

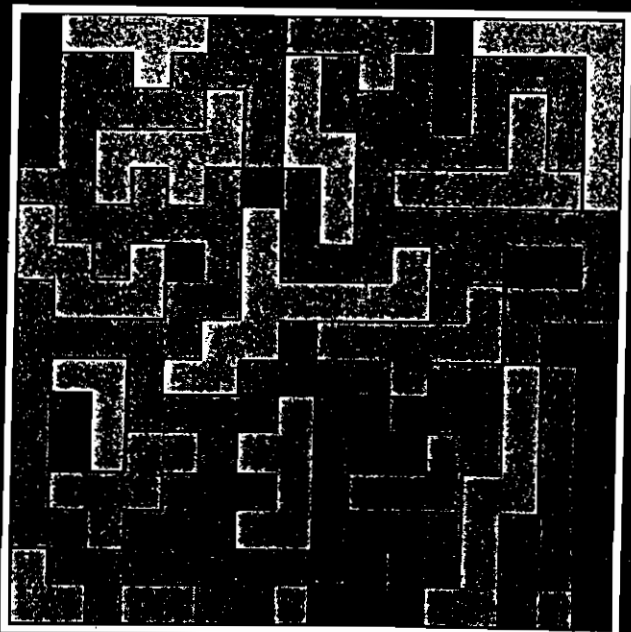
Colaboran:

Carlos Castilla del Pino
Fernando Colina
Valentín Corcés
Manuel Desviat
César Fernández González
Alberto Fernández Liria
Francisco José Martínez
Josefina Mas Hesse
Federico Menéndez
José Luis Pedreira
Tomás Palomo
Francisco Pereña
Guillermo Rendueles
Ana Romero

Epistemología y práctica psiquiátrica

Manuel Desviat, coordinador

Epistemología y práctica psiquiátrica



SEGUNDA PARTE

Algunas propuestas epistémicas	101
5. Epistemología de la Psico(pato)logía: la conducta, relación sujeto/objeto, <i>Carlos Castilla del Pino</i> .	107
6. Epistemología psicótica, <i>Fernando Colina</i>	135
7. La práctica psiquiátrica como eslabón perdido de la medicina social, <i>Guillermo Rendueles Ormedo</i> y <i>César Fernández González</i>	147
8. La infancia y lo psíquico, <i>Federico Menéndez Osorio</i> y <i>José Luis Pedreira Massa</i>	179
9. El diagnóstico psiquiátrico, <i>Valentín Corcés Pando</i>	193
10. Repercusiones epistemológicas de la irrupción de los psicofármacos, <i>Tomás Palomo Álvarez</i> .	209
11. Epistemología: Síntoma de lo público, <i>Francisco Peña</i>	227

TERCERA PARTE

Técnica y práctica psiquiátrica, <i>Manuel Desvia, Alberto Fernández Liria</i> y <i>José María Mas Hesse</i>	237
12.1. Introducción	241
12.2. Cuestionarios	244
12.3. Conclusiones	259

PREFACIO

12. Técnica y práctica psiquiátrica

12.1. INTRODUCCION

En la primera parte de la ponencia, tras aproximarnos al estudio de las construcciones teóricas que constituyen la psiquiatría, concluimos en que la medicina, y consecuentemente la psiquiatría, no es una ciencia como lo puedan ser la física, las matemáticas o la biología, ni siquiera una ciencia aplicada como la estadística, sino una práctica encaminada a la consecución de un fin socialmente determinado. Una tecnología cuyo objeto ha sido fijado previamente y que, por tanto, reflexiona *a posteriori* sobre sus actuaciones. Pues aunque se han sucedido o han coexistido en un vertiginosamente corto espacio de tiempo concepciones radicalmente diferentes (cap. 2, 3 y 4), éstas han *explicado* prácticas sustancialmente semejantes, a veces connotadas por *revoluciones*, provenientes del desarrollo de otros campos del saber, tan exteriores al núcleo de pensamiento de la psiquiatría como la química, con el descubrimiento de los neurolepticos, o la política con la conceptualización de la salud como un bien público. Y no se trata de que los profesionales de la psiquiatría, los oficiales de lo psíquico, o de la salud mental, como gustan de decir los psicólogos, hayan perdido su buen-hacer-científico o se encuentren todavía precariamente desarrolladas las ciencias básicas de referencia (como suelen ser consideradas la biología, la psicopatología, la ciencia de la conducta, la teoría general de los sistemas o el psicoanálisis). Todo lo contrario. En nuestra opinión, la dificultad se encuentra en que no podemos entender la psiquiatría como una ciencia, y en la medida en que epistemólogos o profesionales de la salud mental han considerado que lo era o debería de serlo, este prejuicio les ha impedido el acceso a la complejidad de su campo de estudio.

The Computer Psychotherapist ..



A Complete
Version of the
Classic Artificial
Intelligence
Program.

© 1984 Perceptron, Inc.

En definitiva, la psiquiatría de un momento histórico dado, no se caracteriza por la existencia de un paradigma teórico compartido por sus oñicantes, sino por el conjunto de actividades que conforman su práctica, la serie de habilidades que requiere el desempeño de éstas y el conjunto de conocimientos en que se sustenta cada una de ellas. De las diferencias que enfrentan hoy a los partidarios de los distintos modelos psicopatológicos, podemos extraer, sin embargo, muy poca información sobre su quehacer como psiquiatras en el presente y no podemos prever prácticamente nada sobre la psiquiatría del futuro. De hecho, en la primera parte de la ponencia (cf. *Aproximación a la epistemología psiquiátrica*), hemos expuesto orientaciones con fundamentos epistemológicos diferentes, que, incluso, se presentan como antagónicos, y que, en última instancia, inspiraban los mismos o muy parecidos abordajes terapéuticos de los trastornos mentales.

