

PSIQUIATRÍA

PÚBLICA



La Cooperación Internacional en el campo de la Salud Mental

Un líder de la Salud Mental

Nueva etapa

Naturaleza, entorno y crianza. El papel de la experiencia social en la transformación del genotipo en fenotipo

Actitudes éticas y práctica clínica de los psiquiatras españoles

Rehabilitar la ciudad

La Salud Mental y el envejecimiento

Experiencia en colaboración socio-sanitaria en Psiquiatría infanto-juvenil

Conducta agresiva y atrofia frontal: los límites del diagnóstico

VOLUMEN 11

NÚMERO 5-6

Septiembre-Diciembre 1999

PSIQUIATRÍA

PUBLICA

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

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

Colaboradores:

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



Portada

Sin título (José Rivas Panedas pensando), h.1924

Lápiz y acuarela sobre papel,
189 x 131 mm

Colección particular, Madrid

©Copyright 1999 Sociedad Psiquiatría Pública
Psiquiatría Pública en la red
url: www.dinarte.es/salud-mental
ISSN: 0213-8972. SVR: 553
Depósito Legal: M-24.251-1987

Redacción y Administración:

ASERCOMI, S.L.

San Quintín, 8, 3º D. 28013 Madrid

e-mail: asercomi@servitel.es • Tel. 91 548 11 63. Fax: 91 542 11 45

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

SUMARIO

Volumen 11, Número 5-6, Septiembre-Diciembre 1999

EDITORIAL

La Cooperación Internacional en el campo de la Salud Mental
B. Saraceno 133
136

Un líder de la Salud Mental
B. Saraceno 138

Nueva etapa
Equipo de redacción de la revista

ARTÍCULO ESPECIAL

Naturaleza, entorno y crianza. El papel de la experiencia social en la transformación del genotipo en fenotipo
L. Eisenberg 139

ORIGINALES Y REVISIONES

Actitudes éticas y práctica clínica de los psiquiatras españoles
M. Desviat Muñoz, C. González, A. González Rodríguez, A. Moreno Pérez, E. Pérez Pérez, N. Ponte Velón, J.L. Rodríguez Calvín, R. Kohn, I. Levav. 147

DEBATE

Rehabilitar la ciudad
E. Venturini 157

INFORME

La Salud Mental y el envejecimiento
Federación Mundial de Salud Mental 169

Experiencia en colaboración socio-sanitaria en Psiquiatría infanto-juvenil
C. Mendivil Eguiluz, M. Auzmendi Yurrita, D. Aparicio Tellería, M.V. Bravo Albizu, A. Iruin Sanz 176

CASO CLÍNICO

Conducta agresiva y atrofia frontal: los límites del diagnóstico
A. González Rodríguez, R. Hillers, C. Chinchilla Moreno 185

ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Reseña de revistas

¿Por qué fuman tanto los esquizofrénicos?
O. Jiménez Suárez, E. Castro González, S. Camacho Borrego 192

Crítica de Libros

Salud y mercado
M. Desviat 196

Selección Bibliográfica

Revistas 198

EDITORIAL

The International Cooperation in Mental Health
B. Saraceno 133

A leader in Mental Health
B. Saraceno 136

New stage
Editorial board 138

SPECIAL ARTICLE

Nature, niche and nurture
L. Eisenberg 139

ORIGINAL AND REVIEWS

Ethical attitudes and practices among spanish psychiatrists
M. Desviat Muñoz, C. González, A. González Rodríguez, A. Moreno Pérez, E. Pérez Pérez, N. Ponte Velón, J.L. Rodríguez Calvín, R. Kohn, I. Levav. 147

DEBATE

Rehabilitate the city
E. Venturini 157

REPORT

Mental Health and ageing
World Federation for Mental Health 169

An experience of Social Health welfare coloboration in child psychiatry
C. Mendivil Eguiluz M. Auzmendi Yurrita, D. Aparicio Tellería, M.V. Bravo Albizu, A. Iruin Sanz 176

CLINICAL STUDY

Aggressive behavior and frontal atrophy
A. González Rodríguez, R. Hillers, C. Chinchilla Moreno 185

BIBLIOGRAPHICAL UPDATE

Journal summary

Why the schizophrenic patient smoke too much?
O. Jiménez Suárez, E. Castro González, S. Camacho Borrego 192

Book review

Health and market
M. Desviat 196

Bibliographical selection

Journals 198

La Cooperación Internacional en el campo de la Salud Mental

Una reflexión posible sobre las estrategias de cooperación internacional podría tener como punto de partida la simple constatación de que una estrategia de cooperación debe considerar no sólo las condiciones de transferencia sino también aquellas de recepción, que son frecuentemente olvidadas. Teniendo en cuenta esta constatación podemos evidenciar dos modelos divergentes de cooperación en el campo de la salud mental: el modelo Norte y el modelo Sur. En el primer caso, cuando el Norte produce "cultura psiquiátrica basada sobre un paradigma exclusivamente médico" (con las consecuentes configuraciones que asumen los servicios nacidos a partir de esta lógica), da lugar de hecho a una "cultura psiquiátrica subdesarrollada". Es decir, produce instituciones psiquiátricas cerradas: el manicomio es una de éstas, la más evidente. En otras palabras una psiquiatría incapaz de enfrentarse con la complejidad de la demanda que queda tras la clínica puede generar respuestas parciales y, al cabo, "no-respuestas".

En el segundo modelo, el Sur frecuentemente produce o aspira a reproducir la cultura "subdesarrollada" del Norte, fabricando sus propias instituciones «cerradas». Se crean así las condiciones para la transferencia/recepción de las experiencias más atrasadas e institucionales de la Psiquiatría (y de las academias culturales que las sostienen). Podemos definir a este modelo, como el modelo de la cooperación colonial o mejor, de la complicidad colonial.

Ahora bien, en el segundo modelo también podemos observar que, cuando el Norte produce una cultura inspirada en un modelo de "Salud Pública" logra generar culturas de desinstitucionalización, de redes sociales integradas, de desarrollo humano. Culturas en las que nacen los Servicios de Salud Mental "innovadores" (experimentales, en continua resonancia con el entorno, en continuo equilibrio entre la capacidad de asistir y la capacidad de inventar respuestas articuladas a la complejidad). Solamente de estos servicios puede emerger una respuesta técnica a la complejidad social de la salud mental, superando la pobreza del abordaje exclusivamente psiquiátrico.

Por otra parte, si el Sur, a su vez, en vez de mimetizar culturas psiquiátricas subdesarrolladas, produce culturas de "Salud Pública", estará logrando así mismo producir "servicios innovadores".

Es el encuentro de estas dos formas diferentes de "servicios innovadores" (o, quizá más apropiadamente, de estas dos voluntades de cambio), lo que genera las condiciones de transferencia/recepción de culturas y experiencias críticas; y, consecuentemente, las condiciones para realizar un modelo real de cooperación para el desarrollo.

Sin embargo, la palabra "innovador", dice poco por sí misma, hay que dotarla de contenido. Entre otras cosas, deberemos señalar cuáles son las aportaciones de cada uno de los modelos. Esquemáticamente las tablas (I y II) ilustran aquello que el Norte puede enseñar al Sur y viceversa. Hay que subrayar que los conceptos de Sur y Norte una vez que se identifique el Sur con el sub-

desarrollo y el Norte con el desarrollo, tienen que ser utilizados de manera meta-geográfica. En otras palabras, en el Norte geográfico se pueden encontrar muchos servicios de salud mental “sureños” y en el Sur geográfico se encontrarán muchos servicios “norteños”. Se puede afirmar que los conceptos de Norte y Sur, cuando son aplicados a la Salud Mental y a los Servicios que se ocupan de enfermedades mentales, son en realidad conceptos que se refieren más a una manera subdesarrollada o desarrollada de enfrentar el problema, más que una cuestión de latitud.

Tabla I
Desde el norte al sur

- *Elementos del sistema de asistencia psiquiátrica más integrados (tercer nivel-segundo nivel-primer nivel)*
- *Mayor preocupación por los derechos de los pacientes*
- *Crítica a los hospitales psiquiátricos y procesos de superación de los mismos*
- *Abordaje epidemiológico*
- *Cultura de evaluación de calidad*

Tabla II
Desde el sur al norte

- *Promoción, prevención y tratamiento “in continuum”*
- *Estrategias orientadas a los problemas vs. estrategias orientadas a los diagnósticos*
- *Estrategia de Atención Primaria*
- *Participación de las familias (vs. terapias familiares)*
- *Participación de la comunidad*
- *Política de los fármacos esenciales (vs. utilización de fármacos “market oriented”)*

La vigilancia sistemática de los acontecimientos patógenos en una población es un concepto y al mismo tiempo una técnica de la epidemiología; pero ¿cuáles son estos acontecimientos?.

Acontecimientos o factores adversos que no necesariamente tienen que ser factores directamente sanitarios: la violación sistemática de los derechos de los pueblos a la propia autodeterminación, las condiciones de pobreza extrema, la condición de la mujer, los conflictos étnicos, el maltrato infantil, son factores que forman parte de la epidemiología de los riesgos. No es posible mantener separados los contextos: aquel de la Epidemiología de las prevalencias e incidencias, de aquel de los indicadores de Salud y Enfermedad.

La seguridad física de los individuos, la libertad de trasladarse en los territorios, los genocidios, los desaparecidos, los exilados, los torturados, los refugiados, los movilizados por la fuerza: éstas son las variables de una epidemiología "real".

La vida/salud de un pueblo son solamente materiales para los especialistas (médicos, economistas, sociólogos), o derechos y esperanzas con las cuales una visión "científica" debe entrar en discusión, formar parte.

Solamente teniendo en consideración la complejidad de los factores adversos y positivos de la salud de las poblaciones, es posible que el Norte y el Sur se encuentren, que el Norte se vuelva consciente del hecho de que son sus propios medios de atención psiquiátrica los que están frecuentemente subdesarrollados (a pesar del desarrollo económico, de la riqueza y del nivel de renta de sus países). Como también se tiene que saber que muchas veces es el Sur, desde el subdesarrollo, quien es capaz de inventar soluciones y respuestas "desarrolladas, evolucionadas" desde su carestía de medios.

Para navegar en esta complejidad, son útiles ideas fuertes y originales pero también son necesarios hombres y mujeres dotados de motivación y de carisma.

En muchos casos la cooperación técnica ha funcionado gracias a la presencia de grupos locales (entre los profesionales y los administradores) y de asesores internacionales motivados al cambio, ambos capaces de generar un proceso continuo *top/down* y *bottom/up*: un ministro que quiera el cambio no cambiará nada si no hay profesionales que quieran cambiar (y sepan cómo hacerlo) y tampoco los profesionales que quieran la reforma asistencial cambiarán nada si el ministro no quiere.

Dr. Benedetto Saraceno

Un líder de la Salud Mental

El Dr. Itshak Levav se retiró a finales de septiembre de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Las pocas líneas que siguen no quieren ser el homenaje tradicional que se hace cuando las personas importantes se retiran de instituciones importantes. En este tipo de homenaje tradicional se resumen los *Curricula Vitae* y se enumeran los cargos que la persona importante ha desempeñado en su vida profesional.

No creo que éste sea el estilo que corresponde al estilo profesional y cultural que caracteriza al Dr. Levav. El Dr. I. Levav es un psiquiatra latinoamericano, digo esto sin mencionar su nacionalidad, porque su nacionalidad real está mejor representada por su pertenencia al continente latinoamericano en su totalidad. Él conoce la psiquiatría clínica, la salud mental, la epidemiología y la metodología de investigación. El marco de referencia en el que él inscribe sus conocimientos es el de la salud pública. El marco ético de referencia general es el de servir a los pobres, los desfavorecidos: que se encuentran en dicha condición por razones económicas, o sociales, o de género, o de étnia. Resulta claro, de lo que se menciona anteriormente, por qué el Dr. Levav ha invertido una gran parte de su vida en la Organización Mundial de la Salud, donde ha desempeñado el cargo de Coordinador Regional de Salud Mental para la Región de las Américas. En 1990 se celebró en la Ciudad de Caracas, Venezuela la "Conferencia de Caracas" sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas y, al finalizarse la Conferencia, fue promulgada la así llamada "Declaración de Caracas". Creo que este evento y el documento de referencia representan todavía uno de los puntos más altos de elaboración teórico-práctica logrados en Latinoamérica. Todavía hoy el debate sobre las reformas de salud mental, la legislación y la reorganización de los servicios se inspira en la "Declaración de Caracas". No es exagerado decir que el instigador y el promotor, no solamente del evento en sí, sino de su seguimiento a lo largo de diez años, ha sido el Dr Itshak Levav.

No tengo suficiente espacio para citar las actividades, los documentos, los logros que el Dr Levav ha sabido concebir en su permanencia en la OMS. Quiero solamente hacer dos reflexiones generales sobre su contribución:

-La primera es que el Dr. Levav ha representado un nexo fundamental entre dos mundos: el mundo de la práctica de los servicios con sus afanes diarios, y el mundo de la teoría y de la investigación. Él ha convencido al mundo de la práctica para que reflexione sobre sí mismo con una metodología científica y ha convencido al mundo científico para que investigue sobre el mundo de la práctica, y no sobre un mundo lunar. No siempre este proceso ha tenido éxito porque se trata de un proceso sin fin, que requiere infinita paciencia y energía.

-La segunda reflexión es que el Dr. Levav infatigablemente ha creado redes: de instituciones, de saberes, de poderes, de individuos, logrando extraer lo bueno de todos estos mundos fragmentados, creando consenso, obteniendo

impacto. Esta es la razón por la cual un consumidor desconocido de Brasil o un famoso epidemiólogo de Estados Unidos, o un psiquiatra innovador de Europa conocen al Dr. Levav y han querido poner su propia experiencia a disposición del diseño salubrista que él quiere representar.

El Dr. Levav se retira de la OMS/OPS, pero no se retira de la arena de la salud mental pública internacional, y por lo tanto, con él seguiremos trabajando y aprendiendo.

Dr. Benedetto Saraceno
Director, Departamento de Salud Mental
Organización Mundial de la Salud
Ginebra



Ventoso, original para la portada de la Revista de Occidente, año III, núm. XXI, marzo de 1925

Tinta china, acuarela y lápiz de color sobre papel, 325 x 223 mm

Colección particular. Madrid

Nueva etapa

Psiquiatria Pública cambia de empresa editorial: inicia una nueva etapa, tras casi trece años de existencia. Nueva etapa que, en verdad, empezó en 1997 con la incorporación de un nuevo grupo de profesionales y la reorganización de la revista. Psiquiatría Pública surge recién estrenada la Ley General de Sanidad: en plena euforia reformista. Sentimiento matizado por algunos indicios (crisis de la fiscalidad, debate de prestaciones) que esbozaban una amenaza que se concretaría a principios de los noventa con la reforma Thatcher y con la progresiva introducción de las leyes del mercado en la sanidad.

Psiquiatría Pública inició su andadura, eran tiempos de debate, y de las grandes reformas de la sanidad, con una clara manifestación de intenciones: la defensa del cuidado y de la atención a la salud mental; la consideración beligerante de la asistencia psiquiátrica como un bien público del que nadie puede ser excluido, y la defensa de un modelo comunitario, desinstitucionalizador.

Precisamente, el término Psiquiatría Pública, buscaba ir más allá de la identificación de los profesionales de lo público, había sido acuñado como un intento de superar la ambigüedad, al menos en lengua española, de la noción de psiquiatría comunitaria: anunciaba la necesidad de construir una teoría y una práctica que asumiera la cultura de las reformas psiquiátricas e incorporara principios de salud pública a su actividad. La idea es ambiciosa: incorporar técnicas y saberes, desde lo dinámico a lo biológico, desde la clínica al soporte social, desde la neuroimagen a la epidemiología, al quehacer de las administraciones sanitarias. Incidir sobre las desigualdades en salud a través de nuevos modelos de atención y de una nueva ética profesional pendiente de la equidad y de los derechos de los pacientes.

Esos eran nuestros planteamientos iniciales, estos son nuestros planteamientos de hoy. Y lo son en un tiempo complejo, donde las amenazas se han convertido, muchas veces en realidad, en el que las prestaciones públicas debaten su futuro ante el incremento imparable del gasto sanitario, los cambios en las necesidades expresadas de la sociedad, la fractura del lazo social, el cambio de mentalidad de los profesionales sanitarios (el imperio del cognitivismo, de la cultura instrumental), el desdibujamiento de las diferentes posiciones teóricas y de política sanitaria, con ausencia de propuestas reformistas ("progresistas"), la continua pérdida de identidad de la psiquiatría pública, el dominio en suma, del todo vale.

Mantener la identidad "pública" dando cobijo a la diversidad de las propuestas técnicas, instigar el debate sobre la política de salud mental, ser referencia, una de las referencias (lo más clara posible), de una forma de entender la teoría y la práctica psiquiátrica; es nuestra propuesta.

Una propuesta que sólo se podrá mantener si podemos conseguir suficiente apoyo entre los profesionales. Esperamos tu colaboración.

Equipo de la Revista

ARTÍCULO ESPECIAL

Naturaleza, entorno y crianza* El papel de la experiencia social en la transformación del genotipo en fenotipo

L. EISENBERG

Presley Professor of Social Medicine and Profesor of Psychiatry, Emeritus Harvard Medical School

La psiquiatría se encuentra ahora en una etapa interesante. La investigación en neurociencias y ciencias sociales, sobre las que se apoya en gran parte nuestra especialidad, ha florecido espectacularmente. Aunque la integración de cerebro y conducta continúa siendo una meta lejana, ahora es posible medir los cambios cerebrales que aparecen de manera simultánea a los procesos afectivos y cognitivos. Nos encontramos en una era en la que es posible practicar la "psiquiatría basada en la evidencia". El concepto aún no se había inventado cuando comencé mi carrera, en realidad había pocas evidencias que permitieran comprobar la efectividad de lo que investigábamos hace 50 años¹.

He tratado de captar la inquietud intelectual de la psiquiatría contemporánea en el título de este artículo: "Naturaleza, entorno y crianza: el papel de la experiencia social en la transformación del genotipo en fenotipo". Mi objetivo en esta discusión es señalar las formas en que "naturaleza, entorno y crianza", interactúan para dar origen a un ser humano único.

Mi formación médica, en la medida en que se rendía por completo a la genética, enfatizaba la dicotomía entre la herencia y el ambiente, expresada comúnmente como "naturaleza versus crianza". Sus premisas se basan en que la fuente de una determinada característica se encuentra en una o en la otra, que los efectos de la herencia y el ambiente son sumables en vez de multiplicables y que los efectos son absolutos en lugar de relativos. Todas las premisas son engañosas. Los efectos de la "naturaleza" dependen de la

calidad de la "crianza" durante el desarrollo del organismo y, a su vez, las consecuencias de la "crianza" dependen de la "naturaleza" de las personas expuestas. La heredabilidad de un rasgo es definido como el grado de variabilidad en ese rasgo atribuible a efectos genéticos. Pero la heredabilidad no es un valor absoluto e invariable. La heredabilidad calculada en un estudio dado se aplica sólo a la población examinada en ese momento. Si las circunstancias externas cambian, también lo hará la expresión de la herencia². La expresión genética depende del entorno en el que el desarrollo ocurre. Los efectos del entorno dependen de la constitución del organismo sobre el que actúan.

¿Son naturaleza y crianza antónimos?

El concepto de naturaleza y crianza como antónimos surge del fundador de la biometría, Sir Francis Galton³. En su monografía: *English men of science: Their nature and nurture*, escribió:

“La expresión *nature and nurture* es un juego de palabras adecuado, porque separa bajo dos tópicos distintos los innumerables elementos de los que se compone la personalidad... Cuando la naturaleza y la crianza compiten por la supremacía en términos de igualdad... la anterior actúa con más fuerza”

Hay que destacar en esta declaración la frase en "términos de igualdad"; según señaló Galton:

“En la competición entre "naturaleza y crianza", cuando las diferencias en cada caso no exceden de aquellas que

*Publicado en *Academic Psychiatry* 1998; 22: 213-22. Se han traducido las palabras del manuscrito original "Nature, niche and nurture" por "Naturaleza, entorno y crianza", y así son utilizadas a lo largo del texto.

distinguen a individuos de la misma raza que habitan en un mismo país bajo circunstancias excepcionales, la "crianza" prueba tener más fuerza".

Galton estudió en su "*English men of science*" la Inglaterra heredada junto con sus genes; sin Inglaterra, (eso es, sin la cultura inglesa) "la naturaleza inglesa" no hubiese producido eminentes hombres de ciencia.

Tan atrapados hemos estado en uno u otro punto de vista, que la psiquiatría oscilaba entre una total despreocupación por la herencia y una absoluta atención a ella.

Cuando el distinguido psiquiatra danés, el fallecido Eric Stromgren⁴, visitó los Estados Unidos por primera vez en 1948, la mayoría de los psiquiatras no discutían la posibilidad de contribuciones genéticas a la etiología de los desórdenes mentales. El psicoanálisis se había convertido en una religión. Sin embargo, existía algo más fuerte que la influencia del psicoanálisis. Después de la Segunda Guerra Mundial, "la genética se había convertido en una palabra sucia." debido a la política racial nazi. El péndulo ha oscilado y vuelve como una venganza. Hoy casi todas las principales revistas de investigación en psiquiatría están repletas de estudios sobre las bases genéticas de la psicopatología; son estudios que toman el entorno como algo que viene dado, más que como una variable independiente.

El conocimiento de que la enfermedad se transmite dentro de las familias tiene un valor práctico para el clínico y para la sanidad pública cuando los mecanismos han sido definidos. Un análisis minucioso de los puntos donde confluyen "naturaleza y crianza" marca la diferencia. El control de la fenil-cetonuria comenzó a llevarse a cabo tras el descubrimiento de que la oligofrenia fenil-pirúvica es una consecuencia de la incapacidad para producir fenil-alanin-hidroxilasa debido a un defecto genético. Cualquiera de las 250 posibles mutaciones en un gen puede causar la anormalidad, pero lo que importa es el final común del camino: un bloqueo enzimático. Los individuos afectados son incapaces de convertir fenilalanina en tirosina; como resultado, los precursores de ésta se acumulan y dañan el cerebro. Una vez que se hizo posible el *screening*, gracias al descubrimiento de un método económico para medir el nivel de fenilalanina en sangre, los programas de salud pública para la detección temprana, seguidos de la provisión de una dieta baja en fenilalanina a los niños afectados, permitió que se pudiera prevenir la enfermedad clínica. A pesar de que la fenilcetonuria es una enfermedad heredada, y aunque el defecto metabólico subyacente permanece sin corregir, un cambio en la crianza, una dieta

específica, puede permitir un desarrollo normal o casi normal⁵

El entorno ontogenético

La naturaleza y la crianza actúan en reciprocidad y no en oposición. Los descendientes heredan, junto con los genes, a los padres, a los amigos y a los lugares en los que habitan.

Meredith West y Andrew King⁶, de la Universidad de Indiana, emplearon el término "entorno ontogenético" para enfatizar que el organismo se desarrolla dentro de un marco ecológico y social, como sus genes, compartido con los padres.

La palabra "niche" surge del Latín nido. Nos ayuda a entender que el barrio y los vecinos son tan importantes como los padres y los familiares. El entorno ontogenético es un legado que guía el desarrollo, un vínculo crucial entre padres y sus descendientes, una envoltura que contiene todas las oportunidades de la vida. Retomando la cita de Galton "naturaleza y crianza" por "naturaleza, entorno (niche) y crianza", se enfatizan las conexiones más que las contradicciones entre naturaleza y crianza en la formación de los procesos del desarrollo.

El impacto de los vecinos y del barrio como entorno está claramente ilustrado en los descubrimientos del Proyecto sobre el Desarrollo Humano, llevado a cabo en los barrios de Chicago^{7,8}. Tony Erls y su equipo sabían -y lo confirmaron- que ciertas características de la estructura del barrio (la concentración de pobreza, el grado de marginación, la formación de guetos y la inestabilidad residencial) influyen significativamente en la aparición del comportamiento antisocial en adolescentes. De cualquier forma, lo que pudieron demostrar sirviéndose de métodos estadísticos sofisticados es que, después de ajustar los resultados en función de los niveles anteriores de crimen en el barrio, el "control social informal" se presentaba como una fuerza disuasoria para la delincuencia juvenil. El "control social informal" se refiere a la probabilidad de que los adultos de una comunidad determinada supervisen los grupos espontáneos de juego de los niños, intervengan para prevenir la delincuencia y el vagabundo de los adolescentes, y confronten a las personas que provocan alteraciones y daños al espacio público. Más aún, el "control social informal" refleja la habilidad de comunidades cohesionadas para demandar a las autoridades los recursos necesarios: patrullas de policía, estaciones de bomberos, recogida de basura, o de velar por el respeto a las normativas de las comu-

nidades de vecinos. La importancia de este poder se desprende de la relación entre la existencia de viviendas abandonadas, edificios incendiados, *graffiti* y basura en un área, y su nivel de crimen y delincuencia.

“La eficacia colectiva” es un término propuesto para describir la cohesión social entre vecinos que desean actuar con el propósito de alcanzar un bien común. Los barrios inestables y pobres, con una alta concentración de inmigrantes nuevos, muestran una baja eficacia colectiva. A su vez, esta baja eficacia en sí misma es responsable, en buena medida, de que se dé la asociación entre malas condiciones de vida y violencia. El sistema ecológico formado por los vecinos y el barrio interactúa con las características de la familia de un individuo para determinar la conducta resultante^{7,8}.

¿Cómo se forma el cerebro?

“Naturaleza y crianza” conjuntamente moldean el cerebro. El mapa del SNC está especificado en el genoma humano, pero el establecimiento de las conexiones en detalle es el resultado de una competición actividad-dependiente entre los axones presinápticos por blancos comunes en las neuronas postsinápticas. Teniendo en cuenta que el entorno -el nido si se prefiere-, que es específico para cada especie, proporciona el estímulo preciso necesario para la formación de conexiones, las estructuras principales del SNC serían tan homogéneas como si todos los trazados de la red neuronal pre-existieran en el genoma. Este, sin embargo, no es el caso; sería un “desperdicio” si fuera así. La naturaleza -el decorador-, utiliza lo que ya está a mano⁹. La predictibilidad del sistema resulta de las interacciones entre los órganos del embrión, entre el embrión y su ambiente uterino y entre el organismo y su entorno post-natal.

Como ejemplo del primer caso -las interacciones entre sistemas de órganos desarrollándose simultáneamente-, consideremos la formación de los campos oculares alternantes en el núcleo geniculado. En los estadios tempranos de la formación del geniculado, las conexiones de las dos retinas llegan al núcleo y se entremezclan unas con otras. La separación de campos para cada ojo, esencial para la función normal, depende de las ondas asincrónicas de actividad eléctrica formadas en las células ganglionares de la retina, transmitidas a través de sus axones. Estos impulsos eléctricos espontáneos surgen gracias a la inestabilidad de las membranas de las células de la retina. Pero si esta actividad retinal aleatoria es abolida por el experimentador, la separación de estímulos de entrada no tiene lugar¹⁰. No son

ni las instrucciones genéticas que dirigen la anatomía de la retina ni aquellas que dirigen la anatomía del geniculado, las que especifican la alternancia de los campos oculares, sino la interacción entre ambos durante la embriogénesis.

En relación al segundo caso, -las interacciones entre el embrión y su ambiente uterino-, Gandelman y cols¹¹ han demostrado que los fetos femeninos que anidan en el útero próximos a un feto masculino, en lugar de uno femenino, muestran diferencias sutiles en la morfología y en la conducta. Se ha comprobado que un estrés relativo durante el embarazo repercute en el peso al nacer y en la maduración del feto en *monos rhesus*¹². El aprendizaje auditivo humano comienza antes del nacimiento. El bebé en el útero oye la voz de su madre repetidamente; tras el nacimiento, es capaz de reconocer su voz entre otras voces de mujer¹³. El bebé ha aprendido más que el reconocimiento de la voz; ha comenzado a aprender la prosodia de la lengua de sus padres. En un experimento realizado con bebés franceses de cuatro días se comprobó que succionaban con más fuerza cuando escuchaban una grabación en francés que cuando lo hacían en ruso debido a la experiencia auditiva dentro del útero¹⁴.

Por último, como ejemplo del tercer caso -interacciones entre organismo y ambiente-, las columnas de dominancia ocular en el córtex occipital llegan a formarse como resultado de la estimulación post-natal¹⁵. Los dos ojos del recién nacido deben recibir estímulos enfocados con precisión del entorno visual durante los primeros meses de la vida post-natal para que se cree la estructura definitiva. Si se ocluye un ojo con una cobertura opaca, si se empaña la agudeza visual con una capa traslúcida, o si se fuerza un estrabismo seccionando los músculos oculares externos, el ojo intacto “captura” más columnas al no tener la competencia del ojo privado. El cambio es irreversible si la oclusión se mantiene a través de todo el periodo de formación. No es necesario que la privación sea total, el astigmatismo sin corregir lleva a déficits permanentes de la agudeza visual. La ambliopía, en la que existen imágenes visuales incongruentes procedentes de los dos ojos, ocasiona una pérdida permanente de visión efectiva en el ojo no utilizado si no se corrige en los primeros cinco años de vida.

El sustrato que hace posible que la estructura cerebral responda a los estímulos ambientales es la sobreproducción de células y sinapsis. El que una neurona sobreviva depende de la cantidad y consistencia de la estimulación que reciba. La interacción entre el organismo y el entorno determina los patrones de actividad neuronal; dicha actividad determina qué neuronas serán preservadas.

Greenough y Black¹⁷ han propuesto dos mecanismos para la aparición de nuevas sinapsis como resultado de la experiencia. En el primero, que ellos llaman “sinaptogénesis experiencia-expectante”, las sinapsis se forman con una experiencia mínima, el prototipo sería el desarrollo de la estereoscopia. La estereoscopia requiere un estímulo visual normal pero, debido a que dicho estímulo es una parte esperable del ambiente de desarrollo, las sinapsis están programadas para necesitar un estímulo mínimo. El segundo mecanismo, “sinaptogénesis experiencia-dependiente”, permite la adaptación a características relativamente únicas del ambiente, características que varían de un ambiente a otro y que deben ser aprendidas. El sustrato del “aprendizaje experiencia-expectante” es la eliminación de sinapsis sin una excitación apropiada. La actividad neural “experiencia-dependiente” selecciona un grupo funcionalmente adecuado de las abundantes conexiones presentes en el cerebro del recién nacido.

Las pruebas de la existencia de esta relación entre la estructura y la función son numerosas hoy en día. Los roedores criados en ambientes enriquecidos (esto es, grandes jaulas con muchos objetos para manipular) muestran patrones más densos de interconexión en el córtex cerebral que aquellos confinados en pequeñas jaulas vacías¹⁸. Las ratas que aprenden actos motores complejos tienen más sinapsis en el cerebelo que los animales que han realizado la misma cantidad de actividad motora en una rueda de ejercicios¹⁷.

¿Utilizarlo o perderlo?

Estas diferencias estructurales basadas en diferencias en la experiencia, se encuentran también en el hombre. Schlaug y cols¹⁹ realizaron un mapa del córtex de adultos normales. Compararon registros magnetoencefalográficos de violinistas expertos con aquellos de personas que no tocaban instrumentos musicales y encontraron una representación cortical sustancialmente mayor de los dedos de la mano izquierda (la que se utiliza para tocar las cuerdas) que la de los de la mano derecha, y un área cerebral dedicada a la representación de los dedos mayor en los músicos que en otras personas. Un segundo ejemplo de la relación entre estructura cerebral, habilidad musical y experiencia, es que en los músicos el planum temporal es mayor en el hemisferio izquierdo que en el derecho; la asimetría es más marcada en aquellos que tienen un tono perfecto²⁰. La corteza tiene una considerable capacidad para remodelarse después de un cambio ambiental. Esto se hace más evi-

dente en un estudio realizado por Sterr y cols²¹. Utilizando técnicas magnéticas de imagen contrastaron la representación somatosensorial de los dedos en lectores ciegos de Braille que leían con tres dedos de ambas manos simultáneamente con otros que leían con un dedo y con sujetos sin ceguera leyendo otro material. Los investigadores encontraron un aumento sustancial de la representación de la mano en aquellos que leían con tres dedos, acompañado por cambios en la disposición topográfica de la representación de los dedos en el giro post-central. Esto, por otro lado, estaba asociado con errores en la identificación del dedo que era tocado durante determinaciones del umbral sensorial táctil. La pérdida de estímulos de entrada secundarios a cirugía se acompaña de cambios dinámicos, las áreas intactas aumentan su representación a expensas del córtex desconectado^{22,23,24,25,26}. ¿Tiene este fenómeno, análogo a la atrofia por falta de uso, alguna significancia clínica? Algunos estudios de población con enfermedad de Alzheimer así lo sugieren.

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno multifactorial. Por un lado aparecen defectos en tres genes: el gen de la proteína precursora de amiloide en el cromosoma 21 y los genes de presenilina 1 en el cromosoma 14 y 2 en el cromosoma 1. Se sabe que estos defectos causan un inicio temprano del Alzheimer. La mayoría de los casos, sin embargo, no son familiares. En la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío, mucho más frecuente, uno de los cuatro alelos del gen de la apolipoproteína E en el cromosoma 19, el APOE 4, está asociado con un riesgo cuatro veces mayor de padecer la enfermedad; esta asociación se mantiene en múltiples poblaciones a lo largo del mundo²⁷. El alelo no es necesario ni suficiente para causar la enfermedad, lo que hace es aumentar el riesgo de padecerla. La mitad de los pacientes con Alzheimer no portan ese alelo y sólo uno de cada seis tiene dos copias^{28,29}.

