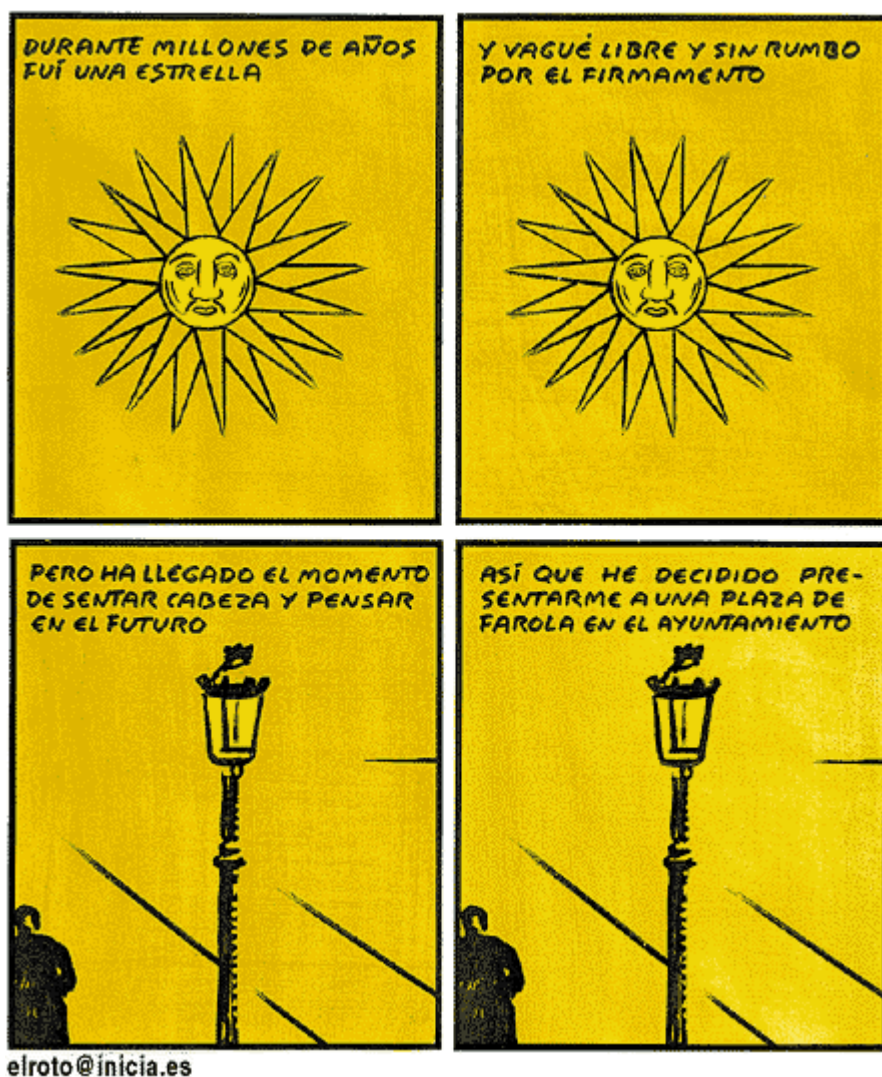


BOLETIN

SERVICIOS DE SALUD MENTAL AREA 11

Número 13 – Junio 2009



Próximas reuniones de Area (*mientras dure...*) -
Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE) -
Clínica Psiquiátrica de Heidelberg (Ricardo López) -
Nuevos MIR y PIR - Lecturas de verano - Otras informaciones

¹ El País 27 Mayo 2001

1. DOCUMENTOS DE AREA ²

- **Comisiones de Docencia Hospital Univ. 12 de Octubre**

- **Comisión del 27 Febrero 2009 (Acta 2/2009)**

1. **Cambio ubicación Secretaría Comisión de Docencia del Hospital:** al despacho enfrente de la cafetería del Edificio Materno Infantil.
2. **Seguimiento implantación R.D. Febrero 2008:** se comentan los problemas que ha creado en la mayoría de los grandes hospitales la implantación de dicho R.D. y la problemática específica (no resuelta en la Urgencia desde el punto de vista de los residentes de otras especialidades) en el Hosp. 12 Octubre. El tutor de Psiquiatría explica la aplicación en el servicio y urgencias de Psiquiatría
3. **Reunión de la Comisión de Docencia 27/3/2009:** monográfica sobre las deficiencias que exponen los residentes del Hospital en las guardias de la Urgencia (no psiquiátrica) del Hospital. Pendientes de reunión con la coordinadora de Urgencias y Subdirección Médica. El tutor de Psiquiatría explica (dados los movimientos para que las especialidades se impliquen más en las guardias de la urgencia general) las peculiaridades de las guardias de los MIR de Psiquiatría en los primeros meses de su residencia, mientras rotan por Medicina Interna y Neurología, y al pasar posteriormente a hacer guardias exclusivamente de Psiquiatría

- **Comisiones de Docencia Serv. Psiquiatría Hosp. 12 Oct 18/3/2009**

- **Próxima Comisión de Asistencia de Area:** 24 Junio, 10.30 h.
- **Próxima Comisión de Docencia de Psiquiatría:** finales Junio o principios Julio (a convocar próximamente)
- **Próxima Reunión Tutores MIR de rotación/área capacitación:** 24 Junio 2009 - 9 a 10.30 en Aula detrás de los ascensores de la 3ª planta del Materno-Infantil

² Sección para la difusión de documentos de trabajo sobre nuestra organización asistencial. Información sobre los temas recogidos en las Actas de las Comisiones de Asistencia, Docencia, Rehabilitación, Usuarios u otras (así quien quiera puede leerlas: se envían a cada CSM y queda copia en la Secretaría del Servicio Psiquiatría Hospital 12 Octubre). Información sobre grupos de trabajo de la Cdad. de Madrid (Gestión de la Demanda, Urgencias, Historias Clínicas...), etc...

2. RECURSOS DE LA RED DE SALUD MENTAL ³

3. OTROS RECURSOS ⁴

• Unidad de Valoración y Orientación al Profesional Sanitario Enfermo (UVOPSE)

UVOPSE

Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE)

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Ciudad Universitaria, Pabellón 8

28040 Madrid

Madrid, 29 Abril 2009

Estimados compañeros:

Tras casi 3 años de trabajo desde la puesta en marcha de esta unidad, queremos dirigirnos a todas las entidades que nos deriváis a profesionales que necesitan nuestra intervención para agradecer vuestra excelente colaboración. Todos los que formamos parte del PAIPSE queremos agradecer a las direcciones-Gerencia de Area, Colegios Profesionales, Inspección Médica, Servicios de Prevención, Centros de Salud Mental, Médicos de Atención Primaria y demás organizaciones y particulares, vuestra confianza.

Durante este periodo de actividad hemos ido desarrollando nuestros protocolos de actuación y sorteando las dificultades y posibles trabas del trabajo cotidiano, siempre con el objetivo final de dar al profesional sanitario una atención integral en su salud mental.

Queremos aprovechar la ocasión para recordaros algunos aspectos (que la mayoría de vosotros ya conoce) tales como los criterios de inclusión/exclusión para acceder al programa y el procedimiento de entrada en el mismo.

Criterios de inclusión:

Asistencia clínica al personal sanitario del Servicio Público de la Comunidad de Madrid con problemas de salud mental y/o conductas adictivas con las siguientes características:

- Criterio de gravedad: psicosis, trastornos de la personalidad, trastornos depresivos graves y trastornos relacionados con sustancias adictivas
- Criterio de repercusión laboral significativa: cuando los problemas de salud mental tengan una incidencia negativa en el medio laboral, con los compañeros o con los usuarios
- Personal sanitario con expediente disciplinar del que se sospeche patología mental que pudiera estar relacionada con los hechos expedientados
- Criterio de riesgo grave para la salud propia o de terceras personas

Criterios de exclusión:

³ Información sobre los nuevos recursos que se van añadiendo a la red de Salud Mental del Area 11 (tanto del propio IMSALUD como los concertados). Criterios de derivación y forma de contactar con estos nuevos recursos o programas

⁴ Información sobre otros recursos de utilidad para nuestro trabajo (sociales, sanitarios no psi, educativos, OO.NN.GG., municipales...)

- Patologías mentales leves o moderadas que puedan ser atendidas (o estén siéndolo) en el ámbito de Atención Primaria y Especializada de cada área sanitaria
- Trastornos mentales y conductas adictivas que por su extrema gravedad requieran asistencia psiquiátrica urgente (que deberán ser derivados a los servicios de urgencias correspondientes)
- Casos de acoso en el trabajo, conflictos interpersonales y síndrome de desgaste profesional (*burnout*): su valoración e intervención organizacional corresponderá al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales correspondiente, atendiendo en el PAIPSE sólo las consecuencias para la salud de dichos riesgos

Procedimiento de contacto y entrada en el PAIPSE:

- El acceso al programa (siempre que se cumplan los criterios de inclusión) se podrá realizar a petición propia o mediante derivación de otro servicio de la red pública o Colegio Profesional
- La persona interesada deberá contactar personal y voluntariamente con la Unidad mediante el teléfono 91 330 39 26 para cita previa. No se admiten urgencias ni atención sin cita
- En dicho teléfono personal administrativo, formado a tal efecto, realizará un primer filtro de comprobación de los requisitos de inclusión en el programa y si procede dará cita lo antes posible para una primera entrevista de acogida. El personal especializado estará realizando funciones asistenciales por lo que no atenderá llamadas para esta finalidad
- La entrevista de acogida la realizarán el equipo de enfermería o trabajo social (indistintamente y según agenda), recogiendo los principales datos socio-demográficos y psicosociales del paciente, así como el motivo de consulta. Tras esta primera entrevista se concretará una cita en día posterior con el especialista del equipo PAIPSE que se considere más adecuado
- A lo largo del tratamiento el paciente podrá ser atendido por los diferentes profesionales del PAIPSE según sus necesidades, con el fin de ofrecer un abordaje integral de las mismas. En algunos casos se solicitarán pruebas complementarias o interconsultas si se considera conveniente
- Tras el proceso de evaluación, diagnóstico, valoración global y estabilización, se orientará al profesional sanitario a los servicios asistenciales que se consideren oportunos y necesarios para completar su recuperación

Para el correcto funcionamiento de esta unidad y para la calidad asistencial que nos gustaría mantener en el Programa es importante respetar los circuitos que hemos establecido en nuestros protocolos de actuación. Os agradecemos vuestra colaboración en este sentido, difusión entre los miembros de vuestro equipo y ajuste al mismo.

Reiteramos nuestra satisfacción y agradecimiento por vuestra colaboración u os recordamos la posibilidad de contactar con nosotros para el seguimiento de vuestras derivaciones o reuniones periódicas a tal efecto.