Remedios basados en consideraciones etiológicas como los evacuantes, utilizados desde la más remota antigüedad, son recomendados junto con los eméticos, para las lipemancias por ESQUIROL en su tratado (1), al igual que la sangría, mantenida pese a sus numerosas críticas, por la primera psiquiatría «científica». En realidad, las diferentes teorías han venido más a proporcionar nuevas explicaciones de prácticas en uso o, en todo caso, a perfeccionarlas, que a instaurar prácticas nuevas. Del tratamiento moral a la psicoeducación o al enfoque cognitivo en la rehabilitación, media toda una línea que yuxtapone un mar de pasiones en la parte teórica y un continuo, tan levemente ondulado como una playa, en la vertiente de la práctica (continuo que cuando se ha quebrado bruscamente dando lugar al maltrato, la brutalidad e incluso el crimen, ha sido debido más a influencias políticas que a una determinada escuela psiquiátrica. Hay una indudable diferencia entre el uso de las duchas de terror o de la silla giratoria de DARWIN a la esterilización masiva de pacientes mentales en la Alemania nazi). Las indicaciones del uso de calmantes como el opio o el bromo se asemejan demasiado a las de los neurolépticos como para sostener que se trata más de un mejoramiento de la eficacia que de un cambio cualitativo de registro (sin negar que tal eficacia haya determinado toda una revolución). De la afirmación esquiroliana del carácter terapéutico del aislamiento, a las formulaciones sobre la evitación de situaciones cara a cara en el medio familiar propugnadas por los teóricos de la emoción expresada, se ha efectuado un cambio en el lugar socialmente asignado para la asistencia, el cuidado y el tratamiento de la locura, pero no una ruptura «epistemológica», no un cambio

cualitativo en las formas de atención. Cambios poco analizados, quizá porque las historias de la psiquiatría, llevadas por un prejuicio cientifista, se ocupan fundamentalmente de las grandes conceptualizaciones, refiriéndose tan sólo tangencialmente a su relación con las prácticas.

12.2. RELACION ENTRE LA TEORIA Y LA PRACTICA EN LOS PROFESIONALES DE LA ZONA METROPOLITANA SUR DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Como final de esta ponencia, hemos realizado dos encuestas sobre la práctica de la psiquiatría pública y las grandes escuelas de pensamiento psiquiátrico tal y como es vivida por los profesionales que la llevan a cabo en el momento actual, 1989, en una zona del área metropolitana de la Comunidad de Madrid, cercana al millón de habitantes. Asentamientos humanos que tienen un modelo de atención a la salud mental semejante (integración de todos los recursos públicos, humanos y materiales, de salud mental —Insalud, Comunidad Autónoma, Ayuntamientos—; cobertura total y gratuita a la población; trabajo por programas; actuación a segundo nivel, especializado, dejando en el primer escalón a la atención primaria; descentralización en los seis distritos sanitarios de la atención ambulatoria y domiciliaria; utilización de recursos comunes de rehabilitación, hospitalización breve y de docencia e investigación). Un modelo propio de un sistema público de salud y de un modelo de atención comunitario (2), (3), (4), (5).

Encuesta sobre escuelas psiquiátricas y psiquiatría pública

La encuesta se envió a 62 psiquiatras y psicólogos de la zona Sur de Madrid con la solicitud de que fuera cumplimentada y devuelta de forma anónima. Se obtuvieron 30 respuestas. Y aunque esta cifra no nos permite caracterizar con rigor ni siquiera a la población de profesionales del área estudiada, creemos que los resultados pueden servirnos para *ilustrar* algunos fenómenos que nos parecen de interés.

Preguntas formuladas:

1. ¿Qué orientación/es fundamentan tu actividad clínica? (Biológica, psicoanalítica, sistémica, conductista, conductual, cognitiva, social, otros.)
2. ¿Consideras que la práctica pública que realizas en tu actual centro de trabajo establece limitaciones a esta orientación?
3. ¿Esta práctica pública puede favorecer el desarrollo de aspectos originales en la teoría que la fundamenta?
4. ¿Utilizas o prescribes una técnica u otra en función de indicaciones terapéuticas?
5. ¿Tienes posibilidad de verificar el proceso terapéutico? En caso positivo, ¿cómo?
6. ¿Crees que existe una relación directa entre la práctica clínica y la investigación epistemológica?
7. ¿Una psiquiatría pública avanzada exigiría modificaciones a las técnicas existentes o nuevas técnicas?

1. Hay un 23,33 % de respuestas de orientación única (tres psicoanalíticas, dos conductuales, una sistémica y una biológica). Los demás encuestados reconocen múltiples orientaciones, de las cuales la que aparece con más frecuencia es la psicoanalítica, 19: 63,33%; seguida de la biológica, 16: 53,33%; cercana a la social, 15: 50% y, ya con más distancia, la conductual y sistémica, 8: 26,66%, cada una y «otras» 5, especificando una grupal y otra ecléctica.