Además de lo que la epidemiología genética pueda revelar últimamente, los estudios de población realizados en EEUU, Francia, Italia, Finlandia, Israel y China, muestran una fuerte correlación inversa entre el grado de escolarización recibido en la juventud y la prevalencia de demencia en la tercera edad³⁰. Todavía no existen datos sobre la relación entre APOE 4 y educación; es decir, ¿aumenta el APOE 4 el riesgo de padecer Alzheimer de manera significativa entre las personas con menor escolarización que portan el alelo en contraste con las que no lo tienen?

En diciembre de 1997, *Science* realizó un estudio monográfico de investigación nacional demostrando que las tasas de demencia en hispanos y afro-americanos eran

"dramáticamente mayores que las encontradas en blancos no hispanos". Esta es una extraordinaria y poco acertada conclusión como se demuestra en posteriores análisis. En el Proyecto sobre Envejecimiento de Manhattan (tamaño de la muestra. 1500 individuos), las tasas de prevalencia de los pacientes con demencia entre los mayores de 85 años eran del 60% entre hispanos, 55% entre afro-americanos y 36% entre blancos. Una proporción similar fue encontrada en pacientes entre 75 y 84 años; 30% a 22% a 10%³¹. Sin embargo establecer una relación entre la demencia y la raza/etnia es demasiado aventurado. La ostensible "relación" está originada por las diferencias en la educación y estratificación de edad en los tres grupos demográficos. El análisis de regresión multivariante demuestra que, una vez los efectos de la edad (odds ratio 6.1) y educación (odds ratio 4.3) son incluidos en el estudio, ni la raza ni el sexo están significativamente asociados con la tasas de demencia. Una vez más, las diferencias de los resultados debidos a "raza" y "etnia" son producto de una disminución de sus oportunidades más que de una diferencia biológica.

Los investigadores establecen tres hipótesis para entender los efectos de la educación. Primero, ¿está la selección en el trabajo? Esto es, ¿tienen las personas que desarrollan demencia en la edad tardía una capacidad cognitiva reducida desde la primera infancia que les lleva a tener que abandonar la escuela? Segundo, ¿es la relación entre mala educación y la malnutrición, traumas, abuso de alcohol y mala asistencia sanitaria, lo que facilita la aparición de demencia? Tercero, ¿origina la estimulación intelectual proporcionada por la escuela un aumento de la densidad sináptica durante el desarrollo como en el caso de los animales criados en ambientes enriquecidos?, ¿puede la reserva cerebral adicional posponer la aparición de síntomas clínicos incluso después de que haya comenzado el depósito de proteína amiloide en el cerebro? La tercera hipótesis tiene una importante implicación en salud pública: la importancia de la calidad y duración de la educación. Los lectores de este artículo y su autor tenemos un riesgo menor de padecer Alzheimer, ¿por qué? Porque tenemos estudios universitarios. ¿Es que el riesgo es menor debido a nuestra educación? Me gustaría creer que así es. Se podría deducir a través de los datos obtenidos que la relación es causal. ¿Qué se puede perder si se promueve una mejora de la educación pública como política para prevenir la senilidad? En el peor de los casos, nos volveríamos más competentes antes de perder la cabeza.

Desarrollo afectivo

Pasaré ahora del desarrollo cognitivo al afectivo. La dependencia de los niños de sus padres para sobrevivir crea el contexto social por el cual nos convertimos en humanos. Berry Brazelton³² ha filmado en video bebés cara a cara con sus madres; él utiliza un espejo y medias pantallas paralelas para observar a ambos mientras interactúan. Llama la atención cómo organizan una especie de coreografía. El cabeceo y la sonrisa de la madre producen las mismas acciones en el bebé. Las risas del niño son repetidas por la madre como si de un coro se tratase. Se instruye entonces a la madre para que ponga su cara como una máscara: sin sonreír, sin responder, sin mover la cabeza. El bebé realiza una invitación al baile -sonrisas, gorgoteos, cabeceos- esperando la respuesta de su madre. Cuando esto no sucede, éste parece desconcertado. Lo vuelve a hacer con mayor insistencia para llamar la atención. El bebé finalmente claudica, se afloja, pierde su control postural y muestra una imagen de despecho. Cuando se le permite a la madre responder de nuevo, el niño lentamente se anima y entra en el juego otra vez.

El desarrollo de la inteligencia social del niño no sólo es consecuencia de tales relaciones diádicas, sino también de la organización de su eje neuroendocrino. Los múltiples estímulos sensoriales que acompañan a los padres -calor, olor, tacto, sonido, propiocepción, estimulación vestibular- todos tienen influencia sobre el sistema hipotálamo-hipofisiario. La homeostasis infantil es el resultado de un proceso de colaboración. La temperatura del cuerpo del bebé es regulada por sus cuidadores cuando ellos responden a señales como el llanto, o cambios en el color, mediante un abrazo más estrecho. El tacto y calor maternal modifican la producción de hormona de crecimiento.

Los estudios en animales y humanos demuestran el impacto duradero de la interacción materno-filial. La cantidad de estimulación táctil que un roedor recién nacido recibe de su madre, a través de lamidos antes de ser alimentado, regula la respuesta del cortisol al estrés. Las crías que son manipuladas por el experimentador o lamidas con más frecuencia por su madre, poseen más receptores de glucocorticoides en el hipocampo y por ello tienen una mejor regulación de los niveles hormonales. Las crías menos estimuladas producen más cortisol en respuesta al estrés, muestran una degeneración temprana en el hipocampo y presentan una pérdida prematura de memoria a medida que envejecen^{33,34}. Los monos criados en aislamiento social, no sólo presentan la severa falta de regu-

lación emocional que Harry Harlow demostró hace muchos años, sino que desarrollan sus correspondientes anormalidades neuroanatómicas en la formación hipocam-pal³⁵.

Dada la evidencia, mis colegas Maya Carlson y Tony Earls³⁶ anticiparon que la privación social severa, altera la regulación neuroendocrina. Examinaron niños de corta edad que crecieron en instituciones estatales de Rumania, caracterizadas por contar con escaso personal en relación con el número de niños y con un recambio muy rápido. Los niveles matinales de cortisol en niños de dos años institucionalizados fueron significativamente menores que los de aquellos criados en sus casas; los niveles tampoco mostraron el ritmo circadiano esperado. ¿Están la disfunción neuroendocrina y la patología cerebral esperando a los niños victimizados por una sociedad en caos? Los niveles anormalmente elevados de cortisol en pacientes con Síndrome de Cushing están asociados a cambios en el volumen del hipocampo y déficits en la memoria verbal.

Cambio estructural y trastornos psiquiátricos

¿Qué lugar ocupan los trastornos psiquiátricos en las relaciones estructura/función cerebrales enfatizadas en este análisis del desarrollo? Las respuestas están empezando a aparecer, pero son fascinantes. Los datos de agregación familiar en la depresión hablan definitivamente a favor de una transmisión genética de susceptibilidad. Al mismo tiempo, la evidencia de la importancia de los acontecimientos vitales en el desencadenamiento de episodios depresivos no es menos convincente^{37,38}. Quizá lo más destacable de todo para una generación educada en la psicofarmacología sean los resultados de múltiples ensayos comparando la terapia cognitiva con la medicación antidepresiva^{40,41}, que demuestran que la terapia cognitiva es al menos tan efectiva como la medicación en el tratamiento de la depresión mayor unipolar. ¿Es superior la combinación de tratamiento a cada uno de ellos por separado? El jurado todavía no ha dictado sentencia. Ni la depresión ni sus subtipos son entidades puras. Los clínicos señalan indudablemente “fenocopias” de varios “genotipos”. En un estudio de multicéntrico realizado en EEUU e Inglaterra, un número significativamente mayor de pacientes clasificados como “no endógenos” frente a otro de pacientes diagnosticados como “endógenos” habían experimentado un severo estrés vital en los seis meses antes del comienzo

de la depresión clínica^{42,43}. Los estudios epidemiológicos demuestran una tendencia secular hacia el aumento de las tasas de Depresión Mayor, hallazgos que se contraponen a la hipótesis genética^{44,45}.

Los datos anatómicos están comenzando a ganar peso. Utilizando la Tomografía por Emisión de Positrones (TEP) para medir el flujo cerebral y el metabolismo de la glucosa, y la Resonancia Magnética Nuclear para la localización anatómica, Devrets y sus colaboradores⁴⁶ identificaron un área de actividad anormalmente disminuida en el córtex prefrontal ventral al genu del cuerpo calloso en familiares de pacientes depresivos unipolares y bipolares. La RMN en tales pacientes demostró reducciones en el volumen de materia gris que se correspondía con los cambios metabólicos. Lo que hace estos hallazgos tan interesantes es que la misma región ha sido implicada en la mediación de respuestas emocionales y autonómicas a estímulos provocadores; pacientes con lesiones subgeniculadas presentan respuestas autonómicas anormales a las experiencias emocionales, incapacidad para experimentar la emoción apropiada y deterioro en la capacidad de anticipar consecuencias⁴⁷.

La relación entre cerebro y conducta es incluso más llamativa en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Los síntomas de TOC están asociados con cambios en el metabolismo cerebral de los ganglios basales, el sistema límbico y las proyecciones corticales de ambos. Sin embargo, los síntomas disminuyen tanto con la terapia conductual como con los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina. Cuando un paciente mejora, ¿qué pasa con el metabolismo cerebral? La mejoría, sea con medicación o con psicoterapia, está asociada con una relativa “normalización” del metabolismo cerebral (Baxter et al 1992^{48,49,50}). Schwartz y cols (1996) obtuvieron cambios similares en el metabolismo cerebral en respuesta a la terapia conductual realizada con éxito. Comenzando desde la dirección opuesta (provocación de síntomas), Rauch y cols⁵¹ han demostrado que los estímulos psicológicos capaces de provocar obsesiones en los pacientes, llevan a un aumento en el flujo regional cerebral.

Conclusiones

Hace nueve años, mi amigo Sam Guze⁵², en una ponencia para el Royal College of Psychiatry, preguntó: Psiquiatría biológica, ¿Hay alguna otra? La pregunta era retórica; desde su punto de vista no había ningún otro tipo. El estaba, y está, en lo cierto: toda psiquiatría es biológica. Utilizando la misma retórica, si yo pregunto: Psiquiatría

Social, ¿Hay alguna otra? o Psiquiatría Psicológica, ¿Hay alguna otra?, la misma respuesta es válida. La psiquiatría es al mismo tiempo social, psicológica y biológica. La angustia y las disfunciones que nuestros pacientes experimentan suceden a todos los niveles de organización, aunque un nivel u otro pueden ser predominantes en un paciente dado con un trastorno particular y un nivel particular puede proporcionar el lugar más efectivo para el abordaje terapéutico. Ésta es precisamente la *raison d'être* para la psiquiatría como especialidad médica.

Si nos convertimos en meros administradores de pastillas o en psicoterapeutas que tumban a todos los pacientes en el diván-, o abogamos por el cambio social como las únicas vías hacia la salud mental, abandonamos la esencia del trabajo médico: un conocimiento de la evidencia de que existen alternativas terapéuticas, un compromiso para ayudar al paciente a elegir entre ellas y la flexibilidad para buscar soluciones de acuerdo con la preferencia y necesidades del paciente. Desde el momento en que utilizamos técnicas con los pacientes, somos de hecho técnicos. Sólo si defendemos a nuestros pacientes -y la integridad de la profesión-, insistiendo en proporcionarles un cuidado global e integrador, a la vez biológico, psicológico y social, nuestros pacientes se unirán a nosotros en la batalla contra los empresarios en busca de beneficios.

Podemos ganar la batalla. La mayor de las compañías de este tipo, la Columbia/HCA, está ahora pendiente de sentencia por conducta criminal. El Wall Street Journal (22 de diciembre de 1997), bajo el titular "Cambiar para peor" refiriéndose al *managed care*, da cuenta de una creciente insatisfacción de los consumidores, un aumento del descontento de los empresarios con el aumento de las gratificaciones, y un movimiento creciente entre el estado y los legisladores federales para llevar a cabo una acción reguladora que frene los peores excesos del *managed care*. Como los reporteros del periódico señalaban: "Los peces gordos de las organizaciones de asistencia sanitaria no se están divirtiendo mucho". La historia me arregló el día.

La batalla para hacer que el estado de salud sea el criterio para juzgar la calidad del cuidado médico es, más que algo secundario, la batalla que debemos ganar por el bien de nuestros pacientes. Es una batalla que podemos ganar porque tenemos la evidencia de que podemos proporcionar servicios efectivos. El nudo está empezando a aflojarse y nosotros podemos acelerar el proceso mediante alianzas entre médicos y pacientes. Mi predicción es que en los próximos cinco años las grandes organizaciones de *managed care*, habiendo fundido todo el dinero del sistema,

volverán al negocio de venta de coches usados que es a donde pertenecen. Les invito a unirse a mí para hacer la transición sin demasiado ruido.

Bibliografía

1. Eisenberg L. Past, present and future of psychiatry: personal reflections. *Canad J Psychiatry* 1997; 42: 705-713
2. Rutter M, Plomin R. Opportunities for psychiatry from genetic findings. *Brit J Psychiatry* 1997; 171: 209-19
3. Galton F. *English Men of Science: Their Nature and Nurture*. London: Macmillan and Company; 1874
4. Stromgren E. Recent history of European psychiatry - ideas, developments, and personalities: the Annual Eliot Slater Lecture. *Am J Med Genet* 1994; 54:405-410
5. Eisenberg L. Seed or soil: how does our garden grow? *Am J Psychiatry* 1996; 153:1-5.
6. West MJ, King AP. Settling nature and nurture into an ontogenetic niche. *Developm Psychol* 1987; 20:549-562
7. Sampson RJ. Collective regulation of adolescent misbehavior. *J Adolescent Research* 1997; 12: 227-244.
8. Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science* 1997; 277: 918 - 24
9. Jacob F. Evolution and tinkering. *Science* 1977; 196:1161
10. Schatz CJ, Stryker MP. Prenatal tetrodotoxin infusion blocks segregation of retinogeniculate afferents. *Science* 1988; 242:87-89
11. Gandelman R, vom Sall FS, Reinisch JM. Contiguity to male fetuses affects morphology and behavior in female mice. *Nature* 1977; 266: 722 - 23
12. Schneider ML. The effect of mild stress during pregnancy on birth weight and neuromotor maturation in rhesus monkey infants. *Infant Behav Developm* 1992; 15: 389-403
13. DeCasper AJ, Spence MJ. Prenatal maternal speech influences newborns' perception of speech sounds. *Infant Behav Developm* 1986; 9: 133-150
14. Mehler J, Jusczyk PW, Lambertz G. A precursor to language development in young infants. *Nature* 1994; 37:292-294
15. Wiesel TN. The postnatal development of the visual cortex and the influence of environment (The 1981 Nobel Prize Lecture). Stockholm: Nobel Foundation; 1982
16. Nelson CA, Bloom FE; Child development and neuroscience. *Child Developm* 1997; 68: 970-987
17. Greenough WT, Black JE. Induction of brain structure by experience: Substrates for cognitive development. In: Gunnar MR, Nelson CA, editors. *Minnesota Symposia on Child Psychology: Developmental Neuroscience*. Hillsdale NJ: Erlbaum; 1992. p.155-200.
18. Black JE, Isaacs KR, Anderson BJ, et al. Learning causes synaptogenesis, whereas motor activity causes angiogenesis, in cerebellar cortex of adult rats. *Proc Natl Acad Sci USA* 1990; 7:5568-5572.

19. Shlaug G, Jancke L, Huang Y, et al. Symmetry in musicians. *Science* 1995; 267: 699-701
20. Elbert T, Pantev C, Wienbruch C, et al. Increased cortical representation of the fingers of the left hand in string players. *Science* 1995; 270: 305-307
21. Sterr A, Muller MM, Elbert T, et al: Changed perceptions in Braille readers. *Nature* 1998; 391:134-35.
22. Yang TT, Gallen CC, Schwartz B. Sensory maps in the human brain. *Nature* 1994; 368: 592-93
23. Yang TT, Gallen CC, Ramachandran VS, et al: Noninvasive detection of cerebral plasticity in adult human somatosensory cortex. *Neuroreport* 1994; 5: 701-04
24. Ramachandran VS, Rogers-Ramachandran D, Stewart M. Perceptual correlates of massive cortical reorganization. *Science* 1992; 258:1159-1160
25. Ramachandran VS. Behavioral and magnetoencephalographic correlates of plasticity in the adult human brain. *Proc Natl Acad Sci USA* 1993; 90:10413-10420
26. Mogilner A, Grossman JAI, Ribary V. Somatosensory cortical plasticity in adult humans revealed by magneto-encephalography. *Proc Natl Acad Sci USA* 1993; 90:3593-97
27. Farrar LA, Cupples A, Haines JL, et al. Effects of age, sex and ethnicity on the association between apolipoprotein E genotype and Alzheimer's disease: a meta-analysis. *JAMA* 1997; 278:1349-1356
28. Tang M-X, Stern Y, Marder K et al. The APOE-E4 allele and the risk of Alzheimer's disease among African-Americans, whites and Hispanics. *JAMA* 1998; 279:951-255
29. Blacker D: The genetics of Alzheimer's disease: progress, possibilities and pitfalls. *Harvard Rev Psychiatry* 1997; 5: 234-7
30. Katzman R: Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology* 1993; 43:13-20
31. Gurland B, Wilder D, Lantigua R, et al. Different rates of dementia between ethno-racial groups In: National Research Council: Racial and Ethnic Differences in the Health of Older Americans. Washington: National Academy Press; 1997. p. 233-269.
32. Brazelton TB. Working with families: opportunities for early intervention. *Ped Clin N Amer* 1995; 42:1-9.
33. Liu D, Diorio J, Tannenbaum B, et al. Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science* 1997; 277: 1659-1662.
34. Meaney MJ, Aitken DH, Van Berkel C. RM Effect of neonatal handling on age-related impairments associated with the hippocampus. *Science* 1988; 239: 766-768.
35. Siegel SJ, Ginsberg SD, Hof PR, et al. Effects of social deprivation in pre-pubescent rhesus monkeys: immuno-histo chemical analysis of the neurofilament protein triplet in the hippocampal formation. *Brain Research* 1993; 619: 299-305.
36. Carlson M, Earls F. Psychological and neuroendocrinological sequelae of early social deprivation in institutionalized children in Romania. *Annals NY Acad Sciences* 1997; 807: 410-428.
37. Brown GW, Harris TO. *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women* London: Tavistock Publications; 1978.
38. Brown GW, Harris TO, Hepworth C. Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: a patient and non-patient comparison. *Psychol Med* 1995; 25:7-21.
39. Brown GW. Life events and affective disorder: replications and limitations. *Psychosomatic Med* 1993; 55: 248-259.
40. Blackburn IM and Twaddle V. *Cognitive Therapy in Action. A Practitioner's Case Book.* London: Souvenir Press; 1996.
41. Blackburn IM, Moore RG. Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in outpatients with recurrent depression. *Brit J Psychiatry* 1997; 171: 328-334.
42. Brown GW, Harris T, Hepworth C. Life events and endogenous depression: a puzzle re-examined. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 525-534.
43. Frank E, Anderson B, Reynolds, CF et al. Life events and the RDC endogenous subtype. *Arch Gen Psych* 1994; 51: 519-524.
44. Cross National Collaborative Group. The changing rate of major depression: cross national comparisons. *JAMA* 1992; 268:3098-3105.
45. Robins L. The impact of demographic variables on psychiatric disorder: lessons from four studies. Cutter Lecture, Harvard School of Public Health, 8 May 1997: Unpublished.
46. Drevets WC, Price JL, Simpson JR. Subgenual prefrontal cortex abnormalities in mood disorders. *Nature* 1997; 386:824-827.
47. Bechara A, Tranel D, Damasio H, et al. Failure to respond autonomically to anticipated future outcomes following damage to prefrontal cortex. *Cerebral Cortex* 1996, 6: 215-225.
48. Jenike MA, Baer L, Minichiello WE (eds). *Obsessive Compulsive Disorders: Theory and Treatment.* 2nd ed., St. Louis, Mo., Mosby Year Book, 1990.
49. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, et al: Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:681-689.
50. Schwartz JM, Stoessel PW, Baxter LR, et al: Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:109-113.
51. Rauch SL, Jenike MA, Alpert NM, et al. Regional cerebral blood flow measured during symptom provocation in obsessive compulsive disorder using oxygen-15 labeled carbon dioxide and positron emission tomography. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 62-70.
52. Guze S. Biological psychiatry: is there any other kind? *Psychol Med* 1989; 19: 315-323.

ORIGINALES Y REVISIONES

Actitudes éticas y práctica clínica de los psiquiatras españoles

M. DESVIAT*, C. GONZÁLEZ*, A. GONZÁLEZ*, A. MORENO*, E. PÉREZ*, N. PONTE*, J.L. RODRIGUEZ*, R. KOHN**, I. LEVAV***

* Psiquiatra. Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés

** Psiquiatra. Butler Hospital and Brown University Department of Psychiatry and Human Behavior, Providence RI, USA

*** Psiquiatra. Pan American Health Organization/World Health Organization, Washington, DC, USA

Resumen

Objetivo: Este estudio examina las actitudes y la práctica clínica de los psiquiatras españoles relativos a algunos dilemas éticos habituales.

Método: Se envió por correo un cuestionario que incluía tres casos clínicos sobre los que se planteaban preguntas de respuesta múltiple sobre diagnóstico, indicación de tratamiento, internamiento involuntario, uso de medidas restrictivas, consentimiento informado, tratamiento forzoso y confidencialidad. También se preguntaba sobre la actitud respecto a 19 cuestiones éticas y se pedía que se refiriera cualquier conocimiento sobre posibles abusos.

Resultados: Los psiquiatras eran remisos a informar al paciente sobre el diagnóstico o los efectos secundarios si esto podía interferir con el cumplimiento terapéutico. La hospitalización involuntaria se correlacionaba con la presencia de conductas violentas o riesgo de suicidio. El uso de medicación forzosa era más frecuente cuando existía sintomatología alucinatoria o conducta violenta. Del mismo modo, la conducta suicida se asociaba al uso de TEC. La mitad de los psiquiatras refería conocer situaciones de abuso.

Conclusión: Los resultados justifican la necesidad de discusión y seguimiento de las cuestiones éticas de la práctica psiquiátrica en España.

Palabras clave: Salud mental, ética, psiquiatras, España.

Summary

Objective: This study examines the attitudes and clinical practices of psychiatrists in Spain by focusing on frequently encountered ethical dilemmas.

Method: A questionnaire consisting of three case vignettes was mailed. Multiple choice questions inquired into diagnosis, disposition, involuntary commitment, restraint and seclusion, informed consent, imposed somatic treatment, and confidentiality. Psychiatrists were also asked about their attitudes to 19 ethical issues, and to report any instances of abuse.

Results: If communicating the diagnosis or informing about side effects of the medications would interfere with treatment compliance, the psychiatrists were reluctant to inform the patient. Involuntary hospitalization was correlated with presence of violent behaviors or suicidal risk. Compulsory use of medications increased with hallucinatory activity and violent behavior. Similarly, mounting suicidal behavior increased the use of involuntary ECT. Over half of the psychiatrists reported knowledge of instances of abuse.

Conclusion: The results warrant the need for monitoring and discussion of ethical issues facing psychiatric practice in Spain.

Key words: Mental health, ethics, psychiatrists, Spain.

Correspondencia: Manuel Desviat Muñoz, Instituto Psiquiátrico José Germain, C/ Luna 1, Leganés, 28911 Madrid; tel: 915866462; fax: 915866542; e-mail: mdesviat@ipsqgermain.es

Résumé

Objectif : Cette étude examine les attitudes et la pratique clinique des psychiatres espagnols en ce qui concerne certains dilemmes éthiques habituels.

Méthode : On a envoyé par courrier un questionnaire, qui incluait trois cas cliniques sur lesquels on posait des questions à réponse multiple sur le diagnostique, l'indication du traitement, l'hospitalisation involontaire, l'utilisation de mesures restrictives, le consentement informé, le traitement forcé et le caractère confidentiel. On posait également des questions sur l'attitude par rapport à 19 questions éthiques et on demandait de faire référence de toute connaissance de possibles abus.

Résultats : Les psychiatres étaient réticents au moment d'informer le patient sur le diagnostique ou sur les effets secondaires, si cela pouvait interférer sur l'accomplissement thérapeutique. L'hospitalisation involontaire était mise en corrélation avec la présence de conduites violentes ou avec le risque de suicide. L'usage forcé de médicaments était plus fréquent lorsqu'il existait une symptomatologie hallucinatoire ou une conduite violente. De la même façon, la conduite suicide associait l'utilisation d'une thérapie électro-convulsive (TEC). La moitié des psychiatres déclaraient connaître des situations d'abus.

Conclusion: Les résultats justifient le besoin de discussion et de suivi des questions éthiques de la pratique psychiatrique en Espagne.

Mots clé : Santé mentale, éthique, psychiatres, Espagne.

Riassunto

Obiettivo: Questo studio prende in esame i comportamenti e la pratica clinica in uso fra gli psichiatri in Spagna con particolare riferimento ad alcuni dilemmi etici fra i più frequenti.

Metodo: È stato inviato per posta un questionario in cui erano riportati tre casi clinici. Con domande a risposta multipla si è indagato sulla diagnosi, sull'indicazione al trattamento, sul ricovero coatto, sull'uso di mezzi coercitivi, sul consenso informato, sul trattamento forzato e

sulla privacy. Agli psichiatri è stato anche chiesto di esprimersi riguardo a 19 questioni di natura etica e di riferire su possibili casi di abuso di loro conoscenza.

Risultati: Il rischio di interferenze con l'efficacia della terapia determina una riluttanza da parte degli psichiatri nel riferire al paziente la diagnosi e gli effetti collaterali dei farmaci. Il ricovero coatto è associato alla presenza di comportamenti violenti o al rischio di suicidio. L'uso di trattamento farmacologico forzato risultata invece più frequente in presenza di sintomatologia allucinatoria o di comportamento violento. Analogamente il comportamento suicida determina un aumento dell'uso di TEC. La metà degli psichiatri ha riferito di essere a conoscenza di situazioni di abuso.

Conclusioni: I risultati giustificano la necessità di un monitoraggio e di un dibattito sulle questioni etiche della pratica psichiatrica in Spagna.

Parole chiave: igiene mentale, etica, psichiatri, Spagna.

Introducción

La confianza que permite que la sociedad deposite en los médicos el cuidado de la salud se basa, entre otras razones, en el respeto por éstos de algunos principios éticos. Es necesaria una mayor conciencia de la necesidad de que los principios éticos guíen la práctica de la psiquiatría, especialmente cuando los avances de la investigación amplían las opciones terapéuticas y las presiones económicas hacen más compleja la asistencia sanitaria¹. El concepto de tratamiento ético de un paciente psiquiátrico es el resultado de considerar iniciativas legislativas, opiniones de los usuarios y respeto a los derechos de los pacientes, así como también se deben considerar los cambios culturales y la diversidad religiosa de la sociedad española.

Aunque la literatura sobre ética y psiquiatría es amplia, sólo unos pocos estudios experimentales han examinado de modo sistemático las actitudes de los psiquiatras y los factores que influyen en su práctica. En los años 50 se publican estudios que sugieren que la personalidad y otras características del paciente pueden afectar el juicio del psiquiatra. La raza²⁻⁴, la clase social y el nivel de ingresos^{5,6}, y el sexo⁷⁻⁹ se han considerado factores influyentes. Estos estudios, sin embargo, se limitaban a una

sola cuestión, a un área geográfica específica o incluso a una sola institución¹⁰⁻¹⁵. La mayoría de estos primeros estudios sugerían la existencia de áreas problemáticas en la asistencia psiquiátrica. Hasta hoy no se había llevado a cabo un estudio internacional sobre ética en la práctica psiquiátrica.

El interés por una visión global de las cuestiones éticas en psiquiatría surge de la publicidad recibida por los abusos en instituciones de la antigua Unión Soviética¹⁶. Posteriormente el interés se extiende a asuntos más amplios que incluyen la práctica cotidiana de la psiquiatría. Por este motivo se ha iniciado un estudio internacional para conocer el estado de estas cuestiones en diferentes países, usando un mismo procedimiento de medida. Hasta hoy otros dos países han realizado la recogida de datos^{17,18}.

Este estudio examina las actitudes y la práctica clínica de los psiquiatras españoles centrándose en dilemas éticos que se presentan en la relación con los pacientes. Un segundo objetivo es analizar diferencias en el tratamiento psiquiátrico en función del sexo del paciente, su estatus social y las características sociodemográficas de los clínicos. Además, se explora la influencia de la formulación diagnóstica y las presiones externas de familiares y del personal sanitario en la toma de decisiones. Se examinan también cuestiones éticas específicas relativas a la hospitalización involuntaria, confidencialidad, carácter, consentimiento informado, uso de medidas restrictivas y conducta sexual. Por último, se investiga la frecuencia y el tipo de problemas éticos a los que se enfrenta la práctica psiquiátrica en España, tales como los abusos políticos, la discriminación racial o religiosa y los abusos sexuales o económicos.

Material y métodos

Cuestionario y muestra

El cuestionario consta de tres casos clínicos que describen a un individuo con una psicosis paranoide, un trastorno afectivo y un tercero sin trastorno mental. Siguiendo a cada caso una serie de preguntas de respuesta múltiple interrogan sobre diagnóstico, carácter, ingreso involuntario, medidas restrictivas, consentimiento informado, tratamiento forzoso y confidencialidad. Tras los casos clínicos aparecen 19 enunciados que examinan cuestiones éticas específicas, incluyendo conducta sexual inadecuada. Además, hay algunas preguntas sobre las características sociodemográficas del encuestado y su

opinión sobre su práctica clínica. Por último se invita a referir en texto libre aquellas situaciones de abusos en la psiquiatría que conozcan.

Con el apoyo de la Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud, se desarrolló la versión española del cuestionario en la Unidad de Investigación del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés. Un grupo de cinco psiquiatras evaluó la validez de criterio del instrumento en España y se aseguró de que la traducción estaba culturalmente adaptada a las prácticas psiquiátricas locales. Cada caso clínico se presentó en cuatro versiones, variando el sexo y la clase social (alta o baja) del paciente. Por otro lado, cada versión del cuestionario tenía seis alternativas según el orden de presentación de los casos clínicos, para estudiar un posible efecto en las respuestas del orden de presentación.

Se obtuvo una lista completa de los psiquiatras españoles en activo del Colegio de Médicos, así como de las listas de suscriptores de revistas españolas de la especialidad. Se seleccionó una muestra aleatoria de 1500 psiquiatras, aproximadamente la mitad del total. Las distintas versiones del cuestionario de distribuyeron por correo asignándolas al azar. Diez semanas después se envió una carta de recuerdo con un segundo cuestionario, lo que elevó el índice de respuesta al 20%. El proceso de envío y recepción de los cuestionarios se realizó en el año 1995.

Análisis estadístico

El análisis de variables categóricas se realizó empleando chi cuadrado. La chi cuadrado de McNemar se usó para el análisis de datos categóricos apareados. Para las variables continuas se empleó el test t de comparación de medias apareadas, y la regresión múltiple para examinar la relación entre covariables.

Resultados

De las 306 respuestas obtenidas, el 69.3% correspondieron a hombres y el 30.7% a mujeres. Los psiquiatras varones eran mayores que las mujeres, 46.1 ± 9.9 años frente a 41.5 ± 7.7 ($t = -4.18$, $gl = 301$, $p < 0.001$). La mayoría estaban satisfechos con su trabajo: el 21.9% estaban muy satisfechos, el 57.0% satisfechos y el 21.1% estaban de algún modo insatisfechos. La calidad de la asistencia psiquiátrica era vista más bien negativamente: el 20% afirmaban que era excelente, el 13.5% la consideraban en la media, y el 30.7% decían que estaba por debajo de

la media. La tabla I contiene datos demográficos adicionales sobre la muestra.

Tabla I

Características demográficas de los encuestados (en porcentaje), n=306

Sexo, varón	69.3
Ámbito de trabajo, sector público	47.7
Tipo de pacientes, adultos	88.7
Título de especialista	96.7
Orientación predominante	
Biológica	38.4
Psicodinámica	30.1
Otra	31.5

Caso 1: Esquizofrenia

Casi todos los encuestados (96.7%) diagnosticaron el caso como esquizofrenia o trastorno psicótico. Aunque la mayoría, el 64.1%, le dirían al paciente el diagnóstico, el porcentaje caía a la mitad si pensaban que esto podría complicar el tratamiento (Chi cuadrado de McNemar=76.70, $gl=1$, $p<0.001$). Es mayor el número de psiquiatras que informarían al paciente de los efectos secundarios de la medicación si el cumplimiento no estaba comprometido (Chi cuadrado de McNemar=80.05, $gl=1$, $p<0.001$). El grado de peligrosidad aumenta de modo significativo la indicación de ingreso involuntario: 66.4% de los casos si se amenaza a la familia (Chi cuadrado de McNemar=25.51, $gl=1$, $p<0.001$) y 85.4% si hay violencia (Chi cuadrado de McNemar=51.57, $gl=1$, $p<0.001$) comparado con el 49.0% si no la hay. La presión familiar aumenta la probabilidad de ingreso involuntario sea o no peligroso el paciente (Chi cuadrado de McNemar=7.90, $gl=1$, $p<0.005$), así como cuando amenaza a la familia (Chi cuadrado de McNemar=21.56, $gl=1$, $p<0.0001$). Sólo el 14.9% opinan que este paciente necesita medicación contra su voluntad si está asintomático, comparado con el caso en que tenga alucinaciones (87.5%) (Chi cuadrado de McNemar=207.62, $gl=1$, $p<0.001$), potencial para la violencia (68.2%) (Chi cuadrado de McNemar=66.22, $gl=1$, $p<0.001$), o sea violento (91.4%) (Chi cuadrado de McNemar=4.00, $gl=1$, $p<0.05$). Si el personal de enfermería pide al psiquiatra que medique al paciente, aquél es menos propenso a hacerlo incluso cuando el paciente está alucinando (Chi cuadrado de McNe-

mar=8.53, $gl=1$, $p<0.005$) o es violento (Chi cuadrado de McNemar=11.84, $gl=1$, $p<0.001$). En este caso clínico, cuando el paciente se opone a que se informe a su cónyuge de la hospitalización, el 77.2% de los psiquiatras lo llamaría de todos modos, especialmente si fuera útil para el plan terapéutico (84.3%) (Chi cuadrado de McNemar=6.05, $gl=1$, $p<0.03$).

