones, interpretaciones y explicaciones de la realidad clínica del *nivel de la realidad* en el que nos encontramos. *There is more than eyes sees* («hay más de lo que los ojos ven»). Además e imitando a un conocido biólogo francés, parece oportuno recordar que las teorías pasan pero los pacientes permanecen. Mientras tanto, el progreso incesante de nuestras ciencias continúa plagado de discontinuidades, incertidumbres, metáforas, fracturas de sentido y obviedades, en las que el objeto natural del arte clínico psiquiátrico no parece coincidir con el objeto de las ciencias psiquiátricas.

¿Por qué los psiquiatras tenemos que intentar buscar explicaciones, intentando responder a cuestiones de *por qué* y no sólo a preguntas acerca del *cómo* o del *qué*, es decir, no podemos limitarnos a reproducir descripciones completas y económicas de los síntomas, signos, procesos, trastornos, fenómenos, acontecimientos, sucesos, etc. actuales o posibles en la patografía del paciente? A esta actitud, que se puede denominar *descriptivismo*, se la puede intentar abarcar en un espectro que va desde el «*descriptivismo radical fenoménico*», por cierto mayoritario en una época histórica de la psicopatología^{2, 25}, hasta el «*cajanegrismo*», que permite teorías siempre que sean fenomenológicas y no representacionales, y en último extremo, «*el descriptivismo metafórico*» o por «*analogía*». Dicho de otra manera, los procesos de

observación, descripción, experimentación y medida deben integrarse en el método científico realista, buscando identificar valores de variables cuantitativas por medio de sus relaciones numéricas con otras variables, cuya evaluación exige un proceso hermenéutico o de interpretación que integre los hechos, datos y sucesos obtenidos por diversos métodos para su aplicación en cada caso individual.

El descriptivismo radical postula que la investigación científica consiste, o debe consistir, en observaciones e inventarios de informes observacionales, y puede ser considerado como una primera etapa en la genética de la ciencia. Sus implicaciones teóricas de todo tipo en los tres niveles que, a su vez, se pueden diferenciar, han sido reiteradamente refutados en neurobiología como insuficientes y erróneos; estos son el *fenomenismo*, el *fenomenalismo* y la *fenomenología*, esta última como fundamentación filosófica en los diferentes niveles de sus tipos de análisis. No es tarea de la psicopatología fenomenológica responder a las grandes preguntas filosóficas planteadas prácticamente desde hace tres milenios –conciencias, libertades, causalidades, vivencias– pero sí ser consciente de que estas grandes cuestiones actúan en toda actividad médica. Sin ir más lejos y como quería Heidegger: «*toda descripción es interpretación*», siempre y cuando sea inteligible y significativa (contrastable) con y de la realidad, como quería Freud. En otras palabras, el significado no es un fenómeno empírico. No se puede asignar significado a las mediciones con el fundamento de su resultado, sino que aquel debe ser especificado previamente; o en otro nivel, las hipótesis deben ser previas a las mediciones. Además, y en el caso de la psicopatología descriptiva, los niveles de análisis históricos de la semiología psiquiátrica deben de ser apropiados a los avances en las diversas ciencias básicas y aplicadas, así como adaptarse a los principios de jerarquización, homogeneidad, coherencia, modelización, etc., a pesar de las dificultades que entrañan los heterogéneos e incompletos conocimientos y expresiones de la enfermedad mental y sus teorías. De aquí se tiende a un pluralismo explicativo empírico-experimental que permita ir completando los mosaicos de conocimientos psiquiátricos en sus diferentes niveles de realidad, mientras los clínicos intentan descubrir nuevos estados y rasgos patológicos o especificar los antiguos en endo –y fenotipos mas diferenciados y fáciles de manejar con los métodos e instrumentos científicos actuales.

El «*cajanegrismo*» es harto conocido y también refutable por sus insuficiencias reduccionistas, gracias a las diversas teorías y modelos propuestos, entre otros por las psicopatologías conductistas o comportamentalistas, cognitivistas, neurobiologicistas simples etc., de las que el conocimiento psiquiátrico teórico, experimental y clínico parece estar de vuelta, al abordar complejas cuestiones desterradas como las de la consciencia, la percepción como gnosis y representación, los procesos cognoscitivos superiores de la milenaria psicología filosófica racional, de Aristóteles y Tomás de Aquino a Kant o Jaspers: *Vernunft, Verstand, Existenz, Dasein, Sosein*, etc., la voluntad y tantas otras. El clínico debe también tener en cuenta que las relaciones representadas en las medidas de cualquier tipo son independientes de sus observaciones u operaciones, es decir, los números utilizados deben ser empíricos y no abstractos (Edelman^{64, 137} Damasio¹³⁸; Crick,¹³⁹; Edelman y Tononi, etc.¹⁴⁰).

Hemos llamado *descriptivismo metafórico* a aquellas propuestas inescrutables, dogmáticas y con aspiración de eternidad, entre otras características, que no se ajustan a las delimitaciones de la ciencia. Pueden ser interesantes para otros saberes humanísticos.

A estas formas de descriptivismo se podrían añadir otras, por ejemplo el *descriptivismo antipictorialista*, que se opone a la confusión entre modelos técnicos y teorías científicas, o a los que surgen de las posibles adjetivaciones de los anteriores, sin ir más lejos la *psicopatología descriptiva evolutiva y del desarrollo* de las diferentes edades de la vida, tan necesaria para las actitudes preventivas y rehabilitadoras¹²⁷.

No es momento ni lugar de desarrollar una evaluación crítica de cada una de estas posturas. En concreto, el puntaje total de una escala de evaluación para la medida de la depresión supone no distinguir entre la descripción de unos hechos externos, otros internos, en conjunto desjerarquizados en su importancia clínica por el requisito organizativo de la escala, y con tantas limitaciones en el momento de evaluar la historicidad del paciente, del psiquiatra y del momento clínico en el que la escala se aplica¹⁴¹. Pero quizás sí merece la pena recordar que es imposible dar una descripción completa y simple de todo hecho psicopatológico complejo, entre otras razones porque dos de los principales criterios científicos son los de la relevancia y pertinencia. De nuevo, a modo de metáfora mágica, imaginemos si cada uno de todos los matemáticos existentes a lo largo de la historia de la humanidad hubieran esterilizado sus vidas intentando establecer las trayectorias de un insecto volador en las naves de una catedral gótica durante unas horas; es decir, las viejas cuestiones científicas acerca de la pertenencia, la relevancia y los límites. Si se trata este tema es para intentar volver a recordar la necesidad de una psicopatología genética, –de génesis, origen– evolutiva, del desarrollo, de las causas y del mecanismo de las enfermedades mentales, cualesquiera que sea el nombre que queramos darles para su denotación y connotación^{123, 124, 127}. También en Medicina hay que plantearse, siquiera provisionalmente, la cuestión de los *por qué* y recordar el precepto popperiano de la falsación, eliminar en lo posible nuestros errores de nuestras teorías. La realidad clínica es que existen múltiples psicopatologías y se carece de una teoría unitaria o unificada. Sin embargo, a lo largo de poco más de dos siglos se ha ido construyendo una psicopatología descriptiva, clínica, sintomatológica y semiológica que puede ser considerada tanto un lenguaje como el uso que de este lenguaje hace cada psiquiatra teórico o práctico. Desde un punto de vista científico y teórico los lenguajes y sus condiciones de uso son cada vez más complicados, de forma tal que a veces llegan a ser ininteligibles, o simplemente no aplicables por el clínico, aunque parece recomendable de nuevo que éste sea consciente siempre de sus limitaciones y se las advierta a los demás.

LA EVALUACIÓN DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PSICOMÉTRICAS EN PSIQUIATRÍA

Los continuos avances científicos y tecnológicos impiden abarcar incluso los aspectos más relevantes de una especialidad clínica básica y troncal como la Psiquiatría. No se insistirá bastante en la necesidad de la especialización continua y

del trabajo en equipo inter y multidisciplinario. Con objeto de esbozar someramente otro de los aspectos de la psiquiatría del futuro presente, e incluso otra de las nuevas demandas a la neuropsiquiatría, parece oportuno tratar de la evaluación de las pruebas psicométricas clínicas, en su sentido más amplio y sugerir la importancia de las nuevas técnicas instrumentales de exploración del SNC, y de forma especial en las llamadas neuroiconografía, neuropsicoiconografía, neuroimagen estructural y funcional, etc., antes de entrar en temas más clínicos.

El primer test mental utilizable de forma sistemática en la práctica psicopedagógica y psiquiátrica, la escala de Binet y Simon, fue construido en el primer lustro del siglo pasado para la detección y cuantificación de los problemas planteados por el retraso mental, o más específicamente, para evaluar los planteados por el fracaso escolar, endémico desde que tras la Revolución Francesa se intentó una educación básica para todos. A continuación parece ser que fueron las pruebas utilizadas para la evaluación de las Fuerzas Armadas por los psicólogos y psiquiatras norteamericanos durante la I Guerra Mundial; las pruebas de factor general de inteligencia de Raven fueron desarrolladas para seleccionar oficiales de la RAF, poco antes de la Segunda Guerra Mundial. Permítasenos recordar de nuevo que ya hacia 1914 el Dr. Anastasio Anselmo González Fernández –en ciencias naturales y también mencionado como médico– publica en la Biblioteca de Pedagogía Científica, editada por El Magisterio Español, su obra acerca del «Diagnóstico de niños anormales», en la cual utiliza ya cuestionarios, inventarios, y el test de Binet y Simon, entre otros, para la evaluación de la inteligencia^{45, 46}.

Después, los psicólogos desarrollaron dos tipos de tests para intentar medir las manifestaciones psicopatológicas: las escalas de auto y heteroevaluación^{45 a 52, 127 a 135, 141 a 147}. Así por ejemplo, el psicólogo americano Woodworth, desde 1917, construyó diversas escalas de autoevaluación para la selección de individuos para el ejército. A Scott, en Chicago y en 1920, cuando era presidente de una sociedad de ingenieros industriales, se le encomendó elaborar un método para evaluar de una forma sencilla, anónima y objetiva, las cualidades y defectos de ciertos candidatos a un puesto directivo y creó la escala analógica visual, sacada de su olvido por Aitken y cols. en 1965. En 1930 el psiquiatra y psicólogo T. V. Moore publicó un trabajo para determinar las dimensiones sintomatológicas de una muestra de pacientes con demencia precoz y psicosis maníaco-depresiva, a través del análisis factorial de una escala heteroaplicada con una lista de síntomas psicóticos. Así se fue desarrollando la noción de escalas de evaluación (*rating scales*), un vocablo amplio que comprende muchos tipos de instrumentos de medidas, incluyendo listas de comprobación, cuestionarios, inventarios, autoinformes, etc., aunque en sentido estricto el término se refiere a cualquier tipo de medición que proporcione una evaluación relativamente rápida de un constructo específico, de la que se deriva una puntuación numérica que puede ser rápidamente interpretada.

Aunque es difícil establecer cuál fue la primera escala de evaluación psiquiátrica contemporánea, en mi experiencia se inicia con la del psicólogo norteamericano Wittenborn (1950), que nosotros tuvimos ocasión de utilizar en la adapta-

ción realizada por la Cátedra de Valencia hace casi cuatro décadas. El auge posterior de la psicopatología cuantitativa o descriptiva estuvo plenamente ligado a la Psiquiatría y al desarrollo de la Psicofarmacología, fundamentalmente con la finalidad de valorar de la forma más válida y fiable posible la mejoría de los pacientes sometidos a tratamiento, al igual que los tests de personalidad, por ejemplo, evaluaban los rasgos y estados de personalidad, generalmente más estables que los síntomas; es decir, que en aquellas y en aquellos, además de la fiabilidad y valideces, habrían de construirse en función de su estabilidad, sensibilidad al cambio, análisis y ponderación de los ítems, y tantos otros aspectos que no se suelen tener en cuenta ni en la teoría ni en la práctica, trabajando en consecuencia, con datos superficiales y brutos, como pueden ser los puntajes totales de una escala, y dejando sin analizar otras cuestiones tan o más relevantes; numerosas publicaciones sobre actuaciones terapéuticas pueden servir de ejemplo. Algunos pioneros en Europa de la psicopatología cuantitativa clínica fueron Delay, Hamilton y Pichot, y algunos de nosotros, entre otros muchos estudiosos.

Es a partir de la Segunda Guerra Mundial cuando comienzan a solaparse en el tiempo histórico contemporáneo las *clasificaciones tipológicas categoriales* tipo CIE y DSM y las *clasificaciones dimensionales* tipo clínico, incluidas las paidopsiquiátricas, ya que merece la pena recordar que la primera clasificación multiaxial de uso clínico fue establecida para los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia. Se inicia esta etapa con los DSM de la APA, y sigue en las CIEs de la OMS, más matizada clínicamente, a partir de la década de los ochenta. Se fundamenta en unos criterios no sólo pragmáticos en sus acepciones europeas desde Aristóteles, sino prácticos, «instrumentales» o «pragmaticistas», en las acepciones de Ch. Peirce, un filósofo, W. James, un psicólogo y O. W. Holmes, de nuevo un jurista, que acuñaron ya este término en 1878 y crearon este sistema norteamericano que habrá de influir en toda la Psicopatología y Psiquiatría de la segunda mitad del siglo XX. De nuevo merece ir a las fuentes, en este caso a la obra de W. James¹⁴⁸: «... *nuestras creencias son realmente reglas para la acción, (Peirce) dice que para desarrollar el significado de un pensamiento necesitamos determinar qué conducta es adecuada para producirlo: tal conducta es para nosotros toda su significación ... Para lograr una perfecta claridad en nuestros pensamientos de un objeto, por consiguiente, necesitamos sólo considerar qué efectos concebibles de orden práctico puede implicar el objeto; qué sensaciones podemos esperar de él y qué reacciones habremos de preparar ... De este modo, "las teorías" llegan a ser instrumentos, no respuestas a enigmas en las que podamos descansar* (pp. 53-57)». Ambas acepciones son extremosas. El pragmatismo de las construcciones de criterios diagnósticos expresan un modo de comprender términos y palabras, habitualmente de sentido común, significativas para formar actitudes y tomar decisiones de carácter profesional, «ateórico», inseguro de cualquier conclusión dogmática, eterna e inmutable, y por tanto, de nulo valor jurisdiccional o judicial, como bien alertan los manuales del DSM de la APA. Implican virtudes próximas a la libertad, tolerancia y crítica permanente a los que tienden los idealismos trascendentalistas, esencialistas y racionalistas de las construcciones europeas, si bien los psiquiatras continentales siempre advirtieron de los límites de sus sistemas y sistemáticas². También constituye uno de los fundamentos del extremoso «movimiento pragma-

tista», e incluso de la psicología cognitivo-conductual, este tipo de actitud filosófica: «*La verdad acontece a una idea. Llega a ser cierta, se hace cierta por los acontecimientos. Su verdad, es, en efecto, un proceso, un suceso, a saber: el proceso de verificarse, su verificación. Su validez es el proceso de su validación* (p. 158)¹⁴⁸». De nuevo las críticas a este punto de vista son milenarias en el pensamiento continental europeo.

Hace más de dos décadas ya algunos de nosotros escribimos al respecto de los cuestionarios, inventarios, escalas de evaluación comportamental, pruebas de eficiencia y pruebas neuropsicológicas, en el caso de los trastornos afectivos, lo siguiente: «*los métodos psicológicos-clínicos y médicos constituyen los fundamentos de la psiquiatría como ciencia y arte clínico, y por ello aplicada, que sólo resolverán los problemas planteados correctamente dentro de los límites e ámbitos de su competencia. El arte clínico es fundamentalmente cualitativo e individual. El método o los métodos psicométricos en su acepción etimológica más genérica pretenden alcanzar otro tipo de observación directa o indirecta, de todo un conjunto, o conjunto de conjuntos, de rasgos y estados de algún sistema concreto que en este caso se han ido denotando y designando como síntomas, signos, síndromes, enfermedades y complejos y agrupaciones sintomatológicas, semiológicas, nosológicas, depresivos. En otras palabras, los métodos psicométricos son preferentemente cuantitativos y generales, cuyo mejor ejemplo de observación son las diversas formas de medición, de las que hay, en principio, tantas posibilidades de clasificación como clases de propiedades, técnicas y formas lógico-matemáticas de medición*»¹⁴¹.

Algo semejante ocurre con las nuevas pruebas diagnósticas en la práctica clínica neuropsiquiátrica, que suponen con frecuencia importantes y constantes recursos tecnológicos y humanos, siempre limitados para cualquier servicio público de salud. En último extremo se trata de aplicar los métodos de la llamada medicina basada en hechos y pruebas, en ensayos clínicos de nuevos psicofármacos y en las reiteradas matrices de evaluación de eficacia, eficiencia, seguridad, etc. Carnero-Pardo¹⁴⁹ ha revisado recientemente este otro tema, sugiriendo los tipos de estudio recomendables para la validación de pruebas diagnósticas instrumentales, así como el listado de elementos a incluir en los estudios sobre evaluación (*Standars for Reporting of Diagnostic Accuracy*).

La medicina basada en pruebas, en hechos o medicina fáctica, antes maltraducida esta última palabra por «evidencias», constituye otro de los desarrollos más relevantes de la última década y con mayores perspectivas de futuro. Abarca desde la organización de bases electrónicas hasta la edición de publicaciones periódicas con síntesis de estudios originales y de revisiones sistemáticas actualizadas, permitiendo, con sus riesgos, sustituir textos y manuales, así como la clásica búsqueda de soluciones a las incertidumbres clínicas por bases documentales internacionales. Requiere tanto conocer el tipo de preguntas y tipo de estudio a localizar como saber buscar la información, y sobre todo tener una cierta capacidad crítica de la información en todos sus escenarios^{150, 151}. No parece necesario enumerar las posibilidades de acceder a la red, sino meramente recordar que a partir de este año

se dispone de la edición española del «*Evidence-Based Mental Health*» (www.ebmentalhealth.com), así como libros de texto electrónicos, guías de práctica clínica (*Clinical Evidence* y *Up To Date*), etc.

PSICOTERAPIAS

«En lo que respecta al valor salud en cuanto entendido dentro del ámbito de la razón comunicativa y que se encuentra afectado por problemas de vacío existencial surgidos desde la propia nada, podríamos dar por cierto que sólo a partir del nacimiento y desarrollo del psicoanálisis, hace poco más de un siglo, se ha admitido como instrumento curativo adecuado la psicoterapia. La psicoterapia como tal no ha tenido una acogida excesivamente entusiasta por los enfermos en concreto, ni por los médicos, ni mucho menos por las administraciones públicas en cuanto proveedoras del recurso. Las opiniones con respecto a ella son variadas: desde algunos de los primeros psicoanalistas, como Groddeck, que la vivieron fanáticamente, hasta abundantes médicos que la desprecian sin conocerla, pasando por los interesados en la medicina psicosomática que la practican y por Woody Allen que con su ejemplo le hace publicidad. Entre la gente común, el bastante frecuente uso del mecanismo inconsciente y profundo de la somatización hace ver que la gente prefiere ser atendida por problemas del organismo que por problemas de su vida».

J. SORIA: *La Salud como valor en Psiquiatría*. En: «Hechos y valores en psiquiatría» 5.97-115. E. BACA Y J. LÁZARO, Edits. Fundación Archivos de Neurobiología. Editorial Tricastela. Madrid, 2003⁵⁹.

Las Psicoterapias se contemplan como instrumentos terapéuticos básicos y esenciales, conjuntamente con las terapéuticas biológicas y sociales, en la Psiquiatría y, por ende, en la formación de sus especialistas. En el contexto del programa de formación especializada MIR se entiende por «*psicoterapia todo tratamiento de naturaleza psicológica que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento, promueva y facilite una adecuada adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar*».

El mundo de las psicoterapias es uno de los más extensos, polémicos y complejos. Como en otras ocasiones a lo largo de esta lección tampoco es su objetivo abarcar y profundizar en estos temas. Baste con recordar que los comienzos de la psicoterapia médica moderna, y con posterioridad profesional o interprofesional, pueden establecerse históricamente con la publicación de las primeras obras del fundador del psicoanálisis, Segismundo Freud³⁶, en asociación con un gran internista y fisiólogo, Breuer, a saber: *La interpretación de los sueños*, de 1899, y los *Estudios sobre la histeria*, entre 1893 y 1895.

Los tratamientos psicológicos más especializados y difundidos en los EE.UU. de América del Norte durante el pasado siglo fueron el psicoanálisis orto-

doxo y la psicoterapias de orientación dinámica. En los últimos años existe en esos lares una profunda e interesante polémica con la creciente, y en cierto modo dominante, «Psiquiatría biológica», que podría denominarse también de tendencia científico-natural, si no fuera porque, en último extremo, esa aspiración es común a todo médico, disputa en la que tampoco es posible entrar. No debe olvidarse que, como ya se ha señalado, puede hablarse también desde sus orígenes de «un psicoanálisis freudiano de orientación biológica», ya que Segismundo Freud fue además un magnífico y original neuropsiquiatra. También parecen dominantes en este campo las terapias de orientación «cognitivo-conductual», o quizás mejor cognoscitivo-comportamental, que incluyen un gran número de técnicas específicas que emplean principios médicos, fisiológicos y psicológicos, cuyos orígenes históricos se remontan a Sechenov y Pavlov. A ellas se pueden añadir otros tratamientos de fundamento psicológico interpersonal, sistémico y psicosocial en los que no es posible entrar en esta ocasión. De todas formas merece la pena tomar en consideración las opiniones de J. Soria⁵⁹, que justifican esta larga cita: *«La psicoterapia oficial, no la que realizan de modo espontáneo y natural la mayoría de los médicos, presenta otras características muy diferenciadas con respecto al tratamiento médico habitual: en primer lugar exige una participación activa por parte del paciente y además sucede que el criterio de normalidad –la imagen del hombre sano que corresponde a su saber antropológico– en el que se basa el psicoterapeuta para proveer salud, depende de una doctrina o una teoría que no se impone necesariamente por sí misma, que es objeto de críticas variadas, cuya eficacia depende de múltiples factores no controlados y que utiliza como orientación en el camino a seguir nada menos que las resistencias que se detectan en el enfermo. Quiere esto decir que los posibles fracasos en seguir el tratamiento y la duración del mismo también contribuyen –aparte del coste...– a su limitada aceptación. En el tratamiento médico habitual se utiliza un instrumento –la medicación– que es un producto de la tecnología ajeno al médico y al enfermo, que viene dado desde fuera. En la psicoterapia del ámbito psicoanalítico el instrumento, la palabra, transmite un contenido –una doctrina acerca del ser humano– que aunque participado en diversas medidas por los psicoterapeutas se introduce, también desde fuera, en la existencia del paciente. En la psicoterapia existencial la capacidad de curarse está en el propio paciente. El terapeuta solamente es el instrumento liberador de las potencialidades del paciente, y lo es principalmente en virtud de su propio modo de estar en el mundo y darse en el “encuentro” con la situación de necesidad del enfermo. El papel del psiquiatra en el enfermar consistiría en un saber conocer y actuar desde las potencialidades y valores del enfermo en la realización de su propio mundo. Cada paciente o cada caso sería una novedad o un ámbito de actuación original para el psiquiatra. El “encuentro” preciso entre psicoterapeuta y enfermo es el que abre la posibilidad de que la incapacidad de “encontrarse” del enfermo lleva a cabo el “encuentro” sano con el psicoterapeuta. Para el psiquiatra holandés Van den Berg, la psiquiatría es una ciencia del “encuentro”, de una específica forma de encuentro, que se produce entre el enfermo y el compañero sano que es el médico. A través de este “encuentro” se hace posible estimular las capacidades o potencialidades del paciente, unas veces claramente conocidas y otras simplemente actuantes desde la relación establecida»*^{59, 152, 153}, (pp. 113 y 114).

Esta sería la forma clásica de ordenar las psicoterapias. Sin embargo, desde un punto gerencial o de evaluación técnica y económica se acepta el principio según el cual todo tratamiento médico ha de mostrar su eficacia, eficiencia y seguridad, entre otras condiciones objetivas, antes de ser autorizado e incluido dentro de los amplios términos de la *Lex artis*. Con ello se ha creado un nivel de exigencia y de investigación clínica de amplias perspectivas de futuro, sobre todo si una técnica psicoterapéutica puede y debe ser incluida, o no, en la cartera de servicios de un Sistema Nacional o Regional de Salud, e incluso en una institución hospitalaria o de área. De nuevo la Psiquiatría se encuentra en la encrucijada de ciencias, conocimientos, técnicas y tecnologías, entre las que no hay que olvidar las económicas, empresariales y jurídicas.