Un cordial saludo,

José Carlos Mingote Adán

Coordinador UVOPSE - PAIPSE

4. BAZAR - PETICIONES DEL OYENTE ⁵

5. RESIDENTES ⁶

- Nuevos residentes 2009:
 - MIR de Psiquiatría:
 - Isabel M^a Castillo García
 - Laura P. del Nido Varo
 - Elena Soria García-Rosel
 - José Camilo Vázquez Caubet
 - PIR de Psicología Clínica:
 - Marta Moreno Ortega
 - Helena Domínguez Perandones

¡¡ Bienvenidos !!

6. RECOMENDACIONES DE COLEGAS ⁷

- Bibliografía David Antón 3^a parte (y última)

Librerías (en Madrid y en Internet)

- **Librería Paradox:** Especializada en Psicología, si puedes comprar el libro aquí mejor, así alimentas la simbiosis mutuamente beneficiosa que supone para los psicólogos el tener una librería especializada en Psicología. El orden de los libros en la tienda es un misterio, pero Isabel se sabe dónde está cada cosa, así que pregunta y listo. También consiguen libros de importación. En la página web se pueden hacer búsquedas. <http://www.paradox.es/index.php>
Dirección: C/ Santa Teresa 2 (Metro Alonso Martínez)

⁵ Puesta en común de materiales de interés clínico o docente: p.e. una escala de evaluación clínica o de investigación, una escala de evaluación de la docencia que impartimos o de satisfacción de usuarios. Solicitud de datos (respetando las normas legales de confidencialidad: ¡jojo!) o casos clínicos para estudios de investigación proyectados o en marcha, etc...

⁶ Información de publicaciones de nuestros residentes. Solicitud de colaboración para estudios o publicaciones o docencia, etc...

⁷ En esta sección tal compañero recomienda un libro o artículo, profesional o no (literatura, prensa...), de especial interés, con un breve comentario o sugerencia introductoria. Recomendaciones de un evento de especial interés sin pretender ser una “agenda de Congresos”: *tal curso o congreso suele ser interesante, o no, por tal motivo, tal conferencia...*

- **Librería Fuentetaja:** De las mayores y con más solera de Madrid, acaba de cambiar de local. Tienen bastante de Psicología y especialmente de Psicología dinámica. También tiene ordenados los libros por temas-orden alfabético del autor, lo cual a veces complica la búsqueda si sólo sabes el título. También tienen Web: <http://www.fuentetaja.es/libros.php>
Dirección: San Bernardo 35 (este es el nuevo sitio, han cambiado de local en Junio 2007)

- **Casa del libro:** Varios locales por Madrid y otras ciudades, especialmente el de Gran Vía con su nutrida sección de Psicología bastante bien ordenada. Ideal para hacer búsquedas en su página web: <http://www.casadellibro.com/> . Dirección: Gran Vía 29; Fuencarral 119; Alcalá 96; Maestro Victoria 3 (y otras)

- **Fnac:** Tienen algunas cosas, pero hay tal caos en la sección de Psicología que es difícil encontrarlas. Nada en especial que resaltar, salvo que puedes bajarte el libro a la sala de lectura y leerle un trozo para ver si te gusta. Está en callao entre Preciados y la calle del Carmen.

- **Iberlibro:** El mayor buscador en librerías de segunda mano de España (también incluye otros países), estupendo recurso para encontrar libros agotados. Su sistema de compra directa es bastante malo, así que resulta más útil mirar la librería donde tienen el libro y buscarla por internet para encargarlo por tu cuenta. Pese a este engorro, resulta un recurso imprescindible para el amante de los libros. Web: <http://www.iberlibro.com>

- **Agapea:** Venden por internet y te lo mandan a casa, son carillos pero su utilidad está en que a veces tienen libros agotados en otros sitios. <http://www.agapea.com/>

- **Amazon:** La mayor librería online de habla inglesa, para importar. Necesitas visa o american express. Comprueba el precio en Amazon Inglaterra y amazon EEUU, porque a veces (¡depende de la cotización del euro!) con la combinación de gastos de envío y cambio de moneda te sale más barato en uno u otro sitio. Web: <http://www.amazon.com/>

- **Buscador de ISBN del Ministerio:** Busca libros por el número ISBN que obligatoriamente llevan todos, es útil para ver todo lo publicado de cierto autor, todas las ediciones de cierto libro con sus precios, etc. Permite buscar libros agotados. Cuidado porque es el ISBN de España, pero mucho libros están editados en sudamérica, en países de habla hispana y no tienen ISBN español, por tanto no aparecerán aquí, pero sí en otros buscadores como la casa del libro o Paradox. Web <http://www.mcu.es/comun/bases/isbn/ISBN.html>

Editoriales de interés

Desclee de Brower: <http://www.edesclee.com/Formularios/Colecciones.asp?Inicio=1>

Paidós: <http://www.paidos.com/>

Gedisa: El texto presentado no puede ocupar más de una línea

Herder: <http://www.herdereditorial.com/>

Kairós: <http://www.editorialkairos.com/>

Amorrortu: <http://www.amorrortueditores.com/>

Pirámide: <http://www.edicionespiramide.es/>

Síntesis: <http://www.sintesis.com/>

Edaf: <http://www.edaf.net/novedades.htm>

Ediciones B: <http://www.edicionesb.com/>

Fondo de cultura económica: <http://www.libreriasdelfondo.com/>

Obelisco: <http://www.edicionesobelisco.com/>

Urano: <http://www.mundourano.com/>

David Antón -Psicólogo Clínico

- Libros: "Dos recomendaciones para el verano"

EL PSICOANALISTA.

Autor John Katzenbach.

Ediciones B, S.A. Barcelona.

Un psicoanalista con una larga carrera profesional y con una vida cotidiana tranquila, recibe una carta anónima. En ella puede leerse: "*Feliz cumpleaños doctor. Bienvenido al primer día de su muerte. Pertenezco a su pasado y usted arruinó mi vida. Ahora estoy decidido a arruinar la suya. Acecharlo y matarlo era demasiado fácil. He decidido que se suicide. Tiene de plazo quince días hasta la fecha de su cumpleaños para hacerlo*". Nuevos sucesos tras ese anónimo obligaran al psicoanalista a intentar averiguar con rapidez quién es el autor de dicha misiva ya que si pasado el plazo de tiempo anunciado el doctor no se suicida sus familiares y conocidos serán asesinados.

En esta novela se ofrece intriga, investigación y el mejor suspense psicológico.

UN AÑO CON SCHOPENHAUER

Autor Irvin D. Yalom

EMECE editores

Un psicoterapeuta de sesenta y cinco años, descubre que tiene una enfermedad terminal. Le resta un año de vida... ¿Qué hacer? ¿Cómo utilizar esos últimos doce meses que le quedan? Decide rastrear la situación de algún antiguo paciente que haya podido sufrir su fracaso como terapeuta con la idea de ofrecerse como una segunda oportunidad. Finalmente recuerda y localiza a un paciente y le ofrece incorporarle al grupo de terapia que dirige desde hace años. Lo que no se esperaba el psicoterapeuta es que, a su vez, el paciente, un hombre solitario y frío, le introducirá en el pensamiento de Arthur Schopenhauer, a quien el paciente considera su auténtico terapeuta personal. La experiencia supone un inesperado recorrido vital de un hombre sensible y a quien la inminencia de la muerte lo lleva a hacer un balance de su vida.

Este libro, en resumen, supone una maravillosa aventura emocional e intelectual.

Miguel A. Jiménez-Arriero

7. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS ⁸

- Próxima reunión PARG: 3 Junio, 13.30 h.

• Estudio CLOZAPINA

Estimados compañeros , como sabéis sigue abierto el estudio sobre **Clozapina en Primeros episodios Psicóticos**.

El pobre ritmo de entrada nos sugiere la necesidad de **ser menos restrictivos con los criterios** de inclusión.

En adelante, **ante cualquier primer episodio psicótico** (aunque no está limpio de tóxicos, el tiempo de evolución sea mayor de lo deseable, pertenezca a otras áreas, el diagnóstico poco claro...) , por favor **contactad conmigo (Javier Sanz 913908000 Ext:1490 y 1488, 913908536) , o con Pablo Portillo (913908000 Busca de guardia)** para comentar el caso y decidir.

Muchas gracias por vuestra ayuda

Javier Sanz - UHB Hosp. 12 de Octubre

• Artículo en el American Journal of Medical Genetics

Nuestro artículo ya aparece en el American Journal of Medical Genetics PartB como Early view.

<http://www3.interscience.wiley.com/journal/99020001/issue>

Research Articles

Gender-specific COMT Val158Met polymorphism association in Spanish schizophrenic patients (p n/a)

Janet Hoenicka, Elena Garrido, Isabel Martínez, Guillermo Ponce, María Aragüés, Roberto Rodríguez-Jiménez, Laura España-Serrano, Ximena Alvira-Botero, José Luis Santos, Gabriel Rubio, Miguel Ángel Jiménez-Arriero, Tomás Palomo, PARG

Published Online: Apr 14 2009 10:16AM

Janet Hoenicka

Servicio de Psiquiatría-Unidad de Investigación
Hospital 12 de Octubre

⁸ Información de líneas de investigación en curso en nuestro área 11, publicaciones de artículos, libros, tesis, conferencias, etc... nuestras: para compartir y *sacar del armario* nuestra producción científica. **Como solemos ser bastante modestos, también invitamos a que unos recomendemos los trabajos de los otros.** Eso no es delación...
¡;Perded la vergüenza: lo que investigamos y publicamos no es sólo “para aumentar el C.V.” !!

• Psicogeriatría Vol 1, 1 (2009)

Suscripciones a la revista en papel en la web de la SEPG:

<http://www.viguera.com/sepg/> ó en el correo suscripciones@viguera.com



Enero - Marzo 2009
Volumen 1, número 1

- Psicogeriatría: el futuro ya está aquí
- Evidencias de la utilidad de la melatonina frente al envejecimiento y los procesos neurodegenerativos
- Psicopatología del accidente cerebrovascular: el estado de la cuestión
- Trastornos de ansiedad en el anciano
- Demencia frontotemporal y deterioro de la conducta social
- Un 'raro' caso de identificación errónea en la enfermedad de Alzheimer: el 'delirio de compañeros'

• Trabajo de investigador en los Estados Unidos

Carlos Blanco, un psiquiatra español que trabaja en Columbia, está buscando psiquiatras MIRes y PIRes para cubrir 3 puestos de investigación de dos años. No importa cuándo hayan terminado la residencia. Cobrarían unos 38.000-40.000\$ anuales y visado h1.

Serían 20 horas haciendo entrevistas para los estudios en curso y 20 horas para proyecto propio. Se compromete a que se publique un mínimos de dos artículos. El doctor Blanco ha publicado sobre todo acerca del juego patológico, pero puede abrir campo y le gustaría incorporar a alguien que se quisiera formar en neuroimagen.