Sólo en dos ocasiones se alteran las respuestas en función del sexo del paciente. Si el paciente es violento y la enfermería solicita medicación, es más probable que ésta se indique si el paciente es mujer (Chi cuadrado=5.55, $gl=1$, $p<0.02$). El esposo de una paciente sería informado de la hospitalización contra la opinión de la misma con más frecuencia (Chi cuadrado=4.70, $gl=1$, $p<0.03$) así como informado sobre el estado de aquella (Chi cuadrado=6.10, $gl=1$, $p<0.02$). La clase social del paciente no altera de modo estadísticamente significativo las respuestas.

En varias ocasiones las características de los psiquiatras alteran las respuestas. Los psiquiatras varones obligarían a los enfermeros a medicar a un paciente potencialmente violento con más frecuencia (Chi cuadrado=4.73, $gl=1$, $p<0.03$). Además, los psiquiatras varones son más propensos a informar a un cónyuge que lo solicita, al margen de los deseos del paciente (Chi cuadrado=5.21, $gl=1$, $p<0.03$). Los psiquiatras más jóvenes indicarán la hospitalización ($t=-2.90$, $gl=300$, $p<0.004$) y la contención física ($t=-2.10$, $gl=299$, $p<0.04$) con más frecuencia.

Caso 2: Depresión mayor

La mayoría de los encuestados, el 87.8%, identificaban el caso como el de un sujeto con un trastorno depresivo. A diferencia del caso anterior, el 94.0% opinaba que el paciente debería ser informado de su diagnóstico (Chi cuadrado de McNemar=79.41, $gl=1$, $p<0.001$). Sin embargo, si informar del diagnóstico complicara el tratamiento, el número de los que lo haría desciende de modo significativo (Chi cuadrado de McNemar=61.06, $gl=1$, $p<0.001$). De igual modo, informar sobre los efectos secundarios de la medicación antes del inicio del tratamiento es menos probable si el cumplimiento está en entredicho (Chi cuadrado de McNemar=97.00, $gl=1$, $p<0.001$). La indicación de hospitalización involuntaria se asocia directamente con el riesgo del paciente de autoagredirse. La hospitalización involuntaria fue recomendada por el 25.1% de los encuestados si el paciente presenta ideas de suicidio pero se compromete a no autolesionarse (Chi cuadrado

de McNemar=50.45, $gl=1$, $p<0.001$), por el 82.8% cuando las ideas de suicidio no se acompañan de un compromiso de no agredirse (Chi cuadrado de McNemar=169.20, $gl=1$, $p<0.001$), y por el 90.0% después de un intento de suicidio grave en el día del ingreso (Chi cuadrado de McNemar=11.52, $gl=1$, $p<0.001$). Este porcentaje disminuye al 5.6% si no hay ideas de suicidio. En cada caso, excepto cuando el paciente presenta un riesgo muy grave de suicidio, la presión familiar produce un incremento estadísticamente significativo de la indicación de ingreso involuntario. En este caso se exploró también el uso involuntario de terapia electroconvulsiva (TEC). Este tratamiento fue recomendado por el 54.3% de los encuestados si estaban presentes de modo constante las ideas de suicidio (Chi cuadrado de McNemar = 104 .50, $gl=1$, $p<0.001$), y por el 65.6% si ocurrieran múltiples intentos de suicidio durante la hospitalización (Chi cuadrado de McNemar=19.27, $gl=1$, $p<0.001$) comparado con el 15.5% que lo indicarían cuando el paciente no tiene ideas de suicidio. Si la enfermería solicita esta intervención los psiquiatras son menos propensos a indicarla. Es menos probable que se informe al cónyuge de la hospitalización, si el paciente se opone, que en el caso anterior (59.9%) (Chi cuadrado de McNemar=40.97, $gl=1$, $p<0.001$). Sin embargo, existe una gran probabilidad de que la confidencialidad se rompa si el cónyuge llama pidiendo información del estado del paciente (66.9%) (Chi cuadrado de McNemar=6.04, $gl=1$, $p<0.03$), especialmente si se necesita que colabore en el tratamiento (83.1%) (Chi cuadrado de McNemar = 33.82, $gl=1$, $p<0.001$).

En ocasiones el sexo del paciente influye en las respuestas. Es más probable que se informe de su diagnóstico a un paciente varón (Chi cuadrado=10.55, $gl=2$, $p<0.006$), incluso si esto puede interferir en el tratamiento (Chi cuadrado=7.60, $gl=2$, $p<0.03$). Un paciente varón será hospitalizado involuntariamente con más frecuencia si tiene ideas suicidas y no se compromete a no autolesionarse (Chi cuadrado=8.82, $gl=1$, $p<0.003$), así como si la familia insiste (Chi cuadrado=4.05, $gl=1$, $p<0.05$). La esposa de un paciente varón será informada con más frecuencia contra los deseos del aquél si se necesita que colabore en el tratamiento (Chi cuadrado=4.90, $gl=1$, $p<0.03$). La clase social del paciente no parece alterar de modo significativo las respuestas.

Sólo en una ocasión el sexo del psiquiatra modifica de

modo estadísticamente significativo las respuestas. Los psiquiatras varones son más propensos a la indicación de la contención física de un paciente violento (Chi cuadrado=4.81, $gl=1$, $p<0.03$). La hospitalización involuntaria de un paciente deprimido a requerimiento de la familia es indicada con más frecuencia por los psiquiatras de más edad ($t=2.76$, $gl=300$, $p<0.006$), así como la hospitalización involuntaria de un paciente con ideas suicidas que se compromete a no autolesionarse ($t=3.47$, $gl=300$, $p<0.001$), incluyendo el caso de que la familia insista ($t=2.61$, $gl=299$, $p<0.01$). La puesta de límites cuando un paciente presenta conductas disruptivas es usado con más frecuencia por los psiquiatras más jóvenes ($t=-2.22$, $gl=301$, $p<0.03$).

Caso 3: Sin trastorno psiquiátrico evidente

El tercer caso clínico fue diseñado para que representara una persona sin ningún trastorno mental evidente. Sin embargo, sólo el 12.7% afirmaron que el sujeto no tenía diagnóstico o lo dejaron en blanco. Un 13.1% adicional indicaron un diagnóstico no incluido en el eje I.

Una vez más, si decir el diagnóstico podía crear complicaciones al tratamiento, los encuestados tendían a no hacerlo (Chi cuadrado de McNemar = 55.07, $gl=1$, $p<0.001$). La mayoría, el 64,6%, habría informado de los efectos secundarios de la medicación al inicio; sin embargo, si el cumplimiento podía ser un problema, sólo el 44,6% habría informado al paciente antes del inicio del tratamiento (Chi cuadrado de McNemar = 57.07, $gl=1$, $p<0.001$), y el 35.0% una vez que el paciente hubiera mejorado. Apenas uno de cada cinco encuestados habría hospitalizado involuntariamente a un paciente de las características descritas. Si el paciente hubiera empujado al psiquiatra, la decisión de ingreso involuntario se hubiera elevado al 28.1% (Chi cuadrado de McNemar=69.96, $gl=1$, $p<0.001$), y al 49.7% si el paciente hubiera golpeado a un familiar (Chi cuadrado de McNemar=55.35, $gl=1$, $p<0.001$). Como en los otros casos, siempre que la familia ejerce presión se produce un incremento estadísticamente significativo en la indicación de internamiento involuntario.

Sólo el 28.6% de los encuestados estaban de acuerdo con la afirmación de que la ausencia de rechazo a la medicación por parte del paciente suponía de modo implícito un consentimiento informado. Además, sólo el 28.0% de los psiquiatras se mostraban de acuerdo con que el consentimiento informado no es necesario en alguien que está confuso.

Como en los dos casos previos, la mayoría (64.5%) habría informado al cónyuge del paciente acerca de la hospitalización aún en contra de sus deseos. En este caso apenas hay cambios si el cónyuge llama (65.2%), pero si debe colaborar en el tratamiento, el 79.9% le habría informado (Chi cuadrado de McNemar=34.57, $gl=1$, $p<0.001$).

El sexo del paciente influye en el uso de contención física en caso de conductas disruptivas. Los pacientes varones serán contenidos con más frecuencia (Chi cuadrado=4.33, $gl=1$, $p<0.04$). La clase social del paciente no modifica las respuestas.

El sexo y la edad de los psiquiatras juega un papel en algunos casos. Los psiquiatras varones son más propensos a considerar que este sujeto no necesita tratamiento y, por tanto, indican hospitalización con menos frecuencia (Chi cuadrado=18.83, $gl=3$, $p<0.001$). Las mujeres encuestadas están más a favor de la hospitalización involuntaria en este caso si el paciente les empuja (Chi cuadrado=6.78, $gl=1$, $p<0.01$). También es más probable que las mujeres psiquiatras informen al cónyuge del paciente contra sus deseos si es necesaria su colaboración (Chi cuadrado=4.16, $gl=1$, $p<0.05$). El acuerdo con la afirmación de que el paciente que no pone objeciones a la medicación ha consentido en tomarla ($t=2.42$, $gl=298$, $p<0.02$), y que el consentimiento informado no es necesario para pacientes confusos, ($t=3.32$, $gl=297$, $p<0.001$) es más frecuente entre los psiquiatras de mayor edad. La puesta de límites para las conductas disruptivas ($t=-2.97$, $gl=298$, $p<0.003$) es indicada con más frecuencia por los psiquiatras más jóvenes. La tabla 2 contiene otros resultados de los tres casos clínicos.

Cuestionario de actitudes

La escala de Likert de cinco puntos para las 19 preguntas relativas a actitudes sobre cuestiones éticas en la práctica clínica se colapsó en tres categorías: ético, neutral y no ético (ver tabla III).

El sexo de los psiquiatras afectó a las respuestas en dos ocasiones. Las mujeres fueron menos propensas a considerar como no ético el informar a la familia sin el permiso del paciente ($t=-3.34$, $gl=297$, $p<0.001$), y el dar TEC involuntariamente ($t=-2.20$, $gl=294$, $p<0.03$). La edad de los psiquiatras tuvo una relación significativa con varias actitudes. Los psiquiatras de más edad consideran con más frecuencia como no ético administrar de modo involuntario TEC ($B=-0.014$, $se=0.007$,

Tabla 2. Respuestas de los psiquiatras a los casos clínicos (en porcentaje)

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Clase social, alta	51.0	49.0	46.4
Sexo del paciente, varón	46.7	53.6	49.0
Nº orden del caso			
Primero	38.2	29.9	31.9
Segundo	30.6	40.8	28.6
Tercero	31.3	29.3	39.5
Diagnóstico correcto	96.7	87.9	12.1
Confianza en el diagnóstico	89.8	77.8	57.8
Información sobre diagnóstico			
Al paciente	64.1	94.0	70.1
Sólo a la familia	34.2	4.3	26.8
A nadie	1.7	1.7	3.1
Si se compromete el cumplimiento			
Al paciente	36.1	73.0	50.5
Sólo a la familia	62.3	23.7	47.1
A nadie	1.7	3.3	2.4
Información efectos secundarios			
Previa al tratamiento	57.6	91.0	64.7
Después del tratamiento	11.2	4.7	11.6
Cuando mejore	27.0	3.7	20.9
Nunca	4.3	0.7	2.7
Lugar del tratamiento			
Hospitalización	60.9	6.3	21.4
Ambulatorio/h.parcial	28.1	91.7	64.7
Sin tratamiento	1.0	2.0	13.9
Hospitalización involuntaria	49.0	5.6	18.1
Si la familia pide ingreso	56.6	11.6	25.3
Informar al cónyuge contra el deseo del paciente			
Al ingreso	77.2	59.9	64.5
Si telefonea	73.7	66.9	65.2
Si necesaria colaboración	84.3	83.1	79.6
Si el paciente es disruptivo1			
Establecer límites	71.4	77.6	71.4
Fármacos	94.4	80.8	71.5
Cont.física/aislamiento	69.6	24.4	7.5
Alta	5.0	5.6	18.9

Diagnóstico: Caso 1: Esquizofrenia; Caso 2: Depresión mayor; Caso 3: Sin diagnóstico.

1. Conducta disruptiva: Caso 1: Amenaza a otros; Caso 2: Agresión al personal; Caso 3: Gritos y portazos.

Tabla 3. Cuestionario de actitudes: Consideraciones éticas en la práctica clínica (en porcentaje)				Ético	Neutral	No ético	
	Ético	Neutral	No ético	Hospitalización involuntaria de alguien peligroso para sí o para otros	86.0	5.0	9.0
Administrar TEC a un paciente que podría beneficiarse y da consentimiento	82.5	7.4	10.1	Recomendar el aborto para pacientes psicóticas	24.8	26.1	49.2
Informar a los familiares sin el permiso del paciente	20.3	32.3	47.4	Mantener relaciones sexuales con un paciente adulto que da su consentimiento	5.0	7.4	87.7
No informar a un paciente psicótico de los efectos secundarios del tratamiento	25.8	23.5	50.7	Hospitalización involuntaria de alguien sólo porque las autoridades lo requieran	10.1	11.1	78.8
Aplicar contención mecánica a alguien agitado	77.3	10.4	12.4	Hospitalización involuntaria de un paciente por presión de la familia	2.7	8.8	88.6
Recomendar la esterilización de pacientes psicóticos	5.6	14.3	80.0	Mantener relaciones sexuales con un ex paciente adulto que da su consentimiento	19.8	22.8	57.4
Usar neurolépticos depot en pacientes psicóticos con ingreso voluntario que se niegan a tomar medicación	63.7	15.7	20.6	Leer la correspondencia de un paciente	3.0	11.4	85.6
Usar neurolépticos depot en pacientes psicóticos con ingreso involuntario que se niegan a tomar medicación	77.0	13.0	10.0				
Administrar TEC a un paciente que podría beneficiarse pero rehúsa, ingresado voluntariamente	15.8	13.1	71.0				
Administrar TEC a un paciente que podría beneficiarse pero rehúsa, ingresado involuntariamente	34.4	15.7	49.8				
Aplicar contención mecánica a alguien que presenta conducta levemente desorganizada	4.7	11.0	84.4				
Hospitalización involuntaria de alguien que no representa peligro para sí o para otros	6.0	7.0	87.0				
No informar a un paciente no psicótico de los efectos secundarios de la medicación	5.4	3.3	81.3				

f=4.00, gl=1/294, p<0.05), usar contención mecánica con pacientes agitados (B=-0.038, se=0.007, f=27.91, gl=1/296, p<0.001), hospitalizar involuntariamente pacientes no peligrosos para sí o para otros (B=-0.012, se=0.006, f=4.09, gl=1/297, p<0.05), recomendar un aborto a pacientes psicóticas (B=-0.022, se=0.009, f=6.41, gl=1/292, p<0.02) y mantener relaciones sexuales con antiguos pacientes (B=-0.020, se=0.008, f=5.56, gl=1/295, p<0.02). Los psiquiatras más jóvenes consideran en más ocasiones como no ético informar a familiares contra el deseo del paciente (B=0.022, se=0.008, f=8.66, gl=1/297, p<0.004), no informar a un paciente psicótico sobre los efectos secundarios de la medicación (B=0.022, se=0.008, f=7.76, gl=1/295, p<0.006) y usar TEC contra la opinión del paciente (B=0.019, se=0.008, f=5.66, gl=1/294, p<0.02). Las respuestas no se modifican si se controla a la vez la edad y el sexo de los psiquiatras. En 9 de las 19 preguntas, aquellos que puntuaban alto en la escala de conveniencia social (Chronbach's alpha=0.60) dieron respuestas que tendían a calificar las afirmaciones como no éticas. Ni el sexo ni la edad de los

psiquiatras se relacionaba con la presencia de respuestas más socialmente convenientes.

Abusos psiquiátricos en España

Cuando se preguntó a los encuestados si la psiquiatría española respetaba los derechos de los pacientes, el 38.5% opinaba que era cierto, el 43.1% se mostró neutral y el 18.4% no estuvo de acuerdo con esa afirmación. El 12.5% de los encuestados refirió conocer abusos por motivos políticos, el 15.9% discriminación racial, el 13.6% discriminación religiosa, el 59.1% abusos sexuales y el 62.9% abusos económicos. Más de 150 de los 306 que respondieron al cuestionario afirmaron tener conocimiento de abuso de uno u otro tipo en psiquiatría. Para la mayoría la fuente de información de estas situaciones fue la prensa, más que el conocimiento directo.

En relación con los abusos políticos, las referencias se remontan al gobierno de Franco. Estos abusos incluían casos de sujetos hospitalizados por desacuerdos con el gobierno, falsificación de documentos de identidad de individuos hospitalizados para usar sus votos en referéndums y despidos de psiquiatras por su ideología política. También se refirieron algunos abusos más recientes, como el caso de algunos profesionales separados de su puesto de trabajo por desacuerdos con los gobiernos de algunas comunidades autónomas, así como la hospitalización injustificada de presuntos colaboradores de ETA.

Se describen algunos ejemplos de discriminación racial referida a los gitanos, incluyendo el empleo de algunos tratamientos como castigo, los abusos físicos y la escasa preocupación por la evolución de su trastorno mental. También se reseñan algunas prácticas discriminatorias hacia emigrantes y personas de bajo nivel socioeconómico. Se mencionan numerosas ocasiones en las que se imponen las creencias religiosas a pacientes y compañeros de trabajo. Además, algunos encuestados indican que algunos profesionales de salud mental han perdido su trabajo por su ideología religiosa.

Se hacen constar casos de abusos sexuales a pacientes del sexo femenino, retrasados mentales y psicóticos crónicos. La forma más común de abuso referido, sin embargo, es el económico, especialmente en la práctica privada. Se incluye la petición de exploraciones innecesarias y de alto coste, el traspaso de pacientes de centros públicos a privados, el uso de formas prolongadas de psicoterapia, las hospitalizaciones innecesarias,

las facturas exageradas, la venta de fórmulas magistrales a alto precio directamente a pacientes, la falsificación de informes psiquiátricos y la incapacitación de pacientes para mantenerlos en tratamiento. En el sector público se reseñan robos por parte del personal del dinero de los pacientes y casos en que se obligó a los pacientes a realizar tareas que correspondían al personal del centro.

Discusión

El proceso de reforma psiquiátrica llevado a cabo en España desde los años 80, basado en la desinstitutionalización y el cuidado comunitario ha modificado tanto los servicios de salud mental como la percepción social de la enfermedad mental entre los profesionales y la sociedad en general^{19,20}.

La principal limitación de este estudio ha sido el bajo índice de respuesta obtenido con la dificultad añadida de no poder determinar si esto ha introducido sesgos. Este bajo porcentaje de respuestas es consistente con otras encuestas postales realizadas en España^{21,22}.

El grado de acuerdo con el diagnóstico y la confianza en el mismo entre los psiquiatras fue alto para los casos de esquizofrenia y depresión mayor. El tercer caso, que presentaba a un sujeto sin trastorno mental evidente, tuvo una amplia gama de respuestas, aunque el 58% de los que respondieron confiaban en su diagnóstico. El elevado acuerdo en los dos primeros casos refleja hasta qué punto están extendidas en el país las clasificaciones internacionales. Respecto a la discusión del diagnóstico con el paciente, los psiquiatras actúan de acuerdo con la gravedad de la sintomatología. La oposición del paciente a que se informe a su cónyuge con frecuencia no influye en la actitud de los médicos. Si comunicar el diagnóstico o informar de efectos secundarios de la medicación interfiere con el cumplimiento terapéutico, se es más reticente a informar al paciente. La hospitalización involuntaria se correlaciona con la presencia de conductas violentas o riesgo de suicidio. Del mismo modo, el aumento del riesgo suicida supone un incremento de la prescripción involuntaria de TEC. En general, el psiquiatra tiende a adoptar una actitud paternalista cuando los intereses clínico-terapéuticos pueden resultar comprometidos o cuando el paciente presenta una sintomatología más grave.

Los psiquiatras tienen más dificultades para indicar restricciones físicas que agentes psicofarmacológicos para tratar la agitación o la conducta violenta. El uso de

medicación es consistente con nuestra cultura médica, mientras que las medidas restrictivas se asocian con contextos carcelarios. Por otro lado, se infravaloran los riesgos asociados al uso de medicación.

La mujer es considerada más frágil, necesitada de protección o infravalorada. Esto puede explicar la resistencia a decir a mujeres deprimidas su diagnóstico, o el por qué el esposo de una mujer psicótica es informado con más frecuencia contra la opinión de la paciente. Una mujer psicótica y con conductas violentas tiene más probabilidades de ser medicada. El varón con ideas suicidas es hospitalizado involuntariamente con más frecuencia, y su esposa informada si es necesaria su colaboración en el tratamiento.

A pesar de algunos comentarios de los encuestados sobre diferencias en el tratamiento en función de la clase social, no aparece ninguna evidencia de ello en las respuestas al cuestionario.

Las características demográficas del psiquiatra modifican su práctica clínica en algunas ocasiones. Los médicos varones son más propensos a indicar la hospitalización involuntaria, a medicar de modo forzoso y a informar a los cónyuges de los pacientes psicóticos. Del mismo modo, en el caso de la depresión, los psiquiatras varones tienden a contener físicamente con más frecuencia a un paciente violento. Curiosamente, en el tercer caso son los psiquiatras varones los que opinan en mayor número que el paciente no requiere tratamiento.

Respecto a la edad, en los tres casos clínicos se mantiene constante la tendencia de los psiquiatras más jóvenes a establecer límites verbales, mientras que los de mayor edad se inclinan por la contención física y la hospitalización involuntaria. En el cuestionario de actitudes los psiquiatras de más edad aparecen más preocupados por cuestiones claramente asociadas con el abuso de los pacientes, tales como las medidas de restricción física, la TEC, la hospitalización involuntaria, las relaciones sexuales y el aborto. Mientras tanto los psiquiatras más jóvenes centran su interés en el consentimiento informado y en la información sobre el diagnóstico y los efectos secundarios de la medicación. Las diferencias de valores éticos se corresponden con dos modelos: cuestiones filosóficas e ideológicas en el grupo de más edad frente a preocupaciones pragmáticas de la clínica cotidiana entre los jóvenes.

Aparecen algunas discrepancias entre las respuestas a los casos clínicos y al cuestionario de actitudes, donde las cuestiones se presentan fuera de un contexto clínico. Por

ejemplo, los psiquiatras tienden a respetar los derechos del paciente a la información y a la confidencialidad, pero cuando se enfrentan a una decisión clínica algunos encuestados alteran sus actitudes.

Más de la mitad de los encuestados refieren abusos de la psiquiatría en España, tanto en el pasado como en la actualidad. Nuestra exposición de resultados no ha detallado todas las cuestiones que surgieron, tales como la limitación de derechos civiles, el tratamiento de homosexuales o las consecuencias de la desinstitutionalización. Es evidente que los resultados muestran la necesidad de debatir y seguir de modo permanente la situación de las cuestiones éticas de la práctica psiquiátrica. Este debate es congruente con el respeto a los derechos humanos y a la ética que caracterizan a la actual reforma de los servicios psiquiátricos.

Bibliografía

1. González A, Moreno A, Pérez E, Ponte N, Rodríguez JL. Ética y psiquiatría. *Psiquiatría Pública* 1995;3:143-152.
2. Adebimpe V. Race, racism and epidemiological surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:27-31.
3. Lawson WB, Hepler N, Holladay J, Cuffel B. Race as a factor in inpatient and outpatient admissions and diagnosis. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:72-74.
4. Strakowski S, Shelton RC, Kolbrener ML. The effects of race and comorbidity on clinical diagnosis in patients with psychosis. *J Clin Psychiatry* 1993;54:96-102.
5. Ubenhauer SL, DeWitte LL. Patient race and social class: attitudes and decisions among three groups of mental health professionals. *Comprehensive Psychiatry* 1978;19:509-515.
6. Pallis DJ, Stoffemayr BE. Social attitudes and treatment orientation among psychiatrists. *Br J Med Psychology* 1973;46:75-81.
7. Loring M, Powell B. Gender, race and DSM-III: A study of objectivity of psychiatric diagnosis behavior. *J Health and Social Behavior* 1988;29:1-22.
8. Fenton WS, Robinowitz CB, Leaf PJ. Male and female psychiatrists and their patients. *Am J Psychiatry* 1987;144:358-361.
9. Dial TH, Grimes PE, Leibeluft E, Pincus HA. Sex differences in psychiatrists' practice patterns and incomes. *Am J Psychiatry* 1994; 151 : 96 - 101.
10. Lindenthal JJ, Thomas CS. A comparative study of the handling of confidentiality. *J Nerv Ment Dis* 1980;168:361-369.
11. Hermen JL, Gartrell N, Olarte S, Feldstein M, Localio R. Psychiatrist-patient sexual contact: results of a national survey II: psychiatrists' attitudes. *Am J Psychiatry* 1987;144:164-169.
12. Riecher A, Rössler W, Löffler W, Fätkenheur B. Factors influencing

- compulsory admission of psychiatric patients. *Psychol Med* 1991;21:197-208.
13. Pippard J, Ellam L. Electroconvulsive treatment in Great Britain. *Br J Psychiatry* 1981;139:563-568.
14. Rosenfield S. Race differences in involuntary hospitalization: psychiatric vs. labeling perspectives. *J Health Soc Behavior* 1984;25:14-23.
15. Peszke MA, Affleck GG, Wintrob RM. Perceived statutory applicability versus clinical disability of emergency involuntary; hospitalization. *Am J Psychiatry* 1980;137:476-480.
16. Levav I, Kohn R, Flaherty JA, Lerner Y, Aisenberg E. Mental health attitudes and practices of Soviet immigrants. *Israel J Psychiatry Related Sci* 1990;27:131-144.
17. Kullgren G, Jacobsson L, Lynöe N, Kohn R, Levav I. Practices and attitudes among Swedish psychiatrists regarding the ethics of compulsory treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:389-396
18. Szabo CP, Kohn R, Gordon A, Levav I, Hart GAD: Ethics in the Practice of Psychiatry in South Africa. *SAMJ* (in press).
19. Desviat M. La Reforma Psiquiátrica. Madrid:Dor, 1994.
20. Desviat M, Delgado M, Fernández San Martín I, et al. Morbilidad psiquiátrica en población general en Leganés y Pinto (Madrid). Uso de servicios de salud mental y opiniones y actitudes de la población hacia la salud mental. *Psiquiatría Pública* 1997;5:315-326.
21. Lebow JL. Client satisfaction with mental health treatment: methodological considerations in assessment. *Eval Rev* 1983;7:729-752.
22. Ruggeri M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29:212-227.

Rehabilitar la ciudad

La des-institucionalización y el protagonismo de los usuarios y ciudadanos

E. VENTURINI

Director del Departamento de Salud Mental de Imola

Introducción

Roseto es un sereno pueblo de 1600 habitantes de Pennsylvania. Su nombre probablemente no significa nada para la mayoría de las personas. Sin embargo, lo que ocurre aquí tiene gran importancia para las políticas sanitarias. En los años 50 una investigación de Stewart Wolf y J. Bruhn puso en evidencia que la probabilidad de infarto, en este pequeño pueblo, era 40% inferior respecto a la media de EEUU, en igualdad de condiciones de enfermedad, alimentarias y comportamentales. ¿Cuáles eran las razones de esta mayor resistencia? Después de muchos estudios, se entendió que las razones residían en las características sociales de esta pequeña comunidad de italo-americanos. En su seno existía una fuerte cohesión social y una profunda ética de igualdad. Estas características culturales fueron interpretadas como protectoras del estrés e, indirectamente, como protectoras del infarto. Como otra prueba, agregamos este dato: cuando, por exigencia de las jóvenes generaciones, se modificaron los valores culturales colocándose éstos en los niveles típicos del americano medio, el porcentaje de infartos aumentó progresivamente.

También Alameda City resultará desconocida a la mayoría de las personas. Sin embargo, valdría la pena reflexionar mucho sobre la investigación que se realizó a finales de la década de los años 70 por parte de L. Berkman y S.L. Syme. En este condado de la Bahía de San Francisco, un estudio realizado sobre 6.928 adultos demostró, después de 9 años, cómo las personas con débiles lazos sociales tuvieron más probabilidad, dos veces superior, de morir que los que tenían mejores relaciones.

Existe otro elemento que interviene con un papel determinante en el destino de las personas: ¡la desigualdad! Sociedades con menor diferencia de ingresos entre ricos y pobres, como Suecia y Japón, gozan de valores más altos de expectativa de vida. Una distribución pareja de riqueza y de ingresos, provoca una sociedad más armoniosa y, en cierto modo, más sana. Algunos autores han calculado, por ejemplo, para cada aumento en el porcentaje de desigualdad, un aumento de 2 ó 3 veces los valores de muerte.

La red social, por tanto, es un potente agente de salud, acelera el proceso de curación, aumenta la supervivencia. La presencia o ausencia de una red social estable y confiable, constituye un círculo virtuoso o un círculo vicioso que influye sobre el pronóstico de la enfermedad o sobre la longevidad. Una red social poco importante no activa las posibilidades de respuesta en las situaciones de crisis, pero tampoco una red demasiado importante la favorece. Hace falta una forma fuerte y ramificada de relaciones, como nos lo explican la *network analysis* y el sistema de red. Construir esta red es muy trabajoso, costoso y complejo. Pero este potente sistema "inmunitario" existe espontáneamente en la realidad y tiene un nombre: capital social.

Tres veces por semana las calles principales y la plaza de Imola se animan: son los días del mercado. Hay un fermento difuso, la gente se mueve por los puestos de mercado, discute los precios, discute animadamente. Los bares se llenan de gente: es la ocasión de encuentros y de charlas. Todos dan vueltas: las mujeres con la bolsa de la compra, los ancianos hablan en voz alta sobre temas de deporte o política, y, en un lugar bien determinado de la plaza, están también los jóvenes, los rebeldes con el arito

y los "yuppies", naturalmente bien distinguidos entre ellos. También los hombres políticos se hacen ver, tal vez con la excusa de tomar un café en el bar: saben que esas ocasiones son extraordinarias para tomar el pulso a los humores de la gente. Por todas partes hay un hormigueo excitante y se tiene la impresión de encontrarse en un gran escenario, donde cada uno actúa en su papel de protagonista. Dice Pitágoras que "en el mercado de la vida está quien compra, quien vende y quien mira"... por cierto, nada hay con más vida que el mercado. ¡La plaza y las calles de Imola, en estas ocasiones, simbolizan y dan forma al llamado "capital social"!

El capital social

¿Qué es el capital social? En sociología se define "capital social" al conjunto de características, que aumentan la eficiencia de una organización social, facilitando la coordinación de las acciones individuales. La confianza, las normas de reciprocidad y las redes de compromiso cívico son las características principales del capital social. Estas cualidades se refuerzan entre ellas y se dirigen hacia una reciprocidad generalizada, hacia una serie continuada de relaciones de intercambio, no siempre correspondidas, pero con el presupuesto de que lo serán en el futuro. Por lo tanto, no existe un detallado balance de bienes intercambiados, existen solamente obligaciones de dar y recibir, no determinadas en el tiempo y en los contenidos: se trata de un contrato moral*.

La definición del valor y de la importancia del capital social se confirma en el texto de Putnam de 1993: *La tradición cívica en las regiones italianas*¹, una investigación que duró 20 años, desde que fueron instituidas las regiones, en 1970, comisionada por el gobierno italiano, para evaluar la evolución de estos nuevos institutos en la realidad italiana durante el transcurso de los años. El texto abre con una pregunta del autor: "¿Cómo se explica que algunos gobiernos democráticos tengan éxito, mientras que otros fracasen?" Pregunta que asume un valor que supera los confines italianos y que encuentra respuesta, según el autor, en la mayor o menor presencia del capital social en el contexto que se examina". La conclusión de este autor es que no son suficientes el progreso económico o las instituciones públicas para decretar el éxito de la democracia, es necesario sobre todo, un tejido social, que pueda dar soporte a la cooperación y a la confianza recíproca. La extensión de

la solidaridad, más allá de los lazos familiares, se considera un pre-requisito indispensable en el funcionamiento de una organización democrática. En este contexto los ciudadanos esperan un buen gobierno, exigiendo servicios públicos eficientes y están dispuestos a reaccionar colectivamente para alcanzar sus objetivos comunes. El capital social es la clave para hacer funcionar la democracia.