Otra manera de sistemática sería, en su caso, en función de las peculiaridades y necesidades de cada individuo, tal como se ha sugerido y confirmado empíricamente. Al clínico no le importa contradecir el postulado aristotélico según el cual no hay ciencia de lo individual. Además es erróneo –existen diseños de caso único– y poco artístico: con un solo caso se puede descubrir una sola enfermedad y con frecuencia se utilizan con posterioridad las técnicas científicas, que no los métodos, para otros fines, como los de verificación o falseamiento. También existe la posibilidad de una clasificación más dinámica en función de las diversas etapas de la vida que dan nombre a otras especialidades de Psiquiatría, y por ende, a otras formas de psicoterapias. Acerca de las psicoterapias en la infancia se ha tratado en otro lugar^{154, 155}. Una enumeración por modos y modas descritas conllevaría repasar la historia de la especialidad, de las especialidades médicas, incluso de la humanidad, desde las psicoterapias populares, implícitas, de apoyo, aconsejamiento, breves, prolongadas, individuales, grupales, familiares, de pareja, etc., hasta las psicoanalíticas y psicodinámicas (www.app-nsh.org.uk).

Las insuficiencias percibidas por los médicos psicoterapeutas son ingentes en toda la UE. A modo de ejemplo, una encuesta realizada en los Departamentos de Psicogeriatría del Reino Unido mostró la deficiente situación, llena de prejuicios en contra de la utilidad de estos abordajes en estas etapas de la vida, incluyendo los nihilistas, a pesar de los estudios clínicos favorables a las psicoterapias gerontopsiquiátricas desde hace décadas¹⁵⁶.

Thornicroft y Tansella⁹⁵, con el elogiado empirismo inglés, se sorprenden de que las asociaciones directas entre la formación y resultado, así como entre experiencia y resultado psicoterapéutico correlacionen escasamente, insistiendo en que: *«la capacidad para desarrollar una alianza terapéutica constructiva es el mejor predictor individual de resultados, explicando el 26% de la diferencia en las tasas de éxito entre terapeutas. A su vez, los mejores predictores de esta alianza son la maestría del terapeuta (no su experiencia clínica) y la existencia de supervisión clínica»*, (p. 190). Resumen las características comunes y efectos esenciales de la psicoterapia eficaz, según J. Frank (1961-1993), tal y como se expone en la tabla siguiente:

CARACTERÍSTICAS COMUNES	EFECTOS ESENCIALES
<ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente confía en la competencia y en el deseo de ayudar del terapeuta. 2. El lugar en donde se proporciona la psicoterapia es designado por la sociedad como un lugar de curación. 3. El tratamiento se basa en una lógica que incluye una explicación de la salud y de la enfermedad, e implica una filosofía optimista de la naturaleza humana. 4. El procedimiento terapéutico requiere del paciente algunos esfuerzos o sacrificios. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporciona oportunidades nuevas para aprender. 2. Aumenta la esperanza del paciente de mejorar. 3. Proporciona experiencias de éxito. 4. El tratamiento produce una activación emocional en el paciente.

NEUROIMAGEN O NEUROPSICOICONOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Las técnicas de neuroimagen disponibles en la actualidad permiten el estudio no solo estructural o morfológico del sistema nervioso central (SNC), sino también de los aspectos funcionales y neurobioquímicos. Una buena actualización del tema ha sido publicada por Arango, Crespo-Facorro y Bernardo¹⁵⁷.

CLASE DE NEUROIMAGEN	TIPO DE INFORMACIÓN	TÉCNICA
Estructural o anatómica	Detalle morfológico	TC RM
Funcional	Perfusión Metabolismo Detalle morfofuncional	SPECT RMf PET
Biológica estructural Bioquímica Neurotransmisión	Distribución Densidad Ocupación de receptores Transportadores Enzimas Neurotransmisores	SPECT PET MRS
Otras	Neurofisiológicas	MEG MSI

La tomografía axial computarizada (TAC o TC) fue desarrollada por Hounsfield, hacia 1971, y superó tanto las técnicas radiológicas craneales convencionales como la neumoencefalografía, al eliminar el problema de la superposición de estructuras de aquellas, facilitando la interpretación de los resultados, aunque, y al ser el mecanismo de producción de contraste en la imagen el mismo que para neuroradiología convencional, adolecerá del mismo problema de falta de contraste en los teji-

dos blandos, lo que se suele intentar limitar físicamente o con avances tecnológicos del tipo de la tomografía espiral o helicoidal. Otro inconveniente olvidado con frecuencia consiste en que constituye la técnica que suministra mayores dosis de irradiación ionizante al paciente. La TC presenta una serie de ventajas: bajo coste, alta disponibilidad y buena resolución. A cambio presenta mala calidad de imagen en la base del cráneo y no distingue claramente entre sustancia gris y blanca. La mayor utilidad de la TC en psiquiatría es la de descartar la existencia de lesiones orgánicas cerebrales.

La resonancia magnética nuclear o RM fue descubierta por los premios nóbeles de 1952 Bloch y Purcell seis años antes. Paul C. Lanterbur publicó las primeras imágenes en 1973. Entre 1971 y 1977 Damadian la desarrolló hasta conseguir una imagen de todo el cuerpo. Se han utilizado también nuevos mecanismos de contraste para la angiografía por RM y a un nivel más experimental se han conseguido imágenes de microscopia por RM. La imagen por RM proporciona una buena resolución espacial y un contraste excelente y muy variado; puede producir tanto imágenes morfológicas como funcionales y ofrece la posibilidad de obtener cortes en cualquier dirección del espacio.

Estudios por RM en pacientes con esquizofrenia indican que hoy en día no se dispone de ningún signo biológico cerebral específico, obtenido mediante la utilización de técnicas de neuroimagen cerebral estructural, que pueda ser utilizado como elemento diagnóstico de la enfermedad, tal como ocurrió con otros intentos anteriores, incluyendo la paciente y esforzada neuropatología del siglo XX. Las estructuras cerebrales que han aparecido más alteradas consistentemente son los ventrículos cerebrales y el lóbulo temporal (incluido el complejo amígdala-hipocampo). Las perturbaciones encontradas en el lóbulo frontal parecen estar localizadas en la corteza orbitofrontal, que se considera la extensión del sistema límbico en los lóbulos frontales. Los estudios realizados en grupos de pacientes que presentan un primer episodio de la enfermedad permiten evidenciar que las alteraciones estructurales del cerebro ya están presentes en las primeras etapas de la enfermedad, y se puede considerar que dichas alteraciones constituyen parte del propio proceso mórbido de la enfermedad, lo que apoya la hipótesis del neurodesarrollo frente a la neurodegenerativa^{158, 159}.

La Resonancia Magnética Funcional ó RMf es una técnica mínimamente invasiva que permite detectar y localizar la activación cerebral producida al realizar una cierta tarea cognitiva mediante la detección de la diferente proporción entre oxihemoglobina y desoxihemoglobina en los estados de reposo y activación cerebral. Proporciona una buena resolución espacial (milimétrica) y resolución temporal por debajo del segundo. La RMf es una herramienta muy poderosa para estudios cognitivos en las neurociencias y en neuropsicobiología clínica, ofreciendo acceso no invasivo a las redes corticales y subcorticales involucradas en procesos cognitivos sensoriales, motores y de orden superior. Su aplicación clínica más común es la localización prequirúrgica de zonas elocuentes o significativas, cuya lesión producirá secuelas predecibles. Se utiliza, como estudio preoperatorio, en epilepsia y en la monitorización de la recuperación después de infarto o accidente traumático. La utilización de la RMf en psiquiatría se hace fundamentalmente en el terreno de la

investigación, sin que de momento se hayan establecido aplicaciones clínicas directas; la intención de estos estudios es encontrar diferencias de localización de respuestas cerebrales entre sujetos normales y pacientes con diferentes patologías psiquiátricas o bien utilizar esta información para mejorar la orientación terapéutica y pronóstica^{160, 161, 162}.

La espectroscopia por resonancia magnética, MRS o RMS se conocía desde hace décadas como técnica de análisis químico *in vitro*, pero se utiliza en neuropsiquiatría para obtener información acerca de la concentración de algunas moléculas bioquímicas. Existen diversos tipos de marcadores: 1 H-, 31P-, etc. La MRS se ha utilizado como técnica de análisis químico en vivo en biología, química orgánica y otras ciencias. Mientras que la RM da información estructural, la MRS proporciona información sobre la concentración de algunas moléculas bioquímicas en regiones cerebrales. En la pasada década los estudios por espectroscopia han mostrado las alteraciones bioquímicas en varias enfermedades neuropsiquiátricas (esquizofrenias, demencias, epilepsias, trastornos afectivos, de ansiedad, trastornos del desarrollo, autismo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad o TDAH, etc.)¹⁶³. En las esquizofrenias se han mostrado alteraciones en el metabolismo de la membrana fosfolipídica durante el curso temprano de la enfermedad, lo cual es consistente con el neurodesarrollo anormal durante el período crítico de la adolescencia en que se inicia típicamente la enfermedad, permitiendo un diagnóstico de sospecha más precoz, y en consecuencia, el establecimiento de medidas preventivas más tempranas^{127, 158, 159}. Los niños y adolescentes que tienen un riesgo genético incrementado para la esquizofrenia muestran similares alteraciones en la membrana fosfolipídica. También se han visto alteraciones en esa localización en las fases depresivas de los trastornos bipolares; se ha utilizado en la predicción neurobioquímica la respuesta terapéutica farmacológica¹⁶⁴; y con la 31P-MRS se ha renovado la hipótesis de una disfunción del metabolismo energético celular mediado por el sistema tiroideo como factor de vulnerabilidad en los trastornos depresivos mayores^{165, 166}. Por último, reseñar que por este método se ha observado una asociación entre una alta tasa de metabolismo en la zona prefrontal y niveles reducidos de N-acetilaspártato (NAA) en regiones temporales y cerebelosas en individuos con autismo. En el síndrome de Rett^{167, 168} no se ha encontrado correlación anatómico-clínica con la MRS protónica¹⁶⁹, aunque se ha sugerido una disminución de la función neuronal y una reducción de las arborizaciones dendríticas. En el TDAH parece haberse encontrado niveles incrementados del metabolito N-acetilaspártato, interpretado como un incremento de la energía neuronal o la actividad axonal, por aumento anómalo de la neurotransmisión; en algunos casos existen disminuciones volumétricas de los lóbulos frontales y sustancia blanca, que han sido relacionados con problemas fonológicos y de fluidez semántica en los pacientes con este trastorno. Se ha utilizado también, junto con otras técnicas neuroiconológicas, como desde hace un siglo se utilizan las neuropatológicas y las neurohistológicas, para realizar estudios de correlación anatómico-clínica de diversos tipos de demencias —en especial tipo Alzheimer, con cuerpos de Lewy, vasculares, asociadas al Parkinson, etc.— con la ventaja de poderse realizar en pacientes y de forma repetida asociada con otros métodos clínicos y neuropsicológicos¹⁷⁰. También constituye otra de las técnicas con futuro para la investigación de las bases neurobiológicas y neuropsicológicas de los procesos cognoscitivos supe-

rios y sus disfunciones, tanto en sujetos normales como en pacientes con enfermedades psiquiátricas, asociada de nuevo con técnicas de evaluación psicométrica y neuropsicológica¹⁷¹.

En conjunto, las técnicas de neuroimagen disponibles en la actualidad permiten el estudio no sólo de la estructura o anatomía del cerebro, sino también de aspectos funcionales y neurobioquímicos. Se trata además de técnicas incruentas que se realizan en humanos *in vivo*. La tomografía computarizada por emisión de fotón-único (*Single Photon Emission Tomography*, SPECT) y la tomografía por emisión-de positrones (*Positron Emission Tomography*, PET) pueden proporcionar información tanto de tipo funcional como bioquímica. La información funcional se refiere a la actividad neuronal determinada a través del metabolismo (PET) o de la perfusión cerebral regional (SPECT, Resonancia Magnética funcional o RMf). La neuroimagen de elementos químicos que intervienen en la neurotransmisión (receptores, transportadores y enzimas) hace posible el estudio de la actividad sináptica mediante imagen en las distintas regiones del cerebro. Esta información sobre aspectos neuroquímicos de la neurotransmisión es un dominio exclusivo de las técnicas de neuroimagen nuclear, SPECT y PET, en este contexto.

La PET proporciona información metabólica, bioquímica y molecular sobre el funcionamiento del cerebro *in vivo*, de forma no invasiva, y constituye una excelente herramienta tanto para la investigación como para la evaluación clínica de los pacientes^{172, 173}. Permite investigar la fisiopatología de los trastornos mentales y estudiar además el mecanismo de acción de los fármacos que ejercen su acción en el SNC; se pueden determinar diferentes receptores neuronales monoaminérgicos, benzodiazepínicos, opioides, etc., además del flujo sanguíneo cerebral y el metabolismo de la glucosa y el oxígeno en el cerebro vivo. Los primeros estudios examinaban al sujeto en situación de reposo, pero en la actualidad la investigación busca el estudio del sujeto durante la realización de una determinada tarea. La investigación mediante PET va dirigida al estudio, bien del metabolismo bien del flujo sanguíneo cerebral regional, como índices de la actividad local neuronal. En los últimos años los trabajos publicados se centran fundamentalmente en estos cinco aspectos: 1. Estudios en sujetos sanos cuyo objetivo es identificar la anatomía funcional de diferentes regiones cerebrales supuestamente afectadas en trastornos psiquiátricos. 2. Estudios de pacientes en situación basal o de reposo comparados con sujetos sanos. 3. Estudios en los que la variable biológica (por ej., flujo sanguíneo regional) establece correlación con la variable clínica (por ej., alucinaciones auditivas) en los pacientes. 4. Estudios longitudinales en los que se comparan los resultados de un paciente antes y después de un determinado tratamiento. 5. Estudios de activación en pacientes comparados con un grupo control.

Se ha atribuido a perturbaciones de varias regiones en la comprensión de la fisiopatología de los trastornos depresivos, entre las que se incluyen: córtex frontal, córtex prefrontal, cíngulo y áreas temporales y parietales. Los estudios con TEP demuestran una disminución de la actividad metabólica en los lóbulos frontales, lo que se traduce en la llamada hipótesis de la hipofrontalidad, en pacientes con depre-

sión bipolar, que no parece ser tan evidente en los pacientes con depresión unipolar¹⁷⁴. Se ha descrito que el tratamiento con antidepresivos normaliza la actividad metabólica frontal.

En el TOC¹⁷⁵ existe una disfunción que afectaría al circuito prefrontal-ganglios de la base y tálamo, y no a una única región cerebral. Numerosos estudios de PET sugieren que el TOC estaría asociado con un hipermetabolismo de los ganglios de la base, y siguen apareciendo resultados contradictorios respecto a la actividad del cortex frontal y el cíngulo, ya que algunos datos sugieren hipermetabolismo y otros hipometabolismo en esas áreas¹⁷⁶.

En el estudio de la esquizofrenia con técnicas de imagen cerebral funcional se ha pretendido establecer conexiones entre aspectos clínicos de esta enfermedad y funcionales cerebrales, relacionando los aspectos comportamentales de la esquizofrenia con determinadas regiones y sistemas cerebrales. Los estudios han centrado su atención en el córtex frontal, describiendo el conocido «patrón de hipofrontalidad»; así, desde el trabajo pionero de Ingvar y Franzen¹⁷⁷ se observó una disminución relativa del metabolismo y /o del flujo sanguíneo cerebral regional del córtex prefrontal, especialmente del cortex prefrontal dorsolateral. Este patrón ha sido descrito principalmente en la esquizofrenia crónica, en el tratamiento neuroléptico de larga evolución y con predominio de síntomas negativos. En los pacientes jóvenes con un primer brote psicótico se ha puesto de manifiesto incluso un patrón de hiperfrontalidad. Asociado con otras técnicas neuroiconológicas también ha mostrado su importancia en el diagnóstico precoz y en la localización de alteraciones cerebrales¹⁷⁸.

Destacan también los estudios referentes al consumo de tóxicos y su relación con el inicio de enfermedad mental. Sirvan de ejemplo los siguientes hallazgos: los estudios realizados con neuroimagen funcional en pacientes alcohólicos han encontrado una reducción del flujo sanguíneo cerebral. La gravedad e intensidad del déficit de perfusión en los lóbulos frontales se ha podido relacionar con la duración del consumo excesivo de alcohol y la disminución del metabolismo con el rendimiento en los tests de planificación y de memoria a corto plazo. En cuanto al consumo de cannabis se ha encontrado durante la intoxicación con marihuana una activación metabólica, principalmente en regiones cerebrales derechas y una activación cerebelosa mediante PET, que va en paralelo con las perturbaciones en la coordinación motora y la propiocepción. En el caso del tabaco se ha visto que tras fumar un simple cigarrillo, se produce un incremento del flujo sanguíneo en lóbulo frontal, hipocampo, uncus, tálamo y núcleo caudado, lo cual se relaciona con los efectos activadores cognoscitivos y afectivos de la nicotina, que parece inducir una mayor actividad dopaminérgica en ganglios basales. El abuso crónico de cocaína induce atrofia cerebral asociada a una clara disfunción cognitiva y neurofisiológica. Se ha sugerido que la base patogénica para la atrofia sería la isquemia cerebral, aunque al parecer sus consecuencias son parcialmente reversibles, mediante la abstinencia continuada de cocaína, y antes de traspasar los límites de lo funcional a lo lesional.

Las investigaciones de neuroimagen funcional constituyen un método aceptablemente seguro, ético, sin riesgos ni excesivas limitaciones legales de investiga-

ción en Psiquiatría infanto-juvenil¹⁷⁹. Permite el estudio directo del desarrollo cerebral en seres humanos sin tener que recurrir a los procedimientos más clásicos, basados en modelos animales, o de mediciones neurobioquímicas; sin embargo serán el tiempo y la investigación las que permitan alcanzar una sensibilidad y especificidad de los hallazgos¹⁸⁰. Por otra parte, todavía se conoce poco sobre la relación entre los cambios anatómicos y los cambios comportamentales en estas etapas de la vida¹⁸¹. Como ejemplo de su interés en la práctica clínica, una investigación llevada a cabo en el Hospital Clínico de Zaragoza¹⁸², muestra que la atrofia cerebral observada en el 21% de los pacientes con anorexia nerviosa guarda relación con el volumen relativo del peso perdido y la reducción del tejido graso, es decir, con la gravedad biológica del trastorno. Practicaron resonancia magnética a 47 adolescentes: 45 con anorexia nerviosa y 2 con bulimia. El 21,1% presentaba atrofia cerebral. Para los autores, la cuestión radica en saber si, solucionada la anorexia nerviosa, ese 21% de atrofias conseguirá su recuperación total o sólo será parcial. En otros trabajos se ha demostrado que una minoría de pacientes no experimenta mejoría de la atrofia, incluso varios meses después de la rehabilitación nutricional.

Por último, la Magnetoencefalografía (MEG) es capaz de mostrar una imagen funcional de la actividad del cerebro, ya sea en estado de reposo o sometido a algún tipo de actividad sensorial, emocional o cognitiva, desde el inicio del proceso hasta el final del mismo y captando no solamente la actividad cortical subyacente sino también la de otras áreas o estructuras subcorticales implicadas en la misma. La MEG se basa en la activación neuronal, que genera campos magnéticos que resultan fundamentalmente de la suma temporal y espacial de la actividad postsináptica generada sobre las dendritas apicales de las células piramidales. Entre las patologías neuropsiquiátricas en las que la MEG puede llegar a tener una gran eficacia diagnóstica destacan: 1. Los distintos tipos de epilepsia, en los que la MEG está demostrando su capacidad en la localización del complejo lesivo epileptógeno. 2. En patologías con deterioro cerebral, como la enfermedad de Alzheimer, y en aquellas en las que dicho deterioro no es tan evidente en las pruebas de neuroimagen, como las demencias depresivas o las pseudo-demencias. 3. Los estudios con MEG en la esquizofrenia se han basado en el análisis de los campos evocados auditivos. 4. Los estudios relacionados con funciones cognitivas y alteraciones de la misma, como dislexia, déficit de atención, lenguaje, percepción, memoria, que se encuentran en fase de investigación.

En resumen, los estudios de neuroimagen han procurado contrastar la hipótesis según la cual los trastornos mentales corresponden a fenómenos biológicos que tienen un sustrato fisiopatológico susceptible de ser estudiado mediante mediciones objetivas. La aplicación de estas técnicas en el estudio de los trastornos psiquiátricos parece orientarse a la consecución de los siguientes objetivos: 1) Contribuir a mejorar el conocimiento de la fisiopatología y patofisiología, incluyendo el conocimiento de áreas, centros y vías nerviosas disfuncionales y de su relación con la psicopatología. 2) Ayudar a establecer el diagnóstico morfofuncional tanto neuropsiquiátrico como psicopatológico. 3) Identificar factores predictores, tanto en el pronóstico como en la respuesta al tratamiento, y en la recurrencia. 4) Detectar factores de riesgo o vulnerabilidad al padecimiento de los diversos trastornos neuropsiquiátricos. 5) Propiciar su diagnóstico y prevención precoces.

PSIQUIATRÍA DE ENLACE

La Psiquiatría de Enlace y la Medicina psicósomática, son unos de los factores que más han contribuido al acercamiento pragmático de la Psiquiatría a la Medicina, que, al menos desde el cuerpo hipocrático hasta la actualidad, ha tenido una actitud psicósomática holística, considerada ya entonces como el modelo científico por Platón. Gracias a ella, la Psiquiatría ha demostrado la necesidad de crear un hueco específico en el ámbito asistencial hospitalario. Los beneficios del surgimiento de este nuevo ámbito de actuación, además de los relacionados con la asistencia general recibida por el propio paciente, han sido múltiples y variados, y tanto para los profesionales de la Psiquiatría como para los profesionales de otras especialidades médicas y quirúrgicas. Estas consideraciones de la propuesta de la Comisión Nacional de Psiquiatría para el programa de la especialidad, desde mayo del 2003 hasta la actualidad, reflejan tanto un hecho como una aspiración. Sin necesidad de remontarse a nuestros orígenes culturales helénicos clásicos —ya Platón se refiere a lo psicósomático holístico en varios de sus diálogos acerca de su compleja y variable estructuración idealista del ser humano— ni siquiera a los numerosos clínicos que a lo largo de la historia de la medicina han desarrollado sus concepciones acerca de la medicina, patología y actitud psicósomática, sí parece oportuno recordar las obras de Marañoñ, Rof Carballo^{183, 184}, López Ibor¹⁸⁵ y Laín Entralgo^{186 a 189}, para tener en cuenta que no se trata de moda psiquiátrica emergente alguna, sino de una de las raíces más profundas de la Medicina. Es peculiar suponer, en ciertos ambientes, que el movimiento psicoanalítico no se adaptó a los modos de ser y estar de los españoles del siglo XX. A parte de considerar esta opinión sólo como parcialmente verdadera, y dejar de nuevo para otra ocasión el estudio de su verosimilitud, es interesante que lo que puede denominarse «psicoanálisis biológico» se enraizó fuera del mundo universitario, precisamente en el ámbito de grandes internistas, como los dos anteriores citados, cuya influencia aún persiste, quizás más intensa en otros países y ambientes que en el nuestro puramente académico. Parece oportuno dejar a los historiadores del futuro seguir estas sendas.

Su perspectiva histórica es compleja. Su desarrollo en la práctica es heterogéneo, con algunas excepciones, incluso en nuestro país, y francamente mejorable en sus recursos. Rof Carballo sitúa sus orígenes clínicos españoles en 1948 en los Servicios de Jiménez Díaz y González Bueno, y considera que en lo que entonces: «*Se ha dado en llamar “Patología Psicósomática” no es más que la crisis de adolescencia de lo que con los nombres de “Patología o Biología de la persona” o de “Antropología médica” fundaron los clínicos alemanes a comienzos de siglo*»¹⁸³.

