

BOLETIN
SERVICIOS DE SALUD MENTAL AREA 11
de la Comunidad de Madrid

Número 7 – Mayo 2008



¹ El País 8 Abril 2008

1. RECURSOS DE LA RED DE SALUD MENTAL ²

- **Centro de Salud Mental de Valdemoro.** C/ Apolo, 20 - 28340 El Restón - Valdemoro (Madrid) 91 134 63 82
- **Urgencias - Hospitalización Psiquiátrica de Agudos - Centro "San Juan de Dios"** Av. San Juan de Dios, nº 1 (entrada por c/Benito Menni) 28350 Ciempozuelos (Madrid) 91 893 00 01 y 01 31
- **Hospital Infanta Elena de Valdemoro**

• Programa de radio CRPS Los Cármenes

Hola Compañeros: Os envié una noticia del Periódico la Gaceta de los Negocios, donde ha salido una pequeña reseña sobre el programa de Radio "Ábrete Camino" que tenemos en el CRPS de los Cármenes. Muchos de vosotros ya sabéis de esta experiencia pero aprovechando el momento publicitario y el mini tirón mediático os recuerdo la posibilidad de escucharnos y dar una mayor difusión a este programa, que para nosotros resulta tan útil y gratificante, nos gustaría os unierais de algún modo a esta aventura y os invito a visitar el blog que hemos elaborado para su mayor difusión: <http://www.abretecaminoblogspot.com>

Marta Rosillo - Directora CRPS Los Cármenes

Estimados amigos/as:

Una vez más nos ponemos en contacto con vosotros/as para recordaros que Ábrete Camino se sigue emitiendo en Onda Merlín Comunitaria, 107.3 en el ámbito de Villaverde y a través de internet en www.omcradio.org todos los lunes de 10:30 a 11:30

En estos últimos meses hemos tenido la suerte de que algunos medios de comunicación (diario Metro, Cadena COPE y la televisión local Onda 6) se hicieran eco del programa, con lo que supone de refuerzo para todos/as los/as usuarios/as que realizan el programa y la importancia en cuanto a la lucha contra el estigma. En estos momentos estamos a la espera de que venga este lunes a visitarnos VER-T, un canal de la TDT, así como el programa "Por la mañana" de TVE. Como os hemos comentado en otras ocasiones nos gustaría contar con vosotros/as y haceros partícipes del programa. En este sentido cualquier iniciativa es válida. Algunas que se nos ocurren son:

- Si no lo podéis escuchar en directo podéis bajaros resúmenes de cada programa desde nuestro blog, www.abretecaminoblogspot.com . Aquí podéis además ver los artículos en prensa/radio/TV que han reflejado nuestro programa. Estos resúmenes de programas os pueden servir para grupos de actualidad que tengáis en vuestros centros, etc.
- Podéis venir un lunes a ver el programa a la radio en directo. E incluso si queréis os podemos entrevistar y nos contáis vuestras inquietudes, opiniones, habilidades, experiencias. Si os interesa poneos en contacto con nosotros.
- Y por supuesto, que los usuarios de vuestros centros pudieran escuchar el programa, opinar a través del mail y decirnos cualquier cosa (abretecaminoblogspot@yahoo.es)

² Información sobre los nuevos recursos que se van añadiendo a la red de Salud Mental del Área 11 (tanto del propio IMSALUD como los concertados). Criterios de derivación y forma de contactar con estos nuevos recursos o programas.

Como podéis ver el programa está teniendo cada vez más difusión en los medios de comunicación, **pero nuestro principal interés es que el programa llegue a otras personas con enfermedad mental, se escuche, os pueda servir como motor para distintas iniciativas o incluso para que anime a vuestros usuarios a hacer radio.** Por eso creemos que es importante que deis a conocer el programa cada uno en vuestros recursos.

Agradecemos vuestra atención y animaros a participar en este ilusionante proyecto.

Grupo Ábrete Camino. CRPS Los Cármenes

2. OTROS RECURSOS ³

- **Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC).** Dependiente del IMSERSO: centro monográfico de rehabilitación integral (creado en 2002 por la orden TAS/55/2002 – 8 Enero). Funciones: rehabilitación socio-sanitaria y mejora de la calidad de vida de estos graves discapacitados y sus familias cuidadoras. Especialización de equipos multidisciplinares. Coordinación de recursos socio-sanitarios y otras. Beneficiarios: personas afectadas de Daño Cerebral sobrevenido, con secuelas graves o severas, como consecuencia de una lesión reciente y con una edad mínima de 16 años y máxima de 45, con posibilidades real de mejorar su autonomía personal a través de un programa de rehabilitación socio-sanitaria. Familias de los afectados, para facilitar su integración en el hogar y en el entorno social. Servicios personalizados de rehabilitación multidisciplinar integral, de residencia, entrenamiento ABVD, readaptación al entorno familiar y comunitario. Servicio de información y documentación. Servicio de consultoría y asistencia técnica. Todos estos servicios se ofrecen con una duración determinada, en función del tratamiento programado. Para ello existen 90 camas para usuarios procedentes de las distintas comunidades autónomas y 30 plazas de estancia diurna para los residentes en Madrid capital. Solicitud de ingreso: la solicitud puede recogerse en cualquier hospital (público o privado), en los Centros de Valoración y Orientación, en el propio CEADAC o en los Servicios Centrales del IMSERSO. Directorio: CEADAC C/Río Bullaque, s/n. 28034 Madrid ☎ 91 588 61 86 - 89 Fax: 91 736 46 70 Correo-e: ceadac.imserso@mtas.es

3. BAZAR - PETICIONES DEL OYENTE ⁴

³ Información sobre otros recursos de utilidad para nuestro trabajo (sociales, sanitarios no psi, educativos, OO.NN.GG., municipales...)