Posteriormente, en 1995, el autor reforzó esta hipótesis suya, con un estudio hecho en los EEUU, *Bowling Alone*², donde el título indica ya mucho. El jugador de bowling solitario es la metáfora de la caída del capital social que se estaría verificando en ese país. Respecto al pasado habría una vuelta hacia atrás. No se juega más a *bowling* en grupo. A partir de una revisión analítica de los datos que se desprendían de un estudio desarrollado en EEUU en el curso de los últimos 20 años, el autor explora algunos indicadores (educación, tiempo libre, matrimonios, movilidad, papel de la mujer) y reconoce una caída del asociacionismo en las generaciones contemporáneas. Nota un menor interés de involucrarse en asociaciones de voluntariado y en las de carácter político, que interpreta como una pérdida de confianza entre los individuos y hacia las instituciones**.

Imola

Imola es un ejemplo excelente de una realidad dotada con un fuerte capital social.

Imola es la patria de Andrea Costa, fundador del partido socialista italiano, primer ayuntamiento en la historia italiana gobernado por la izquierda, sede de la primera cooperativa social. Actualmente Imola constituye, junto con Manchester (UK), Mondragón (Es) y Quebec (Can), uno de los lugares en el mundo con mayor concentración de actividades cooperativas. En una población de 104.062 habitantes (censo municipal), los socios de cooperativas son 45.456 (poco menos de un habitante cada dos) y las personas empleadas en las cooperativas son casi el 18% de la población laboral. Según los datos relativos al cierre del balance de 1997⁴, son 94 las empresas cooperativas. La facturación anual de las cooperativas es de \$1.500 millones de dólares y constituye casi el 65% de todo el PIB del sector industrial de Imola. Las personas en busca de trabajo son un número exiguo, lo que confirma la casi total ocupación. Nos encontramos frente a un grupo de empresas, que han conquistado un primer lugar, en el campo económico y

Tabla I

LISTA DE LAS PRINCIPALES ASOCIACIONES IMOLENAS QUE INTERVIENEN EN EL SECTOR SOCIO-SANITARIO (valores expresadas en liras italianas)

	Actividad	Socios	Empleados	Facturación
Cooperativa Social Trabajadores cristianos	Gestión de restaurante y venta cooperativa	90	6	295 millones
Cooperativa Solidaridad Social	Asistencia y rehabilitación del malestar psico-social	22	6	340 millones
Consortio Cooperativo Gerico	Servicio a las personas y ayuda a las familias	23	=	=
El Bosco Soc. Cooperativa	Gestión escuela y Centro veraniego para menores	72	18	508 millones
La Sonrisa Coop. Social	Recuperación psicofísica de drogadictos, y alcohólicos	183	25	1.136 millones
El Arco Coop. Social	Trabajo de alambres y cerámica (personas con handicap)	25	11	932 millones
SEACOOOP Soop Soc. Onlus	Servicio socio-rehabilitación Socio-asistencial y educativo	162	163	6.668 millones
SOL.CO	Asesoramiento jurídico-contable, económico y financiero, formación	334	179	7.674 millones
A.TL.AS Coop. Solid. Social	Salud Mental y handicap	142	111	4.901 millones
Grillo Parlante	Servicios para la infancia guarderías	21	6	266 millones
Coop. Social Jóvenes Encuadernadores	Encuadernación operativa y personas con handicap	65	18	952 millones

	Actividad	Socios	Empleados	Facturación
La Gaviota Coop. Social	Servicio socio asistencial para menores	21	1	22 millones
IMOLA solidaridad	Servicio socio-asistencial ancianos y enfermos	34	20	635 millones
Coop. Soc. LA MERIDIANA	Inserción laboral de personas con desventajas	12	2	94 millones
Casa de Hospitalidad Anna Guglielmi	Hospitalidad para parientes de los internados	67	2	152 millones

social, a nivel europeo. La realidad cooperativa imolesa todavía hoy está en fuerte expansión, gracias a la capacidad de adecuarse y al compromiso de mejorar infraestructuras y servicios⁶.

Más allá de los datos cuantitativos, el punto de fuerza de la cooperación de Imola está representado por los Socios y por la confianza recíproca que los une. Los socios trabajadores, los ejecutivos, los dirigentes, han dado vida a un sistema productivo fundado sobre tecnologías avanzadas y sobre estructuras de *marketing* de buen nivel, pero estas empresas han puesto en el centro de la atención, sobre todo al hombre y su capacidad de trabajar, mediante relaciones horizontales. La cooperación representa, en efecto, una idea distinta de dedicarse a la empresa: una empresa que premia el trabajo y sus méritos, pero privilegia al hombre. Punto de fuerza del distrito cooperativo de Imola, es su radicación en el tejido social y el fuerte lazo con las instituciones locales. A este propósito, vale la pena citar un estudio reciente³, con el objetivo de medir la calidad de vida de una comunidad, basada en los principios de igualdad, respecto de la comunidad que se fundamenta en principios convencionales. La comparación se hizo entre Imola y Sassuolo: ambas ciudades tienen el mismo número de habitantes, el mismo nivel económico, pero un número distinto de cooperativas (casi ausentes en Sassuolo). En Imola hay una fuerte presencia del voluntariado, un mayor número de ocupados y una distancia menor entre ricos y pobres. Lo que impresiona en este estudio es la vida media mayor en Imola que en Sassuolo, con una baja de la mortalidad del 14% en los

últimos 6 años. Son necesarias otras investigaciones posteriores, pero parece altamente probable la influencia positiva desempeñada por la acción cooperativa sobre la salud. Este estudio refuerza investigaciones precedentes sobre el infarto, cuya importancia, parece estar fuertemente relacionada con la posición jerárquica y la capacidad de intervención del trabajador en su propio trabajo.

Junto a los procesos de reorganización empresarial, se registra en los últimos años, en Imola, el nacimiento de nuevas empresas en el sector social, según el concepto de solidaridad que siempre acompaña al movimiento cooperativo. La actividad desarrollada se destina a las personas más débiles y necesitadas y se dirige a garantizarles una mejor calidad de vida. Las cooperativas sociales se ocupan de la recuperación de los drogadictos, de la promoción humana y social de los minusválidos, de la integración laboral de los discapacitados pero también en el sector de la infancia, el de los ancianos y de las familias que afrontan situaciones de malestar (tabla I).

El uso del capital social en el proceso de desinstitucionalización

Imola ha sido sede de dos de los más antiguos y poblados hospitales psiquiátricos de Italia. El proceso de superación del hospital psiquiátrico fue conducido con modalidades radicales: el manicomio fue cerrado completamente, todas las altas ocurrieron a través de proce-

Los individualizados, no se ejercieron diferencias entre pacientes psiquiátricos, pacientes con discapacidad física y ancianos, no se identificaron pacientes psiquiátricos "difíciles", o mejor dicho, se consideraron como factibles de resolución todas las situaciones difíciles de larga institucionalización y de muy reducida autonomía, que caracterizan el "residuo" manicomial.

Todos los que solicitaron (106 personas) volver a sus lugares de origen encontraron respuesta a su deseo, para todos los demás (330 personas), que podían encontrar una solución propia, se realizaron 26 casas fuera de la zona del hospital, en 13 municipios distintos. Los expacientes, sus familiares y numerosos ciudadanos participaron en la administración de estas casas. A los recursos económicos del hospital psiquiátrico se les dio otro destino. El personal precedente fue sustituido principalmente por los trabajadores de las cooperativas del sector privado-social. El área del antiguo hospital ha sido destinado a la realización de un gran proyecto público, cultural y social, que, junto con la institución de una Universidad Internacional de la Música, respeta la "memoria" del lugar y las realidades de la desinstitucionalización (sedes de cooperativas de inserción laboral, asociaciones, grupos de auto ayuda...) Porque, como dice Michelucci en "Nave dei Folli"⁴ ("El Barco de los locos"):..."la ciudad necesita recordar, apropiarse de algunos aspectos que estuvieron conectados íntimamente a los comportamientos de los locos; tendría que enriquecerse siempre con una voz que, a pesar de parecer disociadora al principio, dé un significado distinto, más profundo a lo que, hasta ahora, ha sido definido como el espacio de la cordura".

El "proyecto valerio" y el "taps project"

Nos pusimos a comparar nuestra experiencia, llamada "Proyecto Valerio", por el nombre del paciente más grave al que pudimos dar respuesta a sus necesidades, con el proceso de des-hospitalización realizado en la parte nordeste de Londres y conocido con el nombre de "Taps Project"⁵⁻⁹.

Nos impresionaron una serie de semejanzas importantes: en ambos casos se hace referencia a dos hospitales (Lolli-Osservanza y Friern-Claybury), la duración del proceso es idéntica (8 años que llegan a ser 11 con la fase preparatoria y la evaluativa), la "catchment area" semejante (1.100.000 habitantes para Londres, 1.300.000

habitantes para Romagna), el número de internados también es comparable (772 en Londres, 656 en Imola), la cantidad de altas protegidas es prácticamente igual (78,4% en Londres, 75% en Imola).

Las diferencias son igualmente significativas y nos permiten poner en evidencia la diversidad de los dos "modelos". Antes que nada, el objetivo declarado: en Inglaterra se proponen subrayar un prototipo de desmanicomialización que tuviese en cuenta la relación costes/beneficios, en Imola había que aplicar la ley, y al mismo tiempo se quería afirmar un nuevo paradigma científico: la des-institucionalización. La puerta de entrada de los hospitales de Imola estaba naturalmente cerrada, mientras que estaba abierta a Friern y Claybury, por tanto, la edad media de los pacientes italianos era más alta que la de los ingleses. En Imola se consideró factible dar de alta a todos los internados, sin distinción de patologías o franjas de edad y sin delegar a otras agencias, en Londres se excluyeron los dementes y los pacientes de larga estancia de más de 65 años. Además en Londres nos encontramos con una cuota ulterior de 72 pacientes que no podían ser dados de alta (los DTP: "difficult to place"). Las cifras anuales de los datos de alta muestran en Londres un número mayor al comienzo del proceso (se da de alta en seguida a los pacientes menos problemáticos), mientras en Imola ocurre lo contrario (los pacientes menos problemáticos son dados de alta al final del proceso). La secuencia de las altas en Londres respeta la programación inicial, en cambio, en Imola hay una influencia significativa de los factores externos (disposiciones organizativas de la USL, leyes regionales y nacionales). Los efectos de la desmanicomialización se evalúan en Londres a través de una batería de tests, además se establecen controles para confirmar el alta. En Imola la posibilidad práctica ofrecida a los que se han dado de alta para revisar su decisión nunca fue ejercida por los interesados, se aplican evaluaciones empíricas, se adopta la escala de Ciompi sobre los niveles de autonomía, se realiza con el Instituto Mario Negri de Milán un test sobre la evaluación de la calidad de vida en las residencias. Al final, los recursos económicos del proyecto inglés se consiguen a través de la reconversión total de los inmuebles, vendidos desde el principio a manos privadas; en Imola la financiación deriva de un proyecto especial de la Región Emilia-Romagna.

Es interesante examinar la tipología de las residencias en ambas experiencias. En ambos casos se hace referencia a viviendas sin connotaciones socio-sanitarias: *ordinary*

house en Londres, *residence collective* en Imola. La cantidad de trabajadores presentes en las casas es alta con una relación de 1:1, como en los "pabellones de agudos". La interacción con los vecinos de casa ocurre sólo cuando el asentamiento ha ocurrido. Desde ese momento se ponen en marcha importantes acciones de integración social (fiestas, eventos colectivos).

El número medio de los huéspedes, en cambio, es diferente: 9 en Londres, 15 en Imola. La tipología residencial es de tipo popular en Londres, de nivel medio-alto en Imola (edificios con jardín ubicados en la ciudad). La propiedad es exclusivamente pública en Londres; en Imola es generalmente en alquiler o de propiedad del sector privado-social, gerente de la residencia (esta elección se debe a que tratamos de no inflacionar una futura oferta de viviendas, con un alto número de lugares públicos disponibles). En las residencias de Imola existe una asistencia domiciliaria provista desde fuera, en Londres la mitad de las residencias es autosuficiente. La asistencia médica es ofrecida por el médico de base para todos los dados de alta en Imola, en cambio, en / de los dados de alta ingleses, la asistencia sanitaria todavía es desempeñada por el hospital psiquiátrico.

Rehabilitar la ciudad y no al paciente

Desde el comienzo del proceso de superación del "residuo manicomial" se privilegió la búsqueda de recursos fuera del contexto sanitario.

Primeramente se consideró que el paciente constituía un recurso, el más importante. Nos interesaba rescatar su parte "sana", su potencialidad no reconocida, ni valorada. La palabra de orden era desarrollar el protagonismo de los usuarios, considerando que desde el exterior no podía actuar ninguna forma de rehabilitación. ¡No se puede rehabilitar al otro! Toda intervención pedagógica-técnica es pura manipulación, falsificación: sólo el mismo sujeto se rehabilita a sí mismo. Al técnico se le exige que permita este proceso poniendo a disposición del otro sus competencias y su experiencia, provocando una redistribución de los poderes, internos y externos de la persona, aumentando la capacidad de contratación del usuario (y que se note bien que no nos referimos sólo a valores de tipo económico).

No nos propusimos integrar al paciente en la sociedad, sino todo lo contrario: integrar la comunidad al paciente. La otra

palabra de orden era, en efecto, "rehabilitar la ciudad". La ciudad (y en particular una parte significativa de sus ciudadanos) ha sido incluida en el proceso y se ha convertido en protagonista del cambio (nos referimos en particular, a la significativa colaboración de los colegios). La des-institucionalización, en efecto, no se refiere sólo al hospital psiquiátrico y a los aparatos institucionales, se refiere sobre todo a los personajes que actúan en el papel de enfermos y los que actúan en el papel de sanos. Cuando, implícitamente, se pone en discusión el confín que separa a estos personajes, algo -que no era conocido antes por ambos- puede comenzar a existir: la percepción de la existencia de la otra parte de sí mismo, tal vez la mejor.

El lugar de encuentro estaba constituido por la práctica de los derechos. No más denuncias, exigencias de reparación, estatutos específicos para los enfermos, sospechas de falsa identidad.

En cambio, reconocimiento recíproco, toma de conciencia de los propios derechos, apoyo a ejercerlos. Mejor destruir "las barreras arquitectónicas" que realizar recorridos diferentes. Mejor insistir obsesivamente con el principio de reciprocidad. Sabíamos bien que la integración sólo ocurría de manera efectiva cuando existía una ventaja común. No hay intercambio si la relación va hacia una única dirección, en este caso existe una relación paternal, fundamentalmente desvalorizada. Por este motivo no se valoraron tanto las ocasiones que ponían en evidencia las necesidades de los pacientes, cuanto las que promovían una oferta de algo hacia los demás; oferta a menudo gratuita, simbólica, pero que correspondía a las necesidades de la sociedad.

Cuando se "abría" una residencia, nuestro pensamiento se dirigía al mapa de recursos de aquel territorio, pero también al análisis de sus necesidades. En efecto, sabíamos que hubiéramos sido aceptados mejor por las personas de ese territorio si, de alguna manera, podíamos lograr serles útiles.

Las residencias, lugares de producción social

El hábitat o el espacio constituyeron, desde siempre, el punto central de la psiquiatría. La historia de la psiquiatría es, en efecto, una historia de espacios, de murellas, de recintos, de definiciones y de delimitaciones, verdaderas o simbólicas, externas o internas en las personas. Me refiero naturalmente a los significados conectados con los espacios hospitalarios, a los de los asilos, a las estructuras residenciales o los semi-residenciales, a las

comunidades protegidas, a los grupos-apartamento, pero me refiero también al sentido de vivir en la familia de origen o en la adquirida, en busca de relaciones distintas, a la importancia de salir de los límites de la familia, tener un espacio, hecho a su medida, que nos permita reconocer y hacernos reconocer... Hacer posible estos pasajes atravesando los diversos papeles desempeñados por los interesados, significa incidir profundamente en la salud y en la enfermedad de las personas.

El problema de vivir toca evidentemente al paciente que se encuentra en la propia casa, en la institución o en la calle, pero toca también a quien comparte estos espacios: el familiar, el vecino, el trabajador psiquiátrico, los demás pacientes.

Por otra parte, en un determinado lugar podemos "estar" y en otro "vivir en". Como subraya Saraceno, se trata de dos condiciones profundamente distintas. En el primer caso, el espacio es ajeno e impuesto, no nos pertenece, e incluso, cuando no es claramente persecutorio, no se puede desempeñar funciones de valorización de la subjetividad. En el segundo caso, en cambio, el espacio es poseído, y al propietario, verdadero o simbólico, se le reconoce un poder de contratar, sea en cuanto se refiere a la organización material, o a la simbólica de la casa. Sólo en este caso es posible colorear afectivamente los espacios. Me parece paradigmático, con respecto a este propósito, el modo de expresarse de los trabajadores psiquiátricos cuando hablan entre ellos: no hablan de su "hacer", indican en cambio su "estar": "trabajo en el centro de salud", "estoy en una residencia", "la unidad de agudos", casi como si el lugar expresara los contenidos y los significados de su acción, su pensar, o su ser (pero, tal vez, a menudo es así, lamentablemente). Pero es paradigmática también la forma como los trabajadores identifican, consciente o inconscientemente, los espacios de su actividad, como propios. En este caso, a los usuarios se les permite estar, no realmente la de vivir.

He dicho que vivir es la cuestión central del sufrimiento psíquico, pero también lo es para todos los tipos de sufrimiento y, tal vez, en cierta medida, lo es para la misma vida..."¿A dónde vamos? Siempre a casa", recita justamente Novalis, aludiendo a un espacio de la mente y del corazón adonde tiende, recurrente, nuestra acción. El "trabajo", indudablemente, es importante por todos sus particulares significados sociales, materiales y psicológicos, pero la casa sigue siendo el lugar privilegiado de la elaboración de nuestras experiencias: aquí las experiencias se modelan, aquí el tiempo interior

encuentra su espacio, las relaciones de objeto se cargan de significados. Tenemos necesidad de retirarnos, de quitarnos sin temores la máscara social que estamos obligados a usar, de encontrarnos en una situación cargada de intercambios afectivos y de simples, pero intensas relaciones de objeto. Aunque constituye una parte esencial de nuestra vida, nadie nos enseña a "vivir en una casa", o al menos, no se nos enseña explícitamente, sin embargo, pienso que hay reglas, ritmos, pausas, técnicas relacionadas, pero también geometrías y distribuciones espaciales, que tendrían que quedar explícitas.

Paradójicamente, el papel que juega la psiquiatría es mínimo: la psiquiatría es insensible con la idea de "vivir en", está obsesionada en cambio, por el espacio, o mejor, por la idea de un contenedor, material o simbólico, en el cual circunscribir el objeto de su dominio.

El manicomio es un espacio de internamiento, que carece de interioridad y autonomía. Paredes que se reproducen a sí mismas. La del manicomio no es una arquitectura, es, más bien, una "arquitectónica", un encuentro de múltiples intenciones, dirigidas a acorralar, a separar un dentro de un fuera, a levantar barreras, creando al mismo tiempo, una sociedad en miniatura, ficticia, una parodia, un simulacro de sociedad real. Al mismo tiempo, el manicomio es -una paradoja- el lugar de la representación teatral, de la exhibición de la locura con intenciones moralizantes ("veis lo que sucede si no se respetan las reglas, si se transgreden las normas") o para tranquilizar ("si todos los locos están más allá de la puerta, nosotros podemos estar tranquilos y seguros de nuestra normalidad). Con un cierto escalofrío recuerdo cuando el personal del manicomio repetía a los internados que estaban de excursión: "es el momento de volver a casa". En un cierto sentido tenían razón, porque ese lugar había terminado por convertirse en un reemplazo de su casa, un lugar protector, una posibilidad de redes de intercambio y de relaciones. Sin embargo, de la misma manera puede ocurrir en cualquier infierno o lo que sea: una ficción, una parodia terrible, que se desenmascara ante la continua pregunta de los internados "¿Pero cuándo podemos volver a casa?", a la que no existe respuesta, si no la que manipula: "mañana".

Terminado el manicomio, ¿acaso ha terminado el furor clasificatorio y contenedor de la psiquiatría?

Lamentablemente no, en muchos, demasiados casos. Se continúa proponiendo la idea de una programación, de una esquematización reducida de la realidad. La

psiquiatría no renuncia a la idea de un proyecto totalizador y se considera por lo menos autorizada a programar, a veces hasta en los detalles, los lugares de vida de las personas. Sin duda hay una dosis de mala fe en el profesional que no cumple con sus responsabilidades programadas, aludiendo al respeto absoluto de la autonomía del paciente (que por otro lado, ésta no existe) y, en nombre de la oposición a toda especie de obstinación terapéutica, limita su tarea a abandonar al paciente. Pero no es menos criticable quien (y es la mayoría) con una perenne óptica hospitalaria, se siente objetivamente responsable por todo lo que sucede o pudiera sucederle al paciente: un "maternaje" sofocante y sin salida para quien no tiene poder. Es por eso que también las mismas situaciones que surgieron con la superación del manicomio (las nuevas residencias fuera del manicomio) pueden ser chupadas por esa misma mentalidad totalizadora, de la que han tentado escapar. Eso ocurre cuando la administración razona exclusivamente según una óptica institucional (¿cuánto me cuesta esta casa? ¿me conviene cerrar allí y abrir aquí? ¿sustituir este personal por otro más económico? ¿mezclar la actual composición de los usuarios con soluciones más útiles a la empresa?, etc.). La eficiencia organizativa se vuelve en este caso miopía burocrática, porque la historia de las personas, su carga de sufrimiento, el difícil recorrido hacia la libertad se aplastan en simples soluciones técnicas y económicas de las instituciones. Pero lo que también ocurre cuando el servicio psiquiátrico continúa considerando a estos lugares como objetos de su "poder terapéutico", y en los hechos, no en las palabras, pretenden tener la última palabra sobre la atención sobre el trabajo de los usuarios o ex usuarios, sobre la organización del tiempo libre y de la casa. Este lugar no es una "vivienda", no puede cumplir los efectos saludables incluidos en el ejercicio de la posesión de la "privacidad", este lugar continúa siendo un parche del servicio. Pero también la óptica psicoterapéutica minimiza algunas veces los efectos positivos de vivir en una casa. Está centrada demasiado en las vivencias del sujeto y de su estructura emocional, cómo se ha ido configurando en el tiempo, y tiende a no valorar que en la actualidad influye profundamente sobre ella: el ejercicio de un poder de contratación y de reconocimiento social que de ello deriva, como consecuencia tanto de un verdadero trabajo, como las satisfacciones de tener un hábitat.

¿Cómo se puede salir de esta ambivalencia: la ambi-

güedad del concepto de tutela y la necesidad de protección, por una parte, y, simultáneamente, el riesgo de ahogo y destrucción de la autonomía de la persona, por otra? ¿Cómo vencer lo que ha sido definido como "la mirada de Medea de la psiquiatría", mirada que petrifica y objetiva el poder terapéutico?

No existe una fórmula segura, ni una regla. Tal vez estemos ante el problema mismo de la existencia humana, en su anhelo contradictorio entre libertad y seguridad. Sin embargo, nos puede ayudar la idea del poder y de sus limitaciones y correcciones: lo que hace petrificadora a la mirada del psiquiatra no es una perversión específica de esta mirada, simplemente, es lo vasto de su extensión y su dominio. Actualmente, no hay ya ninguna mirada sobre el paciente: todas las miradas se han alejado progresivamente, reducido, anulado, y hasta el paciente ha terminado por negar su propia mirada. Nos encontramos ante un espacio desierto y a una delegación de dominio absoluto, porque no parece aceptarse una situación tan extendida y tan carente de control. En este caso son justamente la unicidad de la mirada y su poder, los que conducen a su destrucción. La misma historia del hombre enseña que, desde el principio de nuestra existencia, tenemos necesidad, por lo menos, de dos miradas: las de nuestros padres, y, sabemos que a éstas, muy pronto, se tienen que agregar otras, de diferentes subjetividades. Sin eso no es posible la experiencia, ni ningún aprendizaje.

Si entonces, es necesario modificar las vivencias del aislamiento, sobre todo es necesario modificar las relaciones sociales y jurídicas conectadas con la situación. Por esta razón en la hipótesis de la organización de la casa y de las residencias surgidas de la superación del hospital psiquiátrico, tenemos que hipotetizar una "línea" de gestión o de soporte distinta de la del poder terapéutico. Tenemos que favorecer la presencia de nuevos sujetos y de nuevos protagonistas. Pienso, por ejemplo en involucrar a las asociaciones de usuarios, de familiares, del voluntariado, del sector terciario, de un ente público distinto del sanitario. Tiene que modificarse principalmente la propiedad del inmueble, porque mientras la propietaria sea la empresa sanitaria, la solución de vivienda será siempre precaria: se determinará una relación paternalista, el paciente se encontrará objetivamente en una condición de inferioridad y una cierta "amenaza" terapéutica será siempre posible. Habría que, por lo menos, hacer válida la norma jurídica que regula las obligaciones y los derechos civiles en

alquiler, también en presencia de propiedad pública. Considero que el derecho privado protege principalmente al usuario. Me parecería oportuno favorecer el pago de un alquiler, aunque simbólico y de valor económico modesto. Sin duda, sería preferible la hipótesis incluida en la propiedad indivisible: los usuarios en este caso son co-propietarios del inmueble. Pero, frente a una baja capacidad de contratación de los usuarios y a una limitada capacidad de entender y querer, se puede instaurar un mecanismo garantizador, que considere la presencia simultánea de varios entes públicos, y también de sector privado social y de asociaciones.

También en este caso no se pretende mitificar a ningún sujeto, ni a ninguna fórmula. El "mercado social", por ejemplo, no significa la eliminación de todo tipo de abuso y manipulación: el libre intercambio no garantiza, automáticamente, el bien individual y el colectivo de modo justo. Siempre hay que cambiar la distribución del poder de las instituciones (y por tanto, también de las asociaciones sin ánimo de lucro) hacia el usuario. Tenemos que trabajar para transformar las cooperativas de asistencia social en cooperativas de inserción laboral y afirmar el derecho de la vivienda como parte integrante de toda intervención terapéutica. Tenemos que proyectar cada vez más una situación de acreditación de calidad de las organizaciones y estructuras de la psiquiatría, basada sobre supuestos objetivos. Lo que es esencial es la presencia de los usuarios y de sus familiares en la elección de los indicadores de calidad. Por ejemplo, a veces no es importante derrumbar barreras arquitectónicas: tal vez lo importante es derrumbar las barreras psicológicas y sociales dentro del estigma. Siempre es preferible una residencia que, dentro de sus límites, contribuya a dar la idea de casa y de familia, que una residencia fría e impersonal.

El verdadero problema es si, y cómo, los usuarios de psiquiatría participan en la determinación de los espacios, los que luego serán obligados a utilizar.

Las residencias se han vuelto un recurso de la comunidad, productoras de capital social. En las residencias se practican estrategias de incorporación de los distintos actores que componen la vieja y nueva escena de la comunidad. Los operadores son fundamentalmente intermediarios culturales, porque el terreno de su acción se refiere al conjunto de los saberes y procedimientos sociales de ese territorio. Por una parte, hay que poner la experiencia al reparto de los posibles fracasos relacionados con la exposición social de los sujetos

"anómalos", a los riesgos del conflicto y del enfrentamiento, y por otro lado, no se puede penalizar el proceso de intercambio y de conocimiento que se genera en esa misma experiencia. En ausencia de la función protectora desempeñada por la institución del hospital, y también por la mentalidad de los circuitos cronificación de los espacios artificiales de vida, es necesario enfrentarse con problemas inéditos.

Esta nueva realidad enseña que es posible poner en marcha un proceso de crecimiento dentro y fuera de las residencias sólo acentuando el protagonismo de los usuarios, dirigiendo la atención principalmente hacia el exterior, y utilizando lo cotidiano como comunicación funcional del conocimiento recíproco.

La función pedagógica se desarrolla en 4 niveles:

a) Dar a las personas comunes los instrumentos para acercarse a los temas del sufrimiento mental, permitiendo reformular el propio juicio.

b) Ayudar a los pacientes a liberarse de la fuerza coercitiva del estereotipo y promover comportamientos nuevos.

c) Restituir a la sociedad la responsabilidad de establecer relaciones directas con los pacientes, poniendo en marcha procesos de "encargarse de" por parte de la sociedad.

d) Adquirir instrumentos para intervenir sobre los mecanismos de formación de la imagen social, buscando las estrategias más adecuadas de comunicación.

El verdadero objetivo de las residencias ha sido, fundamentalmente, determinar un mayor poder de contratación de sus residentes.

El "accomplishment"

En el lenguaje empresario se habla generalmente de "accomplishment", entendiendo el impacto de las acciones. El "accomplishment" en psiquiatría se basa habitualmente en el proceso de suministro de los servicios, sobre el número de usuarios en un cierto período, sobre los porcentajes de ocupación de camas, sobre el gasto realizado. Principalmente, se toman como referencia indicadores epidemiológicos, que nos ayudan a entender si nos encontramos frente a un buen servicio o no. Cuando la organización está focalizada sobre las prestaciones; en este caso se habla de un "accomplishment orientado hacia el servicio".

No se refiere, casi nunca, a la producción de resultados para el usuario. No nos interrogamos, por ejemplo, sobre

el aumento de la capacidad de elección de las personas, sobre la extensión de sus relaciones sociales, sobre el aprendizaje de nuevas habilidades, sobre el crecimiento de sus competencias. Pareciera no tener significado preguntarse si han aumentado las capacidades de los usuarios en desarrollar trabajos dignos, de mantener relaciones sociales significativas y, específicamente, cuál es la calidad de su vivienda. ¿Qué sucede en las casas, en los lugares donde transcurre la mayor parte de la existencia de los usuarios y, tal vez, la más importante, si se trata del grupo familiar de origen o residencias colectivas? ¿Quién tiene las llaves? ¿las llaves de entrada o de las habitaciones? ¿por qué existen sitios cerrados? ¿quién lo decide y por qué? ¿quién tiene el mando a distancia del televisor? ¿quién cambia el papel higiénico? ¿todos usan los mismos cubiertos o existen vasos y cubiertos distintos para distintas personas? ¿en qué medida el usuario decide la elección de sus muebles, sus colores y sobre la organización de los espacios?... Cosas muy simples, pero también indicadores eficaces para entender qué sucede en un lugar dado, para entender si el derecho de ciudadanía no se limita a genéricas afirmaciones de principios, sino que se hace práctica, se concreta. Si se prescinde de estas "tonterías", no hay terapia y toda intervención, aunque técnicamente perfecta, corre el riesgo de resultar estéril, inútil. Por estas razones considero que se tiene que pensar cada vez más en un "accomplishment orientado hacia el usuario", más que uno orientado exclusivamente al servicio.

Hace poco tiempo, durante una iniciativa nuestra dirigida a sensibilizar a la comunidad sobre el proceso de superación del hospital psiquiátrico de Imola, solicitamos a cada una de las residencias surgidas de ese proceso tratar un tema que fuera importante para ellos. Una de estas casas eligió una palabra, o mejor dicho un giro, para estimular las reflexiones de sus usuarios: la palabra era "por fin". Los pensamientos más originales se reprodujeron en unas camisetas, vendidas al público. Se podía leer: "Por fin salgo del manicomio", "Por fin puedo moverme libremente", "Por fin puedo comprarme lo que yo quiero". Pero una frase me impresionó. Decía: "Por fin puedo ir al baño y quedarme todo el tiempo que quiero". He reflexionado sobre lo que debe haber sido la vida para el autor de esta frase. Durante años esta persona vivió en un lugar donde no existía la puerta del baño, siempre lo atravesaba la mirada de todos, también en los momentos más íntimos, no era propietario de su tiempo, ni de su cuerpo. Pensaba también cuán impor-

tante es para mí ir al baño, aislarme, bañarme en paz, leer el diario, estar tranquilo. Creo que mantener esta intimidad, no sentirme violado, ni ser alienado refuerza el propio yo, contribuye a la propia identidad.

El poder social y de contratación de una persona nace también y, sobre todo, de estas simples cosas, del reconocimiento de los derechos, que no pueden ser negados totalmente aun en presencia de riesgos y accidentes.

Tal vez, a veces, una puerta del baño puede ser más importante que un psicofármaco o que una psicoterapia. Pero todo eso a la mayor parte de los psiquiatras no les importa y el "vivir en" (¿por qué será?) queda después del curar, después de miles de cosas inútiles que no tiene nada que ver con las necesidades de las personas.

Imaginar otra ciudad

Murallas visibles e invisibles atraviesan nuestras ciudades, barreras estructurales y psicológicas relegan y esconden a individuos. Has Egon Holthusen en "Der unbegehauste Mensch" pone en evidencia cómo la amenaza del extranjero se relaciona con la percepción de un hombre sin casa. Su "no pertenecer" a un lugar protector, contenedor y lleno de significados, como lo es la casa, provoca la percepción de su peligro.

La relación entre espacios y subjetividad se manifiesta justamente en el vivir cotidiano de la ciudad, en las luchas microscópicas del día a día, en las que se encuentran los hombres comunes. La ciudad vista con la mirada de la razón está impregnada de miedo: los extranjeros, los locos, los desviados, no son dignos de confianza. La cordura querría limpiar la ciudad, hacerla homogénea en sus olores y ruidos en una dimensión depresiva y desvitalizante. Existen ciudades del Tercer Mundo que están militarizadas, y existen ciudades descarnadas en nuestra sociedad: espacios donde la fecundidad del conflicto y de la experimentación se diluyen en imágenes banales, en vacíos, en "sin sentido", en lugares anónimos, en plazas desiertas, en centros comerciales hormigueantes de simulacros, en existencias virtuales.

Pero también existen los actos creativos, los comportamientos anómalos o transgresores colocados al margen. Están los locos, por ejemplo, o los ex locos, "los usuarios" de las residencias surgidas después de la superación del hospital psiquiátrico, los "dados de alta" casi nunca aceptados en su "regreso" a la comunidad, rechazados presuntuosamente o porque tal vez se

advierten como una amenaza para la tranquilidad y el "buen sentido común".