Se puede intentar distinguir cuatro etapas de desarrollo: una previa indiferenciada en función de las orientaciones de los especialistas. Entre las décadas de los treinta a los sesenta del pasado siglo predominan las teorías sobre la psicogénesis y psicodinamias de algunas enfermedades somáticas, con orientaciones preferentemente psicoanalíticas. Hasta los noventa se enfrentan las aproximaciones psicosociales, psicodinámicas y biológicas. Desde entonces se va haciendo más ecléctica y pragmática, intentando integrar los conocimientos de las múltiples disciplinas médico-psicológicas, neuropsicobiológicas y básicas, en lo que se podría denominar el

mosaico empírico e integrativo por aproximaciones sucesivas en un marco general de pluralismo explicativo de los diversos niveles del conocimiento experimental de K. S. Kendler^{70, 71}.

En 1960, hace casi medio siglo, en el primer volumen de *Advances in Psychosomatic Medicine*, Jores se quejaba: «La aproximación psicósomática a la enfermedad lucha aún por un reconocimiento genuino y un lugar firme en las enseñanzas de la medicina moderna». Más de cuatro décadas después esta situación puede considerarse válida, a decir de Diefenbacher^{190, 191}, en 2004, cuando revisa la situación de la Psiquiatría de enlace en Alemania, Austria y Suiza. Se ha llegado a hablar del «síndrome del misionero» o de la actitud misionera del psiquiatra entre sus colegas de diversas especialidades, olvidándose que la llamada *Medicina Psicósomática, Psiquiatría de Enlace, de Interconsulta e Interdepartamental* surgen como una necesidad asistencial tan pronto como se van creando los Departamentos y Servicios de Psiquiatría en los hospitales generales de todo el mundo; por ejemplo en los Estados Unidos de América Norte en la década de los años veinte y en España en la de los cincuenta, con la creación de las cátedras de Psiquiatría. Sin embargo, la reducción progresiva del horario teórico-práctico en las Facultades de Medicina, ahora de «Ciencias de la Salud y de la Vida», la actual crisis de la Sanidad, no sólo financiera, la falta de desarrollo de equipos psiquiátricos superespecializados en los hospitales generales –en algunos de los cuales y, sin ir más lejos en nuestra CC.AA., sólo se dispone de un psiquiatra para toda la asistencia intrahospitalaria– e incluso en hospitales llamados universitarios, hace tener que ser optimista respecto al futuro, ya que éste sólo puede mejorar.

Tal vez donde más se han notado los beneficios aportados por esta nueva contribución psiquiátrica a otras especialidades médicas ha sido en lo referente a las intervenciones conocidas como de enlace y a la difusión educativa de los abordajes psicósomáticos. Gracias a estos renovados estilos de relación con el paciente hospitalizado y con los demás médicos del hospital, la Psiquiatría ha ido ganándose, cada vez más, el derecho a ser vista como una especialidad con el mismo rigor científico que el resto de especialidades médicas, sin por ello perder su propia identidad y especificidad caracterizada por ese enfoque holístico del paciente. Precisamente ha sido este perspectivismo formativo y global respecto al paciente lo que ha aportado el psiquiatra a los demás especialistas implicados en el manejo hospitalario del paciente, tal y como sugiere recientemente la CNEP. Desde una perspectiva educativa la Psiquiatría de enlace, para resumir su larga denominación posible, se desarrolla en el tercer ciclo de formación postgraduada especializada, perdiendo progresivamente un enlace conveniente con la Universidad y los centros de investigación estatales, como se propuso en la década de los cincuenta en el CSIC. También debe tenerse en cuenta que una formación psiquiátrica de enlace se refiere a su colaboración con otras especialidades médicas como Medicina de Familia y Comunitaria, Geriátrica, Neurología, Pediatría, etc. Además de las competencias psiquiátricas generales, parece oportuno recordar, en primer lugar, la accesibilidad personal y asistencial, incluso la arquitectónica y geográfica. En segundo, la comunicación clara y efectiva, junto con una diáfana delimitación del médico responsable y el psiquiatra consultor, con formación específica en el trabajo en equipo y en técnicas de comunicación asistencial.

En realidad abarca, al menos, tres dimensiones, o si se quiere superespecialidades: por una parte, la clásica Medicina y Psiquiatría Psicósomática. Por otra, la Psiquiatría de Enlace y de Interconsulta, que describe la atención psiquiátrica a pacientes que se encuentran primariamente en tratamiento médico por enfermedades somáticas o problemas que requieren atención médica en departamentos y servicios no psiquiátricos, tanto de un hospital como en asistencia ambulatoria o atención primaria, al cuidado de médicos no psiquiatras. La Psiquiatría de consulta o de interconsulta, significa que el psiquiatra apoya tales pacientes sólo cuando es consultado por otro médico responsable del caso, mientras que la Psiquiatría de enlace denota más bien una implicación directa del psiquiatra en el tratamiento del paciente físico, orgánico o somático con trastornos comórbidos o asociados psiquiátricos, asumiendo una mayor responsabilidad en la asistencia, junto con los otros colegas o equipos terapéuticos. La Psiquiatría de consulta interdepartamental, que debe integrarse en esta misma sección o unidad de futuro, se refiere a asistencia psiquiátrica especializada de pacientes somáticos u orgánicos ambulatorios, provenientes de los diferentes Departamentos y Servicios hospitalarios, o de los Centros de Salud Mental (CSM) o Atención Primaria (AP), que requieren por su comorbilidad psiquiátrica este tipo de asistencia. Merece la pena resaltar la importancia de diferenciar entre esta Psiquiatría de enlace, interdepartamental, de interconsulta y psicósomática en dos grandes áreas: la que se refiere a la Psiquiatría infantil y juvenil y la referida a las demás edades de la vida desde la adultez, y tal como se viene llevando a cabo desde hace más de un cuarto de siglo en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Las variantes sobre este simple esquema pedagógico en los diferentes países de nuestro área cultural, así como la diversidad de programas desarrollados en función de las diferentes especialidades, enfermedades, sociedades médicas profesionales y grupos de trabajo, harían interminables esta mera aproximación. Tampoco parece merecer la pena expresar las tendencias, aspiraciones y desarrollos futuros, que pueden resumirse en establecer las necesarias condiciones objetivas para proveer una asistencia psiquiátrica completa a los pacientes orgánicos en el hospital general, en AE y en AP. Como es natural, los indicadores sanitarios, incluyendo los de morbilidad psiquiátrica, varían en función de numerosos factores, sobre todo sociodemográficos, socioeconómicos, hospitalarios y metodológicos. Respecto a las enfermedades mentales de mayor prevalencia en la Psiquiatría de enlace, en general, y en adultos pueden resumirse en los síndromes o trastornos mentales orgánicos, incluyendo delirios y demencias, deterioros cognoscitivos más o menos específicos, trastornos afectivos, trastornos neuróticos, especialmente somatoformes, alcoholismo y abuso de sustancias, psicosis esquizofrénicas y esquizofreniformes, trastornos del comportamiento alimenticio y otros trastornos psiquiátricos.

PSICOGERIATRÍA Y GERONTOPSIQUIATRÍA

«El envejecimiento está ligado al desarrollo. Las personas mayores saludables son un recurso para sus familias, sus comunidades y la economía».

Declaración de Brasilia sobre el envejecimiento saludable, OMS, 1996.

El estudio de los procesos biológicos, psicológicos y socioculturales que conducen a y con los que se enfrenta todo ser humano que alcanza las edades involutivas, preseniles, seniles y tardoseniles considerados normales, o sea, el estudio médico-psicológico y psicopatológico del envejecimiento y progresiva longevidad en numerosas sociedades, caracteriza la Psicogeriatría. La superespecialidad o área de capacidad y competencia específica de la Psiquiatría, de nuevo cada vez más interdisciplinaria, que trata de las enfermedades y síndromes psiquiátricos en estas etapas de la vida, de los trastornos mentales, del comportamiento, de la personalidad y de cualquier otro aspecto que merece atención clínica especializada, de su evolución, diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación, se constituye en Gerontopsiquiatría.

Como en tantos otros ámbitos las trayectorias futuras tienen sus raíces en el pasado. Tampoco es la ocasión oportuna para remontarse a los casos de gran longevidad descritos en las literaturas mágicas, míticas, populares o de cualquier otro tipo desde que se conservan fuentes escritas, a pesar de su interés. Según el libro «Guinness» de los récords de 1999, la mujer más vieja del mundo tenía 118 años y el hombre más anciano 115, ambos estadounidenses. Desde otro punto de vista y sin pretender explorar con profundidad el llamado problema del «cambio demográfico» en algunas regiones europeas, incluso del «desierto demográfico», por su impacto en la economía y en la política, merece la pena recordar las tesis de T. Robert Malthus¹⁹² de su *«Primer Ensayo sobre la Población»*, de 1798, donde estudia la discrepancia entre el incremento de la población en números absolutos y el de los recursos, en los siguientes términos: *«Afirmo que la capacidad de crecimiento de la población es infinitamente mayor que la capacidad de la tierra para producir alimentos para el hombre. La población, si no encuentra obstáculos, aumenta en progresión geométrica. Los alimentos sólo aumentan en progresión aritmética. Basta con poseer las más elementales nociones de números para poder apreciar la inmensa diferencia a favor de la primera de estas dos fuerzas»*. Economistas posteriores la denominaron como «la trampa de la población que está en equilibrio a un nivel reducido», considerándolo como un postulado determinista erróneo, según el cual la población estaría abocada inexorablemente a vivir con unos niveles de renta de subsistencia, bajo el argumento de que la relación entre las tasas de crecimiento y de la renta global per cápita son inversamente proporcionales.

A mediados del pasado siglo se establecieron las teorías de la transición demográfica para explicar cómo con el desarrollo de una sociedad los cambios económicos y sociales, tales como la industrialización, urbanización, incremento de los niveles de educación, etc., conllevaban la disminución de la mortalidad y posterior-

mente de la fertilidad, con una cierta actitud optimista, habiendo escrito F. Notestein¹⁹³: «Visto en su conjunto el problema del envejecimiento no es un problema en absoluto. Es solamente la forma pesimista de considerar un gran triunfo de la civilización». La antropología filosófica parece no ser tan optimista. Al hacer mención a Notestein y como contrapunto a su excesivo optimismo, se puede recordar el siguiente pensamiento de Fedor Dostoyevski en sus «Memorias del subsuelo»: «Sí, tengo cuarenta años... Cuarenta años son toda una vida; son... una verdadera vejez. Vivir más de cuarenta años es una inconveniencia, algo inmoral y vil. ¿Quién vive después de cumplir cuarenta años? ¡Respondan sinceramente, honradamente! Voy a decírselo a ustedes: los imbéciles y los bribones. Sí, éstos son los que viven más de cuarenta años. ¡Se lo diré en la cara a todos los viejos, a todos esos respetables viejos de rizos plateados y perfumados! Lo proclamaré ante el universo entero. Tengo derecho a hablar así porque yo viviré hasta los sesenta, hasta los setenta, hasta los ochenta años!... ¡Esperen! ¡Déjenme recobrar el aliento!». Respecto a los costes que supone el envejecimiento, ese gran triunfo de la civilización según Notestein, la discapacidad, la pérdida de autonomía, el sufrimiento, etc. ¿a qué coste puede asumirse que el envejecimiento supone un triunfo de nuestra civilización? En general, prácticamente todos los órganos y sistemas de nuestra economía sufren un proceso inexorable de deterioro durante el envejecimiento. Este hecho corre paralelo a las tasas de deficiencias y discapacidades en los diferentes grupos etarios de la población. Merece la pena recordar que según la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS o CIDDDM-I*^{194, 195}, la deficiencia hace referencia a las anomalías de la estructura corporal y de la apariencia, y a la función de un órgano o sistema, y la discapacidad a las consecuencias de las deficiencias desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo. Por ejemplo, según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 publicada por el INE (INE, 2001), un 4,59% de la población española entre 60-64 años presenta algún tipo de discapacidad, frente a un 32,21% en el grupo de 65 o más años. Casi el 70% de las personas mayores con discapacidad tienen dificultades para realizar las actividades de la vida diaria —realizar cambios de las posiciones en el cuerpo, levantarse, acostarse, desplazarse dentro del hogar, deambular sin medio de transporte, asearse, controlar las necesidades, vestirse, comer y beber, realizar compras, comidas u otras actividades de mantenimiento del hogar, etc.— y en el 68% de los casos la dificultad es grave.

Desde una perspectiva más científica, durante el siglo XX se produjeron evidentes logros respecto al incremento en la esperanza de vida del ser humano. En el futuro, el progreso debería ser medido no sólo en términos de una mayor supervivencia de los pacientes ancianos con demencia, sino respecto al incremento de la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores, así como en lo que se refiere a la prevención primaria de la enfermedad¹⁹⁶.

Desde una perspectiva evolucionista, a las hipótesis adaptativas u optimistas sobre la longevidad humana se enfrentan, y por el momento parecen perder, las desadaptativas o pesimistas. Los biólogos evolucionistas han elaborado explicaciones simples acerca del proceso del envejecimiento: La hipótesis, reducida a su forma más sencilla, es que envejecemos gracias a la acción de diversos genes que escapan

a las fuerzas de la selección natural. Por otra parte, parece como si hubiese una carrera para alcanzar una mayor longevidad con la mejor calidad de vida posible. Se ha llegado a considerar que el envejecimiento, y en último extremo la muerte, parecen haber resultado beneficiosos al permitir o promover, o ambos, el recambio generacional y la supervivencia de los mejores. Sin embargo, lo apasionante en los últimos siglos, especialmente durante el último, consiste en el incremento de los años de la vida, incluida la útil, a lo que se deben añadir estos términos tan difíciles de evaluar como fáciles de disfrutar, como el mismo de «calidad de vida». Las teorías e hipótesis propuestas son cada vez más complejas, multi e interdisciplinarias y optimistas, como se ha tenido ocasión de revisar en algunas tesis doctorales del Departamento de Psiquiatría¹⁹⁷, y al mismo tiempo más novedosas y en cierto modo más frágiles, en el sentido de ser constantemente superadas por otras propuestas.

No es posible ni adecuado, esbozar siquiera las teorías del envejecimiento, sobre todo las genéticas y biológicas, en las que los expertos tienen puestas tantas esperanzas de futuro. Avanzan demasiado deprisa, aunque sus resultados parezcan lentos. De nuevo, optimismo fundado y petición de recursos para la investigación y transmisión de conocimientos, a pesar de la indiferencia común. En este campo, como en tantos otros de las ciencias de la vida y de la salud, se puede conjeturar una cierta convergencia entre la investigación de las compañías biotecnológicas y de la industria farmacéutica, borrándose las fronteras entre ellas, y sirviendo para difuminar también algunos de los problemas actuales.

Las preocupaciones prácticas de todo tipo, incluidas las económicas, que parecen preocupar a pocos, así como las macro y micropolíticas, que a todos afectan, están a la orden del día y en los medios de comunicación. Sin necesidad de aburrir con nombres, citas, datos y otros distractores como las proyecciones de iconos, se puede aceptar por el momento y con toda prudencia y humildad, que la máxima longevidad diferenciada de duración de la vida humana se estima alrededor de los 120 años. Dicho de otro modo, en lo referente al ser humano la supervivencia máxima es un número teórico que aún no ha podido ser determinado y ha debido basarse en los datos existentes acerca de los individuos con la mayor supervivencia conocida, como el caso de una mujer francesa, Jeanne Clément, que falleció en 1997 a los 122 años, superando otros records de la bibliografía. Aún existiendo un componente neurobiológico, o si se quiere biogenético, hay que contar con factores ambientales y de estilo de vida, sin ir más lejos al observar el diferencial de la esperanza de vida entre ambos sexos y a favor del femenino; en tercer lugar, es razonable aspirar a estimarla en más de 85 años como media; por último, en más del 30% de las autopsias de mayores de 85 años no se pueden localizar las causas últimas de la muerte, lo cual puede sugerir su vinculación con nuestra ignorancia, así como con procesos normales de envejecimiento, que permitieran en su caso añadir unos años más a nuestra vida útil.

Me ha parecido sorprendente una cierta y elegante indiferencia en mis conciudadanos hacia estas cuestiones y problemas. A los jóvenes deben parecerles lejanos. A los adultos tediosos, excepto si los sufren en sí mismos o en los suyos. En los mayores parece como si existieran una negación y represión innecesarias y sufi-

cientes, cuando no un distanciamiento alienado y silencioso, como ausente, ajeno y lejano de unas etapas que superan más de un tercio del tiempo vital, si se considera el inicio etario de la edad involutiva a los 45 años. No es preciso incrementar los ruidos y perturbaciones acerca de cuándo empiezan las vejeces y sus tipos. La vejez es un hecho y una experiencia, un paradójico activo-pasivo que los medios de comunicación social, los sistemas educativos y culturales, los procesos de aceleración histórica, las fracturas y los vacíos de conocimientos y saberes entre generaciones, y tantos otros factores han condenado en muchos casos, a muchos, a una cierta soledad, inseguridad y marginación, cuando no estigmatización y victimización, en las que han de intervenir las más variadas formas de agentes e instituciones sociales, incluido el psiquiatra.

Como ocurre al varón consciente que se vuelve transparente, invisible a los ojos de las mujeres, varones y hembras, a partir de una cierta edad se vuelven traslúcidos a los requerimientos, demandas y sentimientos de los demás, excepción hecha de aquellos que aún mantienen algunas formas de poder. Quizás entonces empiece la vivencia de sentirse viejo, a veces antes de serlo, y se vuelve dolorosa la indiferencia anterior de experimentar la vejez como algo que ocurre a los demás, a los otros. Los llamados síndromes del nido vacío, al realizar los hijos su destino, los sólo etimológicamente alegres síndromes de la prejubilación y jubilación forzosa y forzada, cada vez más precoces, y tantos otros pueden servir de ejemplos médico-psicológicos y psiquiátricos. El síndrome del Minotauro, que expresa la vivencia del envejecimiento como algo que ocurre a los demás, fue descrito por H. Porot en 1972, haciendo referencia a la leyenda del Minotauro, y se presenta cuando el fallecimiento de un enfermo alivia al moribundo, quien, según una forma de pensamiento mágico común, ve a la muerte satisfecha por un instante gracias al fallecimiento del otro, lo que le concede, en cierto modo, una prórroga. ¿Quién enseña a ser viejo, estar viejo, existir de viejo, en unas sociedades donde estos rasgos y estados dejan de ser excepcionales, minoritarios, respetables, útiles y creadores por la experiencia acumulada? Más bien carecen de precedentes por su magnitud, no se adaptan y adoptan nuevos modelos de comportamiento y acción humana sostenible y enriquecedora. Se crean términos colectivos sedantes como «calidad de vida», olvidándose que consiste en la comparación de los atributos, propiedades o características de algo real o simbólico que se considera mejor u óptimo; en último extremo es un mecanismo psicológico de filiación, identidad o clase, que trasciende a un mero problema de disponibilidad, distribución de recursos o de discurrir sobre el tema, aunque unos y otros sean convenientes. No se trata sólo de medicalizar, psiquiatrizar o incrementar los recursos socio-sanitarios de una comunidad determinada, sino de plantearse si son posibles, en realidad mejores, menos costosos, así como más satisfactorios individual y colectivamente, otros modelos o patrones de actuación socioeconómica y cultural, otros grupos de referencia, otras expectativas y otros niveles de equidad y responsabilidad, en nuestro caso sanitaria, a explorar en el futuro. En último término, se trata de una irresuelta cuestión de dignidad y cohesión psicosocial, que las llamadas sociedades avanzadas tienen que ir resolviendo, si no quieren que tarde o temprano se pueda llegar a crear una situación conflictiva irreversible, diferente a las anteriores conocidas. En todo caso esta cuestión es demasiado heterogénea y en clínica no se puede hablar de la vejez en general.

Dudo que haya habido o exista una sociedad o cultura que considere la ancianidad como la época más deseable o apetecida de la vida. El nuevo proceso de longevidad occidental, y no sólo, obligará a los individuos en las cada vez más prolongadas etapas existenciales a crear nuevas formas de convivencia en el tiempo, más previsoras, más hedonistas y más sanas, que permitan enfrentarse a ellas con el optimismo antropológico de los esforzados. Señeros ejemplos no faltan; sólo hay que encontrarlos, imitarlos y superarlos. No debe olvidarse que la Psiquiatría es también una psicopatología clínica genética (de orígenes), del desarrollo en cualquier edad, evolutiva en el tiempo y social, o si se quiere, interesada en encontrar los hechos del ambiente y del contexto humano que influyen, desencadenan o causan las enfermedades mentales. Estas dimensiones de la psiquiatría en la era «postgenómica», según denominación de Plomin *et al*^{198, 199}, obligan a cambiar los modos de pensar acerca de las relaciones entre los múltiples factores que acuñan la interrelación de herencia y ambiente en el troquelamiento de cada ser humano, con otros nuevos modos de pensar, y utilizar los hechos y evaluaciones del contexto humano dentro de los diseños genéticos (de genes) para investigar las interrelaciones y correlaciones entre riesgos ambientales y susceptibilidades genéticas en cada caso.

Las llamadas economías políticas y sociologías del envejecimiento en las sociedades postmodernas son temas académicos apasionantes, pero también prácticos. Léase el reciente, cuando se escriben estas líneas, libro blanco sobre la dependencia, o de manera más precisa «*La atención a las personas en situación de dependencia en España*» del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, que se puede imprimir de la red, como casi todo y su contrario. En la introducción se escribe: «*Este compromiso se asienta en la convicción de que España forme parte de un modelo social, como el europeo, en el que la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía se sitúe como una prioridad política. A este respecto es de destacar que la nueva Constitución Europea proclama como derecho fundamental de la ciudadanía el derecho de acceso a la Seguridad y Servicios Sociales que garantizan una protección en casos (...) como la dependencia y la vejez. Hoy por hoy, es necesario reconocer que existe una laguna de protección que afecta a un importante grupo de personas que, debido a deficiencias, enfermedades o trastornos, precisan del apoyo de otras para realizar actividades tan básicas de la vida cotidiana, como levantarse, bañarse, salir a la calle y otras. Para resolver este problema, que atañe a la dignidad de la vida humana, muchos países de nuestro entorno han dado ya pasos inequívocos. Y si los pioneros fueron los Países Escandinavos y Holanda, a lo largo de la década de los noventa se han producido iniciativas en el ámbito de la Europa continental como Austria, Alemania, Francia, Luxemburgo... mediante las que se establecen derechos sociales en el área de los cuidados de larga duración que han venido a configurar el llamado “cuarto pilar del Estado de Bienestar”*», (p. 1).

El capítulo quinto se dedica a los recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia, a las que dedica unas 167 páginas. Permítaseme incitar a su lectura con otra larga cita del documento acerca de algunos comentarios sobre los servicios sociales para personas mayores en situación de dependencia en España y proporcionar «una visión de conjunto» y del consiguiente debate subyacente en esta materia: «*La desigualdad interautonómica parece una*

característica común a todos los servicios en la mayoría de sus diferentes aspectos: grado de implantación y desarrollo, coste, soporte normativo y otras características específicas. Los sistemas de información todavía tienen un desarrollo incipiente en algunas CC.AA. Se detectan carencias importantes referentes a la tipología de los servicios, contenidos, perfil de los usuarios, programas, índices de cobertura, etc. Sin embargo en los últimos años se observa una clara tendencia a la organización sistemática de los datos... Existen serios problemas en lo que se refiere a la conceptualización de los servicios. Bajo la misma denominación, nos encontramos con una oferta muy diferente. Este no es un problema exclusivamente español. (2005, p. 16)». Al mismo tiempo, son los españoles mayores de 60 años quienes más estiman la sanidad pública de toda la UE; que buenos vasallos si...

Opino que los flujos y reflujos postmodernos corren el riesgo de ocultar los pacientes médicos y psiquiátricos en instituciones sociales, transformarles en clientes, usuarios o consumidores individualizados o grupales y conseguir un descenso de la legítima actividad ciudadana en la búsqueda de sus derechos. La bibliografía anglosajona es tan numerosa como contradictoria, pero advierte de las tendencias al empobrecimiento de la mujer y sus relaciones con los cuidados intangibles que prestan graciamente²⁰⁰. Ginn y Arber²⁰¹ consideran que los cambios recientes en la política de pensiones en el Reino Unido se deben a que la sociedad postmoderna incrementa el individualismo y perjudica a quienes no tienen empleo a jornada completa durante toda su vida laboral, así como a los y a las que se dedican a cuidar a los demás; lo cual: *«puede llevarnos a una sociedad donde nadie pueda permitirse cuidar a nadie»*. ¡Bello mundo futurible, donde los precios abnegarán los valores y los conocimientos la sabiduría!