Los interesados deben dirigirse al Dr. Blanco y, en su nombre, a la Dra. Margarita García Amador: margaritagarciaamador@yahoo.es

Miguel Angel Jiménez-Arriero

8. CONVOCATORIAS ⁹

- Charla 3 Junio Dr. Alberto Ortiz: “**Consulta terapéutica de los pacientes con códigos Z**”

El próximo miércoles 3 de Junio 2009, de 10 a 12 (en el salón de actos del Hosp. Materno-Infantil), vendrá Alberto Ortiz, psiquiatra del CSM de Retiro, a hablarnos sobre las demandas de la gente que no tiene trastornos mentales, pero acude a nuestras consultas (hizo su tesis sobre estos, denominados "Zs" en el DSM) y sobre el manejo en primera entrevista de estos (numerosísimos) casos. Creo que es un tema de interés general, y se lo tiene muy bien preparado.

Tanto para residentes como abierto al resto de profesionales del Area.

Nacho Mearin

- **Curso de Doctorado “Actualización en esquizofrenia”**

(Programa de Doctorado 2008-09 - Dptº. Psiquiatría Fac. Medicina UCM)
Organizan: Dres. J. Sanz y T. Palomo. Aula Deptº Psiquiatría, 4ª planta Fac. Medicina Universidad Complutense

- Día 5 Junio 2009, viernes:
 - 9.15 h: **Presentación** (Tomás Palomo)
 - 9.30 h: **Psicosis en la infancia** (Jose C. Espín)
 - 11.30 h: **Neuroimagen en la esquizofrenia** (Vicente Molina)
 - 13 h: **Intervenciones cognitivas en el delirio** (Carmen Valiente)

 - 16 h: **Rehabilitación psicosocial** (Abelardo Rodríguez)
 - 17.30 h: **La evidencia neuro-psicológica del daño cognitivo** (Roberto Rodríguez-Jiménez)
 - 19 h: **Genética actualizada en la esquizofrenia** (Janet Hoenicka)
- Día 6 Junio 2009, sábado:
 - 9.30 h: **Clinical staging** (Tomás Palomo)

 - 11.30 h: **Las complicaciones: patología dual** (Guillermo Ponce)
 - 13 h: **Primeros episodios** (Gabriel Rubio)

⁹ Reuniones de las Comisiones de Area, grupos de trabajo, Cursos, Congresos y reuniones científicas en las que participamos activamente u organizamos. Conferencias de profesionales que invitamos a participar en la formación MIR-PIR y que son abiertas al resto de profesionales del área, etc...

- International Meeting of the “Fundación Cerebro y Mente”

**“Staging Neuropsychiatric Disorders
Implications for Etiopathogenesis and Treatment”**

Mojácar, Spain, 14th – 18th October, 2009

PRELIMINARY SCIENTIFIC PROGRAMME

Wednesday 14th October

Registration

Thursday 15th October

Patrick McGorry (Australia)

Staging in neuropsychiatry: a heuristic model for understanding, prevention and treatment

BEYOND GENES IN NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS: EPIGENETICS AND BIOMARKERS

Barry Keverne (UK)

Epigenetics in the brain, foetal programming

Alexandro Guidotti (USA)

Epigenetics and schizophrenia

Pierre Sokoloff (France)

Epigenetic function of the GPCR GPR88 in cortical neurons.

Janet Hoenicka (Spain)

ANKK1 expression study: uncovering the biological bases of *TaqIA*-associated phenotypes

Daniela Berg (Germany)

Biomarkers of early Parkinson's disease

Eduardo Rodriguez Farré (Spain)

Biomarkers of neurodevelopmental exposure to methylmercury

Isidro Ferrer (Spain)

Methylation of gene promoters in post-mortem brain tissue

STAGING MOOD DISORDERS

Norbert Müller (Germany)

Biomarkers and depression

Thomas N Chase (USA)

Apathy: diagnosis, pathogenesis and experimental therapy

Ian Reid (UK)

Staging antidepressant treatment

Eduard Vieta (Spain)

Bipolar disorders versus schizophrenia in the early phases of psychosis

MOVEMENT DISORDER PROGRESSIONS

Trevor Archer (Sweden)

The MPTP mouse model, factors alleviating Parkinson's illness

Richard M Kostrzewa (USA)

Stereotypic progressions in psychotic behaviour

Kiminobu Sugaya (USA)

Arresting progression of neurodegenerative disorder

Peter Riederer (Germany)

The progression of Parkinson-Alzheimer -Depression triad in the clinic

Friday 16th October

STAGING THROUGH THE LIFE SPAN

Antonio Lobo (Spain)

Staging of cognitive impairment and incidence of dementia: implications for prevention

Celso Arango (Spain)

Longitudinal brain changes in child and adolescent first-episode psychosis

Bitá Moghaddam (USA)

Different cortical mechanisms govern learning in adolescent and adult animals

Patricio O'Donnell (USA)

Adolescent maturation of cortical dopamine

Beatriz Luna (USA)

Maturation of brain systems underlying the development of cognitive control from childhood to adulthood

Aysenil Belger (USA)

The neuronal circuitry of autism

Louk Vanderschuren (Netherlands)

Neurobiology of social reward: insights from play behaviour in adolescent rats

Giovanni Laviola (Italy)

Critical age windows in neurodevelopmental psychiatric diseases: implications for aetiopathology and the development of new therapeutic approach

STAGING PSYCHOTIC DISORDERS

Richard Beninger (Canada)

Antipsychotic medications and memory in newly diagnosed schizophrenic patients

Robin Murray (UK)

Cannabis as an environmental factor having a mental impact at the various stages of schizophrenia

Philip McGuire (UK)

Brain imaging in psychosis early stages: from at risk mental state to first episode

Ralf Pukrop (Germany)

Neurocognitive indicators for a transition to psychosis

José Luis Vázquez-Barquero (Spain)

Clinical outcome following prescribed neuroleptic discontinuation in the Cantabria First Episode Psychosis Clinical Programme (PAFIP Programme)

Anissa Abi-Dargham (USA)

Invitation pending

Saturday 17th October

STAGING COGNITIVE DISORDERS

Klaus Ebmeier (UK)

Imaging markers of mild cognitive impairment and Alzheimer's disease

Kurt A Jellinger (Austria)

Staging in Alzheimer's disease: implications for diagnosis and treatment

Jennifer L Whitwell (USA)

Changing atrophy patterns with progression from mild cognitive impairments to Alzheimer's disease

Ivan Izquierdo (Brazil)

Mechanisms of memory persistence

Jose María Delgado (Spain)

Functional basis of cognitive processes in transgenic mice

Martin Camarota (Brazil)

Ventral tegmental area regulates the persistent storage of fear-motivated memories

Carlos Acuña (Spain)

Decision making, behavioral supervision and learning

STAGED NEUROPLASTICITY IN NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS

Marina Wolf (USA)

Progressive dysregulation of glutamate synapses in addiction

Robert M Post (USA)

Mechanisms of illness progression in the recurrent affective disorders

Peter Kalivas (USA)

Glutamate homeostasis theory of addiction

David Belin (UK)

Mechanisms of cocaine-seeking habits

Anthony A Grace (USA)

Stress, drug abuse, and schizophrenia: common pathophysiological variables underlying dopamine system dysregulation

Charles Bradberry (USA)

Comparative brain chronic changes associated with chronic cocaine self administration

María Ron (Spain)

Invitation pending

9. SESIONES CLINICAS 2008 ¹⁰

• JUNIO 2009

- Día 3: Infancia y Adolescencia CSM Villaverde
- Día 10: Hospital de Día Villaverde
- Día 17: Interconsulta Hospitalaria
- Día 24: Hospital de Día Infanto-Juvenil "Pradera de San Isidro"

10. REFLEXIONES ¹¹

- Clínica Psiquiátrica de Heidelberg (rotación externa del Dr. Ricardo López) ¹²

Descripción del ejercicio clínico en la clínica psiquiátrica de Heidelberg:

Sin lugar a dudas, la escuela de Heidelberg ha dejado una impronta inigualable en la psiquiatría contemporánea. La cuestión sería en qué se traduce toda esta trayectoria científica en el ejercicio clínico diario. La clínica psiquiátrica de Heidelberg se trata de un dispositivo clínico –asistencial, asentado en un sistema esencialmente hospitalocéntrico. Debemos recordar que se trata de un sistema mixto de salud, con aspiraciones comunitarias, de cultura protestante, donde la familia no constituye el elemento nuclear en el manejo del paciente psiquiátrico. Esto en la práctica se traduce en que el hospital asume el abordaje integral del enfermo, que el ingreso psiquiátrico es más laxo, ya que la responsabilidad es estatal y que al alta la contención recae en una especie de educador social denominado tutor.

¹⁰ Publicación de las revisiones de especial interés presentadas en las sesiones clínicas de área presentadas en el Hospital. Información sobre las últimas sesiones clínicas realizadas (así se puede contactar con los profesionales que presentaron la sesión y que probablemente revisaron la última bibliografía a propósito del caso) o Rotaciones Externas de Residentes de la Unidad Docente de Salud Mental del hospital 12 de Octubre de especial interés

¹¹ Análisis cuantitativos y cualitativos de nuestro trabajo, nuestra organización, propuestas CONSTRUCTIVAS de cambio, textos breves nuestros y/o importados de la prensa y/o literatura profesional o general, cartas, artículos, etc...

¹² Memoria de la Rotación Externa en la Clínica Psiquiátrica de Heidelberg del Dr. Ricardo López (Enero-Marzo 2009)

Constitución del centro de medicina psicosocial:

1) Clínica de psiquiatría infanto-juvenil:

- a) Planta infantil.
- b) Planta de adolescentes.

2) Clínica psicósomática:

- a) Planta de patología psicósomática general (dirigido a TCA, trastornos somatomorfos y patología mental que interfiere de forma significativa en el abordaje de una enfermedad médica relevante).
- b) Planta psicotraumatología (dirigida a pacientes en los que el trauma psíquico es el factor fundamental en la psicopatología que presenta el paciente).
- c) Planta de psicooncología.

3) Clínica psiquiátrica general:

- a) Planta Mayer-Gross (planta de agudos y de intervención en crisis, cerrada, para el manejo agudo del paciente, se establecen los objetivos terapéuticos de estabilización y movilización).
- b) Planta Tellenbach (planta psicogerítrica, funciona igualmente como planta de agudos).
- c) Centro de intervención precoz (dirigido a primeros episodios psicóticos y a trastornos de personalidad incipientes en la tardoadolescencia).
- d) Planta Roller (planta de rehabilitación psiquiátrica para pacientes con trastornos psicóticos).
- e) Tagesklinik (dirigido a la rehabilitación laboral para pacientes con psicosis y trastornos de personalidad).
- f) Planta Jaspers (planta dirigida a pacientes con trastornos depresivos puerperales, pueden permanecer en la planta con el niño para intentar favorecer el vínculo).
- g) Planta Wilmmans (dirigida a pacientes con trastornos afectivos, para abordaje psicoterapéutico y psicoeducativo).
- h) Planta Von Gebattel (planta psicoterapéutica dirigida fundamentalmente a pacientes con trastornos de orden neurótico).
- i) Planta Von Baeyer (planta psicoterapéutica dirigida fundamentalmente a pacientes con trastornos de personalidad).

