



El departamento de psiquiatría y psicología médica

Aunque la Psiquiatría como disciplina médica es tan antigua como el conjunto de la Medicina, su desarrollo como ciencia ha sido relativamente reciente. Sin embargo, por indudable contribución al carácter antropológico de la Medicina, la frecuencia e importancia de los trastornos psíquicos y su propio crecimiento científico, han hecho que adquiriera una importancia considerable en el *curriculum* académico de las Facultades de Medicina.

El Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Navarra comenzó su actividad en el año 1958. Además de prestar continuos servicios asistenciales, ha venido ejerciendo su actividad docente, tanto teórica como práctica, en las materias de Psicología Médica, de Psicopatología y de Psiquiatría. Aunque en proporción algo menor, también ha desarrollado diversas iniciativas de investigación.

La atención médica que proporciona el psiquiatra a sus enfermos se ha ido ampliando desde los comienzos de este siglo. Además de su actuación en el campo de las psicosis esquizofrénicas u orgánicas, son actualmente objeto de atención otros trastornos psíquicos no menos importantes, como las neurosis, o las depresiones y los aspectos psicossociales de la enfermedad física. El advenimiento de los psicofármacos, a partir de 1950, y el desarrollo de los conocimientos psicológicos y sociales útiles en el proceso terapéutico y rehabilitador, han transformado espectacularmente el panorama de la asistencia psiquiátrica. Los hospitales psiquiátricos o antiguos manicomios han modificado sus formas de asistencia, han enriquecido su organización y se han abierto a la comunidad, como parte de un movimiento de "desinstitucionalización". La demanda de diversas formas de asistencia en los programas de salud mental se espera que vaya en aumento en el futuro¹, y un componente esencial de los modernos sistemas de asistencia lo constituye la unidad psiquiátrica del hospital general, cuyo impacto favorable ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud².

En la Clínica Universitaria de Navarra, desde la inauguración de su II fase en 1969, se estableció una unidad

psiquiátrica de 18 camas, que amplió la oferta de los servicios hasta entonces constituidos por las consultas externas. En 1975, la planta de hospitalización psiquiátrica se amplió a su actual configuración de 35 camas. Destaca, sobre las plantas psiquiátricas de otros hospitales generales, por su abundante dotación de espacios comunes (437 m²); que incluyen un comedor, dos salas de estar y una sala de terapia ocupacional, además de despachos y dos salas de reuniones. Un amplio vestíbulo separa la unidad de hospitalización del área de consulta externa, que incluye siete despachos, una pequeña biblioteca, la secretaria y la oficina de control. El personal facultativo del Departamento lo constituye un Consultor Clínico, que es el Director del Departamento, un Consultor Clínico Asociado, tres Colaboradores Clínicos, un Colaborador Clínico Asociado, dos Colaboradores Técnicos en Psicología Clínica, y doce enfermeras especializadas en Psiquiatría, de las cuales una realiza la función de supervisora de hospitalización. Siete



Fig. 1.—Reunión de médicos y enfermeras para revisar la situación y tratamiento de los pacientes.

médicos en formación, entre Residentes y Becarios, seis enfermeras en programas de especialización, personal auxiliar y alumnos de Medicina y de Enfermería completan el paisaje humano del Departamento.

Actividad asistencial

Se atiende la demanda que, previa reserva de hora, llega al servicio de consulta externa. Los motivos de consulta son diversos: desde las diferentes enfermedades psiquiátricas en niños, adolescentes o adultos, hasta dificultades de adaptación o conflictos interpersonales.

Al Servicio de Urgencias, atendido 24 horas diarias, acuden personas con trastornos o complicaciones de presentación brusca. Con frecuencia es punto de partida de hospitalizaciones, aunque no es infrecuente que se resuelva allá mismo la crisis que motivó la consulta.

La colaboración con otros Departamentos de la Clínica es también parte importante de la actividad asistencial. Con frecuencia se presentan asociados trastornos físicos y psíquicos. Algunas enfermedades físicas se manifiestan inicialmente por síntomas psíquicos y hay enfermedades psiquiátricas cuyas manifestaciones predominantes ocurren en la vertiente somática. La colaboración mutua contribuye, pues, a la eficacia del conjunto de manera notable. Esta mutua colaboración se extiende tanto a pacientes hospitalizados como a externos.

Otros pacientes acuden referidos por sus propios psiquiatras, quienes solicitan bien un estudio en profundidad, con las exploraciones complementarias oportunas, o bien una hospitalización, para solucionar un período agudo de la enfermedad o seguir de cerca la eficacia de un tratamiento.

La estancia media de los pacientes hospitalizados fue, en el curso 1981-82, de 31 días, con variaciones según el diagnóstico. Están más representadas las mujeres que los varones (1,3/1). Aunque proceden de todas las clases sociales, predominan los de clase media. Proceden principalmente de Pamplona y del resto de Navarra, pero hay abundantes originarios de regiones limítrofes y del resto de España, junto con algunos extranjeros. Ingresan pacientes con diversidad de diagnóstico, pero las entidades nosológicas más representadas son trastornos afectivos (depresión o manía), esquizofrenias, psicosis paranoides y neurosis. Otros detalles demográficos y clínicos han sido publicados en otro lugar³.