En esta época de riesgo de lisis de las humanidades, y con ella de otra fractura demencial con mis generaciones históricas originarias, otra forma de empobrecimiento y envejecimiento comunitarios, algunos socioeconomistas postmodernos se quejan de los prejuicios contra la vejez, de la medicalización y psiquiatrización de la vida y de sus costos. Las percepciones negativas en torno a la vejez pueden remontarse a los orígenes de la tragedia —¡qué nadie diga que ha sido feliz hasta el último de sus días!— o a las reflexiones retóricas y eclécticas ciceronianas de considerar la senectud de entonces en sí misma como una enfermedad. Se pueden prolongar estas lamentaciones hasta donde se quiera, siempre y cuando se valore lo inapreciable de las humanidades. En pocas palabras, no se trata de una percatación actual o futurible, salvo que se padezca la humana defensa de creer que la historia y las historias empiezan y terminan con uno mismo. Sí lo son la amplitud y la extensión de las propuestas de servicios e instituciones médicas y sociosanitarias, después de más de un siglo de luchas y conflictos, con sus costes y riesgos de mantenimiento. También es previsible un esfuerzo continuado contra la soledad, marginación, discriminación y abandono de numerosos grupos de las llamadas clases pasivas, cada vez más longevas, con sus complicaciones psico y gerontopsiquiátricas insatisfechas. Sí lo será una mayor y mejor educación sanitaria de la sociedad en general, en nuestro caso de una casi inexistente salud pública mental psicogeriatrica en la práctica, para prevenir lo previsible, incrementar la competencia y los factores de protección contra los trastornos mentales, y estimular la responsabilidad y la solida-

ridad activas, que intenten prolongar una tercera edad sana hacia una cuarta saludable en unos casos o cuidada en todos. Por supuesto, existirán errores, abusos y nuevos problemas en este ámbito de la «Gerontopsiquiatría emergente». De nuevo la ambivalencia humana desde nuestros cada vez más desconocidos clásicos: El coro de Antígona proclama: «Entre todas las cosas que he visto en el mundo, ninguna más maravillosa (*deinóteron*) que el ser humano». Pero este comparativo significa no sólo lo más asombroso sino también lo más terrible. Nuestra historia, cualquier historia, es prueba de ello.

Unas palabras acerca del llamado «estigma» contra los achaques de la ancianidad y sus trastornos mentales. Este término y moda de origen en la psicología anglosajona, puede remontarse al menos a una conocida obra de Goffman²⁰², predecesora de los movimientos antipsiquiátricos, antiinstitucionales y de psiquiatría crítica surgidos y difundidos un lustro después, que subsisten de manera más o menos larvada hasta la actualidad. La OMS, la AMP y otras sociedades profesionales e instituciones públicas y privadas españolas han dedicado programas teóricos y prácticos para combatir el estigma y la discriminación debidos a las enfermedades psiquiátricas, y de forma especial a las esquizofrenias, tanto en Europa como en los EE.UU. (EUR/04/5047810/B10; www.openthedoors.com, http://www.who.int/mental_health/advisacy/en/Secretariat_report.pdf). Dejando aparte de nuevo la numerosa bibliografía existente sobre todos los temas psiquiátricos, merece la pena tratar ahora de la conveniencia de una acción social compleja que actúe sobre los innumerables procesos continuos que confluyen en la discriminación de los mayores de nuestra época. Siguiendo a Haight^{112,118,119} parece oportuno actuar en los niveles psicosociales cognoscitivos por medio de la educación en general y sanitaria en particular, desde sus raíces «psicobiológicas», «evolucionistas», «político-económicas», etc.; en segundo lugar, con intervenciones psicológicas sociales acerca de una mejoría de la imagen y de los sentimientos de todo el grupo y comunidad en la que vive el anciano. Las intervenciones normativas, así como las políticas, se explican prácticamente por sí mismas, sobre todo en una época en la que se dice estar en crisis el llamado Estado de Bienestar; por último, y en mi opinión aún más importante, es preciso una actuación cultural e intelectual que rehumanice los prejuicios y errores interesados acerca de estas edades y, de nuevo, permita en unos casos seguir en activo, en otros continuar cuidados.

No es preciso ser muy perspicaz para pronosticar que, por el momento, el incremento del proceso de longevidad se acompañará de ese complejo síndrome clínico, de etiopatogenia múltiple, por lo general de curso crónico, pero no necesariamente irreversible ni progresivo, ya que alrededor de un 10% de los casos pueden tratarse con éxito, que se denomina con el término, ya utilizado por los juristas romanos, de «demencia». Sin entrar en profundidades y con toda la prudencia posible, puede estimarse su prevalencia en mayores de 65 años *c.* del 8%, con unos rangos bastante amplios en función de los criterios diagnósticos y metodológicos utilizados y otros factores de sesgo. ¡Hasta algo tan aparentemente objetivo como el diagnóstico de las demencias es variable en sus estimaciones clínicas! Este dato puede duplicarse si se incluyen sujetos con el diagnóstico de deterioro cognoscitivo

superior al esperado para su edad y nivel educativo, en sus diversas formas^{196,197}. Estas cuestiones constituyen uno de los temas más interesantes de la gerontopsiquiatría, por no decir de la psicopatología evolutiva y del desarrollo de las edades involutivas, preseniles y seniles, que debe plantear más investigaciones en el futuro. Se estima, también las tasas de conversión de pacientes con demencia de grado leve o deterioro cognoscitivo significativo en casos confirmados de demencia entre un 10%-12% anual. Además existe un cierto consenso en considerar incremental la tasa de demencia dependiente de la edad, doblándose cada cinco años, desde el 1%-2% a los 65-70 años hasta el 30% o más después de los 85 años, continuándose el incremento incluso en edades más avanzadas, en la consideración de López-Pousa y colaboradores^{203, 204}. También el diagnóstico etiopatogénico de las demencias y sus formas mixtas y evolutivas, por ejemplo entre las demencias tipo Alzheimer, vascular y de otras clases, a pesar de los numerosos avances, sigue siendo otra cuestión a resolver, encontrándose una excelente actualización de estas cuestiones en el próximo Consenso Español de Demencias de 2005, de las Sociedades Españolas de Psicogeriatría y Psiquiatría.

<http://www.sepsiquiatría.org.;> <http://www.segg.es;> <http://www.psych.org;>

<http://inर्सomayores.csic.es;>

<http://inर्सomayores.csic.es/basisbwdocs/documentos/docudatoses.htm;>

<http://www.un.org/esa/population/publications/aging99/aging99.htm>

Ancianos vulnerables, frágiles, cada vez mas solitarios, con elevado riesgo de dependencia, morbimortalidad, consumidores de recursos en vez de bienestares, cada vez con mayores demandas sociosanitarias, serán otro de los retos del futuro presente.

En resumen, la Psicogeriatría y Gerontopsiquiatría no tratan sólo de las enfermedades mentales durante la involución y envejecimiento, sino también de las deficiencias y discapacidades de estos grupos. No es preciso apoyar con amplias series de números la afirmación acerca de los graves problemas sanitarios que plantean estas deficiencias y discapacidades, como tampoco suponer que los procesos de deterioro intelectual y cognoscitivos, así como las demencias, constituyen otra de las patologías psiquiátricas emergentes, y previsiblemente en incremento próximo. También habrán de mejorarse los instrumentos de evaluación, incluidos los de capacidad y competencia en estas edades. Los problemas heterogéneos planteados por el deterioro cognoscitivo asociado al envejecimiento, el trastorno cognoscitivo leve, y las formas de inicio de las demencias, acerca de los cuales existe un cierto optimismo terapéutico, constituyen otro de los retos para un presente futuro inmediato. De nuevo la prevención secundaria, es decir, el diagnóstico y tratamiento precoces, no sólo presenta ventajas para el propio paciente, sino para sus allegados y para su comunidad natural. Entre otras, posibilita la planificación del pronóstico, mejora en lo posible la evolución del proceso, previene situaciones potencialmente peligrosas, permite de modo y manera adecuadas y rápidas el acceso a los sistemas y recursos sociales y sanitarios, de forma que pueda evitarse la sobrecarga y los costos, tangibles o no, de los cuidadores, reduce las complicaciones y los costos de la enfermedad, etc. El reciente Plan de Atención Sanitaria Geriátrica en Castilla León 2005-2007 de la Consejería de

Sanidad de la Junta de Castilla y León, desarrolla los antecedentes normativos, la situación actual y los proyectos de futuro en cinco grandes áreas de intervención, incluyendo «un programa de atención gerontopsiquiátrica que pretende coordinar esfuerzos en torno al abordaje de las demencias y depresión en las personas mayores».

Los trastornos depresivos en estas etapas de la vida, cada vez más prolongadas, se expresan por un gran polimorfismo clínico y por patrones de demanda asistencial cada vez mayores tanto en AP como AE, constituyendo, junto con los trastornos mentales orgánicos y psicosis, una de las enfermedades crónicas más comunes, y que de empezar como estilos de vida acaban siéndolo. Además, se asocian al incremento del riesgo de trastornos cardiovasculares, de la morbilidad, de la mortalidad, y por supuesto de mayores tasas de deterioro funcional de todo tipo, institucionalización y abandono. En el último informe del Consejo Europeo del Cerebro (*Diario Médico*, 7,28-04-2005), se informa que España es el país europeo con menor porcentaje de enfermedades o trastornos cerebrales, con cerca de ocho millones de casos en el 2004 y con un costo para Sanidad Pública de 19.10⁶ de Euros; también refiere que el trastorno más frecuente son las migrañas, con 3,5. 10⁶ de casos, los trastornos de ansiedad, cerca de 1,5. 10⁶ y los trastornos afectivos, que alcanzan los 1,3. 10⁶ de pacientes. Otro de los retos del futuro estará constituido por el conocimiento real de los hechos epidemiológicos, preventivos y asistenciales de este tipo de trastornos, que con frecuencia aparecen como complejos síndromes angustioso-depresivos y más raramente como «trastorno de fachada», que pronostican una etapa inicial a otros trastornos mentales orgánicos más graves.

PSIQUIATRÍA INFANTIL Y JUVENIL, PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA O PAIDOPSIQUIATRÍA

«Creo que vale la pena apostar por el hombre (...). Si no existiese esta confianza en el hombre –que en sustancia significa confianza en los jóvenes–, no valdría la pena conservar nuestra especie».

PRIMO LEVI, *Echi di una voce perduta: incontri, interviste e conversazioni con Primo Levi* (edición de Gabriella Poli y Giorgio Calcagno). Citado por: RITA LEVI-MONTALCINI: «Tiempo de cambios», p. 37. Península. Barcelona, 174, 2005.

Introducción

El retorno a los orígenes es una tendencia etológica, psicológica y humana natural. Dicen los expertos en comunicación que las últimas imágenes o palabras son las que más se retienen. Ello justifica se haya ubicado el apartado más importante para el futuro de la Psiquiatría y para nuestro futuro en un preeminente último lugar.

El reconocimiento de la especificidad de la atención a la salud mental y asistencia psiquiátrica durante la infancia y adolescencia es generalizado y apoyado por distintos informes de expertos, criterios de la OMS y el propio reconocimiento profesional y académico. En el caso de España, y a pesar de que en los últimos años los miembros de las distintas Comisiones Nacionales de la Especialidad de Psiquiatría vienen promoviendo respuestas a la doble necesidad docente-graduada y asistencial relacionada con la Psiquiatría de la infancia y adolescencia, hasta ahora no se han acreditado unidades docentes para impartir la necesaria formación ni se ha desarrollado de forma sistemática dicha área de capacitación específica. La Sección de Psiquiatría de la infancia y adolescencia de la UEMS en octubre de 1994 publicó un documento que define los requisitos para la Psiquiatría y Psicoterapia infantil y adolescente (Psiquiatría de la infancia y adolescencia), que sirve de guía para el apartado correspondiente de la propuesta de la CNEP de 2003, adaptándola a la estructura del programa docente MIR en España.

En el contexto docente graduado, la formación en Psiquiatría de la infancia y adolescencia requiere conocimientos y habilidades en profundidad para reconocer, curar, paliar y prevenir enfermedades o anomalías mentales y del comportamiento en niños y adolescentes, en el medio hospitalario y ambulatorio, investigando, diagnosticando y tratando los trastornos de psiquiatría infantil descritos por los actuales sistemas internacionales de clasificación psiquiátrica.

La CNEP recomienda todo un conjunto de conocimientos, habilidades y actitud profesional específica, así como los conocimientos teórico-prácticos generales y específicos de esta especialidad de ámbito europeo, proponiendo una formación de seis meses para el psiquiatra general, de 18 meses para una mayor profundización y veintidós meses –cuatro de formación troncal más dieciocho de formación específica– asistiendo, al menos durante 12 meses a un centro ambulatorio de atención a niños y adolescentes; 5 meses en un servicio o centro de hospitalización psiquiátrica para niños y adolescentes; 5 meses en un hospital de área con programas específicos para niños y adolescentes. Se recomienda también formación en neurología, pediatría y/o en psiquiatría de enlace de niños y adolescentes (3 meses).

Esbozo histórico

Los orígenes históricos de la Paidopsiquiatría como especialidad médica o área de capacitación específica son relativamente más recientes que los de la propia Psiquiatría en general. En realidad cursan paralelamente, aunque sus raíces sean más complejas aún, ya que en ellas inciden preocupaciones y necesidades pedagógicas, humanas y humanísticas, legales y, por supuesto, médicas, médico-psicológicas y psiquiátricas. Sin otro ánimo que mantener este aserto, y mostrar de nuevo la necesidad pedagógica en la formación médica de relacionar todas las materias que la enseñanza disgrega, en los esquemas siguientes se muestran algunos hitos históricos relevantes, en los que, de nuevo, la ciencia y el humanismo españoles tuvieron algo que decir.

NOTAS HISTÓRICAS ACERCA DE LA PAIDOPSIQUIATRÍA

PRIMERA ETAPA PREASISTENCIAL Y CLÍNICA: DE LA EDAD ANTIGUA A LA CONTEMPORÁNEA

- **CORPUS HIPOCRATICUM** (s. V-III a.d.C.):
 - «*Del Mal Sagrado*» (cap. 8).
 - «*De los aires, las aguas y los lugares*» (cap. 3).
 - «*De los aforismos*» (referencia a los aspectos evolutivos de las convulsiones infantiles).
- **GALENO** (s. II d.C.): Teoría patológica general de convulsiones infantiles. Primera descripción del «aura» en un adolescente de 13 años.

BAJA Y ALTA EDAD MEDIA:

Desde San Agustín hasta Santo Tomás, pasando mucho antes por **Isidoro de Sevilla**, el debate sobre la etiología de las deficiencias mentales estaba planteado. (Postel J y Quétel C. «*Nouvelle histoire de la psychiatrie*» Toulouse [provat], 1983.)

De **Petrus Hispanus** o **Pedro Hispano Portugalense** (ca. 1205-1277), médico-científico, formado en Montpellier hacia 1235, Profesor de Medicina entre 1246 y 1250 en Siena y Papa en 1276 de nombre Juan XXI; filósofo y lógico, autor del *Tractatus Logicae y Summulae Logicales*, entre otras obras, considerado por algunos historiadores el creador de la psicología y psicopatología infanto-juvenil, («*Thesaurus Pauperum*», «*Scientia Libri de ánima*», «*De morte et vita*», «*De sensu et sensato*», etc., a **Juan Luis Vives** (1492-1540), autor de «*De subventionem pauperum*», y otros escritos de ámbito europeo, analizando la situación de los marginados, incluidos niños, y buscando soluciones concretas en instituciones públicas, se constituyen las raíces de la psicología racional y social de la infancia y adolescencia del humanismo cristiano occidental moderno.

RENACIMIENTO ESPAÑOL:

Primeros tratados médicos de interés paidopsiquiátrico:

Luis Lobera de Ávila (1482-1551): «*Libro del seguimiento de la Salud y de las enfermedades de los niños*». Trata de algunas causas del insomnio infantil y propone algunas medidas terapéuticas al uso de la época «...Mézclenlo con aceite de lechugas y de adormideras y póngalo al niño en la frente y sienas... Dése al niño a sorber un poco de jarabe de adormideras blancas...»

Jerónimo Soriano: «*Método y orden de curar las enfermedades de los niños*». (1600). Distingue diferentes tipos de convulsiones y su pronóstico, así como la influencia de factores familiares hereditarios:

- *Gota coral*: convulsiones febriles.
- *Pasmo*: espasmo de sollozo.
- Tetanias.
- Epilepsias y convulsiones en meningitis.

Francisco Pérez Cascales (1611): «*Liber affectionibus puerorum*». Actualiza los estudios de las convulsiones incluyendo los aspectos psicosociales.

NOTAS HISTÓRICAS ACERCA DE LA PAIDOPSIQUIATRÍA (Continuación)

Primeros tratamientos de la sordomudez:

Pedro Ponce de León (1520-1584): Beneditino precursor de la escuela española de reeducación de sordomudos.

Juan Pablo Bonet, nacido en Jaca, en 1560, continuador de Ponce de León en su obra «*Reducción de las letras y el arte le enseña a hablar a los mudos*» de 1620.

Y su contemporáneo madrileño **Manuel Ramírez de Carrión**.

Jacobo Rodríguez de Pereira, extremeño y experto en la rehabilitación de sordomudos, (1715-1780).

Jean Conrad Ammam (1669-1724), medico alemán, autor de: «*Surdus loquens*» (Amsterdam, 1692).

ILUSTRACIÓN: INICIO DE LA ETAPA ASISTENCIAL MODERNA:

Los niños salvajes: Philippe Camerarius (1602), relatando la historia del niño lobo de Hesse de 1344. Itard (1744-1838) y el niño salvaje Víctor.

Los inicios de la segunda revolución asistencial psiquiátrica como consecuencia las revoluciones americana y francesa: Benjamin Rush (1745-1813): escribe una de las primeras obras sobre las enfermedades mentales infantiles («*Diseases of the Mind*», 1812; 5.ª ed. 1835), además de contribuir y firmar la independencia norteamericana.

En España se inicia la defensa ilustrada de los niños abandonados o expósitos, sin gran resultado, por **Cabarrús, Menéndez Valdéz, Pedro Joaquín de Murcia**, («*Discurso sobre la importancia y necesidad de los hospicios*», 1785), etc.

Se crean las salas o secciones independientes para niños «*idiotas*», «*epilépticos*», etc.: Jean-Pierre Falret (1794-1870), Félix Voisin (1794-1872) y Guillaume Ferus (1784-1861), etc.

ÉPOCA CONTEMPORÁNEA:

Los primeros textos de psiquiatría infanto-juvenil:

Le Paulmier (1856) «*Les affections mentales chez les enfants et en particulier de la manie*».

Hermann Emminghaus (1887) «*Die psychischen Stoerungen des Kindesalters*».

Pierre Filibiliou (1887) «*Contribution a l'étude de la folie chez les enfants*».

Langdon Down (1887) «*Mental affection of childhood and youth*».

Moreau de Tours (1888) «*La folie chez les enfants*».

Ireland (1899) «*The mental affections of children*».

Augusto Vidal y Parera (1904-1907) «*Psiquiatría infantil*», el primer texto español escrito por un pedagogo.

En otras palabras la Psiquiatría del niño, del adolescente y de la primera juventud nació, como tal orientación clínica en la segunda mitad del siglo XIX, si se quiere en 1887, año en que se publica el primer texto específico sobre esta materia, «*Die psychischen Stoerungen des Kindesalters*», del alemán Emminghaus, autor de eminentes obras de la naciente psicopatología general y clínica²⁰⁵, si bien se conocen múltiples referencias a «*enfermedades mentales*» de niños y adolescentes

desde la Edad Media, e incluso desde los orígenes de la Medicina occidental. Por esa misma época, o un poco anterior, Carlos Darwin^{206 a 208} iniciaba la psicología observacional evolutiva y del desarrollo: «*My first child was born on December 27, 1839, and I at once commenced to make notes on the first dawn of various expressions which he exhibited, for I felt convinced, even at this early period, that the most complex and fine shades of expression must all have had a gradual and natural origin*»²⁰⁷.

Para volver a llamar la atención sobre la interdisciplinaridad horizontal y vertical de la psicopatología genética (de orígenes), evolutiva y del desarrollo, parece oportuno recordar que se cumple una década de la llamada *Declaración de Salamanca sobre necesidades educativas especiales en España*, que debe considerarse mucho más que otro intento de innovación educativa. Debiera ser más bien un proyecto social holístico e integrativo, en el que se evitasen los diálogos estériles y nominalistas –«que si inclusión en vez de integración», «educación inclusiva o especial», que si «centros y alumnos con etiqueta o sin etiqueta», etc.– y establecer espacios y tiempos de coordinación. Sin ir más lejos como el que se viene realizando en la Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid desde hace más de un cuarto de siglo, colaborando con el Servicio de Atención a Alumnos con Alteraciones del Comportamiento (SAAAC), dependiente en la actualidad de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León, y anteriormente del Ministerio de Educación y Ciencia, en un programa pionero en España, que ha permitido aunar esfuerzos terapéuticos médicos-psiquiátricos y pedagógicos en una asistencia coordinada que se presta a las consultas psiquiátricas y en el aula escolar, incluyendo así mismo a los padres, con programas específicos psicopedagógicos y terapéuticos, en beneficio de las relaciones paterno-filiales, implicados con gran frecuencia en la psicopatología infantil y juvenil; esta colaboración se realiza en reuniones mensuales de los equipos terapéuticos interdisciplinarios y con una evaluación anual de los resultados.

En la medida en que el niño es considerado individuo con derechos, quizás a partir de finales del siglo XVIII y con contradicciones flagrantes entre las prédicas y los comportamientos de numerosos intelectuales y políticos cuyas consecuencias llegan hasta la actualidad, surge el interés por los aspectos psicológicos y por lo que progresivamente habrá de alcanzar un creciente interés en nuestro siglo: la Psicopatología genética, evolutiva y del desarrollo. Es el siglo XX el período en que la Psiquiatría del niño y adolescente se ha consolidado como disciplina autónoma en todos los países de la EU-15 –excepto en España– fundamentada en el rigor científico, alimentada por las más modernas tecnologías, con una metodología de trabajo clínico, docente e investigador específica y compleja que requiere un elevado nivel de formación y de especialización. A todo ello han contribuido, entre otras, las diferentes corrientes de pensamiento psiquiátrico como el psicoanálisis primero y, más recientemente, la psiquiatría evolutiva y del desarrollo y la psiquiatría biológica, sin olvidar otras ramas y ciencias médicas básicas.

En 1937 se celebró el primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil. La especialidad de Psiquiatría de niños y adolescentes existe como especialidad autónoma, independiente o subespecialidad, en algunos casos desde la primera

mitad del siglo XX, en todos los países de la Unión Europea (a excepción de España, repito), así como en la totalidad del resto de los países europeos, salvo Albania y Rumanía; y en la mayoría de los países desarrollados, incluidos Estados Unidos, Canadá e Israel²⁰⁹.

La asistencia paidopsiquiátrica y la atención a la salud mental Infanto-Juvenil

Existe un debate abierto todavía en España sobre la formación de base que deben tener los especialistas, aunque tanto la *European Society for Child and Adolescent Psychiatry* (ESCAP) como la Sección de Psiquiatría y Psicoterapia de la Infancia y Adolescencia de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS)²¹⁰ reconocen que debe derivar del campo de la Psiquiatría y no de la Pediatría, como algunos defienden en nuestro país. En todo caso, algunas CC.AA. han llevado a cabo concursos-oposiciones con esta especialidad desde hace años, como ya se ha señalado.

