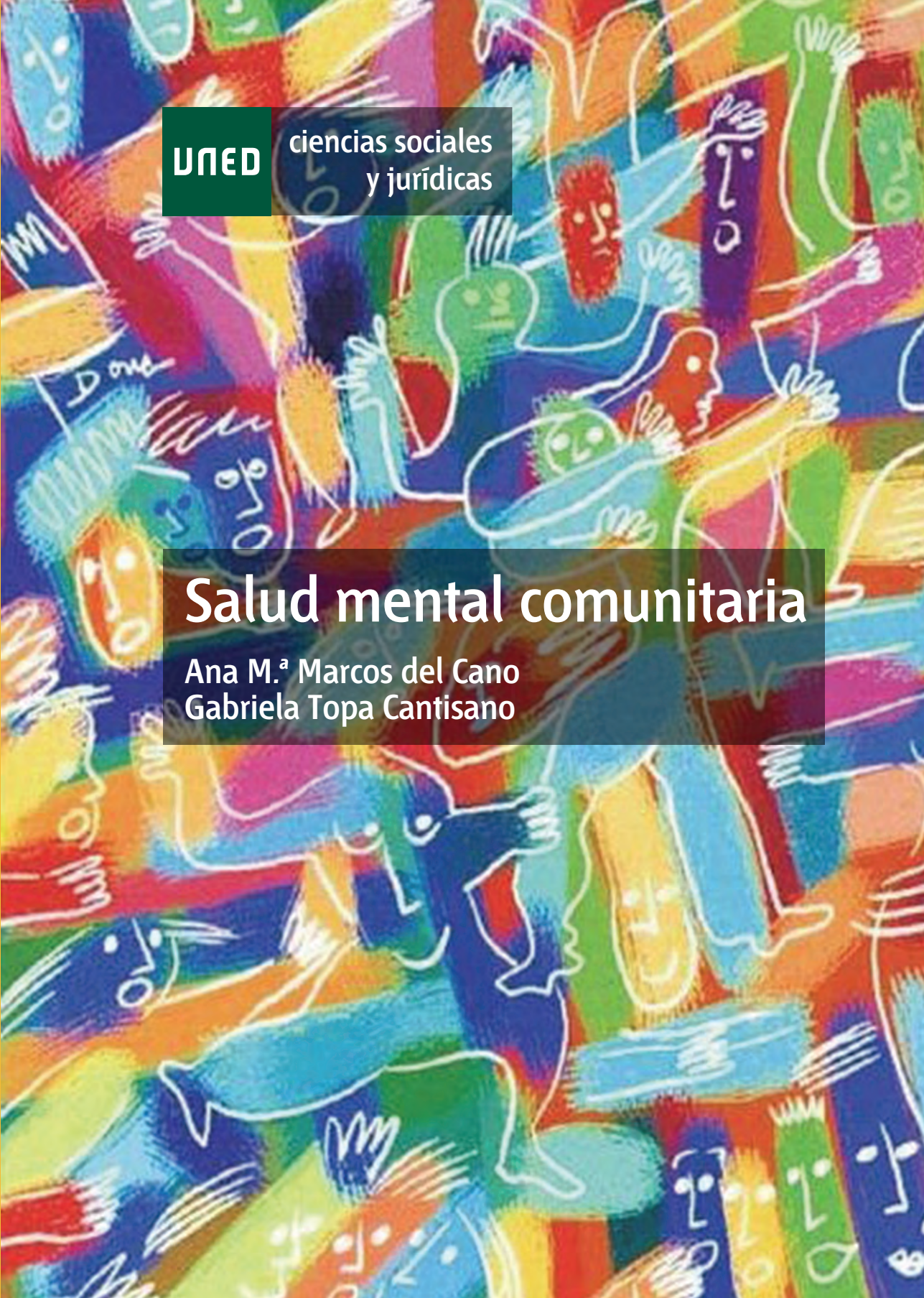
UNED ciencias sociales y jurídicas



Salud mental comunitaria

Ana M.ª Marcos del Cano
Gabriela Topa Cantisano

Salud mental comunitaria

Coordinadores:
ANA M.ª MARCOS Y GABRIELA TOPA





UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

SALUD MENTAL COMUNITARIA

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamos públicos.

© *Universidad Nacional de Educación a Distancia*
Madrid 2012

www.uned.es/publicaciones

© *Ana M.ª Marcos y Gabriela Topa*

Todas nuestras publicaciones han sido sometidas

a un sistema de evaluación antes de ser editadas.

Ilustración de cubierta: Mad Rusli, Diana Oug, 1996

ISBN electrónico: 978-84-362-6335-0

Edición digital: febrero de 2012

ÍNDICE

Prólogo

BLOQUE 1.º
APROXIMACIÓN TEÓRICA A LA SALUD MENTAL

I. La salud mental comunitaria
II. Concepto de salud y enfermedad mental. Principales signos y síntomas de enfermedad mental (introducción a la psicopatología)
III. Clasificación actual de los trastornos mentales. Modelo de vulnerabilidad. Curso evolutivo: pródromos, episodios agudos, síntomas residuales. Intervención temprana y prevención de recaídas. Cronicidad
IV. La construcción narrativa de la experiencia
V. Evolución del psiquismo desde el punto de vista del psicoanálisis (especial referencia a Bion)
VI. Desarrollo de la afectividad desde el punto de vista psicoanalítico.
VII. Aproximación psicoanalítica a la psicosis

BLOQUE 2.º
MODELOS DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL

VIII. Acompañamiento socio-educativo. Apertura y definición: tensiones en el seno de su profesionalización
IX. La rehabilitación neuropsicológica
X. Psicofarmacología
XI. Modelos de rehabilitación
XII. Grupo y rehabilitación
XIII. Psicoeducación y entrenamiento en habilidades sociales

XIV. La motivación para el cambio: entrevista motivacional en salud mental comunitaria

BLOQUE 3.º
ASPECTOS ÉTICOS, SOCIALES Y JURÍDICOS DE LA SALUD MENTAL

XV. La alternativa existencial ética. Cuatro categorías clave
XVI. Salud mental y bioética
XVII. Salud mental. Las necesidades en la red social
XVIII. Familia y sociedad ante la salud mental
XIX. Psiquiatría y derecho: la enfermedad mental ante la Ley
XX. El constructivismo desde la metodología de la ciencia

PRÓLOGO

Uno de los problemas más acuciantes que presenta nuestra sociedad actualmente es el aumento en todas las franjas de edad de la población de trastornos psíquicos, con el consiguiente riesgo de exclusión social y de pérdida de potencialidad de todo el grupo social en el presente y en el futuro. En este momento en el que padecemos una profunda crisis económica, crisis también de paradigmas y de falta de nuevas referencias urge pensar sobre aquellas cuestiones que emergen y que hacen tambalear lo que fundamenta la convivencia grupal, cual es la persona, el sujeto desde el cual se crea todo el tejido y entramado social.

Uno de los retos que se plantean en el libro que el lector tiene entre sus manos es precisamente el abordar la realidad de la salud mental desde la aproximación a los dinamismos psíquicos, con sus problemas subyacentes y abrir líneas de intervenciones psicoeducativas y de planteamientos éticos, jurídicos y sociopolíticos que orienten hacia una integración real de las personas que sufren este tipo de trastornos, de los que no estamos exentos nadie.

Con este fin, se han aunado en este texto los estudios de expertos profesionales, inmersos en la práctica diaria clínica y socioeducativa de la salud mental, y académicos, con el fin de establecer la vinculación entre praxis y pensamiento, acción y reflexión.

La idea originaria de este estudio nace del convenio establecido entre el Instituto Foral de Bienestar Social de Álava, la Fundación Beti Gizartean (Siempre en la Sociedad) y la UNED para impartir los cursos de Experto de Desarrollo Profesional sobre Salud Mental Comunitaria (I y II) con el fin de impulsar una formación a los trabajadores como sujetos de intervención en este ámbito, capaces de aproximarse a la situación psíquica y existencial de las personas. El estado de padecimiento hondo que entraña el trastorno mental, tanto a nivel personal como del entorno relacional, nos lleva a adentrarnos en la pregunta acerca de qué es lo humano, cuáles son sus límites y a qué fragilidades puede llegar la condición humana.

La pregunta de la que surge este análisis es cómo integrar el límite en todos los ámbitos (personal, familiar, social, jurídico-político) como algo no a excluir

sino a afrontar. Esto implica la creación de pensamiento, de un nuevo imaginario social donde el límite sea concebido no como una frontera excluyente, marginal, sino como una posibilidad de crecimiento en todos los órdenes.

La base y el fundamento este proyecto es la consideración de la persona como una singularidad única e irrepetible y dueña de su propio destino y capaz de labrar su propio camino, en las condiciones en las que le ha tocado existir. Creemos que el despliegue de cada uno surge desde la incondicionalidad de los que le rodean. Y desde ahí se afirma lo social en la libertad de estar siempre comenzando desde cada realidad personal y situación. Y desde aquí será real el ejercicio del derecho fundamental que es la autonomía de los individuos para incidir en la configuración de una sociedad más humana y justa.

Esta conciencia implica a todos, a las organizaciones privadas y, sobre todo, a las instancias públicas. En este caso, se ha trabajado muy codo a codo en todas las instituciones implicadas en este proyecto y desde estas líneas queremos agradecer especialmente al Instituto Foral de Bienestar Social de Álava su apoyo en todos los órdenes, a la Fundación Beti Gizartean que trabaja diariamente con estas realidades, a la UNED que desde su proximidad y por medio de su tecnología ha hecho posible la formación de tres generaciones de profesionales. Es un ejemplo de la colaboración fructífera para afrontar los tremendos retos que vienen en el ámbito social, político y educativo.

Queremos agradecer especialmente a todos aquellos y aquellas que han hecho posible que este libro vea la luz, a los que han intervenido en el curso con su saber y su experiencia, a los que «detrás del escenario» ponían todo de su parte para que esto fuera posible, y, sobre todo, a los estudiantes que desde sus inquietudes personales y profesionales han estimulado la elaboración de este trabajo.

Por último señalar que la labor realizada en estos años, en una fuerte dinámica de conjunción entre acción y reflexión, en diálogo permanente entre las tres instituciones, ve ahora como fruto este libro que tiene el objetivo de potenciar una integración social encaminada hacia la plena incorporación socio-cultural de estas personas y que esperamos que sea una oportunidad de generar fondo de pensamiento, en diálogo e interacción con diferentes andaduras y experiencias en dicha área.

Ana María Marcos del Cano
Gabriela Topa Cantisano

En Madrid, a 25 de julio de 2011

BLOQUE 1.º
APROXIMACIÓN TEÓRICA A LA SALUD MENTAL

I. La salud mental comunitaria
II. Concepto de salud y enfermedad mental. Principales signos y síntomas de enfermedad mental (introducción a la psicopatología)
III. Clasificación actual de los trastornos mentales. Modelo de vulnerabilidad. Curso evolutivo: pródromos, episodios agudos, síntomas residuales. Intervención temprana y prevención de recaídas. Cronicidad
IV. La construcción narrativa de la experiencia
V. Evolución del psiquismo desde el punto de vista del psicoanálisis (especial referencia a Bion)
VI. Desarrollo de la afectividad desde el punto de vista psicoanalítico
VII. Aproximación psicoanalítica a la psicosis

I
LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

Manuel Desviat

1. INTRODUCCIÓN

Hay una dificultad inicial en la ambigüedad del término cuando tratamos de delimitar qué es y no es psiquiatría comunitaria. Por comunitario pueden entenderse muy diferentes actividades[1]. Si nos referimos a la psiquiatría comunitaria, en sentido estricto, surge en el contexto de la política desinstitucionalizadora de EE. UU. en los pasados años sesenta y se extiende por todo el mundo llegando a designar el modelo clínico asistencial de la reforma psiquiátrica, de los diferentes procesos que constituyen lo que hoy llamamos Reforma Psiquiátrica (desde la psiquiatría del sector francesa a la reestructuración psiquiátrica en América Latina) (9). Pero su generalización puede definir cualquier actividad profesional con tal que se realice fuera de los hospitales psiquiátricos o de las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, cuando no se utiliza para programas destinados a grupos marginales o a experiencias piloto sobre poblaciones en riesgo: pobres, excluidos, sujetos frágiles. Si embargo, hay un dónde y hay un cómo para que podamos hablar de psiquiatría comunitaria. Hernán San Martín y Vicente Pastor, en un libro publicado en 1988, período de gran actualidad de la atención comunitaria en España (la Ley General de Sanidad promulgada en 1986 promueve el modelo comunitario de atención en psiquiatría), precisan con claridad qué podemos entender por medicina comunitaria:

> Se puede hablar de «salud comunitaria» cuando los miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación de intereses comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades, y participan activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas, a través de los programas locales de salud. En realidad, lo que llamamos «salud comunitaria» es el programa de salud pública local, planificado en base a los problemas y necesidades de cada comunidad, ejecutado con la participación de la comunidad. Se trata

[1] Se habla de comunidad cuando hay un destino común, cuando un grupo de personas participa en un bien o en una necesidad. Ya sea la comunidad de los amantes, una comunidad científica o un asentamiento humano.