En cambio, su presencia puede ser la posibilidad que permita descongelar las imágenes estereotipadas de nuestra alienación, se vuelve un indicador y un activador de capital social. Entrar en una red social ya viva, permite, a quien siempre estuvo a los márgenes de la historia, poder llegar a ser autor de su propia historia, superar el papel de enfermo y llevarlo hacia otros roles (el ciudadano, el poseedor de derechos, el consumidor, el productor), permite a todos nosotros la posibilidad de participar en un gran cuento que derrota el ritual de la muerte.

Las pequeñas invenciones que rodean lo cotidiano de la vida fuera del manicomio asumen el valor de una especie de micro-revolución. Cuando se deja atrás el miedo "del otro", del extranjero, es posible darnos cuenta del valor que tienen los gestos, los nuestros y los de lo demás, dar importancia a las pequeñas acciones que se resisten al silencio y a la indiferencia. Las dinámicas sociales, por una parte promueven, por otra, nos meten en los guetos; por un lado crean barreras y divisiones, por otro producen instrumentos para superarlas. En todos los casos el aumento de intercambio nos impone que proyectemos una cultura para una sociedad cada vez más compleja, que sea capaz de ser acogedora y abierta a relacionarse. Y ya que la locura se siente como un peligro que puede volver a activar nuestras emociones, el poder experimentar la experiencia de la convivencia, el poder participar con gran intensidad y emoción en la recuperación de la dimensión de ciudadanía de estas personas, nos permite reconocernos en ellos y aceptar al final, exactamente, la parte negada de nosotros mismos. Este proceso se conecta con la red social de la comunidad, pero simultáneamente alimenta y refuerza esta red, estira el tejido, refuerza los puntos. Este proceso crea confianza, reciprocidad, solidaridad: este proceso crea capital social. Es la liberación de la indiferencia, es el volver a contar la historia, que como en los cuentos, nos aleja de la muerte: la historia interrumpida y por fin, retomar nuestra vida.

Nota

* El término capital social, es de reciente introducción. En efecto, era en 1990 cuando el sociólogo James S. Coleman lo trató por primera vez en una publicación, indicándolo como

un nuevo recurso económico, que no había sido tenido en cuenta anteriormente. Pero el concepto de capital social encuentra sus raíces mucho más alejadas en el tiempo: en las reflexiones de Macchiavelli (1513) sobre las instituciones republicanas, cuyo éxito o no, dependía del carácter de los ciudadanos, o sea, de sus "virtudes civiles"; y en aquellas de Alexis de Tocqueville (1840), en la obra "La democracia en América", en la que describía las virtudes civiles de los ciudadanos, como una fuerte conciencia social, fruto de la confianza en el prójimo y de la cooperación que llevan a la definición de *affaire commune*, es decir, "la definición del interés personal justamente entendido": o sea, un interés personal evaluado en el contexto más global del interés público, un interés "iluminado", abierto al bien común que supera la visión individualizada para ampliarse a la colectiva.

**Para Putnam, el capital social se crea lentamente a lo largo de muchos años y no son las instituciones las que lo forman. En las regiones del norte de Italia hay una continuación entre nacimiento de las cofradías medievales, corporaciones de artesanos, sociedades de socorros mutuos, las cooperativas, los sindicatos y los clubes de fútbol o clubes literarios. Todas son redes de compromiso cívico y formas de asociación nacidas espontáneamente por la voluntad de los individuos para afrontar las necesidades contingentes y compartidas, y favorecer el nivel de rendimiento civil e institucional que resulta ser mucho más alto con respecto al Sur.

La creación de los lazos horizontales en el Norte, respecto a los verticales presentes en el Sur es otro elemento más de diferenciación. La reciprocidad generalizada "haré esto por ti ahora, sabiendo que un día tú harás algo por mí" a diferencia de cuanto sucedía en el Sur: "haré esto porque tú tienes más poder que yo", genera un sustancial capital social e incrementa la colaboración entre los ciudadanos para alcanzar intereses comunes, da un empujón hacia arriba al rendimiento de la política y de la economía, en lugar del fenómeno contrario, creando una sociedad fuerte, una economía fuerte, un estado fuerte.

Bibliografía

1. Putnam D. "Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy"; New Jersey: 1993. Princeton University Press,
2. Putnam D. "Bowling Alone: America's Declining Social Capital". *Journal of Democracy*, 1995; 1: 65-78 (January 1995).
3. Richard. *La dulce cooperativa*. Financial Times 1999.
4. Michelucci "La nuova città", IV serie, n°3, 1984.
5. Leff, Trieman, Gooch, Team for the Assessment of Psychiatric

- Services (TAPS) Project 33: Prospective Follow-Up Study of Long-stay Patients Discharged from two Psychiatric Hospitals. *Am. J. Psychiatry*, 1996; 153:1318-1324
6. Jones, The TAPS Project 11: The Selection of Patients for Reprovision. *Psychiatry* 1993; 162 (suppl.19): 36-39.
7. Trieman, Leff. The Taps Project 36: The Most Difficult to Place Long-stay Psychiatric In-patients. Outcome One Year After Relocation. *Psychiatry* 1996; 169: 289-292.
8. O'Driscoll, Leff. The TAPS project 8: Design of Research Study on the long-stay Patients. *Psychiatry* 1993; 162 (suppl.19): 18-24.
9. O'Driscoll. The TAPS Project 7: Mental Hospital Closure. A Literature Review of Outcome Studies and Evaluative Techniques. *Psychiatry* 1993; 162 (suppl.19): 7-17.

La salud mental y el envejecimiento

FEDERACIÓN MUNDIAL DE SALUD MENTAL

La salud mental y el envejecimiento

El lema del Día Mundial de la Salud Mental ha sido este año la Salud Mental y el Envejecimiento. La Federación Mundial de Salud Mental, organizadora junto con la Organización Mundial de la Salud y asociaciones de profesionales y familiares en cada país de las actividades de este día, ha editado una carpeta de documentación sobre el envejecimiento y la salud mental destinada a asociaciones profesionales y ciudadanos, a políticos y gestores y medios de comunicación. Reproducimos estos informes y a la proclama destinada a los gobiernos de los países.

La Organización Naciones Unidas, en su plan de Acción sobre el envejecimiento, señala que:

- Se espera que en el futuro haya un aumento marcado de la población de más de 60 años, particularmente en el segmento de los que tienen 80 años y más. En muchos países se prevé que el aumento de la proporción de la población que tiene más de 60 años será más aparente en las próximas décadas y especialmente durante el primer trimestre del siglo XXI, y cada vez más las mujeres constituirán la mayoría de este grupo de población de edad avanzada.

- El asunto del envejecimiento de las poblaciones, con su amplia repercusión tanto para desarrollo en general a nivel nacional como para el bienestar y la seguridad de las personas mayores, constituye, por lo tanto, un asunto que debe interesar a todos los países en un futuro relativamente cercano.

Tal como se afirma en los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad, toda persona, independientemente de su edad, tiene derecho a independencia, participación, cuidado, realización personal y dignidad. El estigma y el estereotipo negativo que se ha asociado con el envejecimiento son de especial interés a las personas mayores. Los asuntos de salud que se relacionan con el envejecimiento comprenden de todo, desde la toma de conciencia de la prevención de la enfermedad hasta las decisiones personales y familiares que se deben tomar cuando se enfrenta una enfermedad terminal.

Algunas personas de edad no tienen beneficios ni pensión. Típicamente según la historia, las mujeres han sido las que actúan como proveedoras del cuidado de la familia. Como no existe un registro de actividades asalariadas fuera del hogar, la contribución de las mujeres a la sociedad, por lo general, pasa desapercibida. Una mujer mayor que no tenga derecho a una pensión de vejez o de viudez puede verse obligada a vivir sus últimos días en la pobreza y con mala salud. Los hombres, que son tradicionalmente los que ganan el sustento de la familia, pueden encontrarse ante una situación de jubilación obligatoria antes de que estén listos o deseosos de dejar de trabajar.

Desde la mitad de este siglo se han añadido aproximadamente veinte años de la esperanza de vida promedio en el mundo. Los ancianos de hoy son los pioneros de esta extensión, y están cada vez más hallando nuevas formas de extender no solamente la duración sino la calidad de su vida. Hasta la terminología que identifica a los que tienen más de 60 años con el nombre de "las personas de edad", "los ancianos", "los viejos", "los mayores", "la tercera edad" y, para los individuos que tienen más de 80 años, "la cuarta edad", refleja una redefinición en las

actitudes mundiales hacia el proceso de envejecimiento. Existen muchas personas mayores que tienen estabilidad financiera y que están fuertes, físicamente hablando; pero también hay muchos que no tienen los medios adecuados para su sustento ni para el cuidado médico necesario. En épocas de reestructuración social, o de conmoción ambiental, estas personas pueden hallarse entre los miembros más vulnerables y desprotegidos de la sociedad.

Se ha calculado que para el año 2030, una de cada tres personas en los países industrializados será mayor de 60 años. La propia estructura de la familia está cambiando. La disminución de la fertilidad y la reducción en las tasas de mortalidad se han combinado de tal manera que un niño, dos padres, cuatro abuelos y varios bisabuelos constituyen una "pirámide familiar inversa", que es lo contrario de lo que ha sido el patrón existente desde hace mucho tiempo.

A medida que nos preparamos para enfrentar estos cambios en la población, nosotros, los ciudadanos del mundo, también tenemos que reevaluar nuestro enfoque. La representación errónea en los medios de difusión, el estigma, el prejuicio, la preocupación cultural con la juventud, todo ello contribuye a que exista una visión del envejecimiento que no es correcta y es dañina. A medida que nos acercamos hacia el próximo milenio, la utilización óptima de la sabiduría y la experiencia de las personas de edad será lo que más le habrá de convenir a cada uno de nosotros. El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas, continúa diciendo que:

La raza humana se caracteriza por una larga niñez y una larga vejez. En toda la historia esto ha permitido que las personas de edad se encarguen de educar a las personas más jóvenes y les transfieran sus valores, asegurando de este modo la supervivencia y el progreso del hombre. La presencia de los ancianos en el hogar familiar, en la vecindad y en todas las formas de vida social sigue brindando enseñanzas insustituibles de humanidad. No solamente con su vida, sino también con su muerte, la persona anciana nos enseña a todos una lección. Por medio del duelo, los sobrevivientes pasan a apreciar que los muertos continúan participando en la comunidad humana, por los frutos de su trabajo, por las obras realizadas y por las instituciones que dejan tras de sí, y también por los recuerdos que dejan con sus palabras y con sus actos. Esto puede incentivarnos a considerar nuestra propia muerte con mayor serenidad y a hacernos más

conscientes de nuestras responsabilidades para con las futuras generaciones.

Una vida más larga le da a los humanos la oportunidad de examinar su vida en retrospectiva, corregir algunos de sus errores, acercarse más a la verdad y lograr entender de forma diferente el valor y el sentido de sus acciones. Esto bien puede ser la contribución más importante de las personas mayores a la comunidad humana. Especialmente en esta época, tras los cambios sin precedentes que han afectado a la humanidad, la nueva interpretación que los ancianos dan a las historias de la vida debería ayudarnos a todos a lograr la reorientación de la historia que se necesita con urgencia.

Por este medio se invita a todos los participantes del Día Mundial de la Salud Mental de 1999 a que conmemoren el tema de este año "La salud mental y el envejecimiento" como punto focal para sus actividades.

La salud mental y las personas de edad

Tomado del libro Helping Someone with Mental Illness (Cómo ayudar a una persona que padece una enfermedad mental), por Rosalynn Carter. Copyright© 1998. Reimpreso por autorización de Times Books, división de Random House, Inc.

Cuántas veces hemos oído decir de una persona amiga, vecina o pariente anciana: "Claro que Nancy está deprimida. Es normal para una viuda estar deprimida". O, "Juan se va a mejorar. Dale un par de meses. Todo el mundo se deprime después de un ataque cardíaco". Una reciente encuesta Harris encomendada por la Alianza de Psiquiatría Geriátrica, halló que el 93 por ciento de los americanos cree que la depresión es una reacción "normal" e inevitable a la enfermedad y no una enfermedad en sí misma.

La verdad es que no importa cuál sea la edad de uno o cuál sea su situación, la depresión no es "normal". Se trata de una enfermedad que puede ser tratada eficazmente. Como Jimmy y yo explicamos en nuestro libro *Everything to Gain: Making the Most of the Rest of Your Life*, la mayoría de los estadounidenses de edad avanzada no están deprimidos. Ellos pueden tolerar las cosas bien y llevan vidas admirablemente activas y productivas. Aun entre los que sufren alguna enfermedad, los que tienen problemas financieros o los que han perdido algún familiar

muchos permanecen mentalmente saludables. A pesar de que muchas formas de enfermedades mentales pueden comenzar tarde en la vida, ellas no son una parte inevitable del proceso de envejecimiento.

Sin embargo, de los 32 millones de americanos que tienen más de 65 años, se estima que cuatro millones sufren de trastornos demenciales, incluida la enfermedad de Alzheimer; casi cinco millones tienen síntomas graves de depresión, y por lo menos un millón sufre de una gran depresión. Además, muchas personas de edad avanzada padecen de ansiedad, estrés, trastornos del sueño, soledad, aislamiento social, miedo de ser abandonados y maltrato.

La depresión es la enfermedad más común y la principal causa del suicidio entre las personas de edad avanzada. Si bien el 13 por ciento de la población de los Estados Unidos tiene más de 65 años, es en este grupo que se da el 20 por ciento de los suicidios. La más alta tasa de suicidio en el mundo en cualquier grupo de edad se encuentra entre los hombres que tienen 75 años o más. Y el 90 por ciento de los que se suicidan tienen por lo menos una dolencia mental diagnosticable o trastorno relacionado con abuso de drogas.

¿Cuál puede ser la causa de estos números tan desproporcionadamente altos entre las personas de edad? Muchos no están recibiendo los servicios psiquiátricos que necesitan, ya sea porque sus familiares no reconocen o no informan sus síntomas al médico o porque los profesionales médicos no reconocen el problema.

La apatía o las quejas vagas de malestares físicos también pueden enmascarar síntomas de depresión. Los estudios han demostrado que tres cuartas partes de los hombres de edad avanzada que cometen suicidio habían acudido a su médico el mes anterior al mes en que se quitaron la vida, pero prácticamente ninguno había consultado a un profesional de salud mental y muy pocos habían recibido tratamiento adecuado.

La depresión también puede ser peligrosa para las personas de edad avanzada porque agrava otras afecciones. Hay estudios que demuestran que la depresión aumenta considerablemente la tasa de derrames y el riesgo de ataques cardíacos así como fracturas de cadera e infecciones graves.

Todavía se discute en algunos círculos científicos sobre qué es lo que viene primero, si la enfermedad mental o la afección médica. En el caso de las cardiopatías, por ejemplo, un grupo las atribuye a cambios bioquímicos en el cerebro (la secreción de hormonas que conducen al estrés) de los que están deprimidos, causando ritmos cardíacos descompasados y elevados niveles de colestero. El otro grupo opina que los que están deprimidos

tienden menos a vigilar su dieta, el horario en que deben tomar sus medicinas o el manejo de su hipertensión arterial, lo cual los predispone, por lo tanto, a los ataques cardíacos.

Los trastornos mentales o emocionales en las personas de edad avanzada también pueden ser causadas o agravadas por enfermedades físicas o por sus tratamientos. Las reacciones a las medicinas, los problemas endocrinos no reconocidos (por ejemplo, hipotiroidismo), dolores causados por osteoporosis o artritis, y aun problemas de visión o audición disminuida no diagnosticada, pueden ser el motivo de las consultas de casi la mitad de los pacientes de edad avanzada que son atendidos en clínicas de salud mental y hospitales. La depresión y los problemas de ansiedad también aparecen cuando hay cáncer, insomnio, diabetes, derrames, influenza, confusión posquirúrgica y mal de Parkinson.

A menudo la depresión en las personas de edad avanzada es mal diagnosticada. En algunos casos la confusión y la pérdida de memoria que están asociadas con la depresión pueden ser erróneamente tomados como síntomas de la enfermedad de Alzheimer, o por "senilidad". Si la depresión es la verdadera causa de estos síntomas, se puede cambiar el curso de los mismos con tratamiento adecuado. La enfermedad de Alzheimer, el lento deterioro de la función cerebral que a la larga lleva a la muerte de la persona, no mejorará con la terapia pero el tratamiento puede mejorar la calidad de vida de la persona que padece esta enfermedad y sus aptitudes para hacer frente a la misma.

Debido a que la depresión puede alterar la forma de tomar decisiones, el método más seguro de actuar en estos casos es buscar tratamiento médico de un especialista en psiquiatría geriátrica, como lo hizo Eunice McKinnery.

"Yo sólo quería estar acostada, no quería que nadie me molestara", recordó Eunice. "Tenía una sensación de malestar". Pero su familia se dio cuenta de que su letargo y su falta de apetito eran un problema y la llevaron a la sección de psiquiatría geriátrica del Hospital Wills en Filadelfia. Luego de unas cuantas semanas ella estaba de vuelta en su apartamento, "sintiéndose maravillosamente", dijo Eunice.

Desafortunadamente, muchas personas de edad avanzada no tienen tanta suerte. Harry Nance, de 66 años, había sido mal diagnosticado durante décadas. Finalmente obtuvo ayuda cuando "hizo algo que por lo general a la gente vieja no le gusta hacer". Fue a solicitar estampillas

para alimentos. Cuando lo hizo, una trabajadora social muy perspicaz le dijo que ella le conseguiría las estampillas si él accedía a consultar con alguien para tratamiento. Harry así lo hizo; su depresión se estabilizó y pudo volver a su profesión original.

Estoy totalmente de acuerdo con Ira R. Katz, presidente anterior de la Alianza de Geriátrica Psiquiátrica, quien dio su testimonio ante el congreso de los Estados Unidos de la siguiente manera: "Tenemos una visión muy optimista del proceso de envejecimiento y estamos convencidos de que las personas mayores tienen una habilidad impresionante de llevar vidas placenteras e interesantes a pesar del estrés que causan el envejecimiento y las enfermedades, pero solamente si se reconoce su depresión y se la trata".

Los que cuidan a personas de edad se enfrentan ante riesgo de depresión

Por Nancy Ceridwyn, Administradora de Programas Especiales, Sociedad Americana sobre el Envejecimiento

Mientras va corriendo hacia la caja registradora, Ana espera poder concluir la parada rápida que hizo en la tienda de comestibles antes de que su madre se despierte de la siesta. Ana, una mujer de 60 años, solía pensar que gozaba de buena salud, hasta hace cuatro años, cuando comenzó a cuidar a su madre que sufre de demencia. Ahora pasa 81 horas por semana atendiendo todos los aspectos de la vida de su madre. Ella desearía tener más ayuda de su familia y de sus amigos.

En un estudio realizado en 1997, la Alianza de Personas que Prestan Cuidados a la Familia (FCA) halló que el 75 por ciento de los entrevistados cuidaban de un adulto mayor y el 58 por ciento de ellos mostraban síntomas de depresión de importancia clínica. La mayoría de los que ayudaban por lo menos en dos de las actividades de cuidado personal y prestaban servicios durante por lo menos 40 horas a la semana eran personas de 65 y más años de edad.

El prestar cuidados puede producir satisfacciones y ser enriquecedor, pero muchos estudios de gente que cuida a parientes mayores demuestran que estos momentos son de creciente ansiedad y dificultad. Los que cuidan a personas mayores se enfrentan ante numerosos desafíos. Muchos pacientes no pueden abandonar los ambientes que le son familiares porque dependen demasiado de sus suministros

de atención personal de la salud. En el estudio de la FCA, el 70 por ciento de las personas que cuidan a alguien que sufre de demencia afirmaron que no era posible dejarlos solos. La responsabilidad de supervisarlos durante las veinticuatro horas del día normalmente recae sobre la persona que cuida, la cual solo puede salir de la casa para realizar las actividades esenciales. Este aislamiento y pérdida del control puede ser muy estresante para los que cuidan y disminuir su capacidad de poder hacer frente a los problemas. El tiempo promedio durante el cual se cuida a una persona mayor es de cuatro años y medio, y la intensidad aumenta a medida que avanza la enfermedad. De la misma manera que muchas personas mayores sufren de depresión, el estrés causado por la atención a estas personas puede tener como resultado un aumento de preocupaciones con la salud. Las personas que cuida pueden sufrir cambios de humor o sentir ansiedad, rabia, agitación, indecisión, apatía, sentimiento de culpa, fatiga, sensación de que no valen nada o desesperación. El estrés de estas personas puede producir abuso de alcohol o de drogas, negligencia en el cuidado o la higiene personal o una marcada disminución en el desempeño de sus actividades.

Cómo acercarse a personas mayores que cuidan a otras

Del 15 al 20 por ciento de las familias en los Estados Unidos se ven obligadas a cuidar a un pariente de edad avanzada; esto ha hecho que los grupos y profesionales que se dedican a personas de edad avanzada hayan tratado de acercarse a esta población que con frecuencia se halla oculta en sus comunidades. Sin embargo, los efectos de brindar atención por tiempo prolongado solo se han puesto en evidencia en los últimos años, y las personas que lo hacen y se encuentran exhaustas suelen ser las últimas en pedir ayuda. Los familiares y los miembros de la comunidad pueden proporcionar una evaluación más eficaz de las situaciones difíciles, mientras que la educación y la capacitación ayudan a aumentar la toma de conciencia.

Los que cuidan a personas de edad se enfrentan ante riesgo de depresión

Las organizaciones y personas que deseen acercarse a esta población deberán hacer lo siguiente:

1. Aumentar el nivel de conciencia de la depresión relacionada con brindar cuidado por medio de la colaboración con organizaciones locales pertinentes;
2. Trabajar con programas de prevención de maltrato de personas mayores con el fin de promover la toma de con-

ciencia sobre el estrés y la depresión que ocurre en muchas de las personas que maltratan;

3. Colaborar con los proveedores de atención de la salud a fin de identificar los altos niveles de enfermedad entre los que cuidan a personas mayores que pueden ser síntomas de depresión, y;

4. Hablar sobre temas de prestación de cuidado en la televisión, alentar a los periódicos a que publiquen artículos que se relacionen con el tema o a preparar boletines informativos basados en referencias dadas por vecinos y miembros de la comunidad.

Los adultos de edad avanzada se enfrentan ante depresión

Las pérdidas que se sufren en la edad avanzada, ya sean motivadas por el cambio en la situación de la salud o por la mudanza de los seres queridos hacia otros lugares, pueden ocasionar una depresión clínica en adultos de edad avanzada. A continuación damos algunas informaciones sobre la depresión y los adultos de edad avanzada:

La depresión en las etapas posteriores de la vida afecta a cerca de 6 millones de adultos, pero solamente el 10 por ciento recibe tratamiento.

La depresión no es parte normal del envejecimiento, pero el 58 por ciento de los adultos en edad avanzada creen que sí lo es.

Los síntomas de depresión ocurren en aproximadamente el 15 por ciento de los residentes de la comunidad que tienen más de 65 años. Las tasas de depresión en las residencias de ancianos son hasta del 25 por ciento en algunas áreas.

La tasa de suicidio en adultos de edad avanzada es un 50 por ciento más alta que la del país entero. Hasta dos tercios de éstos se atribuyen a la depresión no tratada o mal diagnosticada.

Reimpreso por la gentil autorización de The Bell, octubre de 1998

Asociación Nacional de Salud Mental EEUU

Una perspectiva mundial sobre el envejecimiento

Cada año la población de la Tierra aumenta en 78 millones de personas, y el 97 por ciento de este crecimiento se registra en los países en desarrollo. Según proyecciones del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP), para fines de 1999

la población mundial combinada marcará época al llegar a un total de 6.000 millones de seres humanos.

Las variaciones de la sociedad que han sido pronosticadas por los expertos en demografía en cuanto al siglo XXI, revisten importancia para el tema de este año La salud mental y el envejecimiento. La siguiente información se ha obtenido del artículo 1999: Año de las personas de edad avanzada, año de los 6.000 millones, que fue publicado en POPULI, la revista de la FNUAP, edición de diciembre 1998/enero 1999:

El envejecimiento de la población mundial es un fenómeno global que tiene enormes consecuencias económicas, sociales y políticas. Una de cada diez personas en la actualidad tiene 60 años o más. Para el año 2050 una de cada cinco personas tendrá 60 años o más. La población de personas de edad es cada vez más urbana. En el año 2000 la mayor parte de esta población en el mundo, el 51 por ciento, vivirá en zonas urbanas. Esta población de ancianos en sí misma está envejeciendo. Actualmente, las personas de 80 años y mayores constituyen el 11 por ciento de la población mayor de 60 años. Para el 2050 representarán el 27 por ciento de esta población.

La mayoría de las personas de edad, el 55 por ciento, son mujeres. Esta proporción tan alta de mujeres a hombres se eleva aún más, al 65 por ciento, entre los que tienen 80 años o más.

En 1990 había ocho millones de los más ancianos por encima de la edad de 80 años. Se calcula que este número ascenderá a cerca de 25 millones en 2010, 60 millones en 2030 y a 160 millones en el año 2050.

Existen marcadas diferencias entre las regiones. Uno de cada cinco europeos tiene 60 años o más, pero sólo uno de cada 20 africanos se encuadra en esta categoría.

Se calcula que el envejecimiento se acelerará en la China debido a una tasa menor de nacimientos desde 1970. Los que tienen 65 años y más compondrán del 23 al 27 por ciento de la población total hacia mediados del próximo siglo.

En las sociedades europeas la transición del envejecimiento se ha distribuido durante dos siglos, mientras que en la China los cambios tienen lugar durante unas cuantas décadas.

Se espera que el ritmo del envejecimiento sea más rápido en los países en desarrollo. Gracias a esto, los países en desarrollo tendrán menos tiempo que los industrializados para adaptarse a las consecuencias del envejecimiento de la población.

El envejecimiento y la buena salud

Si bien la genética juega un papel importante en la salud de una persona más joven, se ha hallado que a medida que la persona envejece, los factores genéticos son muchos menos importantes. Existe prueba científica de que menos de la mitad de las características del envejecimiento tienen fundamento genético. Para los que sobreviven hasta los 80 años y más, el factor genético tiene todavía menos influencia.

Esto significa que las personas pueden aumentar sus oportunidades de tener buena salud física y mental durante toda su vida de acuerdo con la manera en que cuidan de su persona. ¿Qué medidas puede tomar la gente para asegurar y mejorar la calidad de su vida ahora y en el futuro?

Es importante mantener una red de contactos sociales. Un vínculo importante para mantener una red de apoyo emocional es mantenerse activo en la comunidad. La evidencia sugiere que este apoyo emocional puede tener como resultado la disminución de las hormonas que causan el estrés. Cuando hay altos niveles de esas hormonas en la sangre en un periodo de tiempo, el sistema inmunitario se ve afectado en forma negativa.

Las personas de todas las edades deben tratar de participar, tanto como les sea posible, en ejercicios físicos. El participar regularmente en actividades placenteras recreativas ayuda a mantener la coordinación y la fuerza muscular. También se ha descubierto que la falta de ejercicio en las personas mayores afecta al cerebro y contribuye a una disminución de la memoria.

Las actividades que estimulan la mente, tales como leer, tomar un curso, viajar y aún jugar juegos de estrategia como el ajedrez o resolver un rompecabezas, pueden ser muy beneficiosos para ayudar a mantener la agilidad mental.

El cultivar una actitud de fortaleza moral es una clave importante hacia el envejecimiento fructífero. La capacidad de sobrevivir a épocas de cambio traumático o inesperado requiere una voluntad de aceptar situaciones estresantes y adaptarse a las mismas. Con frecuencia existen en la comunidad recursos útiles como actividades culturales, espirituales, religiosas, económicas, físicas y/o sociales de las cuales el individuo se puede valer o en las cuales puede buscar apoyo.

Se debe motivar a las personas mayores a que hagan lo más posible por sí mismas. Los amigos o parientes que con buenas intenciones asumen rutinariamente tareas

que las personas de edad avanzada todavía tienen capacidad de realizar, no hacen sino perjudicar en vez de ayudar. Si no le presta demasiada asistencia funcional a una persona mayor, se la puede poner en riesgo de un mayor deterioro físico y mental.

Las personas mayores necesitan mantener una voz activa en el proceso de toma de decisiones y tienen el derecho de participar en todas las decisiones que los afectan. El poder mantener un sentido de control de las circunstancias que afectan a su modo de vivir, es uno de los componentes más importantes de un envejecimiento satisfactorio.

Otra manera de añadir calidad a la vida en sus años de vejez es contribuir a la sociedad por medio de actividades productivas. Por ejemplo, actuar como voluntario en la comunidad, servir de mentor a trabajadores jóvenes en el campo en que uno tiene experiencia, participar en el cuidado de los niños o en actividades educativas, son algunas de las numerosas formas en que una persona de edad puede devolver a la comunidad algo de lo que ha obtenido en sus años de experiencia, enriqueciendo así a sus familias, sus comunidades y el ambiente en que viven.

(Adaptado de Good Habits Outweigh Genes as Key to a Healthy Old Age (Los buenos hábitos sobrepasan a los genes como clave a un envejecimiento saludable), por Jane E. Brody, publicado en The New York Times, 28 de febrero de 1996).

Proclama para que sea asumida por los gobiernos de los países

Considerando:

Que las Naciones Unidas ha proclamado el año 1999 como el "Año Internacional de las personas de edad: hacia una sociedad para todas las personas" y que el 16 de diciembre de 1991 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó, mediante la resolución No. 46/91, los Principios a favor de las personas de edad, reconociendo claramente las necesidades especiales y la protección de los derechos de las personas mayores, y Debido a que la enfermedad mental a menudo está envuelta en el estigma, una designación que lleva a juicios negativos y a malentendidos hacia los que tienen que hacer frente a estas enfermedades así como un impedimento al tratamiento eficaz de tales enfermedades, y

Considerando:

Que la Federación Mundial para la Salud Mental ha des-

ignado "La Salud Mental y el Envejecimiento" como tema principal del Día Mundial de la Salud Mental de 1999, nos comprometemos a:

- Tomar medidas para aumentar la conciencia y la comprensión del público en cuanto a las necesidades mentales y emocionales de los ancianos, mejorando de este modo la capacidad de las personas y de las comunidades de reducir el temor y los conceptos erróneos sobre los problemas de salud mental.

- Reconocer el efecto emocional que la cuestión de la seguridad causa en algunas personas de edad, incluyendo la salud, la vivienda, la familia, las inquietudes económicas y el bienestar social.

- Mejorar la calidad del acceso a la atención de la salud mental de las personas de edad en todo el mundo, mediante la provisión de servicios eficaces de salud mental que estén integrados en todas las formas de la atención de la salud, que sean adecuados a la cultura de las personas y que satisfagan las necesidades locales.

- Elaborar estrategias que aborden los asuntos especiales de las personas de edad, como su continua participación en la comunidad y los trastornos a los cuales son vulnerables.

- Dar a las familias sistemas especiales de apoyo para que puedan hacer frente a la carga que representa el tener que atender las necesidades especiales de las personas mayores con trastornos mentales.

- Tratar de que se reconozcan y se hagan cumplir los derechos de las personas con enfermedades mentales tal como han sido establecidos por los tratados internacionales de derechos humanos y conforme han sido detallados en las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre derechos humanos, incluidos los derechos a la independencia, la participación, la atención, la realización personal y la dignidad.

Por lo tanto, yo:

Nombre

Título

proclamo el 10 de octubre de 1999 como Día Mundial de la Salud Mental

y me comprometo a apoyar el logro de los objetivos mencionados. Al hacerlo, insto a todos nuestros ciudadanos a que tomen parte en las actividades designadas para la celebración del Día de la Salud Mental.

Experiencia en colaboración socio-sanitaria en Psiquiatría infanto-juvenil

MENDIVIL EGUILUZ, C*, AUZMENDI Y
URRITA, M.**, APARICIO TELLERIA, D.***,
BRAVO ALBIZU, M. V.,****, IRUIN SANZ, A.*****

- * Médico-Psiquiatra del Equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil de San Sebastián
- ** Trabajadora Social del Equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil de San Sebastián
- *** Responsable de Información del Servicio de Salud Mental Extrahospitalario de Gipuzkoa
- **** Psiquiatra-Jefe del Equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil de San Sebastián
- ***** Gerente del Servicio de Salud Mental Extrahospitalario de Gipuzkoa

Resumen

En el Equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Donostia (atención ambulatoria) hemos observado durante los últimos años y en relación a nuestra actividad asistencial, un incremento del número de pacientes que se benefician además de alguno de los diferentes recursos de los Servicios del Departamento de Infancia y Juventud de los Servicios Sociales de la Diputación de Gipuzkoa (S. S. D. F. G). Realizamos un estudio sobre la población de niños y jóvenes, atendidos durante 1.997 en nuestro Centro, que son "compartidos" por los Servicios Sociales de Diputación, destacando algunas características clínicas (el 38% son pacientes disociales), sociales y asistenciales (siendo el 13% de la población atendida en el Centro, ocupan el 22% de las consultas, y el 40% del trabajo comunitario, convirtiéndose el 70% de estos niños en pacientes "crónicos"). Después enumeramos algunos factores que inciden en este aumento de población con necesidades sociales y psiquiátricas y finalmente, refiriéndonos al llamado espacio socio-sanitario, reflexionamos sobre los recursos actuales disponibles en las áreas Sanitaria y Social de Gipuzkoa, así como sobre las carencias, resaltando la necesidad de una adecuada colaboración entre ambas áreas. A este nivel se creó en 1.997 una

Comisión Técnica Socio-Sanitaria (Protección Infantil-Psiquiatría Infanto-Juvenil) encargada de analizar este espacio socio-sanitario y elaborar un documento (1.998) con propuestas de actuación en ese campo.