Proceso terapéutico:

El paciente es derivado por el psiquiatra de referencia, generalmente privado, aunque financiado al 100% por la Seguridad Social, o llega en situación de crisis a la zona de urgencias. Si es derivado por el psiquiatra de referencia, puede ingresar en cualquiera de las plantas. Si llega en situación de crisis, ingresa en unidad de agudos. Durante su estancia en la unidad de agudos se intenta estabilizar psicopatológicamente lo suficiente como para pasar a un nuevo escalón. Por tanto, desde la planta de agudos, pasará a cualquiera de las otras plantas para continuar el tratamiento. Simultáneamente se realiza un análisis minucioso de la problemática social concomitante, por lo que se realizan las gestiones pertinentes para la obtención de vivienda, una pensión, un enfoque hacia el medio laboral y, por supuesto, el proceso de autorización. El tutor a partir de ese momento va a supervisar el tratamiento, el seguimiento ambulatorio y el funcionamiento cotidiano del paciente. Aunque no supone una incapacitación absoluta, sí se produciría una incapacidad en relación con la salud. Casi siempre van a ser muy conservadoras y ante el más mínimo indicio de descompensación, retornan al medio hospitalario. El enfoque es comunitario en la medida que pretende que el paciente establezca sus propias perspectivas al margen de la institución. De hecho, el periodo de hospitalización funciona en ocasiones como una comunidad terapéutica, donde el enfermo recibe el tratamiento adecuado, pero simultáneamente el ingreso no supone un cisma completo de su vida (por ejemplo, puede estar ingresado y asistir a sus clases en la universidad). Sin embargo, todo este proceso que hemos descrito hace que el fenómeno puerta giratoria sea muy frecuente y que los ingresos sean muy prolongados. En general, la conciencia de enfermedad es mayor pero también los pacientes poseen un nivel sociocultural más alto. Además, siempre me quedará la duda si la introspección es real o simplemente responde a una mayor capacidad de racionalización. Como efecto deletéreo, a pesar de esa proyección comunitaria, el sistema en sí provoca situaciones severas de hospitalismo. A nivel práctico, el abordaje farmacoterapéutico se caracterizaría por un sistema de escalones similar. Cuando el paciente ingresa en agudos, se le pauta el fármaco de mantenimiento y la mediación de situación crítica, que en el caso del paciente psicótico sería el lorazepam y el glicanion (derivado de mayor potencia sedativa que el haloperidol). En general se va a realizar una monitorización estricta de los efectos secundarios y un estudio completo de la farmacocinética. Hasta que dicho tratamiento agudo no haya sido retirado, el paciente no puede ser derivado a otra planta. Una vez derivado a otra unidad el paciente no sólo va a recibir un abordaje psicoterapéutico o rehabilitador, sino que se va a contrastar si el fármaco de mantenimiento es eficaz. Por eso, todas las unidades se encuentran medicalizadas. A nivel psicoterapéutico estarían presentes todas las escuelas y se haría el abordaje más indicado para el paciente. De cualquier modo, se va a realizar siempre una psicoterapia reglada, con un número de sesiones determinado.

Proceso diagnóstico:

A nivel diagnóstico las diferencias son menores, pero sí habría algunos aspectos que convendría enfatizar. El estudio médico es más exhaustivo, con una búsqueda activa de lo que en tiempos se llamó *psicopatología sintomática*. El

nivel de tecnificación es mayor, por lo que no es infrecuente la realización de PET cerebrales, pero sobre todo lo más importante es que la filosofía es distinta. Se realiza la entrevista psiquiátrica y con la autodescripción del paciente se puede alcanzar un diagnóstico cierto o probable. Si existen dudas a nivel diagnóstico, se realizan pruebas neuropsicológicas y se intentan contrastar los hallazgos típicos del cuadro en sí y lo observado. Por tanto, constantemente alternan entre las vivencias singulares subjetivas y los rendimientos objetivos.

Equipo transdisciplinar:

Frente a la concepción holística más propia de países del Mediterráneo y la multidisciplinar del mundo anglosajón, surgiría este concepto intermedio. El abordaje del paciente depende del psiquiatra, psicólogo, enfermero, trabajador social, terapeuta ocupacional y tutor. Todos ellos poseen una formación integral, con conocimientos amplios sobre psicopatología, psicofarmacología o psicoterapia. Sin embargo, el ámbito de actuación está limitado. De esta manera, pueden entender el lenguaje del otro y abordar al paciente de forma integral, pero sin renunciar a la hiperespecialización.

Conclusiones:

La escuela de Heidelberg, en su fascinación por el mundo vivencial del paciente, adquirió una tradición holística, más allá de la rigidez doctrinal, tan imperante en nuestra disciplina. Actualmente ese espíritu está presente en la praxis clínica que se realiza. Sin embargo, cómo esa filosofía ha cristalizado está claramente influido por un tipo peculiar de sociedad, con una estructura determinada y un tipo concreto de demanda.

Contenido de la rotación externa:

La rotación se ha compuesto de dos partes claramente diferenciadas, una clínica y otra formativa.

1) Parte clínica:

En la parte clínica he permanecido durante 3 meses en la dinámica asistencial normal de una unidad de agudos, compatibilizándolo con la asistencia a los grupos de psicoterapia de orientación cognitivo-conductual para trastornos ansiedad. Se compone de una jornada laboral de 7 horas diarias durante 5 días a la semana. La entrada se realiza a las 8,30h y hasta las 10h es el pase de guardia, donde se comentan de forma conjunta aquellos aspectos clínicos-asistenciales. A las 10,00h y hasta las 12,00h sería la *visita* o entrevistas de seguimiento, en las cuales se realiza el ajusta del tratamiento y la monitorización de la respuesta. De 12,00 a 12.30 sería la pausa para la comida y de 12.30 a 13.30 la reunión de los diferentes equipos asistenciales. Este espacio puede prolongarse hasta los 14,00 h, ya que se aprovecha también para la realización de la conferencia sobre temas específicos, los seminarios de exploración y la presentación pública de los proyectos de investigación. De 14,00h a 15,30h se realizan las primeras entrevistas y las entrevistas familiares y es un espacio dirigido al diagnóstico diferencial. Los lunes de 14,00h a 15,00 h tienen lugar los grupos de psicoterapia de frecuencia semanal. Igualmente los martes de 13,00h a 14,00h es la reunión de derivación en la que se decide qué tipo de terapias va a necesitar el paciente el tiempo que permanezca hospitalizado (terapia ocupacional, rehabilitación cognitiva, relajación, psicomotricidad y terapia creativa). Una vez al mes los jueves a las 14,00h hay una supervisión grupal para abordar los conflictos que interfieren en el funcionamiento del equipo.

b) Parte formativa:

El área de especialización que había elegido al escoger esta rotación libre era la psiquiatría fenomenológica y antropológica. En este sentido he participado cada 14 días en los seminarios de reflexión fenomenológica y una vez al mes en los de lectura. Esta actividad se integra en el proyecto DISCOS, una iniciativa muy ambiciosa, desarrollada por múltiples centros de toda Europa, en la cual se intentan integrar los conocimientos neurocientíficos, con la psicología del desarrollo y la filosofía fenomenológica. Durante mi estancia de 3 meses se ha centrado en la comprensión del concepto de intersubjetividad corporaalizada, en base a textos de Merleau-Ponty. Además, asistí a la Escuela de Invierno de ámbito multidisciplinar, donde se abordaban los aspectos fenomenológicos de la libertad de decisión. Igualmente participé en el congreso sobre la fenomenología de los trastornos afectivos.

Dentro de lo que es el programa formativo regular he asistido a conferencias sobre las diferencias de la memoria episódica en los trastornos afectivos, la esquizofrenia y la demencia, sobre el funcionamiento del sistema de recompensa en psicosis crónicas, sobre modelos de intervención social en patología mental y aspectos jurídico-legales sobre la capacidad de decisión de la madre respecto al recién nacido en patología mental puerperal. En el caso de los seminarios de diagnóstico se trabajó las diferencias en las estructuras psicopatológicas en trastornos generalizados del desarrollo y trastornos de personalidad del Cluster A, de la hebefrenia y de trastornos histriónicos en la adolescencia, de la psicosis histérica y la psicosis esquizofrénica y finalmente el diagnóstico diferencial de la polidipsia psicógena en el contexto de un trastorno obsesivo compulsivo.

Síntesis de los aspectos teóricos del área formativa:

Introducción:

Para entender cómo se articula la psiquiatría antropológica debemos comprender que existen diferentes tipos de psicopatología y las diferencias que existen entre ellas:

a) Psicopatología sustancialista:

Desde Kraepelin y Kurt Schneider ha sido la forma paradigmática de la psiquiatría contemporánea. Se basaría en la idea fundamental de que existe una escisión sujeto (esencia), inaccesible para el observador, y objeto, el conjunto de manifestaciones que podemos observar. El sujeto sería algo perenne e inamovible, donde se halla la libertad humana. Los objetos cambian y son los que nos permiten discriminar entre fenómenos psicológicos normales y psicopatológicos. El conjunto de fenómenos psicopatológicos constituyen un complejo sintomático y nos permiten inferir un diagnóstico. La necesidad de realizar una comprensión psicopatológica se basa en qué entre sujeto y objeto existen zonas limítrofes que, aunque no observables son cognoscibles, siempre asumiendo una actitud crítica frente a nuestra comprensión, ya que se puede basar en nuestros propios prejuicios. En este modelo, se parte de lo singular para llegar a lo general y el observador mantiene una actitud neutra frente al observado, sin influir en el fenómeno.

b) Psicopatología conductual:

En este modelo se niega la existencia del sujeto, los fenómenos serían conductas observables en respuestas a lo ambiental. En el momento actual este modelo no tiene validez. De hecho, la propia escuela conductual necesitó incorporar las ideas del cognitivismo para desarrollar un corpus doctrinal coherente con la realidad de los pacientes. Es esto supuso reintroducir al sujeto en la comprensión psicológica y renunciar al concepto de “caja negra”.

c) Psicopatología psicoanalítica:

Freud con gran audacia introduce al sujeto dentro de la comprensión. Sin embargo, continúa asentado en la visión sustancialista, sobre todo con el desarrollo del modelo estructural. Las vivencias y las conductas de los sujetos serían el resultado de la interacción de tres sustancias de tipo esencial (yo, ello y superyó), que operarían mayoritariamente a nivel inconsciente.

d) Psicopatología fenomenológico-existencial:

Comienza a ver al sujeto como abierto al mundo y capaz de transformar y crear su propio mundo. Por tanto, la conducta del individuo ya no se explica sólo desde la vivencia consciente o desde fuerzas inconscientes, sino como algo surge de una recursividad sujeto mundo, que se denominó *dasein* (ser en el mundo). Esta forma pensamiento se inicia con Husserl que, a pesar de enfatizar esa relación, diferencia aún claramente ambas entidades, y habla de fenómenos de conciencia. Sin embargo, Heidegger va un poco más allá, el sujeto y su mundo son entidades indivisibles, la relación que se establece entre ambos es la existencia. Por tanto, sustituye el concepto de fenómenos de conciencia por fenómenos de existencia.

e) Psicopatología antropológica:

Se correspondería con el nuevo paradigma que vamos a ir desarrollando en el transcurso de la sesión. Debemos integrarlo dentro de los movimientos científicos de la edad contemporánea como la teoría general de sistemas, teoría de campos y relatividad. El ser humano, según esta concepción, sería un sistema biológico que establece una relación con el medio para incorporar aquello que necesita para su autoconstrucción, concepto de autopoiesis de Maturana y Varela. Sin embargo, se diferencia de otros sistemas biológicos en la capacidad de simbolización y del lenguaje. Esto hace que la relación con el entorno sea comunicacional y que pueda abstraer del medio natural su propio mundo cultural.

Evolución histórica:

El autor que mejor refleja la transformación de la psiquiatría sustancialista a la forma de pensamiento actual es Kart Jaspers. Resultaría imposible sintetizar toda su doctrina en apenas unos párrafos, pero sí podemos enfatizar ciertos aspectos que nos permiten entender cómo se van esbozando los rasgos fundamentales de la psiquiatría antropológica. Para este autor cada entrevista sería un encuentro personal, en el cual nos enfrentamos a sus vivencias singulares, sus rendimientos objetivos, pero también a aspectos empáticos y a nuestros propios prejuicios. Todo esto nos lleva establecer relaciones comprensibles en lo observado y esta sería la esencia de la comprensión psicopatológica. Siempre nuestra comprensión va estar limitada por dos aspectos fundamentales. El primero es la polaridad, podemos aprehender una misma conducta desde fenómenos opuestos. El segundo sería la circularidad. La comprensión se estructura en círculos hermenéuticos y cada dato que incorporamos modifica toda la comprensión ulterior. Sin embargo, dicha comprensión siempre va a contar con límite fundamental, el sujeto. Podemos observar el objeto, comprender lo fronterizo, pero nunca accederemos a lo esencial, donde se halla la libertad de decisión. Todo esto nos llevaría a intentar aprehender la globalidad del sujeto. A partir de los fenómenos intentamos establecer relaciones que nos lleven hacia un diagnóstico, un complejo sintomático. De esta manera siempre tropezamos con los límites de nuestra comprensión, por lo que por un lado suponemos la existencia de unos mecanismos extraconscientes, no observables que subyacen en lo observado, que nos conducen a intentar esclarecer las causas. Este sería el primer representante imaginario del que hacemos uso. El segundo sería la caracteriología, conjunto de tendencias e imágenes personales que predisponen al desarrollo de un tipo concreto de vivencias y de conductas. Es evidente que todo esto es un esfuerzo por parte del alienista de ignorar la libertad humana y sus propias limitaciones comprensivas. Sin

embargo, frente a lo general se impone singularidad del ser humano, ya se biológica constitucional o biográfica. Sería la biografía donde se recupera esa noción de libertad de decisión. El sujeto experimenta una transformación biológica en el transcurso del tiempo (fases del ciclo vital), a las cuales va a dotar de unas significaciones determinadas. En este devenir biológico influye la interacción con el entorno. De tal manera el niño incorpora en sus primeras vivencias una noción de quién es él y de qué es el mundo. Eso va a constituir la base existencial va ir fijando una meta y, a partir de ella objetivos concretos, que van a marcar su decisión libre. En todo ese proceso aparecen crisis, a las cuales el sujeto puede responder por medio de compensaciones que no implican un cambio de decisión, por un cambio de la meta o en ocasiones por una pérdida de la meta absolutizada, sin que haya nada que lo sustituya; esto sería la decadencia. El sujeto se descubre a sí mismo como alguien que vivencia, pero también como alguien que realiza, Los seres humanos a través de sus obras crea un mundo propio, con el cual establece una relación armónica, proceso que se denomina construcción de la personalidad. La elaboración de su propio mundo, en el que se integra, en el que se realiza, con el que establece una relación sintónica, sería el *dasein*. Por tanto, Jaspers ya reconoce la biografía como un constructo artificial. El sujeto se halla en constante proceso de transformación, pero la vivencia de unidad biográfica es algo inherente al mismo. El semiólogo va intentar reconstruir una biografía completa del sujeto, generalmente estableciendo conexión entre diferentes acontecimientos, situando siempre el punto de vista en el momento presente y realizando así una inferencia. Lo importante es concebir la biografía cómo un proceso en el que el sujeto establece una relación indisoluble con el mundo, en la cual va a basar sus decisiones, moviéndose hacia una realización. La realización es puramente conceptual, no se alcanza nunca, el ser humano vive eternamente en una situación de incompletud. Sin embargo, esta incompletud es a su vez una infinitud de posibilidades de construcción del mundo. El ser humano cambia y desea cambiar. Esa relación armónica con el mundo se consolida, cuando el sujeto es capaz de reconocerse como un ser finito. En tal caso, se produce una realización, aunque relativa, ya que la realización absoluta, como dijimos resulta imposible. En este devenir biográfico aparecen los fenómenos psicopatológicos, que igualmente van a tener un curso temporal y, por tanto, histórico. Por tanto, podríamos clasificar la psicopatología según su estructura histórica en:

- a) **Fase:** conjunto de fenómenos que modifica la relación sujeto-mundo, pero sin crear una historicidad propia.
- b) **Periodo:** serían fases con estructuración cíclica.
- c) **Ataque:** fenómeno psicopatológico en general muy expresivo, pero que por su brevedad no tiene repercusión histórica.
- d) **Desarrollo:** conjunto de fenómenos psicopatológicos que surgen por conflictos inherentes a la personalidad del individuo generando una historicidad propia, pero a partir de elementos biográficos previamente establecidos.
- e) **Proceso:** Conjunto de fenómenos psicopatológicos que aparecen de “novo”, creando una propia historicidad.

Como podemos observar Jaspers comienza analizando el fenómeno para acceder a la esencia, visión sustancialista, para poco a poco ir incorporando la relación sujeto-mundo su doctrina, visión fenomenológico-existencial, que poco a poco evolucionará al paradigma actual.

Psiquiatría antropológica:

1) Principios generales:

Como ya dijimos en el siglo XX se produce una evolución científica, en la que lo esencial va a perdiendo importancia y comienzan a definirse los procesos como interacciones de elementos integrados en sistemas complejos. Esto va a ser muy importante, ya que permite concebir todo lo que acontece en el mundo como un proceso morfogenético, que nosotros observamos en un momento dado. Eso que somos capaces de observar es la estructura en la que en ese momento cristaliza el sistema. Esa estructura va a determinar las propiedades de los elementos que constituyen el sistema y la posición, pero a la vez van a definir una especialidad, que permitiría diferenciar aquello que está dentro y fuera del sistema, y una temporalidad, duración del proceso de cambio que continuamente esta aconteciendo en todo sistema complejo. La biología en este sentido es una excepción, los sistemas biológicos tendrían la característica de una alta estabilidad. Estos sistemas están en constante intercambio con el medio y este fenómeno es lo que permite no sólo el preservar el desarrollo vivo, sino también que filogenéticamente las formas vivas vayan haciéndose progresivamente vas complejas. Por tanto, en todo sistema vivo hay un proceso de autoconstrucción, que Varela y Maturana denominaron autopoiesis. Lo más importante a este respecto sería que este funcionamiento sistémico define dos propiedades de los seres vivos, la conservación y la renovación.

2) Ser humano como ser cultural:

El ser humano no va abandonar nunca su condición de sistema físico y biológico, pero además va a dar lugar al surgimiento de lo cultural. El ser humano se va a caracterizar por un incremento de la complejidad morfológica cerebral, por una estructura ósea que le va a permitir la bipedestación, y todo esto va a ser el esbozo del proceso de culturización. Con frecuencia definimos lo humano como lo inteligente, sin embargo, la pregunta sería en qué consiste dicha inteligencia. Durante siglos la lógica y de la razón han intentado situarse en el cenit de lo esencialmente humano. Actualmente esta concepción ha cambiado. Desde la captación del estímulo hasta la acción

práctica la conducta será inteligente. El ser humano posee una sensibilidad inteligente que le permite discernir las cosas del mundo y apropiarse de ellas para crear un mundo propio, abstraído del medio natural. Por eso, podemos decir que la humanidad se aleja de lo estímulico para adentrarse en lo cultural. Sin embargo, hay un hito fundamental por el que esto sucede, la aparición del lenguaje. Los hombres van a poder percibir, crear conceptos y ficciones, por lo que las cosas reales pasarían de tener un significado natural a uno simbólico. Con nuestra fantasía creadora logramos ver en una roca, una herramienta y con ella empezamos elaborar otras cosas. Así surgió la cultura y actualmente constituye el campo de realidad humana. Este proceso fue complejo. En primer lugar el pensamiento era animista y las cosas sólo poseían propiedades mágicas en función de una fisonomía, más tarde surge el pensamiento mítico, donde el pasado está inmerso en el presente, pero ya constituye un sistema formal de concebir el mundo, con la Antigua Grecia surge la lógica y la razón, no sólo buscamos relaciones entre las diferentes dimensiones de la realidad, sino que buscamos en lo real evidencias de nuestras propias concepciones. En el momento actual la razón ha sido absolutizada, de tal modo que los conceptos han llegado a sustituir lo real y lo experiencial. El niño va a nacer en una situación de dependencia y se le va imponer un sistema mítico familiar, que le permite desarrollar las capacidades, que le lleven a la personalización. La personalización sería el apropiarse de las cosas reales para crear mi propio mundo. Este proceso se inicia en la adolescencia con el cuestionamiento de la propia mitología familiar y surgimiento de la autonomía personal. Como veremos la presencia de formas de pensamiento mítico y animista, alteraciones en el proceso de simbolización o incapacidad para ejercer esa personalización del mundo van a ser esenciales en la aparición de las estructuras psicopatológicas. Como podéis observar, el ser humano se encuentra constantemente en un juego de desrealización-realización. Me alejo de la realidad natural a través de la simbolización para volver a lo real, en este último caso cultural.