Diagnóstico

El estudio completo de los pacientes comprende entrevistas dirigidas al diagnóstico clínico, elaborado sobre la base de la exploración psicopatológica, y formulado de acuerdo con el glosario de la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9); en ocasiones, se utiliza de forma complementaria el sistema diagnóstico RDC o el DSM-III. En dichas entrevistas se recoge también la historia del desarrollo personal y la situación psicosocial, incluyendo la dinámica familiar y sus posibles problemas.

Los pacientes hospitalizados son siempre sometidos a una exploración somática general y neurológica. Estos y también los de consulta externa son estudiados por otros Departamentos siempre que resulta preciso esclarecer algún aspecto diagnóstico.

Las exploraciones complementarias abarcan tanto la vertiente biológica como la psicológica. Análisis bioquími-

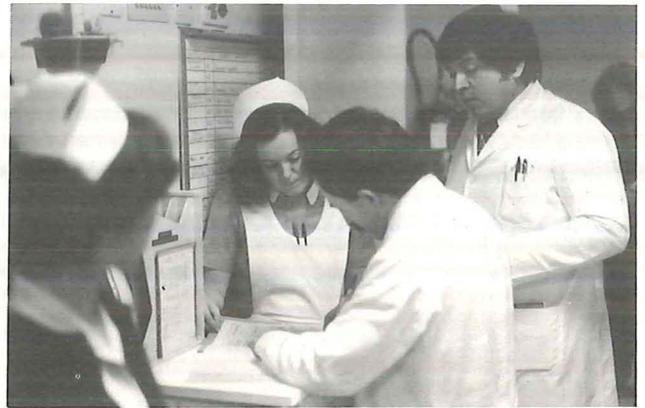


Fig. 2.—Prescripción de indicaciones médicas en la estación de enfermería.

cos, pruebas neuroendocrinas, EEG y TAC cerebral integran la primera. En la vertiente psicológica, existen disponibles tests de inteligencia y de aptitudes, otros que evalúan aspectos específicos del funcionamiento cognitivo (p. ej., la presencia de deterioro psicoorgánico) y tests de personalidad (tanto en la modalidad de cuestionarios como de pruebas proyectivas).

Tras la consulta o al término de la hospitalización, se entrega un informe al paciente o a sus familiares, para que lo haga llegar a su psiquiatra o a su médico de cabecera, ya sea para su seguimiento terapéutico o, simplemente, como una contribución al tratamiento o rehabilitación del paciente.

Tratamiento

Se proporcionan recomendaciones específicas e individualizadas, para cada paciente. La relación médico-enfermo es considerada como factor cardinal de todo el proceso terapéutico. En ocasiones adopta la modalidad de psicoterapia sistematizada, ya sea en su forma de introspección dirigida o en la de apoyo. Otras veces, el tratamiento farmacológico adquiere importancia crucial. No obstante, la farmacoterapia y la psicoterapia no se consideran tratamientos contrapuestos, sino, la mayoría de las veces, complementarios. Ante ciertos trastornos, las técnicas de modificación de conducta (p. ej., desensibilización sistemática con ayuda de relajación) son de especial utilidad.

La familia suele desempeñar un importante papel en el proceso de tratamiento y de prevención de las recaídas. La utilidad de la orientación es general. Ante situaciones específicas, se practica terapia familiar propiamente dicha.

Para los pacientes hospitalizados, la terapia ambiental o participación en la comunidad terapéutica cumple una función específicamente importante. Se pretende crear un ambiente similar al de la vida real, más que un ambiente hospitalario. Todas las actividades de la zona de hospitalización, con sus diversas transacciones interpersonales, son parte de la experiencia terapéutica. Ese ambiente de interacción resulta especialmente útil para identificar mejor las anomalías presentes, al igual que las capacidades. A través de la solución de los problemas que surgen viviendo y trabajando con otros, los pacientes toman parte activa en la identificación y tratamiento de sus propias dificultades.

El nivel de autonomía es progresivo, desde la absoluta limitación de las salidas, visitas y llamadas telefónicas hasta su autorización completa. De la peculiar situación de cada paciente, se deduce el régimen más apropiado en cada momento de su evolución.

Las actividades de terapia ocupacional (creativas y recreativas) representan un aspecto importante del programa terapéutico de hospitalización. La pintura, el modelado, la marquería, etc., así como la música, la gimnasia y las excursiones, etc., ayudan al paciente no sólo a apreciar y valorar mejor aspectos de su persona, sino también a manifestarse en el contexto de una convivencia con otros.

Programas especiales

Existe notable experiencia en el estudio y tratamiento de algunas situaciones clínicas que han sido objeto de investigación en el Departamento.