Por otra parte y como simples muestras de las relaciones entre Psiquiatría y Ley se puede recordar que en capítulo III («De la Salud Mental»), artículo 20, la Ley General de Sanidad 14/1986 indica que: «...se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil», marcándose como los dos grandes objetivos generales: la integración de las acciones de la salud mental en el sistema sanitario nacional y la equiparación del enfermo mental en cuanto a las prestaciones sanitarias del SNS. No es necesario enumerar los avances en este campo en las casi dos décadas transcurridas. Por otra parte, el Código Civil, tras su modificación de 1996, exige en su artículo 211 –derogado por la Ley 1/2000 de 7 de febrero, de Enjuiciamiento Civil (art. 763)– que: «...el internamiento de menores por razón de trastorno psíquico debe realizarse en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad»; su desarrollo normativo posterior exige la creación de unidades de hospitalización paidopsiquiátrica breve, como la programada para el próximo año en el Hospital Clínico de Valladolid. Además existe toda una compleja red de acuerdos internacionales suscritos por España, que hay que ir desarrollando y aplicando, tales como y entre otros, La Carta de los Derechos del Niño, 1959, Los Derechos del Niño Hospitalizado de 1987, etc.

La unidad de hospitalización breve paidopsiquiátrica o si se prefiere para niños y adolescentes, puede definirse como un recurso terapéutico hospitalario para esta etapa de la vida en régimen de cuidados integrales, individualizados y diarios, caracterizada clínicamente por la evaluación diagnóstica, pronóstica-evolutiva y terapéutica, la intervención en crisis y la estabilización del motivo psiquiátrico de ingreso, ya que su finalidad no es tanto abordar toda la psicopatología paidopsiquiátrica sino el estado morbosos agudo que justifica el ingreso del adolescente, con vistas a la pronta reintegración en su contexto humano y su atención sanitaria en la red integrada de salud, en este caso en la de atención psiquiátrica y salud mental de nuestra Comunidad.

No es preciso argumentar acerca de la necesaria autonomía profesional de la Paidopsiquiatría y de su interés clínico. Entre otros argumentos, la función preventiva de la Psiquiatría Infantil es de gran importancia, porque muchos trastornos del adulto se generan y organizan en edades infantiles, cronificándose después y originando una demanda asistencial de difícil respuesta. Cuestiones como la

depresión infantil^{211 a 218}, los trastornos de ansiedad y angustia^{219 a 222} el trastorno hiperactivo²²³, el trastorno disocial o el autismo, entre otras, han sido objeto de numerosas investigaciones desde puntos de vista tan dispares como el biológico, el sociológico o el psicodinámico, dando por resultado tanto un gran número de publicaciones como una cierta preocupación social, no siempre suficientemente satisfecha.

La infancia y la adolescencia están marcadas por los cambios, que en algunos casos son realmente intensos y complejos, en las habilidades y destrezas físicas, representacionales, cognitivas, cognoscitivas, emocionales, identitarias y sociales. El psiquismo infantil y el del adulto funcionan de manera distinta, de manera que el primero, tanto en su vertiente considerable como normal como en la presuntamente patológica, responde a unas características de déficit de estructuración, inestabilidad y evolución potencial que no se dan en el adulto. En la consideración clínica de estas edades hay que tener más en cuenta los factores influyentes, enfocar los hallazgos desde una óptica más estructural, considerar varios ejes dimensionales, incluso en la visión netamente psicopatológica de los trastornos, y extremar la cautela antes de hacer diagnósticos definitivos, ya que el niño es un ser en proceso de cambio y evolución permanentes²²⁴. De ahí de nuevo la importancia de la psicología y psicopatología evolutiva y del desarrollo –que se constituye a su vez en superespecialidades con futuro en la investigación clínica, con raíces seculares y que con frecuencia no son tan conocidas en la práctica clínica cotidiana como debieran– dirigida al estudio de los trastornos específicos y propios de cada una de las etapas por las que atraviesa el niño, y cuya etiología, patogenia y clínica están íntimamente relacionadas con factores somáticos –incluidos los obtenidos por la cada vez más pujante psicopatología y neuropsiquiatría del desarrollo– psicológicos –especialmente cognoscitivos, cognitivos y afectivos– así como ambientales; tales como familiares, escolares, económicos, culturales, etc., propios de la edad que el paciente tiene en el momento de su padecimiento^{127, 224}.

Desde otra perspectiva la OMS define la adolescencia como «*la época de la vida formada por todos los individuos entre 10 y 19 años*», ambos inclusive, considerándose la primera adolescencia de los 10 a los 14 y la segunda de los 15 a los 19. «*Niño es todo individuo hasta los 18 años*», determinó la Convención de los Derechos del Niño aprobada por la ONU en 1990. En la evolución psico intelectual y desarrollo de la personalidad del niño y del adolescente, hasta alcanzar la autonomía del adulto, están diferenciadas varias etapas y en cada una de ellas está presente un determinado tipo de comportamiento. Obviando las características de este desarrollo previo a la adolescencia, parece oportuno resumir que, al iniciarse esta, el niño-muchacho intenta apropiarse de todos los conocimientos y sentimientos a su alcance, tanto sobre sí mismo como sobre el mundo que lo rodea, en un afán de introducirlos en su intimidad. El adolescente se identifica; podría decirse: «yo soy yo», «tengo conciencia de mí, una realidad, unos potenciales», frases que no dice, pero que expresan la profundidad y centralidad de sus vivencias y necesidades identitarias individuales y colectivas, mientras se va haciendo cargo de su mundo y del mundo, de lo que va haciendo, de lo que le sucede y de lo que va sucediendo. En algunos casos es su último sendero hacia las adaptaciones y responsabilidades de la vida adul-

ta. En la mayoría supondrá la integración, a veces, con la añoranza de la pérdida patria común de la infancia idealizada. La psicología evolutiva, la epistemología genética y el psicoanálisis ortodoxo, infantil y del yo no son temas unívocos, así como tampoco el desarrollo de las posibilidades antropológicas y filosóficas del tú, él, nosotros, vosotros, etc.; pero no por desconocidos han dejado de prestar profundos y sutiles conocimientos del alma infantil occidental durante más de un siglo, tan desagradable e injusto para la infancia, si no más, que los anteriores. Como las metáforas machadiana y wittgensteiniana el yo es como un ojo que ve el mundo, pero que no puede verse a sí mismo, que necesita a otros para desvelarse. De nuevo aparecen las necesidades vinculantes, de pertenencia, filiación, reconocimiento, identidad, responsabilidad, cohesión, y tantas otras, con sus riesgos de aislamiento, exclusión, desagregación y marginalidad. Además, si el término adolescencia parece estar relacionado con el de crecimiento en desarrollo, el de juventud tiene un mayor matiz sociológico, y por lo tanto más variable a lo largo de la historia humana, por su importancia, necesidad de organización, conflictiva generacional, relacional e integradora, incluyendo unas edades, actitudes, conocimientos, modos y formas de arrostrar la vida, *status*, carencias, dependencias, impulsos, responsabilidades y obligaciones civiles, penales, procesales, sociales y laborales, cuyas complejidades de tránsito se tiende a olvidar desde las perspectivas de las etapas posteriores de la vida²²⁵.

La salud mental en la niñez y la adolescencia se define, por tanto, por el logro de los hitos esperados, representacionales, cognoscitivos, sociales, y emocionales del desarrollo, y por la capacidad de establecer vínculos seguros, que permitan el desarrollo de las relaciones sociales, y de unas capacidades de afrontamiento eficaces y adaptativas en etapas posteriores de la vida.

La historia clínica paidopsiquiátrica presenta aspectos específicos, a los que se deben añadir otros especiales en función de los objetivos asistenciales, docentes e investigadores, así como recomendaciones para las entrevistas, definición de términos psicopatológicos, recomendaciones para la redacción de informes específicos, aspectos comunicativos y deontológicos. Además, y como en el resto de la Psiquiatría, se pueden establecer protocolos de derivación, cuestionarios e inventarios clínicos generales y especiales, escalas de evaluación comportamental de interés diagnóstico evolutivo, baterías neuropsicológicas, psicométricas, proyectivas, etc. La historia clínica paidopsiquiátrica es la máxima expresión del arte clínico centrado en la relación del médico con el paciente y su contexto humano, de acuerdo con las exigencias de cada tiempo, sean éstas comunicativas, diagnósticas, exploratorias, instrumentales, de protocolización y automatización, socio-económicas, y tantas otras que se irán desarrollando en el futuro próximo, tanto por los propios avances endógenos de la Psiquiatría del niño y del adolescente como por las demandas de una mayor cantidad y mejor calidad en la atención paidopsiquiátrica²²⁶.

El auge de la Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia

El auge actual del desarrollo de la psiquiatría de niños y adolescentes tiene varias motivaciones, entre las cuales pueden destacarse²²⁷:

1. Los profundos cambios en la sociedad en cuanto a la consideración de la infancia, que durante siglos era un sector de la población marginado, explotado y sin derecho alguno. Desde que en el siglo XIX se promulgaron las primeras leyes de protección a la infancia, la creación de UNICEF o la Declaración, en 1979, del Año Internacional del Niño, supusieron jalones históricos. En tiempos más cercanos, la Declaración de 1997 como Año Internacional de la salud mental infanto-juvenil ha sido otro eslabón que consolida la importancia de considerar la adecuada asistencia a los aspectos psicológicos y psicopatológicos del niño y adolescente como parte fundamental de cualquier red sanitaria asistencial moderna, que aunque necesaria, no es tan básica como las redes vinculares naturales, familiares y sociales, adaptativas o no, donde crece y se desarrolla el adolescente, y en las que la acción psiquiátrica puede ser más limitada, entrando en juego otras instituciones y agentes sociales responsables. Pese a estos avances, siguen produciéndose hechos en los que el niño sigue siendo objeto de abuso, maltrato físico y/o psicológico en los que suele ser víctima, pero también protagonista.
2. El interés que el psiquismo infantil y sus perturbaciones ha despertado en la medida en que se le ha dejado de considerar como un «pequeño adulto» y se ha ido conociendo el enorme potencial psíquico que el niño tiene desde recién nacido, cuán distinto es su funcionamiento al del adulto y cuán complejas son las manifestaciones de sus desajustes y trastornos, en función de su desarrollo, en los planos psicológico, psicosomático y comportamental, determinante todo ello de una distinta y especializada metodología de exploración, evaluación, nosología, nosografía, nosotaxia, abordajes terapéuticos e investigación de incremento previsible en el futuro.
3. Desgraciadamente es un hecho que en la actualidad, incluso desde una perspectiva pediátrica en nuestro entorno, la patología psíquica en menores está aumentando considerablemente. La OMS ha informado que la depresión es la mayor causa de incapacidad; pues bien, según Rey Pias, catedrático de psiquiatría infanto-juvenil de la universidad de Sydney, hasta el 15% de los adolescentes sufrirá una crisis depresiva antes de los 20 años y el 8% de ellos puede realizar un gesto suicida en el período de los siguientes 10 años. Por otra parte, aumentan las llamadas conductas de riesgo: tabaco, alcohol, drogas, violencia y también, en preocupante ascenso en su frecuencia, los trastornos del comportamiento²²⁸, incluido los del alimentario (TCA), impulsivo, disocial, etc.

A modo de ejemplo sobre la importancia epidemiológica el estudio MECA (Metodología para la Epidemiología de los Trastornos Mentales en Niños y Adolescentes) estima que casi un 21% de los niños de 9 a 17 años de EE.UU. tienen un trastorno mental con empeoramiento en su funcionamiento mental, con al menos un diagnóstico clínico y un nivel de gravedad de intensidad moderada, según las escalas clínicas al uso. Los cuadros clínicos más importantes parecen ser los trastornos de

angustia y ansiedad, los de estados de ánimo y los de comportamiento, sin que sirva la inferencia abusiva de datos foráneos a nuestra región y área sanitaria, deficitarias de este tipo de estudios epidemiológicos psiquiátricos, a subsanar en el futuro.

4. El psiquiatra en los albores del nuevo milenio tendrá que asumir un liderazgo progresivo con evaluaciones periódicas de sus procesos de actuación, realmente escasos en la bibliografía, y no sólo por motivos deontológicos, éticos o defensivos, sino para ir desarrollando su teoría y su práctica; de forma especial en los equipos interdisciplinarios integrados, o lo que es peor, en redes paralelas autárquicas; cuestiones estas, las de evaluación, que parecen preocupar poco en nuestro ámbito cultural.

El futuro de la Psiquiatría infanto-juvenil pasa por diferentes áreas, entre otras, y de nuevo sin ánimo de ser exhaustivo, se puede insistir en tres:

- Los aspectos biológicos de las enfermedades: Los avances de la genética molecular podrían llegar a descubrir las bases genéticas implicadas en el desarrollo de enfermedades complejas y la interacción entre los genes y los ambientes. El avance de los estudios funcionales del cerebro con el desarrollo de las técnicas de neuroimagen y el desarrollo de una psicofarmacología cada vez más específica en sus objetivos terapéuticos, son áreas que ya han marcado hitos importantes, pero que tienen que ir encontrando una mayor significación, sensibilidad, especificidad, valor predictivo y diagnóstico, seguridad, tolerancia y facilidades tecnológicas para llegar a incorporarse en la práctica clínica psiquiátrica, no quedando reservados para los ámbitos de la investigación, lo que, entre otras razones, intenta justificar su exclusión en estas páginas, aparte de los interesantes avances que se vislumbran en el futuro en este campo.
- La familia: el entorno de protección y de colaboración, así como la presencia de nuevas dinámicas sociales, entre otros motivos por los problemas de vinculación afectiva precoz con figuras significativas para el niño, que pueden derivarse de la aparición y desarrollo de las llamadas «nuevas familias», y muchos otros desafíos que planteará el futuro, pero que deberían estudiarse y evaluarse desde el presente. En segundo lugar, la influencia de los medios de comunicación y de las redes de comunicación rápidas (e-mail, internet, chat...) en el inicio, desarrollo y mantenimiento de enfermedades²²⁹. Un ejemplo de este tipo de influencia tiene que ver con los factores de la imagen en la patogénesis y en el desarrollo de los TCA²³⁰.
- Los problemas de conducta y sus implicaciones médico-legales: En la infancia y la adolescencia son cada vez más frecuentes y con mayor impacto mediático. Y además con importantes repercusiones médico-forenses que implican al psiquiatra infanto-juvenil en papeles de peritación y tratamiento en entornos no habituales, centros de menores, etc. La Ley Orgánica Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores 5/2000²³¹, de 12 de enero, así como la Convención de los Derechos del

Niño de Naciones Unidas de 20/11/1989, ratificada por el Estado Español el 30/12/1990, la Ley de Protección Jurídica del Menor 1/96 de 15 de enero, y toda una normativa posterior también pueden llegar a afectar al paidopsiquiatra en su necesaria colaboración con la Administración de Justicia. La Ley Orgánica 5/2000 expresa una humanización del derecho penal de menores. En el Código Penal (C. P.) de 1822 sólo los menores de 7 años se reputaban automáticamente inimputables, dependiendo el trato de los niños entre los 7 a 12 años que se probase, o no, en ellos, la capacidad de discernimiento. Los códigos de 1848 y 1870 extendieron toda la inimputabilidad hasta los 9 años, con el criterio de discernimiento hasta los 15 años. El C. P. de 1932 incrementó el criterio cronológico hasta los 16, con el espíritu normativo según el cual los menores no deben ser castigados ni ir a la cárcel como los adultos, sino ser objeto de medidas preventivas y rehabilitadoras, socialmente integradoras de carácter no penal. Además y ante la entrada en vigor el pasado 28 de febrero del Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio (B.O.E. 209, 30.127-30.149), por el que se aprueba el Reglamento de la L.O. 5/2000 de 12 de enero, y además de otras numerosas especificaciones, se garantiza el examen médico antes de las 24 horas, por los recursos del equipo de AP, por medio del cual se realizará la derivación para consulta y tratamiento al psiquiatra o paidopsiquiatra de la red –parece oportuno recordar que aún existen provincias sin equipo básico de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica Infanto-Juvenil – que tendrá carácter preferente y en todo caso en un plazo menor de 20 días (artículo 10.6d del Reglamento), elaborándose desde la primera consulta un programa individualizado de tratamiento del que se informará al Juzgado y al Técnico responsable de la ejecución de la medida. Todo ello requerirá unos esfuerzos de programación, ejecución, evaluación y control, para lo que es de suponer se proporcionen los recursos necesarios.

Algo semejante puede decirse de las repercusiones en niños y adolescentes de la violencia física y psíquica en el ámbito familiar, y no sólo como víctimas de maltrato, en el que de nuevo intervienen otras especialidades médicas como la Pediatría, Traumatología, etc.²³².

Los aspectos biológicos: Algunas reflexiones sobre las bases genéticas

La influencia de lo genético es indiscutible, publicándose con periodicidad nuevos hallazgos en torno a entidades de causalidad compleja^{233 a 240}.

Una enfermedad paradigmática en la Psiquiatría en general y en la Paidopsiquiatría en particular, de una cierta «alarma social» y que merece el calificativo de «emergente», es la Anorexia Nerviosa o Mental (AN). Existe un debate abierto donde se plantea hasta qué punto es un «invento cultural» o el resultado de una enfermedad bien definida y con unas bases biológicas claramente establecidas^{230, 241}. Dentro de este debate se pueden escuchar voces reputadas en el panorama nacional que defienden que la predisposición genética puede explicar hasta el 60% de la vulnerabi-

lidad a padecerla, como planteó Josep Toro en el V Congreso Nacional sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, celebrado en Zaragoza recientemente (junio,2005). Toro explicó que, según los estudios que tratan sobre las causas de la AN, el factor que más incide es el genético. Según este especialista, si bien no se conocen todavía los genes implicados en esta predisposición, hay investigaciones que sugieren que puede estar relacionado con la función serotoninérgica, que regula la sensación de apetito, determinadas funciones hormonales, y determinados estados de ánimo. Además, hay algunas conductas que tienen una explicación genética, por ejemplo, la susceptibilidad a la malnutrición, que desencadena cambios psicológicos y biológicos, lo que desembocaría en una AN. En cuanto a la personalidad, los rasgos temperamentales, aquellos que se caracterizan por el excesivo perfeccionismo o el neuroticismo, son también factores de riesgo, elementos que, además están determinados genéticamente, igual que la sensación de insatisfacción corporal. Todo esto hace que aparezcan trastornos entre miembros de una misma familia. Sin embargo, Toro puntualizó que si una persona con una intensa predisposición genética a padecer anorexia se alimenta normalmente no desarrollará la enfermedad, ya que junto a los factores genéticos, también incluyen los ambientales y culturales, que pueden actuar de protección y competencia etiopatogénicas. Así, en resumen, se puede decir que «la decisión de no comer es un factor ambiental» y «el problema está en determinar por qué se toma esta decisión, y en un altísimo porcentaje se toma por razones estéticas». Por supuesto y de nuevo, la situación es más compleja, pero puede servir de ejemplo de las constantes preocupaciones de intentos de integración de conocimientos por parte del clínico.

La psicofarmacología y terapéutica

A pesar de los grandes avances de las últimas décadas no se está exento de controversias que afectan a las terapéuticas y a la psicofarmacología, de forma especial en estas primeras etapas de la vida^{242 a 247}. En un futuro próximo habrá de incrementarse la evaluación de los riesgos de los medicamentos antes de su comercialización, con objeto de probar no sólo su eficacia sino también su seguridad en condiciones tanto «científicas» como «clínicas», es decir, tanto con diseños metodológicamente considerados como correctos como en las condiciones reales en las que se encuentra el paciente en su contexto humano habitual. De nuevo no basta con la ciencia y hace falta el arte de observar con mirada clínica cada enfermo.

Estudios recientes en los EE.UU. y en el Reino Unido, analizando los datos de los suicidios consumados entre 1996 y 1998 en todos los estados y en el primero de los casos, y en una población de 146.065 pacientes de AP con una primera prescripción de antidepresivos para el tratamiento de las depresiones, no encontraron prueba alguna de que el riesgo del suicidio o autolesión en adultos fuera superior entre los tratados con antidepresivos tricíclicos o ISRS, y sólo una ligera evidencia de un incremento del riesgo de autolesiones en menores de 18 años, en tratamiento con ISRS, en el segundo^{248, 249}.

Últimamente se ha comentado en los medios de comunicación que ciertos antidepresivos están contraindicados en las edades infanto-juveniles por sus posibles

efectos en la inducción del suicidio, con los consiguientes problemas deontológicos, éticos y legales. El inicio oficial del problema se produce cuando, en junio de 2003, el *Committee on Safety of Medicines* británico alerta sobre el uso de paroxetina en niños. En diciembre del mismo año prohibió la prescripción en menores de 18 años de todos los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), excepto la fluoxetina. Las razones aducidas hacían referencia a un incremento de «suicidalidad» asociado a estos fármacos y a las dudas planteadas por su eficacia terapéutica en la depresión. En febrero de 2004 la *Health Canada* previene acerca de esos mismos riesgos. En Marzo de 2004 la *Food and Drug Administration* americana (FDA) alerta sobre la prescripción de antidepresivos en adultos y niños, pero no procede a establecer ninguna contraindicación. Hay revisiones que ponen en duda el efecto potencial de los ISRS en la inducción del suicidio en los niños^{250 a 252}. Ante la gravedad de la situación, la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil²⁵³ expresó en un comunicado la necesidad de mayor investigación y la utilidad de estos tratamientos, pese a la falta de respaldo legal y la inseguridad jurídica que provocan ciertas manifestaciones y/o prohibiciones, pero que no ofrecen alternativas terapéuticas más seguras y con la demostrada eficacia como las terapéuticas farmacológicas utilizadas durante décadas en algunos casos²⁵⁴. Como en todos los ámbitos de la clínica farmacológica existen numerosas limitaciones de todo tipo en estos estudios, en los que debe primar una ética prudencial acerca de los resultados. Desde una perspectiva metodológica parece conveniente combinar tanto los estudios observacionales como los ensayos clínicos controlados, y en ambos casos durante un tiempo lo suficientemente prolongado, y no durante unas pocas semanas, como en los «ensayos clínicos metodológicamente correctos y basados en la evidencia». Además hay que evitar los numerosos sesgos, incluidos los de selección, insuficiencia muestral, etc.; por ejemplo, la falta de controles impide fiscalizar el factor de sesgo clínico, ya que los médicos pueden prescribir de forma preferente ISRS en pacientes con un mayor riesgo de suicidio o con trastornos depresivos más graves, utilizando las técnicas psicoterapéuticas en depresiones leves o subclínicas. En todo caso, otro reto en el futuro será la de incrementar este tipo de estudios clínicos y conocer en todas las etapas de la vida los efectos de los fármacos antidepresivos a largo plazo en el SNC, ya que las indicaciones legales se establecen sólo para los adultos.

Por otra parte, se está asistiendo al desarrollo de no tan nuevas técnicas terapéuticas, cuyas bases científicas no están aún bien asentadas, pero que algunos casos y en algunos trastornos pueden incorporarse al arsenal terapéutico de los futuros psiquiatras infanto-juveniles como son el *Electroencephalogram biofeedback*, (EBF), la *repetitive transcranial magnetic stimulation* (rTMS), y la *vagal nerve stimulation* (VNS)²⁵⁵. También el uso y adaptación a estándares de utilización de «viejas» herramientas, como la terapia electroconvulsiva (TEC), en estos grupos de edad son posibilidades abiertas de cara al futuro de la atención psiquiátrica en nuestro ambiente.

La familia: entorno de protección y de colaboración

La familia ha tenido una importancia nuclear en la atención psiquiátrica. Debe recordarse que la familia y el hogar pueden ser proveedores de factores de protección, apoyo, afecto y modelo o ser un escenario de violencia, manipulación y uti-

lización contra el niño. Ha pasado de ser objeto de estudio, y en algunos casos de estar implicada en la etiopatogenia de muchas patologías mentales, a ser herramienta de colaboración y de inclusión y compromiso en el tratamiento, con las asociaciones de enfermos y de familiares de afectados. Surgen cada vez más asociaciones en más y más ámbitos desde que se fundó *UNICEF* y *Save the Children*, para recordar sólo algunos hitos históricos contemporáneos. Y como en cada etapa, dichas organizaciones corren unos riesgos diferentes y que expresan el momento en que vivimos, quizás mejor existimos, como habría escrito Víctor Hugo para diferenciarlos de otras especies. Muchas de éstas asociaciones, cuyo fin es encomiable –dar apoyo social y personal al enfermo y reivindicar más colaboración de la sociedad en la respuesta a las necesidades de los pacientes, etc.– corren el riesgo de convertirse en encubridoras de las deficiencias sanitarias, e incluso en «tapa agujeros» de la administración. Algunas de las asociaciones más especializadas pueden conocerse a través de su páginas web: TDAH: www.avatdah.org; Asperger: www.asperger.es; Autismo: www.centrovallesgueva.org; Trastornos de la conducta alimentaria: www.adaner.org; Asociación de Familias Adopción Internacional: www.arfacyl.org; etc.