2. En relación a la segunda pregunta, el 66,66% (veinte) de los encuestados, responden que la práctica pública tal como la ejercen en la actualidad, limita su orientación. Las razones fundamentales que se aducen son:

- Excesiva presión asistencial y falta de recursos de personal, 18: 60%.
- Falta de recursos, 8: 26,66%.
- Desarrollo escaso del resto de la red (atención primaria y servicios sociales), 6: 20%.
- «Propios del encuadre», uno (sólo psicoanalítico), 9: 30%, responden que *no* encuentran esa limitación y uno no contesta.

3. 29,96,66 %, opinan que la práctica pública puede favorecer el desarrollo de aspectos originales en la teoría en que se inspira. Sólo uno contesta que *no*.

4. 28: 93,33 %, dicen utilizar o prescribir distintas técnicas basadas en diferentes concepciones teóricas, en función de indicaciones terapéuticas; dos contestaron que *no*.

5. 23: 76,66 %, dicen que pueden verificar el proceso terapéutico. Para hacerlo, consideran necesario establecer objetivos concretos, seguimiento del tratamiento mediante cambios en la sintomatología y en el rendimiento social, autoinformes o escalas aplicadas al inicio y fin del tratamiento; catamnesis telefónica y la información desde atención primaria y servicios sociales.

6. En cuanto a la existencia de relación directa entre la práctica clínica y la investigación epistemológica, 21: 70 % contestan que sí, ocho que no y uno no contesta.

7. 27: 90 %, consideran que una psiquiatría pública avanzada exigiría modificaciones en las técnicas existentes y/o nuevas técnicas.

Como ya hemos dicho, el escaso índice de respuesta nos impide extraer conclusiones sobre las características aplicables a los profesionales de la zona (que de todas formas no son, probablemente, representativas de los del país). Pero sí se apuntan en el material obtenido una serie de fenómenos que, creemos, deberán ser considerados en posteriores y más rigurosos estudios.

En primer lugar, la conciencia de un buen número de los profesionales, de que para dar cuenta de su práctica en las condiciones de desempeño exigidas por la psiquiatría pública, han de recurrir a diferentes modelos psicopatológicos como referencia. Y que, en el marco de la psiquiatría pública, la elección de la técnica de intervención depende, no de la escuela que encuadra al profesional encargado de prescribirla, sino del consenso obtenido sobre su eficacia en condiciones semejantes, independientes del valor concedido a la teoría que la inspira.

Probablemente, hoy es más explícita que nunca entre los profesionales la idea de que es la práctica de la psiquiatría pública, política y culturalmente determinada, la que marca las áreas de reflexión de los diferentes modelos psicopatológicos y no el desarrollo de éstos el que determina las áreas de intervención.

La necesidad de extender la reflexión clínica a sus consecuencias epistemológicas, y la consecuente preocupación por las leyes y reglas que pueden guiar tal propósito, es también explícitamente señalada por un grupo importante de profesionales.

Pero si estas pinceladas nos hablan —bien que imperfectamente— de la percepción por los profesionales de la relación

entre su práctica y los grandes modelos, faltaría por determinar cuáles son los elementos que componen dicha práctica, al menos, de la idea que de ella se hacen los propios profesionales (otras determinaciones requerirían metodología y medios fuera del alcance de este modesto intento de aproximación al problema). A ello dedicamos otra encuesta.

Questionario sobre habilidades y conocimientos

La encuesta utilizada es la traducción de la aplicada en los Estados Unidos de América por LANGSLEY y otros en 1980 (6) y 1988 (7). Dicha encuesta contenía un primer cuestionario con 48 ítems sobre habilidades supuestamente requeridas por un psiquiatra general y un segundo de 51 ítems sobre conocimientos. En nuestro caso, se ordenan aleatoriamente las preguntas de cada cuestionario y se remitieron a 62 facultativos de la zona Sur de Madrid. Se pedía si cada habilidad o conocimiento era considerado imprescindible, importante o no necesario para la formación de un psiquiatra general y que se señalara si alguno debía ser objeto de un subespecialidad señalando cuál.

Se enviaron 62 encuestas y se recibieron 36 respuestas, es decir, un 58 %.

En el caso americano respondieron un 45 % de los 499 encuestados.

En los cuadros 1 y 2 pueden verse los resultados de nuestra encuesta y de la americana. Hay que aclarar que en su ordenación de los ítems, los americanos utilizaron el número de consideraciones como «imprescindible + importante» ya que el tal orden era prácticamente superponible al obtenido con la sola consideración de «imprescindible», mientras que en nuestro caso los hemos ordenado en función del porcentaje de encuestados que consideraron «imprescindible» cada ítem (la consideración conjunta de ambos nos resultaba, dado el escaso número de casos, poco discriminativa).

CUADRO 1

Habilidades consideradas necesarias para ser un psiquiatra general por los facultativos de la zona Sur de Madrid y los miembros de la Asociación Psiquiátrica Americana

En la primera columna se recoge el número de facultativos de Madrid que consideraron cada ítem y entre paréntesis el porcentaje que suponen respecto a los 36 que respondieron. En la segunda columna, el ordinal indica el lugar que ocupa el ítem en la jerarquización si se considera la suma de las veces que ha sido señalado como imprescindible y como importante. En la tercera y cuarta columnas se indica el lugar que cada ítem ocupa en la jerarquización americana respectivamente de los años 1987 y 1989 y entre paréntesis, la diferencia con el número de orden de la primera columna.