3) Vivencia, experiencia, significado y sentido:

Como ya dijimos lo que diferencia al ser humano de otros seres vivos es la capacidad de simbolizar (según algunos autores de actualizar la realidad). Es decir, la persona dota de significados a las cosas de lo real. Aquello que yo vivo sería una experiencia inmediata, que puede afectarme de una manera determinada o no. Aquello que me afecta sería la vivencia. Esa forma de afectarme va a depender del significado que dote al hecho y esto sería el sentido. Finalmente estaría la experiencia personal realizadora, que es aquello que yo hago en ese proceso apropiativo del mundo. La vivencia es algo pasivo, que en lenguaje común es expresado con el pronombre personal *me*, la experiencia es activa y lo solemos definir con pronombre personal *yo*. El individuo va a ser una corporalidad encarnada en su variante física, biológica y simbólica, que va a ser afectado por el mundo que él mismo construye. A través de su experiencia se va apoderar de lo real, pasando de un estado impersonal heteronómico a poder ejercer su autonomía y libertad realizadora. En el propio proceso de personalización va a significar un nivel creciente de yoización. En la relación con el otro se produce igualmente esta personalización, yo (persona) reconozco a un tú (otra persona), con una intimidad y un mundo propio. El ser humano en su experiencia personal realizadora va a tener que afrontar aquellos fenómenos del peso y de la resistencia. El niño en su desarrollo motor comienza a experimentar estas dos sensaciones. Cuando alcanza la fase autonómica, estas mismas vivencias van a estar presentes en un orden simbólico. Yo, como corporalidad encarnada, que descubro la realidad y me dirijo a ella, voy a tener que superar mi propio peso y la resistencia que el mundo me ofrece. Jaspers otorgó a la resistencia una función capital, como criterio de que algo es real. Sin embargo, la concepción actual que la resistencia que me ofrece la realidad, actuaría como estructura que me permite organizar mi experiencia personal realizadora en el mundo. Mientras que él yo realiza y se realiza, el yo vive pasivamente el sentido de las cosas que él (pronombre impersonal) mismo otorga. A este respecto deberíamos distinguir entre sensación y sentimiento. En mi relación de sentido con el mundo las cosas de lo real me afectan. Esa forma de afectarme puede dirigirse del yo a lo otro (centrífugo), determinando que yo y lo otro somos entes diferentes. En este caso hablaríamos de sentimiento. Yo otorgo a las cosas una determinada valencia afectiva desde mi intimidad personal. La sensación sería paradigmática del infante. En este caso no se produce una apropiación del sentido de las cosas, todo se produce en el nivel impersonal del *me*. Por tanto, las cosas y el yo no se diferencian, la afectación invade mi intimidad personal, la direccionalidad sería centrípeta.

4) Conceptos de salud-enfermedad en función del proceso de personalización:

Hablamos de unidad biológica o integridad biológica. Como ya mencionaba Jaspers en su afán de describir los síntomas somáticos en psicopatología, el cuerpo es y debe ser silente. El que esto no suceda es vivido como una amenaza. Desde el punto de vista orgánico lo que sucede es la expropiación de una función o un órgano de esa integridad biológica. Esto sería la enfermedad y se manifestaría en el síntoma. El estar enfermo como vivencia es más complejo, ya que significaría que esos síntomas interfieren en la capacidad realizadora del individuo. En la enfermedad mental, sin embargo, lo que se aliena es la conducta. De este modo, el sujeto no es capaz de realizar su experiencia realizadora porque su conducta libre está enajenada. Por tanto, en la enfermedad somática hay una relación causa-efecto, en la patología mental la causa es el efecto y el efecto es la causa. El sujeto es partícipe de su propia patología y víctima simultáneamente. La respuesta general a tal sinsentido es la externalización. En la patología mental siempre existe un enemigo fantaseado, que da al sujeto una ilusión de control, ya sea la enfermedad, los vecinos que me envenenan o el mundo que me maltrata. El proceso apropiativo es complejo se inicia con un

proceso de apropiación del propio cuerpo, de nuestras limitaciones, para finalmente apropiarse del poder de lo real para la realización personal. Esta necesidad apropiativa del ser humano, que va más allá de la incorporación-excorporación de otros sistemas biológicos, tiene que ver con esa incomplitud esencial del hombre. Filogenéticamente somos una especie inacabada, que nace en una situación de inmadurez absoluta y de dependencia del otro. Esto permitió que surgiera la sensibilidad-inteligente y la autonomía frente al medio (teoría neodarwinista de la evolución), pero también esta necesidad apropiativa del mundo.

5) Proceso de personalización y ciclo vital:

El niño nace en una situación de extrema dependencia, invadido por sensaciones amenazadoras, que invaden su espacio íntimo en desarrollo. En este periodo su mundo es reificado por los padres, que le transmiten los valores de la cultura y su propia mitología. Surge así el individuo heteronómico e impersonal. En esta fase el niño va a desarrollar los recursos necesarios para la autonomía personal en la vida adulta. Poco a poco va ir discriminando la realidad de su fantasía y va ir cediendo el pensamiento animista, característico de la infancia. Los padres con sus estilos de crianza van a crear las estructuras de sentido del mundo. Más allá de las vivencias traumáticas del niño, lo que va a determinar su desarrollo futuro serán esas estructuras de sentido (esto estaría muy relacionado con el concepto de resiliencia). Sin embargo, la diferenciación de lo real supone un cuestionamiento de la realidad mitológica de los padres y esto no tiene lugar hasta la adolescencia. Momento tormentoso de la vida donde el sujeto ha de construir un esbozo de identidad personal, El sujeto se va a proyectar como individuo, pero siempre en la situación dilemática de ser sí mismo y pertenecer (autonomía/ heteronomía). En este periodo es cuando se produce la apropiación del cuerpo y de los propios límites y va a permitir dar lugar a la siguiente etapa, la juventud. En este periodo el sujeto se implementa en la realidad y va a comenzar a personalizar su mundo, coincidiría con la emancipación. Posteriormente se inicia el periodo de renuncia, desde lo proyectado desde el adolescente a lo implementado por el adulto joven, quedan proyectos sin realizar, frustraciones, un remanente del cual hay que apropiarse. En esta fase de madurez debe haber dado al sujeto un elevado nivel de personalización y ser capaz de disfrutar de su propio mundo personal. Finalmente en la senectud comienzan las limitaciones y la enfermedad, la relación con el mundo cambio, aumenta el aislamiento y los sentimientos de indefensión. El tiempo se vuelve ajeno, el personal discurre con lentitud y el externo transcurre muy rápido. Muchas veces se adopta una actitud de expectancia, viviendo únicamente con el fin de alejar a la muerte (sobreviviendo). Si el proceso de personalización previo ha sido adecuado, se apropiará de los límites y gozará de lo logrado. Si ese proceso de personalización no se produjo, dependerá de los valores heteronómicos de la cultura, que en ocasiones dignifican la senectud, pero en otros la denigran. Finalmente estaría la muerte, límite biológico de la vida, de la cual todos tenemos un concepto claro, hasta el punto de sustantivarla y representarla de forma universal. Sin embargo, la vivencia de la muerte es en realidad la vivencia de la muerte del otro. La apropiación de la muerte es un aspecto importante en el proceso de personalización, ya que nos delimita el campo de lo real, donde debemos ejercer nuestras posibilidades de realización. Según esta descripción, la psicopatología surgiría por una detención de este desarrollo de la personalización, en el cual queda subyugado a leyes heteronómicas y por tanto impersonales. La psicopatología sería como una tragedia griega donde se produce una lucha del héroe contra su destino para que finalmente se termine imponiendo el designio de los Dioses.

6) Intencionalidad:

La intencionalidad sería la relación que se establece entre el sujeto y el entorno. Yo construyo mi propio mundo y en él hallo las apetencias que movilizan mi propio proceso apropiativo y personalizador de dicho mundo. Por tanto, existiría una respectividad entre el individuo y su mundo. De esta manera, el sujeto va a definir una especialidad y una temporalidad en su relación con el mundo. En el caso de la especialidad el sujeto, con sus sentimientos de pertenencia e identidad heteronómica, va a definir un espacio impersonal, que es el territorio. Dentro de ese territorio será capaz de deslindar el terreno, espacio real de cosas reales, donde ejerce su conducta personalizadora. La temporalidad se correspondería con la biografía. Todos nosotros como entes biológicos tenemos un remanente y desde hay existiría una prelación hacia el futuro. Podríamos decir que lo vivido condiciona aquello que se vivirá. Sin embargo, los seres humanos, con su sensibilidad-inteligente, que le permite distanciarse de lo estímulo, es capaz de diferenciar el tiempo pasado, presente y futuro. De este modo, puede retener el pasado y proyectarse hacia el futuro. La forma de constituir el espacio y el tiempo vivido va a depender de esa relación intencional con el mundo. Por eso, hablaremos de modos posicionales y proposicionales de intencionalidad.

a) Modos posicionales de intencionalidad:

En función de cómo me sitúo frente al entorno, el mundo que voy a construir va a ser distinto y también las apetencias que de él van a surgir. Si analizamos esto desde un punto de vista impersonal, las jerarquías marcan una posición. No es lo mismo ser juez que ser reo, ser médico que ser paciente. En el ámbito personal hablaremos de tres tipos de modos posicionales de intencionalidad (el humor, el ánimo y el temple). En el caso del humor, lo que va a determinar mi relación espacial con el mundo. Si las cosas reales me resultan cercanas, lejanas o incluso si mi espacio personal se contrae invadiendo mi propia intimidad. El ánimo, sin embargo, haría referencia al camino que hay que recorrer para llegar a un fin. En este caso la dimensión temporal se halla implícita porque se trata de un proceso. De esta manera, el mundo puede resultar inaccesible, absolutamente disponible o inalcanzable. Finalmente definiríamos

el concepto de temple, que específicamente intenta reflejar esa relación intencional con el mundo. Expresaría, por tanto, de que manera las cosas del mundo estimulan y desencadenan una conducta apropiativa. En esta relación puede que los objetos nos estimulen o no lo hagan. En caso de que sí desencadenen una respuesta, puede que esta sea congruente con el campo de relaciones lógicas propio de nuestro cultural o no. En función de estos parámetros podremos definir diferentes estructuras psicopatológicas.

b) Modos proposicionales de intencionalidad:

Con esto nos referimos a la actitud que adopta el sujeto respecto al entorno, en función del objetivo que intenta alcanzar. Nuestra relación con el mundo no será igual si es algo que queremos de forma personal que si es una imposición externa. Como el individuo se dirige a un fin, hay un proceso. Por tanto, los modos proposicionales de intencionalidad van a definir la relación intencional con el mundo. En la práctica, esto haría referencia a los siete verbos modales:

B1) Poder:

El verbo poder haría referencia a la relación que se establece entre mi propia capacidad sentida y el objetivo que deseo alcanzar. Como ya dijimos el mundo siempre nos impone una cierta resistencia, que va ser la que nos va a permitir estructurar una conducta de una forma determinada. Hablaríamos de potencia personal realizadora cuando yo me siento capaz de apropiarme del poder de lo real para mi propia realización. Habría que diferenciarlo del poder impersonal derivado de las escalas jerárquicas y de los roles sociales. Esa vivencia de potencia realizadora suele estar perturbada en la mayoría de las estructuras psicopatológicas, apareciendo sentimientos de impotencia u omnipotencia.