⁴ 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...

4. RESIDENTES ⁵

- **Programa de Formación Psicoterapéutica MIR y PIR (Curso 2007 -08)** Salón de Actos Pabellón Materno-Infantil, 10 h.
 - Seminario de Psicoterapia Sistémica:
 - 7 Mayo: *Aproximación sistémica a los aspectos transculturales.* Javier Camarasa (Psiquiatra SSM Arganzuela)
 - 21 Mayo: *Familias multiproblemáticas.* Juan de Haro (Profesor del Máster de Terapia de Familia. Universidad Complutense)
 - 4 Junio: *Terapia de familia en trastornos psicósomáticos.* Antonio Muñoz (Psiquiatra. Jefe del SSM Usera)
- **Javier Ballester González**, residente de Psiquiatría de nuestro Hospital que ha completado recientemente una rotación en la McMaster University (Hamilton, Ontario. Canadá) (*ver Boletín SSM Area 11- nº 5*) ha sido galardonado con el Premio al mejor Trabajo de Investigación (Sección Residente) en el 20th Research Day organizado por el Departamento de Psiquiatría y Neurociencias Conductuales de dicha universidad con el trabajo: **"Nucleus Accumbens modulation of compulsive checking pathogenesis in an animal model of OCD"**
¡Enhorabuena!

(Póster solicitable a javierballester2000@yahoo.es)

- ¡Hola a todos!

Este correo es para invitaros a nuestra cena de despedida, el viernes **30 de Mayo 2008 a las 21:30 en el restaurante 'El Olvido'** (no es broma).

Nos encantaría que pudieseis venir todos. Un abrazo

Eduarne (PIR), Miriam, Pablo, Javi y Alex (MIRes)

5. RECOMENDACIONES DE COLEGAS ⁶

⁵ Información de publicaciones de nuestros residentes. Solicitud de colaboración para estudios o publicaciones o docencia, etc...

⁶ 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...*

6. INVESTIGAMOS, PUBLICAMOS ⁷

- **Libro:** “**VULNERABILIDAD GENETICO-AMBIENTAL**” Palomo T, Beninger RJ, Jiménez-Arriero MA y Huertas E (editores). Colección *Avances Neurocientíficos y Realidad Clínica*, volumen VII. Fundación Cerebro y Mente. Editorial CYM. Madrid, 2004. Índice de capítulos:
 1. Vulnerabilidad genético - ambiental en Psiquiatría. Introducción (Vallejo Ruiloba J)
 2. Hacia un entendimiento genético ambiental de la salud mental (Fañanás L)
 3. La patología cerebral, reflejo de la influencia del neurodesarrollo sobre el sistema inmunitario (Ekman R et al)
 4. Neurovulnerabilidad a las lateraciones del sistema inmunitario durante el desarrollo: implicaciones en la etiopatogenia de la esquizofrenia (Borrell J et al)
 5. El factor neurotrófico derivado del cerebro controla la expresión del receptor dopaminérgico D₃: implicaciones en los trastornos psiquiátricos del neurodesarrollo (Sokoloff P et al)
 6. Un modelo de esquizofrenia basado en el neurodesarrollo: desconexión neonatal del hipocampo (Lipska BK y Weinberger DR)
 7. Vulnerabilidad y esquizofrenia (Sanjuán J y Nájera C)
 8. Vulnerabilidad en los trastornos de personalidad: familia, genética y ambiente (Rubio V)
 9. Vulnerabilidad y trastornos de ansiedad (Villarroya O y Bulbena A)
 10. Bases genéticas de las conductas adictivas y otros trastornos del comportamiento (Hoenicka J)
 11. Vulnerabilidad individual a las drogas de abuso y a los trastornos afectivos: función de las influencias ambientales tempranas (Koehl M et al)
 12. Neuroadaptaciones a la exposición crónica a las drogas de abuso: importancia para la sintomatología depresiva observada en distintas categorías diagnósticas psiquiátricas (Markou A y Kenny PJ)
 13. Patrones sociales de consumo de alcohol y vulnerabilidad genética al alcoholismo (Ponce G et al)
- **Artículo:** Muñoz de Morales A “**De la clínica de la relación a la rehabilitación**” Boletín AMSM (Primavera 2008) 16-17 (*presentación de Antonio Muñoz en las últimas Jornadas de Rehabilitación Psicosocial AMRP:* http://www.sie.es/amsm/pdf/AMSM_primavera_2008.pdf)

⁷ 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.” !!** (Así se puede solicitar la publicación al colega autor)

- Artículo: Rodríguez-Jiménez R et al "Neuropsicología y adicciones: influencia del antecedente de TDAH en alcoholismo y juego patológico" Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha (2007) 3: 95-102
- Artículo: Mingote JC et al: "El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento" Medicina y Seguridad en el Trabajo (2007) LIII, 208: 29-52
- Artículo: Ballester J et al: "Síndrome de Tako-Tsubo: cardiomiopatía del Estrés" Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace (2007) 83: 48-51
- Artículo: Pérez R, Agüera L y Agudo M: "Asociación de antidepresivos en ancianos" Revista Psicotropías
- Capítulo de libro: Angora R: "La acción humanitaria española. Balance de situación y perspectiva de futuro" En: "La Universalidad cuestionada". Debates humanitarios en el mundo actual. Edit. Icaria (1ª ed.) 2007 (*capítulo solicitable en pdf a Ricardo Angora (MIR Psiq, colaborador en Médicos del Mundo): rangora.hulp@salud.madrid.org)*)