Habilidades	Madrid		U.S.A.	
	Imprescindible	Import.+Importe	1987	1989
1. Corrección de utilización de psicofármacos	35 (97,22%)	2.º 35 (97,22%)	13 (-12)	8 (-7)
2. Realizar historias clínicas correctas, incluyendo anamnesis, exploración psicopatológica, situación somática, pruebas diagnósticas y anotaciones sobre evolución	33 (91,67%)	1.º 36 (100%)	10 (-8)	11 (-9)
3. Evaluar la necesidad de hospitalización ..	32 (88,89%)	1.º 36 (100%)	4 (+1)	2 (+1)
4a. Realizar entrevistas diagnósticas o de evaluación global	30 (83,33%)	2.º 35 (97,22%)	1 (+3)	1 (+3)
4b. Evaluar el potencial suicida, homicida o de agresión del paciente.	30 (83,33%)	2.º 35 (97,22%)	6 (-2)	6 (+2)
6a. Mantener relaciones de coordinación con enfermeros, médicos y trabajadores sociales.	29 (80,56%)	2.º 35 (97,22%)	16 (-10)	18 (-12)
6b. Trabajar armoniosamente como miembro de un equipo de salud mental en la puesta en común de información y planificación y realización de tratamientos	29 (80,56%)	2.º 35 (97,22%)	18 (-12)	16 (-10)
8. Realizar intervención en crisis	28 (77,78%)	1.º 36 (100%)	11 (-3)	

Madrid U.S.A.

Habilidades	Madrid		U.S.A.	
	Imprescindible	Import.+Importe	1987	1989
9. Realizar una evaluación global del paciente somático o psicosomático en interconsulta y devolver al derivante instrucciones para su manejo práctico	26 (72,22%)	2.º 35 (97,22%)	14 (-5)	13 (-4)
10. Formular un listado de problemas de un paciente, elaborar el correspondiente plan de tratamiento y ponerlo en marcha a través de recursos propios o adecuada derivación	25 (69,44%)	3.º 34 (94,44%)	17 (-7)	5 (+5)
11. Ser objetivo, adoptando una posición profesional sin caer en una excesiva distancia o implicación	24 (66,67%)	2.º 35 (97,22%)	9 (+3)	12 (-1)
12a. Hacer diagnósticos psiquiátricos precisos ..	23 (63,89%)	3.º 34 (94,44%)	3 (+9)	4 (+8)
12b. Reconocer y ser capaz de manejar problemas «contratransferenciales» y de idiosincrasia personal en la relación con los pacientes	23 (63,89%)	6.º 31 (86,11%)	2 (+10)	10 (+2)
14. Mostrarse digno de confianza, consciente e íntegro	22 (61,11%)	6.º 31 (86,11%)	7 (+7)	3 (+11)
15a. Gestionar un programa de tratamiento (e.g. hospitalario, atención ambulatoria...).	18 (50,00%)	5.º 32 (88,89%)	32 (-17)	
15b. Evaluar y tratar o manejar el abuso de agentes sedantes o psicoestimulantes	18 (50,00%)	2.º 35 (97,22%)	25 (-10)	
15c. Realizar psicoterapias breves	18 (50,00%)	3.º 34 (94,44%)	15 (0)	

Habilidades	M a d r i d		U. S. A.	
	Imprescindible	Impres. + Importe	1987	1989
18a. Evaluar trastornos psicopatológicos y del desarrollo en los adolescentes	17 (47,22%)	2.º 35 (97,22%)	21 (- 3)	
18b. Evaluar y tratar o manejar el alcoholismo	17 (47,22%)	3.º 34 (94,44%)	22 (- 4)	
18c. Demostrar interés, tacto y compasión por el paciente y su familia	17 (47,22%)	11 26 (72,22%)	5 (+12)	9 (+ 9)
21a. Realizar investigación psiquiátrica	16 (44,44%)	5.º 32 (88,89%)	47 (-26)	
21b. Evaluar y tratar o manejar los problemas psiquiátricos de la actualidad	16 (44,44%)	6.º 31 (86,11%)	20 (+ 1)	
23a. Realizar una entrevista familiar diagnóstica	15 (41,67%)	3.º 34 (94,44%)	23 (0)	
23b. Realización psicoterapias de apoyo con atención a aspectos psicodinámicos	15 (41,67%)	4.º 33 (91,67%)	8 (+15)	7 (+16)
25a. Utilizar adecuadamente las pruebas de laboratorio, tests psicológicos y otros procedimientos diagnósticos	14 (38,89%)	7.º 30 (83,33%)	12 (+13)	14 (+11)
25b. Hacerse cargo del tratamiento psiquiátrico de un paciente con trastornos psicofisiológicos o somáticos	14 (38,89%)	9.º 28 (77,78%)	19 (+ 6)	19 (+ 6)
25c. Evaluar y tratar o manejar el abuso de narcóticos	14 (38,89%)	7.º 39 (83,33%)	27 (- 2)	
28. Evaluar niños y familias en las que un niño es el paciente desiguado	12 (33,33%)	4.º 33 (91,57%)	39 (-11)	23 (+ 5)
29. Evaluar y tratar o manejar problemas de conducta alimentaria	10 (27,78%)	5.º 32 (88,89%)	24 (- 5)	