La familia también tiene otra dimensión en el futuro de la Psiquiatría Infanto-Juvenil, y por supuesto en el presente, ya que es una parte importante dentro de los recursos psicoterapéuticos. En concreto, y dentro de lo ilimitado de este ámbito, tiene que ver con los nuevos modelos familiares. Por nuevas familias entendemos todas aquellas unidades de convivencia y afecto con un proyecto de vida común, compartido y estable, que no se ajustan al modelo tradicional: mujeres solteras con hijos, madres o padres divorciados o separados con hijos, convivencia con hijos de los diferentes progenitores, parejas que conviven sin haberse casado, divorciados o separados con o sin hijos que conviven sin casarse, divorciados con o sin hijos que vuelven a casarse, presbíteros católico-romanos emparejados sin posibilidad de convivir o casarse, presbíteros católico-romanos casados con o sin hijos y excluidos de la comunidad eclesial, etc. Especialmente entre todas estas nuevas familias destacamos a las parejas del mismo sexo: parejas convivientes, parejas de larga duración que, por diversas circunstancias, no comparten domicilio, homosexuales si tienen hijos de uniones heterosexuales anteriores, ya con pareja, ya solos, que han tenido hijos por adopción, inseminación artificial u otros métodos solos o en pareja, y finalmente transexuales que conviven con su pareja heterosexual. Además se encuentran los cambios de rol o papel en los diferentes géneros; la escasez de tiempo, comunicación, interacción familiar y tantos otros aspectos tan bella como profundamente expresados por la psiquiatría psicoanalítica y analítico-existencial, e incluso por el séptimo arte desde la década de los cincuenta, y que aparecen nuevos y postmodernos a quienes ignoran, desprecian o fracturan la historia. También se pueden esbozar los problemas de futuro –y prever las soluciones– que plantearán las familias transnacionales, su creciente movilidad y mestizaje; los emigrantes: separación de sus raíces, aislamiento, marginación, culturización o no, etc.; los divorciados; y así hasta donde se quiera.

Toda esta realidad de familias del pasado y del futuro implica a los niños y a los psiquiatras, entre otros motivos no sólo por la propia psicopatología infanto-

juvenil, sino porque se ven obligados a valorar la competencia y capacidad de los progenitores, o de personas o parejas que son posibles adoptantes, en contextos (de la propia pareja) y realidades del niño (niños de razas y culturas diversas) cada vez más complejas^{256, 257}.

Así, surgen problemas de adaptación cada vez más frecuentes, o al menos, existe un aumento de las necesidades y demandas de apoyo y supervisión profesional, pero sin que se posea un cuerpo doctrinal con base científica y empírica autónoma para su abordaje, por lo que parece oportuno reiterar la conveniencia de promover estudios longitudinales a largo plazo y de modo estable, y reforzar las redes estables de comunicación científica profesional, tanto a nivel individual como entre instituciones y organizaciones no sólo médicas sino sociales, en el más amplio sentido del término.

Los problemas de comportamiento y las implicaciones médico-legales

Los trastornos de conducta y comportamiento en niños y adolescentes es un significativo y costoso problema con consecuencias negativas para los individuos, sus familias y su comunidad²⁵⁸.

Los problemas de conducta graves afectan aproximadamente al 4-10% de los niños y adolescentes y pueden ser la causa de demanda de consultas en la mitad de los casos. Además, dichos comportamientos pueden llegar a incrementar el riesgo de delincuencia juvenil y posteriormente de conductas delictivas. Las clínicas especializadas en este tipo de trastornos, a comienzos del pasado siglo, no fueron en vano una de las raíces de la especialidad, junto con los servicios médico-psicológicos. Pero no todas las conductas agresivas tienen la misma consideración. Se han diferenciando^{259, 260} en reactiva-proactiva, abierta-encubierta, predatoria-afectiva, ofensiva-defensiva o relacional. Dicho afán clasificatorio viene a intentar dilucidar la repercusión y la trascendencia psiquiátrica de las mismas^{260, 261}, en lo que se ha descrito como el mayor y el más preocupante problema emergente en forma de epidemia en algunos estados usuarios. Cuando la agresión y la violencia es sintomática de una enfermedad psiquiátrica subyacente, su tratamiento biopsicosocial integrado o sinérgico suele ser generalmente el método más efectivo de prevención a largo plazo. Sin embargo, y, de nuevo, los prejuicios y la tendencia a estigmatizar, la mayor parte de la violencia –forma específicamente humana de agresión intraespecífica, como ya explicó K. Lorenz^{262, 263, 264, 265}– no es causada por enfermos mentales; es más, la mayoría de éstos no cometen graves actos de violencia. De nuevo el uso de psicofármacos en estos casos plantea problemas neurológicos, éticos y legales, a dilucidar en el futuro presente.

Por otro lado, el desarrollo de la Ley Orgánica 5/2000, del 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, establece como medida «el internamiento terapéutico» o el «tratamiento ambulatorio», entre otras posibilidades como libertad vigilada, prestaciones a la comunidad, fin de semana en domicilio, tareas socioeducativas, asistencia a centro de día, convivencia en grupo educativo, etc. En la actualidad aún existe aquí un debate abierto acerca de qué significa un

internamiento terapéutico, dónde se debe realizar y hasta qué punto es una responsabilidad de los servicios sociales, sanitarios o sociosanitarios. La ley ha provocado una cierta convulsión en el sistema sanitario, que se veía abocado a dar respuesta a este imperativo legal, que por otro lado fuerza al desarrollo de unos servicios asistenciales de los que hoy parece carecerse en numerosas áreas sanitarias. En este sentido, la Ley Orgánica 5/2000, es una ley de reintegración social, con una estructura formalmente penal pero materialmente sancionadora educativa en interés del menor con prioridad a los hechos que conducen a la intervención penal, para dar respuesta sancionadora, pero de tipo socio-educativo.

Esta situación ha ocasionado el desarrollo de unos servicios asistenciales, en ocasiones al margen del propio sistema sanitario, aunque éste reclame desde hace tiempo la existencia de unidades de ingreso psiquiátrico en hospitales generales para niños y adolescentes, hoy claramente insuficientes. En este sentido, y como se ha señalado, está previsto crear próximamente una unidad de hospitalización breve psiquiátrica en el Hospital Clínico de Valladolid, donde predominen los procedimientos de ingreso programado, con criterios y condiciones específicas e incluso con criterios de exclusión en beneficio de los menores. El conflicto se producirá cuando los medios de organizaciones tan dispares como las de Administración de Justicia y el Sanitario no vayan al unísono o al menos no se coordinen para dar respuesta a la realidad del niño o adolescente con problemas legales y trastornos psiquiátricos asociados. También merece la pena recordar la complejidad ético-jurídica de los numerosos protocolos de consentimiento informado, de información a los pacientes y a las familias o tutores, etc.

No se ha tratado de tantos otros aspectos y patologías comunes²⁶⁶ de inicio en la infancia o adolescencia y que pueden prolongarse a lo largo de toda la vida, como son, y como meros ejemplos, las fobias²²⁰, el abuso de sustancias, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad²²³, del comportamiento²²⁸ los cuadros depresivos^{212 a 218} y/o ansiosos^{175, 219 a 222}, psicosis^{127, 159, 267, 268}, etc. Estas continuidades y discontinuidades^{127 y 266} pueden ser homotípicas o heterotípicas; en pocas palabras, con la misma o diferente forma de presentación y evolución a lo largo de las diferentes etapas de la vida. Constituye su estudio otra de las perspectivas de futuro más prometedoras en la investigación en Psicopatología evolutiva y del desarrollo; más prácticas en la clínica, al permitir unos abordajes preventivos primarios y secundarios de los trastornos mentales del desarrollo y del comportamiento, no solo en estas edades sino en las siguientes, así como la prevención secundaria; más pragmáticas en la asistencia y evaluación de costes, al intentar poner remedio o disminuir los déficits, deterioros o discapacidades tan pronto como se diagnostiquen precozmente; más integradoras, al incrementar la educación profiláctica sanitaria y médica e intentar evitar los retrasos en la atención psiquiátrica, a veces de décadas, y el error de considerar que la enfermedad se inicia cuando se acude a un médico; y también más social, al integrarse, en su caso, con las diferentes instituciones y organismos encargados de la protección y ayuda de los ciudadanos en estas etapas de la vida.

Pero la infancia y la adolescencia no es ajena tampoco a los acontecimientos de la vida. El futuro también dependerá de lo que los adultos podamos ofrecer a las

generaciones venideras²⁷⁰ en ese difícil equilibrio entre la demanda de cuidados y las posibilidades de satisfacerlas, en términos que no pueden ni deben reducirse a modelos económicos, políticos, ideológicos, sociales o de cualquier otro tipo, ya que el médico se encuentra siempre frente al irrepetible e irreductible caso individual que ha de curar, término que procede del latín *curare* que significa cuidar, en los tres elementos que confluyen en su actividad: el paciente, su familia y su contexto social, estos dos últimos a veces demasiado próximos, demasiado lejanos o simplemente ausentes. De nuevo se podría volver a reflexionar sobre las éticas sociales, sobre todo en sus acepciones aristotélicas y maxweberianas, renunciando voluntariamente en este campo al utilitarismo sin estimativa altruista

Desde un punto de vista legal existen también innumerables problemas. Baste con recordar los relativos al consentimiento informado²⁷¹ del niño o adolescente para ser tratados con psicofármacos y a la necesidad de un nivel de madurez²⁷² y discernimiento para valorar la capacidad de confidencialidad, y muchas otras cuestiones éticas que no cabe duda que van a marcar el futuro asistencial en próximos años. Algunos de dichos aspectos ya se han puesto en cuestión en los problemas relativos a la salud reproductiva en menores de edad, donde la supervisión parental se pone en entredicho²⁷³. Tampoco han de olvidarse las futuras necesidades de regulación normativa competencial de los miembros de los equipos de los Centros de Menores en relación con el paidopsiquiatra, la red asistencial especializada, y más teniendo en cuenta el previsible incremento y cierta disfuncionalidad de la demanda. Recuérdense los esbozados límites de toda actividad psiquiátrica.

El paidopsiquiatra del futuro inmediato habrá de integrar en beneficio de cada paciente individualizado los cambios socio-culturales, sub y contra culturales, de los que informan los numerosos baremos sociológicos españoles y de la UE; el ingente acúmulo de conocimientos científicos-tecnológicos especializados; los procesos de aceleración histórica, previsible o no; los impactos de los medios de comunicación de masas; los nuevos patrones de demanda asistencial; y tantas otras experiencias, por lo que merece la pena detenerse a reflexionar acerca del equilibrio necesario entre obligaciones y deberes, recursos y necesidades y estimarle con las también necesarias empatía, admiración y respeto, facilitadoras de toda convivencia sanitaria.

* * *

Si entre todos aprendemos a tener una humilde mirada clínica, apoyante y comprensiva frente a la incertidumbre e indeterminación de lo humano, sano o enfermo, siempre se nos devolverá el agradecimiento por haber intentado aumentar las posibilidades de todos en la interminable búsqueda de la felicidad.

En los mundos mentales de cada hombre, en lo que se ha dado por llamar de forma reduccionista «el imaginario», se amalgaman futuros y pretéritos presentes, memorias y olvidos –cuyas raíces sólo pueden buscarse con métodos históricos, biográficos y psicodinámicos– estructuras y funciones de pérdidas y excesos de memorias siempre subjetivas e interesadas, que entre otros motivos buscan protegernos de los miedos y de las angustias de las pérdidas espacio-temporales, biográficas, de que personas, cosas y vivencias mueran, queden obsoletas y desaparezcan. Cualquier discurso, lección o diálogo está siempre limitado y es en cierto modo ansiógeno en tanto

exige elegir –en este año del centenario del nacimiento de Sartre– delimitar y discriminar. Este sentimiento de incompletud me ha acompañado en su elaboración. Si ha servido para que alguien haya sentido un poco curiosidad por la Psiquiatría habré conseguido mi objetivo. Si ha incrementado el orteguiano «horizonte de expectativas», lo habré superado. En todo caso y al final del mismo he de decirles que he pretendido enmarcarlo entre el principio de la responsabilidad y el principio de la humildad. En la lección magistral que pronuncié el 3 de Junio de 2005 con ocasión de las bodas de plata de mi primera generación de alumnos de la Facultad de Medicina de esta Universidad, a punto de terminar ésta, recordé que años antes había leído, no sé dónde, como William Osler –internista, historiador y psicosomatólogo, algo olvidado en estos pagos– terminó la exposición de su última clase en Oxford, hace más de medio siglo, quizás con una cierta ironía autocrítica, diciendo: «*la mitad de lo que les he enseñado no es cierto; el problema es que no sabemos cual es esa mitad*».

BIBLIOGRAFÍA

Cualquiera tiene a su disposición innumerables libros y bibliotecas. La dificultad estriba en decir y hacer propios unos pocos. Útiles y sugerentes a los próximos. Además integrarlos en la comunidad cercana del habla, valores e intereses. Existen otros senderos jamás recorridos. Esa es la misión de los discípulos.

Esta lección podría haber sido otra sin dejar de ser la misma tras las huellas iniciadas hacia el último tercio del siglo V a. C. por unos profesionales del buen hacer médico, con talante inquisitivo, crítico y filantrópico o humanístico, como traducirán sus sucesores romanos. La citas ausentes de muchos autores, para mí clásicos, las doy por sugeridas en este contexto escolar. Una vez citada una fuente he evitado su repetición en honor a una cierta brevedad. No he homologado las citas según criterios comúnmente aceptados sino que las he estructurado según mis archivos.

Cualquiera que disponga de un buen buscador en la red encontrará numerosas entradas sobre el tema acerca del futuro de la Psiquiatría en el nuevo milenio^{274, 275}. El buscador Google proporcionaba aproximadamente unos dos millones seiscientos sesenta mil entradas y el Yahoo Search sólo un millón seiscientos mil, msn setecientas mil y la medline dos mil ochocientas treinta y ocho, de las que quinientas cincuenta y cuatro eran revisiones, todo ello referido a finales de junio de 2005 para las palabras clave: *future of psychiatry*. La cuestión ha sido no tanto intentar revisarlo todo, como hacer y ser consciente de que lo escrito es una parte insignificante de lo conocido, abierto a nuevas reflexiones y continuas correcciones de errores e insuficiencias. Esta es otra misión futura de discípulos, amigos y críticos.

Entre el sentimiento de incompletud y el de confianza básica en el futuro previsible deben ubicarse estas páginas. En último extremo cada uno debe leer lo que le place, lo que ama y hace amar. La bibliografía adjunta es meramente orientativa y no pretende ser más que un pequeño faro para el lector curioso. Una vez desembarcado, éste puede intentar navegar dulcemente sobre el continente de la materia de las que están hechas las razones y sinrazones humanas.

- 1 Tratados Hipocráticos: *I. Aforismos I*, 243. Biblioteca Clásica Gredos. 63. Madrid, 1983.
- 2 JASPERS, K: *Psicopatología general*. Primera ed. alemana, 1913; 5.ª ed. alemana inalterada, 1948; Springer Verlag. Berlin. Heilderberg; Beta. Buenos Aires, 1970. tercera edición esp., 1963.
- 3 LAÍN ENTRALGO, P.: *Estudio de Historia de la Medicina y de Antropología médica*. 1950. El Escorial, Madrid (1.ª ed., 1943).
- 4 LAÍN ENTRALGO, P.: *La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica*. Anthropos. Barcelona, 1987. (Primera edición, 1958)
- 5 LAÍN ENTRALGO, P.: *Qué es el Hombre. Evolución y sentido de la vida*. Ediciones Nobel. Oviedo, 1999.
- 6 LAÍN ENTRALGO, P.: *Antropología médica*. Salvat. Barcelona, 1984.
- 7 ZILBOORG, G. y HENRY, G. W.: *Historia de la Psicología médica*. 7, 171-240 Ed. Psique. Buenos Aires, 1968.
- 8 CONDE LÓPEZ, V. J. M.: *Memorias de las cátedras de Psicología Médica y Psiquiatría* (mecanografiado), 1969-1975.
- 9 ALCMEÓN DE CROTONA: *Los filósofos presocráticos*. I: 239-261. Biblioteca Clásica Gredos. Madrid, 12, 1978.
- 10 KRAEPELIN, E.: *Hundert Jahre der Psychiatrie. Ein Beitrag zur geschichte menschlicher Gesittung* 2, Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1918, 38: 191-275. Ed Julius Springer. Berlin, 1918; y también en ed. española: Cien años de Psiquiatría. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Historia. 7. 25. 186. Prólogo de R. Esteban. Madrid, 1999.
- 11 BLOOM, H.: *¿Dónde se encuentra la Sabiduría?* Taurus. Pensamiento. Madrid, 2005.
- 12 BARCIA, D.: *Trastornos mentales de las enfermedades neurológicas: una psiquiatría para neurólogos*. Quaderna Editorial. Murcia, 2004.
- 13 HUNTER, R. y MACALPINE, I.: *Three Hundred Years of Psychiatry 1535-1860*. Oxford University Press. Londres, 1963.
- 14 SIGERIST, H. E.: *A History of Medicine: I. Primitive and Archaic Medicine*. Oxford University Press. New Jersey, 1951.
- 15 OMS: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1992.
- 16 OMS: *CIE-10.ª: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor. Madrid, 1992.
- 17 OMS: *CIE-10.ª: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos para investigación*. Meditor. Madrid, 1993.
- 18 OMS: *ICD-10.ª Classification of Mental and Behavioural Disorders: Conversion tables between ICD-8, ICD-9 and ICD-10. Revisión I*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1994.
- 19 SARTORIUS, N.: *Understanding the ICD-10 classification of mental disorders: a pocket reference*. Science Press. London, 1995.
- 20 OMS: *MNH/96. I CIE-10. Trastornos Mentales y del comportamiento. Pautas Diagnósticas y de Actuación en Atención Primaria*. Meditor. Madrid, 1998.
- 21 APA: *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona, 2002.
- 22 APA: *DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos*. Masson. Barcelona, 2002.
- 23 APA: *DSM-IV-TR. Estudio de casos. Guía para el diagnóstico diferencial*. Masson. Barcelona, 2002.
- 24 APA: *DSM-IV-TR. AP*. Masson. Barcelona, 2004.
- 25 KRAEPELIN, E.: *Kraepelin und Lange Psychiatrie*. Neunte Auflage. Johan Ambrosius Barth, Leipzig, 1920. Achte Auflage, 1915.
- 26 FREUD, S.: *Obras Completas*. Biblioteca Nueva. Madrid, 1983.
- 27 CRUZ, M.: *Las malas pasadas del pasado. Identidad, responsabilidad, historia*. Anagrama. Colección Argumentos 328. Barcelona, 2005.
- 28 STEINER, G. y LADJALI, C.: *Elogio de la transmisión*. Siruela. Madrid, 2005.
- 29 SZRETER, S. y WOOLCOCK, M.: *Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health*. International J. Epidemiology 33: 650-667. 2004.
- 30 ECCLES, J. C.: *La evolución del cerebro: creación de la consciencia*. Labor. Barcelona, 1992.
- 31 POPER, K. R. y ECCLES, J. C.: *The Self and its Brain*. Springer Verlag, 1977.

- 1989.
- ³² CONDE LÓPEZ, V. J. M.: *Glosario de Psiquiatría*. Prólogo IX-XVI. Díaz de Santos. Madrid, 1989.
- ³³ THORNICROFT, G. y TANSSELLA, M.: *Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research*. *Psychological Medicine* 1999, 29: 761-7.
- ³⁴ MINISTERIO de Sanidad y Consumo. *Guía de Formación de Médicos especialistas*. Psiquiatría. pp. 145-160. Dirección General de Planificación Sanitaria. Subdirección general de ordenación funcional. Madrid, 1986.
- ³⁵ CERVERA ENGUIX, S.; CONDE LÓPEZ, V.; ESPINO GRANADO, A.; GINER UBAGO, J.; LEAL CERCOS, C.; TORRES GONZÁLEZ, F. (Editores): *Manual del Residente de Psiquiatría*. Tomos I y II. Litofinder S. A. Madrid, 1997.
- ³⁶ TILTON, E. M.: *Amiable autocrat. A biography of Dr Oliver Wendell Holmes*. New York: Henry Shuman Inc, 1947.
- ³⁷ CONDE LÓPEZ, V. J. M.: *Las esquizofrenias: una aproximación semiológica y clínica*. Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Sever-Cuesta, 1984.
- ³⁸ CASTILLA DEL PINO, C.: *Introducción a la Psiquiatría*. I y II. Alianza Universidad. Madrid, 1980.
- ³⁹ VALLEJO NÁGERA, A.: *Tratado de Psiquiatría*. Primera edición Salvat. Barcelona, 1944. (Segunda edición 1949).
- ⁴⁰ MARTÍNEZ ARIAS, R.: *Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos*. Ed. Síntesis. Madrid, 1996.
- ⁴¹ MUÑOZ, J.: *Teoría clásica de los tests*. Pirámide. Madrid, 2000.
- ⁴² MYERS, K. y WINTERS, N. C.: *Ten-year review of rating scales. I: overview of scale functioning, psychometric properties and selection*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002, 41, 114-122.
- ⁴³ DAWE, L.: *Emerging trends and training issues in the psychiatric emergency room*. *Canadian J Psychiat* 49: 5, 1-5. 2004.
- ⁴⁴ ALLEN, M. H. et al: *The treatment of behavioural emergencies: the expert consensus guidelines series*. New York: Expert Knowledge Systems, 2001. <http://www.psychguides.com/ecgs3.php>.
- ⁴⁵ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y BLANCO GARROTE, J. A.: *La evaluación psicométrica clínica en el hospital general*. 9 -30. Conferencia inaugural de las I Jornadas Nacionales de Psicometría. Madrid. 18-19 de octubre de 2002. FAES FARMA. www.faes.es, 2003.
- ⁴⁶ CONDE LÓPEZ, V. J. M. and BLANCO GARROTE, J. A.: *Issues Regarding Measurement and Behavioural Rating Scales in Psychological Medicine and in Psychiatry*. WPA, 2004. Ed. Española: Imágenes de la psiquiatría española (eds: J. J. López-Ibor, C. Leal Cercos y C. Carbonell Masía). *Las escalas de evaluación comportamental en psicología médica y en psiquiatría*. 117-132. Asociación Mundial de Psiquiatría. Ed. Glosa. Barcelona, 2004.
- ⁴⁷ CONDE, V. J. M.: *Escalas de evaluación conductual*. I Reunión sobre Metodología de la Investigación Psicofarmacológica. Sociedad Española de Psiquiatría. Geigy: 31-34. Barcelona, 1970.
- ⁴⁸ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y SÁNCHEZ DE VEGA, J.: *Escala autoaplicada para la depresión de Zung*. *Arch. Neurobiol.* 32(4): 535-58. Madrid, 1969.
- ⁴⁹ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y ESTEBAN, T.: *Escalas de evaluación conductual*. *Rev. Psiquiat. Psicol. Med.* 1970: IX, 322-339.
- ⁵⁰ CONDE LÓPEZ, V. J. M., ESCRIBA PÉREZ, J. A., IZQUIERDO DE LA TORRE, J. A.: *Critical study of the self-rating scale for the quantitative measure of Zung's depression* *Rev Clin. Esp* 1970: 117 (1): 71-8.
- ⁵¹ CONDE LÓPEZ, V., ESTEBAN CHAMORRO, T.: *Critical review of 2 Spanish adaptations of Zung's Self-Rating Depression Scale (S. D. S.)*. *Arch Neurobiol (Madr)* 1973: 36(5): 375-92.
- ⁵² CONDE LÓPEZ, V., ESTEBAN CHAMORRO, T.: *Critical review of 2 Spanish adaptations of Zung's Self-Rating Depression Scale (S. D. S.)*. *Arch Neurobiol (Madr)* 1973: 36(5): 375-92.
- ⁵³ POPPER, K. R.: *Conjeturas y refutaciones: el desarrollo del conocimiento científico*. Paidós. Barcelona, 1984. (ed. original: 1963).
- ⁵⁴ POPPER, K. R.: *Búsqueda sin término. Una autobiografía intelectual*. Alianza Ed. Filosofía. Humanidades. Madrid, 2002. (1.ª edición española: Ed. Tecnos, 1993).
- ⁵⁵ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; BLANCO GARROTE, J. A. y BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *El Problema de suicidio y su prevención (I)*. *Anales de Psiquiatría*, 17, 9: 387-395. 2001.
- ⁵⁶ CONDE LÓPEZ, V. J. M., BLANCO GARROTE, J. A. y BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *El Problema de suicidio y su prevención (II)*. *Anales de Psiquiatría*, 17, 9: 396 - 407. 2001.
- ⁵⁷ LAÍN ENTRALGO, P.: *El diagnóstico médico: Historia y teoría*. Salvat. Barcelona, 1982.