> de una estrategia para aplicar localmente los programas de salud pública, y no de una especialidad nueva de la salud pública, y menos de la medicina(19).

En esta cita quedan definidas las condiciones sociales, organizativas y técnicas que configuran la salud comunitaria y, por tanto, la salud mental comunitaria. En primer lugar, está la presencia de la comunidad, el protagonismo de la ciudadanía, de la población organizada, sobre su salud, sobre las políticas que afectan a la vida de las personas que la constituyen. Algo que parece obvio en cualquier actividad que se quiera llamar comunitaria. Y que sin embargo puede faltar: con frecuencia hay «ausencia de la comunidad», en las prácticas que se consideran comunitarias, pues para que exista «comunidad» es preciso que el entramado poblacional pueda participar, tenga acceso a las decisiones y capacidad para involucrarse. La actividad comunitaria exige el trabajo en un territorio determinado y la capacitación de la población de este territorio para hacer frente a *sus* problemas de salud; o dicho de otra manera, para que la colectividad pueda ejercer el poder sobre sí misma y su propio entorno.

El encuentro con la comunidad plantea la necesidad de desarrollar nuevas tareas, desde el diagnóstico comunitario a la prevención y a la rehabilitación. La medicina comunitaria va más allá de la morbilidad conocida: esa parte visible y pequeña de la morbilidad y la vulnerabilidad. La responsabilidad de la sanidad pública ya no es sólo la reparación del daño, la «curación», sino hacerse cargo del cuidado sanitario de la población. De la demanda que acude y de la que no accede. Importan los casos que prevalecen, no sólo los que se «curan». El sujeto de la intervención sanitaria se traslada del sujeto enfermo a toda la población. Lo que va suponer tres desplazamientos: 1) Del sujeto enfermo a la comunidad; 2) Del hospital a la comunidad: 3) Del psiquiatra al equipo. O en palabras de Jacques Hochmann la difusión de tres poderes: del beneficio terapéutico, del espacio terapéutico y del poder terapéutico (14). Se hacen necesarios instrumentos, como la epidemiología o el diagnóstico comunitario y nuevas nociones como población en riesgo, grupos vulnerables, intervenciones en crisis. En la ordenación de los servicios se pasa del Servicio de Psiquiatría a los Servicios de Salud Mental, que es algo más que un cambio de nombre, pues como bien dice Benedetto Saraceno, significa una nueva formulación de las políticas asistenciales y el paso del abordaje biomédico al abordaje biomedicosocial, con una mayor pluralidad y horizontalidad de los equipos (20). Y significa también el reconocimiento de la importancia de la comunidad no sólo como usuaria, sino como generadora de recursos que deben aliarse con los específicamente técnicos, así como el reconocimiento

de la importancia de las actividades intersectoriales entre los diferentes proveedores de servicios: sociales, sanitarios, comunitarios. La psiquiatría comunitaria representa, por tanto, algo más que un cambio de técnicas; implica nuevas actitudes en el quehacer cotidiano de las profesiones sanitarias y, por supuesto, una planificación y ordenación de los sistemas públicos que la posibiliten. Implica un modelo de salud pública que trascienda la mera asistencia clínica, centrada en el enfermo como asiento individual de patología, para proyectarse en la comunidad tratando de producir cambios positivos en sus instituciones: colegios, empresas, asociaciones ciudadanas, y en la comunidad misma, a fin de modificar los factores que predisponen a la enfermedad y posibilitar más bienestar o al menos la información necesaria para una vida más saludable. Conlleva una discriminación positiva que prioriza los grupos de riesgo y la atención al paciente grave y al paciente psicótico crónico, sin abandonar por ello el resto de trastornos, desde la atención a esos síntomas mínimos persistentes, patologías del existir, a los trastornos de la personalidad. Se pretende la prevención y promoción de la salud integrada con la prevención secundaria y la rehabilitación.

Principios de la psiquiatría comunitaria

- Preocupación no sólo por «la curación». El acto terapéutico como acción integradora (prevención, tratamiento, rehabilitación)
- Integración de los cuidados en la atención sanitaria, social y comunitaria
- Calidad de vida del enfermo y de las personas de su entorno (marco ético)
- Integración del saber popular (medicina tradicional, grupos de autoayuda…)
- Utilizar primero los recursos más normalizados
- Surge el desarrollo de conceptos como empoderamiento (*empowerment*), resiliencia y recuperación (*recovery*)
- La comunidad se organiza para la defensa de los derechos de los pacientes mentales (*Advocacy*)

Por otra parte, la práctica comunitaria demuestra que la mera existencia de técnicas eficaces de intervención no garantizaban por sí mismas los beneficios esperados de un programa de salud. Las técnicas utilizadas por un programa sanitario pueden haber demostrado su utilidad en un lugar, en un contexto, en unas

personas y hasta en un momento de la enfermedad de estas personas y no en otras. Los pacientes cambian, los programas no, decía hace ya tiempo Leona Bachrach (2). En la desinstitucionalización y creación de redes en la comunidad, se descubrieron muy pronto los riesgos que suponen la falta de adecuación de las políticas de salud, de la planificación, programación o proyectos terapéuticos a las necesidades reales de la población.Hace falta una adecuación que suponga la puesta en común de los distintos actores del hecho sanitario: el planificador, el clínico, el usuario, y la comunidad donde se desarrolla el programa.

En resumen, la salud mental comunitaria, modelo asistencial de la reforma psiquiátrica, es una nueva estrategia y un nuevo modelo organizativo, asistencial y teórico. Un nuevo modelo que integra una clínica donde se rompen las dicotomías individual/social, biológico/psicológico, con un paradigma científico centrado en el cuidado y la ciudadanía. Una clínica ampliada, según la expresión de Jairo Goldberg, donde se articula un eje clínico con un eje político (12).

2. LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Planteábamos un cómo (la salud comunitaria), un dónde (la comunidad), un cuándo (un momento de mayor sensibilidad social) y una estrategia (la desinstitucionalización y creación de recursos alternativos) para la reforma. Y planteábamos un por qué: razones éticas y razones técnicas que urgían la reforma de la asistencia psiquiátrica. Por una parte, la sociedad había tomado conciencia de la penosa situación, generalmente indigna, de los enfermos mentales internados, y de la carencia de los derechos fundamentales de la mayoría de los etiquetados como trastornos mentales graves; por otra, se ha hecho evidente que el asilo de alienados u hospital psiquiátrico, no sólo no es eficaz técnicamente sino que, como es común a otras instituciones totales, añade cronicidad y deterioro a los ya inherentes a buena parte de las patologías psiquiátricas. El momento es propicio. Tras el horror bélico se asienta la esperanza de un mañana mejor, de gobiernos más sociales que procuren asegurar universalmente servicios esenciales. En este sentido, en 1952, la recién creada Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) proclama su definición de la salud, una declaración de intenciones que vincula la salud al bienestar físico, psíquico y social, y no sólo a la ausencia de enfermedad. La protección de la salud va a formar parte de las mejoras de las condiciones de vida del nuevo proyecto de sociedad que supone el Estado del bienestar. Surge el Servicio Nacional de Salud británico, financiado a través de los impuestos generales, con el que el Estado busca garantizar la

asistencia sanitaria a todos los ciudadanos. Protección sanitaria que forma parte de las medidas con las que se pretende afrontar lo que entonces se define como los cinco gigantes que amenazaban a la humanidad: indigencia, enfermedad, ignorancia, miseria y desempleo. El Gobierno francés aprueba en 1945 las recomendaciones del Consejo de la Resistencia que suponen un aseguramiento social y sanitario universal. Esta cobertura universal va a extenderse por Europa y Canadá a través de sistemas de salud que convergen en la universalidad del aseguramiento, al tiempo que surge una nueva salud pública (1). Nuevo enfoque que incorpora actividades preventivas y de promoción de la salud y una nueva epidemiología, aplicada a las enfermedades no infecciosas. Del concepto de enfermedad y su tratamiento se pasa a una noción más amplia que incluye tanto la condición deseada para el bienestar de los individuos como las acciones necesarias para conseguirla. Éste es el marco sanitario en el que se van a desarrollar los procesos de transformación psiquiátrica, cuyo modelo asistencial es la salud mental comunitaria.

Objetivos de los procesos de reforma:

1) la transformación o el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de redes de asistencia en la comunidad;
2) la integración de la atención psiquiátrica en la sanidad general;
3) la modificación de la legislación de los países a fin de mejorar los derechos civiles de los pacientes mentales;
4) la lucha contra el estigma promoviendo actitudes más positivas en el imaginario social de las poblaciones hacia la enfermedad mental.

Las particularidades de los diferentes procesos de reforma van a estar condicionadas por las propias de los sistemas sanitarios donde se enmarcan, su grado de cobertura y tipo de financiación, junto con el papel dado al hospital psiquiátrico. Pues no será lo mismo su desarrollo en el marco de una política *garantista*, en un Estado que asegura una cobertura pública universal (Estado de bienestar, como en Europa y Canadá), que en un Estado *minimalista* que abandona la sanidad al mercado (Estado neoliberal como en EE. UU.). La otra característica, el papel dado al hospital psiquiátrico, va diferenciar las reformas que aún considerando la atención comunitaria el eje de la asistencia, mantienen a éste (países francófonos, o dentro del estado español Cataluña y el Euzkadi) de aquellas que consideran necesario su cierre y completa

sustitución por alternativas comunitarias (Reino Unido, EE. UU., Italia, España, Brasil).

Otras características que distinguen a las distintas experiencias transformadoras son sus diferentes aportaciones a la cultura de la reforma, la forma en la que dentro de los principios y objetivos comunes que hemos señalado van a conseguir desarrollar el modelo comunitario. En una primera fase, en la que se pecó de cierto optimismo, tanto en la posibilidad de reformar terapéuticamente el hospital psiquiátrico, como en el efecto «normalizante» y «sanador» de la comunidad, situaremos la comunidad terapéutica inglesa y la psicoterapia institucional francesa. En una segunda fase, caracterizada por el desarrollo de la rehabilitación psiquiátrica y la psiquiatría comunitaria, se sitúan los movimientos desinstitucionalizadores —psiquiatría comunitaria en EE. UU. y Reino Unido, psiquiatría democrática en Italia, la Psiquiatría en el Área de Salud en España— y por último, describiremos una fase tardía, que puede estar representada por la reestructuración psiquiátrica en América Latina y el Caribe, iniciada tras la declaración de Caracas en 1990.

Los dos procesos inaugurales, la psicoterapia institucional, en Francia, y la comunidad terapéutica inglesa, se inician en plena guerra mundial, en instituciones con una tremenda penuria de personal y medios en general. Es en 1943, cuando Bion y Rickman, apremiados por la escasez de personal, organizan a los enfermos del hospital de Northfield, soldados con trastornos mentales, en grupos de discusión, haciéndoles participar en el gobierno del centro. La guerra forzó al gobierno del Reino Unido a hacerse cargo de todos los recursos sanitarios, integrándolos y regionalizándolos en un Plan de Emergencia destinado a garantizar la cobertura a los soldados y a la población civil. Y es en la Francia ocupada cuando Francisco Tosquelles, un psiquiatra español exiliado tras la guerra civil española, quien organiza el hospital psiquiátrico de Saint Alban en torno a la psicoterapia institucional. El funcionamiento de la comunidad terapéutica se basa en principios muy cercanos a la psicoterapia institucional, aunque los franceses privilegian un acercamiento más psicoanalítico. Son comunes en ambos enfoques la democratización de las opiniones, la permisividad, la comunidad de intenciones y finalidades, la confrontación con la realidad. «Si aplicamos a un hospital de psiquiatría el término de "comunidad terapéutica", quiere decir que la responsabilidad del tratamiento no queda confinada al personal médico sino que también concierne a los otros miembros de la comunidad, es decir, a los pacientes», escribe en 1958 el psiquiatra Maxvell Jones (15), el más representativo de esta forma de intervención institucional. En cuanto a la psicoterapia institucional, trata de organizar el hospital psiquiátrico como un campo de rela-

ciones significantes, de utilizar en un sentido terapéutico los sistemas de intercambio existentes en el interior de la institución, es decir, de la verbalización de lo que sucede. La hipótesis de partida es que en la institución total (hospital, prisión), todo el mundo está enfermo. No son los muros del hospital los que hacen de él un manicomio. Es la gente —cuidadores y enfermos— que en él vive. Por tanto, la terapia debe abarcar a todo el hospital, personal y enfermos; es la institución en su conjunto la que debe ser tratada. La institución se vuelve toda entera un «analizador». Se busca una «escucha analítica colectiva». Hay una serie de principios comunes: libertad de circulación, análisis en términos de dinámica individual e interpersonal de todo lo que sucede en la institución; reuniones diarias de pacientes y personal, psicoterapias de grupo; actividades colectivas: bailes, fiestas, excursiones...; presencia de toda la comunidad en las decisiones administrativas del servicio (9).