B2) Necesitar:

La necesidad se caracteriza por aparecer de forma imperiosa y desaparecer una vez que ha sido saciada. En general, hace referencia a procesos de tipo biológico como el hambre o la sed. Sin embargo, podríamos hablar también de necesidades psicológicas. Todas ellas se podrían sintetizar en la necesidad de construir un mundo de pertenencia en el cual adquiero mi identidad. En mi proceso personalizador voy a crear un mundo y una identidad. A veces, cuando este proceso fracasa esa necesidad de pertenencia se rige por elementos impersonales heteronómicos, por tanto el sujeto sacia su necesidad identitaria a partir del reconocimiento y roles que se le asignan. Muchas veces el individuo deposita en las cosas de lo real elementos simbólicos propios, confiriendo a aquellas propiedades de realización absolutas, fenómeno igualmente frecuente psicopatología, sobre todo en las filias. Evidentemente la necesidad determina una temporalidad cíclica.

B3) Desear, apetecer y querer:

El deseo dirige mi conducta hacia algo. Su característica esencial es que lo deseado es abstraído por el sujeto de lo real. Cuando observo a alguien placenteramente en una playa, deseo estar en esa situación placentera. En ningún momento pienso en si puedo permitirme económicamente el viaje o si existen otras cosas que son más prioritarias para mí. Estos elementos pertenecerían a un orden distinto. El deseo sería simplemente una apetencia hacia algo que resulta placentero. En nuestra relación con el mundo vamos a estar sometidos a múltiples apetencias, la mayoría de carácter impersonal, como la descrita, pero algunas personales. La temporalidad en el apetecer es lineal, ya que me dirijo hacia lo apetecible. Sin embargo, el ser humano es capaz de renunciar a ciertas apetencias en función de un objetivo que considera más importante en su proceso de realización personal. Esta renuncia en función de algo más fundamental es lo que denominamos querer. El querer deja ser algo impersonal o irreal, para quedar inscrito en la propia realidad. Por tanto, el querer no sólo implica renunciar, sino también asumir y aceptar aquellas cosas dificultosas o desagradables que conlleva el objetivo a alcanzar. La estructura temporal que define el querer es progradiente y espiriloide, ya que en ese proceso se producen momentos de progresión, de estancamiento y regresión. Estos tres momentos del querer son muy importantes, ya que permiten entender cómo el sujeto estructura, corrige y se replantea constantemente su propia conducta apropiativa de lo real.

B4) Deber y tener que:

Estos dos verbos son confundidos con frecuencia en la sociedad contemporánea. El deber haría referencia a las normas morales que rigen nuestro funcionamiento social. Por tanto, sería un verbo impersonal y heteronómico. En el caso del tener que, sin embargo, lo relevante cómo he de adecuarme a lo real para alcanzar un fin. El tener que es siempre personal y determina cómo estructuramos nuestra conducta en función de las características de lo real, estaría más vinculado a la ética. En las personalidades anancásticas o premelancólicas estos dos términos no son diferenciados.

c) Formas de intencionalidad:

En los modos de intencionalidad hemos descrito de qué manera establecemos una relación temporal y espacial con el entorno. Sin embargo, la forma de relacionarnos con ese mundo va a ser siempre desde lo sensorial. Recordemos que los seres humanos poseemos una sensibilidad inteligente, que nos permite discernir diferentes dimensiones de la realidad. Por tanto, el precepto va a ser también una construcción subjetiva, como los conceptos o los fictos. Sin embargo, cada modalidad sensorial va a determinar una forma distinta de vincularnos con el mundo:

En la *vista* se establece claramente entre lo percibido y el receptor. Nos permite definir un espacio relacional con el precepto. En el oído la estructura espacial definida es dinámica, lo percibido se dirige hacia mí. En el *tacto* está junto a mí, sin distancia entre mi propia intimidad personal y lo percibido. Finalmente en el *gusto* y en el *olfato* lo percibido ha invadido mi corporalidad, mezclándose con mi propia estructura.

Lo más relevante de esta forma sensorial de establecer mi relación intencional es carácter real e inexorable que tienen las percepciones. De tal manera que podríamos nivel ontológicos distintos en el ámbito de la verdad. Existiría una verdad inmediata que es aquello que percibo, una verdad intersubjetiva que son aquellas percepciones compartidas con los otros y una verdad racional, que se basaría en las evidencias que yo hallo en el mundo de lo real para determinar que lo percibido es cierto.

7) Determinismo, intencionalidad y libertad de decisión:

Hemos hecho especial énfasis en que los seres humanos ejercen sobre una acción libre, apropiativa, realizadora y personalizable. Cuando mencionamos la importancia de la adquisición de la autonomía en el proceso de personalización, estamos hablando de cómo el sujeto debe descubrirse como un ser autónomo, capaz de decidir. Por tanto, todo lo mencionado en que un elemento esencial en el ser humano es la libertad de decisión, por supuesto, condicionada a imposiciones heteronómicas sociales y culturales. La pregunta sería: ¿existe la libertad de decisión?

Con la escuela psicoanalítica se comienza a hablar de determinismo psicológico. Es decir, el sujeto estaría subyugado a sus propias tendencias inconscientes, quedando muy limitada su capacidad para decidir. Los estudios de neurofisiología, el más famoso el estudio de Libet, demuestran que al inducir una situación que requiere una planificación motora, se registran potenciales de acción en las áreas motoras implicadas mucho antes de que el sujeto sea consciente de su propia planificación. Ante estas perspectivas la libertad de decisión no existiría y nuestro psiquismo únicamente dotaría de significado a hechos determinados por procesos extraconscientes. Sin embargo, estos mismos estudios neurobiológicos concluyen que una vez que el sujeto ha planificado la conducta es capaz de interrumpirla. Esto estaría claramente relacionado con la idea de intencionalidad que hemos expuesto. El sujeto halla en el mundo que él mismo crea en función de su remanente histórico múltiples apetencias, siendo capaz de renunciar a ellas en función de un objetivo concreto. El poder renunciar a algo o aceptar de la decisión de un fin reflejaría una característica esencialmente humana, la fuerza de voluntad.

8) Estructuras de sentido en psicopatología:

En las estructuras psicopatológicas se perturba la relación intencional sujeto mundo. La conducta se aliena y no es capaz de apropiarse de la realidad para su propia realización personal, quedando subyugado a estructuras heteronómicas. Para entender la psicopatología debemos introducir un concepto denominado *reificación*. Ya hemos dicho que los seres humanos se encuentran constantemente en una relación comunicacional con el mundo y que su propia construcción emerge de dicha dialéctica. El proceso consiste en un alejamiento de lo real al simbolizarlo para retornar a lo real en la experiencia personal. De este modo, hay un contraste entre lo que las cosas parecen y lo que son. En psicopatología no es así, al enajenarse la conducta, el sujeto no ejerce ese acto experiencial, por lo que parece queda asimilado a lo real. Esto sería lo que denominamos reificación. El sujeto al quedar sometido a estructuras heteronómicas se produce una lucha constante por intentar desarrollar un proceso personalizador que nunca se alcanza, generalmente porque ese desarrollo vital que hemos descrito se encuentra detenido, concepción muy similar a la regresión y fijación de la teoría psicoanalítica. Por tanto, el devenir biográfico del sujeto se transforma en una especie de tragedia griega en la que hay una búsqueda absolutizada de lo personal, pero finalmente queda doblegado a los designios divinos.

a) Demencia y síndromes psicoorgánicos:

En este caso lo que hay es una pérdida del campo de relaciones lógicas de la cultura. Las cosas reales pierden su sentido, desaparecen las apetencias. Lo que antes eran sentimientos dirigidos hacia las cosas se transforma en sensaciones amenazadoras, que no identifican y que comprimen su espacio vital desencadenando la angustia, con sensación constante de amenaza de su espacio íntimo personal. Desaparecen los objetivos y la temporalidad progradiente se transforma en atemporal.

b) Síndrome paranoide y psicosis esquizofrénicas:

En este caso el humor es desconfiado, se atribuye a las cosas del mundo un sentido de amenaza, irritable, con un sentimiento constante de que las cosas penetran en mi intimidad personal. La especialidad se caracteriza por localizarse detrás de sí mismo, la temporalidad se lentifica, ya que el proceso personal apropiativo se encuentra detenido. Sin embargo, en el síndrome paranoide puro el campo de relaciones lógicas de la cultura está preservado. Cambiaría el sentido que tienen las cosas reales para el sujeto.