7. CONVOCATORIAS ⁸

- Reunión científica Avances Neurocientíficos y Realidad Clínica: **Relevancia clínica de los mecanismos neurales dopaminérgicos** (*organizada por la Fundación "Cerebro y Mente"*) Hotel Eurobuilding. Madrid, 19 Junio 2008

Programa Científico

- | | |
|---------|---|
| 10.30 h | Bienvenida. Presentación e Introducción (<i>Tomás Palomo – Serv. Psiquiatría Hosp. Univ. 12 de Octubre, Madrid</i>) |
| 10.45 h | Bases neurobiológicas y moleculares del sistema dopaminérgico (<i>Francisco Artigas – Dpto. Neuroquímica y Neurofarmacología.CSIC. IDIBAPS, Barcelona)</i> |
| 11.30 h | Papel de la dopamina en la regulación de las conductas de alimentación (<i>Luis Fernando Alguacil.- Dpto. Farmacología, Tecnología y Desarrollo Farmacéutico. Univ. San Pablo CEU, Madrid</i>) |

⁸ Reuniones de las Comisiones de Area, grupos de trabajo, 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...

12.15 h	Descanso
12.30 h	Biorritmos y función dopaminérgica (<i>Cecilio Alamo – Unidad de Neuropsicofarmacología. Fac. de Medicina. Univ. de Alcalá, Madrid</i>)
13.15 h	La disfunción sexual en relación con el tratamiento antidepresivo (<i>Manuel Bousoño – Dpto. Psiquiatría. Fac. de Medicina. Univ. de Oviedo</i>)
14.00 h	Comida
15.00 h	Anhedonia y dopamina (<i>José Manuel Olivares – Serv. Psiquiatría. Hosp.. Nicolás Peña, Complejo Hosp.. Universitario de Vigo</i>)
15.45 h	Desregulación dopaminérgica: implicaciones clínicas y terapéuticas (<i>César Avila – Dpto. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Univ Jaume I, Castellón</i>)
16.30 h	Substratos dopaminérgicos en las conductas adictivas: aspectos terapéuticos (<i>Dolores Franco – Dpto. Psiquiatría. Fac. de Medicina. Univ. de Sevilla</i>)
17.15 h	Conferencia magistral: Del neurotransmisor al paciente
18.15 h	Mesa redonda

- **Curso Aproximaciones contemporáneas a la Histeria** (*Coordina: Javier Ramos – CSM Arganzuela*). Próximas sesiones (12 a 14.30 h.): Salón de Actos Edificio Materno-Infantil Hospital Universitario 12 de Octubre

- 14 Mayo: *La histeria camaleónica y la seducción de los nuevos diagnósticos: Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica* (Javier Ramos)
- 28 Mayo: *De la latencia a la histeria. Una aproximación desde el trabajo con niños y adolescentes* (Mariela Michelena)
- 11 junio: *Las múltiples motivaciones y estructuras del Self en el comportamiento histérico* (Emilce Dio Bleichmar)
- 18 junio: *Malestar e histeria* (José Jaime Melendo)
- 25 Junio: suspendida

Desde el pasado mes de Enero se viene celebrando (como ya se anunció en este Boletín) en el Hospital Doce de Octubre el curso “**APROXIMACIONES CONTEMPORANEAS A LA HISTERIA**”. Con la idea de ir recogiendo impresiones e informaciones útiles para posibles reflexiones posteriores algunos profesionales de Arganzuela nos propusimos ir escribiendo algunos breves comentarios sobre cada una de las clases. Las trasladamos al Boletín del Area para compartirlas con el resto de compañeros. Si alguno de los asistentes al Seminario tiene interés en escribir alguna reseña de alguna clase o añadir cualquier comentario no tiene más que ponerse en contacto con nosotros. Un saludo.

“APROXIMACIONES CONTEMPORANEAS A LA HISTERIA”

“LA HISTERIA CON MAYÚSCULAS”

Dr. Pedro Cubero, 5 Marzo 2008

El Dr. Cubero nos deleitó con una magnífica clase donde expuso su sentido del humor, sus observaciones y reflexiones personales de muchos años de experiencia clínica, su mirada directa y analítica libre de pre-juicios teóricos y la frescura de quien se enfrenta a los pacientes con la capacidad de sorpresa de un antropólogo en su primera expedición.

La primera parte de la exposición fue un recorrido histórico de los avatares de las clasificaciones y términos diagnósticos de la histeria en los últimos años. La fragmentación y dispersión de los contenidos y la aniquilación del formato (incluido el nombre) desde el DSM III, y ciertos movimientos actuales hacia la reunificación. “La Histeria es una pero no trina” mantiene el ponente, en desacuerdo con la tripartición actual en trastornos conversivos, trastornos disociativos y trastorno de personalidad histriónica. A resaltar la tetrada sintomática propuesta como más frecuente en la histeria: cefaleas, asco- nauseas, parestesias-picores y conflictos en la esfera sexual.