El estudio psicobiológico de los trastornos depresivos⁴⁻⁶, a través de entrevistas semiestructuradas, empleo de criterios de diagnóstico suplementarios, cuestionarios y pruebas neuroendocrinas (prueba de supresión por dexametasona y prueba de estimulación con TRH) proporciona una base especialmente sólida para la predicción y el control terapéutico de los mismos.

La distinción de formas clínicas y la caracterización psicológica de pacientes con anorexia nerviosa contribuye^{7, 8} a su mejor comprensión y al diseño de tratamientos individualizados, en los que colabora activamente el Departamento de Endocrinología.

El tratamiento no opiáceo del síndrome de dependencia morfinica (generalmente de heroína), por medio del agonista α^2 -adrenérgico clonidina^{9, 10}, hace posible que pacientes suficientemente motivados puedan dejar la droga, para ser después referidos a un programa de rehabilitación (no disponible en el Departamento).



Fig. 3.—Aplicación del test de Leiter a un niño de tres años.

Docencia

El marco asistencial reúne las condiciones ideales para la formación de los futuros médicos y enfermeras, así como de los especialistas en sus respectivas disciplinas. El recuerdo constante de las materias desarrolladas en los programas académicos y los comentarios de las personas encargadas de la supervisión docente constituyen una situación eficaz de aprendizaje. El carácter de observación participante, que tiene el trabajo psiquiátrico, hace de éste una experiencia personal sumamente enriquecedora.

Tres sesiones formales tienen lugar cada semana en el Departamento. La sesión clínica consiste en la presentación y discusión en profundidad de un caso clínico. La sesión

bibliográfica tiene como objeto presentar y comentar publicaciones de particular interés. La sesión terapéutica, que se realiza dos veces por semana, consiste en un análisis de los principales aspectos clínicos y terapéuticos de los enfermos hospitalizados, con indicaciones razonadas de nuevas actuaciones en el tratamiento y comentarios de las observaciones clínicas más relevantes.

Investigación

Los estudios, antes referidos, de los trastornos depresivos y de la anorexia nerviosa son objeto preferente de investigación en el Departamento. También lo son, en el área de la psicología clínica, los estudios sobre el test de Szondi y el MMPI; y en el área de la epidemiología psiquiátrica, el análisis de las posibilidades de reinserción social de pacientes psiquiátricos crónicos con hospitalización de larga estancia y las características de sus familias.

Además, se realizan ensayos farmacológicos y estudios clínicos, que son objeto de tesis doctorales o de licenciatura o de especialización en enfermería psiquiátrica.

Es cada vez más activa la participación del Departamento en reuniones científicas nacionales e internacionales, que van quedando reflejadas en diversas publicaciones.

El esfuerzo investigador contribuye a una mejor comprensión de las situaciones clínicas y a una mayor eficacia terapéutica.

Bibliografía

1. Bachrach LL. *Evaluating the consequences of deinstitutionalization*. Hosp Community Psychiatry 34: 105, 1983.
2. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Mental health policy formulation in the WHO European region (Report ICP/MNH 054)*. Copenhagen 1979.
3. Cervera S, Zapata R, Gurpegui M, Casanova J, Calvo C, Saravia JA. *Demographic and clinical features of patients treated in a general hospital psychiatric unit*. Excerpta Medica International Congress Series 621: 121-127, 1983.
4. Cervera S, Gurpegui M, Casanova J, Lahortiga F, Zapata R. *Valoración clínica de las pruebas neuroendocrinas en el diagnóstico de los trastornos depresivos*. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr 11: 345-362, 1983.
5. Cervera S, Gurpegui M, Casanova J, Lahortiga F. *Depresión y pruebas de función neuroendocrina*. Roche. Madrid 1984.
6. Gurpegui M, Casanova J, Cervera S. *Clinical and neuroendocrine features of endogenous unipolar and bipolar depression*. Acta Psychiat Scand (en prensa).
7. Cervera S, Gurpegui M. *Anorexia nerviosa*. En "Psiquiatría". Editado por López-Ibor Aliño JJ, Ruiz Ogara C y Barcia Salorio D. Toray. Barcelona 1982, pp. 1.224-1.240.
8. Casanova J, Cervera S, Soto Yárritu F. *Die Anorexia Nervosa im Szondi-Test*. Presentado en el X Coloquio de la Internationalen Forschungsgemeinschaft für Schicksalpsychologie (IFSP). Zurich, 9-12 Septiembre 1984.
9. Gold MS, Redmon DE Jr, Kleber HD. *Clonidine blocks acute opiate withdrawal symptoms*. Lancet 2: 599-601, 1978.
10. Gurpegui M, Sweeney DR, Gold MS. *El empleo de clonidina en el tratamiento del síndrome de abstinencia morfinica: bases neurofarmacológicas y aplicación clínica*. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr 11: 253-258, 1983.