La psicoterapia institucional pretende encontrar forma terapéuticas de institucionalización, renovando el hospital psiquiátrico y creando «instituciones» intermedias, extrahospitalarias, en un territorio sectorizado. El hospital se divide al tiempo que el territorio y un mismo equipo atiende tanto las camas hospitalarias como los recursos extrahospitalarios «de su sector», garantizando la continuidad de cuidados. Desde comienzos de los años 50 se desarrollan experiencias basadas en el sector, entre otras la muy conocida del distrito XIII de París, pero no es hasta 1960 cuando el gobierno lo consagra como política oficial, dividiendo el país en sectores de aproximadamente 70.000 mil habitantes.

Psicoterapia institucional y política del sector

- Tratamiento lo más precoz posible.
- La hospitalización no es más que un momento del tratamiento.
- Asegurar la postcura, evitando las recidivas.
- Se delimitan áreas de 50 a 100.000 habitantes para cada sector que deberán contar con camas en el hospital, dispensarios de higiene mental, hospital de día y talleres protegidos.
- La continuidad de atención está asegurada por un mismo equipo médico-social bajo la responsabilidad de un médico-jefe convertido en jefe del sector.
- La atención infanto-juvenil se escinde, creando servicios propios, los intersectores infanto-juveniles que corresponden a tres sectores psiquiátricos de adultos (200.000 habitantes).

Entre los ejemplos más recientes de la evolución de este modelo de atención, extendido por los países francófonos, está el sector del extrarradio Este de Lille, uno de los cinco emplazamientos mundiales piloto de la «red internacional de buenas prácticas comunitarias en salud mental» apoyada por la OMS, donde se desarrolla una experiencia que denominan psiquiatría ciudadana por su gran implicación en el tejido social de la ciudad. Las consultas se pasan en diversos lugares cívicos: una casa municipal —el Hogar Antonin Artaud, donde se acogen también urgencias de 8:30 h a 19 h—, un centro médico social, un centro comunal de acción social; en los locales de una piscina…

La psicoterapia institucional y la comunidad terapéutica aportan instrumentos técnicos imprescindibles para el manejo de las instituciones, siendo, hasta ahora, habitual en unidades psiquiátricas, hospitales de día, unidades de hospitalización breve, residencias terapéuticas, pero, pronto señalan sus insuficiencias en la Institución total, en el hospital psiquiátrico, como procedimiento de tratar el trastorno grave y persistente a medio y largo plazo. Barton describe en 1959 la neurosis institucional como una enfermedad caracterizada por apatía, falta de iniciativa, desinterés (3); Goffman (11) deja muy claro en su libro *Internados* (1961) el efecto nocivo de las «Instituciones totales», y concretamente de la institución psiquiátrica; Wing y Brown describen, en 1970, el institucionalismo; al tiempo que se difunde la crítica basagliana y los movimientos de desinstitucionalización. De hecho ya en 1959, en el Reino Unido, la Mental Health Act promulga que los enfermos mentales deben ser tratados igual que el resto de los pacientes. Para lo cual el Ministerio de Salud británico fomentó la creación de unidades psiquiátricas en los hospitales generales, y hospitales de día. Hay que tener en cuanta la importancia de la medida en un país donde, a mediados de los años cincuenta, el cincuenta por ciento de las camas —150.000— eran psiquiátricas.

3. EL PASO A LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

En el Reino Unido se van a cumplir dos de los principios básicos del modelo comunitario, una planificación estratégica zonificada, común a la sanidad general y a la atención social, y la colaboración con servicios sociales en el proceso de desinstitucionalización. El Consejo Central de Servicios de Salud se plantea en 1968 la necesidad de asegurar alojamientos protegidos para enfermos mentales, como apoyo a los servicios psiquiátricos de base en cada distrito. Se comprende que la posibilidad de cerrar un hospital depende a la vez de la existencia de una

gama de servicios de salud y de otros servicios comunitarios, en el plano local. Se pretende la potenciación de los servicios comunitarios, contemplando la transferencia de fondos de los hospitales a estos servicios. Se establece la informatización de los servicios y la potenciación de los programas de soporte de crónicos en la comunidad. La salud mental es considerada de una importancia central en el conjunto de servicios de salud de la nación.

Otro de los procesos pioneros en la desinstitucionalización se da en EE. UU. En 1963 se aprueba la *Community Mental Health Centers Act* que propone la creación a escala nacional de «servicios para la prevención o diagnóstico de la enfermedad mental, para la asistencia y el tratamiento de los enfermos mentales y la rehabilitación de esas personas». En EE. UU. las críticas al hospital psiquiátrico habían comenzado en los años 1940 y 1950, procedentes de buena parte de la opinión pública, corporaciones gubernamentales y miembros de la Asociación Americana de Psiquiatría. Había un claro consenso en reducir el número de camas de los hospitales psiquiátricos —en 1955 existían 600.000 camas— y en buscar alternativas comunitarias. Los principios que guían el trabajo de los Centros de Salud Mental Comunitaria son la accesibilidad (ubicación conveniente y, si es preciso, descentralización de los servicios); información adecuada a la población de referencia sobre la existencia y características de los diferentes programas; gratuidad; disponibilidad; énfasis en la prevención de la enfermedad; búsqueda de las necesidades reales de toda la población y no sólo de los que ya acuden a tratamiento; enfoque ecléctico y utilización de todo tratamiento útil; responsabilización de la Administración frente a la del individuo enfermo y su familia. Las nociones de prevención, riesgo y población en riesgo, constituyen, junto con la teoría de la crisis, los elementos conceptuales de la psiquiatría preventiva o comunitaria. Caplan desarrolla un modelo conceptual para la psiquiatría comunitaria, extrayendo categorías epidemiológicas y de salud pública. La expresión «psiquiatría preventiva» escribe Gerard Caplan, en *Principles of preventive psychiatry*, publicado en Nueva York en 1966 (5). La reducción de camas fue tajante: en poco más de una década más de 500.000, pero, y de ahí vienen buena parte de las críticas a la desinstitucionalización, la salida de los pacientes de los hospitales no fue acompañada de un cuidado eficiente. Las insuficiencias del sistema sanitario y de los servicios sociales norteamericanos, y las dificultades y errores del propio proceso reformador, originaron pronto problemas de abandono, y carencias importantes en la atención a los pacientes crónicos externados. La ausencia de un sistema público de salud, favorece la fragmentación y especialización de servicios, obligando a continuas y

complejas transacciones entre empresas privadas y organismos públicos. A lo que entonces se unió la falta de planificación y de una formación adecuada de unos profesionales entrenados para hacer frente a los pacientes agudos y a las crisis pero no a la cronicidad.

Será en Italia donde la desinstitucionalización va adquirir una mayor radicalidad y apoyo político, liderada por el movimiento Psiquiatría Democrática consigue en los años setenta el cierre por ley de los hospitales psiquiátricos (Ley 180 de 1978). Se cierra así un proceso que se inicia con la humanización y transformación del hospital psiquiátrico, para salir al exterior, a la sociedad misma donde funcionan los mecanismos originarios de marginación del enfermo mental, esa doble marginación de la que habla Basaglia (4).

Ley 180

- No se podrán realizar ingresos nuevos en hospitales psiquiátricos a partir de mayo de 1978; y no podrá haber ingresos de ningún tipo a partir de diciembre de 1981. Se prohíbe la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos.
- Los servicios psiquiátricos comunitarios, los servicios territoriales, deberán establecerse para áreas geográficas determinadas, y trabajar en estrecho contacto con las unidades de pacientes ingresados a fin de garantizar una atención continuada.
- Todos los ingresos, tanto voluntarios como forzosos se realizarán en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, que no tendrán nunca más de 15 camas.

El cierre de los hospitales psiquiátricos se entiende como un proceso gradual (mediante acciones de desinstitucionalización y la no realización de nuevos ingresos). Los nuevos servicios se diseñan como alternativos y no como complementarios o adicionales a los hospitales. Es la psiquiatría hospitalaria la que ha de ser complementaria al cuidado comunitario y no al contrario. Ha de haber una integración total entre los diferentes servicios en las áreas geográficas que sirven de marco al tratamiento psiquiátrico. El mismo equipo habrá de suministrar servicios domiciliarios, ambulatorios e ingresos. Este modelo de cuidado facilita la continuidad de la atención y un apoyo a largo plazo. Ha de haber un interés espe-

cial de apoyar la labor de equipos interdisciplinares, visitas domiciliarias e intervenciones en momentos de crisis. Una de las aportaciones más importantes, inspirada en la gran tradición de cooperativas laborales que existe en el norte de Italia, son las Empresas sociales para dar empleo, y como procedimiento de rehabilitación, que se crean en el proceso de desinstitucionalización. Empresa social que debe permitir la construcción de un campo de solidaridad, de promoción de la productividad para quien estaba excluido. Es preciso, según Rotelli, crear campos de intercambio entre las partes más empobrecidas y aquellas más ricas de la sociedad (sea cultural, social o económicamente), construyendo un nuevo pacto social, una nueva ética en cuyo espacio sea posible reciclar todo lo que sería desechado en la lógica de un orden excluyente. Se trata de modificar sustancialmente la lógica asistencialista, la falta de autonomía, la dependencia de las prestaciones sociales habituales.

> Esta es la acción de subversión institucional que algunos médicos, psicólogos, sociólogos, enfermeros y enfermos han propuesto y provocado en un hospital psiquiátrico —escribe Basaglia en 1968, prologando *L'Instituzione negata* (4)—, al poner en tela de juicio, en el plano práctico, la condición misma de internamiento. La institución psiquiátrica, la institución total, en el sentido que le da Goffmann en *Internados*, es una institución de la violencia que tiene por finalidad la invasión sistemática del espacio personal del enfermo, un enorme receptáculo lleno de cuerpos que no pueden vivirse, y que están allí en la espera de que alguien les tome, para hacerles vivir de otra manera, en la esquizofrenia, la psicosis maníaco-depresiva o el histerismo: definitivamente cosificados.

4. LAS DIFICULTADES DE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

Los primeros procesos de reforma psiquiátrica encontraron pronto serias dificultades en el tratamiento de los pacientes crónicos deshospitalizados. Ni la comunidad ni los profesionales ni los servicios estaban preparados para atender este tipo de pacientes. La rehabilitación psiquiátrica surge ante esta carencia, ante la necesidad de un conocimiento y unas herramientas específicas para atender los trastornos mentales graves y persistentes (TMSP). Y se instaura con un consenso teórico simple, tomado de la rehabilitación física: instrumentar técnicas que hagan posible una vida lo más normal, con la mejor calidad posible, a pacientes mentales crónicos cuya enfermedad les haya ocasionado limitaciones o falta de

habilidades para el desempeño de sus actividades sociales (discapacidades) y consecuentemente desventajas (minusvalías) en ese desempeño.

Dificultades de los enfermos mentales crónicos en el marco comunidad (tomado de Ana González Rodríguez [13])

1. No pueden recibir tratamiento de urgencia que requiera ingreso ya que los hospitales generales, por lo general, no disponen de camas psiquiátricas.
2. Reciben escaso o nulo tratamiento en las residencias asistenciales.
3. Van a parar a prisión puesto que no existen emplazamientos más apropiados.
4. Viven en la calle sin recibir ningún servicio o atención.
5. La carga de la atención recae sobre los familiares del enfermo mental.
6. Muchos precisan asistencia para su aseo.
7. Pese a recibir medicación psiquiátrica, muy pocos la siguen tal y como les fue prescrita.
8. La mayoría son incapaces de mantener un hogar, acudir a las citas y conservar un trabajo remunerado.
9. Pocas personas con incapacidad psiquiátrica son capaces de manejar dinero adecuadamente.
10. Muchos esquizofrénicos tienen baja autoestima y sociabilidad, depresión, numerosos hábitos inadaptados y síntomas psicóticos activos.
11. La mayoría son vulnerables al estrés y manifiestan déficits en habilidades de afrontamiento, dependencia extrema, dificultades en las relaciones interpersonales y deficiencias laborales.