En la esquizofrenia, por el contrario, se produce una disgregación del campo de relaciones lógicas de la cultura, por las cosas reales comienzan a poseer un sentido simbólico. Este nuevo conjunto de sentidos torna la conducta extravagante y desorganizada, poco a poco va desapareciendo las apetencias que sustentan la relación intencional con el mundo y aparece el defecto y el aislamiento autista.

d) Manía:

Se produce un predominio de la renovación frente a la conservación, desaparece la vivencia de resistencia de lo real, por tanto la conducta se desestructura. Esto se desencadena secundariamente un sentimiento de omnipotencia, en el contexto de un humor y un ánimo eufórico (todo es accesible y alcanzable). El sujeto va a estar sometido de forma imperiosa a las apetencias de lo real, dirigiéndose intencionalmente hacia ellas, por lo que la conducta se torna ideofugitiva.

e) Melancolía:

Hay una pérdida del sentido del mundo resulta lejano (la especialidad se vuelve incluyente, replegada sobre sí misma), resulta inaccesible (se produce una temporalidad remanente, con vivencia de eternidad). Las cosas ya no estimulan mi relación intencional con el mundo. El estar instaurado de forma rígida en el deber me aleja del tener que y por tanto de lo real. La pérdida de ese sentido del mundo implica una ausencia de esa relación intencional y, por tanto, un sensación de vacío y muerte, que en los casos más severos daría lugar a un síndrome de Cotard.

d) Neurosis obsesiva:

El deber y el tener que son confundidos, la espacialidad es igualmente incluyente y la temporalidad remanente, lo que explicaría la vulnerabilidad de estos pacientes para desarrollar cuadros melancólicos. Lo que está enajenado en la neurosis obsesiva es la intimidad personal. De tal manera que no se distingue el pensar o desear con el realizar. Esto subyuga al paciente a una actividad constante de tipo ritual con lo que conjura su propia intimidad vivida como un acto práxico, quedando sometido a la misma sin poder ejercer su libertad personal.

e) Neurosis fóbica:

En este caso el objeto, la situación o la intimidad (fobia social) pasan a tener un sentido amenazador, sin que el sujeto pueda apropiarse de aquello para ejercer su propia experiencia realizadora. Habitualmente lo que se produce una forma de persistencia de pensamiento animista, que da un carácter mágico en función de su fisionomía. Por tanto, el objeto es abstraído del campo lógico de relaciones cultural durante la exposición para después volver a integrarlo una vez que ha sido evitado.

f) Neurosis de angustia:

Debemos distinguir dos términos la angustia y la ansiedad. El ánimo ansioso implica un temor a no llegar a ser. La vivencia es de una meta absolutizada para la realización del sujeto, inalcanzable, con vivencia subjetiva de aceleración del tiempo. En la angustia, sin embargo, lo importante es el temor de dejar de ser. En este caso el espacio se comprime sobre el sujeto, sintiendo opresión, con invasión y desestructuración del espacio íntimo, dando lugar a la agitación psicomotriz. En la neurosis histérica la vivencia de no llegar a ser o dejar de ser está igualmente presente, pero se produce un desplazamiento hacia el cuerpo, en la cual partes concretas se expropian de la unidad biológica, dejando de ser la corporalidad un medio de realización personal. En el caso de la hipocondría también se expropia la relación intencional con el cuerpo, llegando a ser vivenciado como una amenaza capaz de invadir mi espacio íntimo, en las formas psicóticas.

En las neurosis de una base más caracterial lo que se observa es un ánimo resentido, no hay una apropiación del pasado y, por tanto, no se produce una proyección hacia el futuro. Las cosas reales pasan a tener un sentido para el sujeto como obstáculos para la propia realización. En estos casos suele haber una falla en el proceso de yoicización y personalización. El sujeto vive su relación intencional con el mundo desde una perspectiva infantil, sometido a estructuras heteronómicas impersonales de las que no puede escapar.

g) Trastornos de conducta alimentaria:

En la anorexia nerviosa la paciente es incapaz de apropiarse de su cuerpo como forma de ejercer su experiencia realizadora en el mundo. De hecho, se renuncia a esa relación con el mundo y se teme el ocupar espacio (adquiere sentido de amenaza) y en sí mismo el existir. En la bulimia estos rasgos están presentes, pero coexisten con una situación de ambivalencia en la cual se otorga a la comida dimensiones absolutizadas de realización.

i) Adicciones y perversiones:

Lo que sucede es similar a lo descrito en la bulimia. Se le otorga al objeto dimensiones simbólicas absolutizadas de realización. El sujeto vive inicialmente en el mundo de los deseos impersonales, evolucionando poco a poco a un mundo de necesidades que aparecen de forma imperiosa, creando una temporalidad cíclica. En el caso de perversión, además, está perturbada la potencia realizadora, de tal manera que el dominio frente al otro a través de la conducta sexual determinada, proporciona una vivencia de poder impersonal.

j) Suicidio:

En este apartado debemos distinguir entre muerte biológica y muerte psicológica. La muerte psicológica se produce cuando la perturbación de la relación intencional con el mundo es tal que el sujeto es absolutamente incapaz de lograr una experiencia realizadora mínima y un proceso de personalización. Esto hace que el mundo se convierta en distante e inaccesible. La desesperación de vivir una propia muerte personal, bien porque no se llega a ser o por que se deja de ser, es la que motiva la muerte biológica autoinducida por el sujeto. Lo importante de este apartado es que la muerte por suicidio cuando la vivencia del sujeto es de haber muerto en el ámbito de lo personal.

k) Conclusiones de la estructuras de sentido en psicopatología:

Todos estos cuadros muy diversos en las estructuras implicadas tienen un rasgo en común, el sujeto no puede realizar el proceso de personalización. Por tanto, el mundo no es experimentado es vivenciado. El individuo vive el sentido de las cosas pasivamente en el *me* sin alcanzar el nivel superior del *yo*. Es fácil deducir de todo lo expresado que el sujeto en su relación intencional con el mundo se mueve constantemente en ciertas polaridades, siendo necesario un equilibrio para adaptarse a lo real. Serían la *conservación/renovación* y la *autonomía/heteronomía*.

9) Conclusiones:

En la práctica diaria estas ideas pueden resultar complejas y de escasa aplicabilidad. Sin embargo, si nos permite entender al ser humano de una forma distinta y con ello el fenómeno psicopatológico. Es frecuente que los psiquiatras en su ejercicio profesional se sientan contrariados por el hecho de medicar a un paciente y posteriormente devolverle la responsabilidad de su propia enfermedad. Ahora bien, si concebimos la patología mental como algo que afecta la relación intencional con el mundo, seremos capaces de entender que lo importante es lograr que esta forma vincularse cambie y que sea capaz de ejercer su propio proceso de personalización. Por tanto, esta óptica permitiría integrar las visiones biologicistas y psicologicistas. Además, es frecuente elaborar historias biográficas de los pacientes en las que tendemos a concebirlas como víctimas pasivas de lo vivido. Sin embargo, la psiquiatría antropológica introduce la idea de construcción de la propia vida. Por tanto, deberíamos dirigir nuestro interrogatorio a aquellos aspectos que reflejen el proceso de autonomización y yoicización del individuo.

Ricardo López - Médico Psiquiatra
riclop69@hotmail.com

11. CON SENTIDO DEL HUMOR ¹³

Subject: el estrés

He descubierto por qué estamos todos estresados: es imposible hacer en un día todo lo que hay que hacer en un día. Todos los días hay que comerse una manzana y un plátano para el potasio. Todos los días hay que beberse dos litros de agua... Bueno, hay gente que bebe más. Todos conocemos a gente que dice que bebe hasta cinco litros. Que digo yo que esos no mearán, romperán aguas. A esto hay que sumar que todos los días hay que tomar un Actimel, para tener *L. Casei Inmunitas*, que no sabemos lo que es pero por lo visto si no te comes un millón y medio todos los días ves a la gente borrosa. Todos los días hay que tomar una aspirina para prevenir los infartos y dos dedos de vino tinto y una cerveza. Bueno, si te lo tomas todo junto si te da el infarto ni te enteras. Todos los días hay que comer fibra, mucha fibra, cuanta más mejor. Hasta que consigas cagar una camiseta. Y también te tienes que comer una naranja, para la vitamina C. Y un Donet, si quieres tener el día redondo.

Por supuesto, hay que hacer las tres comidas diarias, sin olvidarte que cada vez hay que masticar cien veces... y después lavarte los dientes. No sólo con cepillo normal, también con hilo dental y cepillo finos interdentes. Ya sabes que después de cada comida hay que lavarse los dientes: o sea, después del Actimel, los dientes; después del plátano, los dientes. Así hasta que te los desgastes. No te preocupes, que ahora ponen unas fundas y para desgastar una funda con un cepillo de dientes hacen falta muchos huevos.

Haciendo el cálculo, sólo en comer se te van cinco horitas. Todos los días hay que dormir ocho horas y trabajar otras ocho, más las cinco que empleamos en comer, veintiuna. Nos quedan tres.

Curiosamente, según las estadísticas, los españoles vemos tres horas diarias de televisión. Pues ya la hemos liado. Porque todos los días hay que caminar, por lo menos media hora. Y hay que cuidar las amistades (porque las amistades son como una

¹³ Humor fino e inteligente sobre nuestro quehacer, la sociedad en la que vivimos... para hacer sonreír ☺ y pensar

planta, hay que regarlas a diario). Y todos los días hay que estar bien informado. Así que hay que leer, por lo menos, dos periódicos para contrastar. ¿Ves? Al menos eso lo lleva mi padre a rajatabla. Todas las mañanas se lee el As y el Marca.

¡Ah! Y no olvidemos que hay que practicar el sexo todos los días, pero sin caer en la rutina, con lo cual, hay que innovar. Por cierto, te recuerdo que después de cada comida hay que lavarse los dientes. También hay que hacer las camas, y barrer y fregar y poner la lavadora y no te digo ya si tienes perro, lo mejor es suicidarte.

En fin, a mi salen 29 horas. La única posibilidad que se me ocurre es hacer varias cosas a la vez. Por ejemplo, mientras te duchas, puedes abrir la boca y así vas bebiendo agua. Al mismo tiempo que te secas, puedes comerte un Donet metiendo el plátano por el agujero. Y cuando salgas del baño, a la vez que caminas, puedes hacer el amor con tu pareja en la postura de la carretilla. Métete una escoba por el culo y vas barriendo. Y tu pareja que vaya viendo la televisión y te lo cuenta. Te queda una mano libre: ¡¡llama a tus padres!! Y bebe vino, joder...bebe vino... y cerveza... Por cierto: ¿no te vas a apuntar a una ONG? Desde luego... qué falta de... todo.

Entre varios compañeros hemos construido este número. Os animamos a enriquecer los siguientes con vuestro trabajo y creatividad¹⁴

La lista de distribución desde la que se envía este BOLETIN es exclusivamente para el envío del mismo, agradeciéndooos que no la empléis para el envío de otros correos personales, según marcan las normas de protección de datos vigentes

-
- ¹⁴ **Objetivos del BOLETIN:**
 - Facilitar la circulación de la información (sobre nuestra tarea asistencial, docente, investigadora) entre los numerosos profesionales que trabajamos en los Servicios de Salud Mental del Area 11
 - Mejorar el clima de comunicación entre los profesionales de los SSM del Area 11
 - Mejorar al interno de nuestro Servicio el conocimiento de las valiosas contribuciones profesionales (en la organización asistencial, docencia y/o investigación) de los profesionales de los SSM del Area 11
 - **Periodicidad:** según interés de los profesionales y/o la necesidad de hacer circular determinadas informaciones
 - **Metodología de elaboración** (*lo más sencilla y doméstica posible*):
 - Algún "corresponsal" en cada dispositivo anima inicial y periódicamente a la colaboración de los profesionales en este boletín que construimos entre todos.
 - Santiago Vega (svega.scsm@salud.madrid.org), del CSM de Usera, se encargará de coordinar el Boletín. Se envían a sus *e-mail* las colaboraciones, encuadradas en las distintas secciones del boletín (u otras que a alguien se le ocurra).
 - **Forma de distribución:** documento Pdf enviado por *e-mail* a cada dispositivo y a quien lo solicite de los profesionales de los Servicios de Salud Mental del Area 11 (lista de distribución)