En la segunda parte desarrolló una idea sugerente, personal y (como él resaltó) elucubradora sobre los posibles mecanismos psicológicos subyacentes a varios de los síntomas frecuentes en la histeria: partiendo de la disociación (parte de la conciencia disociada del resto) como mecanismo básico, ciertos estímulos externos e internos son vivenciados “a la baja” (-) o en exceso (+); así en la esfera motora pueden darse paresias o pérdidas de fuerza, o movimientos excesivos: temblores, ataxias...; en la esfera sensorial: cegueras, sorderas... o sus contrarios: pseudo- alucinaciones, incluyendo el dolor psicógeno y sus variantes; la vivencia de cansancio puede estar negada, como en los frecuentes episodios maniformes con búsqueda incesante de nuevas emociones y relaciones, o exacerbada como en las astenias y fatigas habituales; la memoria puede ser negada como en las amnesias disociativas, o recreadas en exceso con falsos recuerdos y fantasías; incluso las vivencias depresivas pudieran ser entendidas como autopercepciones exageradas de la tristeza sin el correlato vegetativo- somático de las depresiones melancólicas...

La última parte nos dejó algunos de los más memorables momentos de la jornada; el ponente fue exponiendo con claridad y sencillez viñetas clínicas de pacientes histéricas y su posible ordenamiento bajo el “sentido común” y la experiencia. Muchos de los oyentes confirmábamos con la cabeza al tiempo que pensábamos: eso es lo que aparece en nuestras consultas. Brillante la clasificación según la conducta general en : añiñadas, adolescentes-seductoras y enfermas-ancianas, con el apunte de que el papel ausente en la expresión es el de adulta. También los grados de afectación: normofuncionante “hace sus cosas”, disfuncionante: “no hace sus cosas” y dependiente en sus variedades *minor* y *maior*. Las diferentes presentaciones de los problemas con la sexualidad con el común denominador de la incapacidad para el matrimonio. La queja como pilar básico, pensando el autor en el término posible: “quejumbrosis”. El asco al sexo, a las ratas o serpientes, a olores... y como punto final una metáfora de la posible cura tan divertida como sugerente e incisiva.

Clase amena y sugestiva que invita a reflexionar; por ejemplo:

- es cierto que la presentación sintomática de la histeria es heterogénea y cambiante... pero ¿tanto como para que el esfuerzo descriptivo hecho por el Dr. Cubero sea, como es, una “rara avis”?

- La clasificación del grado de funcionamiento puede usarse en cualquier patología ¿Qué la hace tan sugestiva en la histeria? Creo que el hecho de que si un paciente esquizofrénico o con T.O.C. no hace “sus cosas” rápidamente entendemos que su enfermedad se lo impide, que “pesa” más que su voluntad e iniciativa; es más, en muchos casos pronto “sus cosas”

pasan a ser las propias de la enfermedad: paseos, CRPS, ausencia de exigencias sociales o laborales... Sin embargo en la Histeria presuponemos que la capacidad de voluntad, que el “sujeto” sano está potencialmente indemne, que si no hace “sus cosas” no es porque no puede sino porque no quiere, o mejor, porque se ha liado, conflictuado, con su “querer”, con su objetivo vital, mal-utilizando o dejando morir por abandono recursos psicológicos que, en teoría, posee.

- Cuando otras patologías pasan a hacer “sus cosas” de enfermo, la pena y comprensión suele llevarnos a aceptarlas, la cultura está abierta a aceptar esas “desviaciones” de los pobres enfermos; pero la Histeria logra sacar a la cultura, a la sociedad, de sus casillas, como si sus “desviaciones” fueran afrentas personales, “números” hechos para fastidiar. Algo hay en la Histeria, y en sus cambios con los tiempos y las culturas, que parece “representar” justamente lo más políticamente incorrecto, lo socialmente inaceptable... Si la Ciencia nos permite conocer la anatomía y los patrones neurológicos... llega la histeria y nos j... frustra; si el matrimonio ha logrado el ordenamiento de la sexualidad (sobre todo para los machos) llega la Histeria y nos frustra (aquí no nos j...); si la cultura del trabajo ha dignificado el papel de la mujer moderna, llega la fibromiálgica y se va al tai-chí... y nos j... No sé si en vez de frustrarnos y sentirnos impotentes deberíamos “unirnos a ellas” y hacer la Revolución Histórica.

- Sí, pero ¿por qué? El Dr. Cubero (en conversaciones de café) suele decir que en toda aldea del mundo y en todos los tiempos siempre hay una mujer que no “hace sus cosas”, se pelea con la familia política, tiene al marido subyugado y amargado... lo que haría pensar el un sustrato universal, ciertas personas nacen así en todo lugar, como hay esquizofrenia en todas partes... Sin embargo yo no tengo tan claro esto. Creo que la cultura, el papel que asigna a la feminidad, a la sexualidad, a la relación de los hijos con los padres, a las pautas culturales de crianza y de manejo del apego... influyen mucho en la presentación de la Histeria. Creo que la Histeria se hace más que se es... pero tampoco tengo datos transculturales y antropológicos al respecto... ¿Sugerencias o bibliografía?