Entre los programas de atención a los pacientes TMSP de mayor trascendencia en la atención comunitaria están los de continuidad de cuidados que surgen en EE. UU. ante las carencias y fragmentación de los servicios sanitarios, los programas de gestión de casos, *case management*, que en la psiquiatría francófona y española viene denominándose como *suivi communautaire*, seguimiento comuni-

tario o continuidad de cuidados. Los dos modelos más conocidos y usados son el *Assertive community treatment* (ACT) o el *Intensive Case Management*.

Características del PACT.

1. Equipo multidisciplinar (trabajador social, enfermeros y psiquiatras).
2. Prestación de servicios en el ambiente natural del paciente.
3. Servicios individualizados y completos (psiquiátricos, médicos y sociales).
4. Responsabilidad de los casos compartida por todos los profesionales, más que individualmente.
5. Cobertura permanente: 24 horas al día, siete días a la semana.
6. Prestación directa por el equipo de todos los servicios psiquiátricos y sociales que necesite el paciente (desde la medicación a la búsqueda de alojamiento y de trabajo, con ayuda para conservarlo).
7. Servicios ilimitados en el tiempo.

5. LAS REFORMAS TARDÍAS

Se puede establecer una segunda fase de los procesos de reforma en torno a los años ochenta, considerados la década de la rehabilitación por el gran desarrollo de los programas de rehabilitación psicosocial, que pasan a ser centrales en la atención a los viejos y nuevos crónicos. España y los países latinoamericanos, en especial Brasil y Chile, pueden ser paradigmáticos de este período por cuanto inician su proceso de cambio con el desarrollo de la rehabilitación psicosocial. Ambos procesos surgen en momentos apropiados, en tiempos de reconstrucción democrática y de los servicios públicos tras largas dictaduras. La reforma psiquiátrica, en España, va pareja a la reforma del sistema sanitario. La Ley General de Sanidad, base para la transformación de la atención a la salud en España, en su artículo 20 establece las líneas maestras de la reforma psiquiátrica.

Artículo 20 Ley General de Sanidad.

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.

Uno de los pilares fundamentales de la reforma sanitaria española es la atención primaria de salud, vía de entrada al sistema y responsable en primera estancia también de los problemas de salud mental y respecto a la cual, la salud mental actúa en segunda línea como atención especializada. Algo que facilita la ordenación en áreas sanitarias de todos los servicios, permitiendo la unificación de red de los recursos de salud mental y el trabajo en un territorio delimitado. En el cuadro siguiente se representa una red de servicios y programas en un área de salud, en este caso la 9, de Madrid. La primera columna representa los servicios psiquiátricos habituales en un área o demarcación sanitaria: la atención ambulatoria, la hospitalización de «agudos» en el hospital general, el hospital de día. Las otras tres columnas representan los recursos imprescindibles (sea cual sea la administración que los proporcione) para una atención adecuada a la cronicidad psicótica y a los trastornos graves de personalidad. Los dispositivos que necesitamos si queremos una asistencia sin hospital psiquiátrico, sin manicomios y sin abandonos. Todos los programas están atravesados por un programa de continuidad de cuidados (8).

<table>
<tr><th colspan="5">DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS DE LA RED DE SALUD MENTAL DEL ÁREA 9</th></tr>
<tr><th>DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL</th><th>Programas</th><th></th><th>DISPOSITIVOS SOCIO-COMUNITARIOS</th><th>DISPOSITIVOS DE GESTIÓN CIUDADANA</th></tr>
<tr><td>Centro de Salud Mental (uno por distrito)</td><td rowspan="6">Evaluación, A. ambulatoria A. domiciliaria Apoyo A. Primaria Apoyo Serv sociales Seguimiento Equipo de SM Infantil</td><td>Centro de Día y de Rehabilitación</td><td>Centro de Día de soporte social</td><td rowspan="2">Club Social (asociación de familiares)

(asociación de enfermos mentales)</td></tr>
<tr><td>2 Unidades de Rehabilitación (41 y 21 camas)</td><td>Centro de Rehabilitación laboral</td></tr>
<tr><td>Unidad de H Breve en el Hospital Severo Ochoa de Leganés</td><td colspan="3">Programa de rehabilitación y apoyo comunitario</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Unidad de H Breve en el Hospital de Fuenlabrada</td><td>Piso Escuela</td><td rowspan="2">Equipo de apoyo social comunitario</td><td rowspan="2">Fundación Desarrollo Salud Mental</td></tr>
<tr><td>Talleres de Rehabilitación</td></tr>
<tr><td>Hospital de Día Infancia y Adolescencia</td><td>Interconsulta Hosp General</td><td>Pisos altamente supervisados</td><td>Pisos Protegidos</td><td>Programas de Empleo Protegido</td></tr>
<tr><td>Hospital de Día Adultos</td><td></td><td>Residencia Asistida</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Programa Trastornos de personalidad</td><td></td><td>Centro Agrícola</td><td></td><td>Pisos Normalizados</td></tr>
</table>

Fig. 1. Red de salud mental Área 9 de la Comunidad de Madrid[2]

Respecto a América Latina, los procesos de reforma psiquiátrita se inician en los años noventa del pasado siglo. Se fecha su comienzo en la conferencia celebrada en Caracas en 1990, auspiciada por la Organización Panamericana de Salud. La iniciativa plantea reformas asistenciales y legales para garantizar la asis-

[2] Es necesario reseñar que esta red establecida durante más de dos décadas y que ha servido de guía a varias experiencias, algunas fuera de España (en Brasil, México…), está siendo desmantelada por la nueva política sanitaria (Área única, predominio hospitalario, fragmentación de servicios…) de la Comunidad de Madrid.

tencia y el respeto a los derechos humanos y civiles de los pacientes con trastornos mentales; y, por tanto, la necesidad de superar el hospital psiquiátrico, estableciendo modalidades de atención alternativas en la propia comunidad, en sus redes sociales. Entre los procesos que a partir de la conferencia se inician en distintos países americanos es de especial relevancia la reforma brasileña, con gran participación de pacientes, familiares y el conjunto de la sociedad civil. Salud mental colectiva que une a las conquistas técnicas el empoderamiento ciudadano y unas normativas que desplaza el presupuesto hospitalario a recursos en la comunidad, y que privilegia la *Volta a casa* o *volta a la ciudadanía* (6). En Brasil hay comunidad, hay sociedad civil organizada en torno a la salud mental. Se cumplen las tres condiciones que posibilitan una reforma de la asistencia psiquiátrica: una demanda social, la voluntad política y un equipo de profesionales preparado, que ha forjado un amplio consenso técnico, para llevarla a cabo.

Características de la reforma brasileña.

a. La preocupación por garantizar los derechos de los pacientes en las instituciones psiquiátricas (prohibición de celdas de aislamiento, respeto a la intimidad, correspondencia, visitas...), estableciendo efectivas medidas de penalización económica, y de desacreditación y cierre de los establecimientos, controladas por una Comisión de Evaluación, comisión mixta de profesionales, usuarios y familiares.
b. La preocupación por la técnica, por la clínica, la rehabilitación, la planificación, la evaluación.
c. Se da en el contexto de una ideología social progresista que ve en la alineación social, en la explotación y en las formas adversas de vida el marco de la alineación individual, sin reducir lo social a psicopatología ni viceversa.
d. La inclusión de la sociedad civil en el proceso. El debate de la Ley Federal y de las leyes estaduales reflejó el amplio debate que se producía en la sociedad civil. El consenso era claro: el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de recursos alternativos en la comunidad. Cierre contemplado en leyes estaduales desde 1992 y por una Ley Federal en 1993.

6. EVOLUCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Uno de los extremos de la evolución de la psiquiatría comunitaria lo representa la consideración que hoy tiene la psiquiatría comunitaria en EE. UU., en cuanto representante de un sistema altamente desarrollado, liberal, privatizado, donde prima la competencia y el mercado. Evolución que queda fielmente reflejada en un libro tan emblemático de la psiquiatría estadounidense, y de gran predicamento mundial, como es la *Sinopsis* de Kaplan & Sadock (18). La psiquiatría comunitaria viene bajo el epígrafe Psiquiatría Pública, términos a los que hace sinónimos. Y el concepto de psiquiatría pública se refiere al tratamiento de los enfermos mentales en la comunidad bajo el amparo público: es decir de los pobres. Tarea irresoluble se plantea por falta de fondos[3]. Quedan lejos el espíritu del Acta Kennedy, en tiempos de los programas de guerra a la pobreza (W*ar on Poverty* y *Great Society*) y de los Centros de Salud Mental Comunitaria[4].

En el polo opuesto, el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Quebec, asume en 1997 la psiquiatría comunitaria como doctrina de Estado: «Las personas que padecen trastornos mentales graves y persistentes vivirán en la comunidad y ahí serán atendidas». Compromiso que explicita en un documento gubernamental de orientaciones para la transformación de los servicios de salud mental y servicios sociales, adjuntando las medidas y un calendario para llevar a cabo estas orientaciones que expresan la voluntad política de la mejor forma, a través de los presupuestos:

> En el 2002 el 60% del presupuesto público de salud mental será destinado a servicios en la comunidad y el 40% a hospitalización. Tienen prioridad los servicios de Acceso a alojamiento y necesidades de subsistencia, posibilidad de intervención en crisis a tiempo completo; el mantenimiento del tratamiento en la comunidad; la rehabilitación; las actividades de soporte a las familias y a los próximos.Cada autoridad regional deberá establecer un plan para integrar a la población internada en el medio (en la comunidad) que más le convenga.

Además, la política del Ministerio quebequense instituye, la presencia de usuarios en el consejo de administración de cada hospital u otro tipo de organi-

---

[3] Así aparece en la 8.ª edición (1998), en la 10.ª (2009) desaparece toda referencia a la psiquiatría comunitaria o pública.

[4] En EE. UU., tras la etapa Kennedy, los programas comunitarios continuaron débilmente hasta ser suprimidos en el viraje conservador de los pasados años 80. La prevención derivó hacía programas de ayuda individual para el desarrollo de habilidades ante los estresores ambientales.

zaciones públicas, y la existencia de un mediador en asuntos de interés público (*ombudsperson*) al interior de cada hospital.

La gran trascendencia de esta política del gobierno de Quebec está en que se desarrolla con el mismo sistema económico que EEUU, lo que demuestra que es económicamente posible sostener una asistencia comunitaria y de aseguramiento universal, en un momento en que buena parte de los países del mundo se están replanteando las prestaciones públicas y ensayando formas de gestión que están haciendo retroceder los logros del Estado del bienestar.

7. LA SITUACIÓN HOY

A pesar de su gran implantación y de la importancia universal del modelo de atención comunitaria hay factores que hoy están amenazando su sostenibilidad. Tenemos, en primer lugar, la evolución de los sistemas sanitarios y sociales, los cambios en la gestión de las prestaciones públicas; así como los cambios en la demanda y su repercusión en los idearios técnico-científicos de los gestores y profesionales de la salud mental. Como se señala al inicio de este capítulo la psiquiatría comunitaria surge en el horizonte del Estado del bienestar, con gobiernos garantizaban una asistencia social y sanitaria a toda la población, y para los que la enfermedad y la incapacidad no es una responsabilidad individual que el ciudadano tiene que asegurar por sí mismo. Cuando la competencia desplaza a la solidaridad los programas comunitarios se reducen, llegando a convertirse como en EE. UU. en iniciativas para pobres o excluidos sociales. La tendencia mundial de privatización de la sanidad y rebaja en las prestaciones sociales convierte al modelo comunitario de atención en una actividad marginal. A esto se añade, producto del predominio de la ideología neoliberal, un declinar de la conciencia comunitarista y un cambio en el tipo de demanda en las sociedades económicamente avanzadas. Pues si bien es verdad que los consumidores sanitarios adquieren cada vez más presencia pública e influencia ante el poder político (aunque sólo sea porque votan), el hecho es que nos encontramos ante un factor de doble cara. Por una parte, tenemos la medicalización de la sociedad y un imaginario social llenos de prejuicios en una ciudadanía fragmentada: bipolares, esquizofrénicos, límites, trastornos de conducta alimentaria... El otro lado lo representan los movimientos ciudadanos y de pacientes que exigen el empoderamiento, su total involucración en la gestión de la salud mental o de su padecer. Conceptos como *recovery (*recuperación)*, advocacy*, (defensa, promoción) buscan hacer protagonista de

su recuperación al propio paciente. Unos movimientos de pacientes, familiares y ciudadanos que han sido esenciales en todos los procesos de reforma psiquiátrica, y que han pasado de ser marginales a participar, o pugnar por participar, en la política de los servicios que les atienden, y activistas principales en la lucha por la defensa y conquista de los derechos civiles y la ciudadanía plena, que constituyen la parte esencial de sus barreras y discriminación[5]. Grupos de autoayuda, de soporte mutuo, de defensa de los derechos que reclaman desde posiciones más o menos integradas en los servicios de salud (usuarios) o radicalmente críticas («ex psiquiatrizados» o «supervivientes») la capacidad de intervenir en las decisiones que afectan a sus vidas.