Palabras clave: Psiquiatría Infanto-Juvenil. Servicios Sociales. Recursos Sanitarios y Sociales. Espacio Socio-Sanitario.

Summary

An experience of Social Health welfare collaboration in Child Psychiatry.

In the last few years in the San Sebastian Psychiatric team for children (in health-care centres) we have seen an increase in the number of patients who benefit from one of the different resources of the services of the Guipuzcoa County Council Social Services Department for Children (GCCSSDC). We have carried out a study of the child population cared for in 1997 by our team, which is "shared" by the County Council Social Services, highlighting some social and clinical characteristics (38% are disocial patients) and different features of the help given (13% of the population looked after in the centre take up 22% of the appointments and 40% of community work and 70% of these children become chronic patients). Later we have taken into account some factors which have had some influence on

this amount of the social and psychiatric needs and finally with reference to the so-called social health space, we have considered the present resources available in the areas of health and social welfare in Guipuzcoa as well as any needs, highlighting the need for suitable collaboration between both areas. Therefore, in 1.997 a social Health Technical Commission (Child Protection-Child Psychiatry) was created with the aim of analysing this social health space and compiling a document (1.998) proposing certain actions in this field.

Key words: *Child psychiatry. Social Services. Health and social resources. Social-Health standpoint.*

Introducción

Podemos definir el espacio socio-sanitario como un modelo cuyo objetivo es garantizar una red articulada de servicios, basada en la complementación de los recursos y esfuerzos, que cubra las necesidades de la población en la atención tanto sanitaria como psicossocial. Con el fin de establecer mecanismos de coordinación que permitan una mayor efectividad de ambos sistemas, en beneficio de los ciudadanos más necesitados, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y Osakidetza, por una parte y la Diputación Foral de Gipuzkoa con Gizartekintza-Departamento de Servicios Sociales por otra, deciden formalizar en mayo de 1996 un Acuerdo-Marco¹ para la colaboración y la cobertura de necesidades sociosanitarias en el Territorio Histórico de Gipuzkoa.

Retomando este concepto socio sanitario, en Psiquiatría Infanto-Juvenil, ante niños con grandes desórdenes psicossociales estamos abocados a colaborar con interlocutores sociales cada vez más numerosos² (jueces, trabajadores sociales, educadores de piso o municipales, equipos psicológicos de valoración de la Diputación ...).

Estos pacientes son en ocasiones llamados "casos sociales" porque designan a niños y familias atendidos o tutelados por administraciones y servicios sociales, a menudo con dificultades económicas e incluso marginalidad y en ocasiones en un contexto de familias separadas o desestructuradas, con fracasos escolares en los niños y patología psiquiátrica en los padres.

*Por razones de espacio no describimos con detalle las características de los programas que aparecen en la figura 1.

Para los equipos de Psiquiatría Infanto Juvenil, estos casos "multiproblemáticos" representan grandes dificultades en el abordaje terapéutico precisamente por la cantidad y gravedad de problemas que presentan y por la variedad de respuestas (sanitarias, sociales, educativas...) que necesitan. Ante estas dificultades muchas veces nos encontramos desbordados y, en ocasiones, podemos rechazar intervenir argumentando que son únicamente "casos sociales" que no debemos psiquiatrizar o que son familias o niños que no verbalizan demanda. Esto suele ser cierto en muchas ocasiones, pero también lo es que estos niños y familias presentan además un importante sufrimiento psíquico. Muchos autores se han referido a la necesidad de una doble intervención (social y psiquiátrica o psicoterápica) en Salud Mental Infanto-Juvenil, resaltando en particular el periodo de la adolescencia^{3,4}. La justificación de este trabajo* ha partido de la impresión en nuestro equipo (Equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Donostia-EPI) de una demanda creciente de niños y niñas que acuden a nuestro centro, derivados por los distintos Servicios Sociales relacionados con la Diputación Foral de Gipuzkoa; por otra parte percibimos un aumento del número de pacientes de nuestro servicio que, a su vez, consideramos deben beneficiarse de alguno de los diferentes Servicios Sociales que oferta la Diputación. En este punto debemos señalar que Gizartekintza (Servicios Sociales de Diputación) en favor de la infancia y la adolescencia en riesgo o desprotección, promueve y desarrolla los diferentes programas y prestaciones expuestos en la fig.1, en función de las distintas necesidades de los niños y familias atendidos socialmente⁵. Así, por ejemplo, uno de los recursos actualmente más solicitado (el programa de Intervención Familiar con Menores en situación de riesgo o Tratamiento Familiar Municipal) está dirigido a familias que presentan importantes disfunciones en las distintas áreas del sistema socio-familiar (área social, educativa, organización del hogar, relacional, socio-sanitaria) pero, a diferencia del Programa de Acogimiento Residencial, en este Programa de Intervención Familiar Municipal no se considera necesaria la separación de convivencia del niño respecto de la familia de origen.

El objetivo de nuestro trabajo, a través del estudio de los niños y jóvenes con necesidades psiquiátricas y sociales, es el análisis actual de los recursos sociosanitarios en el área de la Salud Mental y de la

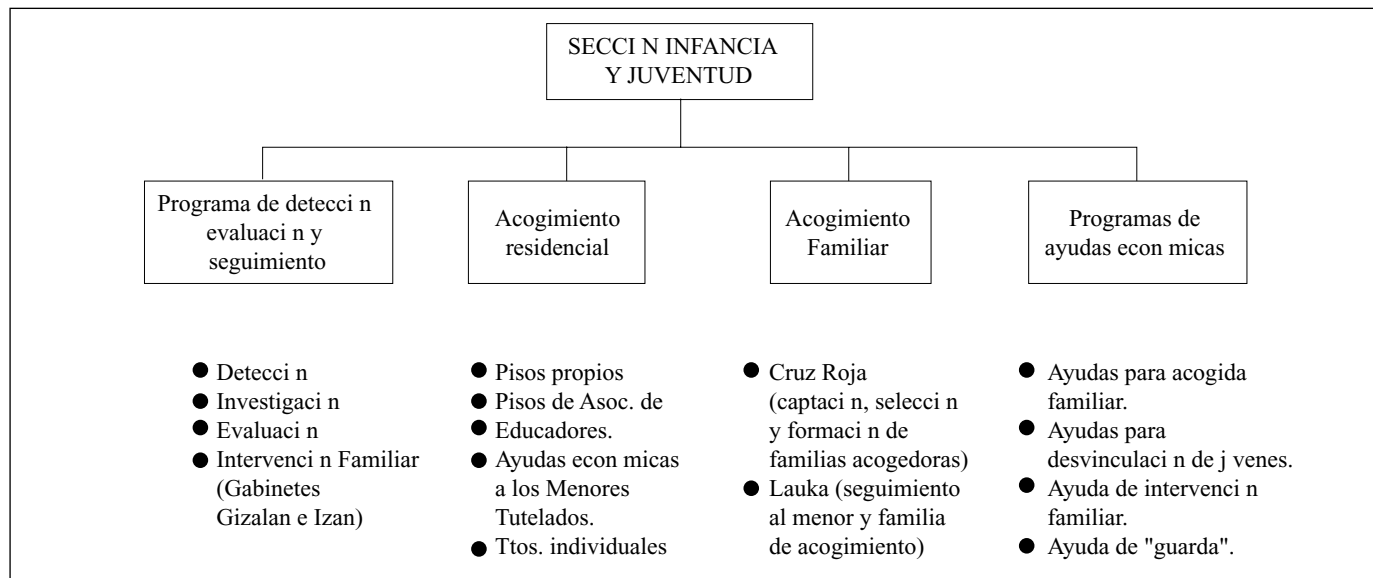


Fig. 1. Programas especializados de Gizartekintza (Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa).

Atención Psiquiátrica de esta población Infanto-Juvenil de Gipuzkoa, así como la relación entre las instituciones sanitarias y sociales.

Material y métodos de estudio

Se trata de un estudio descriptivo de la población infanto-juvenil atendida en los servicios sociales y/o psiquiátricos de una comarca geográfica amplia de Gipuzkoa.

El objetivo es por un lado comparar las características sociodemográficas (sexo, diagnóstico, procedencia) y la utilización de los recursos asistenciales, subdividiendo la muestra en 3 grupos:

1. Aquellos que utilizan los servicios sociales de Diputación (464).
2. Aquellos que utilizan los servicios psiquiátricos del EPI (805).
3. El grupo que utiliza ambos servicios (101 pacientes).

Por otro lado queremos analizar también algunas características clínicas así como el consumo de recursos asistenciales sanitarios de las personas que acuden al EPI comparando:

- Los que sólo acuden al EPI (704).
- Los que se benefician de ambas instituciones

*Datos del Padrón de 1996.

(101).

A través del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RCP) también comparamos el tipo y número de consultas generadas por esta población a lo largo de 1997.

Dadas las características del RCP, podemos hacer un análisis de la intensidad (media de consultas) y duración del tratamiento en ambos grupos desde que iniciaron el tratamiento hasta final de 1997.

Resultados

En los datos observados (Tabla I) vemos la relación de pacientes atendidos en 1997 por el EPI y por la Diputación (con el desglosamiento del recurso social concreto del que se benefician). Si bien en esta tabla vemos que un 22% de los pacientes de Diputación son atendidos en el EPI, en términos relativos esta proporción es mayor ya que nuestro sector asistencial comprende alrededor de los 2/3 (68.000 niños aproximadamente) de la población infanto-juvenil gipuzkoana y hasta los 16 años, mientras que la Diputación, en la estadística presentada, abarca el 100% de la población Infanto-Juvenil de Gipuzkoa y hasta los 18 años de edad (120.385 niños).*

En la tabla II observamos cuál de las dos instituciones (EPI y Diputación) está en el origen de la derivación de los pacientes comunes. Podemos ver que la Diputación deriva

Tabla I	
Niños atendidos en el E.P.I. y en Diputación durante 1.997	
E.P.I.	DIPUTACIÓN
- Total pacientes atendidos en 1.997:805 (100%) fila activa * Comunes a EPI y Diputación 101 (13%)	- Total Menores atendidos en 1.997:464 (100%) * Acogimiento residencial: 155 * Acogimiento familiar: 121 * Intervención familiar (Gizalan): 71 nº de familias: 20 * Tratamiento familiar (Izan): 38 nº de familias: 20 * Intervención municipal: 79 * Comunes a EPI y Diputación: 101 (22%)
- Casos nuevos en 1997: 234 (100%) * Comunes a EPI y Diputación 22 (9%)	

hacia el EPI a niños que están principalmente en pisos de acogimiento residencial mientras que el EPI mayoritariamente deriva a Diputación niños para intervenciones familiares a nivel municipal. Por otra parte, de los niños que están en acogimiento residencial, la Diputación tiene la tutela automática en un 58%, mientras que tiene la guarda a petición de los padres en un 39% y en un 2% la

guarda es judicial.

La distribución según el sexo (fig.2) muestra características diferentes apreciables entre los 101 pacientes compartidos por EPI y Diputación (67% varones y 33% mujeres) y aquellos atendidos sólo por Diputación (52% y 48%) o sólo por EPI (54% y 46%).

Los años de inicio de tratamiento de estos 101

Tabla II	
Origen de la derivación de los pacientes comunes al Epi y a Diputación (101)	
Remitidos por Diputación al E.P.I. : 38	Derivados de EPI a Diputación : 63
* De Acogimiento familiar 2 * De Acogimiento Residenc. 16 * De Gizalan 1 * De Acog. Res. + Intervención 10 * Interv.famil. municipal 3 * De otros recursos 6	* Para posible salida del menor del domicilio familiar. 11 * Para Investigación de la situación familiar 4 * Para Tto. especializado 7 * Para Interv.famil.municipal 29 * Para Ayuntamiento en casos de "menor riesgo" 12

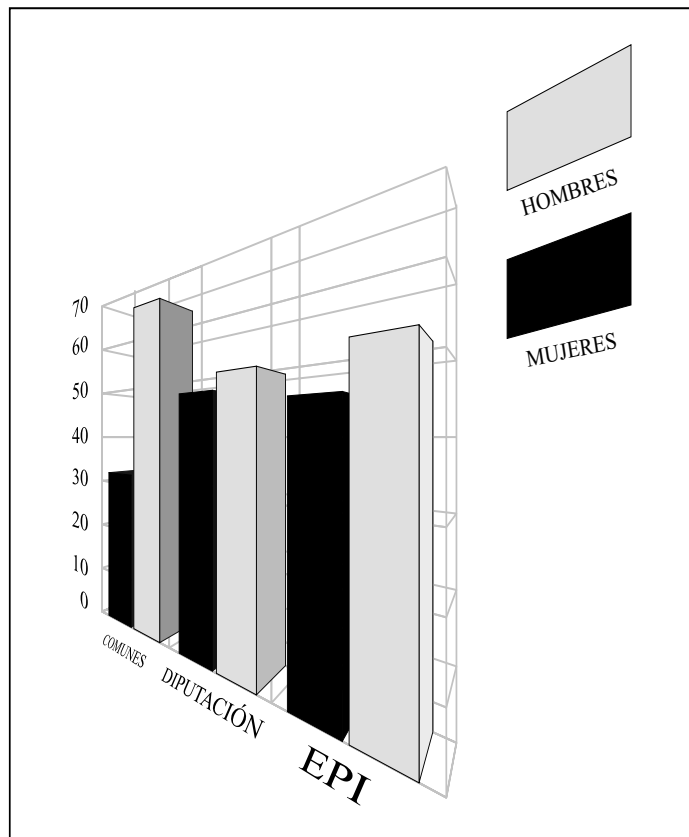


Fig. 2. Pacientes atendidos en EPI y Diputación, según sexo

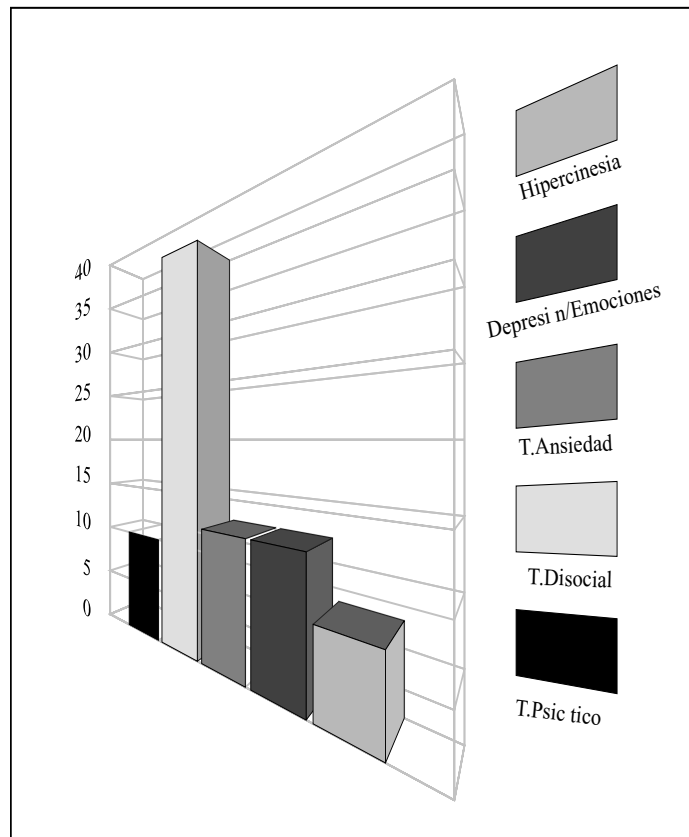


Fig. 3. Diagnósticos psiquiátricos (CIE) 9 Pacientes comunes EPI-Diputación

pacientes, en nuestro Servicio son de 1.992 a 1.997 (Tabla III). Desde 1.992 se produce un pequeño pero constante incremento por año (excepto en 1.994) de este número de niños que inician tratamiento en EPI. El 80% de estos pacientes inicia el tratamiento después de cumplir 10 años.

A nivel de diagnóstico (figura 3) el 38% de estos pacientes comunes presentan trastornos disociales como diagnóstico principal, el 10% trastorno psicótico, el 12% trastornos depresivos y de las emociones, el 12% trastornos ansiosos y un 7% trastorno de atención con hipercinesia.

En cuanto a los datos comparativos asistenciales (Tabla II) resaltamos que los pacientes comunes al EPI y Diputación suponen el 13% de la población atendida en nuestro centro pero "consumen" el 22% de las consultas, sobre todo a nivel de trabajo comunitario y social (47% y 90%). La relación consultas sucesivas/primeras (consultas que median entre la primera consulta y el alta) es de 105 para los pacientes comunes y 31 para el

resto de pacientes del EPI.

Finalmente en la Tabla V podemos observar, haciendo un análisis retrospectivo al inicio del tratamiento, que el 70% de estos pacientes necesitan seguimiento terapéutico en el servicio durante más de dos años (concepto de cronicidad) mientras que sólo el 19% del resto de pacientes del EPI serán crónicos. El 55% de estos 101 pacientes tienen más de 40 contactos en el servicio (89 de media) variando según los diagnósticos desde 30 contactos para los trastornos de adaptación hasta 200 contactos para los trastornos psicóticos o generalizados del desarrollo.

Conclusiones y discusión

Algunas de las conclusiones de este trabajo han confirmado nuestras suposiciones iniciales: un porcentaje (13%) de los pacientes atendidos en un Servicio de Salud Mental Infante-Juvenil ambulatorio, necesitan además beneficiarse de alguno de los recursos ofertados por los

Tabla III

Año de inicio de tratamiento de las personas en contacto con Servicios Diputación y E.P.I. durante el año 97.

Año de inicio de Tratamiento en EPI	Número de pacientes en cada año
1.992	12
1.993	17
1.994	9
1.995	18
1.996	22
1.997	23
	101

Tabla IV

Datos Asistenciales (anuales) comparativos de los pacientes atendidos en el EPI en 1.997

Actividad Asistencial	Pacientes en tratamiento únicamente en EPI: 704 (87%)	Pacientes comunes a EPI y Diputación 101 (13%)
Total de consultas	4.960 (78%)	2.032 (22%)
Relación sucesivas/1ª consulta	31	105
Contactos/Paciente	10	22
Trabajo Comunitario	53%	47%
Trabajo Social	10%	90%
Trabajo Psiquiátrico	80%	20%
Trabajo Psicológico	82%	18%
Coterapias	70%	30%

Servicios Sociales de Diputación. Estos niños son en su mayoría varones (67%) con trastornos mentales más severos (trastornos de conducta graves)*, requieren atención más intensiva (mayor número de consultas y durante un tiempo más prolongado) y sobre todo generan un mayor trabajo comunitario y de coordinación con otras instituciones (sanitarias, escolares, sociales ó judiciales) que el resto de los pacientes en tratamiento en el servicio. Todos estos datos hacen que estos pacientes sean tildados de "crónicos" o "casos problemáticos" porque sus tratamientos tienen mayor duración, suelen necesitar la intervención de varios terapeutas, frecuentes contactos a nivel social y escolar, coordinación con C.S.M. de adultos (tratamiento a los padres por ejemplo) y los resultados no siempre son gratificantes.

Entre los factores que han contribuido a este mayor peso del trabajo de coordinación comunitaria en general y social en particular en la actividad asistencial del EPI, podemos enumerar:

- Razones históricas, como el traspaso en 1.985 al territorio histórico de Gipuzkoa de las funciones y servicios en materia de protección, tutela y reinserción social de menores, disolviéndose la antigua Junta Provincial de Protección de Menores que dependía del Ministerio de Justicia.

- Otro factor ha sido la reforma ideológica en la Diputa-

* A nivel del diagnóstico no hemos realizado un estudio comparativo de los casos muestra, pero apreciamos claramente que los pacientes que son atendidos en el EPI tienen diagnósticos menos graves y menor trastorno de la conducta

Tabla V

Datos Asistenciales comparativos de los pacientes desde el inicio del Tratamiento hasta 1.997

Actividad Asistencial	Pacientes en tratamiento únicamente en EPI: 704 (87%)	Pacientes comunes a EPI y Diputación 101 (13%)
Cronicidad (más de 2 años)	19%	70%
Más de 5 años	--	16%
40 contactos o más	14%	55%
Media de contactos	21	89

ción que permitió hace pocos años el cierre de los dos macrocentros residenciales de Segura (en 1993) y Fraisoro (en 1995), con la política de reintegración de los niños a un medio familiar propio o ajeno (con el apoyo de los programas de Intervención y Acogimiento familiar) y con la creación (cuando lo anterior no fuera posible) de los dos pisos de acogida propios y la concertación con 17 Centros Residenciales asociados que ofertan un total de 195 plazas.

- Así mismo, desde 1994, los Servicios Sociales de Diputación recortan los presupuestos dedicados a tratamientos psicológicos individuales de niños (pagaban psicoterapias individuales de dos años o más de duración), privilegiando y potenciando los dos programas de Intervención y Acogimiento Familiar citados y decidiendo que los menores que necesitaran atención psiquiátrica o psicológica individual debían ser derivados a la sanidad pública (aun mantienen conciertos con gabinetes de psicólogos pero limitando la duración de los tratamientos). Así, en un principio la demanda de Diputación hacia el EPI era únicamente de tratamiento farmacológico para niños que se beneficiaban de los diferentes programas sociales y que presentaban trastornos con síntomas de agitación ansiosa o depresiones y posteriormente se ha ido transformando en demanda completa de atención psiquiátrica o psicológica.

- Este aumento de demanda fue también producto de la ampliación de nuestro sector geográfico de atención (en 1992) al mismo tiempo que ofertábamos un espacio asistencial especializado hasta entonces menos cubierto. Por supuesto que una mayor concienciación por parte de la sociedad durante los últimos años, sobre el devenir de los niños que provienen de familias desfavorecidas o con problemas de maltrato o abuso, ha aumentado la detección y derivación (a través de los interlocutores sociales, sanitarios y educativos) de estos casos a los Centros de Salud Mental Infanto-Juveniles.

- Por otra parte, a medida que aumentaba la demanda social de niños que necesitaban alguna medida de protección, la Diputación ha ido aumentando pero en menor medida el número de Centros Residenciales concertados, lo cual ha originado en algunos pisos situaciones de masificación por el aumento del ratio niños/educadores. Estas circunstancias junto con la excesiva bisoñez e inexperience, en bastantes casos, de los educadores, su dispersión en los diferentes pisos a su cargo, la cesión de la Tutela Automática de Diputación a los directores de las Asociaciones de Educadores (1996-1997), todas estas circunstancias han aumentado las situaciones de angustia, desbordamiento y soledad de estos educadores y por consiguiente el aumento de demanda de atención especializada en nuestro Centro. Así, aunque cada vez en menor medida, muchas de las consultas de urgencia de los niños atendidos por Diputación que tratamos en nuestro Centro, son en ocasiones más demanda del educador que del niño.

Todos estos argumentos no explican, quizás, en su totalidad el incremento de tratamientos psiquiátricos o psicológicos de niños que están atendidos por el Servicio de Menores de Diputación, ni explica totalmente nuestra impresión (compartida por el Servicio de Menores) de aumento de trastornos de conducta en los niños. Una hipótesis citada frecuentemente, es que posiblemente ahora detectemos más casos que antes no tenían vías abiertas para llegarnos.

Otra de las conclusiones de este trabajo ha sido una relativa sorpresa: en 1997 el EPI ha recurrido en mayor número de casos a los recursos de Diputación que ellos de los sanitarios, aunque en general, los pacientes que ellos nos derivan presentan trastornos más graves y mayores problemáticas familiares y sociales (niños en pisos de acogida). Esta relativa sorpresa es consecuencia de nuestra adaptación a la realidad actual de los diferentes

dispositivos sanitarios, sociales y educativos con los que podemos contar en la práctica. Así pues, hemos aprendido a utilizar los amplios recursos sociales dependientes de Diputación (sobre todo los municipales) y los de los equipos especializados concertados (que disponen de posibilidades, por ejemplo educadores, que nosotros no poseemos) aunque continuamos echando en falta estructuras tipo Centro u Hospital de día infanto-juvenil. Simultáneamente desde hace algún tiempo se ha producido una progresiva mejoría de la comunicación entre el EPI y Diputación, gracias en parte al rol de coordinación de nuestra trabajadora social y a su esfuerzo de trabajo en común con técnicos del Servicio de Infancia y Juventud en temas como maltrato o abuso sexual. Esto ha permitido, por ejemplo, que la Diputación pueda intervenir con mayor celeridad ante algunas peticiones nuestras por situaciones de desprotección de un menor. Esta colaboración más estrecha con los especialistas de Diputación también ha permitido mejorar algunos aspectos relacionales conflictivos entre ambas instituciones. Así, por ejemplo, en Diputación establecieron, hace algún tiempo, un protocolo de derivación de niños a nuestro Centro para limitar las demandas arbitrarias que partían de algunas Asociaciones de Educadores o de trabajadores sociales.

Esta mejora en la actividad de colaboración con los interlocutores sociales supone un importante esfuerzo para ambas partes y en nuestro caso un trabajo suplementario en la actividad asistencial. Así, en muchas ocasiones, debemos desempeñar un rol de "referentes" e impulsores del proyecto de atención global del niño, asesorando y coordinando a los otros "partenaires" sociales, educativos o pedagógicos.

Todo el esfuerzo de colaboración citado no evita que continuemos pensando en las carencias asistenciales que existen para una población infanto-juvenil problemática, con familias de origen carenciadas, con trastornos de conducta graves (síntomas de importante sufrimiento psíquico), que, a veces, necesitan ingresos cortos y puntuales en unidades de psiquiatría, cuya integración escolar suele estar interrumpida o es insostenible y que a menudo son difíciles de contener en pisos residenciales insuficientemente equipados para abordar estos casos. Para algunos de estos niños y niñas, por la patología que presentan y por la imposibilidad de convivencia diaria con los padres son necesarios, por periodos de tiempo limitado, programas residenciales que privilegien un encuadre sólido, bien delimitado y que proporcione

seguridad; para otros niños pueden estar indicadas estructuras tipo Hospitales de Día terapéuticos (con tratamientos más intensivos y especializados^{6,7}) a tiempo parcial, combinados con una integración escolar adaptada pero normalizada. En paralelo con estas necesidades institucionales apoyamos la potenciación actual, por parte de la Diputación, del Programa de Familias de Acogida que, a través de la captación, selección y seguimiento de las familias acogedoras debe evitar la masificación de los pisos residenciales y facilitar experiencias familiares normalizadas en los niños⁸.

Los profesionales de los Servicios de Diputación han reflexionado coincidiendo con nosotros, sobre esta carencia de estructuras adecuadas para niños con episodios de trastorno de conducta graves y cuya escolarización normalizada no es posible. Todo este proceso de reflexión conjunto se ha continuado durante el año 1.998 con la creación de una Comisión Técnica Socio-Sanitaria (Protección Infantil - Psiquiatría Infanto-Juvenil), impulsada desde Servicios Centrales, como subgrupo de trabajo de la comisión encargada de analizar el espacio socio-sanitario. El objetivo de esta Comisión ha sido el estudio de la manera en que deben estructurarse y coordinarse la relación y competencias entre las áreas sanitarias y de Servicios Sociales y la definición de los recursos y necesidades existentes en el ámbito de la Protección Infantil y de la atención psiquiátrica Infanto-Juvenil. Después de realizarse los encuentros previstos se ha redactado un documento final entre cuyas conclusiones y propuestas de actuación destacamos de forma resumida dos:

- La necesidad de planificar acciones conjuntas de reflexión y formación para los profesionales de los sistemas implicados en la atención a la infancia y adolescencia con la inclusión del mundo de la educación en esta área de reflexión y la potenciación de una Comisión Socio-Educativa-Sanitaria que analice la situación en que se encuentran los menores en los que se detecta una necesidad especial que no se cubre adecuadamente con el actual sistema de atención y que pueda evaluar los recursos existentes y buscar una respuesta conjunta.

- Una vez analizadas las carencias actuales se considera necesaria la creación de nuevos recursos, en especial un centro de atención a niños en situación de desprotección y con problemas conductuales y/o emocionales graves.

Para finalizar y a modo de conclusión podemos señalar que:

- En Psiquiatría Infanto-Juvenil debemos privilegiar

en primer lugar la atención psiquiátrica y psicológica del sufrimiento del niño y del joven.

- Para desarrollar esta tarea y teniendo en cuenta el diseño y la distribución actuales de los dispositivos sanitarios, sociales y escolares, es imprescindible realizar un trabajo de coordinación y colaboración con los diferentes interlocutores comunitarios. A este nivel, en Gipuzkoa, deben confirmarse los primeros pasos de colaboración que se han realizado (con las conclusiones de la Comisión Técnica Socio-Sanitaria) y debemos alentar la incorporación del mundo de la Educación a dicha experiencia conjunta.

- Este trabajo de colaboración debe realizarse desde la clarificación y respeto del lugar, identidad y funciones de cada uno de los interlocutores comunitarios y preservando las competencias profesionales de los mismos.

Bibliografía

1. B.O.P.V. nº 110 de fecha 10 de junio de 1.996.
2. Catoire G. Neuropsychiatrie de l'Enfance 1.992; 40 (3-4): 178-181.
3. Jeammet P. Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation a l'adolescence. Rev Fr Psychanal 1.980; XLIV: 481-521.
4. Noël J, Soulé M. Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent. Tomo 3. Presses Universitaires de France, 1.985.
5. Plan Integral de Atención a la Infancia y Juventud en Desprotección Social. Gizartekintza- Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa. 1.998.
6. Hochmann J. L'hôpital de Jour dépassé? Neuropsychiatrie de l'Enfance 1.995; 43 (7-8): 293-297.
7. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Sinopsis de psiquiatría. 7ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 1.996. p. 1163-66.
8. Amar H. En quoi le travail de placement familial thérapeutique a-t-il modifié notre conception de la pédopsychiatrie? Neuropsychiatrie de l'Enfance 1.992; 40 (3-4): 165-171.

CASO CLÍNICO

Conducta agresiva y atrofia frontal: los límites del diagnóstico

GONZÁLEZ RODRÍGUEZ A.*, HILLERS R.**,
CHINCHILLA MORENO C.***

* Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico de Madrid

** PIR Hospital Ramón y Cajal de Madrid

*** MIR Hospital de la Paz de Madrid

El caso que presentamos a continuación nos parece paradigmático de la importancia del lenguaje como instrumento esencial de nuestro trabajo, tanto en lo que se refiere a medio diagnóstico imprescindible e insustituible, como elemento terapéutico. Por otra parte, nos cuestiona nuestro limitado y desagradecido papel de controladores de conducta de lo que otros especialistas no quieren o no pueden tratar. Nos enfrenta al condicionamiento que algunos diagnósticos suponen en la evolución de los pacientes. Finalmente nos remite a la imprescindible necesidad de trabajar con profesionales fuera del marco sanitario y más concretamente del psiquiátrico.

Se trata de un varón de 17 años, de origen marroquí, que contactó por primera vez con el Hospital en julio de 1998. Llegó derivado para un ingreso psiquiátrico, procedente del H. La Paz donde había sido valorado previamente por un episodio de agresividad verbal y física dirigida hacia su madre. Ésta le acompañaba y fue la que inicialmente nos facilitó la información que resumimos a continuación.

El paciente vivía en Casablanca (Marruecos) con una tía materna hasta un mes antes de la hospitalización. Fue diagnosticado de autismo a los 5 años de edad y desde entonces había seguido tratamiento psiquiátrico. En 1985, tras un episodio febril acompañado de crisis convulsivas comenzó a presentar cambios de conducta caracterizados por inquietud y agresividad. Estos cambios en su comportamiento motivaron la primera consulta psiquiátrica y la interrupción de su recién iniciada escolarización, por las dificultades en el trato con los compañeros y en el aprendizaje. Tales conductas se manifestaban fundamentalmente en casa y empeoraron cuando la madre emigró a España en

1990 (dos años después de la muerte del marido) y el paciente se quedó en Marruecos al cuidado de la abuela y una tía materna. Se mostraba agresivo con la gente, se escapaba de casa y mantenía conductas inadecuadas: no sabía la utilidad de cosas habituales y sencillas (cubiertos, etc.) que hasta entonces había manejado. Aparece además descontrol de la conducta alimentaria, caracterizada por ansiedad e ingesta compulsiva y desorganizada de alimentos y gran inquietud psicomotriz. Paralelamente se produce una escalada de medicación antipsicótica con dosis elevadas y simultáneas de numerosos fármacos, que no consiguen frenar la conducta disruptiva. Al momento del ingreso tenía pautado: clorpromazina (300 mg/día); tioridazina (150 mg/día); periciazina (70 mg/día); levomepromazina (100 mg/día) y pipotiazina (150 mg/mes).

La madre le visitaba en vacaciones y éste siempre la recibía bien, entre otras cosas porque llegaba con regalos y él lo sabía. Desbordada por la situación, la familia materna pide a la madre del paciente que asuma el cuidado del mismo y es entonces, mayo de 1998, cuando la madre le trae a España a vivir con ella. Actualmente vive en un pueblo de la Comunidad de Madrid con la madre y una prima de su edad. Inicialmente se adaptó bien (me voy a España con mamá, decía sonriente a todo el mundo), pero al mes reaparecen las conductas inadecuadas y la agresividad (rompe con cuchillos los mandos de la televisión, escucha música a un volumen muy elevado, se echa perfume en los zapatos y en la boca, amenaza a la madre con cuchillos, camina incasable hasta altas horas de la madrugada y come de forma exagerada y desorganizada, vacía el contenido de la nevera y lo ingiere de forma compulsiva y sin masticar, come los huevos con cáscara, la comida congelada o sin cocinar, etc), apenas duerme y no realiza

ninguna actividad mínimamente organizada a lo largo del día. Comienza a hablar de cuchillos, pistolas y dice que quiere ir con Hitler. Consultan en los Servicios de Salud Mental de referencia, pero el ajuste de la medicación no consigue frenar la escalada de violencia, por lo que se indica el ingreso.