Ignacio Mearin

**“VENTAJA CON EL SÍNTOMA Y POSIBILIDAD DE TRASCENDER LA CURA TIPO:
EL HOMBRE DE LOS LOBOS”
Dr. Guillermo Rendueles, 2 Abril 2008**

Fue la conferencia del Dr. Rendueles un refrescante chapuzón de conocimientos diversos, reflexiones personales surgidas de (por lo que se adivinaba) pilares de lecturas y años de experiencia, referencias bibliográficas de las de “algún día me tengo que leer este libro” y rompeolas de diferentes saberes donde nuestra entronizada “ciencia psiquiátrica” aparecía empuñada y relativizada, lo que no le viene mal.

Habló de filosofía, de moral, de momentos históricos apasionantes, de los entresijos biográficos de pensadores de renombre que permiten entenderlos mejor, de psicoanálisis, de sociología... y fue enlazando toda esta información diversa hacia una reflexión crítica, y bastante desesperanzada, de cómo manejar el aluvión de quejas que acuden a nuestras consultas y que desbordan nuestra capacidad, no sólo de manejo, sino incluso de comprensión. Intentar hacer una crítica del contenido de la conferencia sería pretencioso por mi parte; ni mi capacidad intelectual ni mis conocimientos básicos sobre los temas que abordó me permiten aproximarme al nivel necesario. Quizá esa sensación de “altura excesiva” pudo llegar a parte del

auditorio, pero creo que fue un gustazo dejarse llevar por el torrente de información aún sabiendo que sólo se era capaz de “beber” una pequeña parte.

El comienzo de la conferencia giró alrededor de la premisa: la psicología ha sustituido a la ética. Para defender esta aseveración nos acercó el ponente a la Heidelberg donde debatían Max Weber, Karl Jaspers y otros pensadores y a la recepción de las ideas psicoanalíticas que iban llegando desde Viena.

Posteriormente deslindó tres ideas básicas de Freud como puntos de partida para la reflexión sobre los cambios sociales y morales de la post-modernidad:

1. “Mis enfermas me engañan” de la carta de Freud a Fliess. La mentira como premisa aceptada con la que hay que contar. Ya no hay verdades absolutas en las que apoyarse. El “Si Dios ha muerto, todo vale” de Dovstoieski resume la filosofía de la sospecha de Marx, Freud y Nietzsche. La postmodernidad asume el relativismo donde las diferentes comprensiones o narraciones equivalen a las verdades subjetivas, máximos de certeza alcanzables.
2. La psicología y las relaciones humanas como economía. El principio del placer (individual, instintivo, “naturalizado”) permite que el objetivo final sea sacar ventaja. La ventaja del síntoma se comprende y acepta acriticamente; lo que la ciencia (psicología) comprende y asume queda al margen de la sanción de la moral. Las teorías morales inglesas, el evolucionismo y el capitalismo serían paradigmas que de algún modo apoyarían esta visión “económica” de la conducta humana.
3. La teoría del duelo como: “el muerto al hoyo y el vivo al bollo” explicado en términos de “inversiones y desinversiones “de nuestro “capital” libidinal. La vida como permanente secuencia de momentos presentes y efímeros que debemos saber administrar con ventaja. Presente e individuo como pilares de la post-modernidad.

Los casos de Freud fueron traídos como ejemplos posibles de salidas al malestar. Ana O. (mala enferma, resistente a la cura y denostada por algunos psicoanalistas) terminó liderando un movimiento feminista y comunitario. Sergei, el “hombre de los lobos” se ganó la vida gracias a permanecer siendo un buen enfermo varias veces psicoanalizado.

Los diferentes tipos de beneficio del síntoma y su relación con el “gorrón” llevó al ponente a exponer la actual polémica filosófica sobre la posibilidad real del autoengaño. Para terminar nos acercó a algunos estudios de la Etología donde se cuantifica el límite máximo de “gorrones” que una comunidad de macacos es capaz de soportar (entendido como individuos que se dejan despiojar pero se “escaquean” de despiojar ellos a otros macacos, con la ventajas de tiempo para la alimentación o la procreación que ello supone). En algunas poblaciones de Suecia, al parecer, el porcentaje de “gorrones”(humanos, no macacos, se entiende) alcanza ya el 60%, cifra cercana al límite admisible para la supervivencia de la comunidad.

Y de la Histeria :¿Qué?... pues no mucho, pero qué más da si uno tiene la posibilidad de deleitarse con conferencias de este nivel.

Algunos libros que se nombraron:

- “Némesis médica” de Ivan Ilich
- “Egolatría” de Guillermo Rendueles
- “Ética del capitalismo” de Max Weber
- “La jaula de cristal” de ¿?

Ignacio Mearin

- A propósito de la charla de Guillermo Rendueles en el Seminario sobre la Histeria

¿Miserias sociales o malestares íntimos? ⁹

Guillermo Rendueles, *psiquiatra y escritor*

[Sobre la psiquiatría actual] La escucha del paciente postmoderno nada tiene que ver con el discurso de los locos de antaño, plagado de culpas religiosas, de delirios complicados o de rituales obsesivos que exigían para cada caso una pericia cercana a la hermenéutica filosófica. A la consulta psiquiátrica llegan hoy multitud de pacientes que la utilizan a modo de muro de las lamentaciones en donde descargan malestares cotidianos que traducen una miseria sentimental y un sufrimiento generalizado, imposibles de solucionar desde los espacios *psi*. Son seudodepresiones y angustias reactivas a un malvivir urbano, a unas situaciones que los pacientes no pueden ni quieren cambiar. *Estrés* es el nombre que traduce al diagnóstico *psi* trabajos agotadores, turnicidad, endeudamiento con el piso, malquereres domésticos, agobios que no causan la depresión sino que la constituyen.