- ⁵⁸ LAÍN ENTRALGO, P.: *El médico y el enfermo*. 2.ª edición Triacastela. Madrid, 2003.
- ⁵⁹ BACA, E. y LÁZARO, J. Eds: *Hechos y valores en Psiquiatría*. Fundación Archivos de Neurobiología. Editorial Triacastela. Madrid, 2003.
- ⁶⁰ OMS: *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization, 2002.
- ⁶¹ BERLINGUER, G.: *Bioethics, health, and inequality*. Lancet 2004. 264; 1086-91.
- ⁶² KENDLER, H. H.: *Historical Foundations of Modern Psychology*. Temple University Press. Philadelphia, 1987.
- ⁶³ KANDEL, E. R.: *A new intellectual framework for psychiatry*. Am J Psychiatry 1998; 155: 457-469.
- ⁶⁴ EDELMAN, G. M.: *The Phenomenal Gift of Consciousness*. New Haven, Conn, Yale University Press, 2004.
- ⁶⁵ BICKLE, J.: *Philosophy and Neuroscience: A Ruthlessly Reductive Account*. Boston, Kluwer Academic, 2003.
- ⁶⁶ ENGEL, G. L.: *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, Science 1977; 196: 129-136.
- ⁶⁷ MITCHELL, S. D.: *Biological Complexity and Integrative Pluralism*. Cambridge University Press. Cambridge, UK, 2003.
- ⁶⁸ GHAEMI, N.: *The concepts of psychiatry: A pluralistic approach to the mind and mental illness*. Johns Hopkins University Press. Baltimore, 2003.
- ⁶⁹ KANDEL, E. R.: *Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited*. Am J Psychiatry 1999. 156: 505-524.
- ⁷⁰ KENDLER, K. S.: *Toward a Philosophical Structure for Psychiatry*. Am J Psychiatry 2005; 162: 433-440.
- ⁷¹ KENDLER, K. S.: *A psychiatric dialogue on the mind-body problem*. Am J Psychiatry 2001; 158: 989-1000.
- ⁷² SCHAFFNER, K. F.: *Psychiatry and molecular biology: reductionistic approaches to schizophrenia*. En: *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*. Edits.: Sadler, J. Z.; Wiggins, O. P.; Schwartz, M., Johns Hopkins University Press, pp 279-294. Baltimore, 1994.
- ⁷³ KENDLER, K. S.: *Genética psiquiátrica: Una crítica metodológica*. Am J Psychiatry (Ed. Esp.) 2005; 8: 193-201; (Ed. original) 2005; 162: 3-11.
- ⁷⁴ HOOP, J. G.: *Hidden Ethical dilemmas in psychiatry residency training: The psychiatry resident as dual agent*. Academic Psychiatry 28: 183-189. 2004.
- ⁷⁵ SEARLE, J. R.: *Razones para actuar. Una teoría del libre albedrío*. 113 a114. El Nóbel. Oviedo, 2000.
- ⁷⁶ WINSLOW, C.: *The evolution and significance of the modern Public Health Campaigns*. Yale University Press. New Haven, 1923.
- ⁷⁷ JONAS, H.: *Philosophical reflections on experimenting with human subjects*. En: *Contemporary issues in bioethics*, 3.ª ed, T. L. Beauchamp y L. R. Walters (eds), Wadsworth, Belmont, CA, 1989.
- ⁷⁸ JONAS, H.: *El principio de responsabilidad*. Herder. Barcelona, 1995.
- ⁷⁹ JONAS, H.: *Técnica, medicina y sociedad*. Paidós. Barcelona, 1997.
- ⁸⁰ BLOOM, S. W.: *The relevance of medical sociology to psychiatry: a historical view*. J Nerv Ment Dis, 2005: 193 (2): 77-84.
- ⁸¹ Consorcio de encuestas sobre la salud mental mundial de la OMS: *Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys*. JAMA, 2004 2: 291, No. 21.
- ⁸² ROBINS, L. N.; HELZER, J. E.; CROUGHAN, J. L. y RATCLIFF, K. S.: *National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity*. Arch Gen Psychiatry, 1981; 38: 381-389.
- ⁸³ KESSLER, R.: *The World Health Organization Intenational Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions-the NAPE lecture 1998*. Acta Psychiatr Scand, 1999; 99: 2-9.
- ⁸⁴ World Bank: *World Development Indicators 2003*. Washington, DC: The World Bank, 2003.
- ⁸⁵ World Bank: *World Development Report 1993: Investing in Health*. NY, Oxford University Press, 1993.

⁸⁶ The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. *The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) Project rationale and methods*. Int J Methods Psychiatr Res. 2002; 11: 55-67.

⁸⁷ NAVARRO, V.: *El estado de bienestar en España*. Madrid. Tecnos, 2004.

⁸⁸ SARRACENO, B.: *Mental Health scarce resources need new paradigms*. World Psychiatry 2004; 3: 3-5.

⁸⁹ OKASHA, A.: *Globalización y salud mental: una perspectiva de la WPA*. World Psychiatry 2005; 3: 1-2.

⁹⁰ BHUGRA, D. y MASTROGIANNI, A.: *Globalización y trastornos mentales: The Royal College of Psychiatrists 1*. Current Reviews, 2005. 25-42.

⁹¹ ISAACS, S. L. y SCHRODER, S. A.: *Class- The ignored determinant of the nation's health*. N Engl J Med, 2004. 351; 11: 1137-1142

⁹² Institute of Medicine: *The future of public's health in the 21st century*. Washington D. C.: National Academies Press, 2003: 20.

⁹³ WADE, R. H.: *Is globalization reducing poverty and inequality?* International J. Health Services, 2004. 34; 3, 381-414.

⁹⁴ LETHBRIDGE, J.: *Public health sector unions and deregulation in Europe*. International Health Services, 34; 3, 435-452. 2004.

⁹⁵ THORNICROFT, G. y TANSELLA, M. eds.: *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*. Cambridge University Press, 1999. Ed. española G. Thornicroft y M. Tansella. La Matriz de la Salud Mental: Manual para la mejora de servicios I. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Editorial Triacastela. Madrid, 2005. s

⁹⁶ ECCLES, M.; GRIMSHW, J.; WALKER, A.; JOHNSTON, M. y PITTS, N.: *Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings*. J. Clin Epidemiology 2005; 58, 107-112.

⁹⁷ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y PÉREZ PÉREZ, F.: *Esquizofrenia e institucionalismo en psiquiatría*. Symposium sobre Esquizofrenias. Sandoz, 71, 92. Madrid, 1974.

⁹⁸ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y PÉREZ PÉREZ, F.: *Difficulties in the conceptualization of psychiatric institutionalism*. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines: 1974; 2(6): 427-46.

⁹⁹ SOMERS, J. M. et al: *Filling gaps in psychiatric education: skills in administrative psychiatry and knowledge of mental health systems, services and policy*. Canadian J Psychiat 49: 6 E-mail: cpa@cpa-apc. org. 2004.

¹⁰⁰ Canadian Institutes of Health Research (CIHR): www. cihr-irsc. gc. ca.

¹⁰¹ BRACKEN, P. y THOMAS, P.: *Postpsychiatry: a new direction for mental health*. B M J., 2001 1: 322: 724-727

¹⁰² SEN, A.: *Desarrollo y libertad*. Planeta. Barcelona, 2000.

¹⁰³ SEN, A.: *Rationality and freedom*. Cambridge: Harvard University Press 2002.

¹⁰⁴ SEN, A.: *Why health equity?* Health Econ, 2002. 11: 659-666.

¹⁰⁵ World Psychiatric Association. *Consensus steatement on globalization and mental health*. <http://wpanet.org/home.html>.

¹⁰⁶ ALKIRE, S. y CHEN, L.: *Global health and moral values*. Lancet, 2004. 364: 1069-1074.

¹⁰⁷ OKASHA, A.: *Globalization and mental health*. Keynote lecture. 17th World Congress of Social Psychiatry. Kobe., October, 2004.

¹⁰⁸ KELLY, B. D.: *Globalization and psychiatry*. Advances in Psychiatric Treatment 2003; 9: 464-74.

¹⁰⁹ GODBERG, M. y DAB W. CHAPERON, J. et al.: *Indicateurs de santé et «sanometrie»: Les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé d'une population*. Rev. Epidemio Santé Publique 1979; 27: 51-68.

¹¹⁰ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; RUBIO SÁNCHEZ, J. L. y BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *Problemas en la integración de la psiquiatría social y biológica en un ambiente universitario*. Primera Parte. Relación, conflicto e integración. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines. 16: 75- 82. 1988.

¹¹¹ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; RUBIO SÁNCHEZ, J. L. y BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *Problemas en la integración de la psiquiatría social y biológica en un ambiente universitario*. Segunda Parte- indicadores, teorías y modelos. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines. 16: 151-164. 1988.

- ¹¹² HAGHIGHAT, R. y CRISP, A. H.: *Towards a unitary theory of stigmatisation*. Br. J. Psychiatry 2001; 178 (4): 378-379.
- ¹¹³ CLIFFORD, J. M.: *Stigma and ineffective legislation* B J P. 2001. 178; 4: 576.
- ¹¹⁴ Ministerio de Sanidad y Consumo Secretaría General y Técnica. *Compendio Legislativo de la Reforma Sanitaria*. (1982-1986). Publicaciones Documentación y Biblioteca. Madrid, 1987.
- ¹¹⁵ Organización Mundial de la Salud: *Mental health: New understanding, new hope*. The World Health Report, 2001.
- ¹¹⁶ OMS: *The World health report 2004 – changing history*. Ginebra. OMS, 2004.
- ¹¹⁷ Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP): *La Esquizofrenia abre las puertas. Vol II. ¿Qué es y cómo se trata la Esquizofrenia?* Aula Médica. Madrid, 2000.
- ¹¹⁸ HAGHIGHAT, R. y CRISP, A. H.: *Towards a unitary theory of stigmatisation*. Br. J. Psychiatry 2001; 178 (4): 378-379.
- ¹¹⁹ HAGHIGHAT, R.: *A unitary theory of stigmatisation. Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation* Br. J. Psychiatry 2001; 178 (4): 207-215.
- ¹²⁰ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y DE SANTIAGO-JUÁREZ LÓPEZ, J. A.: *Evolución y pronóstico*. En: Síndrome depresivo. Pathos, 1984; 64: 57-66.
- ¹²¹ MICHELL, J.: *Quantitative science and the definition of measurement in psychology*. Br J Psychology, 1997; 88: 355-383
- ¹²² MICHELL, J.: *Measurement in Psychology: Critical History of a Methodological Concept*. Cambridge University Press, 1999.
- ¹²³ BUNGE, M.: *La investigación científica*. Ariel. Barcelona, 1969.
- ¹²⁴ BUNGE, M.: *La ciencia, su método y su filosofía*. Siglo XX. Buenos Aires, 1980.
- ¹²⁵ SPITZER, R. L., ENDICOTT, J.: *Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria*. En: KLEIN, D. F. y SPITZER, R. L. Critical issues in psychiatric diagnosis. Raven Press. New York, 1978.
- ¹²⁶ SPITZER, R. L.: *Values and Assumptions in the Development of DSM-III and DSM-III-R: An Lain Insider's Perspective and a Belated Response to Sadler, Hulgus, and Agich's*. En: Values in Recent American Psychiatric Classification. J Nerv Ment Dis, 2001; 189: 351-359.
- ¹²⁷ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y BALLESTEROS ALCALDE, C.: *La psicopatología y la psiquiatría infanto-juveniles desde la perspectiva de la psiquiatría del adulto*. Edt. Rodríguez Sacristán. J. En: *Psicopatología del niño y del adolescente*. Tomo II. Publicaciones de la Universidad de Manuales Universitarios. Sevilla, 1995: pp 978-1017.
- ¹²⁸ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y RUBIO SÁNCHEZ, J. L.: *Certain reflections on the conceptual and critical study of the terminology used in psychiatric diagnoses*. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines, 1985; Jul-Aug; 13(4): 197-204.
- ¹²⁹ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y DE LA GANDARA MARTÍN, J. J.: *Análisis teórico y empírico del valor de los signos neurológicos menores en psiquiatría*. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1986; 14(6): 407-23.
- ¹³⁰ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; ESCRIBA PÉREZ, J. A. e IZQUIERDO DE LA TORRE, J. A.: *Critical study of the self-rating scale for the quantitative measure of Zung's depression*. Rev Clin Esp, 1970; 117 (1): 71-8.
- ¹³¹ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y DOMENECH, LÓPEZ, B.: *Aspectos clínicos del WAIS: aproximación crítica a la escala de inteligencia de Wechsler para adultos: Mesa redonda sobre «Escala de evaluación conductual»*. V Congreso Nacional de Psicología. Valladolid, 1976 (libro de actas).
- ¹³² CONDE LÓPEZ, V. J. M. y DOMENECH LÓPEZ, B.: *Problemas clínicos entorno al deterioro en esquizofrénicos crónicos: Mesa redonda sobre «Escala de evaluación conductual»*. V Congreso Nacional de Psicología. Valladolid, 1976 (libro de actas).
- ¹³³ CONDE, V. J. M.; BALLESTEROS, M. C.; LÓPEZ, M. N. et al: *Cuestionarios, inventarios y escalas de evaluación comportamental, en la evaluación clínica de los trastornos afectivos*. En: Epidemiología, etiopatogenia y terapéuticas de las depresiones. PTD. Espaxs: 75-138. Barcelona, España, 1988.
- ¹³⁴ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; DE LA GANDARA MARTÍN, J. J. y de Santiago Juárez López, J. A.: *Neuropsychiatric evaluation and minor neurologic signs in affective disorders*. Arch Neurobiol (Madr), 1983; 46(6): 351-68.
- ¹³⁵ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; MARTÍNEZ ROIG, M. y LÓPEZ FERNÁNDEZ, M. N.: *Algunos criterios de depresión endógena*. Psiquis 1989; 10: 357-367.
- ¹³⁶ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y MARTÍNEZ ROIG, M.: *El concepto de endogeneidad en Psiquiatría*. Update, Psiquiatría. 1-2 –16. Masson. Barcelona, 1995.

- ¹³⁷ EDELMAN, G. M.: *Neural darwinism: the theory of neuronal group selection*. Basic books. Nueva York, 1987.
- ¹³⁸ DAMASIO, A. R.: *Descartes error. Emotion, reason, and the human brain*, Putnan. Nueva York, 1994.
- ¹³⁹ CRICK, F. H. C.: *The Astonishing Hypotesis: the scientific search for the soul*. Charles Scribner's Sons. NY, 1994.
- ¹⁴⁰ EDELMAN, G. M. y TONONI, G.: *El universo de la conciencia: cómo la materia se convierte en imaginación*. Drakontos Crítica. Barcelona, 2002.
- ¹⁴¹ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y FRANCH VALVERDE, J. I.: *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de las sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid.: Upjohn Farmaquímica S. A. Madrid, 1984.
- ¹⁴² CONDE LÓPEZ, V. J. M.; DE LA GANDARA MARTÍN, J. J. y DE SANTIAGO-JUÁREZ, J. A.: *Neuropsychiatric, neuropsychological and minor neurological sign aspects of alcoholic disorders*. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1985; 13(3): 147-70.
- ¹⁴³ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; DE LA GANDARA MARTÍN, J. J. y DE SANTIAGO JUÁREZ LÓPEZ, J. A.: *Neuropsychiatric evaluation and minor neurologic signs in affective disorders*. Arch Neurobiol (Madr), 1983; 46(6): 351-68.
- ¹⁴⁴ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; FRANCH VALVERDE, J. I.; BALLESTEROS ALCALDE, M. C.; DE SANTIAGO-JUÁREZ, J. A.; GÁNDARA MARTÍN, J. J. y LÓPEZ FERNÁNDEZ, N.: *Algunos cuestionarios, inventarios, escalas de evaluación comportamental, pruebas de eficiencia y pruebas neuropsicológicas en la valoración clínica de los trastornos afectivos*. Actas de la X Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. 83.
- ¹⁴⁵ PICHOT, P.: *La cuantificación en Psiquiatría*. Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias 1999, 1, 6-15.
- ¹⁴⁶ SALVADOR CARULLA, L.; ROMERO LÓPEZ-ALBERCA, C. y GONZÁLEZ SÁIZ, F.: *Guías para la descripción y la selección de instrumentos de evaluación en psiquiatría*. En «Medición clínica en psiquiatría y psicología» (eds. A. Bulbena Vilarrasa, G. E. Berrios, & P. Fernández de Larrinoa), 2000.
- ¹⁴⁷ GUELFY, J. D. y BOBÓN, D.: *Echelles d'évaluation en psychiatrie*. Encycl Med Chir (Paris-France), Psychiatrie, 37200 A, 10, 1989.
- ¹⁴⁸ JAMES, W.: *Pragmatismo. Biblioteca de iniciación filosófica*. 6.ª ed. Aguilar. Madrid, 1975.
- ¹⁴⁹ CARNERO PARDO, C.: *Evaluación de las pruebas diagnósticas*. Rev. Neurol. 2005; 40: 11: 641-643.
- ¹⁵⁰ LOURO, A. y CANELA, J.: *Medicina basada en pruebas: Dónde y cómo buscar la información necesaria*. Investig. Clin. Farm. 2005, 2 (2): 71-75.
- ¹⁵¹ ROTHMAN, K. J. y GREENLAND, S.: *Causation and causal inference*. En: ROTHMAN, K. J. y GREENLAND, S. eds. *Modern Epidemiology*. 2nd ed. Philadelphia. PA: Lippincott-Raven publishers: 7-28, 1998.
- ¹⁵² BLUMENBERG, H.: *Wirklichkeiten in denen wir leben*. Stuttgart, 1981. Philipp Reclam. Jun. Verlag GmbH. [trad. cast. (1999): *Las realidades en las que vivimos*, Barcelona, Paidós].
- ¹⁵³ BLUMENBERG, H.: *Una aproximación antropológica a la actualidad de la retórica*. En: *Las realidades en las que vivimos*, Paidós, pp. 115-142. Barcelona, 1999.
- ¹⁵⁴ BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *Psicoterapia en la Infancia*. En: *Tratado de psiquiatría infantil*. Editor F. J. Mendiguchía Quijada: Cap. XXVI pp. 894-919. 1979.
- ¹⁵⁵ BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *Psicofarmacología y psicoterapia*. Contribución al conocimiento de su sinergia en Paidopsiquiatría. En: S. Cervera Enguix y E. Martínez-Vila (Ed.): *Nuevas Perspectivas en Psiquiatría Biológica*. Eurograf. Pamplona. 1995.
- ¹⁵⁶ MURPHY, S.: *Provisión of psychotherapy services for older people*. Psychiatric Bulletin, 2000; 24, 181-184.
- ¹⁵⁷ ARANGO, C.; CRESPO-FACORRO, B. y BERNARDO, M. (Edts.): *Neuroimagen en psiquiatría*. Ars Medica. Barcelona, 2003.
- ¹⁵⁸ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y BLANCO GARROTE, J. A.: *Esquizofrenias*. Nuevas fronteras en Psiquiatría. Ediciones Doyma. Barcelona. 1997.
- ¹⁵⁹ CONDE LÓPEZ, V. J. M.: *Psicopatología genética y evolutiva y del desarrollo: a propósito de la psicosis esquizofrénicas*. Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Sever-Cuesta, 1996.
- ¹⁶⁰ WOLF, H. et al: *A critical discussion of the role of neuroimaging in mild cognitive impairment*. Acta Neurologica Scandinavica Suppl. 2003; 179: 52-76.

- ¹⁶¹ BRAMBILLA, P. et al: *Anatomical MRI findings in mood and anxiety disorders*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2002; 11(2): 88-99.
- ¹⁶² HUGDAHL, K. et al: *Brain activation measured with fMRI during a mental arithmetic task in schizophrenia and major depression*. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161(2): 286-293.
- ¹⁶³ STANLEY, J. A.: *In vivo magnetic resonance spectroscopy and its application to neuropsychiatric disorder*. *Canadian Journal of Psychiatry* 2002; May 47 (4): 315-26.
- ¹⁶⁴ HALDANE, M. y FRANGOU, S.: *New insights help define the pathophysiology of bipolar affective disorder: neuroimaging and neuropathology findings*. *Progress in Neuro- Psychopharm & Biol. Psychiat* 2004, 28(6): 943-60.
- ¹⁶⁵ SILVERSTONE, P. H.; MCGRAFFH, B. M. y KIM, H.: *Bipolar disorder and myo-inositol: a review of the magnetic spectroscopy findings*. *Bipolar Disorders* 2005; 7(1): 1-10.
- ¹⁶⁶ JOSIFESCU, D. V. y RENSHAW, P. E.: *31P-magnetic resonance spectroscopy and thyroid hormones in major depressive disorder: toward a bioenergetic mechanism in depression ?* *Harvard Review of Psychiatry* 2003; 11(2): 51-63.
- ¹⁶⁷ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; BALLESTEROS ALCALDE, M. C.; FRANCO MARTÍN, M. A. y GEIJO URIBE, M. S.: *A propósito de tres casos de Síndrome de Rett*. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*. V. XXXII: 11-34. 1994.
- ¹⁶⁸ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; BALLESTEROS ALCALDE, M. C.; FRANCO MARTÍN, M. A. y GEIJO URIBE, M. S.: *Estudio clínico de cuatro casos de Síndrome de Rett*. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*. 138-155. 1995.
- ¹⁶⁹ GOKCAY, A. et al: *Proton MRS in Rett syndrome*. *Computerized Medical Imaging & Graphics* 2002; 26(4): 271-5.
- ¹⁷⁰ BURN, D. J. y O'BRIEN, J. T.: *Use of functional imaging in parkinsonism and dementia*. *Movement Disorders* 2003; 18 6: S 88-95.
- ¹⁷¹ ROSS, A. J. y SACHDEV, P. S.: *MRS in cognitive research*. *Brain Research – Brain Research Reviews*, 2004; 44 (2-3): 83-102.
- ¹⁷² NEWBERG, A. B. y ALAVI, A.: *The role of PET imaging in the management of patients with central nervous system disorders*. *Radiologic Clinics of North America* 2005; 43 (1): 49-65.
- ¹⁷³ SILVERMAN, D. H. y ALAVI, A.: *PET imaging in the assessment of normal and impaired cognitive function*. *Radiologic Clinics of North America* 2005; 43(1): 67-77.
- ¹⁷⁴ BUCHSBAUM, M. S.; WU, J., DE LISI, L. E. et al: *Frontal cortex and basal ganglion metabolic rates assessed by positron emission tomography with (18 F) 2-deoxyglucose in affective illness*. *J Affect Disorder* 1986; 10: 137-52.
- ¹⁷⁵ BALLESTEROS ALCALDE, M. C. y CONDE LÓPEZ, V. J. M.: *Características clínicas del trastorno obsesivo-compulsivo infanto-juvenil*. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 28 (supl. 2): 1-13. 2000.
- ¹⁷⁶ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y DE LA GÁNDARA MARTÍN, J. J.: *Aspectos neurobiológicos de los trastornos obsesivo-compulsivos*. 105-152. En: P. PICHOT; J. GINER y C. BALLÚS: *Estados obsesivos, fóbicos y crisis de angustia*. Aran Ed. Madrid, 1990.
- ¹⁷⁷ INGVAR, D. H. y FRANZEN, G.: *Abnormalities of cerebral blood flow for distribution in patients with chronic schizophrenia*. *Acta Psychiatr Scand* 1974; 50: 425-62.
- ¹⁷⁸ SILVERMAN, D. H.: *Brain 18F-FDG PET in the diagnosis of neurodegenerative dementias*. *Journal of Nuclear Medicine* 2004, 45 (4): 594-607.
- ¹⁷⁹ Comisión Europea: *Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen: adaptadas por expertos europeos en radiología y medicina nuclear, junto con el Real Colegio de Radiólogos del Reino Unido*. Luxemburgo, 2000. Dirección General de Medio Ambiente. Madrid.
- ¹⁸⁰ ERNST, M. y RUMSEY, J. M.: *Functional neuroimaging in child psychiatry*. *Curr Psychiatry Rep* 2000; 2: 124-30.
- ¹⁸¹ GIEDD, J. N.: *Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain*. *Ann NY Acad Sci*. 2004 Jun; 1021: 77-85.
- ¹⁸² FLETA ZARAGOZANO, J.; JIMENEZ VIDAL, A.; VELILLA PICAZO, M.; GONZÁLEZ CASTRO, G.; PINA LEITA, I. y OLIVARES LÓPEZ, J. L.: *Anorexia nervosa and cerebral atrophy in adolescents*. *Med Clin (Barc)*. 2005 Apr 23; 124(15): 571-2. 2005; 124: 571-572.
- ¹⁸³ ROF CARBALLO, J.: *Patología Psicósomática*. Colección de Psiquiatría Clásica Gallega. Asociación Gallega de Psiquiatría, 1999.
- ¹⁸⁴ ROF CARBALLO, J.: *Urdimbre afectiva y enfermedad*. Colección de Psiquiatría Clásica Gallega. Asociación Gallega de Psiquiatría, 1999.