Habilidades	M a d r i d		U. S. A.	
	Imprescindible	Impres. + Importe	1987	1989
30a. Realizar una exploración física completa incluida la exploración neurológica	9 (25,00%)	13-23 (65,89%)	29 (+ 1)	20 (+10)
30b. Enseñar a otros médicos o estudiantes de medicina conocimientos y habilidades de la psiquiatría	9 (25,00%)	8.º 29 (80,56%)	26 (+ 4)	21 (+ 9)
30c. Llevar a cabo terapias de grupo ambulatorias	9 (25,00%)	7.º 30 (83,33%)	33 (- 3)	27 (+ 3)
30d. Realizar una evaluación neuropsicológica	9 (25,00%)	10-27 (75,00%)	37 (- 3)	
30e. Realizar intervenciones de psiquiatría preventiva en la comunidad	9 (25,00%)	5.º 32 (88,89%)	45 (-15)	32 (- 2)
35. Evaluar y tratar o manejar el retraso mental	7 (19,44%)	15-20 (55,56%)	44 (- 9)	
36a. Manejo global de pacientes con epilepsia, daño cerebral u otras anomalías estructurales del encefalo	5 (13,89%)	10-27 (75,00%)	41 (- 5)	
36b. Llevar a cabo terapias de grupo en pacientes internados	5 (13,89%)	11-26 (72,22%)	31 (+ 5)	26 (+10)
36c. Evaluar y tratar o manejar las distonías sexuales	5 (13,89%)	8.º 29 (80,56%)	30 (- 6)	
36d. Llevar a cabo psicoterapias con adolescentes	5 (13,89%)	8.º 29 (80,56%)	34 (- 2)	
40. Realizar terapias familiares o de pareja	4 (11,11%)	12-25 (69,44%)	28 (-12)	
41a. Capacitación en psicoterapia de orientación psicoanalítica	3 (8,33%)	12-25 (69,44%)	36 (+ 5)	22 (+19)
41b. Realizar terapias por el juego	3 (8,33%)	16-19 (52,78%)	46 (- 5)	32 (+ 9)
41c. Llevar a cabo psicoterapias cognitivas	3 (8,33%)	18-16 (44,44%)	35 (+ 6)	

Habilidades	Madrid		U.S.A.	
	Imprescible	Impres.+Importe	1987	1988
44a. Realizar el tratamiento psicoterapéutico de un paciente moribundo.	2 (5,56%)	17-18 (90,00%)	38 (+6)	29 (+15)
44b. Realizar terapia de modificación de conducta	2 (5,56%)	14-21 (58,33%)	43 (+1)	30 (+14)
44c. Realizar peritajes forenses y testificar en materias de salud mental y sanidad	2 (5,56%)	10-27 (75,00%)	40 (+4)	24 (+20)
47a. Administrar terapia electroconvulsiva	0 (0,00%)	19-9 (25,00%)	42 (-5)	28 (-19)
47b. Utilizar entrevistas bajo hipnosis con fines diagnósticos	0 (0,00%)	20-3 (8,33%)	48 (-1)	31 (+16)

CUADRO 2

Conocimientos considerados necesarios para ser un psiquiatra general para los facultativos de la zona Sur de Madrid y los miembros de la Asociación Psiquiátrica Americana

En la primera columna se recoge el número de facultativos de Madrid que consideraron cada ítem y entre paréntesis el porcentaje que suponen respecto a los 36 que respondieron. En la segunda columna, el ordinal indica el lugar que ocupa el ítem en la jerarquización si se considera la suma de las veces que ha sido señalado como imprescindible y como importante. En la tercera y cuarta columnas se indica el lugar que cada ítem ocupa en la jerarquización americana respectivamente de los años 1987 y 1980 y entre paréntesis, la diferencia con el número de orden de la primera columna.

Conocimientos	Madrid		U.S.A.	
	Imprescible	Impres.+Importe	1987	1987
1. Evaluación y manejo de la urgencia psiquiátrica	33 (91,67%)	2.º 35 (97,22%)	5 (-4)	5 (-4)
1. Indicaciones, contraindicaciones, mecanismos de acción, pauta de dosificación y efectos colaterales de los agentes psicofarmacológicos	33 (91,67%)	1.º 36 (100%)	2 (-1)	3 (-2)

Conocimientos	Madrid		U.S.A.	
	Imprescible	Impres.+Importe	1988	1987
3a. Indicaciones y contraindicaciones de la hospitalización	32 (88,89%)	2.º 35 (97,22%)	6 (-3)	8 (-5)
3b. Diagnóstico diferencial de los síndromes psiquiátricos	32 (88,89%)	2.º 35 (97,22%)	4 (-1)	6 (-3)
5a. Criterios de diferenciación entre trastornos orgánicos y funcionales	30 (83,33%)	2.º 35 (97,22%)	1 (+4)	2 (+3)
5b. Características y teorías de los trastornos psicóticos, neuroóticos, caracterológicos y borderline	30 (83,33%)	1.º 36 (100%)	3 (+2)	1 (+4)
7. Nosología y clasificación de los trastornos mentales, incluyendo los de la niñez	27 (75,00%)	2.º 35 (97,22%)	14 (-7)	9 (-2)
8. Psiquiatría descriptiva, incluyendo los síndromes clínicos	25 (69,44%)	3.º 34 (94,44%)	7 (+1)	7 (+1)
9a. Aspectos psicopatológicos del stress, confrontación de problemas y adaptación incluyendo muerte, duelo y otras crisis	23 (63,89%)	3.º 34 (94,44%)	17 (-8)	12 (-3)
9b. Indicaciones y contraindicaciones de diferentes tipos de psicoterapia (individual, familiar, de pareja, social)	23 (63,89%)	2.º 35 (97,22%)	10 (-1)	14 (-5)
11. Teorías de las diferentes terapias: indicaciones y contraindicaciones, presupuestos básicos y datos sobre resultados	22 (61,11%)	4.º 33 (91,67%)	--	26 (-15)
12a. Salud mental comunitaria, incluyendo apoyo a otros recursos y evaluación de programas	21 (58,33%)	2.º 35 (97,22%)	38 (-26)	46 (-34)