Los pacientes no piden interpretaciones de sus trastornos, ni estrategias para el cambio, sino palabras o píldoras que consuelen o hagan tolerables estas situaciones, dada su falta de coraje para intentar transformar sus condiciones de vida. Lo masificado de las consultas psiquiátricas, por las que llega a pasar el 30% de la población del área sanitaria, explicita la ruina psicológica de la multitud postmoderna, que traduce allí al intimismo lo inane y vacío de su cotidianidad, las miserias para las que no encuentra otras vías de cambio que la individuación psicológica.

[Sobre las teorías psiquiátricas] La llamada literatura psiquiátrica, a partir de los años setenta, es un horror. López Ibor, al lado de los que escriben ahora desde la DSM III, era un erudito de lenguaje psiquiátrico refinado. Había leído a Jaspers, distinguía la tristeza vital de la psicológica, clasificaba los sufrimientos humanos en procesos-desarrollos según su inteligibilidad biográfica, o diferenciaba las alucinaciones de las pseudoalucinaciones, mientras que los catedráticos norteamericanos son empleados a sueldo de empresas farmacológicas y servidores del poder que intentan reducir cualquier delirio a síntomas tratables con nuevos psicofármacos. Lo sorprendente es que ese discurso simplificador, elementalista, reduccionista, ha triunfado ya en el gremio *psi*. En el último congreso de la Asociación Española de Psiquiatría participé en una ponencia sobre los enfermos mentales y la cárcel, y percibí claramente mi extraterritorialidad respecto al gremio: donde yo hablaba del par presos-carceleros ellos hablaban de internos-funcionarios, y todo el discurso antaño crítico contra el encierro, se convertía en neutras mediaciones de la mala comunicación entre los actores del conflicto.

[Sobre los psicofármacos] La psiquiatrización del 30% de la población, y el deseo de mejorar las edades del hombre con psicofármacos, constituyen un mercado ideal para la industria que ve en

⁹ Fragmentos seleccionados de la entrevista realizada por Fernando Álvarez-Uría y Julia Varela en la revista "[Archipiélago](#)", nº 76. [Fuente original completa](#) (© con permiso de la Editorial y el autor).

Guillermo Rendueles Olmedo es psiquiatra y profesor de Psicopatología en el Centro Asociado de la UNED en Asturias. Ha publicado, entre otros libros, *El manuscrito encontrado en Ciempozuelos* (1989), *Las esquizofrenias* (1990), *La locura compartida* (1993) y *Egolatría* (2005).

cada niño hiperquinético, o en cada viejo amnésico, a un cliente potencial de unas medicinas como las neanfetaminas o los antialzheimerianos que cuestan precios astronómicos y tienen dudosos efectos. Por otro lado la ansiedad generalizada hace que los ansiolíticos sean las píldoras más vendidas en cualquier farmacia urbana española.

El manejo de estas necesidades reales y artificiales por el *lobby* farmacéutico ha cambiado drásticamente. Antes los laboratorios subvencionaban investigaciones y publicaciones en las revistas psiquiátricas, o privilegiaban líneas teóricas en las cátedras. Ahora pagan la edición y regalan todas las revistas psiquiátricas, y recurren a premios Nóbel de farmacología para redactar su propaganda. No hay ningún psiquiatra cuyo sueldo le permita acudir a un congreso importante sin la invitación de un laboratorio. En España la industria farmacéutica va a encargarse de financiar la formación de los médicos residentes, tras lograr un acuerdo con la Administración en virtud del cual ésta no baja el precio de los medicamentos. Aceptar esa contrapartida supone algo así como poner a la zorra a vigilar el gallinero.

Para hacerse una idea del tipo de negocio que está detrás de los psicofármacos, basta saber que el tratamiento con *haloperidol* cuesta menos de mil pesetas al mes, mientras que el tratamiento con *risperdal*, que ha barrido del mercado al *haloperidol* sin que existan pruebas científicas de que presenta una actividad antipsicótica mayor, cuesta veintiocho mil pesetas al mes y no es el tratamiento más caro. Si se multiplica esa cantidad por el número de “esquizofrénicos” que siguen ese tratamiento de forma continuada, a veces desde los 18 años hasta que se mueren, estamos ante una de las primeras fuentes de negocios a escala mundial.

Los laboratorios manejan además las falsas necesidades de los consumidores, como sucede en el resto del mercado, y sacan fármacos con indicaciones orientadas a esas pseudoenfermedades.

Por ejemplo, el *prozac* va a ser substituido por un psicofármaco indicado para la depresión con dolores físicos, debido a la epidemia de fibromialgia. El nuevo fármaco, dos veces más caro que el *prozac*, está recomendando por los laboratorios con esas indicaciones, pese a que su perfil farmacológico lo acerca a un antidepresivo clásico. De hecho son los gerentes económicos de los grandes grupos farmacológicos quienes diseñan esas indicaciones, y la bioquímica maquilla los usos clínicos de un fármaco polivalente del que la propaganda privilegia la indicación que puede ser más vendida. Al *risperdal*, si la enfermedad en alza fuese el *spleen*, seguro que le encontrarían pronto un efecto *antispleen*.