> El empoderamiento es un proceso por el cual el sujeto asume la responsabilidad en la orientación de su vida, el poder de intervenir en su medio, en los propios avatares de su vida. Un proceso que se une a la experiencia de la recuperación, del restablecimiento, del *recovery* de los anglosajones.

La segunda cuestión está en la clínica, en la teoría que sustenta el quehacer psiquiátrico comunitario. En las últimas décadas ha habido un cambio en las tendencias de la comunidad profesional de la salud mental: del predominio de la psiquiatría social y el psicoanálisis se ha pasado a la hegemonía de la psiquiatría biológica, apoyada sobre todo en los avances de la psicofarmacología y en menor medida de las neurociencias. Un predominio utilitarista que sustituye la semiología por criterios consensuados (DSM, CIE 10) y huye de la psicopatología declarándose ateórico. Responde al pensamiento instrumentalista de la época que se preocupa del manejo de las cosas sin importarle su porqué. El intento de reducir todo el conocimiento científico a lo molecular se vuelve nefasto cuando se erige en la teoría verdadera, cuando pretende reconstruir todo el universo de los saberes humanos y sociales exclusivamente desde sus fundamentos biológicos. La confrontación naturaleza *versus* crianza, hechos frente a valores, resulta irrelevante. No hay datos sin interpretación ni problema psicopatológico sin referencia al deseo. Lo que se pone en cuestión, como señala el *Libro Blanco de la psiquiatría francesa* (10), es la propia esencia de la psiquiatría, la supervivencia misma al verse estrangulada por un reductor positivismo médico, que reduce la enfermedad mental a las ciencias moleculares del cerebro, las nuevas formas de gestión obnubiladas por los costes, y una demanda proteica en unas sociedades que han pato-

[5] Para estos temas ver el número 11 de *Atopos. Salud mental, comunidad y cultura*, «Libertando identidades», mayo 2011 (www.atopos.es).

logizado la vida cotidiana, psiquiatrizando el malestar. Crisis de la psiquiatría, del objeto y los límites de su cometido y cuestionamiento por las políticas neoliberales del aseguramiento universal que amenazan la continuidad de las políticas sociales y de los programas comentarios de atención en salud mental.

Y sin embargo, este cuestionamiento del modelo se produce cuando se hace cada vez más evidente la necesidad de abordar los problemas de salud mental de una forma global, preventiva y social. Se hace evidente dado el aumento de los trastornos mentales, en países pobres y ricos, gracias al incremento de los factores adversos que las precipitan y prolongan. Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (16; 17; 21) nos alertan de la magnitud epidemiológica de estos trastornos: una de cada cuatro personas —el 25% de la población mundial—, sufre en algún momento de su vida al menos un trastorno mental. Actualmente hay 450 millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en desarrollo. Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial. Los trastornos con mayor peso son la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y la demencia, enfermedades que representan una carga —medida de años de vida perdidos por discapacidad— superior al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares. Hay un progresivo incremento de las tasas de suicidio (que representa el 1,5% del conjunto de la mortalidad mundial) y cientos de millones de personas atrapados en el alcoholismo —se calcula que las enfermedades relacionadas con el alcohol afectan del 5% al 10% de la población mundial— o por las otras adicciones, que implican una fuente principal de morbilidad y uno de los mayores negocios criminales del mundo. Trastornos que son sólo la punta de un iceberg, la morbilidad y la mortalidad detectada. Y que se considera va a crecer en nuestro siglo (*Salud Mental en el Mundo* [7] Washington, OPS/OMS, 1997), gracias al aumento de las circunstancias que hacen vulnerables a grandes sectores de la población mundial (la existencia entre un 20 y un 75 por ciento de mujeres víctimas de la violencia familiar, el aumento del maltrato y el abuso a los niños, mediante la explotación sexual, la esclavitud laboral y el abandono, tan frecuente en muchas partes del mundo; la existencia de millones de refugiados, de gentes desplazadas por conflictos bélicos o persecuciones políticas; limpieza étnica y violaciones masivas de los derechos humanos que se producen en todo el mundo). La calidad del medio social en que se desenvuelve la persona está íntimamente ligada al riesgo de que esta llegue a padecer una enfermedad mental y a la probabilidad de que la enfermedad se vuelva crónica. La esquizofrenia no es una «enfermedad

social» y, sin embargo, los factores sociales y culturales influyen poderosamente en su evolución y en las probabilidades de recuperación. Las pérdidas significativas, los traumas sufridos en la niñez y aquellos vividos por personas relativamente indefensas, juegan un papel predominante en la incidencia y prevalencia de trastornos mentales. Pero también sabemos que la relativa prosperidad de los países de economía avanzada no se traduce necesariamente en bienestar individual o social. Los estudios epidemiológicos de los últimos cincuenta años en Europa Occidental y en Estados Unidos indican la alta prevalencia de algunos problemas de salud mental (depresión, suicidio, abuso de alcohol y drogas, trastornos de la alimentación). Problemas que nos remiten a un estilo de vida poco saludable, cuando no claramente patógeno. Aparte de a la creciente desigualdad, al incremento de los inútiles sociales, del sobrante social y de las bolsas de pobreza existentes en los países de economías avanzadas.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Ashton, J. y Seymour, H. (1990). *La nueva salud pública*. Barcelona: Masson.

(2) Bachrach, L. (1993). «La qualité des servicies aux malades mentaux». *La santé Mental au Québec*; XVIII (2), 21-3.

(3) Barton, R. (1974). *La neurosis institucional*. Madrid: Paz Montalvo.

(4) Basaglia, F. (1972). *La institución negada*. Barcelona: Barral.

(5) Caplan, G. (1966). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.

(6) Castro de Almeida, N. y Delgado, P. G. (orgs.). (2000). *De Volta à ciudadania*. Río de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.

(7) Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Goodd, B.; Kleinman, A. (1997). *Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington: OPS.

(8) Desviat, M. (2007). *De locos a enfermos*. Leganés: Ayuntamiento de Leganés.

— (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor.

(10) Fédération Française de Psychiatrie. (2003). *Livre blanc de la psychiatrie*. Paris: J. L. Jhon Libbeey Eurotext.

(11) Goffman, E. (1970). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.

(12) GOLDBERG, J. (1996). *Clínica da psicose*. Río de Janeiro: Te Corá.

(13) GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, A. (2001). «Programas de seguimiento o de continuidad de cuidados en la comunidad». En: Desviat, M. (editor). «Atención comunitaria a la cronicidad psiquiátrica». *Monografías de Psiquiatría,* abril-junio, 4-16.

(14) HOCHMANN, J. (1971). *Pour une psychiatrie communautaire*. París: Du Seuil.

(15) JONES, M. (1968). «El concepto de comunidad terapéutica». En: Caplan, G.; Jones, M.; Watts, A. (Editors). *Comunidad, psicología y psicopatología*. Buenos Aires: Editorial Jorge Álvarez, 89-98.

(16) OPAS/OMS. (2001). *Rélatorio sobre a sáude no mundo 2001. Saúde mental: Nova Concepçao; Nova Esperanza…*. Brasilia: OPAS/OMS.

(17) RODRÍGUEZ, J. J. (2009). *Salud mental en la comunidad*. Washington: OPS.

(18) SADOCK, B. J., SADOCK, V. A.; Kaplan y Sadock (1999). *Sinopsis de psiquiatría*. 8.ª ed. Barcelona: Panamericana.

(19) SAN MARTÍN, H. y PASTOR, V. (1988). *Salud comunitaria: teoría y práctica*. Madrid, Díaz de Santos.

(20) SARACENO, B. (1999). *Libertando identidades*. Río de Janeiro: Te Corá.

(21) WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2001). *Atlas Mental health resources in the world 2000*. Geneva: World Health Organization.

II
CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL. PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD MENTAL (INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA)

Maite Ramírez

1. DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud mental puede definirse de la siguiente manera:

> La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia perseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la autoactualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible. Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un desorden mental.

Dice además la OMS que el aspecto de la salud mental es una materia de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones y que sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que sufren de desórdenes mentales o del comportamiento reciben en efecto un tratamiento. Concluye la organización que los desórdenes mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

2. CONCEPTO DE NORMALIDAD PSÍQUICA

El debate filosófico entre lo que es considerado normal y anormal en psiquiatría, medicina en general o psicología es apasionante aunque todavía sigue sin cerrarse. Cualquier persona que se acerque al mundo de los síntomas mentales

reclama, con lógica, una norma que ayude a diferenciar lo normal de lo patológico para poder reconocer esto último como lo que debe ser tratado.

Sin embargo dicha norma todavía no ha sido dictada. Los profesionales que trabajan en el mundo de la salud mental manejan los síntomas mentales y los clasifican como normales o anormales con un sorprendente grado de consenso a pesar de ello.

A modo de resumen se pueden proponer una serie de criterios útiles para el clínico, teniendo en cuenta que ninguno de ellos es suficientemente específico por lo que puede confundirnos y hacernos considerar lo normal como anormal.

1. Lo anormal como desviación estadística del conjunto de comportamientos y vivencias consideradas frecuentes en la mayoría de las personas. La mayoría de los síntomas mentales son infrecuentes en la población ya por sus características (alucinaciones) como por su intensidad (como la euforia desbordante de un episodio maníaco). Sin embargo existen conductas o fenómenos que se escapan a la normalidad estadística que no pueden considerarse patológicos, como la superdotación intelectual, ciertos hábitos sexuales o actitudes revolucionarias.

2. Lo anormal como presencia de lesión o disfunción de la fisiología humana. Algunos síntomas mentales y enfermedades han sido asociados a una lesión determinada o a disfunciones locales o sistémicas. Es el caso de algunas disfunciones lingüísticas, algunas alucinaciones visuales o el deterioro intelectual de las demencias. Sin embargo, la inmensa mayoría de los síntomas psíquicos siguen sin poder ser asociados a lesión identificada alguna.

3. Lo anormal como desventaja biológica para quien lo sufre. Es un concepto de un autor, Kendell, que bebe de las fuentes del evolucionismo, según el cual la presencia de síntomas o enfermedades mentales supone una desventaja biológica que conduce a mayor mortalidad y menor índice de natalidad. Esto es cierto para determinados procesos como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, pero no sucede o incluso ocurre lo contrario en algunos trastornos de personalidad.

4. Lo anormal como desviación del conjunto de creencias y conductas aceptadas por la sociedad. En efecto esto hace que muchos síntomas mentales llamen la atención, como es el caso de algunas ideas delirantes. Sin embargo es peligroso considerar cualquier idea extraña para la sociedad como patológica. Esto debe tenerse en cuenta para no caer en la instrumentación de las ciencias de la salud mental para objetivos distintos de aliviar el sufrimiento de los pacientes.

3. PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD MENTAL (INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA)

La exploración psicopatológica consiste en una descripción de las áreas de actividad mental del paciente. Ejerce la misma función para el psiquiatra que la exploración física para el médico de atención primaria. Es conveniente seguir un modelo estructurado para no olvidar evaluar ningún área.

Conciencia

La conciencia es un concepto especialmente difícil de definir. Se puede considerar como la percepción del yo y del entorno. Si no fuera por ella seríamos computadoras o robots inteligentes. Continúa sin ser comprendida por la ciencia y por ello suele explicarse en términos religiosos o espirituales.

Igualmente difícil es delimitar la zona del cerebro que la regula.

Con fines académicos dividiremos las alteraciones de la conciencia en:

1. aquellas en las que hay una patología en la reactividad del sensorio
2. aquellas en las hay alteraciones del conocimiento con sensorio reactivo
3. aquellas en las que no se objetivan alteraciones del sensorio ni del conocimiento pero la conducta y los contenidos mentales del paciente sugieren una alteración

Dicha distinción no es real ya que en la práctica dichas alteraciones no se dan en forma pura sino superpuestas.