Conocimientos	Madrid		U.S.A.	
	Imprescindible	Impres.+Importe	1980	1987
12b. Nociones sobre intervenciones en psiquiatría infanto-juvenil	21 (58,33%)	—	31 (-9)	33 (-21)
12c. Nociones de evaluación de niños y familias	21 (58,33%)	1.º 36 (100%)	30 (-18)	20 (-8)
15a. Nociones de psiquiatría preventiva en los niveles clínicos y comunitario	19 (52,78%)	1.º 36 (100%)	—	45 (-30)
15b. Principios de evaluación e intervención en gerontopsiquiatría ..	19 (52,78%)	2.º 35 (97,22%)	—	17 (-2)
17. Síndromes específicos de importancia en la psiquiatría de interconsulta y enlace	18 (50,00%)	4.º 33 (91,67%)	24 (-6)	21 (-3)
18a. Conceptos y teorías psicoanalíticas básicos	17 (47,22%)	2.º 35 (97,22%)	11 (+6)	13 (+4)
18b. Teorías genéticas y dinámicas incluyendo papel precipitante del stress, relaciones interpersonales, estructura de carácter, aspectos psicodinámicos y efectos de la enfermedad sobre los otros	17 (47,22%)	4.º 33 (91,67%)	8 (+10)	16 (+2)
18c. Problemas psiquiátricos comunes en la niñez	17 (47,22%)	2.º 35 (97,22%)	26 (-8)	19 (-1)
18d. Principios de ética médica en relación con la psiquiatría	17 (47,22%)	4.º 33 (91,67%)	—	4 (+16)
22a. Areas de la neurología con relevancia en psiquiatría	16 (44,44%)	1.º 36 (100%)	16 (+6)	11 (+11)
22b. Modelos de psiquiatría de consulta y enlace	16 (44,44%)	2.º 35 (97,22%)	18 (+4)	37 (-11)
22c. Principales teorías biológicas de la psicopatología	16 (44,44%)	5.º 32 (88,89%)	15 (+7)	10 (+12)

Conocimientos	Madrid		U.S.A.	
	Imprescindible	Impres.+Importe	1980	1987
25a. Teorías psicosomáticas de la patología y evaluación y tratamiento de los trastornos psicosomáticos ..	15 (41,67%)	3.º 33 (91,67%)	20 (+5)	22 (+3)
25b. Conceptos básicos de psiquiatría social	15 (41,67%)	3.º 34 (94,44%)	36 (-11)	40 (-15)
25c. Conceptos básicos de organización y comunicación en la familia ..	15 (41,67%)	2.º 35 (97,22%)	28 (-3)	23 (+2)
28. Nociones sobre crecimiento y desarrollo incluyendo las principales teorías y consideraciones biopsicosociales	14 (38,39%)	3.º 33 (91,68%)	9 (+19)	18 (+10)
29. Conceptos básicos de epidemiología psiquiátrica	13 (36,11%)	2.º 35 (97,22%)	36 (-7)	-28 (+1)
30a. Concepto de ciencias neurobiológicas	12 (33,33%)	2.º 35 (97,22%)	32 (-4)	-36 (-6)
30b. Indicaciones y limitaciones del psicodiagnóstico	12 (33,33%)	5.º 32 (88,89%)	35 (-5)	15 (+15)
30c. Conceptos básicos de dinámica de grupo ..	12 (33,33%)	6.º 31 (86,11%)	34 (-4)	30 (0)
33a. Adolescencia con especial atención a las teorías del desarrollo de la personalidad ..	11 (30,56%)	2.º 35 (97,22%)	23 (0)	29 (+4)
33b. Psicoterapias: terapia de grupo	11 (30,56%)	8.º 29 (80,56%)	13 (+10)	32 (+1)
33c. Psiquiatría forense, incluyendo derechos de los pacientes, tratamiento forzoso, uso especial de información y capacidad civil	11 (30,56%)	5.º 32 (88,89%)	27 (+5)	24 (+9)
36a. Principales teorías sobre adicción	10 (27,78%)	4.º 33 (91,67%)	—	31 (+5)
36b. Problemas psiquiátricos de grupos de riesgo específicos (marginados...)	10 (27,78%)	3.º 34 (94,44%)	—	47 (-11)