La realidad en psiquiatría es que no hay ningún descubrimiento farmacológico importante en los últimos 20 años. Los nuevos fármacos, si los comparamos con los antiguos, no producen una mejora de la depresión o la esquizofrenia. No son comparables, por ejemplo, con cualquier antivirásico que permite a un enfermo llevar una buena vida padeciendo SIDA. Los psicofármacos postmodernos – tanto los antidepresivos como los antipsicóticos - se limitan a mejorar un poco los efectos secundarios, y a fomentar esa mejora como un valor de cambio propagandístico que va dirigido a veces directamente a los usuarios. En ese sentido el psicofármaco es una mercancía ideal: mientras un antidiabético debe demostrar que mejora, lo que se traduce en un dato objetivo cuantificable en el análisis de sangre del paciente, los neurolépticos solo muestran su eficacia porque los médicos rellenan unos cuestionarios en los que el paciente dice algo tan subjetivo como que se encuentra algo mejor. La lógica de la industria de los psicofármacos no se contenta con manipular estas falsas necesidades, sino que progresa hacia una *hybris* tan extrema que habla ya del “país *prozac*” para designar a aquel grupo de personas que quieren vivir sus vidas mejoradas por tomar *prozac* como si se tratase de una prótesis o de un cosmético.

Frente a esta mercantilización, el precio de las materias primas del psicofármaco es ínfimo y su tecnología sencilla como demuestran claramente los genéricos. Y si no fuese por los chantajes de desabastecer el mercado si se violan los derechos de patentes los gastos sanitarios disminuirían en

progresión geométrica. De hecho, cuando yo estaba en la mili, la armada fabricaba antibióticos y antiinflamatorios. Una monja y un farmacéutico en un hospital gaditano, hacían aspirinas, y les imprimían un ancla para que se viese que eran de fabricación propia. De hecho mejoraban a la Bayer pues las aspirinas estaban hechas a mano.

[Sobre las familias del enfermo mental] La búsqueda del amo y el miedo a la libertad son temas clásicos del análisis de la familia autoritaria, como pusieron de relieve los frankfurtianos. A mi juicio estos temas se actualizan en las asociaciones de enfermos mentales que empiezan a tener influencia y a ser tentadas por el dinero de la industria farmacéutica. Algunas asociaciones de familiares de enfermos exigen cada vez más una función de tutela autoritaria de los enfermos psicóticos. Exigen unidades de psiquiatría cerradas, tratamientos neurolépticos obligatorios por ley, y aspiran a transformarse en una especie de cuidadores delegados. Consideran al psiquiatra como una especie de director de conducta que tiene la obligación de proporcionarles las recetas para tratar a su hijo o a su marido en la vida cotidiana. Esta petición de control privilegia un neoconductismo interpersonal, y convierte la casa en una especie de institución total presidida por la disciplina y la tutela familiar respaldada por el psiquiatra. *¡Si no obedeces llamo al psiquiatra y te aumenta la medicación o te ingresa!* Así se podría formular una amenaza corriente en nuestros días contra los enfermos mentales. Yo a veces tengo problemas cuando me piden esa guía conductista que transforma la vida familiar en un espacio técnico dirigido por estrategias aprendidas. Se ha pasado de la familia esquizofrenógena, de la que hablaba la antipsiquiatría, a calificar de patológica a la familia sobreimplicada en los cuidados del paciente.

[Sobre la psiquiatrización de los problemas cotidianos] La función de guía emocional de los *psi*, de gerentes de lo íntimo, se visualiza mejor en el tratamiento de los síndromes psiquiátricos menores. Pacientes que solicitan dirección vital para decidir sobre amores y rupturas, prácticas de cuidados familiares, de control de vicios que antes se transmitían de generación en generación, ahora se pierden y exigen pericia técnica: cómo criar a los niños, cómo cuidar a los viejos, cómo negociar cada crisis de pareja, cómo ser padres, cómo jubilarse sin traumas... De todo lo que concierne a la vida surgen peticiones al psiquiatra de ayuda y guía vital.

[Sobre los hospitales] En los hospitales, con la reciente dictadura de los gerentes, ya los jefes de servicio no discuten los criterios de distribución y mejora del trabajo. El saber gerencial determina objetivos burocráticos - disminuir listas de espera para la primera consulta aunque la segunda se retrase cinco meses -, y reparte incentivos económicos personalizados si se cumplen los planes sanitarios que desarticulan cualquier resto del espíritu de equipo en favor de la cuantificación productiva (curar 15 locos al día) y cumplir los rituales burocráticos de rellenar hojas estadísticas.

En algunos hospitales los principales enemigos de una reforma psiquiátrica que exigía flexibilidad, y que todo el mundo cambiase sus roles, fueron los sindicalistas que insistían en la peligrosidad de los pacientes para cobrar un plus de peligrosidad, y nunca dejaron de vestir bata sanitaria. Manuel Desviat, que dirigió la reforma psiquiátrica en Madrid, cuenta que cada vez que le vienen con los estatutos de los trabajadores en la mano se sube por las paredes porque, los celadores, por ejemplo, tienen tan reglamentado su trabajo que si se cumple al pie de la letra la reglamentación se impide el trabajo real, pues el convenio dice que no pueden levantar más de veinte kilos de peso, con lo cual el enfermo que necesita ayuda y pesa 60 queda indefenso. O no

pueden llevar una historia clínica al piso de arriba porque según el convenio su labor no obliga a salir de la planta.