> *Una figura que podría ayudarnos a entender qué es la conciencia sería la de una luz que alumbrara tanto el interior de nuestro cuerpo y nuestra mente como nuestro entorno. Esa luz puede perder intensidad (alteraciones del sensorio, cuyo ejemplo extremo es el coma), puede distorsionar provocando colores y sombras inexistentes (alteraciones del conocimiento, como la confusión) o puede alumbrar sólo zonas muy restringidas dejándonos «ciegos» para otras (las llamadas alteraciones del campo de la conciencia). Quizás por eso a la conciencia también se la llama «lucidez».*

1. ALTERACIONES DEL SENSORIO: Se entiende por sensorio el nivel de alerta y atención y la capacidad de responder apropiadamente y de forma psicológicamente comprensible a estímulos internos y externos. El sensorio normal se mantiene también durante el sueño, ya que la persona puede ser despertada y reaccionar de forma adecuada. Las alteraciones del sensorio también han sido definidas como las alteraciones «cuantitativas» de la conciencia, y se han clasificado para ello en alteraciones por defecto y por exceso.

• Por exceso: *estado de hipervigilia, hiperalerta o hipervigilancia*: se caracteriza por la sensación de claridad mental, de haber sido liberado de un freno, generalmente acompañada de aumento de la actividad motora y verbal. Sin embargo no necesariamente se acompaña de un aumento real del rendimiento. Es característica de los estados maníacos y se da también en fases iniciales de la esquizofrenia y en intoxicaciones por drogas alucinógenas o estimulantes.

• Por defecto: según su intensidad y el grado de respuesta ambiental se clasifican en niveles desde la somnolencia (también letargia o sopor, con dificultad para permanecer despierto y atento) ——> la obnubilación (el paciente es despertado sólo con estimulación vigorosa, y cuando lo hace suele estar confuso y le cuesta mantenerse) ——> el estupor (el paciente sólo puede mantener un ligero grado de alerta con estímulos potentes y no emite respuestas o éstas son incoherentes) ——> el coma ——> la muerte cerebral.

Aunque todas las disminuciones del nivel de conciencia hacen sospechar una patología orgánica cerebral también pueden darse estados de mutismo, inmovilidad y fluctuación de la conciencia por causa de una enfermedad mental como la depresión, la esquizofrenia o la histeria. Hay que ser extremadamente cuidadoso antes de atribuir una enfermedad mental a un paciente que pudiera tener un daño neurológico.

2. ALTERACIONES DEL CONOCIMIENTO: Pueden ser globales o circunscritas.

Globales: *confusión y delírium*: son cuadros causados por una enfermedad que actúa sobre el cerebro de inicio brusco y duración escasa en comparación con la cronicidad de las enfermedades mentales primarias. Aunque ambas pueden existir en enfermedades mentales en sus formas más graves (depresión, manía, esquizofrenia...) son típicas de enfermedades neurológicas que afectan al sistema nervioso central o sistémicas (que afectan al organismo en su totalidad).

• Confusión significa «dificultad para distinguir lo real de lo imaginario» e implica la pérdida del control voluntario sobre las facultades intelectuales. A veces se le denomina onirismo por ser un estado parecido al sueño. Se suelen intercalar estados de lucidez.

• Delírium es un estado de inicio relativamente brusco y fluctuante caracterizado por la confusión, la inatención, la hiper o hipoactividad motriz y otros síntomas (alucinaciones, inversión del ritmo circadiano, angustia, irritabilidad, inquietud y hasta agitación).

IMPORTANTE: Cualquier persona mayor de 50-60 años que sufra un cambio brusco (horas o días) en su estado mental tiene una enfermedad física mientras no se demuestre lo contrario.

Circunscritas: la alteración se da sólo en una de las propiedades de la conciencia. Generalmente no se dan solas, sino que son uno más entre varios síntomas de enfermedad mental o neurológica.

Despersonalización y desrealización: se definen como la sensación de ser extraño o irreal para uno mismo y la sensación de cambio de la realidad externa respectivamente. Se dan en enfermedades neurológicas pero también mentales, sobre todo en cuadros de ansiedad (por ejemplo durante un ataque de pánico) y psicóticos (por ejemplo la esquizofrenia).

Alteraciones de la conciencia corporal o de la capacidad de reconocer e interpretar el significado de las impresiones sensitivas: falta de reconocimiento de partes del cuerpo, de reconocimiento de objetos por el tacto, de reconocimiento de caras familiares, síndrome del miembro fantasma...

3. ESTADOS DE RESTRICCIÓN Y DISOCIACIÓN DE LA CONCIENCIA: En estos estados hay una conducta aparentemente normal pero con ruptura de la continuidad del flujo de ideas, pensamientos, percepciones, etc. Esto sugiere una disociación entre los elementos cognoscitivos y perceptivos y los comportamentales, adoptando la conducta una modalidad automática. A pesar de la conducta aparentemente normal se dan: descenso del nivel de alerta, desorientación

o falsa orientación, conducta automática, amnesia posterior y reactividad sensorial parcialmente conservada. Ocurre por ejemplo durante la hipnosis, en algunos tipos de epilepsia y en los trastornos llamados precisamente «disociativos», que incluyen la personalidad múltiple (trastorno disociativo de la identidad), la amnesia disociativa, las fugas disociativas, los estados de trance y posesión. La disociación de la conciencia es un mecanismo de defensa ante traumas que pueden ser recientes y recordados o antiguos y olvidados y por tanto inconscientes y se observa también en los estados postraumáticos. También ocurre dentro de la experiencia normal.

Orientación

La capacidad de captar el marco de referencia temporal, geográfico e interpersonal. Indica por lo general un trastorno de base orgánica cerebral o una psicosis, y rara vez tiene causa psicógena (por ejemplo, en estados disociativos).

Desorientación temporal	Desconocimiento de fecha, año, día de la semana, estación, hora o momento del día (mañana, tarde, noche)
Desorientación espacial	Desconocimiento del lugar, población, provincia, país
Desorientación autopsíquica	Desconocimiento de la propia identidad
Desorientación alopsíquica	Desconocimiento de la identidad de otros

Memoria

Función cerebral que permite almacenar y evocar experiencias pasadas. Una evaluación precisa de la memoria requiere una exploración neuropsicológica rigurosa, ya que es una función muy compleja y con muchas facetas. No obstante se puede detectar en una exploración convencional si es de entidad suficiente.

1. Alteraciones cuantitativas:

• Por exceso o hipermnesia: anormal incremento en la capacidad de memorizar. A veces ocurre en personas con bajo nivel intelectual, aunque también pueden ser personas normales con memorias prodigiosas. Puede ocurrir también de forma fugaz en estados de excitación maníaca o intoxicaciones por drogas, aunque en estos casos se trata más de un aumento de la capacidad de evocación de memoria propiamente dicha.

• Por defecto o hipomnesia o amnesia: la primera alude a una disminución de la memoria que puede darse en personas que no memorizan por estar demasiado focalizadas en vivencias morbosas. La amnesia es la incapacidad para aprender nueva información o para evocar información previamente aprendida. Se pueden clasificar como:

a) Amnesia anterógrada o de fijación: incapacidad para registrar información nueva. Suele ser debida a problemas neurológicos y afecta siempre a la memoria reciente.

b) Amnesia retrógrada: es típica de traumatismos, en los que no se recuerdan los momentos anteriores.

Pueden ser masivas (demencia de alzhéimer, amnesia global transitoria) o lacunares o localizadas (intoxicación etílica); selectivas (se olvida sólo lo más cargado afectivamente, por causa de represión o disociación); reversibles o irreversibles; estables o progresivas; orgánicas o psicógenas, etc.

2. Alteraciones cualitativas:

• Alomnesia o alteración del recuerdo: se recuerda de forma equivocada por causas emocionales o por daño neurológico.

• Paramnesia o alucinación del recuerdo: consiste en considerar recuerdos auténticos lo que no es más que imaginación. Se da en las psicosis, también llamados en este caso recuerdos delirantes o pseudomnesias. La fabulación es la elaboración de un recuerdo para llenar un vacío amnésico (típico del síndrome de Korsakoff). La pseudología fantástica es la narración de hechos falsos por necesidad afectiva a sabiendas de que lo son.

• Criptomnesia o alteración del reconocimiento: son alteraciones de la sensación de familiaridad. Se pueden dar en personas normales (*déjà vu*), en crisis de angustia, en la esquizofrenia (síndrome de Capgras y Fregoli) y son muy típicas de la epilepsia (*déjà vu* y *jamais vu*).

Atención

La atención es la capacidad de concentrarse en una actividad o el esfuerzo por centrarse en ciertos aspectos de la experiencia. Con fines didácticos las alteraciones de la atención se pueden clasificar en cuantitativas y cualitativas o del foco.

1. Alteraciones cuantitativas:

• Por disminución: llamadas hipoprosexias o aprosexias. Ocurre en estados fisiológicos como la infancia, el sueño y la fatiga y en estados patológicos como la depresión, la manía, la ansiedad, la psicosis (hasta llegar a la perplejidad) y por supuesto en enfermedades neurológicas junto con alteraciones de la conciencia.

• Por aumento: llamadas hiperprosexias. Suele acompañarse de un cambio rápido del foco. Es típico de los estados maníacos. También en cuadros orgánicos e intoxicaciones por drogas estimulantes o psicodislépticas. También puede haber un exceso de atención dirigido al interior como en la hipocondría o en los trastornos obsesivos y en grado extremo en el autismo típico o como síntoma esquizofrénico. Por supuesto también puede ser un fenómeno normal.

2. Alteraciones del foco de la atención: como atención selectiva (atender sólo a lo que más interesa, puede ser normal pero también en estados paranoides), perseveración (incapacidad para cambiar el foco de atención) o atención dividida (incapacidad para atender a dos tareas a la vez, a veces tras un traumatismo).

Sueño

El sueño es un fenómeno biológico regular caracterizado por la aparición recurrente de un estado particular de la conciencia fácilmente reversible mediante la estimulación ligera, acompañado de inactividad externa relativa, de un aumento del umbral de respuesta a estímulos ambientales y de cambios fisiológicos que afectan a la respiración, la función cardiaca, el tono muscular, la presión arterial, la regulación hormonal y los ritmos circadianos.

Los trastornos del sueño se clasifican en:

1. Disomnias: afectan a la calidad y cantidad del sueño y al ritmo circadiano. Son:

Insomnio: dificultad para iniciar y/o mantener el sueño	En personas normales a veces por malos hábitos y enfermedades mentales. Son típicos el despertar precoz de la depresión endógena y el insomnio de conciliación de los trastornos de ansiedad, hipocondríacos y psicosomáticos.
Hipersomnia	Aumento de la somnolencia diurna. Primaria en algunas personas y también secundaria a enfermedades mentales y neurológicas. La hipersomnia es característica de la depresión atípica.

Narcolepsia-cataplejia	Trastorno caracterizado, entre otras cosas, por accesos bruscos de sueño REM durante la vigilia.
Trastornos de la respiración	Obstructivos o centrales.
Trastornos del ritmo circadiano	Por retraso o adelanto de fase.
Mioclonus nocturno	Contracciones musculares bruscas en las extremidades con aumento del número de despertares. Distintos de los espasmos normales en la conciliación del sueño y diferenciar también de la epilepsia.
Síndrome de las piernas inquietas	Sensaciones molestas que obligan a mover las piernas con dificultad secundaria para conciliar el sueño.
Síndrome de Kleine-Levin	Cuadro de origen desconocido con accesos periódicos de hipersomnia, hiperfagia, hipersexualidad, confusión, agitación, síntomas psicóticos. Muy raro, casi siempre varones y de remisión espontánea.
Disomnia asociada a la menstruación	Hipersomnia intermitente relacionada con el trastorno disfórico premenstrual. Algunos lo consideran la variante femenina del anterior.
Borrachera del sueño	Prolongación anómala de la confusión característica del momento del despertar. Infrecuente.

2. Parasomnias: fenómenos anormales que ocurren en alguna de las fases del sueño o en las transiciones sueño-vigilia.

Pesadillas	Sueños angustiosos que hacen despertar. En fase REM.
Terrores nocturnos	Episodios de despertar brusco en fases de sueño profundo (3 y 4) durante la primera mitad de la noche. Con descarga vegetativa e intensa angustia. El paciente permanece dormido o está confuso. Se pueden asociar a ansiedad, fobias, síntomas obsesivos y enuresis. A veces se recuerda alguna imagen terrorífica pero no un sueño estructurado como en las pesadillas.
Sonambulismo	Actividades nocturnas que ocurren en sueño profundo (fases 3 y 4) y en la primera mitad de la noche, como vestirse, sentarse, caminar. Hablar e incluso tareas complejas como conducir. Típico de la segunda infancia y asociado a terrores nocturnos.
Enuresis	Micción durante el sueño en mayores de 4 años. Primaria si nunca ha habido control y secundaria si se pierde después de un periodo de control nocturno.

Alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas	Generalmente visuales y que aparecen en las transiciones del sueño a la vigilia o viceversa. También pueden ser olfativas, auditivas... Pueden aparecer en personas sanas sobre todo con ansiedad o fatiga y son características de la narcolepsia.
Bruxismo	Rechinar de dientes en la fase 2 del sueño.
Alteraciones conductuales de la fase REM	Generalmente en varones. Consiste en una fase REM sin la parálisis característica por lo que pueden actuarse los sueños a veces de forma violenta. Suele ser secundario en pacientes con tratamientos psicofarmacológicos.
Somniloquia frecuente	Emisión de palabras e incluso charlas, normalmente incomprensibles.
Jactacio capitis	Nocturno balanceo de la cabeza en las fases ligeras del sueño (1 y 2).

Percepción

La patología de la percepción ha sido tradicionalmente, junto con los delirios, uno de los síntomas determinantes de la «locura». Así, a grandes rasgos consideramos «psicótico» a quien no distingue la realidad externa de los productos de su mente.

Ejemplos: un obsesivo puede sentir miedo a contaminarse al tocar objetos, pero sabe que su temor es excesivo. Un psicótico delirante creería que existe un peligro real. Del mismo modo una alucinación se considera un síntoma psicótico cuando el paciente cree que es real y actúa en consecuencia.

La sensopercepción es el conocimiento del mundo exterior a través de los sentidos. Para que tenga lugar este proceso se necesita un estímulo, una vía nerviosa que lo transmita y una zona del cerebro que procese la información recibida. El estímulo puede ser exterior, en cuyo caso es percibido por la vista, el oído, el gusto, el olfato y el tacto (con sus facetas de presión, dolor, temperatura, vibración...) pero también interno (propiocepción o percepción de la postura y el movimiento). A todas las percepciones se les añade un componente psicológico subjetivo que depende del estado emocional del momento y de los momentos en que se percibió anteriormente.

Los trastornos de la función perceptiva se pueden dividir en fallos de la percepción, distorsiones y engaños de la percepción.

1. Fallos de la percepción: casi siempre por lesiones en el órgano receptor y sus vías de transmisión (periférica) o en la zona del cerebro correspondiente (central). Ejemplo: una ceguera por lesión ocular sería periférica y una ceguera por lesión de la corteza visual sería central (el ojo ve pero el cerebro no sabe interpretar lo que ve, en ocasiones el paciente ignora que no ve y se comporta como si viera inventando el entorno —> síndrome de Anton). También puede tener causa psicógena, generalmente en relación con experiencias traumáticas.

2. Distorsiones de la percepción: existe un objeto externo que se percibe modificado:

• En intensidad: hipo e hiperestesias.

• En forma y tamaño: metamorfopsias de objetos (dismegalopsias: macropsias y micropsias; dismorfopsias: objetos deformados); metamorfopsia del propio cuerpo (heautometamorfopsia o ver el propio cuerpo o partes del mismo deformadas).

• En su integración perceptiva: sinestesias (varias modalidades sensoriales se funden en una sola experiencia perceptiva: las más habituales son las auditivo-visuales, una vivencia en la cual al contemplar colores se escuchan música u otros sonidos). Pueden ocurrir en personas normales, en intoxicaciones con drogas psicodislépticas y en las psicosis.

• Trastornos de la vivencia del tiempo: transcurre más deprisa o más despacio según el estado emocional (por tanto también en la depresión y la manía), puede perder su curso normal y avanzar a saltos (psicosis) o perderse la noción del tiempo (confusión).

3. Engaños sensoriales: se produce una percepción «nueva», aunque sea en respuesta a una percepción real. Varios tipos:

Ilusiones: el objeto real se combina con imágenes mentales y la percepción resulta errónea. Por inatención (ej.: leer mal una palabra) o afectivas o catatímicas (ej.: un sombra en la noche se convierte en una figura amenazante).
Pareidolias: imágenes que surgen combinando la percepción de un objeto real con la fantasía (ej.: ver caras en una nube). Sirven para el test de Rorschach.
Vivencias alucinatorias: de diversos tipos.

Alucinaciones: percepciones falsas que no son distorsiones sensoriales ni falsas interpretaciones y que tienen lugar a la vez que las percepciones verdaderas. Ocurren en ausencia de un estímulo apropiado (a diferencia de las ilusiones), tienen la fuerza y el impacto de las percepciones reales (a diferencia de las pseudoalucinaciones) y no se pueden controlar voluntariamente (a diferencia de las pareidolias y los recuerdos vívidos).
Las causas son fisiológicas (las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas ya mencionadas o situaciones de hiper o hipotermia o deprivación de agua o alimentos); ambientales (aislamientos sensorial o social); orgánicas (enfermedades que afectan a los órganos sensoriales, delírium, epilepsia, tumores, síndrome de Charles Bonnet (el cuadro clásico es en ancianos con patología orgánica que presentan alucinaciones liliputienses al anochecer) o psiquiátricas (en la esquizofrenia suelen ser auditivas y cenestésicas, en trastornos afectivos son más raras pero posibles).
Según la esfera sensorial son visuales (características de cuadros orgánicos y drogas psicodislépticas), auditivas (las más frecuentes, y entre ellas las verbales), gustativas, táctiles (frecuentes en esquizofrenia en forma de sensación de agarrones, pinchazos, quemaduras, cortes...; formicación en la intoxicación por cocaína, abstinencia alcohólica), cenestésicas (sensación de estar hueco, vacío, petrificado... En la esquizofrenia y síndrome de Cotard) y cinestésicas (sensación de ser desplazado o inmovilizado, en psicosis y pacientes neurológicos).
Pseudoalucinaciones: clásicamente se diferencian de las anteriores en que se localizan en el espacio interior.
Alucinosis: de causa orgánica. Alucinaciones verdaderas sin objeto con juicio conservado sobre su naturaleza patológica. Ejemplo: síndrome del miembro fantasma. En psiquiatría se da en alcohólicos un cuadro de alucinaciones con conciencia relativamente preservada.

Afectividad

Difícil de definir y por tanto con poco consenso en el uso de la terminología. La afectividad es el matiz subjetivo que se añade a la experiencia que contribuye a orientar la conducta en una u otra dirección, que tiende a ser comunicado y que suele distribuirse en términos duales o polaridades (placer-dolor, alegría-tristeza, atracción-repulsión, etc.). Para facilitar la exploración y el registro suelen diferenciarse:

1. Las emociones: afectos bruscos que se desencadenan por una percepción interna o externa o una representación (sentimiento) y que suelen tener correlato somático vegetativo (ejemplos: sudor, palpitaciones, temblor, taquicardia). La emoción sería la expresión de un sentimiento.

2. El estado de ánimo o humor: son afectos más sostenidos en el tiempo. Se acompaña de menor respuesta vegetativa pero se afectan más el sueño, las secreciones hormonales, la alimentación y los ritmos biológicos.

3. La expresión afectiva: se registran distintos aspectos:

   a. La forma de aparición: patrones diurnos, situacionales, intensidad, variaciones...

   b. el grado de adecuación al contexto o similitud entre contenido y lenguaje no verbal (un esquizofrénico puede relatar un hecho muy triste sonriendo)

   c. el grado de proporcionalidad. Ejemplo: fobia a las arañas.

   d. la reactividad afectiva. O capacidad de expresar respuestas ante estímulos afectivos. Estaría elevada, por ejemplo, en las personalidades histriónicas, y disminuida en las psicosis, demencias, melancolías... En la esquizofrenia se habla de falta de *sintonía afectiva* para definir la escasa reactividad a la situación interpersonal durante la exploración.

   e. la irradiación afectiva: o el grado de capacidad de hacer que otros sintonicen con el estado afectivo. Un deprimido puede hacernos entristecer, un maníaco sonreír, pero la moria de las lesiones frontales produce un humor vacío que no se contagia.

De la exploración afectiva se pueden deducir los síntomas afectivos:

EL HUMOR MANÍACO-DEPRESIVO:

• *Humor maníaco, hipertimia o alegría patológica*: subjetivamente hay optimismo, energía y elevada autoestima. A nivel externo la tendencia es a la expansividad, la rapidez asociativa con discurso acelerado, distraibilidad, hiperactividad, proyectos grandiosos, escasa necesidad de sueño, desinhibición social, desinhibición sexual y conductas poco juiciosas. Es frecuente que aparezcan ideas delirantes megalomaníacas o de grandeza.

• *Humor depresivo, hipotimia o tristeza patológica*: sería el reverso del humor maníaco. Subjetivamente hay sentimientos de tristeza, desesperanza, incapacidad de disfrutar (anhedonia), infelicidad, baja autoestima, disminución de la energía vital, sensación de incapacidad y pérdida de interés por el entorno. Externamente se observa escasa actividad, lentitud mental y física, tendencia al llanto, falta de reactividad emocional, ansiedad, pérdida de apetito y peso, insomnio, fluctuaciones diurnas y estacionales. También pueden aparecer ideas de ruina, hipocondríacas, nihilistas (síndrome de Cotard), indignidad y culpa que pueden alcanzar la intensidad delirante.

La principal diferencia entre la tristeza normal y la patológica es la autodepreciación del paciente reflejo de la agresión autodirigida.

• *estados mixtos:* en algunas ocasiones los síntomas depresivos y maníacos se mezclan en combinaciones diferentes de difícil diagnóstico (depresión agitada, manía disfórica, etc.).

EL HUMOR ANSIOSO:

La ansiedad o angustia patológicas son términos que se usan indistintamente, aunque en realidad representan diferentes aspectos de la experiencia emocional. La ansiedad haría referencia al componente psicológico y la angustia al somático. Se pueden distinguir tres tipos de ansiedad:

1. La ansiedad normal: el estímulo amenazante es real y la ansiedad no resulta paralizante. Ejemplos: un peligro, la ansiedad existencial...

2. La ansiedad neurótica: el estímulo es inconsciente. Aunque se desencadene por experiencias «gatillo» la ansiedad es desproporcionada a ellas. La vivencia central es la de inseguridad.

3. La ansiedad psicótica: el temor es más primitivo, a la desintegración, a la aniquilación.

Síndromes clínicos en los que la ansiedad es el síntoma central:

• las crisis de ansiedad o ataques de pánico

• la ansiedad generalizada

• el trastorno obsesivo-compulsivo

• las fobias: agorafobia, fobia simple o específica, fobia social

EL HUMOR IRRITABLE: disminución del control volitivo sobre el propio temperamento, que deriva en conducta verbal irascible o en estallidos de agresividad física durante los cuales el humor o el estado de ánimo no tienen por qué estar alterados. A parece asociado a la mayor parte de los trastornos afectivos, a algunos trastornos de personalidad y a algunos trastornos de base orgánico cerebral.

LA DISTIMIA: Consideramos distimia toda desviación del estado anímico normal (eutimia). En los últimos años el término ha cambiado su significado para definir un tipo de depresiones crónicas similar a las antiguamente llamadas depresiones neuróticas.

LA INDIFERENCIA AFECTIVA: Experiencia subjetiva de incapacidad para experimentar y expresar sentimientos. Es característica de la esquizofrenia y el autismo, aunque se da en patologías neurológicas y en menor grado en otros trastornos psíquicos.

LA INADECUACIÓN AFECTIVA O PARATIMIA: en este caso la respuesta afectiva del individuo no parece apropiada al contexto, ni cuantitativa ni cualitativamente. También característica de la esquizofrenia y otras psicosis y de los trastornos orgánicos.

ALEXITIMIA: incapacidad para encontrar palabras o representaciones cognitivas que definan los propios sentimientos. Se ha asociado con los trastornos psicosomáticos, en los cuales es el cuerpo el que expresa los sentimientos.

Motricidad

La conducta motora normal responde a la coordinación fina y es intencional y adaptativa. Para llevarse a cabo precisa de voluntad de actuar, planificación de la acción y ejecución de la acción.

1. Hiperactividad motora: inquietud y agitación: actividad motora persistente, excesiva e inapropiada.

2. Actividad motora disminuida:

    a. inhibición psicomotriz: es el signo motor de la depresión melancólica por excelencia. Hay retraso en el comienzo de los movimientos y lentitud de los mismos.

    b. estupor psiquiátrico: suspensión de la actividad motora espontánea y relacional. Se da en los trastornos afectivos y la esquizofrenia.