- ¹⁸⁵ LÓPEZ IBOR, J. J.: *Los problemas de las enfermedades mentales*. Labor. Barcelona, 1949.
- ¹⁸⁶ LAÍN ENTRALGO, P.: *Introducción histórica al estudio de la Patología psicosomática*. Paz Montalvo. Madrid, 1950.
- ¹⁸⁷ LAÍN ENTRALGO, P.: *Antropología Médica*. Salvat. Barcelona, 1984.
- ¹⁸⁸ LAÍN ENTRALGO, P.: *La historia clínica: Historia y teoría del relato patográfico*. C. S. I. C. Madrid, 1950.
- ¹⁸⁹ LAÍN ENTRALGO, P.: *La relación médico-enfermo*. Historia y Teoría. Revista de Occidente. Madrid, 1964.
- ¹⁹⁰ DIEFENBACHER, A.: *Consultation-Liaison Psychiatry in Germany, Austria and Switzerland*. Advances in Psychosomatic Medicine Vol. 26. Karger. Basilea, 2004.
- ¹⁹¹ DIEFENBACHER, A. y AROLT, V. (eds): *Psychiatrie in der klinischen Medizin – Konsiliarpsychiatrie, - Psychosomatik und –Psychotherapie*. Darsmstadt, Steinkopff, 2004.
- ¹⁹² MALTHUS, T. R.: *Primer Ensayo sobre la población*. Alianza Editorial, Madrid, 1970.
- ¹⁹³ NOTESTEIN, F.: *Economic Problems of Population Change*. Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists. Oxford University Press. London, 1953.
- ¹⁹⁴ CIF: *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social (UIPSC) e Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. (IMSERSO), 2002.
- ¹⁹⁵ OMS: *WHO Psychiatric Disability Assesment Scedule (WHO/DAS)*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1988.
- ¹⁹⁶ KAWAS et al: *Age-specific incidence rates of Alzheimer's disease*. The Baltimore Longitudinal Study of Aging. Neurology, 54, 2072-7, 2000.; New Engl J Med, 334; 15, 2001.
- ¹⁹⁷ BLANCO GARROTE, J. A.: *La demencia y el deterioro cognoscitivo en el anciano institucionalizado en la provincia de Zamora: Estudio médico-psicológico y clínico-epidemiológico acerca de la prevalencia y factores relacionados, y validación del mini-exámen cognoscitivo. (MEC)*. Director: Dr. VJM Conde López. Área departamental de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. 2003.
- ¹⁹⁸ PLOMIN, R.; DEFRIES, J. C.; MCCLEARN, G. E. et al: *Behavioral Genetics* (4th edn), New York: Worth, 2001.
- ¹⁹⁹ PLOMIN, R., DEFRIES, J. C., CRAIG, I. W. et al: *Behavioral Genetics in the Postgenomic Era*. Washington, DC: APA Books, 2003.
- ²⁰⁰ JACOBY, R. Y OPPENHEIMER, Ch.: *Psiquiatría en el anciano*. Masson, Barcelona, 2005.
- ²⁰¹ GINN, J. y ARBER, S.: *The myth of generational conflict*. Edts S. Arber y C. Attias- Donfut. 133- 153. Routledge. Londres, 2000.
- ²⁰² GOFFMAN, E.: *Stigma: Notes on Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs. Prentice-Hall. NJ, 1963.
- ²⁰³ LÓPEZ-POUSA, S.; VILALTA-FRANCH, J.; LLINAS-REGLA, J.; GARRE-OLMO, J. y ROMAN, G. C.: *Incidence of dementia in a rural community in Spain: the Girona cohort study*. Neuroepidemiology 2004; 23(4): 170-177.
- ²⁰⁴ LÓPEZ-POUSA, S.: *Epidemiología de las demencias*. En: Alberca, R. y López-Pousa, S. editores. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2002: 25-34.
- ²⁰⁵ EMMINGHAUS, H.: *Allgemeine Psychopathologie aus Einführung in das Studium der Geistesstörungen*. Leipzig, 1878.
- ²⁰⁶ DARWIN, C.: *The Expression of emotions in man and animals*. London. Murray, 1872.
- ²⁰⁷ DARWIN, C.: *The Autobiography of Charles Darwin: 1809-1882 (1887)*. Edited by Barlow N. New York, WW Norton, 1958, pp131-132.
- ²⁰⁸ DARWIN, C.: *El origen del hombre*. Barcelona: Ed. F. 1982. El origen de las especies. Barcelona. Ed. del Serbal, 1983. Teoría de la evolución. Planeta-De Agostini. Barcelona, 1986.
- ²⁰⁹ VELLILLA PICAZO, J. M.: *A propósito del reconocimiento de la especialidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Rev. Psiquiatría Infanto-Juvenil 2002; 1: 5-9.
- ²¹⁰ UEMS Section/Board on Child and Adolescent Psychiatry/Psychoterapy (CAPP). Working Group of Harmonization of CAPP- Training. *Training Log-Book CAPP*. Nicosia (Cyprus), 2000.
- ²¹¹ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *Clasificación de las depresiones infantiles*. En: J. Guimon; J. E., Mezzich y G. E. Berrios eds: «Diagnóstico en Psiquiatría». Salvat. Barcelona. 1988.

- ²¹² CONDE LÓPEZ, V. J. M.; CUESTA ZORITA, M. J.; BALLESTEROS ALCALDE, M. C. y FERNÁNDEZ ABEIJON, M. D.: *Aspectos clínicos, psicométricos y neuroendocrinológicos de los trastornos afectivos*. En: Epidemiología, etiopatogenia y terapéuticas de las depresiones. P. T. D. España. 1988.
- ²¹³ BALLESTEROS ALCALDE, M. C. y CONDE LÓPEZ, V. J. M.: *Diagnóstico clínico-evolutivo de las depresiones en la infancia*. En: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos afectivos en la infancia y adolescencia. P. T. D. España. 1989.
- ²¹⁴ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; RUBIO SÁNCHEZ, J. L. y BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *Psicogenia y psicodinámica de la depresión en la infancia y la adolescencia*. En: Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos efectivos en la infancia y adolescencia. P. T. D. España. 1989.
- ²¹⁵ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *Depresión en la infancia y en la adolescencia*. Salud Rural. Año V. N.º 11, 9-25. 1988.
- ²¹⁶ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *Criterios diagnósticos de las depresiones infantiles*. (I parte). Anales de Psiquiatría. Vol. 4. N.º 1, 67-73. 1988.
- ²¹⁷ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *Criterios diagnósticos de las depresiones infantiles*. (II parte). Anales de Psiquiatría. Vol. 4. N.º 3, 106- 117. 1988.
- ²¹⁸ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; BALLESTEROS ALCALDE, M. C.; DE DIOS FRANCOS, A. y MACÍAS FERNÁNDEZ, J. A.: *La prueba de supresión con dexametasona en los trastornos afectivos de la adolescencia*. Actas de la XII Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. 1988.
- ²¹⁹ BALLESTEROS ALCALDE, M. C.; GEJO URIBE, M. S. y CONDE LÓPEZ, V. J. M.: *Formas clínicas de la ansiedad en la infancia y la adolescencia desde la perspectiva de la comorbilidad*. En: J. Giner (ed): *La Psiquiatría en la década del cerebro*. 543-557. Aran. Madrid. 1998.
- ²²⁰ BALLESTEROS ALCALDE, M. C.; CONDE LÓPEZ, V. J. M.: *Trastorno por ansiedad social de inicio en la infancia y adolescencia*. En J. BOBES, M. P. GONZÁLEZ, P. A. SAIZ y M. BOUSOÑO: *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social*. Cap. 5; 35-62. Masson. Barcelona. 1999.
- ²²¹ RAMOS, Y.; GONZÁLEZ, J. C.; BALLESTEROS ALCALDE, M. C. y CONDE LÓPEZ, V. J. M.: *Trastorno de estrés postraumático en la Infancia y Adolescencia*. Cap. VI. En: J. Bobes (ed): *Trastorno de estrés postraumático*. Masson. Barcelona 2000.
- ²²² RAMOS, Y.; GONZÁLEZ, J. C.; BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *Trastorno de ansiedad generalizada en la infancia y la adolescencia*. Cap. 6. En: J. BOBES, M. P. G. PORTILLA y P. A. SAIZ: *Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Ars. Médica. Madrid 2002.
- ²²³ BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *Trastorno por déficit de atención con hipercesnia*. En: J. A. Gil Verona (ed): *Problemas médicos en la escuela y su entorno*. 2.ª Ed. Capít. 8; 75-83. Panamericana. Madrid. 1999.
- ²²⁴ RUTTER, M.; TAYLOR, E. y HERSOV, L. editors: *Child and Adolescent Psychiatry*. Modern approaches. 3th ed Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994.
- ²²⁵ CONDE LÓPEZ, V. J. M. y BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *Aspectos psicológicos en la adolescencia*. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. XXV, 335- 347. 1987.
- ²²⁶ BALLESTEROS ALCALDE, M. C. (coordinadora): *Práctica clínica paidopsiquiátrica*. Comisión de la Historia Clínica paidopsiquiátrica de la Asociación Española de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Ed. Litofinter S. A. Madrid, 1998.
- ²²⁷ LÓPEZ IBOR ALIÑO, J. J.; GÓMEZ PÉREZ, J. C. y GUTIÉRREZ FUENTES, J. A.: *Retos para la Psiquiatría y la Salud Mental en España*. Edit Ars Médica. Fundación Lilly, 2003.
- ²²⁸ BALLESTEROS ALCALDE, M. C. y PEDREIRA MASSA, J. L.: *Evaluación clínica de los trastornos de comportamiento en adolescentes*. En: *los trastornos de comportamiento en la adolescencia*. Monografías de Psiquiatría, vol. XVI, n.º 1. Ars Médica. 2004.
- ²²⁹ JENNIFER BREMER, M. D.: *The Internet and Children: Advantages and Disadvantages*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2005 Jul; 14(3): xvii-xix.
- ²³⁰ IMAZ RONCERO, C.: *Tesis doctoral: Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario en los adolescentes de Valladolid*. Director: Dr. V. J. M. Conde López. Área departamental de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Mayo, 2003.
- ²³¹ Ministerio de Justicia: *Ley Orgánica Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores*. Centro de estudios jurídicos de la Administración de Justicia. Estudios jurídicos. Ministerio fiscal. VI. Madrid, 2000.
- ²³² Ministerio de Justicia y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: *Estudio sobre la violencia familiar y agresiones sexuales. I Lesiones psíquicas. Síndrome del estrés postraumático: lesiones y secuelas psíquicas en víctimas del maltrato familiar. Violencia doméstica. Perspectiva multidisciplinar y análisis de las últimas reformas legales. II Violencia física y psíquica en el ámbito familiar (1.ª Reunión*

de Fiscales encargados del Servicio de Violencia Familiar). Centros de estudios jurídicos de la administración de Justicia. Instituto de la Mujer. Madrid, 2000.

²³³ RUTTER, M.: *Implications of genetic research for child psychiatry*. Can J Psychiatry 1997; 42: 561-562.

²³⁴ RUTTER, M.; SILBERG, J, O'CONNOR, T. y SIMONOFF, E: *Genetics and child psychiatry: I Advances in quantitative and molecular genetics*. J Child Psychol Psychiatry 1999; 40: 3-18.

²³⁵ ASHERSON, P. J. y CURRAN, S: *Approaches to gene mapping in complex disorders and their application in child psychiatry and psychology*. Br J Psychiatry 2001: 179: 122-8.

²³⁶ MCGUFFIN, P.: *The Impact of Genetics on Child Psychiatry: A 20-Year Perspective*. Curr Psychiatry Rep 2005 Apr; 7(2): 115-116.

²³⁷ MCGUFFIN, P. y PLOMIN, R.: *A decade of the social, genetic and developmental psychiatry centre at the Institute of Psychiatry*. B J P 185, 280-282. 2004.

²³⁸ MOFFITT, T. E.; CASPI, A. y RUTTER, M.: *Strategy for investigating interactions between measured genes and measured environments*. Arch Gen Psychiatry 2005 May; 62(5): 473-81.

²³⁹ CRADDOCK, N.; O'DONOVAN, M. C. y OWEN, M. J.: *The genetic of schizophrenia and bipolar disorder: dissecting psychosis*. J Med Genet, 2005; 42(3): 193-204.

²⁴⁰ RUTTER, M. & MCGUFFIN, P.: *The Social Genetic and Developmental Psychiatry Centre: its origins conception and initial accomplishments*. Psychological Medecine 2004; 34, 933-947.

²⁴¹ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; BALLESTEROS ALCALDE, M. C.; DE DIOS FRANCOS, A. y CUESTA ZORITA, M. J.: *La prueba de supresión con dexametasona en la anorexia nerviosa*. Actas de la XII Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. 1988.

²⁴² CONDE LÓPEZ, V. J. M. y BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *Terapéutica farmacológica de las depresiones infanto-juveniles: Fundamentación psicopatológica, problemas y relaciones con las del adulto*. Psiquiatría interactiva, Vol. 1 n.º 4, 1-24; 1996.

²⁴³ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; BALLESTEROS ALCALDE, M. C.; GEJO URIBE, M. S. y FRANCO MARTÍN, M. A.: *Evaluación crítica del uso de antidepresivos en la infancia y adolescencia. Parte I*. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines. 25, 2: 105-118. 1997.

²⁴⁴ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; BALLESTEROS ALCALDE, M. C.; GEJO URIBE, M. S. y FRANCO MARTÍN, M. A.: *Evaluación crítica del uso de antidepresivos en la infancia y adolescencia. Parte II*. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias. Afines. 25, 4; 251-270. 1997.

²⁴⁵ BLANCO GARRÓTE, J. A.; CONDE LÓPEZ, V. J. M. y BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *Tolerancia y seguridad de los ISRS. A propósito de un caso*. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Vol. XXXVI. 185-206; 1998.

²⁴⁶ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; BALLESTEROS ALCALDE, M. C.; BLANCO GARRÓTE, J. A. y MARCO LLORENTE, J.: *Infarto cerebral en una adolescente tras quintoxicación con paroxetina asociada a cafeína y teodrenalina*. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines, 26, 5 333-338. 1998.

²⁴⁷ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; BLANCO GARRÓTE, J. A. y BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *Acciones vasculares de la serotonina: Revisión y posibles implicaciones en relación con el uso clínico de algunos psicofármacos*. Psiquiatría biológica, 6, 3: 119-127. 1999.

²⁴⁸ GIBBONS, R. D.; HUR, K.; BHAUMIK, D. K. y MANN, J. J.: *The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide*. Arch Gen Psychiatry. 62(2): 165-172. 2005.

²⁴⁹ MARTÍNEZ, C., RIETBROCK, S. et al: *Antidepressant treatment and the risk of fatal and non-fatal self harm in first episode depression: nested case-control study*. BMJ 2005; 19, 330 (7488): 389 y 373-4.

²⁵⁰ LAPIERRE, Y. D.: *Suicidality with selective serotonin reuptake inhibitors: Valid claim? J Psychiatry Neurosci* 2003 Sep; 28(5): 340-7.

²⁵¹ MOLLER, H. J.: *SSRIs: are the accusations justified? World J Biol Psychiatry* 2004; Oct; 5(4): 174-5.

²⁵² CIPRIANI, A.; BARBUI, C. y GEDDES, J. R.: *Suicide, depression, and antidepressants*. BMJ. 2005 Feb 19; 330(7488): 373-4.

²⁵³ Comunicado oficial sobre el tratamiento con antidepresivos de los niños y adolescentes que sufren depresión. Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil 8 de octubre de 2004. www.aepij.com.

²⁵⁴ BALLESTEROS ALCALDE, M. C.: *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en paidopsiquiatría*. Monografías de Psiquiatría. Vol. XI, n.º 2. 13-29. 1999.

²⁵⁵ HIRSHBERG, L. M.; CHIU, S. y FRAZIER, J. A.: *Emerging brain-based interventions for children and adolescents: overview and clinical perspective*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2005 Jan; 14(1): 1-19, v.

- ²⁵⁶ BYRNE, J. G.; O'CONNOR, T. G.; MARVIN, R. S. y WHELAN, W. F.: *Practitioner review: the contribution of attachment theory to child custody assessments*. J Child Psychol Psychiatry 2005; Feb; 46(2): 115-27.
- ²⁵⁷ BOW, J. N. y BOXER, P.: *Assessing allegations of domestic violence in child custody evaluations*. J Interpers Violence. 2003 Dec; 18(12): 1394-410.
- ²⁵⁸ RUTTER, M.; GILLER, H. y HAGELL, A.: *Antisocial behaviour by young people*. Cambridge University Press, 1988.
- ²⁵⁹ CONNOR, D. F.: *Aggression & antisocial behaviour in children and adolescents*. The Guilford Press. New York, 2002.
- ²⁶⁰ KEMPES, M.; MATTHYS, W.; DE VRIES, H. y VAN ENGELAND, H.: *Reactive and proactive aggression in children—a review of theory, findings and the relevance for child and adolescent psychiatry*. Eur Child Adolesc Psychiatry 2005 Feb; 14(1): 11-9.
- ²⁶¹ GILLIGAN, J. y LEEB, H.: *The psychopharmacologic treatment of violent young and child*. NY Acad Sci. 2004; 1036: 356-381
- ²⁶² LORENZ, K.: *La ciencia natural del hombre. El manuscrito de Rusia. Metatemas*. 32. Tusquets. Barcelona, 1993.
- ²⁶³ LORENZ, K.: *Biología del comportamiento. Raíces instintivas de la agresión, el miedo y la libertad*. Ed. Siglo XXI, 1981.
- ²⁶⁴ LORENZ, K.: *El comportamiento animal y humano*. Plaza y Janés, 1978.
- ²⁶⁵ LORENZ, K.: *Fundamentos de la Etología*. Ed. Paidós Iberica, 1998.
- ²⁶⁶ Pierre-André MICHAUD y Eric FOMBONNE: *Common mental health problems*. BMJ 2005; 330: 835-838.
- ²⁶⁷ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; BALLESTEROS ALCALDE, M. C.; RODRÍGUEZ CARRETERO, G. y PÉREZ CRUCEIRA, J. I.: *Aspectos neurobiológicos de las psicosis infantiles: Indicadores precoces de vulnerabilidad en las esquizofrenias*. En: Barcia Saloria D, Gómez-Ferrer C, Fernández Moreno A, eds. Psicosis infantiles. Murcia: Symposium Nacional. Servicio Científico de Roche, 1984; 87-110.
- ²⁶⁸ CONDE LÓPEZ, V. J. M.; BALLESTEROS ALCALDE, M. C.; RODRÍGUEZ CARRETERO, G. y PÉREZ CRUCEIRA, J.: *Aspectos neurobiológicos de las Psicosis Infantiles: Indicadores de vulnerabilidad en las Esquizofrenias*. Rev. Neur. Psiq. Inf. 1988; 11(1): 71-116.
- ²⁶⁹ RUTTER, M.: *Continuities and discontinuities from infancy* En: Osofsky J. ed. Handbook of infant development. Nueva York. John Wiley, 1988.
- ²⁷⁰ KOPLEWICZ, H. S.; CLOITRE, M.; REYES, K. y KESSLER, L.S.: *The 9/11 experience: who's listening to the children?* Psychiatr Clin North Am 2004; Sep; 27(3): 491-504.
- ²⁷¹ BIRD, S.: *Can children and adolescents consent to their own medical treatment?* Aust Fam Physician 2005; Jan-Feb; 34(1-2): 73-4.
- ²⁷² DIAZ, A.; NEAL, W. P.; NUCCI, A. T.; LUDMER, P.; BITTERMAN, J. y EDWARDS, S.: *Legal and ethical issues facing adolescent health care professionals*. Mt Sinai J Med 2004 May; 71(3): 181-5.
- ²⁷³ JONES, R. K. y BOONSTRA, H.: *Confidential reproductive health services for minors: the potential impact of mandated parental involvement for contraception*. Perspect Sex Reprod Health. 2004 Sep-Oct; 36(5): 182-91.
- ²⁷⁴ WEISSMAN, S.; SABSHIN, M. y EIST, H. (editors): *Psychiatry in the New Millenium*. American Psychiatric Press, 1999.
- ²⁷⁵ GARFINKEL, P. E. y DORIAN, B. J.: *Psychiatry in the New Millenium*. Can J Psychiatry 2000; 49: 40-47.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
PRIMERA PARTE	11
CONTEXTO HISTÓRICO	11
PERSPECTIVAS, ORÍGENES, ESBOZOS, UMBRALES, CONFINES Y LIMITACIONES DEL PASADO DE LA PSIQUIATRÍA	13
CONTEXTO INSTITUCIONAL UNIVERSITARIO:	22
Introducción	22
El Contexto Docente	22
El Contexto Clínico: La Formación Especializada en Psiquiatría	27
Concepto de la especialidad	31
El tronco de la Psiquiatría y sus ramas	33
La Psiquiatría en relación con las ciencias humanas	36
Ética Filosofía y Psiquiatría	39
<i>Introducción</i>	39
<i>Deontología, Ética y Psiquiatría</i>	44
Investigación clínica continuada	47
SALUD PÚBLICA MENTAL	49
Algunas ideas básicas sobre Salud Pública	49
Modelos asistenciales y Salud Pública	54
<i>Introducción</i>	54
<i>Modelos asistenciales</i>	55
La Asistencia psiquiátrica y la atención a la Salud Mental	57
LAS NUEVAS DEMANDAS DE LA PSIQUIATRÍA	67

SEGUNDA PARTE	73
PSICOMETRÍA Y PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA	73
LA EVALUACIÓN DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PSICOMÉTRICAS EN PSIQUIATRÍA	78
PSICOTERAPIAS	82
NEUROIMAGEN O NEUROPSICOICONOLOGÍA PSIQUIÁTRICA	85
PSIQUIATRÍA DE ENLACE	91
PSICOGERIATRÍA Y GERONTOPSIQUIATRÍA	94
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y JUVENIL, PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA O PAIDOPSIQUIATRÍA	102
Introducción	102
Esbozo histórico	103
La asistencia paidopsiquiátrica y la atención a la Salud mental	
Infanto-juvenil	107
El auge de la Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia	109
Los aspectos biológicos: Algunas reflexiones sobre las bases genéticas...	112
La psicofarmacología y terapéutica	113
La familia: entorno de protección y de colaboración	114
Los problemas de comportamiento y las implicaciones médico-legales...	116
BIBLIOGRAFÍA	119