[Sobre la duración de los tratamientos] En mi consulta de salud mental hay cientos de pacientes que llevan más de 20 años en tratamiento. Para ellos la figura del psiquiatra es la única relación estable. Cuando todo lo sólido - trabajo, familia, iglesia- se disuelve, allí está el psiquiatra que siempre proporciona bálsamos para el agobio. La mera posibilidad de dar de alta al paciente genera una nueva crisis. El terapeuta que no quiera ser por siempre ese lenitivo de lo real debe mediar para que esas personas encuentren grupos naturales y relaciones no profesionales que les proporcionen esos vínculos serenos que antes poblaban lo social, y facilitaban el adiós al psiquiatra.
(...)

Guillermo Rendueles, psiquiatra y escritor

© Editorial Archipiélago

Fernando Alvarez-Uría y Julia Varela

Archipiélago n° 76, 2007

Lola Yela - CSM Usera

8. SESIONES CLINICAS 2008 ¹⁰

• MAYO

- Día 7: *"Trastorno hipocondríaco"* (Marina Rodríguez)
- Día 14: *"ORYGEN Youth Health. Estructura e intervención en primeros episodios"* (Alexandra Bagney)
- Día 21: *"Trastornos de ansiedad grave en ancianos: papel de la psicomotricidad"* (Luis Agüera)
- Día 28: *"Trastornos mentales severos"* (Montserrat Caballero)

• JUNIO

- Día 4: *"Coordinación interinstitucional en menores"* (M^a Victoria Martín)
- Día 11:
- Día 18: *"Trastornos de la alimentación y violencia de género"* (Sara Solera)
- Día 25:

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)

CARTA A MI ENFERMEDAD

Atroz lucha contra manías y obsesiones,
si estoy enfermo que me aten a una cama mil años,
maldita psicosis que no me deja hacer nada
pero no me impide hacer cosas, batalla y fuego,
todo el poder de mi cerebro te lo llevas
como el joven que sale de sábado con sus mejores
galas para no renunciar a nada, yermo solitario,
qué crees que hablan de ti pero si no eres nadie
para que se fijen en ti, no eres nada,
qué crees que produces risas, ya quisieras,
y voy en busca de un relámpago que me parta en dos
a ver si mi lado sano se libera de la inmundicia
de la enfermedad que gusanea en mi interior
como dentro de una manzana, maldito día
en que arroje miseria a mi alma y la destroe
para siempre creyéndome encima que era divertido,
qué horizonte me persigue para aplicarme la rectitud
de sus enseñanzas, qué luna quiere impartirme
el fenómeno de salir por la noche y no de juerga,
qué viento me desea enseñar ser libre pero nunca
esclavo de su albedrío, el hombre que quiero ser
sólo quiere tener amigos para debatir de temas
que uno sólo no puede hacer porque pensaría
que está hablando con alguien en quien no quiere creer,
y el universo se hace pequeño cuando meditas
que las cosas no son como creías si no como
has llegado a la conclusión de lo que son y como son,
ay enfermedad, sube mi ánimo, si no lo haré yo,
atrapado entre colinas de oro me tienes absorto,
lánguido y penetrante me haces recoger estrellas
como el que coge hormigas del suelo, eso cuando
no te da por decapitar a los cuatro jinetes de pánico sucio,
sordo haciendo caminos bajo las lluvias fugitivas,
elaborando momentos preparados para destrozarse
las campanas de cristal al ser tocadas,
engullendo al sol en el crepúsculo cual galleta,
conmigo estarás toda la vida y he aprendido a luchar,
así que no tendrás tregua y sólo te quedará el camino
de ser mi compañero durante toda la vida,
el satélite que gira alrededor de su planeta tranquilo,
aunque tengas dos adjetivos crueles como son grave y crónica,
no puedo dejar perder mi vida por esta hemorroide

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...

que me ha tocado, no puedo dejar de oler las rosas
y de mirarme en el espejo por ti psicosis,
puede que algunos me tachen de loco, pero sinceramente
mi vida es mía, y sea lo que sea, por encima
de todo, quiero vivir siendo un poco más alegre
cada día antes del silbato definitivo.

Juan C. Almarza

10. INFORMACION PRACTICA ¹²

- Nueva página web Hospital: <http://h12o.es> (aunque la han modificado y aún está un poco verde... y en construcción. Periódicamente podremos colgar información sobre nuestra actividad. Están los protocolos docentes MIR Psiquiatría y PIR Psicología Clínica de nuestro servicio)
- Portal de Seguridad de Medicamentos y Productos Sanitarios <https://seguridadmedicamento.salud.madrid.org> o desde la intranet de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Cdad. de Madrid
- 1º Concurso de Fotografía: **"¿Cómo percibes la enfermedad mental?"**
Covocado por la Fundación AstraZeneca en colaboración con EFTI Escuela de Fotografía y AMAFE (Asociación madrileña de amigos y familiares de enfermos con esquizofrenia), enmarcado dentro de la *III Campaña de concienciación social sobre enfermedad mental*

Próximamente os enviaremos un cuestionario para facilitar la participación en el BOLETIN e intercambiar información sobre nuestra actividad asistencial, docente e investigadora¹³

¹² Para los nuevos profesionales que se incorporan a nuestros Servicios o para el respetable en general (*p.e. carrera profesional, etc...*). Preguntad... y tal vez alguien responderá

- ¹³ **Metodología de elaboración BOLETIN (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, y Jesús Fernández (jfernandezrozcas.scsm@salud.madrid.org), del CSM de Carabanchel, se encargarán 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)