Antecedentes personales: Es el menor de cinco hermanos. Embarazo, parto y desarrollo psicomotor hasta los cinco años, normales. Durante los primeros cinco años mantenía juegos y lenguaje adecuados a su edad, aunque era inquieto y rompía muchas cosas. Escolarizado hasta los cinco años (aproximadamente un año). Cuadro febril con crisis convulsiva (la madre describe la crisis como movimientos tónico-clónicos e incontinencia de esfínteres y lo achaca a un cuadro infeccioso) a los cinco años. Diagnosticado de autismo con manifestaciones agresivas al menos desde 1992, según consta en una nota del psiquiatra que le atendía desde entonces. Desde los 5 años, realiza una vida muy aislada de niños de su edad, sin escolarizar y rodeado de familiares adultos. No aprendió a leer, ni escribir. Según la madre, habla el árabe correctamente, aunque mantiene un discurso muy infantil y reiterativo. El paciente no presenta deformidades físicas; tiene un estado actual de salud satisfactorio, únicamente presenta un cierto sobrepeso atribuible a su pérdida de control con la comida y al tratamiento psicofarmacológico. Nunca ha vuelto a sufrir crisis comiciales.

Antecedentes familiares: No hay antecedentes familiares de interés. No había consanguinidad de los padres ni la madre recuerda haber sufrido ninguna enfermedad durante el embarazo del paciente. Las tres hermanas de 30, 28 y 25 años están sanas.

Evolución durante el ingreso: Esta primera hospitalización se prolongó durante 3 meses. Aunque a su llegada, el paciente estaba muy inquieto y amenazante con la madre, no planteó problemas al quedar ingresado. Los primeros días se mantuvo mutista y aislado, sin agresividad ni conductas disruptivas. Sabía quién era, dónde estaba y por qué y aceptaba continuar ingresado. La estrategia inicial consistió en una progresiva bajada de medicación para observar de forma clara y sin interferencias su comportamiento y manifestaciones psicopatológicas. Se realizaron estudios complementarios (expuestos más adelante) de cara a descartar patología orgánica de base. Rápidamente se empezó a mostrar receptivo y comunicativo con el perso-

nal y con el resto de los pacientes, alegre, hablador y sociable, aunque con las limitaciones que implicaba no conocer nuestra lengua, de la que cada día parecía aprender algo nuevo. Cuando recibía visita familiar se interesaba por el resto de los miembros. En ningún momento se objetivaron ideas delirantes ni alteraciones sensorio-perceptivas. No planteó conductas agresivas dentro del centro aunque sí en los permisos de salida al domicilio. Sólo ocasionalmente mantuvo conductas inadecuadas dentro del centro como vaciar un extintor de incendios, comer crema hidratante de cara, mojarse nuevamente después de secarse al salir de la ducha sin motivo, o mostrar exceso de confianza con algún paciente (realizando tocamientos no consentidos a una paciente con la que acostumbraba a pasear), pero su actitud global fue de colaboración, adaptación y cumplimiento de las normas. En general se mostraba pueril y caprichoso, sobre todo durante la visita de la madre, a la que reclamaba regalos y comida (golosinas y dulces).

En las entrevistas con la madre llamaba la atención lo pendiente que ella estaba del hijo, controlando cada uno de sus movimientos y llamándole la atención continuamente.

En las entrevistas con el traductor, al que recurrimos para explorar al paciente sin interferencias de la familia, se mostraba juguetón y muy distraíble. Su discurso no era coherente, con frecuencia construía frases incompletas e incomprensibles. Además se observaron risas inmotivadas, tendencia a la perseveración, ecopraxia, ecolalia y presencia de neologismos (difícil diferenciar entre palabras de un dialecto del árabe, palabras mal adquiridas del español o fusión de palabras castellanas y árabes).

Se suprimieron definitivamente los antipsicóticos, que no habían conseguido controlar la conducta hasta ese momento y se inició tratamiento sintomático con dosis crecientes de beta-bloqueantes (propranolol), que según la literatura revisada se asocia con buenos resultados en el tratamiento de la agitación y agresividad de origen orgánico (algunos autores proponen llegar a dosis de 800 mg/día)¹⁻⁶. Con ello se controlaron los episodios de agitación y agresividad en el medio familiar, se redujo la impulsividad, desapareció la autoagresividad, se mostraba más comunicativo y afectuoso y era capaz de mantenerse un tiempo realizando alguna actividad (por ej.: dibujando). Tras el alta del hospital, continuó tratamiento ambulatorio psiquiátrico en los servicios de salud mental y comenzó a asistir a un colegio de educación especial de su localidad de cara a favorecer la máxima normalización de su actividad diaria, el contacto con personas de su edad y cubrir sus necesidades educativas especiales.

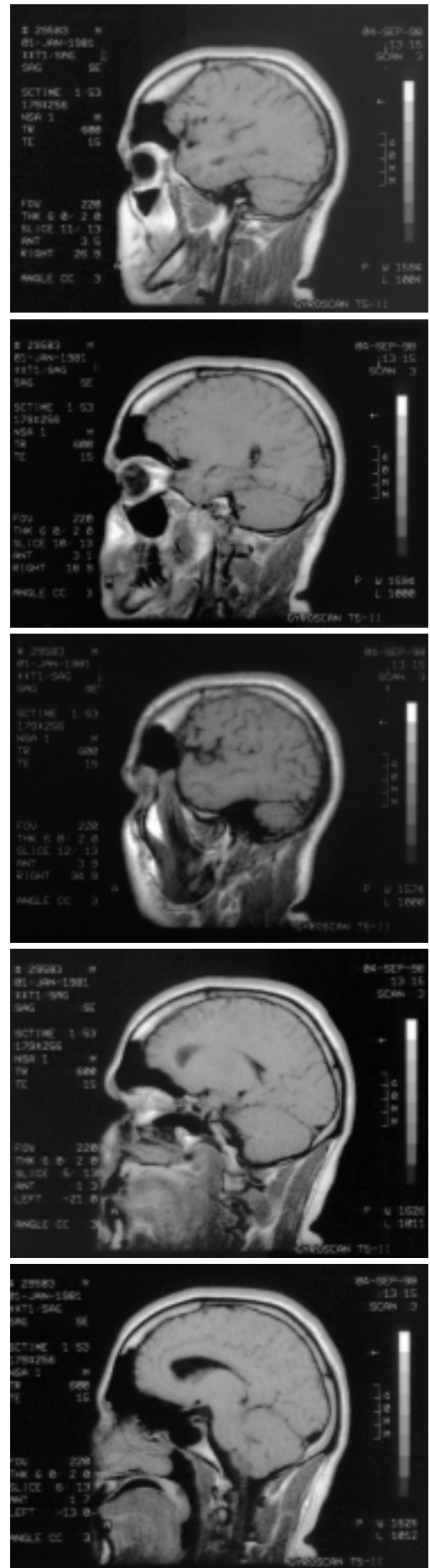
A lo largo de un año de seguimiento se han producido otros cinco ingresos de duración inferior a una semana desencadenados por alteraciones de conducta en el domicilio familiar y agresiones a la madre. Nunca ha manifestado tales actitudes en el colegio o en el hospital como ya se ha expuesto. En la actualidad tiene pautado propranolol 120 mg/día.

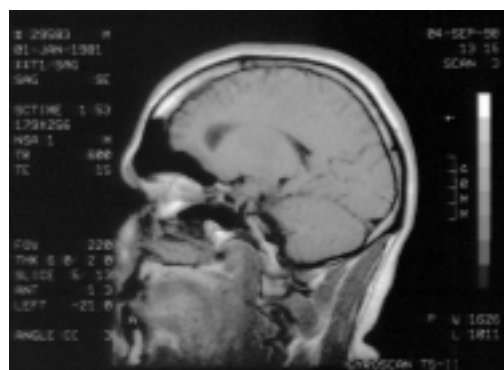
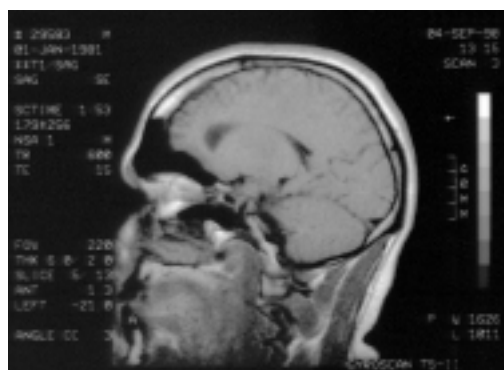
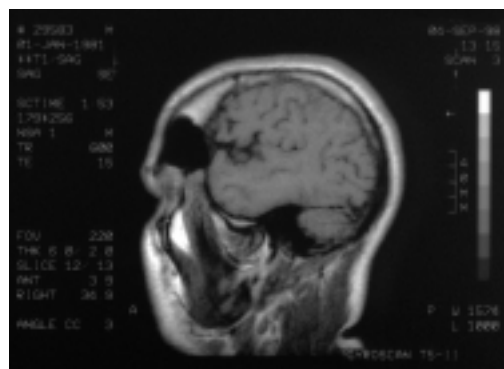
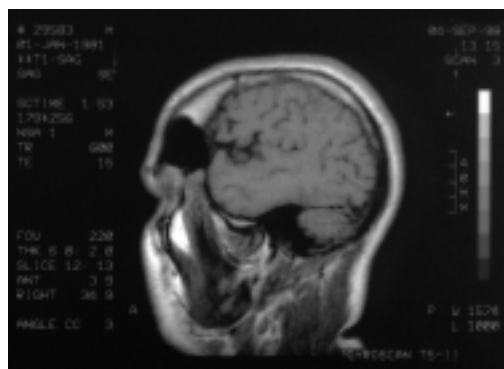
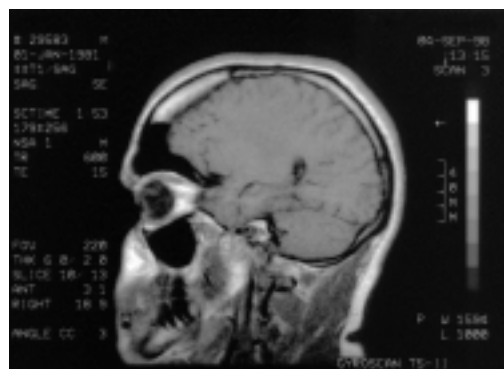
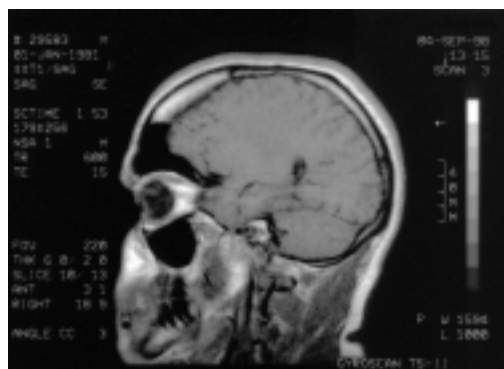
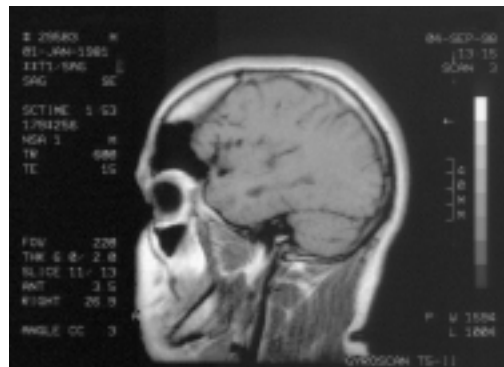
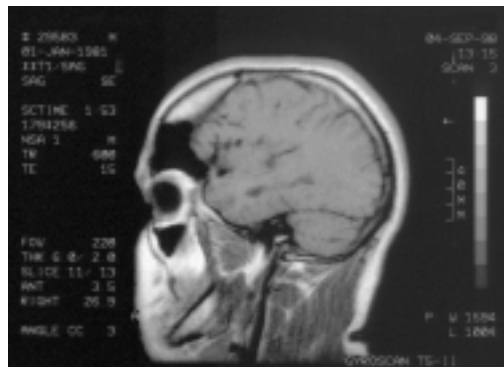
Respecto al desarrollo emocional del paciente, muestra impulsividad y labilidad emocional, así como ciertas conductas compulsivas (por ejemplo, con la ingesta de comida) y escasa tolerancia a la frustración. De nuevo, se han observado las reacciones típicas de perseveración en su lenguaje o conducta. Sin embargo, en el colegio es tranquilo, sin reacciones violentas o agresivas en caso de conflicto. Se muestra amable y educado con los adultos, respetando las normas.

Durante su estancia en el hospital y en el colegio, se han observado sus progresos en el aprendizaje de nuestro idioma, su nivel de comprensión y desarrollo lingüístico en general. Parece ser que es capaz de beneficiarse de un cierto aprendizaje; su comprensión es buena, especialmente si se emplea un lenguaje sencillo de acuerdo con la situación (saludos, peticiones, preguntas simples). Recurre normalmente al árabe (lengua materna) o al francés cuando sus explicaciones en español no bastan para hacerse entender y en su habla espontánea, con lo que parece ser que su nivel de expresión y comprensión en esta lengua es satisfactorio. Su desarrollo y control motor son adecuados: marcha coordinada y buen control postural.

Parece que el paciente es un alumno que trabaja bien en tareas sencillas y mecánicas, que es sensible al refuerzo por parte del profesor y que le necesita para progresar.

Exploraciones complementarias: La analítica de rutina incluídos hemograma, bioquímica sanguínea, sistemático de orina y RPR resultó normal. La exploración neurológica no encontró alteraciones relevantes, únicamente una hipotonía con hiporreflexia generalizada. EEG: descartó rasgos gráficos de valor patológico. La radiografía de tórax objetivó una elevación de porción anterior del hemidiafragma derecho y discreta cardiomegalia a expensas de VI, sin signos de descompensación cardíaca. EKG: signos compatibles con pericarditis que quedó descartada con un ecocardiograma que resultó normal. Aminoácidos y ácidos orgánicos normales. TC craneal (ver figuras): pobre desarrollo de los polos frontales con ausencia total de sustancia blanca frontal asociada a ampliación de astas frontales. Importante neumatización de los senos frontales y aumen-





to de la diploe craneal. RM área cráneo-encefálica (ver figuras): mala calidad por falta de colaboración y movimientos del paciente, lo que hace que la información sea limitada. Atrofia frontal bilateral de probable origen adquirido, con compensación secundaria de senos frontales. Adelgazamiento de rodilla y parte anterior de cuerpo caloso. Conclusión de los hallazgos de neuroimagen: escaso desarrollo de fosa craneal anterior, con aumento correlativo de los senos frontales, todo ello derivado probablemente de falta de estímulo para el desarrollo debido a la existencia de una hipoplasia de los lóbulos frontales. Astas frontales discretamente dilatadas. Cuerpo caloso bien configurado con escaso desarrollo de rodilla anterior que puede ser consecuencia de la inexistencia de estímulo para el desarrollo de fibras intercomisurales que conecten lóbulos frontales poco desarrollados.

Evaluación neuropsicológica: Con el fin de explorar psicológicamente al paciente se le administraron las siguientes pruebas:

1. Test de matrices progresivas en color, de Raven:

La puntuación directa obtenida por el paciente fue de 10, y una vez comparada con los únicos baremos facilitados por el manual de la prueba (niños de hasta 11 años cronológicos) indica que esa puntuación se encuentra por debajo del centil 5, por lo que sitúa al paciente en el Grado V como deficiente intelectual. Sin embargo, no se cuenta con baremos de adultos retrasados.

2. Test de Inteligencia General para Adultos (WAIS):

En el caso de nuestro paciente, no se contaba con ninguna referencia fiable acerca de su posible nivel de inteligencia; por tal motivo, y basándose en su edad (17 años) se inició la aplicación de la versión para adultos, como un intento de establecer una primera aproximación. Siguiendo el orden establecido, se inició la exploración con las tareas verbales, contando con la ayuda de un traductor. A pesar de ello el rendimiento del paciente fue claramente inadecuado, planteando graves dificultades para la propia comprensión de lo que la prueba requería. Apenas se obtuvieron respuestas del paciente y éstas eran mayoritariamente incorrectas. Tras desistir con las tareas verbales, se inició la segunda parte pero no fue posible completar ninguna prueba manipulativa por no comprender el paciente su cometido, por lo que se decidió suspender la prueba. Por este motivo no fue posible establecer de manera objetiva el Cociente Intelectual del paciente mediante esta prueba, aunque por existir indicios razonables y por los problemas para la evaluación expuestos, podemos establecer un diag-

nóstico de Retraso mental de gravedad no especificada (DSM IV: F79.9; CIE 9: 319). En una evaluación posterior en el colegio al que acude, se intentó establecer con más precisión su edad mental mediante la parte manipulativa de la versión para niños de preescolar y primaria (WPPSI), prescindiendo de las pruebas verbales debido a la dificultad del paciente con nuestro idioma. Los resultados indicaron que posee un rendimiento en percepción visual equivalente a 4 años, y en coordinación motora a 4 años y medio.

3. Prueba de clasificación de tarjetas de Winsconsin (Wisconsin Sorting Card Test WSCT) :

Ante la sospecha de algún trastorno neurológico en el paciente, administramos esta prueba, que evalúa principalmente funciones propias del lóbulo frontal, responsable de procesos cognitivos superiores como la abstracción, la categorización y la planificación entre otros.

La impresión sobre la ejecución de la prueba por parte del paciente fue de una clara incapacidad para averiguar y aprender el criterio de clasificación del material, actuando al azar a pesar de nuestra insistencia en que prestara atención e intentara emparejar las tarjetas con un criterio lógico. Tal impresión se vio confirmada tras el análisis de sus respuestas a la prueba, en el que se aprecia una falta de criterio de clasificación al no haber sido capaz de completar ninguna categoría, a causa de sus dificultades para fijar la atención. El paciente cometió gran número de errores y ni siquiera mostró un claro patrón de perseveración, como podría esperarse de pacientes con lesiones frontales (rigidez) con lo que parece claro que no empleó estrategia alguna de clasificación y que las dificultades cognitivas del paciente están condicionadas por su retraso mental.

Como comentario general, señalaremos que la actitud del paciente en el transcurso de las pruebas, realizadas durante dos días no consecutivos, fue de escasa colaboración. Por tal motivo existen dudas acerca de sus dificultades reales de comprensión de las tareas, si bien se apreció alta distraibilidad, escasa focalización de la atención y bajo rendimiento tanto en tareas verbales como no verbales (perceptivas y manipulativas). Estas observaciones se vieron posteriormente complementadas por una nueva evaluación realizada en el colegio al que empezó a acudir tras el alta hospitalaria, y que se exponen a continuación.

4. Inventario de desarrollo Battelle:

Se trata de un test de *screening* de carácter manipulativo, cuyo objetivo es establecer la presencia de habilidades mínimas para discriminar a niños con un posible retraso mental en edades tempranas del desarrollo. La ejecución

del paciente pone de manifiesto comportamientos anómalos tales como la perseveración en copia, o la percepción distorsionada de figuras y modelos. Todo ello indica sus limitaciones y las conductas simples que puede realizar.

Discusión sobre la orientación terapéutica del paciente: hablar de orientación terapéutica supone ineludiblemente hablar del diagnóstico, aunque la ausencia de un diagnóstico de certeza o unánimemente compartido por todos los profesionales no debe paralizarnos a la hora de adoptar una estrategia de actuación para intervenir sobre el síntoma motivo de consulta.

El cuadro descrito hasta este punto, acompañado de las pruebas realizadas hasta el momento, nos sitúa frente a un paciente con un retraso mental de origen orgánico, debido a una lesión frontal bilateral severa, y esto no parece tener ningún tipo de duda, como tampoco parece tenerlo descartar que sufre un autismo o un trastorno generalizado del desarrollo. A partir de esta conclusión casi unánime de neurólogos, psicólogos, educadores y psiquiatras, todo lo demás es discutible.

1. La etiología de la lesión frontal. Si bien, según la información de la madre, los síntomas del paciente comienzan a partir de los cinco años tras un proceso febril y hasta entonces tuvo un desarrollo psicomotor normal, el informe de la TC relaciona las alteraciones encontradas (pobre desarrollo de los polos frontales, ausencia total de sustancia blanca frontal y ampliación de astas frontales) con el periodo embrionario. El informe posterior de la resonancia se inclina por una atrofia frontal bilateral de probable origen adquirido. El juicio diagnóstico del neuropediatra lo atribuye a una encefalopatía severa con afectación puramente psíquica con accesos de furia y agresividad por lesión frontal bilateral severa (polimicrogiria y lesión de sustancia blanca que se extiende entre cuernos frontales y corteza) probablemente secundario a proceso encefalítico padecido a los cinco años de vida. Un último informe neurorradiológico, no aprecia, pese a la mala calidad de la RM por falta de colaboración del paciente, signos de alteraciones en la migración neuronal o cambios sugerentes de leucomalacia periventricular u otros datos que permitan situar cronopatológicamente las lesiones, pero en todo caso considera que deben ser precoces teniendo en cuenta las alteraciones detectadas en la fosa craneal anterior. No queda claro, por lo tanto, el origen etiológico de la lesión. Tampoco resulta crucial para la evolución del paciente puesto que la lesión no parece tratable, se sitúe en periodo embrionario, fetal, perinatal o postnatal. Más

importante es descartar que se trate de una lesión evolutiva, lo que ensombrecería el pronóstico y obligaría a fijar unos objetivos más limitados. El seguimiento a lo largo de un año parece confirmar que se trata de una lesión estable puesto que no se ha modificado la exploración neurológica y las alteraciones conductuales han mejorado y cuando se presentan se sitúan en el rango de las manifestadas hasta el momento.

2. El grado de retraso mental. Queremos recordar que la definición de retraso mental se ha establecido tradicionalmente en tres áreas fundamentales: definiciones basadas en causas biológicas; definiciones basadas en los resultados de pruebas de inteligencia y aquellas basadas en el ajuste o adaptación social. En las últimas décadas se ha prestado mayor atención al tercer ámbito, sin olvidar que el criterio basado en las pruebas de inteligencia sigue empleándose aún hoy como medida cuantitativa de referencia necesaria para alcanzar un consenso entre profesionales, e igualar criterios, tal y como aparecen reflejados en los sistemas de clasificación (CIE-10 y DSM-IV). Sin embargo, como deseo de responder a las necesidades prácticas de planificación e intervención, la Asociación Americana del Retraso Mental (AAMR)⁷ ha propuesto recientemente como alternativa, la aplicación de cuatro ejes de apoyos requeridos en los distintos casos, eliminando así las clasificaciones establecidas en función de la gravedad del retraso (ligero, moderado, grave y profundo), promoviendo un enfoque multidimensional. Se pretende relacionar las necesidades individuales del retrasado con los niveles de apoyo apropiados. Esta orientación permite describir los cambios que se producen a lo largo del tiempo y evaluar las respuestas del individuo a las demandas presentes, a los cambios del entorno y a las intervenciones educativas y terapéuticas. Las cuatro dimensiones de evaluación que propone la AAMR son:

1. Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas.
2. Consideraciones psicológicas y emocionales.
3. Consideraciones físicas, de salud y etiológicas.
4. Consideraciones ambientales.

Tras considerar las cuatro dimensiones en el paciente, el diagnóstico de retraso mental severo con deterioro del comportamiento, basado en las capacidades en el momento actual y las observaciones realizadas en el colegio, se amplía. Como ya se ha indicado, está escolarizado en un centro de Educación Especial, desde que fue dado de alta de su primera hospitalización psiquiátrica, y su adaptación es satisfactoria en general. Recordemos que previamente apenas estuvo un año escolarizado y tampoco había recibido

apoyo escolar alguno. Sus interacciones con los compañeros son adecuadas, si bien manifiesta preferencia por aquellos de su mismo sexo, siendo respetuoso con todos. Bastante autónomo e independiente, no manifiesta conductas agresivas normalmente. Sin embargo, presenta un modelo de conducta distinto en el colegio que en su casa. En el ambiente familiar, convive con su madre y una prima de su misma edad, y es donde el paciente manifiesta conductas agresivas y tiránicas hacia la madre, con la que se muestra exigente y violento cuando no satisface sus peticiones. La madre tuvo que abandonar el trabajo para atenderle y actualmente la situación económica familiar es precaria.

Como resultado de esta valoración global pensamos que el paciente efectivamente sufre un retraso mental grave pero que es susceptible de adquirir mayor nivel de funcionamiento tanto en lo que se refiere a independencia personal como responsabilidad social. El trabajo debe dirigirse a permitir que el paciente sea capaz de funcionar en el medio familiar como lo hace en la escuela o en el hospital. Y esto pensamos que es posible, aunque no fácil.

3. Objetivos y pronóstico. Como se desprende de lo planteado en el punto anterior nuestro objetivo con este paciente es que desarrolle una vida lo más normalizada posible: resida con su familia (entorno habitual y óptimo), asista a un colegio para que continúe su crecimiento y desarrollo, adquiriendo nuevas habilidades, entre ellas el idioma, se relacione con personas de su edad, aprenda a organizar su tiempo de ocio y, posteriormente, aunque sabemos que son escasos, acceda a recursos ocupacionales o laborales protegidos y, en caso de imposibilidad de la madre, a alternativas residenciales protegidas.

Nos parece más que discutible el planteamiento del neuropediatra que recomienda que esté ingresado en un centro para sujetos con retraso y comportamiento agresivo (puesto que no tiene capacidad para discernir entre lo correcto e incorrecto ni para autocontrolarse) y sea tratado con tranquilizantes por su psiquiatra. Coincidimos en que tiene claras dificultades de autocontrol y ahí podemos actuar de dos formas: con medicación, pero, sobre todo, con intervenciones terapéuticas que incrementen su tolerancia a la frustración, su pensamiento reflexivo y sus habilidades sociales especialmente en las situaciones en que se muestra agresivo. Disentimos en que no sepa discernir lo correcto de lo incorrecto puesto que siempre ha dado pruebas de saber porqué ingresaba, pero en cualquier caso ésto también es educable. Como describen numerosos autores Corrigan et al.⁸, Salloway⁹ y Yudofsky et al.¹, los abordajes conductuales son esenciales para

enseñar al paciente y a su familia a modular aquellos factores ambientales que influyen en la conducta violenta y para conseguir un tratamiento realmente eficaz.

En esta tarea que proponemos es esencial la labor de muchos profesionales y no exclusivamente la del psiquiatra. Sin educadores, psicólogos, trabajadores sociales y monitores, podremos sedar finalmente al paciente pero nada más. La función del psiquiatra es importante, no únicamente como control externo de conductas agresivas o inadaptadas como algunos proponen, incluso puede servir para coordinar las distintas actuaciones, pero no nos engañemos, con el psiquiatra sólo o la medicación sólo, lo que proponemos para este chico es el almacenamiento y nada más. La medicación hasta ahora no ha funcionado. Todo lo más ha conseguido reducir su agresividad o su impulsividad, pero pese a los numerosos fármacos probados, situaciones puntuales en el hogar han desencadenado sus explosiones de ira. Desde hace un año intentamos trabajar en esas situaciones no sólo con el paciente, también con su familia y aunque algunas cosas se han conseguido queda mucho por hacer.

Bibliografía

1. Yudofsky SC, Silver JM, Hales RE. Treatment of agitation and aggression. En: Schatzberg AF, Nemeroff CB. *Textbook of Psychopharmacology*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1998: 881-900.
2. Pabis DJ, Stanislav SW. Pharmacotherapy of aggressive behavior. *Ann Pharmacother* 1996; 30(3): 278-287.
3. Thibaut F, Colonna L. Anti-aggressive effect of beta-blockers. *Encephale* 1993; 19(3): 263-267.
4. Campbell M, Gonzalez NM, Silva RR. The pharmacologic treatment of conduct disorders and rage outburst. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15(1): 69-85.
5. Haspel T. Beta-blockers and treatment of aggression. *Harv Rev Psychiatry* 1995; 2(5): 274-281.
6. Ruedrich SL, Grush L, Wilson J. Beta adrenergic blocking medications for aggressive or self-injurious mentally retarded persons. *Am J Ment Retard* 1990; 95(1): 110-119.
7. American Association on Mental Retardation. *Mental retardation: Definition, classification and systems of supports* (90 edición). Washington: AAMR. 1992.
8. Corrigan PW, Yudofsky SC, Silver JM. Pharmacological and behavioral treatments for aggressive psychiatric inpatients. *Hosp Com Psychiatry* 1993; 2(44): 125-133.
9. Salloway SP. Diagnosis and treatment of patients with frontal lobes syndromes. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1994; 6(4): 388-398.

ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Reseña de Revistas

¿Por qué fuman tanto los esquizofrénicos?

O. JIMÉNEZ SUÁREZ*, E. CASTRO ÁLVAREZ**

S.. CAMACHO OBORREGO**

* MIR Psiquiatría

** Psicólogo clínico

Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés.

Una de las observaciones clínicas más evidentes respecto a la esquizofrenia es que los pacientes continuamente están demandando y consumiendo tabaco. De hecho, diversos estudios^{1,2,3,4,5,6} han puesto de manifiesto que la prevalencia del tabaquismo entre pacientes esquizofrénicos es de aproximadamente el 90 %, frente al 25-30 % de la población general y el 45-70 % de pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Además se ha comprobado que los fumadores esquizofrénicos consumen dosis más altas de nicotina mediante inhalaciones más profundas de los cigarrillos⁵.

Este artículo resume las principales investigaciones publicadas en los últimos años sobre la relación entre el tabaquismo y la esquizofrenia.

Obviamente, parte de la alta prevalencia del tabaquismo entre esquizofrénicos se debe a los mismos mecanismos que originan dependencia en la población general y en otros pacientes psiquiátricos.

De los más de 3000 derivados pirrolíticos del tabaco, la nicotina es la principal responsable de la adicción al mismo. Aproximadamente el 25 % de ella atraviesa la membrana alveolo-capilar y en 15 segundos se difunde por el cerebro, donde posee receptores específicos, los receptores colinérgicos nicotínicos. A nivel fisiológico se comporta como una droga simpaticomimética, de modo que la inhalación de un cigarrillo aumenta la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la tensión de determinados grupos musculares, y altera la biodisponibilidad de diferentes neuroreguladores: aumenta la liberación de acetilcolina (modula la memoria y el rendimiento); de norepinefrina (focalización de la atención); b-endorfina (disminución de ansiedad y antinocicepción y acción reforzante indirecta);

de serotonina (disminución del apetito); de adrenocorticotropina (aumento de corticoides); y de dopamina (efecto reforzante directo)². Todos estos efectos se ven potenciados por el aumento del flujo cerebral y la disminución del periférico que se producen tras fumar un cigarrillo⁶.

Los efectos neurobiológicos más importantes para el desarrollo de la dependencia de la nicotina se relacionan con la ocupación de los receptores nicotínicos colinérgicos en las neuronas dopaminérgicas mesolímbicas, cuya estimulación mediaría el placer experimentado por los fumadores y otras acciones reforzantes como la elevación del estado de ánimo, potenciación de la cognición y disminución del apetito. Estos efectos son similares a los producidos por la cocaína y las anfetaminas, aunque mucho más limitados en el tiempo, por el efecto autorregulador de la nicotina que bloquea su receptor tras unirse a él. A largo plazo, se produce en los fumadores una regulación a la baja de los receptores de dopamina y al alza de los receptores nicotínicos colinérgicos, lo que se relaciona con su capacidad para producir dependencia y abstinencia⁷.

Asimismo han de destacarse los efectos comprobados de aumento de rendimiento cognitivo con la administración subcutánea de nicotina, tanto en fumadores (mayor rapidez en pruebas de razonamiento lógico, tiempos de reacción más rápidos, mayor sensibilidad en la prueba de procesamiento rápido de la información visual y más respuestas correctas en pruebas de reconocimiento de palabras) como en no fumadores (tiempos de reacción más rápidos en pruebas de procesamiento rápido de información visual y en recuerdo de dígitos, aunque con más errores en esta última)⁸.

Aparte de estos efectos que los pacientes esquizofrénicos

comparten con otras poblaciones, y de las explicaciones que los propios pacientes aducen para su hábito (reducción de ansiedad, aburrimiento y forma de contacto social)⁹, diversos estudios defienden una posible interrelación fisiopatológica entre los síntomas de la enfermedad y los efectos de la nicotina, lo que justificaría tan alta prevalencia.

En primer lugar, en la esquizofrenia los niveles basales de dopamina en regiones mesolímbicas se encuentran aumentados, incrementando considerablemente el efecto reforzador del consumo de nicotina, lo que podría explicar la existencia de mayores conductas de búsqueda de tabaco y dependencia entre pacientes esquizofrénicos¹⁰.