3. Alteraciones motoras:

Catatonía	Síndrome psicomotor característico que incluye síntomas como catalepsia («flexibilidad cérea» o anormal conservación de una postura), negativismo (acentuación de la oposición), estupor, ecosíntomas (repetición de palabras o ecolalia, movimientos o ecopraxia o gestos o ecomimia), mutismo, rigidez muscular y estereotipias (conductas repetitivas inadaptadas). Inicialmente se consideró una entidad nosológica y posteriormente un subtipo de la esquizofrenia. Realmente la catatonía es frecuente en trastornos afectivos y alteraciones neurológicas, metabólicas y tóxicas.
Temblor	Movimientos oscilatorios involuntarios: ansiedad, fatiga, intoxicaciones, secundarias a fármacos y relacionadas con enfermedades neurológicas.
Parkinsonismo	Rigidez, temblor e hipocinesia. En enfermedades neurológicas pero también por efecto secundario de fármacos antipsicóticos.
Movimientos distónicos	espasmos musculares también de causa neurológica o farmacológica.
Acatisia	Inquietud motora característica del tratamiento antipsicótico.
Tics	Movimientos involuntarios repetitivos y rápidos sin objetivo aparente. Trastornos por tics, síndrome de tourette y asociados a enfermedades neurológicas y a intoxicaciones por estimulantes.

Pensamiento

Flujo de ideas, símbolos y asociaciones dirigido a metas, iniciado por un problema o tarea y dirigiéndose hacia una conclusión orientada a la realidad. Para su estudio se las alteraciones del pensamiento se dividen clásicamente en trastornos del contenido y trastornos de la forma.

1. TRASTORNOS DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

a. El delirio (ideas delirantes): el concepto de delirio, al igual que el de alucinación, va indisolublemente unido al concepto de enfermedad mental. Un delirio es una idea o creencia falsa, incorregible por la evidencia empírica y la experiencia, que no está en consonancia con la procedencia social y cultural del paciente y que es sostenida con una convicción extraordinaria y certeza subjetiva incomparable. Aparecen en los trastornos psicóticos y algunos trastornos orgánicos y afectivos. Según la forma del delirio Jaspers los divide en procesales o primarios (el delirio aparece de forma gradual, es una vivencia impuesta que surge en la conciencia directamente, es incomprensible, disgregado e implica un cambio en la

personalidad ——> los de la esquizofrenia); y secundarios o ideas deliroides (son comprensibles en relación con la personalidad o el humor de base ——> los de la paranoia y los trastornos afectivos). Según su contenido se dividen en:

Delirios de perjuicio: el más frecuente. Creencia de que alguna o varias personas pretenden perjudicarle. Una variante son los *delirios de persecución*, en los que el paciente se siente perseguido, observado y vigilado.
Delirios de referencia o autorreferenciales: interpretación delirante de un sentimiento de extrañeza, en el que hechos del entorno que en otras condiciones pasarían desapercibidos, se consideran dirigidos al paciente.
Delirios de celos o celotípicos: convicción delirante de que la pareja está siendo infiel. La convicción puede ser en mayor o menor medida real pero igualmente ser un delirio si cumple las características de la definición.
Delirios erotomaníacos: *o síndrome de Clerambault*. El paciente cree que una persona habitualmente de una posición social superior está enamorada de él. Puede ser o no conocida. A veces es peligroso para esta persona.
Delirios megalomaníacos: el paciente se cree poseedor de alguna característica extraordinaria. Una variante son los *delirios místicos o mesiánicos* en los que el paciente considera que tiene una vinculación especial con la divinidad o algún poder sobrenatural.
Delirios de culpa y condenación: los pacientes se creen culpables de algún mal o pecado y acreedores de un castigo.
Delirios hipocondríacos: el paciente está convencido de sufrir alguna enfermedad e interpreta cualquier signo corporal de acuerdo a esta creencia. Una variante es el *delirio dismorfofóbico* según el cual el paciente cree que alguna parte de su cuerpo es fea o desproporcionada.
Delirios de pobreza y ruina: el paciente cree haber perdido todas sus posesiones o estar a punto de hacerlo.
Delirios de negación o nihilísticos: el paciente cree que partes de su cuerpo o funciones fisiológicas del mismo han desparecido. También llamado *delirio de Cotard*.
Delirios de infestación: el paciente cree estar infestado por parásitos, generalmente invisibles. También llamado *síndrome de Ekbom o «de la caja de cerillas»*.
Falsas identificaciones: en el *síndrome de Capgras* el paciente cre que alguna persona significativa para él ha sido sustituida por un impostor con el mismo aspecto. En el *síndrome de Frégoli* el paciente cree que personas desconocidas son personas conocidas disfrazadas.
Delirios de alienación del pensamiento: conjunto de fenómenos que no son exactamente un delirio que implican la pérdida de familiaridad y privacidad de nuestros pensamientos. Se trata de una sensación inefable de que la propia actividad psíquica es ajena a uno mismo, y al poner palabras a esta sensación es cuando se genera el delirio, más o menos elaborado. Por *inserción del pensamiento* entendemos la sensación de que éste ha sido introducido en la cabeza por algún agente externo. El *robo del pensamiento* es la sensación de que alguien del exterior le ha retirado los pensamientos. Si siente que sus pensamientos pueden ser leídos de su mente al fenómeno se le llama lectura del pensamiento. La sensación de que cualquier persona puede saber lo que uno piensa de un modo u otro se llama *difusión del pensamiento*. Si el paciente llega a oír sus pensamientos en alto, conformando una alucinación auditiva, se trata de *sonorización del pensamiento*. Cuando el paciente cree que sus pensamientos no son producidos por él mismo, sino por algún agente externo, se llama *control del pensamiento*.

Ideas sobrevaloradas: a medio camino entre la normalidad y el delirio, en relación con una intensa sobrecarga emocional. Su contenido es comprensible en el contexto que atraviesa el paciente y la convicción con que se sostiene no es total.	
Ideas obsesivas: ideas repetitivas que invaden la mente del paciente sin que puedan evitarse o evitadas a costa de gran ansiedad. A menudo el paciente realiza actos que en su opinión neutralizan la obsesión, aunque a menudo no guardan relación lógica. A diferencia de los delirios, las obsesiones emanan del yo. Son vividas como una imposición y se intenta resistir a ellas, generalmente sin éxito. El paciente reconoce su naturaleza patológica y son reiterativas y se acompañan de ansiedad.	
Los tipos de obsesiones más frecuentes son:	Ideas o pensamientos
	Melodías o canciones
	Representaciones o recuerdos
	Temor a impulsos
	Actos o rituales obsesivos
Fobias: miedo irracional a una situación, actividad u objeto que conlleva su evitación. Hay varios tipos:	
Agorafobia: ansiedad o conductas de evitación en situaciones o lugares de donde sea difícil o embarazoso escapar	
Fobia específica: a situaciones u objetos (tormentas, sangre...).	
Fobia social: ansiedad y evitación de situaciones sociales o actuaciones en público.	

2. TRASTORNOS FORMALES O DEL CURSO DEL PENSAMIENTO:

Para comprenderlos es útil el modelo de Jaspers según el cual una idea o representación da lugar a una serie de representaciones asociadas a través de diversos mecanismos como la semejanza, la asonancia, el contraste, el tono afectivo, etc., de forma que cada evento psíquico evoca un «engrama mnésico» asociado relacionado con él. A estas representaciones o ideas asociadas se las llama *constelaciones*. Existe un gran número de asociaciones posibles, sin embargo al dirigir el flujo del pensamiento a un objetivo se van seleccionando. A este flujo dirigido a una meta se le llama *tendencia dominante*.

Aceleración del pensamiento o pensamiento ideofugaz.: Se debilita la fuerza conductora por irrupción de otras ideas de la constelación por déficit de mecanismos inhibitorios psíquicos. Se pierde la idea directriz con continuos saltos de tema (pensamiento saltígrado) cualquier estímulo hace perder el hilo. Es característico de los estados maníacos.
Pensamiento inhibido: se refleja en lentitud del habla y producción escasa. No se pierde la idea directriz ni el sentido global. Es característico de la depresión, aunque no exclusivo.

Pensamiento estrechado: también propio de la depresión. El paciente no se puede despegar de determinadas ideas, desatendiendo otras posibilidades.
Pensamiento bloqueado o interceptado: es una interrupción brusca del pensamiento. Se pierde la idea directriz y se rompe la cadena asociativa. Es típico de la esquizofrenia.
Pensamiento disgregado: pérdida de la idea directriz y de las asociaciones normales, dando lugar a un discurso inconexo. También característico de la esquizofrenia.
Pensamiento tumultuoso: invasión de ideas inconexas vivido de forma pasiva (el pensamiento es controlado desde fuera, no es propio del paciente como en la fuga de ideas maníaca).
Pensamiento incoherente: es el resultado de la disgregación anteriormente descrita más la adición de elementos fantásticos que hacen el discurso totalmente incomprensible. También llamado *esquizofasia* o *ensalada de palabras*. Es típico de la esquizofrenia pero también puede ocurrir en fatiga extrema y trastornos neurológicos como la demencia.
Concretismo: pensamiento carente de abstracciones o simbolismos tanto en la vertiente expresiva como en la comprensiva. El paciente no puede liberarse del significado literal de la palabra. Se da en el retraso mental y en la esquizofrenia.
Pensamiento prolijo o circunstancial: sobreabundancia de datos innecesarios o accesorios sin pérdida de la idea directriz. Típico de la epilepsia, el déficit cognitivo y en los pacientes obsesivos.
Pensamiento perseverante: repetición de representaciones generalmente verbales y motrices que se introducen como relleno cuando hay déficit en la capacidad de evocar elementos nuevos. Es característico de los síndromes orgánicos y también de la esquizofrenia. En cierta medida es normal.

Sexualidad

La sexualidad humana tiene la doble función de permitir la reproducción humana y la de obtener placer. La conducta sexual normal o sana es un fenómeno de difícil definición en el que se mezclan factores biológicos, psicológicos y sociales. No obstante se han descrito numerosas disfunciones sexuales que pueden clasificarse en cuatro apartados:

a. DISFUNCIONES SEXUALES DE BASE NO ORGÁNICA: según la fase del acto sexual en que se producen:

1. El deseo: deseo sexual hipoactivo, aversión sexual, erotomanía o hipererotismo.

2. La excitación: impotencia masculina, trastorno de la excitación sexual en la mujer, dispareunia, vaginismo.

3. El orgasmo: anorgasmia femenina, anorgasmia masculina, anhedonia orgásmica, eyaculación precoz.

4. La resolución: disforia poscoital, cefalea poscoital.

b. TRASTORNOS DE LA INCLINACIÓN SEXUAL, PARAFILIAS O PERVERSIONES:

Fetichismo:	Determinados objetos inanimados son indispensables para la consecución del orgasmo.
Exhibicionismo:	Necesidad de exponer los genitales, generalmente ante personas del sexo contrario para obtener satisfacción sexual.
Voyerismo, visualismo o escoptofilia:	Excitación sexual preferente o exclusiva ante fantasías o actuaciones reales de espionaje de personas desnudas o manteniendo relaciones sexuales.
Froterismo:	Excitación sexual preferente o exclusiva ante fantasías o actuaciones reales de frotarse contra otras personas sin su consentimiento.
Sadismo y masoquismo:	Obtención de placer sexual a través de recibir o infringir al otro dolor físico o humillación.
Pedofilia, pederastia:	Impulsos sexuales intensos hacia menores de 13 años. A menudo relacionado con el incesto.
Travestismo fetichista:	Excitación sexual por el hecho de vestir ropa del sexo contrario
Necrofilia:	Gratificación sexual a través de cadáveres.
Zoofilia o Bestialismo:	Relaciones sexuales con animales.
Coprofilia, coprofagia, coprolalia y clismafilia:	Deseo y obtención de placer sexual por defecar sobre la pareja sexual o que ésta defeque sobre uno mismo, por ingerir heces, por emitir lenguaje soez o por el uso abusivo de enemas.
Urofilia:	Deseo y obtención de placer sexual por orinar sobre la pareja sexual, por ser orinado por ella o por ingerir orina.
Parcialismo y oralismo:	Interés sexual por una única parte del cuerpo ignorando el resto. El oralismo es una variante en la que el sexo oral sustituye totalmente al coito.
Hipoxifilia:	Deseo de alcanzar un estado particular de conciencia durante el acto sexual a través de la hipoxia.

c. TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL, TRAVESTISMO Y TRANSEXUALIDAD: tienen en común el sentimiento de malestar con su identidad sexual, sexo biológico o rol sexual, junto con el deseo de pertenecer al otro sexo o la afirmación de que ya se pertenece a él.