Coincidencias	Madrid		U. S. A.	
	Imprescindible	Impres.+Importe	1980	1987
38. Psicoterapia: terapia de familia	9 (25,00%)	9° 28 (77,78%)	19 (+ 9)	34 (+ 4)
39a. Psicoterapias: terapia de pareja	8 (22,22%)	14° 19 (52,78%)	21 (+18)	39 (0)
39b. Psicoterapias: psicoterapia de orientación psicoanalítica	8 (22,22%)	9° 28 (77,78%)	12 (+27)	27 (+12)
41a. Conceptos básicos de teoría del aprendizaje.	7 (19,44%)	8° 29 (80,56%)	37 (+ 4)	41 (0)
41b. Fisiología del sueño y los trastornos del sueño	7 (19,44%)	4° 33 (91,67%)	40 (+ 1)	38 (+ 3)
43a. Indicaciones, contraindicaciones y teorías sobre mecanismos de acción de la terapia electro-convulsiva	6 (16,67%)	11° 25 (69,44%)	—	25 (+18)
43b. Psicoterapias: modificación de conducta	6 (16,67%)	2° 35 (97,22%)	25 (+22)	43 (0)
43c. Psicoterapias: terapias infantiles	6 (16,67%)	10° 27 (75,00%)	22 (+21)	49 (— 6)
46. Psicoterapias: terapias cognitivas	5 (13,89%)	12° 23 (63,89%)	—	24 (+ 4)
46. Retraso mental incluyendo evaluación y planificación del tratamiento	5 (13,89%)	13° 21 (58,33%)	41 (+ 5)	48 (— 2)
48. Historia de la psiquiatría	4 (11,11%)	7° 30 (83,33%)	39 (+ 9)	44 (+ 4)
49. Nociones de psiquiatría administrativa ..	2 (5,56%)	12° 23 (63,89%)	—	49 (— 2)
50. Evaluación de méritos y limitaciones de la literatura científica ..	1 (2,78%)	12° 23 (63,89%)	33 (+ 7)	35 (+15)
51. Economía en psiquiatría, financiación y presupuestos	0 (0,00%)	15° 10 (27,78%)	—	30 (— 1)

Questionario sobre habilidades:

En primer lugar, llama la atención el alto grado de coincidencia en la ordenación de las habilidades por los psiquiatras americanos y españoles. Entre los ítems más puntuados, los psiquiatras españoles conceden más importancia relativa que sus colegas americanos a las habilidades legalmente privativas del psiquiatra dentro del equipo multiprofesional, como son la prescripción de psicofármacos (ítem 1) y la realización de historias clínicas, así como las actividades de evaluación encaminadas a la organización del trabajo de otros profesionales (ítems 9, 10 y 15a). Sucede lo contrario con la importancia concedida al diagnóstico psiquiátrico (ítem 12a) y a la utilización por ellos mismos de instrumentos diagnóstico de otras especialidades (25a) y (30d).

Los psiquiatras españoles, en general, parecen conceder menos importancia que los americanos a los aspectos humanos de la relación médico-paciente, tanto en su aspecto formal (ítems 14, 18c), y técnico (23b, 44a), como contratransferencial (ítems 12b). Por el contrario, conceden más importancia a los que incluyen relación con profesionales del propio equipo o de otros equipos o instituciones (ítems 6a, 6b, 10, 15a).

Los encuestados en Madrid dan más importancia a los aspectos preventivos de su trabajo, tanto cuando se refieren explícitamente a ellos (ítem 30a) como cuando lo hacen a aspectos que, como el abuso de fármacos, son susceptibles de acciones concretas (ítem 15b).

El lugar relativo ocupado en ambas jerarquizaciones por las psicoterapias devotas de las diferentes escuelas o por las habilidades correspondientes al manejo de los diferentes grupos de riesgo o entidades diagnósticas es semejante (18b, 21b, 25c, 29, 44b), excepto en el caso de las disfunciones sexuales y terapia de pareja (36c, 40) a las que parecen más sensibles los americanos. Lo mismo sucede con el retraso mental (35).

El grupo de facultativos de la zona Sur de Madrid parece otorgar un lugar de mayor relevancia que el estadounidense a la investigación, mientras que en éste se destaca la preparación para la labor docente (30b).

Respecto a la tendencia observada por los norteamericanos a ser más sensibles a los temas infantiles en el año 87 que en el 80, los españoles parecen compartir dicha sensibilidad (18a, 28, 41b).

Áreas de conocimiento

El primer hecho a señalar es que la coincidencia entre las jerarquizaciones americanas y españolas de áreas de conocimiento es menor que en el caso de las correspondientes a las habilidades (cuadro 2).

Lo más llamativo de las diferencias se debe al muy superior peso relativo otorgado por los madrileños a los conocimientos de salud mental comunitaria (12), psiquiatría preventiva (15), psiquiatría social (25) o aspectos de la aplicación de la misma óptica (36).

Del mismo orden, pero en sentido opuesto, es la diferencia entre el valor otorgado por unos y otros a los aspectos éticos (18) y legales (33).

Los americanos dedican mayor atención a los aspectos médico-biológicos (22a, 22c, 28, 43) y más aún a los aspectos prácticos de la comunicación científica (50). El desinterés por la historia de la psiquiatría es común.

En cuanto a las psicoterapias, en ambos se consideran importante que el psiquiatra general conozca los criterios de indicación de cada una de ellas (9) más que los fundamentos de una en particular.

En relación a las subespecialidades, en la encuesta americana más del 50 % de los psiquiatras considera que alguna de las áreas de conocimiento o habilidades señaladas: psiquiatría infanto-juvenil, terapia psicoanalítica, psiquiatría forense, psiquiatría administrativa y alcoholismo, deben formar parte de la correspondiente superespecialidad (aunque no tienen porque ser manejadas por el psiquiatra general). En nuestro caso, solamente se alcanzan cuotas tal altas de acuerdo respecto a la psiquiatría infanto-juvenil (el 100 % de los encuestados consideran que alguno de los conocimientos enumerados sólo deben ser manejados por superespecialistas en este área y el 72 % hace la misma consideración sobre alguna de las habilidades). El 86,11 % señala que alguna de las habilidades correspondientes a modalidades específicas de tratamiento (incluido el psicoanálisis) tampoco tiene por qué ser parte del bagaje del psiquiatra general (que dominaría alternativamente unas u otras, produciéndose la correspondiente subespecialización por técnicas de intervención). Sin embargo, solamente un 38,8 % de los encuestados considera que sucede lo mismo con los conocimientos "de escuela" que fundamentan tales intervenciones. Por último, entre un 10 y un 20 % de los encuestados creen que alguno de los conocimientos o habilidades reseñadas

deben restringirse a subespecialidades en psiquiatría administrativa, forense y gerontopsiquiatría.