En segundo lugar, diversos estudios apuntan hacia una posible relación etiopatogénica entre receptores activados por la nicotina y la esquizofrenia⁷. Concretamente, se ha estudiado la transmisión familiar de una alteración del gen del receptor α -nicotínico de baja sensibilidad, que en pacientes esquizofrénicos se ha relacionado con alteraciones en el umbral sensorial auditivo, anomalías del crecimiento y desarrollo celular, dificultades del aprendizaje y síntomas psicóticos positivos; según esta hipótesis la ingestión de grandes cantidades de nicotina, permitiría alcanzar concentraciones suficientes para activar el receptor alterado^{5,11,12}. Asimismo se han encontrado alteraciones en la distribución en el tálamo de receptores nicotínicos de alta densidad y de receptores BTX, implicados en la neurofisiopatología de diversos trastornos que cursan con alteraciones de la percepción y los movimientos, como la demencia con cuerpos de Lewy, la enfermedad de Alzheimer y la esquizofrenia¹³. De hecho, se está investigando la utilización de agonistas nicotínicos en la enfermedad de Alzheimer, el síndrome de Tourette, el síndrome de hiperactividad con déficit de atención y la esquizofrenia^{14,15}.

Por otra parte, el incremento de la transmisión glutamérgica a nivel cortical producido por la nicotina, fundamentalmente en la corteza frontal y en el hipocampo, podría compensar tanto la hipofrontalidad asociada a la esquizofrenia como las alteraciones del umbral sensorial auditivo, lo que sustentaría la interrelación entre los efectos del consumo de nicotina y las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

En tercer lugar, se han descrito correlaciones entre la esquizofrenia y diferentes factores asociados al consumo de tabaco. Así, por ejemplo, investigaciones sobre la heredabilidad del tabaquismo han descrito correlaciones entre éste y psicoticismo, impulsividad, dificultades de

socialización y otros factores asociados a la esquizofrenia¹⁶. También se ha llegado a sugerir el uso del consumo de tabaco como un marcador de riesgo de esquizofrenia en familias con predisposición genética a la enfermedad¹⁷. En estudios descriptivos sobre pacientes esquizofrénicos, se han encontrado correlaciones entre fumadores y puntuaciones superiores en síntomas positivos, menores en síntomas negativos y mayores dosis de medicación neuroléptica^{18,19}. Por otro lado, se han encontrado correlaciones entre el consumo de diferentes tóxicos por pacientes esquizofrénicos, incluyendo la nicotina, y determinados rasgos de personalidad, como puntuaciones altas en la dimensión de temperamento de Cloninger de búsqueda de novedades medida con el Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)²⁰.

En cuarto lugar, se ha sugerido que determinadas alteraciones asociadas a la esquizofrenia, podrían ser parcialmente compensadas por el consumo de tabaco, siendo éste una forma de automedicación por parte del paciente²¹. Por un lado, la nicotina incrementa la liberación de dopamina en el núcleo accumbens y en la corteza prefrontal, ambas deficitarias en la esquizofrenia, lo que podría compensar el déficit motivacional y cognitivo característico de estos pacientes²². De hecho, la mejora del rendimiento cognitivo con el consumo de nicotina, también ha sido comprobada en pacientes esquizofrénicos³. Por otro lado existen diversos estudios que sugieren una posible relación entre sintomatología afectiva y consumo de tabaco^{2,22} habiéndose llegado a proponer el abandono del tabaquismo como un factor de riesgo de recaídas depresivas en pacientes predispuestos²³, por lo que el consumo de tabaco podría ser una forma de compensar la sintomatología depresiva frecuentemente asociada a la esquizofrenia. En cuanto a los síntomas psicóticos, se han publicado casos clínicos que sugieren una relación entre la suspensión brusca del consumo de tabaco y la reactivación de sintomatología psicótica²⁴. Sin embargo, otros estudios experimentales a doble ciego no encuentran relación alguna entre la exacerbación de síntomas psicóticos y el síndrome de abstinencia.

En quinto lugar, también se puede contemplar el consumo de tabaco como una forma de contrarrestar los efectos adversos de la medicación. De hecho, se ha comprobado que los pacientes esquizofrénicos incrementan el consumo de tabaco tras el inicio de tratamiento con haloperidol²⁵. Las interacciones entre el consumo de tabaco y la medicación se producen a dos niveles. Primero, la nicotina activa determinados enzimas metabólicos, como el citocromo

P450 1A2, alterando los niveles plasmáticos de anti-psicóticos y antidepresivos tricíclicos, incluyendo los neuro-lépticos de acción prolongada^{2,4,10}; al respecto se ha considerado el consumo de grandes cantidades de nicotina como un predictor de falta de respuesta al haloperidol²⁶ y se ha observado que a medida que los pacientes fuman menos requieren menores dosis de neuro-lépticos depot²⁷. Segundo, la nicotina compensa algunos de los efectos adversos de los neuro-lépticos. Diversos estudios señalan el aparente efecto protector del tabaquismo en la enfermedad de Parkinson; en el caso de los neuro-lépticos el consumo de nicotina disminuye la incidencia de extrapiramidalismo y temblor parkinsoniano, y reduce las dosis de fármacos anticolinérgicos correctores, aunque por otro lado aumenta el riesgo de desarrollo de discinesias tardías^{2,28,29}. Asimismo se han utilizado con éxito parches de nicotina en el tratamiento de la acatisia inducida por neuro-lépticos³⁰. También se ha encontrado entre pacientes esquizofrénicos fumadores una reducción dosis-dependiente de las alteraciones cognitivas, fundamentalmente de rendimiento de memoria y tiempo de reacción complejo, inducidas por el haloperidol³. Sin embargo, con el neuro-léptico atípico clozapina se ha encontrado una mejor respuesta en fumadores que en no fumadores y una disminución del consumo de nicotina tras la administración del fármaco^{6,13}. Dadas las importantes morbilidad y mortalidad asociadas al tabaquismo, que el consumo de nicotina puede ser una puerta de entrada al consumo de otras drogas^{10,31} y las particulares interacciones de la nicotina con la medicación neuro-léptica, alterando sus niveles plasmáticos y consiguientemente su eficacia, se están desarrollando programas específicos para tratar el tabaquismo en esta población, especialmente resistente a abandonar el consumo de tabaco^{16,32}.

Desde un punto de vista farmacológico se está estudiando la conveniencia de usar dosis más altas tanto de parches y/o chicles de nicotina como de medicación neuro-léptica^{27,33}. Asimismo diversos estudios recomiendan el uso de neuro-lépticos atípicos, como la clozapina y los nuevos neuro-lépticos con antagonismo serotoninérgico 5-HT₂ (risperidona) y agonismo 5-HT_{1A} (remoxipirida) para el tratamiento de la comorbilidad entre esquizofrenia y consumo de drogas, incluyendo el tabaquismo^{31,34,35}.

Desde un punto de vista psicoterapéutico se han empleado con éxito diversos programas cognito-conductuales, tanto en formato individual como grupal. Existen estudios experimentales que modifican las contingencias de reforzamiento para fumar, obteniendo resultados satisfactorios similares a los de la población general.

Bibliografía

1. Lohr JB, Flynn K. Smoking and schizophrenia. *Schizophr Res* 1992; 8 (2): 93-102.
2. Greden JF, Pomerleau O. Trastornos relacionados con la cafeína y la nicotina. En: Kaplan HI and Sadock BJ, dirs. *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Intermédica 1997; 759-763.
3. Levin ED, Wilson W, Rose JE et al. Nicotine-haloperidol interactions and cognitive performance in schizophrenics *Neuropsychopharmacology* 1996; 15 (5): 429-436.
4. Gritz ER, Stapleton JM, Hill MA et al. Prevalence of cigarette smoking in medical and psychiatric hospitals. *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviours* 1985; 4 (3): 151-165.
5. McEvoy JP, Brown S. Smoking in first-episode patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (7): 1120-1121.
6. Dalack GW, Healy DJ, Meador-Woodruff JH. Nicotine dependence in schizophrenia: clinical phenomena and laboratory findings. *Am J Psychiatry* 1998; 155 (11): 1490-1501.
7. Olincy A, Young DA and Freedman R. Increased levels of the nicotine metabolite cotinine in schizophrenic smokers compared to other smokers. *Biol Psychiatry* 1997; 42 (1): 1-5.
8. Dursun SM, Kutcher S. Smoking, nicotine and psychiatric disorders: evidence for therapeutic role, controversies and implications for future research. *Med Hypotheses* 1999; 52 (2): 101-109.
9. Morioka C, Kondo H, Akashi K et al. The continuous and simultaneous blood flow velocity measurement of four cerebral vessels and a peripheral vessel during cigarette smoking. *Psychopharmacology* 1997; 131: 220-229.
10. Stahl SM. Farmacología del abuso de nicotina. En: Stahl SM. *Psicofarmacología esencial*. Barcelona: Ariel Neurociencias, 1998; 406-411.
11. Foulds J, Stapleton J, Swettenham J et al. Cognitive performance effects of subcutaneous nicotine in smokers and never-smokers. *Psychopharmacology* 1996; 127 (1): 31-38.
12. Test MA, Wallisch LS, Allness DJ et al. Substance use in young adults with schizophrenic disorders. *Schizophr Bull* 1989; 15 (3): 465-476.
13. McEvoy JP, Freudenreich O, Wilson WH. Smoking and therapeutic response to clozapine in patients with schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1999; 46 (1): 125-129.
14. Diwan A, Castine M, Pomerleau CS et al. Differential prevalence of cigarette smoking in patients schizophrenic vs mood disorders. *Schizophr Res* 1998; 33 (1-2): 113-118.
15. Ziedonis DM, George TP. Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. *Schizophr Bull* 1997; 23 (2): 247-254.
16. Adler LE, Olincy A, Waldo M et al. Schizophrenia, sensory gating and nicotinic receptors. *Schizophr Bull* 1998; 24 (2): 189-202.
17. Hoffer LD, Adler LE, Wiser A et al. Normalization of auditory physiology by cigarette smoking in schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1993; 150 (12): 1856-1861.

18. Spurdin DP, Court JA, Lloyd S et al. Nicotinic receptor distribution in the human thalamus: autoradiographical localization of [3 H]nicotine and [125I]bungarotoxin binding. *J Chem Neuroanat* 1997; 13 (2): 105-113.
19. Léna C, Changeux JP. Pathological mutations of nicotinic receptors and nicotine-based therapies for brain disorders. *Curr Opin Neurobiol* 1997; 7 (5): 674-682.
20. Lawrence AD, Sahakian BJ. The cognitive psychopharmacology of Alzheimer disease focus on cholinergic systems. *Neurochem Res* 1998; 23 (5): 787-794.
21. Gilbert DG, Gilbert BO. Personality, psychopathology and nicotine response as mediators of the genetics of smoking. *Behav Genet* 1995; 25 (2): 133-147.
22. De Leon J. Smoking and vulnerability for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996; 22 (3): 405-409.
23. Ziedonis DM, Kosten TR, Glazer WM et al. Nicotine dependence and schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 1994; 45 (3): 204-206.
24. Chong SA, Choo HL. Smoking among Chinese patients with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 1996; 30 (3): 350-353.
25. Van Ammers EC, Sellman JD, Mulder RT. Temperament and substance in schizophrenia: Is there a relationship? *J Nerv Ment Dis* 1997; 185 (5): 283-288.
26. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 1997; 4 (5): 231-244.
27. Westermeyer JJ, Schneekloth TD. Course of substance abuse in patients with and without schizophrenia. *Am J Addict* 1999; 8 (1): 55-64.
28. Glassman AH. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993; 150 (4): 546-553.
29. Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Major depression following smoking cessation. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (2): 263-265.
30. Dalack GW, Meador Wooddruff JH. Smoking, smoking withdrawal and schizophrenia: Case reports and review of the literature. *Schizophr Res* 1996; 22 (2): 133-141.
31. Dalack GW, Becks L, Hill E et al. Nicotine withdrawal and psychiatric symptoms in cigarette smokers with schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 1999; 21 (2): 195-202.
32. McEvoy JP, Freudenreich O, Levin ED et al. Haloperidol increases smoking in patients with schizophrenia. *Psychopharmacology* 1995; 119 (1): 124-126
33. McEvoy JP, Schooler NR, Wilson WH. Predictors of therapeutic response to haloperidol in acute schizophrenia. *Psychopharmacol Bull* 1991; 27 (2): 97-101.
34. Hartmann N, Leon GB, Glynn SM et al. Transdermal nicotine and smoking behaviour in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1991; 14 (8): 734-375
35. Erdman R. Neuroleptics and nicotine. *Psychiatr Prax* 1995; 22 (6): 223-227.
36. Decina P, Caracci G, Sandik R et al. Cigarette smoking and neuroleptic-induced parkinsonism. *Biol Psychiatry* 1990; 28 (6): 502-508.
37. Anfang MK and Pope HG. Treatment of neuroleptic-induced akathisia with nicotine patches. *Psychopharmacology* 1997; 134: 153-156.
38. Rabinowitz J, Bromet EJ, Lavelle J et al. Prevalence and severity of substance use disorders and onset of psychosis in first-admission psychotic patients. *Psychol Med* 1998; 28 (6): 1411-1419.
39. Kosten TR, Ziedonis DM. Substance abuse and schizophrenia: editors' introduction. *Schizophr Bull* 1997; 23(2): 181-186.
40. Addington J. Group treatment for smoking cessation among persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1998; 49 (7): 925-928.
41. Caskey NH, Jarvik ME, Wirshing WC. The effects of dopaminergic D2 stimulation and blockade on smoking behaviour. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* (in press).
42. Buckley PF. Substance abuse in schizophrenia: a review. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl. 3): 26-30.
43. Wilkins JN. Pharmacotherapy of schizophrenia patients with comorbid substance abuse. *Schizophr Bull* 1997; 23 (2): 215-228.
44. Addington J, Guebaly N, Addington D et al. Readiness to stop smoking in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997; 42 (1): 49-52.
45. Tidey JW, Higgins ST, Bickel WK et al. Effects of response requirement and the availability of an alternative reinforcer on cigarette smoking by schizophrenics. *Psychopharmacology* 1999; 145 (1): 52-60.

Crítica de Libros

Salud y mercado

RAFAEL HUERTAS

Neoliberalismo y políticas de salud

Madrid

El Viejo Topo/FIM, 1998



Desde los años ochenta los gobiernos europeos se plantean recortes a las prestaciones sanitarias y sociales, que caracterizaban el Estado del Bienestar (redistribución fiscal de la renta que garantiza para toda la población: pensiones, atención sanitaria, servicios sociales, educación, seguro de desempleo; adoptada por los gobiernos socialdemócratas en época de crecimiento económico, para legitimarse y posibilitar cierta armonía social). Se responsabiliza a la Seguridad Social de la crisis económica iniciada en los años setenta y se pretende su limitación en aras de una supuesta mejora de la inversión y el empleo. Y se buscan soluciones -el intento de privatización del National Health Service por parte del gobierno de Margaret Thatcher o de introducir tasas en Italia, que no prosperaron debido a la protesta social- para introducir una lógica de mercado en unos sistemas hasta ahora protegidos por su utilidad social. En un informe del Banco Mundial, hecho público en 1987, sobre "Financiación de los Servicios Sanitarios en los países en desarrollo: un programa de reformas", se recomienda una serie de medidas, aplicables a prácticamente todos los países, que pueden resumirse en: 1) Trasladar a los usuarios los gastos en el uso de las prestaciones; 2) Ofrecer esquemas de aseguramiento para los principales casos de riesgo; 3) Utilizar de forma eficaz los recursos privados; 4) Descentralizar los servicios sanitarios públicos". Seis años después, en el "Informe sobre desarrollo mundial de 1993", dedicado a "Invertir en salud", los expertos del Banco Mundial insisten en medidas sanitarias que tiendan a disminuir la Carga Global de Morbilidad al menor coste posible, proponiendo dos estrategias: 1) la introducción de las fuerzas del mercado en el ámbito sanitario; y 2) la "correcta" asignación

de recursos públicos con criterios de eficiencia técnica e instrumental, por medio de intervenciones de alta efectividad y bajo coste." El Banco Mundial apela al "homo oeconomicus" frente a factores de legitimación social.

Rafael Huertas nos introduce con estos informes del Banco Mundial en el escenario sanitario de fin de milenio, tan lejos del eslogan de la OMS de las últimas décadas: Salud para todos en el año 2000. El texto recupera el lenguaje sanitario de la izquierda, se hunde en sus raíces: Semashko, Sigerist, Milton Terris, plantando cara a la política neoliberal, a su falacia de eficiencia (respuesta neoliberal que trasciende el ámbito clásico de la derecha). Estamos con Ignacio Ramonet (*El social-conformismo*, Le Monde Diplomatique, abril, 1999) cuando plantea que también para la socialdemocracia, que reina en solitario en los grandes países europeos, la política es la economía; la economía son las finanzas; y las finanzas son los mercados.

Huertas analiza la repercusión en España de esta política neoliberal, la llegada, tardía, del mercado interno y la competencia reguladora, cuando ya ha sido retirada en países precursores por su fracaso (una de las primeras medidas del gobierno de Blair), el espejismo y la trampa de la privatización de los servicios que tienta al Sistema sanitario español desde el Informe Abril (1991). La mejora de la microgestión es imprescindible en una administración como la nuestra, rígida, burocratizada, ineficiente, pero el uso de herramientas de flexibilidad no significa la venta del patrimonio público, ni la pérdida del control público de la calidad de las prestaciones en áreas tan sensibles como la sanidad, los servicios sociales o las pensiones (el problema no es que los centros sani-

tarios se conviertan en empresas públicas sujetas al derecho privado como un procedimiento de agilizar la gestión, siempre que sus objetivos sean mejorar la calidad de la cobertura a toda la población. El problema surge cuando se trata de aumentar los ingresos de los proveedores o hacer más rentables y competitivos los servicios limitando prestaciones). En cualquier caso, "no cabe duda (p. 51) que la política de conciertos acaba diluyendo la diferenciación entre lo público y lo privado, lo que lleva a afirmar que si se garantiza la asistencia, resulta indiferente que la provisión de servicios sea pública o privada. Afirmación cuando menos arriesgada, si tenemos en cuenta que la obtención de plusvalía es la razón de ser de la empresa privada. La experiencia catalana nos enseña que, aun con recursos públicos, el sector privado se hace cargo de la atención del 30% de la población, la más pudiente, habiéndose creado una medicina privada para las clases altas y medias altas, y un sector público infrautilizado y masificado para las clases populares... La escandalosa consecuencia de todo ello es que se produce una verdadera parasitación de lo público por lo privado ya que son fondos públicos los que acaban pagando las pruebas diagnósticas o las intervenciones quirúrgicas realizadas en clínicas privadas a pacientes asegurados".

Especial interés tiene el capítulo dedicado a la Atención Primaria de Salud y a la Medicina Basada en la Evidencia. Respecto a esta última, Huertas reflexiona sobre el abandono de la clínica que supone la aparición de los nuevos expertos en "evidenciología", de centros de consenso o "industria de la evidencia" que sustituyen al médico que "ve" pacientes. La falta de la capacitación

necesaria no puede ser liderada por profesionales alejados de la práctica, por la selección de las secciones de Métodos y Resultados de determinados aparatos de saber: limitados por sus propios condicionamientos. Alerta, Rafael Huertas, que sea en la Atención Primaria, uno de los logros de la reforma sanitaria española, pero hoy atravesada por cierto estancamiento del conjunto del sistema (el área de salud, la atención especializada, la prevención, la descentralización), donde en España se está ensayando este modelo que acerca la medicina al intento de un pensamiento único en la ciencia y en la vida.

Termina Huertas reclamando una refundación de la izquierda en la que tenga cabida todo el pluralismo emancipatorio existente sin que nadie renuncie a su identidad, que sea capaz de convocar y de conmover a la sociedad y que cristalice en un proyecto común capaz de articular la impugnación de la sociedad capitalista en el plano real y no sólo institucional.

Leer el libro de Huertas importa para salir de la complaciente atmósfera que nos envuelve, donde todo vale, donde en aras del consenso (comodidad) la izquierda (o como hoy quiera llamársele a los defensores de lo público, de la lucha contra las desigualdades) ha abandonado sus posiciones críticas y éticas. Y como señala Javier Mugerza (En Neoliberalismo vs. democracia, La Piqueta, 1998) los principios éticos no pueden desaparecer del horizonte porque sin ellos el pensamiento crítico se vendría abajo y la izquierda sin pensamiento crítico ya no merecería el título de tal.

Manuel Desviat

Selección Bibliográfica

REVISTAS

ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA

Duration of untreated psychosis and 12-month outcome in first-episode psychosis: the impact of treatment approach. Carbone S, Harrigan S, McGorry PD, Curry C, Elkins K. 1999; 100(2): 96-104.

Trabajo que estudia si el reducir la duración del periodo de psicosis sin tratamiento se traduce en una mejor evolución del primer episodio psicótico, visto a los 12 meses. Los datos obtenidos apuntan a que el periodo en el que existe la oportunidad de influir en la evolución de la enfermedad pudiera estar limitado, aunque la complejidad de esta relación impide llegar a conclusiones más concretas.

No changes in mood with the seasons: observations in 3000 chronic pain patients. Hardt J, Gerbershagen HU. 1999; 100(4): 288-294

Estudio que concluye con que el efecto de la luz solar sobre la depresión y su estacionalidad podría ser mucho menor de lo que se supone. Propone que un trastorno depresivo estacional puro sería muy raro.

Is suicide risk taken seriously in heavy drinkers who harm themselves?

Taylor C, Cooper J, Appleby L. 1999; 100(4): 309-311.

En este estudio se examina si una historia previa de consumo de alcohol influye de forma negativa en el manejo de la autoagresividad por el personal de urgencias. Se comprueba que, en general, los bebedores son considerados como de alto riesgo autolítico, y tratados en consecuencia. Se subraya la importancia del alcohol como un factor de riesgo independiente para el suicidio.

AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

Tetrabenazine treatment for tardive dyskinesia: assessment by randomized videotape protocol. Ondo WG, Hanna PA, Jankovic J. 1999; 156:1279-1281.

Propuesta de tratar la discinesia tardía con tetrabenacina, un bloqueante dopaminérgico postsináptico y depletor de

monoaminas presinápticas. Describe el tratamiento de veinte pacientes con discinesia tardía con una evolución media de más de tres años. Los resultados con este fármaco son prometedores y su tolerancia buena.

ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY

Protection of Persons With Mental Disorders From Research Risk: A Response to the Report of the National Bioethics Advisory Commission. Oldham JM, Haimowitz S, Delano SJ; y comentarios por: Childress JF, Shapiro HT; Charney DS; and Miller FG, Fins JJ. 1999; 56: 688-693

Se comenta el informe que un Comité estadounidense ha presentado a las autoridades federales sobre la protección de los pacientes con enfermedades mentales frente a la investigación. Los autores y comentaristas polemizan sobre los riesgos de la sobreprotección tanto por lo que tiene de estigmatizante como por la pérdida de resultados en la investigación.

Coping, Distress, and Survival Among Patients With Lung Cancer. Faller H, Bulzebruck H, Drings P, Lang H. 1999; 56: 756-762.

Los resultados de este artículo señalan que los mecanismos de afrontamiento activo alargan la vida de los pacientes con cáncer, mientras que la depresión, el estilo depresivo de afrontamiento y el disytrés psicológico, la acortan. Este tema es objeto de una revisión en un artículo del JAMA que se reseña más adelante.

A Unitary Model of Schizophrenia: Bleuler's "Fragmented Phrene" as Schizencephaly. Andreasen NC and Commentary: Connecting the "Dots" of Brain Dysfunction in Schizophrenia: What Does the Picture Look Like? Braff DL. 1999; 56: 781-787.

Se describe un modelo unitario que la autora define como neo-Bleuleriano, que define la enfermedad como un síndrome de alteración de la conectividad del neurodesarrollo, que interesa el circuito cortico-cerebelar-talámico-cortical. Una anomalía en este circuito que controla la coordinación de muchas actividades motoras y mentales produce una disimetría cognitiva. Como Bleuler propuso el trastorno

formal del pensamiento es la alteración primaria. El comentario de Braff señala las limitaciones de los modelos unitarios y aboga por la heterogeneidad de las alteraciones primarias de las esquizofrenias.

Prevention of Relapse in Residual Depression by Cognitive Therapy: A Controlled Trial. Paykel ES, Scott J, Teasdale JD, Johnson AL, Garland A et al. 1999; 56: 829-835

Ensayo controlado que compara el manejo clínico normal frente a la psicoterapia cognitivo-conductual en 16 sesiones en la prevención de las recaídas y tratamiento de síntomas residuales en casos de depresiones sin remisión completa. Los resultados demuestran que la psicoterapia fue claramente superior al manejo clínico en ambas variables.

BRITISH JOURNAL OF MEDICAL PSYCHOLOGY

Integrating psychological therapies: Processes of meaning transformation. Brewin CR, Power MJ. 1999; 72: 143-157.

Partiendo de la idea de que el éxito de cualquier psicoterapia estriba en su capacidad para cambiar significados (significados del paciente asociados síntomas, relaciones o problemas vitales), analizan la transformación del significado en las principales escuelas psicoterapéuticas. Después, identifican los siete temas principales que caracterizan el pensamiento de las personas con problemas psicológicos y describen cómo se procesan cognitivamente a distintos niveles. Proponen estos temas centrales y un proceso de cambio común de acuerdo a la investigación en psicología cognitiva, como primer paso para el estudio del significado y el cambio psicoterapéutico.

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY

Psychiatry in the National Health Service 1948-1998. Freeman. 1999; 175: 3-11.

En este artículo Hugh Freeman hace una revisión histórica de la evolución de los servicios de salud mental en el 50 aniversario del Servicio Nacional de Salud británico. Resalta las dificultades del desarrollo de un sistema de cuidados comunitarios alternativo al sistema hospitalario custodial previo, los obstáculos de los gobiernos a esta transición, la relación de los procesos políticos y legales

con la salud mental y la mejora en la formación de los profesionales, enfrentados ahora a un gran número de responsabilidades pero muy mal definidas.

Prevalence and characteristics of patients with severe mental illness and borderline intellectual functioning. Report from the UK700 randomised controlled trial of case management. Hassiotis A, Ukomunne O, Tyrer P et al. 1999; 175: 135-146.

Los autores analizan las características sociodemográficas, psicopatológicas, y de funcionamiento social, de la asociación del cociente intelectual límite al trastorno mental grave. Para ello realizan un estudio multicéntrico, randomizado y controlado con una muestra de un total de 708 pacientes psicóticos. La prevalencia de inteligencia límite fue del 18% y destacan la mayor discapacidad de estos pacientes, su mayor vulnerabilidad a los efectos secundarios extrapiramidales y la aparición de sintomatología negativa.

Classification in psychiatry: ICD-10 vs. DSM-IV. A response. (Editorial). First MB, Pincus A. 1999; 175: 205-209.

En este editorial estos autores americanos contestan el editorial de Andrews et al. (Br. J Psychiatry 1999; 174: 3-5) y critican la ICD-10 comparándola con su DSM-IV. Argumentan que su clasificación está basada en un proceso empírico de revisión de la literatura científica y que la ICD-10 (que la acusan de familia de clasificaciones con múltiples versiones para distintos propósitos) está creada de nuevo usando el consenso de expertos y que sólo ha añadido confusión a los investigadores. Resulta difícil finalmente saber cuál de los dos sistemas nosológicos es el peor.

Suicide and unemployment in young people. Gunnell D, Lopatzidis A, Dorling D et al. 1999; 175:263-276.

Suicide in young people. Hawton K, Houston K, Shepperd R. 1999; 175: 271-276.

Suicide among drug addicts in the UK. Oyefeso AA, Ghodse H, Clancy C, Corkery JM. 1999; 175: 277-282.

Estos tres artículos ilustran la asociación del suicidio en jóvenes, con pertenecer a clases sociales bajas, estar desempleados o consumir drogas tanto en hombres como en mujeres. Menos de una cuarta parte de estos jóvenes estaban en tratamiento en servicios de salud mental.

JOURNAL OF PSYCHOTHERAPY INTEGRATION

Número especial dedicado al análisis de la resistencia en psicoterapia desde el punto de vista de la integración. Autores como Paul Wachtel o los autores del enfoque transteorético en integración, Prochaska JM y Prochaska O, entre otros, abordan el tema de la resistencia al cambio desde los diferentes enfoque terapéuticos.

THE LANCET

Psychiatric genetics: progress, problems and potential. Owen MJ, Cardno AJ. 1999; 354 (suppl 1): 1-37.

En un suplemento dedicado íntegramente a las últimas aportaciones de la genética a la medicina, aparece esta completa revisión sobre psiquiatría y genética en la que se señalan los avances en la investigación de los determinantes genéticos de los trastornos psiquiátricos más comunes.

Psychopharmacotherapy in children and adults with intellectual disability. Santosh PJ, Baird G. 1999; 354: 231-40.

Extensa revisión sobre el uso de psicofármacos en pacientes con retraso mental. Los autores señalan la tendencia a considerar que los síntomas psiquiátricos se consideran demasiadas veces como inherentes al retraso mental, por lo que no se busca y trata un trastorno específico. En las alteraciones de conducta se apuesta por el uso de nuevos antipsicóticos o de la sustitución de estos por inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Disability. Varios autores. 1999; 354: 756-64.

Este número del Lancet dedica siete artículos a explorar las diferentes visiones y modos de afrontar la discapacidad en diferentes culturas, señalando que es esta percepción social la que determina la calidad de vida y "resultados" sociales de los pacientes. Aunque se habla de discapacidad desde la perspectiva física, resulta interesante este abordaje para la discapacidad que generan determinadas enfermedades psiquiátricas.

Functional somatic syndromes: one or many? Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. 1999; 354: 936-39.

Se revisan la cefalea tensional, el colon irritable, síndrome premenstrual, dolores torácicos atípicos, síndrome de fati-

ga crónica y otros síndromes considerados funcionales y clásicos en cada especialidad médica, desde la hipótesis de que son todos el mismo síndrome visto desde el prisma de especialistas diferentes.

Rehabilitation of persons with traumatic brain injury. NIH Consensus Development Panel. 1999; 282: 974-983.

Además de este consenso sobre la rehabilitación psicológica y psicosocial de los pacientes con traumatismos craneoencefálicos, este número del JAMA presenta otros cuatro artículos originales sobre el síndrome postcontusional. Se destaca la importancia epidemiológica del problema y lo poco que se diagnostica, además de presentar un modelo de abordaje integral del paciente traumatizado craneal.

Violence/Human Rights. Número monográfico del 4 de Agosto. 1999; 282: 403-500.

En este número monográfico sobre violencia y derechos humanos se pueden encontrar artículos como el de Mollica et al sobre la discapacidad asociada al estado de salud en refugiados bosnios o el de Rodríguez MA et al sobre intervención en casos de violencia en la pareja. Además de editoriales en las que la medicina se posiciona frente a la lacra de las conductas violentas en nuestra sociedad.

Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome. Birketvet GS, Florholmen J, Sundsfjord J, Osterud B et al. 1999; 282: 657-663.

El síndrome de compulsión nocturna a comer consistente en anorexia matutina, hiperfagia nocturna e insomnio, fue descrito en 1955 y hasta ahora no se había investigado su especificidad como alteración. Los autores de este artículo presentan los patrones de alteraciones conductuales y neuroendocrinas con la aparente pretensión de describir una nueva enfermedad.

A 43-year old woman coping with cancer. Spiegel D. 1999; 282: 371-378.

El caso clínico de una paciente con cáncer de mama sirve para ilustrar esta revisión sobre la influencia de variables psicológicas en la evolución y pronóstico del cáncer, y de los estilos de afrontamiento relacionados con mejores resultados. El autor explica el modelo de grupo expresivo/de apoyo con el que su equipo trabaja.

PSYCHIATRIC SERVICES

Prevalence, assessment and treatment of pathological gambling: a review. Petry NM, Armentano CA. 1999; 50: 1021-1027.

Revisión de la literatura científica publicada en los últimos 15 años sobre el juego patológico. El artículo repasa principalmente los estudios que se han hecho sobre los distintos tratamientos que se emplean habitualmente: grupos de autoayuda, tratamientos psicodinámicos, cognitivo-conductuales, las psicoterapias manualizadas, abordajes familiares y de pareja y psicofarmacología.

Life expectancy and causes of death in a population treated for serious mental illness. Dembling BP, Chen DT, Vachon L. 1999; 50: 1036-1042.

Este estudio concluye que los enfermos mentales tienen una esperanza de vida menor que la población general (casi 9 años). Aunque algunas de las muertes son causadas por suicidio, la diferencia en la esperanza de vida se mantiene en la mayoría de las causas de muerte.

Special section on mental health and aging. 1999; 50: 1157-1209.

En el número de septiembre hay una sección especial dedicada a la salud mental de los mayores. Incluye ocho artículos originales sobre epidemiología de los trastornos mentales en esta población, los futuros tratamientos para el Alzheimer, la depresión y la esquizofrenia, los programas de tratamiento comunitarios a largo plazo para esta

población, el futuro de los tratamientos psicosociales, el impacto potencial de la generación del baby-boom en el consumo de sustancias en los mayores y la formación en psicogeriatría.

PSYCHOLOGICAL MEDICINE

Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. Thornicroft G, Tansella M. 1999; 29: 761-767.

Defienden la necesidad de operativizar y validar medidas evolutivas en la investigación de los servicios de salud mental basadas en los principios éticos de autonomía, continuidad, eficacia, accesibilidad, integración, equidad, responsabilidad, coordinación y eficiencia. Frente a las variables evolutivas habitualmente medidas, éstas aportan una mayor información a la hora de tomar decisiones en políticas de salud o en servicios clínicos.

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

La AEN y la psiquiatría española. Fernández Liria A. 1999; 71 (19):503-520.

Ante lo que el autor denomina mundialización de la psiquiatría, reflejo de la mundialización del mercado (las multinacionales farmacéuticas que dominan la producción teórica y científica), defiende la necesidad de potenciar publicaciones, asociaciones o actividades científicas propias, más próximas a nuestra práctica habitual.