12.3. CONCLUSIONES

Las encuestas presentadas confirman la idea de que la práctica de la psiquiatría (al menos la práctica pública) no puede concebirse como aplicación o desarrollo de teoría alguna. En realidad, parece que los profesionales utilizan diversas teorías para dar cuenta de distintos aspectos parciales. Esta idea es, a juzgar por los resultados de las encuestas, asumida sin ambages. Y, sin embargo, no parece que tengan dificultad para identificar cuáles son las actividades que los definen como tales. Sorprende que esta definición sea, además, tan homogénea entre facultativos de países y modelos asistenciales tan diferentes como el norteamericano y el español. Las diferencias encontradas, en cuanto a la preocupación por aspectos sociales o la salvaguarda de valores individuales, están probablemente más en relación con diferencias entre las culturas de ambos pueblos y, por tanto, de los psiquiatras como ciudadanos que como profesionales. Lo más notable está en la ausencia de correspondencia entre el acuerdo que domina en la especificación de las prácticas y la mayor dispersión existente a la hora de calificar los conocimientos que supuestamente las inspiran.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) ESQUIROL, E. (1838): *Tratado completo de las enfermedades mentales, consideradas bajo su aspecto médico, higiénico y médico legal*. Traducción de Raimundo de Monasterio y Correa, Imprenta del Colegio de Sordomudos, Madrid, 1847, pág. 62. (Está en prensa una nueva traducción en Nieva, Colección Clásicos de la Psiquiatría, cuyas galeras hemos utilizado habitualmente en el capítulo de la psiquiatría clásica.)
- (2) DESVIAT, M.; FERNANDEZ LIRIA, A., y RODRIGUEZ DORADO, L.: *Los programas de los Servicios de Salud Mental de Leganés*. Psiquiatría pública, 1, 1, 1987, págs. 13-22.
- (3) DESVIAT, M.: *Destitucionalización: alternativas al hospital psiquiátrico*. Psiquiatría Pública, 1, 2, 1987, págs. 58-65.
- (4) DESVIAT, M.; FERNANDEZ LIRIA, A.: *Psiquiatría pública en el área de salud: Objetivos y programas*. Asociación Mundial de Psiquiatría, Granada, 1989, págs. 116-124.

- (5) DESVIAT, M.; FERNANDEZ LIRIA, A.; MAS, J.: *Spanish psychiatric Reform: the Madrid metropolitan area*. Excerpta Médica, Internacional Congress Series 899, Elsevier Science Publishers B. V., Amsterdam, 1989, pág. 188 (696).
- (6) LANGSLEY, Da.; HOLLENDER, M.: *The definition of a psychiatrist*. Am. J. Psychiatry, 139, 1:81-85, 1980.
- (7) LANGSLEY, Da.; YAGER, J.: *The definition of a psychiatrist: Eight Years later*. Am. J. Psychiatry, 145: 4, 469-475, April 1988.

PUBLICACIONES DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA

Colección Ciencias de la Conducta:

1. LA TRANSFORMACION DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA.
2. DEMENCIAS.
3. APROXIMACION A LA HISTERIA.
4. PARADIGMA SISTEMICO Y TERAPIA DE FAMILIA.
5. APROXIMACION A LA DINAMICA DE LA PSICOSIS.
6. LA CRONICIDAD EN PSIQUIATRIA.
7. GRAVEDAD PSÍQUICA EN LA INFANCIA.
8. PRIMERAS JORNADAS DE LA SECCION DE PSICOANALISIS DE LA A.E.N.
9. EL QUEHACER EN SALUD MENTAL.
10. CRITERIOS DE OBJETIVACION EN PSICOPATOLOGIA.
11. LA CONCEPCION OPERATIVA DE GRUPO.
12. LA CONTENCIÓN.
13. EPISTEMOLOGIA Y PRACTICA PSIQUIATRICA.

Colección Monografías:

PREMIOS 1980-81.

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría:

PUBLICACION TRIMESTRAL, FUNDADA EN 1981.

COLABORAN: Carlos Castilla del Pino, Fernando Colina, Valentín Corcés, Manuel Desviat, César Fernández González, Alberto Fernández Liria, Francisco José Martínez, Josefina Mas Hesse, Federico Menéndez, José Luis Pedreira, Tomás Palomo, Francisco Peña, Guillermo Rendueles, Ana Isabel Romero.

© ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA.
C/. Villanueva, 11. 28001 Madrid.

Este libro ha sido presentado como ponencia
al XVIII Congreso de la Asociación Española
de Neuropsiquiatría.

I.S.B.N.: 84-404-6277-8
Depósito Legal: M. 5.136-1990

Imprime: MARIAR, S. A. - Tomás Bretón, 51 - 28045 Madrid

*"Oscura, cerrada, parece a menudo la interioridad del mundo".
Perdido, lleno de dudas el sentido de los hombres...
Y lejana yace la oscura pregunta de la duda.*

Friedrich HÖLDERLIN
(Poemas de la locura, Hipenión, pág. 53)